

Effect of intervention based on family- centered empowerment model on the quality of life of women suffering from stress urinary incontinence

Khosravan Sh.¹ *PhD*, Kolbadinezhad N.* *MSc*, Alami A.² *PhD*, Torabi Sh.³ *MD*

* Department of Community and Mental Health Nursing, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran

¹Social Determinants of Health Research Centre, Department of Community and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran

²Social Determinants of Health Research Centre, Department of Public Health, Faculty of Health, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran

³Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran

Abstract

Aims: Urinary incontinence is a common health problem in women and its most common type is urinary stress incontinence. The disease has a significant impact on various aspects of life and leads to reduced quality of life for women. One way of improving health level is focusing on life quality level in individuals. So, in this study, the impact of family-centered empowerment model on quality of life in women with stress urinary incontinence is discussed.

Methods: This study is a clinical trial. After sampling through convenience method, the subjects (N=64) were divided into experimental and control groups, using blocked random method. For the experimental group, the interventions based on family-centered empowerment model which included four stages (perception of threat, efficacy promotion, self-esteem and evaluation) were performed using group discussion, representation, and training participation. Research instruments included questionnaires of demographic and disease basic information, assess quality of life in patients with urinary incontinence (IQOL), knowledge, self-esteem, and health behaviors. The questionnaires were completed before and after the intervention. The data were analyzed with SPSS version 20 using descriptive statistics and analytical tests.

Results: The statistical tests showed that the two groups of experimental and control were matched in terms of demographics and severity of incontinence. Moreover, based on independent t-test, there was no significant difference between the mean score of quality of life, knowledge, self-esteem and health behaviors in the two groups before the intervention ($P>0.05$), while there was a significant difference between the two groups with respect to these variables after the intervention ($P<0.001$). Also, Chi-square test showed a significant difference in the occurrence of urinary incontinence before and after the intervention in the experimental group ($P<0.001$).

Conclusion: Family-centered empowerment health model can be used by nurses for the management of behavioral techniques, as the first level of provided intervention to improve the stress urinary incontinence. Moreover, it can increase the life quality of women with stress urinary incontinence who are not hospitalized and reside in the community.

Keywords: Stress Urinary Incontinence, Quality of Life, Women, Family-centered, Empowerment, Self-efficacy

تأثیر مداخله مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به بی اختیاری استرسی ادرار

شهلا خسروان PhD

مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت؛ گروه پرستاری بهداشت جامعه و روان، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران

نادیا کلبادی نژاد* MSc

کمیته تحقیقات دانشجویی، گروه پرستاری بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران

علی عالمی PhD

مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران

شیرین ترابی MD

گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران

چکیده

اهداف: بی اختیاری ادراری یک مشکل شایع بهداشتی زنان و شایعترین نوع آن بی اختیاری استرسی ادرار است. این بیماری تأثیر شگرفی بر جنبه های مختلف زندگی گذاشته و منجر به کاهش کیفیت زندگی زنان شده است. یکی از راه های ارتقای سطح سلامتی، توجه به سطح کیفیت زندگی افراد است، لذا در این مطالعه تأثیر مداخله مبتنی بر هدف الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به بی اختیاری استرسی ادرار مورد بررسی قرار می گیرد.

روش ها: این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی است. پس از نمونه گیری به روش در دسترس، ۶۴ آزمودنی به صورت تصادفی بلوکه به دو گروه آزمون و شاهد تقسیم شدند. برای گروه آزمون، مداخلات مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده محور براساس مراحل چهارگانه (تهدید درک شده، ارتقای خودکارآمدی، عزت نفس و ارزشیابی) از طریق بحث گروهی، نمایش و آموزش مشارکتی اجرا شد. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه های اطلاعات دموگرافیک و اطلاعات پایه بیماری، ارزیابی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بی اختیاری ادراری (IQOL)، دانش، عزت نفس و رفتار های بهداشتی می باشد. پرسشنامه ها قبل و بعد از مداخله تکمیل و داده ها با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی و نرم افزار SPSS 20 آنالیز شدند.

یافته ها: آزمون های آماری نشان داد که دو گروه آزمون و شاهد از نظر اطلاعات دموگرافیک و شدت بی اختیاری همسان بودند. همچنین بر اساس آزمون تی مستقل بین میانگین نمره کیفیت زندگی، دانش، عزت نفس و رفتارهای بهداشتی دو گروه آزمون و شاهد قبل از مداخله تفاوت معنی داری وجود نداشت ($p \geq 0.05$)، در حالی که این آزمون اختلاف معنادار بین دو گروه را در ارتباط با این متغیرها پس از مداخله نشان داد ($p < 0.001$). آزمون کای دو نیز تفاوت معناداری را در وقوع بی اختیاری ادرار قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون نشان داد ($p < 0.001$).

نتیجه گیری: الگوی بهداشتی توانمندسازی خانواده محور برای ارائه تکنیک های رفتاری به عنوان اولین سطح مداخله پیش بینی شده در اصلاح بی اختیاری ادراری استرسی توسط پرستاران می تواند کاربرد داشته و سطح کیفیت زندگی زنان مبتلا به بی اختیاری استرسی ادراری غیر بستری و ساکن در جامعه را ارتقا دهد.

کلیدواژه ها: بی اختیاری استرسی ادرار، کیفیت زندگی، زنان، توانمندسازی، خانواده محور، خودکارآمدی

مقدمه

یکی از اختلالات کف لگن بیماری بی اختیاری ادرار است [۱] که به دلیل کاهش کارآیی گردن مثانه ایجاد می شود [۲]. طبق تعریف انجمن بین المللی بی اختیاری، این بیماری یک مشکل اجتماعی و بهداشتی و به طور عینی قابل اثبات است [۳، ۴]. بی اختیاری ادرار از بیماری های شایع زنان در سنین باروری می باشد که با افزایش سن بروز آن نیز بیشتر می شود [۵]، این بیماری ۱۵ تا ۵۰٪ جامعه زنان را در بر گرفته که نوع استرسی آن شایع تر است [۶]. بی اختیاری استرسی ادرار به دفع بی اختیار ادرار هنگام سرفه، عطسه، دویدن، پریدن و یا هر فعالیتی که منجر به افزایش فشار داخل شکم می شود، اطلاق می گردد [۷]. زنان به دلیل وضعیت آناتومی، اجتماعی و فرهنگی استعداد بیشتری برای ابتلا به این بیماری دارند [۸]. این بیماری درمان های متعدد دارویی، جراحی و رفتاری دارد و غالباً درمان های رفتاری با قابلیت اصلاح و بهبود بیماری و نیز قابلیت یادگیری بالا توصیه می شود [۲، ۹]. با وجود درمان و خصوصاً درمان های رفتاری به عنوان اولین مداخله پذیرفته شده به منظور پیشگیری و نیز درمان در مراحل اولیه بیماری، که قابلیت آسان بودن یادگیری رفتارها و مهارت ها را نیز دارد، اما به دلایل متعدد مانند طبیعی دانستن بیماری به عنوان یک تغییر تکاملی مرتبط با افزایش سن، شرم و حیا برای ابراز بیماری، بررسی نشدن بیماری به صورت دوره ای در سیستم بهداشتی [۱۰] و ناکارآمد بودن برنامه های آموزشی خصوصاً ایجاد انگیزه و تداوم اجرای مداخلات توسط مبتلایان به عنوان عامل کلیدی تأثیر این درمان، تعداد زیادی از بیماران در جستجوی درمان نبوده و سال ها از بیماری رنج می برند [۱۰، ۱۱، ۱۲].

بررسی ها نشان می دهند بی اختیاری ادراری تأثیر زیادی بر فعالیت های جسمی، اجتماعی، عاطفی و روانی مبتلایان، خصوصاً زنان دارد. این بیماری در ذهن فرد یک موقعیت شرم آور محسوب شده که منجر به کناره گیری از اجتماع، کاهش احساس خودکارآمدی و در نتیجه افت کیفیت زندگی می شود [۱۳، ۱۴]. کیفیت زندگی یک شاخص اساسی محسوب شده و ابعاد متعددی مانند جنبه های فیزیولوژیک، عملکرد و روانی فرد را در بر می گیرد، بنابراین توجه به آن از اهمیت خاصی برخوردار است [۱۵]. بین بیماری و کیفیت زندگی ارتباط متقابلی وجود دارد، به طوری که هدف اولیه از درمان بیماری ها تقویت کیفیت زندگی از طریق کاهش اثرات بیماری بر زندگی افراد است [۱۶]. زنان تشکیل دهنده نیمی از جمعیت هستند و سلامت زنان بر سلامت نسل آینده تأثیر دارد بنابراین مسأله کیفیت زندگی زنان، به دلیل جایگاه شان در خانواده مهم تلقی می شود [۱۷].

از سویی مداخله در بی اختیاری ادرار با اثرات جسمی، روانی و اجتماعی به منظور ارتقای کیفیت زندگی، نیازمند بکارگیری نظریه های جامع نیز می باشد [۱۸]. کیم و بروم، نظریه خود

روش‌ها

این پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی شده با گروه کنترل است که در پایگاه کارآزمایی بالینی ایران با کد IRCT2013041913064N1 ثبت شده است. جامعه پژوهش زنان مبتلا به بی اختیاری استرسی ادرار تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهر گناباد در سال ۹۲ بودند. ابتدا به دلیل عدم اجرای برنامه بیماریابی و در اختیار نداشتن چارچوب نمونه گیری، از روش نمونه گیری در دسترس برای انتخاب نمونه‌های مبتلا به بی اختیاری ادراری استفاده شد. معیار این انتخاب پاسخ مثبت به سوال یا سوالات آیا دچار بی اختیاری ادرار (دفع خودبخودی ادرار و بدون کنترل) هستید؟ آیا در مواقع انجام فعالیت، سرفه و عطسه یا خندیدن دچار ریزش ادرار می شوید؟ بود. پس از دریافت پاسخ مثبت و اعلام رضایت شفاهی، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک که شامل شرح مختصر از وضعیت دفع ادرار آنها نیز بود، توسط این افراد تکمیل می شد. این پرسشنامه تا دستیابی به حجم نمونه لازم (۶۴ نفر) توسط ۱۱۰ نفر و در مدت ۲/۵ ماه تکمیل شد. افراد شناسایی شده به عنوان مبتلایان به بی اختیاری ادرار در این مرحله توسط پزشک متخصص زنان برای تأیید تشخیص بی اختیاری ادرار استرسی و پرولاپس درجه ۱ و ۲، معاینه واژینال می شدند و سپس با لحاظ سایر ویژگی‌های مورد نظر از بین این ۱۱۰ نفر، تعداد ۶۴ نفر به عنوان واحدهای پژوهش انتخاب شدند. این ۶۴ نفر به روش تخصیص تصادفی (بلوک تصادفی) به دو گروه آزمون و شاهد تقسیم شدند و گروه آزمون به همراه عضو فعال خانواده (۳۲ نفر) برنامه کنترل بی اختیاری ادرار بر اساس الگوی توانمندسازی خانواده محور را دریافت نمودند. برای هر دو گروه آزمون و شاهد از طریق تکمیل ابزارهای پژوهش پیش آزمون انجام و سپس مداخله به مدت ۶ هفته فقط برای گروه آزمون اجرا و گروه شاهد مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام مداخله مجدداً پرسشنامه‌ها توسط دو گروه تکمیل شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آمار تحلیلی تی مستقل، تی زوجی و کای اسکور و با کمک نرم افزار SPSS 20 انجام شد.

حجم نمونه در هر گروه بر اساس مطالعه مشابه [۱] و فرمول مقایسه میانگین‌ها، با اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ (برابر ۱/۹۶ و برابر ۰/۸۴) ۱۶ نفر برآورد شد که به منظور کاهش مشکلات احتمالی در فرآیند پژوهش مانند احتمال ریزش و به جهت افزایش دقت آماری ۳۲ نفر در هر گروه وارد مطالعه شده است.

معیارهای ورود به این مطالعه شامل دو بخش ویژگی‌های دموگرافیک: تمایل بیمار و یکی از اعضای خانواده‌اش به شرکت در پژوهش، سن ۶۰-۲۰ سال، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن و ویژگی‌های مربوط به بیماری شامل: عدم بارداری، گذشت حداقل یک سال از زمان زایمان، داشتن توانایی حرکتی، عدم ابتلا به بیماری‌های سیستم عصبی - عضلانی مانند بیماری مولتیپل اسکلروزیس، صدمه نخاعی و ابتلا به بی اختیاری استرسی ادرار و پرولاپس درجه ۱ و ۲ در معاینه واژینال، بدون نیاز عمل جراحی برای اصلاح بی اختیاری با تأیید پزشک متخصص زنان بود. معیارهای خروج از مطالعه عدم تمایل بیمار و عضو خانواده

کارآمدی درک شده «بندورا» را به عنوان نظریه مناسب پیشنهاد می‌کنند. خود کارآمدی درک شده قضاوت شخصی مثبت از توانایی انجام کار در یک موقعیت خاص بوده که به عنوان یک پیش بین مهم برای انجام فعالیت و تداوم آن می‌باشد و در مطالعات متعدد نیز بررسی و تأیید شده است [۱۸،۱۰]. از سوی دیگر بکارگیری استراتژی‌های توانمندسازی و خانواده محوری، اثر بخشی درمان بیماری‌های مزمن را افزایش می‌دهد [۱۹].

ون، توانمندسازی را درگیرکردن مددجویان و خانواده آنها در تصمیم گیری برای ارتقای سطح سلامتی تعریف می‌کند که لازمه آن داشتن قدرت یا توانایی برای گرفتن تصمیم است. توانمندسازی به مددجو در فهم نیازها و روش برطرف سازی آنها به صورت آگاهانه با استفاده از روش حل مسأله، افزایش خود اتکایی و ایجاد اعتماد به نفس نیز کمک می‌کند [۲۱،۲۰]. مراقبت خانواده، محور یک فلسفه مراقبتی است که اهمیت واحد خانواده را به عنوان نقطه تمرکز اصلی در تمام مراقبت‌های بهداشتی [۲۲] خصوصاً در مورد بیماری‌های مزمن که نیازمند مراقبت در منزل و خود مدیریتی می‌باشند به رسمیت می‌شناسد [۱۹]. این در حالی است که علیرغم کیفیت زندگی پایین زنان مبتلا به بی اختیاری استرسی ادراری، توجه کمی به این مسأله شده است و اغلب خانواده از وجود چنین مشکلی بی اطلاع باقی مانده و مداخلات به منظور ارتقای کیفیت زندگی، با تمرکز بر خود بیمار بوده و مشارکت خانواده در آن در نظر گرفته نشده است [۱۰،۲].

الگوی توانمندسازی خانواده محور، یکی از الگوهای بهداشتی ایرانی منتج شده از یک تحقیق گراند تئوری، مبتنی بر نظریه بندورا و در جهت بهبود بیماری‌های مزمن است [۲۳]. این الگو علاوه بر ویژگی‌های لازم از نظر کیم و بروم برای «مداخلات نیازمند تداوم» مانند بالا بردن سطح دانش و مهارت مبتنی بر شواهد، تشویق و افزایش خودکارآمدی و کنترل مداوم بیماران از نظر انجام برنامه [۱۸،۱۰]، اصول توانمندسازی و مشارکت اعضای خانواده را به عنوان نقش حمایت کننده از مددجو و یک اصل کلیدی مورد تأکید قرار می‌دهد [۲۳]. کارآیی این الگو در توانمندسازی و ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن از جمله آنفارتوس قلبی، مولتیپل اسکلروزیس، دیالیز و آسم نیز استفاده شده است [۲۷-۲۴].

خانواده محوری، فلسفه پذیرفته شده در پرستاری است و همچنین پرستاران نقش مهمی در اعتلاء سطح سلامت افراد و ارتقاء سطح کیفیت زندگی بیماران از طریق توانمندسازی آنان دارند [۲۸]. لذا پژوهشگران بر آن شدند تا با در نظر گرفتن ویژگی‌های ذکر شده در خصوص بیماری، درمان و استراتژی‌های لازم برای مداخله در آن، اثر اجرای برنامه رفتار درمانی، به عنوان درمان پذیرفته شده در حوزه عملکرد پرستاری [۹]، مبتنی بر الگوی توانمند سازی خانواده محور بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به بی اختیاری استرسی ادرار و نیز تعیین دانش، عزت نفس، رفتارهای بهداشتی و وضعیت بیماری به عنوان برخی متغیرهای مرتبط با این مداخله را مورد ارزیابی قرار دهند.

به دست می‌آید. بدین ترتیب که نمره ۱۰ حداقل و نمره ۴۰ نشان دهنده حداکثر عزت نفس است، روایی و پایایی ابزار در مطالعه‌ای در ایران تأیید شده است [۳۰].

الگوی توانمندسازی خانواده محور برای گروه آزمون بر اساس گام‌های الگو به ترتیب زیر و در مجموع ۸ جلسه (۴ جلسه برای هر گروه ۱۶ نفره) اجرا شد:

گام اول (درک تهدید): اولین مرحله در الگوی توانمندسازی خانواده محور افزایش تهدید درک شده در دو مقوله شدت درک شده و حساسیت درک شده برای بیمار مبتلا به بی‌اختیاری ادرار در ارتباط با کمبود آگاهی و دانش آنها بود. افزایش تهدید درک شده از طریق افزایش شدت و حساسیت درک شده نسبت به بیماری، تغییر نگرش و افزایش انگیزه آنان برای اقدام به رفتارهای پیشگیرانه را بیشتر می‌نماید [۲۳]. لذا در این مرحله ابتدا گروه آزمون به دو گروه ۱۶ نفره تقسیم شد. سپس با استفاده از یک جلسه آموزشی برای هر گروه به منظور ارتقاء شدت درک شده، سطح دانش و آگاهی مددجویان در مورد فرایند بیماری، شدت عوارض و خطرات آنها و نیز به منظور ارتقاء حساسیت درک شده وضعیت فعلی خودشان، فرآیند درمان و رفتارهای مؤثر بر پیشگیری و عود بیماری افزایش داده شد. جلسه آموزشی با هدف انتقال اطلاعات به روش سخنرانی، پرسش و پاسخ بر اساس تجربیات بیماران درباره موضوعات مورد نظر بود و پژوهشگر نقش حمایتی، مشاوره‌ای و آموزشی را داشت.

گام دوم ارتقای خودکارآمدی (مشکل گشایی): دومین مرحله مشکل گشایی با هدف افزایش خودکارآمدی و در نتیجه خود کنترلی واحد‌های پژوهش بود، که طی ۲ جلسه یک ساعته برای هر گروه ۱۶ نفره با روش سخنرانی، بحث گروهی به منظور تأکید بر تغییر باورهای منفی و اصلاح نگرش نسبت به بیماری بر اساس نظریه بندورا و نمایش عملی رفتارها و مهارت‌های مورد نیاز برای کنترل بیماری با نمایش اسلاید انجام شد. در این جلسات بیماران در ارتباط با مشکلات ناشی از بیماری (مانند احساس نم، کثیف شدن لباس، بوی نامطبوع و حساسیت پوستی، عفونت ادراری، ترس از حضور در اجتماع، نگرانی از رابطه جنسی با همسر) با یکدیگر و تحت نظر پژوهشگر، با ذکر مثال‌های عینی از وضعیت خودشان و اینکه برای بهبود مشکل مشابه با دیگران تا کنون چه اقدامی انجام داده‌اند، بحث و گفتگو می‌کردند. به این ترتیب در انتخاب راه حل‌ها عملاً مشارکت می‌کردند و در نهایت پژوهشگر ضمن جمع‌بندی گفتگوها راه حل مناسب را ارائه می‌داد. مهارت‌های لازم آموزش داده شده در این مرحله شامل نحوه رعایت بهداشت فردی، آموزش انقباض عضلات کف لگن (کژل)، تغذیه مناسب برای پیشگیری از یبوست که بر شدت بی‌اختیاری مؤثر است و موارد مربوط به کنترل بی‌اختیاری بودند. آموزش‌ها در این جلسه با روش سخنرانی همراه با پرسش و پاسخ، بحث گروهی و نمایش اسلاید انجام شد.

گام سوم عزت نفس (ارتقای خودباوری): مطالب بحث شده در جلسات قبلی بر اساس مشارکت آموزشی به وسیله پمفلت آموزشی از طریق بیمار به عضو فعال خانواده وی منتقل شد. در این مرحله از

وی به ادامه همکاری در برنامه توانمندسازی و نیز بروز هر بیماری و شرایط مؤثر بر بی‌اختیاری استرسی ادراری مانند حاملگی بود. ابزارهای بکار رفته در این پژوهش عبارت بودند از:

۱- پرسشنامه مشخصات دموگرافیک که سوالاتی در خصوص وضعیت بی‌اختیاری ادرار بر اساس منابع و مقالات معتبر و نظرات همکار متخصص زنان نیز در آن لحاظ شده و توسط اعضای هیأت علمی دانشگاه نیز تأیید شده بود.

۲- (Incontinence Quality of Life Questionnaire) IQLO پرسشنامه ارزیابی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بی‌اختیاری ادراری استاندارد شده در ایران که شامل ۲۲ سوال در ۳ حیطه اجتناب و محدودیتهای رفتاری، اثرات اجتماعی- روانی و آشفته‌گی اجتماعی می‌باشد. کلیه سوالات دارای ۵ گزینه در مقیاس لیکرت بوده که به هر کدام از گزینه‌ها امتیاز ۱ تا ۵ تعلق می‌گیرد. طبقه بندی نمره کیفیت زندگی به صورت (۰-۲۵) خیلی پایین، (۲۵-۵۰) پایین، (۵۰-۷۵) متوسط و (۷۵-۱۰۰) خوب است. این پرسشنامه توسط محققان دانشگاه واشنگتن طراحی (۱۹۹۹) و روایی و پایایی آن در مطالعه نجومی و همکاران بررسی شده است، در مطالعه این محققین روایی محتوا و صوری نسخه ترجمه شده با استفاده از نظر متخصصین پزشکی اجتماعی، زنان و زایمان و اورولوژی تأیید و پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ (۰/۹۶) برآورد شده است [۲۹، ۱۳].

۳- پرسشنامه دانش پرسشنامه ۱۹ سوالی پژوهشگر ساخته در زمینه‌ی عوامل ایجاد کننده بیماری، روش‌های درمانی و عوارض بیماری بی‌اختیاری استرسی ادرار بود که به صورت ۲ گزینه‌ای از ۰ تا ۱ (گزینه صحیح ۱ و غلط ۰) امتیاز بندی شد. به منظور تفسیر بهتر داده‌ها طبقه بندی امتیازات به دست آمده از پرسشنامه به صورت (۰-۹) خیلی کم، (۱۰-۱۲) کم، (۱۳-۱۵) خوب و (۱۶-۱۹) عالی بود. جهت تعیین روایی ابزار از روایی محتوا استفاده شد، بدین صورت که پرسشنامه با استفاده از منابع و کتب معتبر تهیه و در اختیار ۱۰ نفر از اساتید قرار داده شده و همچنین نظرات ایشان در پرسشنامه اعمال شد و در نهایت روایی آن تأیید گردید. پایایی ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ تعیین شد.

۴- پرسشنامه رفتارهای بهداشتی مرتبط با بی‌اختیاری شامل ۱۸ سوال ۴ گزینه‌ای همیشه، گاهی، به ندرت و هرگز، که به ترتیب از راست به چپ ۴، ۳، ۲ و ۱ به آن تعلق گرفت. طبقه بندی امتیازات به دست آمده از پرسشنامه به صورت (۱۸-۳۵) خیلی پایین، (۳۶-۵۴) پایین، (۵۵-۶۳) خوب، (۶۴-۷۲) عالی بود. سوالات این پرسشنامه در برگیرنده اقدامات کنترلی ادراری، اجرای ورزش کف لگن، رعایت اصول بهداشت فردی و رژیم غذایی مناسب بود. روایی ابزار با استفاده از روایی محتوا و پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ تعیین شد.

۵- پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ، یک معیار استاندارد و در برگیرنده ۱۰ جمله یا اظهار نظر است که احساس واقعی افراد درباره هریک از جملات، در یکی از چهار گزینه خیلی موافق، موافق، مخالف و خیلی مخالف که نمرات ۱ تا ۴ به آن تعلق گرفته است و نمره کل از مجموع نمرات داده شده برای ۱۰ سوال

جدول ۱) مشخصات دمو گرافیک آزمودنی ها

شاخص	آزمون تعداد (درصد)	شاهد تعداد (درصد)	سطح معنی داری
سن (سال)			
۲۰-۴۰	۱۰ (۳۱/۲)	۱۱ (۳۴/۴)	مجذور کای
۴۰-۶۰	۲۲ (۶۸/۸)	۲۱ (۶۵/۶)	۰/۷۴۲
شاخص توده بدنی (کیلوگرم بر مترمربع)			
۱۷-۲۵	۵ (۱۵/۶)	۸ (۲۵)	مجذور کای
۲۵-۳۰	۲۱ (۶۵/۶)	۱۵ (۴۶/۹)	۰/۹۸۴
۳۰-۳۵	۶ (۱۸/۸)	۹ (۲۸/۱)	
تعداد حاملگی			
۰-۶	۲۵ (۷۸/۱)	۲۷ (۸۴/۳)	مجذور کای
۶-۱۲	۷ (۲۱/۹)	۵ (۱۵/۷)	۰/۱۵۲
تعداد زایمان			
۰-۵	۲۴ (۷۵)	۲۶ (۸۱/۲)	مجذور کای
۵-۱۰	۸ (۲۵)	۶ (۱۸/۸)	۰/۲۲۴
وضعیت تاهل:			
متاهل	۲۹ (۹۰/۶)	۳۲ (۰)	دقیق فیشر
بیوه (همسر فوت شده)	۳ (۹/۴)	۰ (۰)	۰/۲۳۸
سطح تحصیلات:			
ابتدایی	۱۵ (۴۶/۹)	۱۰ (۳۱/۳)	مجذور کای
راهنمایی	۶ (۱۸/۸)	۶ (۱۸/۸)	۰/۲۰۶
متوسطه	۶ (۱۸/۸)	۱۴ (۴۳/۸)	
دانشگاهی	۵ (۱۵/۶)	۲ (۶/۳)	
شغل:			
خانه دار	۲۷ (۸۴/۴)	۲۹ (۹۰/۶)	دقیق فیشر
کارمند	۵ (۱۵/۶)	۳ (۹/۴)	۰/۷۰۸

مطابق جدول ۲ در حالی که نمرات کیفیت زندگی در دو گروه آزمون و شاهد قبل از مداخله تفاوت معناداری نداشت ($p=0/725$) آزمون آماری t مستقل اختلاف آماری معنی داری بین نمرات کیفیت زندگی در دو گروه آزمون و شاهد پس از مداخله را نشان می دهد ($p<0/001$). همچنین نمرات کیفیت زندگی در گروه آزمون قبل و بعد از مداخله با آزمون آماری t زوجی ($p<0/001$) اختلاف معنی داری در جهت افزایش آن نشان می دهد، این در حالی است که نمرات کیفیت زندگی در گروه شاهد قبل و بعد از مداخله با آزمون آماری t زوجی اختلاف معنی داری را نشان نمی دهد ($p=0/160$) (جدول ۲).

همچنین مطابق این جدول نتایج نشان داد میانگین نمره دانش، عزت نفس و رفتارهای بهداشتی بعد از مداخله در گروه آزمون افزایش یافته و نیز اختلاف معنی داری قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون مشاهده شد

بیمار خواسته شد که در آموزش به عضو فعال خانواده خود در زمینه شناخت مسائل مرتبط با بی اختیاری ادراری مشارکت کرده و آنان را برای کمک به خودش ترغیب نماید در این مرحله بیمار به عنوان یک رابط بهداشتی، نقش آموزش دهنده به سایر اعضای خانواده را برعهده می گیرد و با افزایش قدرت عزت نفس می تواند مشکلش را با خانواده بازگو کند و مسایل آموزشی را با وی درمیان بگذارد. در حقیقت عضو خانواده نقش یادآور و یا پی گیری کننده برای بیمار دارد که بیمار را در اجرا و رعایت نکات آموزشی کمک می کند. یک جلسه آموزشی برای اعضای فعال خانواده برگزار گردید.

گام چهارم (ارزشیابی): ارزشیابی فرایند، در تمامی مراحل مداخله انجام شد. به این ترتیب که مطالب آموزشی جلسه قبلی در جلسه بعدی مورد ارزیابی (پرسش و پاسخ) قرار می گرفت. بعد از اینکه پژوهشگر اطمینان حاصل کرد که ۳ گام قبلی را با موفقیت به انجام رسانیده، مدت ۱/۵ ماه به بیمار جهت اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور فرصت داده شد. در این مدت پژوهشگر با تلفن بیماران را (از طریق خود بیمار و عضو فعال خانواده) پی گیری می کرد.

ارزشیابی نهایی یک و نیم ماه پس از مداخله با تکمیل ابزارهای پژوهش توسط آزمودنی ها انجام شد. داده های حاصل از پرسشنامه ها جمع آوری شد و مورد تجزیه تحلیل آماری قرار گرفت و تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر ارتقای کیفیت زندگی بیمار محاسبه و در هر دو گروه مقایسه گردید.

داده های گردآوری شده به نرم افزار SPSS 20 وارد شدند. به منظور توصیف مشخصات واحدهای پژوهش از آمار توصیفی نظیر تعداد (درصد)، میانگین (انحراف معیار) و برای تحلیل داده ها تی مستقل، تی زوجی، مجذور کای، آزمون دقیق فیشر و با در نظر گرفتن سطح معناداری $p \leq 0/05$ استفاده شد.

به منظور رعایت اخلاق در پژوهش اجرای پژوهش بعد از اخذ تأییدیه کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی گناباد و کسب اجازه مسئولین آغاز شد. کسب رضایت برای شرکت در هر مرحله از پژوهش دریافت شد و امکان خروج در هر مرحله از پژوهش برای آنان فراهم بود. پس از اتمام برنامه، پمفلت آموزشی به گروه شاهد نیز ارائه شد. کلیه آزمودنی ها (۱۱۰ نفر) به منظور اطلاع رسانی عوارض احتمالی ناشی از مداخله و پیگیری آن توسط محققان شماره تلفن یکی از محققان را در اختیار داشتند. ضمناً برای انجام معاینات هزینه ای از داوطلبین دریافت نشد.

نتایج

یافته ها نشان داد که ۵۸ نفر از ۶۴ نفر کل آزمودنی ها (۹۰/۶٪) قبلاً از این پژوهش جهت درمان اقدام ننمودند و خانواده ۳۶ نفر از آن ها (۵۶/۳٪) از بیماری مطلع نبودند. کیفیت زندگی، دانش، رفتارهای بهداشتی کل نمونه ها در حد بسیار پایین و پایین و عزت نفس آنها در حد پایین و متوسط (۱۰۰٪) بود.

یافته ها نشان دادند که توزیع متغیرهای سن، شاخص توده بدنی، تعداد بارداری و زایمان، وضعیت تاهل، شغل و سطح تحصیلات در دو گروه آزمون و شاهد یکسان بودند (جدول ۱).

ولی در گروه شاهد تغییر معنی داری حاصل نشد (جدول ۲). سایر یافته ها نشان داد مداخلات مبتنی بر الگو، زمان انجام

جدول ۲) مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی، دانش، عزت نفس و رفتارهای بهداشتی قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و شاهد

سطح معنی داری	شاهد (تعداد=۳۲)		آزمون (تعداد=۳۲)		گروه متغیر ↓
	میانگین (انحراف معیار)		میانگین (انحراف معیار)		
۰/۷۲۵	۳۷/۵۵ (۸/۰۱)		۳۶/۸۱ (۸/۷۱)		قبل از مداخله
۰/۰۰۱	۳۴/۵۷ (۶/۹۷)		۵۶/۵۹ (۶/۳۲)		کیفیت زندگی بعد از مداخله
	۰/۰۶۱		<۰/۰۰۱		نتیجه آزمون Paired t-test
۰/۶۶۹	۹/۶۲ (۱/۶۹)		۹/۴۳ (۱/۷۹)		قبل از مداخله
۰/۰۰۱	۱۰/۲۱ (۱/۹۲)		۱۷/۸۷ (۰/۸۷)		دانش بعد از مداخله
	p=۰/۱۰۵		p<۰/۰۰۱		نتیجه آزمون Paired t-test
۰/۱۷۰	۲۴/۰۰ (۲/۹۴)		۲۵/۰۶ (۳/۱۸)		قبل از مداخله
۰/۰۰۱	۲۴/۰۹ (۳/۱۹)		۳۸/۲۱ (۲/۸۷)		عزت نفس بعد از مداخله
	p=۰/۸۳۱		p<۰/۰۰۱		نتیجه آزمون Paired t-test
۰/۲۱۳	۴۲/۶۵ (۶/۶۸)		۴۴/۸۴ (۷/۱۹)		قبل از مداخله
۰/۰۰۱	۴۲/۷۵ (۵/۳۷)		۵۵/۹۰ (۴/۷۴)		رفتار بهداشتی بعد از مداخله
	p=۰/۸۷۰		p < ۰/۰۰۱		نتیجه آزمون Paired t-test

کاهش داده است (جدول ۴). نتایج نشان داد در گروه آزمون بعد از مداخله، بین کیفیت زندگی با رفتارهای بهداشتی اتخاذ شده و عزت نفس ارتباط وجود دارد ($p < ۰/۰۵$) و با بهبود عملکرد و افزایش عزت نفس کیفیت زندگی نیز افزایش یافته است. اما در ارتباط با دانش و ارتقای آن این ارتباط نشان داده نشد ($p < ۰/۰۵$).

ورزش های کگل را بطور معنی دار در گروه آزمون افزایش داد ($p < ۰/۰۰۱$) (جدول ۳) و درصد بروز بی اختیاری استرسی ادرار را در وضعیت های مختلف (هنگام عطسه و سرفه، خندیدن و گریه کردن، قبل از رسیدن به دستشویی، بلند کردن اجسام سنگین و فعالیت های شدید) در گروه آزمون در مقایسه با گروه شاهد

جدول ۳) مقایسه میانگین میزان انجام ورزش های کگل روزانه به دقیقه قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و شاهد

سطح معنی داری	شاهد (۳۲ نفر)		آزمون (۳۲ نفر)		انجام ورزش های کگل بطور روزانه (دقیقه)
	میانگین (انحراف معیار)		میانگین (انحراف معیار)		
۰/۷۴۵	۰/۷۸ (۱/۸۴)		۰/۹۴ (۱/۹۸)		قبل از مداخله
۰/۰۰۱	۱/۰۹ (۲/۱۰)		۳۰/۰۰ (۱۴/۲۵)		بعد از مداخله
	p=۰/۱۶۱		p < ۰/۰۰۱		P-Value تی زوجی

جدول شماره ۴) مقایسه «وضعیت های بروز بی اختیاری استرسی ادراری» در دو گروه آزمون (۳۲ نفر) و شاهد (۳۲ نفر) قبل و بعد از مداخله

وضعیت های بروز بی اختیاری	قبل از مداخله		بعد از مداخله	
	آزمون	شاهد	آزمون	شاهد
سرفه و عطسه کردن	۹۰/۶٪	۸۷/۵٪	۷۱/۹٪	۸۷/۵٪
خندیدن و گریه کردن	۷۱/۹٪	۶۲/۵٪	۴۶/۹٪	۷۵٪
قبل از رسیدن به دستشویی	۳۴/۴٪	۲۵٪	۱۲٪	۲۸/۱٪
بلند کردن اجسام سنگین و فعالیت های شدید	۵۳/۱٪	۳۴/۴٪	۲۸/۱٪	۳۱/۳٪

بحث

هدف این مطالعه تعیین تأثیر اجرای برنامه رفتار درمانی بی اختیاری استرسی مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی، دانش، عزت نفس، وضعیت بیماری و رفتارهای بهداشتی زنان مبتلا بود و نتایج نشان دهنده تأثیر این برنامه بر ارتقای متغیرهای مورد بررسی بود.

اگر چه این پژوهش بر اساس نمونه گیری در دسترس انجام شد اما مشخصات دموگرافیک واحدهای پژوهش مبتلا به بی اختیاری استرسی ادرار از نظر عوامل خطر شناخته شده مرتبط با بروز بیماری بی اختیاری استرسی، خصوصاً میانگین سنی بالاتر از ۴۰ سال [۱۳،۷،۱]، شاخص توده بدنی در گروه دارای اضافه وزن [۳۲،۳۱،۱۴] و میانگین تعداد بارداری (۳/۵۵٪) و زایمان (۳/۱۱٪) با نمونه های مطالعات دیگر مشابه بود [۱۳،۵]. همچنین نتایج این پژوهش نشانگر کیفیت پایین زندگی زنان مبتلا به بی اختیاری استرسی ادرار بود. این نتیجه با نتایج سایر مطالعاتی که ارتباط بی اختیاری ادراری را با کیفیت زندگی زنان مبتلا بررسی کرده اند، هماهنگ بوده است [۳۴،۳۳،۱۴،۱۲]. پنهان ساختن بیماری از خانواده، تحمل مشکلات بیماری و عدم جستجوی درمان مشابه سایر مطالعات، در این مطالعه نیز گزارش شد [۱۸،۱۰].

بهبود کیفیت زندگی پس از مداخله رفتاری در این پژوهش در برخی مطالعات دیگر نیز گزارش شده است. سار و خورشید [۱۱] و قدسین و همکاران [۳۵] در مطالعات خود نتیجه گرفتند که انجام ورزش های کف لگن اگر چه سبب افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به بی اختیاری استرسی ادراری شد و تأثیر بسزایی در عملکردهای اجتماعی، روانی و فیزیکی آنها نیز داشت اما اجرای این ورزش ها نیاز به تمرین و تکرار، تشویق و یادآوری دارد که این نکات در طراحی برنامه مداخله بر اساس الگوی توانمندسازی خانواده محور لحاظ شده بود. کیم در مطالعه خود برنامه مداخله ای اثر بخش کنترل ادرار را بر اساس تئوری خودکارآمدی بندورا به منظور پیشگیری از موانع رایج توقف ورزش های مؤثر در تقویت عضلات کف لگن، برای پرستاران بهداشت جامعه و سایر کارکنان سیستم بهداشتی طراحی نمود. پیش فرض های وی در خصوص اجزای لازم برای طراحی این برنامه شامل ارائه آموزش، یاددهی و یادگیری تکنیک های مربوطه، تشویق به انجام تمرینات، ارتقای خودکارآمدی و کنترل و پایش نحوه اجرا و تغییرات رفتاری برنامه ریزی شده بود. وی برنامه را از طریق ارائه یک برنامه آموزشی در خصوص نحوه انجام ورزش های لگنی، مصاحبه تلفنی و مشاوره درخصوص مشکلات اجرای برنامه و تشویق به اجرا، ارائه یک برنامه ویدئویی ۲۰ دقیقه ای برای اجرای حرکات، ارائه پمفلت آموزشی برای رفتارهای بهداشتی و انجام حرکات و یادداشت برداری از نحوه انجام حرکات و موقعیت اجرای آن و وضعیت بی اختیاری در یک کارآزمایی دارای گروه شاهد اجرا نموده بود. نتایج پژوهش او نشان داد که گروه مداخله نسبت به گروه شاهد که فقط پمفلت آموزشی را دریافت کرده بودند خودکارآمدی بیشتری داشتند و صحت شیوه انجام تمرینات لگنی و تعداد دفعات تکرار آن در گروه مداخله تفاوت معناداری با گروه

شاهد داشتند. وی نتیجه گرفته بود که انتقال پیام قابل بهبود و درمان بودن بی اختیاری به مشارکت کنندگان یادداشت برداری و مصاحبه تلفنی در اثر بخشی برنامه نقش بیشتری داشتند اما برنامه آموزشی کامپیوتری تدوین شده در صورتی که افراد نحوه تمرینات را در آموزش ها فرا گرفته باشند ضرورتی نخواهد داشت [۱۰]. اگر چه برنامه طراحی شده در این مطالعه از نظر اساس نظری و توجه به خودکارآمدی و نیز توانمندسازی و مراحل به کار گرفته شده آموزش، تمرین مهارت های ضروری، تشویق و پیگیری با الگوی توانمندسازی خانواده محور مشابهت زیادی دارد اما مفهوم خانواده محوری و نقش خانواده علاوه بر نقش پرستار در پیگیری و کنترل و تشویق به تداوم برنامه در آن لحاظ نشده و مداخله آموزشی و مهارتی با تأکید زیاد بر تمرینات لگن بود و کیفیت زندگی و نیز عزت نفس نیز اندازه گیری نشده بود. در مطالعه ما نیز خودکارآمدی به دلیل اثر بخش دانستن آن به عنوان یک پیش فرض بر اساس نتایج تحقیقات دیگر و نیز تنوع مهارت های مورد نظر، اندازه گیری نشد و مدت آن نیز کوتاه تر بود، و به دلیل تفاوت های موجود در دو برنامه میزان اثر بخشی آنها با یکدیگر قابل مقایسه نیستند. اما نتایج از نظر ارتقای دانش، تغییرات رفتاری، تداوم تمرینات لگنی و افزایش مدت زمان آن و نیز پیامد اصلاح علائم بی اختیاری مشابه بودند. دلایل این تشابه می تواند مربوط به تأثیر تأیید شده و مشترک نقش پرستاران، بیماران و خانواده در کنترل بیماری باشد. به طور مثال هیتر و همکاران در مطالعه ای با عنوان اثر بخشی مداخله پرستار ویژه برای بیماران مبتلا به بی اختیاری ادراری، به این نتیجه رسیدند که افراد مبتلا از کیفیت زندگی پایینی رنج برده و اضطراب و افسردگی در آنها نیز دیده می شود و در دسترس قرار گرفتن یک پرستار برای رفع نیازهای آموزشی و بهداشتی منجر به بهبود شدت و اثر بی اختیاری ادراری در زندگی بیماران شده بود [۱۲]. از سوی دیگر در مطالعه رفیعی و همکاران بهترین منبع برای انتقال اطلاعات بین تیم بهداشتی و بیمار، خانواده بیمار معرفی شده و حمایت اجتماعی و عاطفی خانواده از بیمار با کیفیت زندگی بیمار همبستگی معنی داری را نشان داده بود [۳۶].

تاننوم و همکاران نیز در مطالعه ای شاهد دار اثر بخشی ۳ برنامه آموزش کنترل ادرار، خودمدیریتی مبتنی بر شواهد و برنامه ترکیبی آموزش کنترل ادرار و خودمدیریتی را در سه گروه بیمار ساکن در جامعه بررسی نمودند. در برنامه آموزش خود کنترلی مواردی مانند چالش پذیرش بی اختیاری به عنوان یک تغییر عادی، تغییر در دانش و آگاهی نسبت به بیماری، دلایل بروز و انواع، عوارض و روش های درمان در یک جلسه مطرح شده بود. در گروه خودمدیریتی ضمن توضیح نظریه خودمدیریتی، برنامه تدوین شده برای کنترل عوامل خطر بی اختیاری مانند ضعف عضلات لگن، چاقی، مصرف سیگار و بیبوست نیز به مشارکت کنندگان ارائه شد و در گروه سوم ترکیبی از دو برنامه توضیح داده شده ارائه شد. آنها نتیجه گرفتند اگر چه سه گروه به طور مشابه با درمان پذیر بودن بیماری موافق بودند و سطح دانش و اتخاذ رفتارهای بهداشتی در سه گروه پس از مداخله تفاوت نداشت، اما برنامه های

نویسنده مسوول در دانشگاه علوم پزشکی گناباد می‌باشد. بدینوسیله از تمامی بیماران عزیز و خانواده محترمشان که در مطالعه شرکت نمودند و کارکنان مراکز بهداشتی درمانی شهر گناباد، به واسطه همکاری‌های بی‌دریغشان تشکر و قدردانی می‌نماییم.

منابع

- 1- Shahali SH, Kashanian M, Azari A, Salehi R, Nateghi MR. Effects of Pelvic Floor Muscle Exercises on Quality of Life Outcomes in Women with Stress Urinary Incontinence. *Yasuj Uni Med Sci J.* 2010; 15(2):106-114. [Persian]
- 2- Tannenbaum C, Agnew R, Benedetti A, Thomas D, Van De Heuvel E. Effectiveness of continence promotion for older women via community organisations: a cluster randomised trial. *BMJ Open.* 2013;3(12):1-10.
- 3- Charalambous S, Trantafylidis A. Impact of urinary incontinence on quality of life. *Pelvipereology.* 2009;28:51-53.
- 4- Al-Badr A, Brasha H, Al- Raddadi R, Noorwali F, Ross S. Prevalence of urinary incontinence among Saudi women. *Int J Gynaecol Obstet.* 2012;117(2):160-63.
- 5- Jokhio AH, Rizvi RM, Rizvi J, Macarthur C. Urinary incontinence in women in rural Pakistan: prevalence, severity, associated factors and impact on life. *BJOG.* 2013; 120(2):180-86.
- 6- Kian Z. Effect of pelvic floor muscle exercise on quality of life of women with stress urinary incontinence in the postpartum period [MSC Thesis]. Tehran University of Medical Sciences. 2009. [Persian]
- 7- Lamiian M, SHagerd Hadad M, Goshtasebi A, Massoomi R. Comparison of surgical and medical therapy on quality of life in women with urinary incontinence. *Payesh.* 2010; 10(4):525-532. [Persian]
- 8- Tashakori M, Moghimi A, Pilevariyan A, moghimiy M. Study of severity and prevalence of stress incontinent in menopausal working women in Khorasan. *Iranian Gynecol Midwifer Infertilit J.* 2006; 9:47-52. [Persian]
- 9- Wyman JF, Burgio KL, Newman DK. Practical aspects of lifestyle modifications and behavioural interventions in the treatment of overactive bladder and urgency urinary incontinence. *Int J Clin Pract.* 2009;63(8): 1177-191.

ترکیبی آموزش و خود مدیریتی بیشترین تأثیر را در بهبود علائم بی‌اختیاری داشتند. بنابراین آموزش کنترل ادرار به عنوان یک عامل در تغییر رفتار و نیز کنترل علائم معرفی شده است [۲]. محتوای مداخله ترکیبی در این تحقیق با آموزش‌های کنترل ادرار و مهارت‌های آموزش داده شده در مراحل تهدید درک شده و ارتقای خودکارآمدی به عنوان دو مرحله اساسی مدل توانمندسازی خانواده محور به کار گرفته شده در پژوهش ما شباهت زیادی داشته و نتایج نهایی نیز نشان دهنده افزایش دانش، بهبود علائم و رفتارهای بهداشتی خصوصاً انجام ورزش‌های لگنی بوده است. باندورا نیز لازمه ارتقای خودکارآمدی، توانمند شدن و اقدام به رفتار بهداشتی را کسب دانش، مهارت و موفقیت در آن می‌داند [۳۷].

اگرچه محققین، مداخلات خانواده محور مشابه بر روی بیماری بی‌اختیاری ادراری را نیافتند اما مداخلات خانواده محور در سایر بیماری‌ها، مشابه این تحقیق موجب ارتقای کیفیت زندگی، دانش، عزت نفس و عملکرد شده بود [۳۷،۲۳،۲۲].

بر اساس هالپر، خانواده اغلب حامی بیماران مزمن است و اگر برنامه‌هایی با رویکرد خانواده محور به بررسی و کنترل مشکلات بپردازند اثربخشی برنامه‌ها و جامعیت و پویایی آن مؤثرتر خواهد بود [۳۸]. اگرچه در این مطالعه ارتباط بین متغیرهای رفتار بهداشتی و عزت نفس با ارتقای کیفیت زندگی بیماران، مشابه مطالعات دیگر تأیید شد [۴۰،۳۹] اما این ارتباط در مورد دانش، علیرغم افزوده شدن آن مشاهده نشد، اگرچه برخی مطالعات دیگر این رابطه را نشان دادند [۴۱] اما برخی مطالعات مشابه این مطالعه رابطه مثبتی را نیافتند [۴۲].

این نتیجه می‌تواند تأکید مدل توانمندسازی خانواده محور بر تغییر رفتار و نه فقط انتقال دانش را تأیید نماید [۳۲]. جمع‌آوری داده‌ها به صورت خودگزارشی، نداشتن گروه مداخله دوم بدون مشارکت خانواده برای مقایسه میزان تأثیر این الگو، عدم ارزیابی خودکارآمدی و نیز طراحی برنامه در حداقل زمان ممکن از محدودیت‌های این پژوهش می‌باشند.

نتیجه‌گیری

بی‌اختیاری ادراری استرسی به عنوان یک بیماری شایع تأثیر گذار بر سلامت جامع فرد مبتلا و مختل کننده کیفیت زندگی، نیازمند برنامه بررسی‌های دوره‌ای برای تشخیص زود هنگام این بیماری و نیز مداخلات جامع جهت پیشگیری و اصلاح است. به نظر می‌رسد در میان الگوهای متعدد بهداشتی، الگوی توانمندسازی خانواده محور از جامعیت، طراحی و قابلیت اجرای مناسب برای مداخله برخوردار است. لذا کاربرد الگوی بهداشتی توانمندسازی خانواده محور برای ارائه مداخلات رفتاری به عنوان اولین سطح مداخله پیش‌بینی شده در اصلاح بی‌اختیاری ادراری استرسی توسط پرستاران، برای ارتقای سطح کیفیت زندگی زنان مبتلا به بی‌اختیاری استرسی ادراری غیر بستری و ساکن در جامعه پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی: این مقاله بر گرفته از پایان‌نامه تحصیلی

- 21- Auld ME, Hatcher MT. Environmental health promotion: advancing the science and practice. *Health Promot Pract*. 2010; 11(3):301-2.
- 22- Masoudi R, Soleymani MA, Qorbani M, Hashemi nia AM, Pour dehkordi AH, Bahrami N. The effect of family centred empowerment model on the quality of life in elderly people. *JQUMS*. 2010;14(1):57-64. [Persian]
- 23- Alhani F. Design and evaluation of the family-oriented prevention of iron deficiency anemia [dissertation]. Tehran: Tarbiyat Modarres University. 2003. [Persian]
- 24- Vahedian Azimi A, Alhani F, Ahmadi F, Kazemnejad A. Effect of family-centered empowerment model on the life style of myocardial infarction patients. *IJCCN* 2010, 2(4):1-2. [Persian]
- 25- Masoodi R, Alhani F, Moghadassi J, Ghorbani M. The effect of family-centered empowerment model on skill, attitude and knowledge of multiple sclerosis caregivers. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*. 2010;17(2):87-97. [Persian]
- 26- Salehi SH, Javanbakhtian R, Hasheminia A, Habibzadeh H. The effect of family-centered empowermwnt model on the quality of life of Patients referred to the dialysis center affiliate with of Shahrekord Medical Sciences University. *J Urmia Nurs Midwif Facult*. 2010; 10(1):61-7. [Persian]
- 27- Teymouri F, Alhani F, Kazemnejad A. The effect of family-centered empowermwnt model on the quality of life of school-age asthma children. *Iranian J Nurs Research*. 2011; 6(20):52-63. [Persian]
- 28- Asahara K, Omori J, Kobayashi M, Hirano Y, Suzuki Y, Arakida M, et al. A framework for assessing essential public health nursing skills and achievement levels required for students graduating from schools that provide education for obtaining a license as a public health nurse in Japan. *Nihon Koshu Eisei Zasshi*. 2010; 57(3): 184-94.
- 29- Nojomi M, Baharvand P, Moradi M, Patric DL, Kashanian M. Incontinence quality of life questionnaire (IQL) translation and validitation stady of Iranian version. *Int Urology* 2009; 13(9):1495-1603. [Persian]
- 30- Shahbaz zadegan B, Farmanbar R, Ghanbari A, Atrkar Roshan Z, Adib M. Investigation of the correlation between economical-social
- 10- Kim JI. Continence Efficacy intervention program for community residing women with stress urinary incontinence in Japan. *Public Health Nurs*. 2001;18(1):64-72.
- 11- Sar D, Khorshid L. The effects of pelvic floor muscle training on stress and mixed urinary incontinence and quality of life. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2009;36(4):429-35.
- 12- Albers-Heitner PC, Lagro-Janssen TA, Joore MM, Berghmans BL, Nieman FF, Venema PP, Severens JJ, Winkens RR. Effectiveness of involving a nurse specialist for patients with urinary incontinence in primary care: results of a pragmatic multicentre randomised controlled trial. *Int J Clin Pract*. 2011;65(6):705-12.
- 13- Nojomi M, Baharvand P, Kashanian M. Validation of Incontinence Quality of Life Questionnaire (I-QOL) in Incontinent Women. *RJMS*. 2009;16(63):153-161. [Persian]
- 14- Mladenović Segedi L, Segedi D, Parezanović Ilić K. Quality of life in woman with urinary incontinence. *Med Glas (Zenica)*. 2011;8(2):237-42.
- 15- Warren- Findlow J, prohaska TR. Families, social support and self care among older African - American women with chronic illness. *Am J health promot*. 2008;22(5):342-349.
- 16- Heidari M, Alhani F, Kazemnejad A, Moezzi F. The effect of empowerment model on quality of life of Diabetic adolescents. *Iranian J Pediatr*. 2007;17(Suppl1):87-94. [Persian]
- 17- Stanhop M, Lancaster J. *Community & Public Health Nursing*. 7th ed. USA: Mosby.2008.
- 18- Broome BA. The impact of urinary incontinence on self-efficacy and quality of life. *Health Qual Life Outcomes*. 2003;1:35.
- 19- Rosland AM. Sharing the care: the role of family in chronic illness. California Health Care Foundation. 2009: availble at <http://www.chcf.org>-Rosland AM. Sharing the care: the role of family in chronic illness [monograph on the Internet] Oakland, CA: California HealthCare Foundation; 2009. [cited 2014 Janaury]. Available from: www.chcf.org/~media/MEDIA%20LIBRARY%20Files/PDF/F/PDF%20FamilyInvolvement_Final.pdf.
- 20- Won CW, Fitts SS, Favaro S, Olsen P, Phelan EA. Community-based "powerful tools" intervention enhances health of caregivers. *Arch Gerontol Geriatr*. 2008;46(1):89-100.

- and quality of life in Iranian hemodialysis patients. *J Nurs Scholarsh*. 2010;42(3):242-9.
- 37- Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. *The American Psychologist*. 1982; 37(2): 122-47.
- 38- Halper J. The Evolving Role of the Nurse in the Treatment of Multiple Sclerosis. *J Neuro sci Nurs*. 2009; 41(4): 1-13.
- 39- Messer KL, Hines SH, Raghunathan TE, Seng JS, Diokno AC, Sampsel CM. Self-Efficacy as a Predictor to PFMT Adherence in a Prevention of Urinary Incontinence Clinical Trial. *Health Edu Behav*. 2007; 34(6):942-52.
- 40- De Sa Novato T, Alves Grossi SA, Kimura M. Quality of life and self-esteem of adolescents with diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm*. 2008; 21(4):562-7.
- 41- Mehnert A, Koch U. Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *J Psychosom Res*. 2008; 64(4):383-91.
- 42- Saleem F, Hassali MA, Shafie AA, Atif M, Ul Haq N, Aljadhey H. Disease related knowledge and quality of life: a descriptive study focusing on hypertensive population in Pakistan. *South Med Rev*. 2012;5(1):47-52.
- factors and self-esteem of elderly residents in Rasht nursing homes. *Quarter j Nurs Midwif Gilan province*. 2009; 19(62):21-7 [Persian]
- 31- Townsend MK, Danforth KN, Lifford KL, Rosner B, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein. Incidence and remission of urinary incontinence in middle-aged women. *Am J Obstet Gynecol*. 2007; 197:167(2). 167.
- 32- Townsend MK, Danforth KN, Rosner B, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein. Physical Activity and Incident Urinary Incontinence in Middle-Aged Women. *J Urol*. 2008; 179(3):1012-17.
- 33- Ragins AI, Shan J, Thom DH, Subak LL, Brown JS, Van Den Eeden SK. Effects of Urinary Incontinence, Comorbidity and Race on Quality of Life Outcomes in Women. *J Urol* 2008; 179(2): 651-5.
- 34- Lasserre A, Pelat C, Guéroult V, Hanslik T, Chartier-Kastler E, Blanchon T, et al. Urinary Incontinence in French Women: Prevalence, Risk factors and impact on Quality of life. *Eur Urol*. 2009; 56(1):177-83.
- 35- Ghodsbin F, Kargar M, Jahanbin I, Sagheb MM. The Efficiency of a Behavioral Intervention Program for Urinary Incontinence in Elderly Females. *J Nurs Care*. 2012; 1(6):1-4.
- 36- Rambod M, Rafii F. Perceived social support