مقایسه درک بیماران مبتلا به دیابت تیپ دو و خانواده آن‌ها از مراقبت‌های پیگیر در بیمارستان‌های علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۹۳

مریم رحیمی غریبوند،[۱] شایسته صالحی[۲*]، محمود نصر اصفهانی[۳]

۱- کارشناس ارشد، دانشکده پرستاری و مامایی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران
۲- دانشیار، عضو هیئت‌علمی، دانشکده پرستاری و مامایی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران
۳- کارشناس پرستاری، بیمارستان آموزشی درمانی الزهراء، دفتر آموزش سلامت

*نویسنده مسئول: شایسته صالحی- پست الکترونیکی: **E-mail:sh.salehi@ khuisf.ac.ir**

چکیده

مقدمه و هدف: مراقبت پیگیر عبارت است از فرآیندی منظم و مستمر برای برقراری ارتباط مؤثر، متعامل و پیگیر بین مددجو به‌عنوان عامل مراقبت پیگیر و ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی مراقبتی (پرستار) برای شناخت نیازها، مشکلات و حساس سازی مددجویان، برای قبول و انجام رفتارهای مداوم بهداشتی و کمک به حفظ بهبودی و ارتقاء سلامتی آن‌ها است. این مطالعه با هدف تعیین مقایسه درک بیماران مبتلا به دیابت نوع دو و خانواده آن‌ها از مراقبت‌های پیگیر در بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های علوم پزشکی شهر اصفهان انجام شده است.

مواد و روش‌ها: این تحقیق مطالعه‌ای توصیفی تحلیلی است، واحدهای مورد پژوهش شامل ۱۴۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو و ۱۴۰ نفر از اعضای خانواده آن‌ها بودند که در بیمارستان‌های علوم پزشکی اصفهان (الزهرا، امین، خورشید، عیسی بن مریم) در سال ۱۳۹۳ بستری و در طول این مدت و بعد از ترخیص مراقبت‌های پیگیر را دریافت کرده بودند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه بود که بعد از انجام روایی و پایایی مورد استفاده قرار گرفت. تجزیه وتحلیل اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار spss و از آمارهای توصیفی و استنباطی (آزمون Friedman و همبستگی) انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌های این مطالعه نشان داد که در عضو خانواده میانگین درک از آشناسازی ۱۴/۷۴±(۵۴/۳۲)، و حساس سازی ۸/۶۱±(۱۷/۵۷) بالاتر از بیمار است؛ اما در بیماران میانگین درک از کنترل ۲۳/۳۹±(۱۰۴/۶۲) و ارزشیابی ۷/۰۳±(۳۳/۴۹) بالاتر از عضو خانواده است.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های این پژوهش درگیر کردن بیمار و خانواده در خصوص اجرای رویکرد مراقبت مداوم و شناسایی عوارض کوتاه‌مدت و طولانی‌مدت بیماری می‌تواند باعث درک بیشتر بیمار و خانواده از بیماری و اجرای صحیح برنامه مراقبتی از جانب آنان شود. لذا پرستاران باید در مرحله حساس سازی، برنامه‌های آموزشی مشترک مختص بیمار و عضو خانواده را اجرا کنند.

واژه‌های کلیدی: مراقبت پیگیر، دیابت نوع دو، درک از مراقبت.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.3.4.1]

مقدمه

سازمان بهداشت جهانی افزایش ۱۷درصدی را در بروز دیابت در کشورهای در حال توسعه گزارش کرده است که این مسئله حاکی از آن است که۲۲۸میلیون دیابتی در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند که۷۵درصد دیابتی های جهان را تشکیل می‌دهند تخمین زده می‌شود که تعداد کل افراد مبتلا به دیابت در سال از ۱۷۱میلیون در سال ۲۰۰۰به ۳۶۶میلیون نفر در سال ۲۰۳۰خواهد رسید(۱). آمارهای مختلفی درباره شیوع دیابت در ایران وجود دارد. موسسه بین‌المللی دیابت، شیوع دیابت در سال ۲۰۱۰ در جمعیت ۲۰ تا ۷۹ ساله ایرانی را ۹/۳درصدگزارش کرده است.شیوع دیابت تیپ دو در ایران ۴تا۴/۵درصد و در جمعیت بالاتر از ۳۰سال بیشتر از ۱۴درصد می‌باشد.بیشتر از ۱٪جمعیت شهرنشین ایرانی بالاتر از ۲۰سال در هر سال مبتلا به دیابت تیپ دو می‌شوند(۲). طبیعت مزمن دیابت و درمان های نوین این بیماری که باعث افزایش طول عمر بیماران دیابتی می شود، احتمال ابتلا به عوارض مزمن آن نظیر درگیری چشمی،کلیوی، پای دیابتی و قلبی عروقی را در طول حیات بیماران دیابتی افزایش می دهد و همین امر منجر به تحمیل بار اقتصادی سنگین به سیستم بهداشتی می‌شود (۳). ماهیت بیماری دیابت و نوع درمان آن ایجاب می کند که بخش عمده ای از درمان بیماری به عهده بیمار و خانواده اش باشد. حمایت خانواده قوی‌ترین فاکتور تعیین کننده پیروی از رژیم درمانی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ می‌باشد. یافته‌های این پژوهش و همچنین تحقیقات مختلف نشان داد که کنترل مناسب قند خون با حمایت خانواده در ارتباط می‌باشد(۴). منظور از درک مفهوم سلامت، ادراک از سلامتی بر اساس آموخته‌ها، ارزش ها و اعتقادات هر فرد می‌باشد که تحت تاثیر محیط، خانواده و اجتماع قرار دارد چنان چه درک از مفهوم سلامت به صورت انتزاعی باشد اثرات آن در زندگی واضح نخواهد بود در حالی که رفتار انسان‌ها می‌تواند میزان درک آن ها از مفاهیم را به خوبی نشان دهد(۵). درک بیماران از پیگیری تحت تأثیر چند فاکتور شامل: رابطه شخصی بین خودشان و افراد مراقبت‌دهنده سلامتی‌شان، عقاید و رفتارهای شان، وجود بیماری و سیستم‌ها و ساختار عملکرد عمومی قرار می گیرد(۶). شیوع و تأثیر بیماری‌های مزمن باعث شده که افراد با این موقعیت‌ها تدریجاً نیاز به حمایت و مراقبت پیچیده از یک طیفی از سلامتی و مراقبت اجتماعی حرفه‌ای بیشتر از یک دوره گسترده داشته باشند. با افزایش پیچیدگی و هزینه در درمان برای افراد با بیماری های مزمن سیستم‌های مراقبت سلامتی اجتماعی چالشی برای پیدا کردن رویکردهای مناسب و قابل قبول برای نیازهایشان دارند(۷). مراقبت اساسی‌ترین محور فعالیت های پرستاری بوده و شالوده حرفه پرستاری تلقی می گردد مهم ترین هدف بالینی یا هدف از مراقبت بالینی کاهش شدت علایم و استرس حاصل از آن به منظور حفظ کیفیت زندگی است. مراقبت پیگیر یک کلمه عمومی است که مراقبت تأمین شده بیشتر از یک دوره زمانی برای نیازهای بهداشت روانی و فیزیکی که نتیجه ای از ناتوانی، تصادف یا بیماری است را توصیف می کند (۸).

در ایران مدلی با عنوان مدل مراقبت پیگیر توسط احمدی(۱۳۸۰)در رابطه با بیماران مزمن کرونری طراحی و ارزیابی شده است. مدل مذکور از چهار مرحله آشناسازی، حساس سازی،کنترل و ارزشیابی تشکیل شده است. این مدل،مددجو را به عنوان عامل مراقبت پیگیر و تأثیرگذار در روند سلامتی خود معرفی می نماید و مراقبت پیگیر یا مستمر

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.3.4.1]

فرآیندی منظم جهت برقراری ارتباط مؤثر، متعامل و پیگیر بین مددجو و پرستار به عنوان ارایه دهنده خدمات بهداشتی مراقبتی به منظور شناخت نیازها و مشکلات و حساس سازی مددجویان برای قبول رفتارهای مداوم بهداشتی و کمک به حفظ بهبودی و ارتقائ سلامتی آن ها می باشد که کاملاً با ویژگی‌های مزمن و پویایی مشکلات آن، مناسبت و هماهنگی دارد(۹). کارکردهای اساسی مدل مراقبت پیگیر، شامل شناخت بیماری و ماهیت آن، شناخت مشکلات بالفعل و بالقوه در خصوص بیماری، پذیرش بیماری و آثار آن به عنوان سایه ای در مسیر زندگی، ایفای نقش خودکنترلی مستمر(رفتارهای بهداشتی مطلوب)، سرمایه گذاری برای حفظ سلامتی و نگاه ارزشی به سلامت، درگیر سازی و مشارکت خانواده در اداره مسائل موجود و آتی، تغییر در الگو و سبک زندگی و ارتقای اعتماد به نفس، شناخت تیم مراقبتی و درمانی و روند استفاده از آن‌ها می‌شود(۱۰).

مراحل مراقبت پیگیر شامل: آشناسازی، حساس سازی، کنترل و ارزشیابی

مرحله آشناسازی: اولین مرحله در مدل مراقبت پیگیر، مسأله آشناسازی است و هدف این مرحله شناخت متعامل(بیمار، خانواده، پرستار) و تبیین مراحل مدل می باشد. اقدامات این مرحله از مداخله شامل معرفی پرستار به بیمار و خانواده(تاریخچه بیماری، تبیین وضعیت دموگرافیک بیمار و خانواده) شفاف سازی انتظارات پرستار در مراحل مطالعه، مشخص نمودن انتظارات و توقعات بیمار و خانواده وی، تکمیل فرم های ملاحظات اخلاقی، تکمیل فرم های پرسشنامه اطلاعات دموگرافیگی، ذکر اهداف و چگونگی امکان ارتباط می شود.

مرحله حساس سازی: روند حساس‌سازی به منظور درگیرکردن بیمار و خانواده در خصوص اجرای رویکرد مراقبت مداوم می باشد و بدون گذر از این مرحله،امکان رسیدن به هدف الگو میسر نمی شود.چنان که بیماران و خانواده آنها به شناخت و حساسیت مساله واقف شوند،می توان امیدوار بود که از الگوی بروز رفتارهای بهداشتی مناسب استفاده نمایند.هدف از این مرحله شناخت ماهیت بیماری عوارض زودرس و دیررس و محدودیت ها توسط بیمار و خانواده و درگیرسازی آنها با مشکل مزمن با توجه به نیازها بود. مرحله کنترل:هدف از این مرحله،نهادینه کردن و استمرار بخشی رفتارهای بهداشتی در جهت ارتقای سلامتی می باشد. اقدامات شامل کنترل رژیم های سه گانه، بازبینی و ارزیابی غیرمستقیم مهارت های کسب شده، بررسی پایداری رفتارهای بهداشتی (مشاهده، پرسش) بررسی نیازهای جدید با توجه به مشکلات جدید و حساس سازی مجدد در خصوص حل مشکل، تقویت رفتارهای بهداشتی و توجیه اثرات مفید اقدامات با توجه به بهبود شاخص های ملموس، کنترل شاخص های مورد مطالعه، تبادل نظر در خصوص موفقیت و عدم موفقیت اقدامات،تبیین راه حل پیشنهادی با کمک بیمار و خانواده می باشد.

ارزشیابی: به عنوان گام چهارم و نهایی الگو مطرح، اما در تمامی مراحل مورد توجه و جاری می‌باشد. هدف این مرحله بررسی روند مراقبت و اندازه گیری و مقایسه شاخص‌های کنترلی می‌باشد. اقدامات شامل ارزیابی شاخص‌های مورد نظر به وسیله تکمیل پرسشنامه‌ها و یافته‌های کلینیکی و پاراکلینیکی، تحلیل تغییرات با توجه به ماهیت بیماری، بررسی اظهارات بیمار و خانواده در خصوص رفتارها و امکان ادامه

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.3.4.1]

آن ها، مرور مجدد موفقیت‌ها و عدم موفقیت‌ها و توجه به پیشنهادات طرفین تبیین و گزارش اندازه گیری‌ها و اهمیت آنها برای بیمار و خانواده وی، تقویت ارتباط حضوری و تلفنی و جلب اعتماد، تلاش در جهت نهادینه سازی و استمرار رفتارها و توجه به کنترل، حذف و تعدیل سایر عوامل خطرآفرین بیمار ی می‌باشد (۱۱).

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع توصیفی- تحلیلی می‌باشد که با هدف تعیین مقایسه درک بیماران مبتلا به دیابت تیپ دو و خانواده آنها از مراقبت های پیگیر در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان های علوم پزشکی شهر اصفهان انجام گردید. جامعه مورد پژوهش در این مطالعه، شامل افراد مبتلا به دیابت تیپ دو مراجعه کننده به مراکز علوم پزشکی شهر اصفهان و خانواده های آنها می باشد جامعه پژوهش شامل ۴۰۰ بیمار دیابتی و ۴۰۰عضو خانواده از چهار بیمارستان می‌باشد. که طبق جدول مورگان نمونه بیمار۱۴۰نفر و نمونه همراه ۱۴۰نفرمی‌باشد. شرایط ورود به مطالعه برای واحدهای مورد پژوهش شامل: تشکیل پرونده در بیمارستان های علوم پزشکی اصفهان، تمایل بیمار و خانواده به شرکت در مصاحبه، توانایی جسمی و روانی شرکت در مصاحبه، دریافت مراقبت پیگیر و معیار اصلی خروج از مطالعه عدم تمایل بیمار و خانواده آنها به ادامه همکاری بوده است. پژوهشگر با ارائه معرفی نامه کتبی از سوی دانشگاه آزاد واحد خوراسگان و دانشگاه علوم پزشکی اصفهان خود را به مسئولین بیمارستان های الزهرا، امین، خورشید و عیسی بن مریم معرفی و پس از کسب رضایت آنان تحقیق انجام گرفت. پژوهشگر ضمن رعایت کلیه موارد اخلاقی از جمله کسب رضایت اگاهانه واحد های مورد پژوهش اقدام به جمع آوری اطلاعات نمود. پژوهشگر با مطالعه بررسی های انجام شده در این زمینه (احمدی ۱۳۸۰، قوامی ۱۳۸۵،شفیعی ۱۳۹۱) پرسشنامه ای را تهیه کرده است که در مجموع شامل ۷۱سؤال در ۵ بخش می باشد. بخش اول شامل ۸سؤال در زمینه اطلاعات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش راجع به سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل، میزان درآمد ماهیانه، وراثت، سابقه ابتلا به بیماری دیگر می باشد. بخش دوم شامل فاکتورهای مربوط به نوع مراقبت دریافتی، دانش و نگرش واحدهای مورد پژوهش نسبت به بیماری می‌باشد. این سؤال ها شامل مدت زمان ابتلا به بیماری برحسب ماه، مدت مراقبت پیگیر دریافت کننده، نوع مراقبت پیگیر دریافت کننده، ۱۰ سؤال راجع به دانش مربوط به دیابت و۸ سؤال درباره نگرش نسبت به دیابت می باشد که بر مبنای مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت می باشد. بخش سوم نیز شامل ۶ سؤال بر مبنای مقیاس ۵درجه‌ای لیکرت مربوط به حساس سازی بیمار و خانواده آنها نسبت به دیابت می باشد. بخش چهارم شامل درک بیمار و خانواده آنها از عملکرد لازم (کنترل) که ۵ سؤال در زمینه تغذیه، ۳ سؤال ورزشی، ۲ سؤال رعایت خودپایشی قندخون، ۶ سؤال مدیریت هیپوگلیسمی و هیپرگلیسمی، ۴ سؤال مدیریت دیابت در زمان ابتلا به سایر بیماری‌ها و ۸ سؤال درباره مراقبت پیگیرخواهد بود. سؤالات براساس روش لیکرت از یک تا پنج امتیازدهی گردیدندکه شماره یک، در برگیرنده کمترین امتیاز و شماره پنج دربرگیرنده بالاترین امتیاز داده شده به سؤال، از دیدگاه بیمار وعضو خانواده ایشان است. بخش پنجم نیز شامل۹سؤال ارزشیابی درک بیمار و خانواده از مراقبت پیگیر می باشد. سؤالات مربوط به تاثیر مراقبت پیگیر

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.3.4.1]

بر خودمراقبتی بیمار، اعتماد به نفس، ارتباط با دیگران و تأثیر بر روی شغل می‌باشد.که بر اساس روش لیکرت از یک تا پنج امتیازدهی گردیدند. روش گردآوری اطلاعات از طریق پرسشنامه بوده است و به شکل میدانی با حضور در مراکز پزشکی الزهرا، امین، خورشید و عیسی بن مریم اصفهان انجام گرفت. پژوهشگر در روزهای تعیین شده توسط هر کدام از مراکز در کلاس های آموزشی بیماران، حضور یافته و پرسشنامه ها را در اختیار افراد مبتلا به دیابت تیپ ۲و خانواده‌های آنان توزیع کرده، هدف خود را توضیح داده و سپس بر اساس اطلاعات به دست آمده درک بیماران و عضو خانواده آنها از مراقبت های پیگیر، با یکدیگر مقایسه گردیده است. در این کلاس ها بیمار و عضو خانواده با یکدیگر شرکت می کردند و فرم رضایت کتبی نیز در اختیار آنان قرار می گرفت. در بیمارستان های علوم پزشکی اصفهان واحدی به نام آموزش سلامت در ابتدای سال ۱۳۹۲ راه اندازی گردیده که کار این واحد از زمان پذیرش بیمار در بیمارستان آغاز می شد بدین صورت که در هنگام پذیرش بیمار، پرستار بخش موظف به آموزش در خصوص بیماری و عوارض آن به بیمار و همراه وی می باشد، سپس بیمار و همراه وی به کلاس‌های واحد آموزش سلامت ارجاع داده می‌شود و پرستاران مقیم این واحد آموزش های گفته شده را تکمیل می کنند و در زمان ترخیص بیمار به وی کارت ارجاع داده می شود، در سه روز اول بعد از مرخصی بیمار به صورت تلفنی پیگیری می شودو بعد از آن، در صورت داشتن مشکل از بیمار خواسته می شود به بیمارستان مراجعه کند. تمام این وقایع در دفاتر این واحد ثبت می گردد. در این مطالعه، جهت تعیین روایی پرسشنامه از روش اعتبار محتوی استفاده گردید. برای تهیه هر یک از پرسش ها به کتب و نشریات علمی مراجعه شده و سپس پرسشنامه تهیه شده به قضاوت و نظرخواهی ۱۰نفراز اعضای محترم هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان گذاشته شد.نظرات اصلاحی جمع آوری و پس از انجام اصلاحات لازم، پرسشنامه نهایی تدوین گردید. در مطالعه مورد نظر،جهت کسب پایایی پرسشنامه ازروش بازآزمایی مجدد استفاده گردید. بدین صورت که پرسشنامه ها در بین ۱۵ نفر از بیماران و ۱۵نفر از اعضای خانواده آنان توزیع گردید و سپس دو هفته بعد نیز همان پرسشنامه ها در بین آنان توزیع گردید و نتایج با یکدیگر مقایسه شد.همچنین از آزمون آلفای کرونباخ که یک روش پیوستگی درونی است، استفاده شد. پس از انجام یک تست پایلوت، ضریب آلفای کرونباخ ۹۵٪ به دست آمد. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم افزار SPSS ویرایش ۲۰ استفاده شد و داده‌های جمع آوری شده در دو بخش مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. بخش اول آمار توصیفی می باشد که داده‌ها به صورت فراوانی مطلق و درصد فراوانی در جدول ارائه شده است. بخش دوم آمار استنباطی می‌باشد. که از طریق آزمون فریدمن و همبستگی پیرسون بررسی گردید.

یافته‌ها

در این مطالعه تعداد ۱۴۰بیمار مبتلا به دیابت تیپ دو و ۱۴۰نفر از اعضای خانواده آنها (همراه بیمار) وارد مطالعه شدند. گروه بیماران شامل، ۹۱نفر زن(۶۵٪)، و ۴۹نفر مرد(۳۵٪). گروه خانواده شامل ۸۵نفر زن (۶۰/۷٪)، و ۵۵نفر مرد(۳۹/۳٪) بوده است. بر اساس آزمون کای اسکوئر میزان درک بیمار و خانواده ازچهار مرحله مراقبت پیگیر تفاوت معنی دار دارد ($P<۰/۰۰۱$)جدول شماره (۱).

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.3.4.1]

جدول(۱)مقایسه میانگین میزان درک واحدهای مورد پژوهش از مراحل مراقبت پیگیر

واحدمورد پژوهش	بیمار			خانواده			
	میانگین	انحراف معیار	آزمون	میانگین	انحراف معیار	آزمون	درجه آزادی	سطح معناداری
آشناسازی	۵۰/۹۲	۱۷/۲۵	۱۱۶/۳۲۸	۵۴/۳۲	۱۴/۷۴	۲۳۲/۵۲	۱۷	۰/۰۰۰
حساس سازی	۱۶/۰۵	۸/۶۱	۱۳/۵۸	۱۷/۵۷	۸/۶۱	۲۳/۰۷	۵	۰/۰۱۸
کنترل	۱۰۴/۶۲	۲۳/۳۹	۱۳۱۸/۹۷۱	۹۶/۶۵	۲۸/۹۱	۵۰۷/۳۱۲	۲۷	۰/۰۰۰
ارزشیابی	۳۳/۴۹	۷/۰۳	۱۵۶/۷۵۵	۳۳/۴۵	۷/۰۶	۱۵۶/۸۰۸	۸	۰/۰۰۰

بحث و نتیجه‌گیری

یافته های پژوهش نشان داد که بین درک از آشناسازی خانواده و بیمار تفاوت معنی داری وجود دارد(P<۰/۰۵). بطوری که میانگین درک از آشناسازی خانواده بالاتر از بیمار می‌باشد. در مطالعه ای سطح آگاهی شرکت کنندگانی که دارای افراد دیابتی در خانواده بودند نسبت به گروه فاقد افراد دیابتی در خانواده افزایش چشمگیری داشت و می توان نتیجه گرفت که به دلیل ارتباط مستقیم اعضای این خانواده ها با بیماری دیابت آگاهی این گروه افزایش یافته است(۱۲). اما نتایج این پژوهش با یافته های پژوهش(2011)Delva که در زمینه مفاهیم مختلف مراقبت پیگیر و ارزش‌ها انجام گرفت، مشابهت ندارد. در آن مطالعهDelva تداوم به تنهایی برای تعهد اخلاقی در ملاقات‌های بعدی ناکافی بودو نیازمند تداوم مسئولیت‌هایی بود که بین افراد اعتماد به وجود آورد و یک مفهومی برای درمان ایجاد کند همچنین دانش اجراکنندگان را نسبت به سطح درک بیمار افزایش دهد(۱۳). دلیل این تفاوت را می توان چنین بیان کرد که واحدهای مورد پژوهش در مطالعه حاضر چندین روز در بیمارستان بستری بودند و خانواده آنان حضور مستمر داشت به طوریکه اعتماد کافی به کادر اجراکننده مراقبت را پیدا کرده بودند. در حالی که در مطالعه ذکر شده مراقبت‌ها صرفاً به صورت سرپایی ارائه می گردید و خانواده های بیماران حضور نداشتند. در مطالعه نوع دو و خانواده آنها از مراقبت های پیگیر(حساس سازی) تفاوت معنی داری وجود دارد(P<۰/۰۵). به طوری که میانگین درک از حساس سازی خانواده بالاتر از بیمار می باشد. در مطالعه ای نشان داده شد که با اجرای مدل مراقبت پیگیر تفاوت معنی داری در ابعاد کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی ایجاد می شود و اجرای این مدل مراقبتی با بهبود کیفیت زندگی این بیماران همراه است از آنجا که در این مدل به تمامی عوامل موثر(فعالیت فیزیکی، رژیم غذایی، رژیم دارویی) بر کیفیت زندگی توجه شده،روند حساس سازی استمرار داشته و درگیری خانواده در جلسات انفرادی به عنوان اصل تلقی شده است(۱۴) . اما با مطالعه دیگری هم خوانی ندارد در این تحقیق فقدان مشارکت یا ارتباط غیرتداومی بیماران رابه علت کار با پزشکان وپرستاران مختلف و دریافت عقاید متفاوت نشان داد، پیام‌های متناقض یا فقدان شفافیت نقش اعتماد بیماران را متزلزل می کردو باعث توقف تداوم برنامه از طرف بیماران می‌شد (۱۵) .

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.3.4.1]

در تبیین این یافته می توان بیان کرد که با توجه به وجود واحدی به نام آموزش سلامت به بیماران در مراکزدرمانی شهر اصفهان و داشتن کادر ثابت جهت هدایت و راهنمایی نهایی بیماران و خانواده این تناقض در آموزش بیماران و خانواده در اجرا و تداوم برنامه مراقبت پیگیر در این پژوهش کمتر به چشم می خورد. بر اساس یافته های مطالعه حاضر درک بیماران مبتلا به دیابت نوع دو و خانواده آنها از مراقبت های پیگیر (کنترل) تفاوت معنی داری وجود دارد($P<۰/۰۵$). به طوری که میانگین درک از کنترل بیمار بالاتر از خانواده می باشد در همین راستا پژوهشگران تصور می کنند به دلیل حضور مرتب بیماران در مرکز دیابت و بررسی مشکلات جسمی و آموزش نحوه مراقبت از خود به بیماران، توسط کادر مرکز دیابت، سبب بالارفتن کیفیت زندگی آنان در این حیطه شده است و گروه‌های دارای شناخت خوب میزان و نحوه پیگیری عوارض بیماری دیابت در برخی موارد مانند عوارض چشمی،کلیوی و قلبی ارتباط معناداری بین سطح شناخت افراد با میزان مراجعه آن ها برای ویزیت منظم دیده شد و با افزایش شناخت بیماران از اهمیت بیماری،کنترل قندخون با گلوکومتر در منزل با نظم بیشتری انجام می شد که در مطالعات خالدی و همکاران، خمسه و همکاران نیز نتایج مشابهی در این زمینه وجود دارد (۱۷،۱۶). در این پژوهش بین درک بیماران مبتلا به دیابت نوع دو و خانواده آنها از مراقبت‌های پیگیر(ارزشیابی) تفاوت معنی داری وجود دارد($P<۰/۰۵$). به طوری که میانگین درک از ارزشیابی بیمار بالاتر از خانواده می باشد. همانطوری که در مطالعه برهانی(۱۳۹۲) مداخله پرستاری از راه دور از طریق برنامه تلفن همراه سبب کاهش هموگلوبین گلیکوزیله در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل شده بود (۱۸). با توجه به یافته های پژوهش نشان داده شد که درک اعضای خانواده و بیماران از چهارمرحله مراقبت پیگیر متفاوت می باشد. به این ترتیب که درک اعضای خانواده از دو مرحله اول مراقبت پیگیر یعنی آشناسازی و حساس سازی بالاتر می باشد. در توجیه این یافته می توان چنین بیان کرد که اعضای خانواده از نظر سنی جوان تر می باشندو سطح تحصیلات بالاتری دارند و با توجه به این مطلب که وراثت در این بیماری نقش مهمی ایفا می کند. همچنین با مشاهده عوارض و مشکلات بیماران خود تمایل بیشتری به پیشگیری از بیماری داشتند. به طوری که شرکت در کلاس های آموزشی را بطور منظم انجام می دادند. مطالعات بیشتری در این زمینه انجام می دادند، از رسانه ها مانند اینترنت بیشتر کمک می گرفتند و اشتیاق بیشتری برای بالابردن سطح آگاهی خود در این زمینه داشتند و از رژیم غذایی و ورزش پیروی می کردند. اما بیماران به دلیل خستگی ناشی از بیماری و مراجعات مکرر به پزشک و دریافت اطلاعات متناقض از مراقبت کننده های مختلف و همچنین داشتن دیدگاه منفی نسبت به بیماری، (دیابت را سرنوشت خود می دانستند)، تمایل کمتری به شناخت از بیماری داشتند. شرکت یکی از اعضای خانواده همراه بیمار دیابتی در کلاس‌های آموزش دیابت سبب افزایش تأثیر این کلاس ها می شود و از آنجا که عملکرد بالای خانواده با کنترل بهتر قند خون همراه است. می توان از خانواده بیماران به عنوان یک عنصر کلیدی در بهبود کنترل و مدیریت بیماری در آنها استفاده نمود (۱۹). این پژوهش نشان دهنده ی این بود که درک بیماران از دو مرحله دوم مراقبت پیگیر یعنی کنترل و ارزشیابی بالاتر می باشد در توجیه این یافته می توان چنین بیان کردکه احتمالاً به علت ابتلا به بیماری و عوارض آن و مصرف دارو، بیماران کنترل بیشتری را در پیروی از رژیم های درخواستی و انجام ورزش، نحوه صحیح مصرف دارو داشتند. در

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.3.4.1]

مطالعه ای نشان داده شد که بیماران بر اهمیت یک رابطه مداوم با پزشک، پرستار... تاکید می کردندو همچنین تداوم رابطه خود با تیم درمان به صورت دوطرفه باعث افزایش درک واحساس امنیت خود بیان نمودند. همچنین در مطالعات مذکور، بیماران تأکید می کردند که پزشک و پرستار به صحبت های آنان گوش می دهند و به نیازهای آنان توجه می کنندو بیمار نه تنها قادر به اداره کردن خودش می باشد بلکه مسئول مدیریت بیماری خود نیز می باشد (۲۰).با توجه به نتایج پیشنهاد می شود که: - مراقبت پیگیر توسط نظام سلامت مورد توجه قرار گیرد. با توجه به این که بسیاری از بیماران هزینه های پیگیری مانند آزمایشات و check up مکرر را مانع ادامه دادن برنامه مراقبت پیگیر می دانند. با اختصاص بودجه از طرف نظام سلامت به برنامه مراقبت پیگیر باعث تشویق بیشتر بیمار و خانواده در این خصوص گردیده و از هزینه های بستری مجدد بیمار کاسته می گردد. در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی، مراقبت پیگیر در اولویت برنامه‌ریزی‌ها قرار گیرد. توجه به مسأله درک بیمار و خانواده از نوع بیماری و روند ادامه و پیش آگهی آن، در ایجاد رفتار بهداشتی مؤثر می باشد. به گونه ای که بیمار و خانواده در تصمیم گیری برای چگونگی روند درمان خود مجری و برنامه ریز اصلی می‌باشند. لذا مراکز درمانی با در نظر گرفتن این مسأله از بیمار به عنوان یک عضو فعال در روند بیماری استفاده می کند.

قدردانی:

از کلیه بیماران و اعضای خانواده آنان که با صبوری کامل به پرسشنامه ها پاسخ دادند و همچنین از اعضای واحد آموزش سلامت به بیمار در بیمارستان‌های علوم پزشکی اصفهان که همکاری لازم را با اپژوهشگران داشتند نهایت تشکر و سپاس را داریم.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.3.4.1]

Families about Continuous Care at Hospitals Affiliated to Isfahan University of Medical Sciences in 2014

Rahimi Gharibvand M.[1], Salehi SH.[2*], Nasr Isfahani M.[3]

1. MSc Student of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan), Isfahan, Iran.
2. Associate Professor, School of Nursing and Midwifery, Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan), Isfahan, Iran.
3. BSc in Nursing, Alzahra Teaching Hospital, Office of Health Education, Isfahan, Iran.

***Corresponding author:** Shayeste Salehi**,** E-mail**:** sh.salehi@ khuisf.ac.ir

Abstract

Introduction: Continuous care is a regular and continuous process for establishing an interactive and effective communication between clients (as the receivers of continuous care) and health care providers (nurses) for identifying the clients' needs and problems, sensitizing them to accept and perform continuous health behaviors, and improving their health status. This study aimed to compare the perception of patients with type 2 diabetes and their families regarding continuous care at hospitals affiliated to Isfahan University of Medical Sciences.

Methodology: This descriptive-analytical study included 140 patients with type 2 diabetes and 140 family members at Isfahan hospitals (Alzahra, Amin, khorshid, and Isa Ibn Maryam hospitals). The subjects were admitted to the hospitals in 2014 and received continuous care during their hospital stay and after hospital discharge. A questionnaire was used for data collection after confirming its reliability and validity. Descriptive and inferential statistics (Friedman and correlation coefficient) were applied, using SPSS.

Results: The findings of this study showed that the mean score of familiarization (54.32±14.74) and sensitization (17.57±8.61) were higher in family members than patients. However, the mean perception of control (104.62±23.39) and evaluation (33.49±7.03) were higher in patients than family members.

Conclusion: Patient and family involvement in the implementation of continuous care and identification of short- and long-term complications of the disease lead to a greater understanding of the disease and the accurate implementation of healthcare plan. Therefore, nurses should run training programs for patients and their family members.

Keywords: Continuous Care, Care Perception, Type 2 Diabetes.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.3.4.1]

References

1. Khezrlo S, Fiezi A. The relationship between self-efficacy and performance of self-care in patients with diabetes mellitus referred to UrmiaClinics.Journal Of Uromia Of Nursing and Midwifery.2012;3:369-375.[Persian]
2. Lotfi MH, Saadati H,Afsali M. Prevalence of diabetes in people aged>30 years: The results of screening program of Yazd province,Iran,in2012.Journal of Research in Health Sciences. 2013;14(1):xxx
3. Vahed Shahraki A, Haghighi M, Naroi F, Hamedi S. Assess the training needs of diabeticspeople.Journal Of Nursing and Midwifery,Zabol.1391;1(1): 18-27.
4. Heidari SH et al. Relationship of family support and glycemic control in elderly patients with type 2 diabetes. Elders Journal.2009.(8)3:753-580.
5. Shaban M, Mehran A, Taghlili F. Relationship between health perception and health promoting behaviors and comparison of two groups of fourth year students of Tehran university of Medical sciences and Tehran university.Hayat.2007.(13)3:27-36.
6. Alazri M, Neal R, Leese B.2010.Patients experiences of continuity in the care of type 2 diabetes:A focus group study in primary care.BJGP.2006.1:56 488-495.
7. Newbouldj,etall. Experiences of care planning in England:interviews with patients with long term conditions.PMCID.2012;13:71 8-25
8. Continuing health care and NHS- funded nursing care factsheet.2015 March25 [cited2015May3];[4screens]. Available from: URL: http://www.ageuk.org.uk/health-wellbeing/doctors-hospitals/nhs-continuing-healthcare-and-nhs-funded-nursing-care/nhs-continuing-healthcare/
9. Rahimi A, Ahmadi F, Ghalyaf M. Effect of continuous care model on quality of life in hemodialysis patients.Journal Of Iran University Of Medical Sciences.2006;13(52): 123-134
10. Ahmadi f.Design and evaluation of continuous care model in the management of patients with chronic coronary artery.PHD Thesis, School of Medicine.TMU.2001.
11. Ghavami H, Ahmadi F, Entezami h, Memarian v. Effect of continuous care model onHypertensive diabetic patients.Iranian Journal Of Medical Education.2006;6(2): 87-95
12. Rashidi H, Shahbazian H, Latifi M, Ghasemi M. Investigation of Ahvaz awareness people of diabetes. Journal Of Medical.2010;9(5): 14-19
13. Delva D, Kerr J, Schults K.Continuity of care differing conceptions and valves.Canadian Family Physician.2011:57;915-921.
14. .Sadeghi Z, Payami bosari M, Mosavi nasab N. The impact of family participation in the care of patients admitted to intensive care on family' anxiety.Journal Of Nursing Care.2012;2(2):10-17.
15. HagertyJ, Roberg D, Freeman G, Beaulieu CH. Experienced continuity of care when patients see multiple clinicians: A qualitative mwta summary. Ann Fam Med.2013;11(3);262-271
16. Khaledi SH, Moridi G, Gharibi F.Eight aspects of quality of life in patients with diabetes mellitus type II diabetes center in Sanandaj.Fasa University Of Medical Sciences.2009;1(1): 29-36.
17. Khamse M, Abdi H, Malek M, Shafie G, Khodakarim S. Recognizing the importance of the link between diabetes and its complications and follow-up care.Komesh.2011;12(3): 334-341
18. Borhani F, Ranjbar H, Abaszade A, Abazari F,Ranjbar A. Effect of Nursing of the teleport(Mobile software)Glycosylated sugarPatients with type 2 diabetes.Journal Of Military.2013;2(11): 130-137

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.3.4.1]

19. Pedram Razi SH, Sadeghi AR, Ebrahimi H, Kazemnejad A.The impact of family-centered empowerment model on knowledge and metabolic control in patients with type 2diabetes.J of science and Health.2014;9(1):8-12
20. Waibel S, Henao D, Beatriz M, Varcas I, Vazquez M. What do we know about patients perception of continuity of care?A meta synthesis of qualitative studies.I JFQIC.2011;1-10

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.3.4.1]