طراحی و بررسی تأثیر اجرای الگوی مراقبتی و درمانی نتیجه ـ محور در مبتلایان به بیماری دیابت قندی

نگین مسعودی علوی[۱]، دکتر فضل‌الله غفرانی‌پور[۱]، دکتر فضل‌الله احمدی[۱]
دکتر اسدالله رجب[۲]، دکتر غلامرضا بابایی[۳]

خلاصه

سابقه و هدف: بیماری دیابت قندی یکی از بیماری‌های شایع و خطرناک است. با توجه به ناکافی بودن روش‌های معمول در کشور جهت کنترل مناسب بیماری دیابت، تحقیقی کیفی به منظور طراحی الگوی مراقبتی و درمانی و بررسی تاثیر آن بر نحوه کنترل گلیسمیک بیماران دیابتی مراجعه‌کننده به انجمن دیابت ایران در شهر تهران، در سال ۱۳۸۲ انجام گردید.

مواد و روش‌ها: برای طراحی مدل، تحقیق کیفی از نوع تئوری پایه انجام شد. در این تحقیق نظرات و تجربیات ۱۵ بیمار مبتلا به دیابت به همراه خانواده آنها و همچنین نظرات ۱۵ کارشناس شامل پزشک، پرستار و متخصص تغذیه توسط مصاحبه با سوالات باز جمع‌آوری گردید. سپس با استفاده از مدل اشتراوس و کوربین تجزیه و تحلیل و طراحی الگو صورت گرفت. جهت بررسی تاثیر الگو، تحقیقی به روش کارآزمایی بالینی تصادفی در دو گروه ۵۲ نفره از بیماران دیابتی انجام شد و تاثیر اجرای مداخلات برگرفته شده از الگو بر نحوه کنترل گلیسمیک بررسی شد.

یافته‌ها: در این تحقیق ۳۹۵ کد اولیه در ۲۷ زیر طبقه و ۹ طبقه اصلی قرار گرفت. سپس نحوه ارتباط طبقات با یکدیگر تعیین شد. در این مدل سیستم شخصی، سیستم درمانی، مراقبتی و حمایتی و سیستم اجتماعی سه سیستمی هستند که در حال تعامل با یکدیگر هستند و نتایج ممکن مانند نحوه کنترل گلیسمیک را ایجاد می‌کنند. با توجه به اهمیت نتایج برای کارکنان سیستم بهداشتی و درمانی و همچنین بیماران، این الگو الگوی مراقبتی و درمانی نتیجه ـ محور نام گرفت. سه ماه پس از شروع مداخلات بر گرفته شده از الگو، میانگین (± انحراف معیار) میزان هموگلوبین گلیکوزیله در گروه مداخله از ۸/۲۲±۲ به ٦/٧±١/٦ کاهش یافت که این میزان کاهش از گروه شاهد که تنها آموزش دریافت کرده بودند بیشتر بود ($P < ۰/۰۲$).

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد الگوی مراقبتی نتیجه ـ محور ، می تواند به نحو مؤثری در کنترل قند خون در بیماران بزرگسال دیابتی نوع اول و دوم عمل کند.

واژگان کلیدی: دیابت قندی، تحقیق کیفی، کارآزمایی بالینی

۱- گروه پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس
۲- پزشک متخصص اطفال، انجمن دیابت ایران
۳- گروه آمار، دانشگاه تربیت مدرس

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-05]

مقدمه

دیابت یکی از بیماریهای شایع و مزمن است. تعداد مبتلایان به بیماری دیابت در جهان در سال ۱۹۹٤، حدود ۱۱۰ میلیون نفر بود و تخمین زده می‌شود در سال ۲۰۱۰ این تعداد به ۲۲۱ میلیون خواهد رسید (۱). برآورد می‌شود در ایران تخمین زده می‌شود، ٦ درصد جمعیت یعنی حدود ٤ میلیون نفر به این بیماری مبتلا باشند (۲). دیابت قندی چهارمین علت مرگ در جهان در اثر بیماری‌ها است (۳). ۳۰ درصد افراد دیالیزی به دلیل بیماری دیابت دچار نارسایی مزمن کلیوی می‌شوند (٤)، ۱۲ درصد نابینائی‌ها به دلیل بیماری دیابت رخ می‌دهد و ۵ تا ۱۰ درصد بیماران در سال دچار زخم‌هایی در پا می‌شوند که در بسیاری موارد منجر به قطع عضو در آنها می‌گردد، به طوری که میزان قطع عضو در افراد دیابتی ۱۵ برابر افراد دیگر است (۵). هم‌چنین این بیماری از عوامل مهم خطر در بروز بیماری‌های قلبی و فشار خون است (٦). با این حال با کنترل مناسب قند خون، بسیار از این عوارض خطرناک قابل پیشگیری است، به طوری که تخمین زده می‌شود با هر ۱ درصد کاهش در هموگلوبین گلیکوزه، ۳۷ درصد از عوارض میکرووسکولار و ۲۱ درصد از عوارض ماکرووسکولار ناشی از بیماری دیابت کاسته خواهد شد (۵).

امروزه الگوی غالب مورد استفاده در مراکز بهداشتی و درمانی ، مدل پزشکی است. اساس مدل پزشکی، تشخیص بیماری‌ها ، یافتن عامل بیماری‌زا، برطرف کردن عامل و درمان بیماری و یا برطرف کردن نشانه‌های بیماری است (۷). مدل پزشکی قادر به پاسخگویی به نیازهای درمانی و مراقبتی در بیماری دیابت نیست، به طوری که در حال حاضر نمی‌توان ادعا کرد مراقبت و درمان در بیماران دیابتی در کشور به نحو مطلوبی ارائه می‌گردد. در تحقیقی توصیفی در سال ۱۳۷۷ در ۳٤٤ بیمار دیابتی در شهر اصفهان مشخص گردید که ۲۷/٤ درصد بیماران اصلا به پزشک مراجعه نمی‌کردند، ۸۰/۹ درصد در طول مدت ابتلا به دیابت، هیچ‌گاه مورد معاینه پا قرار نگرفته بودند، تنها ۷/۹ درصد تاکنون نام آزمایش هموگلوبین گلیکوزیله را شنیده بودند و ٤۵/۲ درصد تاکنون هیچ آموزشی در مورد بیماری خود دریافت نکرده بودند (۸).

سیستم بهداشت و درمان باید به دنبال الگوهای عملی در بیماری دیابت باشد. ارائه تئوریها و الگوها از دیرباز مورد توجه متخصصین بهداشت و پرستاری و سایر حرفه‌های درمانی و مراقبتی بوده است. تئوریها می توانند نگرش بهتری از پدیده‌های پیچیده ارائه دهند، خصوصا تئوریهای میانی قابلیت اجرای بیشتری دارند و می‌توانند در برنامه‌ریزی‌های عملی سودمند باشند (۹). تئوری‌های مختلفی خصوصاً در کشورهای آمریکا و کانادا طراحی شده است که هرکدام توانسته‌اند در تحقیقات کاربرد خود را نشان دهند (۱۰). با توجه به تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی در جوامع مختلف، هر کشور باید به دنبال مدل‌هایی مناسب با بافت اجتماعی و فرهنگی خود باشد. لذا تحقیقی کیفی با هدف طراحی الگوی درمانی و مراقبتی مناسب برای بیماران بزرگسال دیابتی در کشور انجام گرفت و سپس تأثیر الگوی طراحی شده بر کنترل گلیسمیک در مراجعین به انجمن دیابت ایران در سال ۱۳۸۲ بررسی شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش، در دو مرحله انجام گردید. جهت طراحی الگو از روش تحقیق کیفی از نوع تئوری پایه Grounded Theory استفاده شد. سوال اصلی در این مرحله این بود که ماهیت مراقبت در

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-05]

بیماری دیابت چیست؟ جمعاً ۱۵ بیمار به همراه یکی از اعضا خانواده خود در این تحقیق شرکت نمودند. بیماران از مراجعین به انجمن دیابت ایران بودند. شرط انتخاب شرکت‌کنندگان در گروه بیماران سابقه بیش از یک سال ابتلا به بیماری دیابت و همچنین داشتن سن بیش از ۱۸ سال بود. مصاحبه‌ها از مردادماه ۱۳۸۱ تا آخر مهرماه همان سال طول کشید. علاوه بر بیماران و خانواده آنها که شرکت‌کنندگان اصلی در این تحقیق بودند، سه پزشک متخصص و یک متخصص تغذیه که در انجمن دیابت ایران به درمـان و آمـوزش بیماران دیابتی مشغول بودند و ۱۱ پرستار متخصص نیز مورد مصاحبه قرار گرفتند.

تمامی مصاحبه‌ها به صـورت نیمه‌ساخـتاری (Semi structured) و با سؤالات باز بود و توسط محقق اول انجام می‌گرفت. پس از کسب اجازه کتبی از بیماران و کارشناسان مصاحبه‌ها ضبط می‌گردید. پس از اطمینان از اشباع اطلاعاتی در گروه بیماران و خانواده آنها ، اطلاعات و تجربیات گروه صاحبنظران جمع‌آوری شد. برخی از سوالات مطرح شده در مصاحبه‌ها به این قرار بود: بیماری دیابت چه تأثیری بر زندگی می‌گذارد؟ بیماران دیابتی با چه مشکلاتی روبرو هستند؟ بیماران دیابتی چگونه با مشکلات خود کنار می‌آیند؟ به چه صورت می‌توان به بیماران دیابتی کمک نمود؟ چه چیز در بیماری دیابت بیش از همه شما را ناراحت می‌کند؟ تأثیر خانواده چگونه بوده است؟ آیا خاطره خاصی از بیماری دیابت دارید؟ سلامت خود را چگونه ارزیابی می کنید؟

پس از هر مصاحبه تمامی محتویات نوشته شده مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گرفت. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از روش ارائه شده توسط اشتراوس و کوربین (Straus & Corbin) استفاده شد. در این روش با استفاده از سه مرحله کدگذاری، اطلاعات مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد و متغیر اصلی مشخص می‌شود. لازم به ذکر است در تحقیقات کیفی عمق اطلاعات بیش از تعداد شرکت‌کنندگان اهمیت دارد بنابراین جمع‌آوری اطلاعات آنقدر ادامه می‌یابد تا اطلاعات جدیدی وارد نشود (۱۱).

پس از اتمام تجزیه و تحلیل و پردازش مدل و ارائه الگوی مراقبتی و درمانی نتیجه ـ محور، تأثیر اجرای این الگو طی تحقیق کمی از نوع کارآزمایی بالینی بررسی شد. در این تحقیق مراجعین به انجمن دیابت ایران در شهر تهران از بهمن‌ماه سال ۱۳۸۱ تا اردیبهشت سال ۱۳۸۲ به طور تصادفی در دو گروه مداخله و شاهد تقسیم شدند. شرط ورود به تحقیق، سن بیش از ۱۸ سال، عدم بستری بودن در بیمارستان حداقل دو هفته قبل از تحقیق و سابقه حداقل یک سال بیماری قطعی دیابت بنا به تشخیص پزشک معالج بود. از داوطلبین شرکت در تحقیق که دارای شرایط فوق بودند پس از شرح اهداف تحقیق، اجازه‌نامه کتبی گرفته شد. میزان هموگلوبین گلیکوزیله به عنوان شاخص کنترل گلیسمیک در ابتدای تحقیق و پس از سه ماه از شروع مداخلات بررسی شد.

یافته‌ها

در مـرحله تحقیق کیفی از نوع تئوری پایه ۱۵ بیمار به همراه خانواده مورد مصاحبه قرار گرفتند. میانگین (± انحراف معیار) ۱ ± ۵۲/٦ سال بود و طیف سنی آنها بین ۱۹ تا ۷۵ سال بود. میانگین (± انحـراف مـعیار) مدت ابتلا آنها به بیـماری دیابت ۸/۱ ± ۱۰/٦ و محدوده آن بین ۱ تا ۲۵ سال بود. مدت مصاحبه ها بین ۲۰ تا ٦۰ دقیقه با میانگین ٤۱ دقیقه بود. ۷ بیمار زن و ۱۳ بیمار مبتلا به بیماری دیابت نوع دوم بودند. ۸ بیمار با تزریق

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-05]

انسولین درمان می شدند و ۷ بیمار از قرص‌های کم‌کننده قند خون و رژیم غذایی استفاده می‌کردند. علاوه بر بیماری دیابت ۳ بیمار دچار نارسایی کلیه و ۵ بیمار عوارض چشمی و یا نابینایی داشتند، ٦ بیمار فشار خون داشتند، ۱۰ بیمار دچار درد و بی‌حسی اندام‌ها به دلیل نوروپاتی دیابتی بودند، یک بیمار مبتلا به بیماری آرتریت روماتویید بود و یک بیمار سابقه ابتلا به بیماری عروق کرونر را داشت.

در روش تحقیق تئوری پایه کدگذاری مرحله اول را اصطلاحاً کدهای باز (pen Codes) می‌گویند. در این مرحله اطلاعات خام مربوط به مصاحبه ها و یادداشتهای در صحنه (Field Notes) به دقت و به صورت مکرر خوانده می‌شود تا محقق کاملاً با اطلاعات احساس آشنایی نماید. سپس مجدداً اطلاعات خط به خط خوانده می‌شود و هرآنچه مهم به نظر می‌رسد، به صورت کدهای مفهومی به شکل برداشت محقق از گفته‌ها و یا در صورت امکان به صورت نقل قول مستقیم از شرکت‌کنندگان بر روی کارتهایی نوشته می‌شود (۱۲). در این تحقیق در مجموع ۳۹۵ کد اولیه مفهومی به دست آمد.

کدگذاری مرحله دوم را کدگذاری آگزیال (اتصالی) (Axial Coding) می‌گویند و در طی آن طبقات و زیر طبقات مشخص می‌شوند (۱۲). ۳۹۵ کد مفهومی اولیه به ۲۷ زیر طبقه و ۹ طبقه اصلی تقسیم شدند. طبقات اصلی عبارتند از: بیماری و اثرات جسمی و عوارض آن، شخص بیمار و خصوصیات فردی او، مشکلات ناشی از بیماری، سازگاری در بیماری دیابت، مراقبت در بیماری دیابت، درمان در بیماری دیابت، حمایت در بیماری دیابت، جامعه و وضعیت اجتماعی، اقتصادی و سیاسی و فرهنگی آن و در انتها نتایج قابل بررسی.

مرحله بعدی کدگذاری انتخابی است. کدگذاری انتخابی (Selective coding)، فرآیند انتخاب طبقه اصلی و ایجاد ارتباط سیستماتیک بین طبقات است، سپس پردازش مدل صورت می‌گیرد (۱۳). در دنباله مدل مراقبتی و درمانی نتیجه ـ محور که در واقع تبیین نحوه ارتباط بین ۹ طبقه اصلی ذکر شده است مورد بحث قرار می‌گیرد.

الگوی مراقبتی و درمانی نتیجه ـ محور

در الگوی مراقبتی و درمانی نتیجه ـ محور بیمار با تمام خصوصیاتش در مرکز الگو قرار می‌گیرد. در مصاحبه ها مشخص گردید که مهم‌ترین فرد تصمیم‌گیرنده در رابطه با نحوه رفتارهای بهداشتی و یا تغییر در رفتار شخص بیمار است. بیمار است که شیوه زندگی خود و نحوه رفتار خودمراقبتی را تعیین می‌نماید. این رفتارها در ایجاد نتایج مختلف مانند نحوه کنترل گلیسمیک تعیین‌کننده هستند. در این تحقیق با توجه به صحبت‌های بیماران و کارشناسان مشخص شد که چهار دسته از خصوصیات را می‌توان در حیطه شخصی بیمار برشمرد:

۱) خصوصیات شخصیتی مانند جهان بینی فرد، سعی در برخورد منطقی با مسایل، داشتن روحیه صبر و بردباری، احساس توانمندی، ایمان و توکل به خدا و حس دوست داشتن خود و زندگی از عوامل شخصیتی هستند که قدرت بیماران را جهت برخورد با مشکلات از جمله بیماریها افزایش می‌دهند.

۲) نحوه سازگاری بیمار: در این تحقیق سه مرحله از سازگاری در بیماران شناسایی شد. مرحله شوک ناشی از بروز بیماری، مرحله تلاش و مرحله نهادینه شدن که بیمار با وضعیت خو می‌گیرد.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-05]

سازگاری در واقع اهمیت بعد زمان را در بیماری دیابت نشان می دهد.

۳) نوع بیماری، عوارض و شدت آن و نحوه درمان و پیش‌آگهی که حاکی از بعد جسمی بیماری است.

٤) سایر مشکلاتی که از نظر روح و روانی و اجتماعی می‌تواند بر وضعیت بیمار اثر بگذارد مانند مشکلات اقتصادی، مشکلات خانوادگی و مشکل ادامه تحصیل و کار و یا افسردگی.

حیطه مراقبتی ، درمانی و حمایتی

آیا مهم بودن نقش بیمار به این معنا است که با ارجاع کامل مسئولیت به بیماران، آنها را با مشکلاتشان تنها بگذاریم تا خود هر چه می‌خواهند انجام دهند. در حقیقت اینچنین نیست، به سه شکل می‌توان به بیمار کمک نمود این اشکال عبارتند از مراقبت، درمان و حمایت .

مراقبت در الگوی مراقبتی و درمانی

نتیجه ـ محور: مراقبت عبارتست از به کار بردن کلیه اعمال ممکن برای حصول به نتیجه مطلوب مانند ارتقا و یا حفظ سلامت یا پیشگیری از عوارض حال یا آینده و یا کنترل گلیسمیک و در عین حال حفظ کیفیت زندگی. در حیطه مراقبت، شخص کلیدی پرستار بهداشت جامعه است. طبق این تعریف هر عملی که منجر به نتیجه مطلوبی شود می‌تواند در زیر مجموعه مراقبت قرار گیرد. به عنوان مثال اگر تنها حضور پرستار می تواند از استرس در بیمار بکاهد، چون کاهش استرس نتیجه‌ای مطلوب تلقی می‌شود این حضور مصداق مراقبت است حتی اگر پرستار کار خاص دیگری انجام ندهد. در این نگرش نتیجه مراقبت مهمتر از نوع خدمات ارائه شده فرض می‌شود. در سیستم‌های پیچیده، اقدامات کوچک می‌تواند منجر به نتایج مهمی شود (١٤) . در این الگو مهم‌ترین مصادیق مراقبت عبارتند از حضور هدفمند، آموزش به بیمار، هماهنگی تیم بهداشتی و درمانی و استفاده از الگوی حل مشکل جهت رفع مشکلات فعلی و بالقوه در بیمار.

درمان در الگوی مراقبتی و درمانی نتیجه

ـ محور: درمان در این الگو عبارتست از استفاده از علم، دانش و هنر پزشکی در تعیین و به کارگیری بهترین روش‌های دارویی و غیر دارویی جهت رسیدن به اهداف درمانی مانند کنترل قند خون، کاهش احتمال بروز عوارض و تشخیص به موقع و درمان عوارض. درمان بیشتر به جنبه های پاتولوژیک و بالینی بیمار توجه دارد. پزشک مسئول اصلی ارائه درمان است.بدون درمان صحیح پزشکی، رسیدن به بسیاری از اهداف مانند کنترل قند خون امکان‌پذیر نیست. پرستار به صورت عضو گروه درمانی و مراقبتی می‌تواند در کمک به اجرای صحیح دستورات درمانی، بررسی نزدیک بیمار در خانه و برسی اثرات درمانی و گزارش وضعیت به پزشک در این حیطه به بیمار و پزشک کمک نماید.

در حیطه درمانی، مهم‌ترین نقش‌های پزشک عبارتند از، مداوای بیماری با استفاده از درمانهای دارویی و غیر دارویی، تلاش جهت افزایش رعایت نکات درمانی تجویز شده توسط بیمار با ایجاد رابطه مؤثر با بیمار و جلب اعتماد او و عمل به عنوان منبع مشاوره برای سایر اعضا گروه درمانی و مراقبتی.

حمایت در الگوی مراقبتی و درمانی

نتیجه ـ محور: سومین سیستم اثرگذار بر نتایج سیستم حمایتی است. حمایت در این الگو عبارتست از کلیه اقدامات پشتیبانی در کنار درمان و مراقبت که توسط افراد یا گروهها ارائه می شود با هدف اینکه نتایج مثبت و مطلوبی به دست آید.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-05]

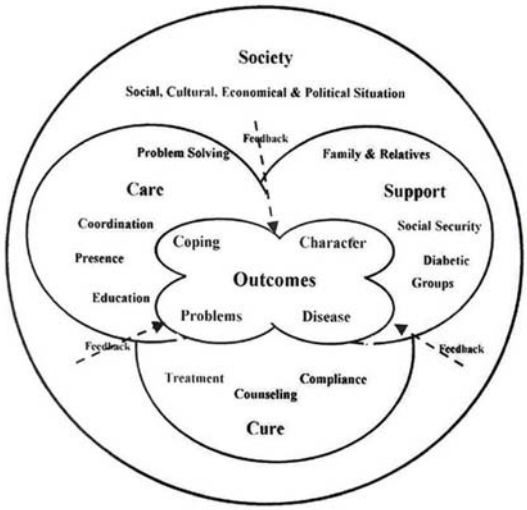
خانواده بیمار، دوستان و بستگان او، گروه‌های دیابتی و انجمن‌های دیابتی و سیستم بیمه از سیستم‌های حمایتی هستند. در این میان خانواده نقش اصلی را دارد. بنا به گفته بیماران خانواده در قبول بیماری، به عنوان مراقب و حامی اصلی، در ایجاد محیط آرام در منزل و پیشگیری از تنش، در تغییر شیوه زندگی و در تهیه مواد غذایی مناسب نقش دارد. عملکرد بیمار تا حد زیادی به عملکرد خانواده بستگی دارد. بنابراین، باید در برنامه مراقبتی، خانواده نیز لحاظ شود.

از منابع مهم دیگر حمایتی گروهها و انجمن‌های دیابتی هستند. این گروه‌ها می‌توانند محلی برای ارائه آموزش، تبادل تجربیات و هم‌چنین ارائه خدمات تفریحی به اعضای خود باشند. در مصاحبه‌های انجام شده، هم بیماران و هم کارشناسان معتقد بودند که بیماران دیابتی در گروه خود راحت‌تر هستند. از موارد مؤثر دیگر در حیطه حمایتی، نوع بیمه بیمار و میزان حمایت دریافتی از سیستم بیمه است. اکثریت بیماران از نحوه حمایت سیستم بیمه ناراضی بودند. هر چقدر سیستم‌های حمایتی ، پیرامون بیمار قویتر باشد، امکان رسیدن به نتایج مطلوب بیشتر است.

جامعه در الگوی مراقبتی و درمانی نتیجه

ـ محور: جامعه در این الگو عبارتست از محیط فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی و سیاسی که بیمار در آن به سر می‌برد و بر نحوه عملکرد و انتخابهای او و هم‌چنین بر نحوه عملکرد سیستم‌های مراقبتی، درمانی و حمایتی اثر می‌گذارد. آداب و رسوم و ارزش‌ها و نرم‌ها در حیطه اجتماعی قرار می‌گیرند.

نتایج در الگوی مراقبتی و درمانی نتیجه محور: در نهایت تعامل کلیه حیطه‌ها نتایج را شکل می‌دهد. نتایج می‌توانند بسیار گسترده باشند مانند، نحوه کنترل قند خون، کیفیت زندگی و احساس سلامت، پایبندی به دستورات درمانی و مراقبتی، شیوه صحیح زندگی، نحوه خودمراقبتی، رضایت از مراقبت و درمان، کاهش استرس و یا هر نتیجه مطلوب و یا نامطلوب بالقوه و بالفعل دیگر. هدف اول تیم درمانی و مراقبتی این است که به ایجاد نتایج مناسب و ملموس در بیمار کمک نماید. برای اکثر بیماران نیز نتایج مهم‌ترین متغیر محسوب می‌شدند بنابر این متغیر اصلی در این تحقیق نتایجی است که در واقع برآیند سایر متغیرها محسوب می‌گردد . لذا نام الگوی طراحی شده الگوی مراقبتی، درمانی نتیجه ـ محور انتخاب گردید. نتایج در حیطه شخصی خود را نشان می‌دهند، لذا نتایج در مرکز الگو قرار می گیرند. لازم به ذکر است که بیماران به طور مداوم از جامعه و همچنین از حیطه‌های مراقبتی، درمانی و حمایتی بازخورد دریافت می‌کنند که این بازخوردها بر نحوه عملکرد بیمار و ایجاد نتایج مؤثرند. الگوی مراقبتی و درمانی نتیجه محور در شکل شماره ۱ قابل مشاهده است.



شکل ۱- الگوی مراقبتی و درمانی نتیجه محور

در انتهای تحقیق کیفی به منظور بررسی اعتبار تحقیق، مراحل کدگذاری توسط سه نفر از متخصصین تحقیقات کیفی تایید شد و نتایج با

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-05]

شرکت‌کنندگان درمیان گذاشته شد و نظرات اصلاحی آنها اعمال گردید .

تاثیر اجرای الگوی مراقبتی و درمانی

نتیجه ـ محور: در مرحله کمی و در تحقیق کارآزمایی بالینی، در طی مدت ورود واحدهای مورد پژوهش، ۱۰۸ بیمار، داوطلب شرکت در تحقیق شدند که ٤ بیمار به دلیل اطلاعات ناقص اولیه از تحقیق حذف شدند. ۵۲ بیمار در گروه شاهد و ۵۲ بیمار در گروه مداخله قرار گرفتند. این تعداد نمونه می‌تواند با قدرت ۰/۹۵ و در سطح معنی‌دار ۰/۰۵، تفاوت ایجاد شده به میزان ۳۰ درصد را در هر گروه نشان دهد. پس از بررسی اولیه و انجام مداخلات، تغییر وضعیت پس از ۳ ماه بررسی شد. در انتهای تحقیق در مردادماه ۱۳۸۲ ، ٤۸ بیمار در گروه شاهد و ٤۹ بیمار در گروه مداخله در بررسی نهایی شرکت نمودند که حاکی از ریزش ٦/۷ درصد بود. اغلب این بیماران به دلیل تغییر محل از تحقیق کنار کشیدند و ویژگی خاصی نداشتند.

در این تحقیق اجزای مختلف الگوی مراقبتی و درمانی نتیجه ـ محور اجرا گردید و تأثیر هریک از آن بر نحوه کنترل قند خون بررسی و مقایسه شد. در بعد مراقبت بیماران شرکت‌کننده در دو گروه مداخله و شاهد تحت آموزش قرار گرفتند. هم‌چنین در بعد حمایت به هر یک از بیماران در هر دو گروه یک بسته نوار گلوکویاب (حاوی ۵۰ عدد) جهت بررسی وجود قند در ادرار اهدا شد. پس از انجام آزمایش هموگلوبین گلیکوزیله، جهت ارائه بازخورد به بیماران، جواب آزمایش به همراه تفسیر آن برای تمامی بیماران ارسال شد. در گروه مداخله علاوه بر موارد فوق جهت تقویت بعد مراقبتی کلاسوری حاوی مطالب آموزشی به بیماران داده شد. هم‌چنین بیماران در گروه مداخله شماره تلفنی دریافت کردند که می‌توانستند سؤالات خود را در هر زمان مطرح نمایند. هر دو تا سه هفته با بیماران در گروه مداخله تماس تلفنی گرفته می‌شد و ضمن صحبت برخی از موارد آموزشی مرور می‌گردید این امر جهت ایجاد حس حضور فردی مطلع برای بیماران در بعد مراقبت ارائه شد. بیماران در گروه مداخله هر دو تا سه هفته نامه‌ای حاوی مطالب آموزشی و یا اخبار مربوط به دیابت دریافت می‌کردند. جهت تقویت بعد حمایت در گروه مداخله به بیماران تحت درمان با انسولین و کسانی که کنترل ضعیفی داشتند. یک بسته نوار بتا چک جهت بررسی قند خون، پس از آموزش اهدا گردید. در صورت لزوم و درخواست بیمار ملاقات در خانه، توسط پرستار کارشناس دیابت در گروه مداخله انجام گرفت. مداخلات فوق جهت تقویت امر مراقبت، درمان و حمایت در بیماران طراحی و اجرا گردید. متوسط سن بیماران در دو گروه ۵۰ سال بود و ۱۷ نفر در هر گروه مرد بودند. ٤۲ نفر مبتلا به دیابت نوع دوم و ۱۵ بیمار در گروه مداخله و ۱٦ بیمار در گروه شاهد تحت درمان با انسولین بودند. بیماران در دو گروه مداخله و شاهد از لحاظ سن، جنس، مدت ابتلا، نوع دیابت، نوع درمان، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل، سابقه ابتلا به بیماریهای قلبی، کلیوی، نوروپاتی، کاهش بینایی و نمایه توده بدنی با یکدیگر تفاوتی نداشتند. پس از ۱۲ هفته اجرای مداخلات در دو گروه، میزان هموگلوبین گلیکوزیله در گروه مداخله که در آن الگوی مراقبتی و درمانی نتیجه ـ محور به نحو کاملتری اجرا شده بود ۱/٤۵درصد کاهش یافت و در گروه شاهد نیز که تنها تحت آموزش اولیه قرار گرفته بودند و حمایت اندکی دریافت کرده بودند ۰/۸٦ درصد کاهش ایجاد شد که حاکی از کاهش معنی‌دار آماری در هر دو گروه مداخله و شاهد است

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-05]

(P= ۰/۰۰۰). در گروه مداخله میزان کاهش به نحو معنی‌داری از گروه شاهد بیشتر بود (P=۰/۰۲). نتایج این قسمت در جدول شماره ۱ قابل مشاهده است. این نتایج نشان می‌دهد که اجرای اجزای مختلف الگوی مراقبتی و درمانی نتیجه ـ محور در کنترل بهتر قند خون به عنوان یکی از نتایج مهم مراقبتی و درمانی مؤثر است و با اجرای کاملتر این الگو، میزان کنترل بهتر می‌شود.

جدول شماره ۱- میزان هموگلوبین گلیکوزه قبل و بعد از اجرای الگوی مراقبتی و درمانی نتیجه ـ محور در بیماران دیابتی در گروه مداخله و شاهد

هموگلوبین گلیکوزه / گروه‌ها	قبل از مداخله	بعد از مداخله	تغییرات		
			میزان	درصد	نتیجه آزمون Paired t test
شاهد (N=۴۸)	*۷/۷۳±۱/۷	٦/۹±۱/۷	۰/۸٦±۱/۲	۱۱/۱	P<۰/۰۰۱
مورد (N=۴۹)	۸/۲۲±۲	٦/۷±۱/٦	۱/٤٥±۱/۳	۱۷/٦	P<۰/۰۰۰۱
نتیجه آزمون	N.S	N.S	P<۰/۰۲		

* میانگین ± انحراف معیار

بحث

در این تحقیق با استفاده از روش‌های کیفی الگویی جامعه ـ محور و بیمار ـ محور با نام الگوی مراقبتی و درمانی نتیجه ـ محور طراحی گردید و سپس تأثیر این الگو در کاهش قند خون در بیماران دیابتی بررسی شد. این الگو قادر بود به نحو مؤثری به کنترل بهتر گلیسمیک در بیماران دیابتی کمک نماید.

کنترل قند خون در بیماران دیابتی نیازمند فراهم شدن شرایط متعددی است که مهم‌ترین آنها پایبند بودن و مقید بودن شخص بیمار به کنترل قند خون خود است. بنابر این عوامل شخصی که در این تحقیق نیز به آن توجه شده است از عوامل مهم و مرکزی است (۱۵). هر شخصی که واقعاً بیمار است، در نهایت برای خود مفهومی ایجاد می‌کند، تا واقعه را شرح دهد و این طبیعت انسان است. لذا بیمار بودن تا حدی به این بستگی دارد، که شما چگونه آدمی هستید و چگونه زندگی شما تحت تأثیر قرار گرفته است (۱٦). دیویس و همکاران معتقد هستند، رفتارهای خودمدیریتی حاکی از کنترل بهتر بر خود است و عوامل رفتاری در مقایسه با کنترل‌های فیزیولوژیک و متابولیک، پیش‌بینی‌های بهتری در میزان مرگ و میر هستند. میزان توانمندی بیمار در اینجا نقش مهمی دارد (۱۷). قدرت فردی و توانمندی انسان عبارتست از ظرفیت شرکت آگاهانه در تغییر، که بر احساس سلامت و رضایت از زندگی اثر می‌گذارد (۱۸). در این الگو نیز بیمار در مرکز الگو قرار می گیرد.

بیماران دیابتی علاوه بر بیماری خود با مشکلات عدیده دیگری نیز روبرو هستند که مصاحبه‌شوندگان در این تحقیق نیز به آنها اشاره نموده بودند. در مطالعه‌ای با روش متاآنالیز بر روی ۲۲ تحقیق انجام شده موانع و مشکلات در بیماری دیابت شامل کاهش کارآیی، افسردگی، استرس و حمایت اندک از طرف خانواده، اضطراب، ترس و نگرانی، باورهای نامطلوب بهداشتی، کمبود دانش،

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-05]

فقدان کنترل، کمبود انگیزه، کمبود اعتماد به نفس و کمبود قدرت حل مشکل و کمبود حمایت‌های اجتماعی بودند (۱۹).

این مشکلات و خصوصیات در نحوه سازگاری بیمار مؤثر هستند. کسانی که به مدت طولانی با یک بیماری مزمن درگیر هستند، در اداره امور روزمره خود در رابطه با بیماری دارای تبحر می‌شوند. سازگاری در بیماری مزمن شامل یادگیری خودمراقبتی و محصول یک فرآیند تکاملی است (۲۰).

بیمار در بستری فرهنگی و اجتماعی به سر می‌برد و این بستر در عملکرد بیمار در برابر بیماری خصوصاً در بیماری‌های مزمن با اهمیت است. علی‌رغم اهمیت این مسئله در عمل به آن کمتر توجه می‌شود. تئوری‌های ایجاد شده در این حیطه کافی نیستند. تأکید تئوری‌ها بر انسان سالم است در حالی که در جامعه سالم است که انسان سالم نیز به وجود خواهد آمد (۲۱). باید جهت برنامه‌ریزی مؤثر در بیماری دیابت به عوامل محیطی نیز توجه شود و شناخت کافی از آنها به دست آید.

آموزش از اجزای مهم الگوی مراقبتی و درمانی در حیطه مراقبت است. تحقیقات متعددی حاکی از تأثیر آموزش بر نحوه کنترل گلیسمیک است. در تحقیقی از نوع متاآنالیز، مقالات منتشر شده بین سال‌های ۱۹۸۰ تا ۱۹۹۹ در مورد تأثیر آموزش بر کنترل قند خون بررسی شدند. ۳۱ تحقیق در این متاآنالیز وارد شد. در ۷۶ درصد از این تحقیقات پس از آموزش کاهش معنی‌داری در میزان هموگلوبین گلیکوزیله دیده شد. با هر ۲۳/۶ ساعت آموزش، میزان هموگلوبین گلیکوزیله ۱ درصد کاهش یافت و تقریبا نیمی از بیماران به کنترل عالی قند خون یعنی هموگلوبین کمتر از ۷ درصد رسیدند(۲۲). در این تحقیق نیز آموزش در هر دو گروه مداخله و شاهد مؤثر بود و هم‌زمان با آموزش، حمایت از بیمار در کنترل قند خون تأثیر بیشتری را نشان داد.

الگوی مراقبتی و درمانی نتیجه ـ محور الگویی جامعه محور و بیمار محور است که با توجه به خصوصیات اجتماعی و فرهنگی کشور طراحی گردیده است و این امر مزیت این الگو بر سایر الگوهای موجود است. تحقیق حاضر نشان داد که اجرای اجزای مختلف این الگو می‌تواند در کنترل قند خون به نحو مؤثری عمل کند. این در حالی است که اجرای کامل الگو نیازمند سیستم مراقبت و درمان جامعه ـ محور است .در این تحقیق محقق تنها توانست بخش‌هایی از الگو را پیاده نماید. با مراقبت و درمان و حمایت کافی و مناسب از بیماران می‌توان آنها را در دستیابی به نتایج مطلوب مانند کنترل گلیسمیک یاری نمود. این الگو جهت درک بهتر این فرآیند و ارائه مؤثرتر خدمات با توجه به واقعیات و تجربیات بیماران طراحی شده است.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل تحقیق انجام شده در مقطع دکترا آموزش پرستاری در دانشگاه تربیت مدرس می‌باشد.

.

References:

1.Vrijhoef HJ, Diederiks JPM, Spreeuwenberg C. Effects of quality of care for patients with NIDDM or COPD when the specialist nurse has a central role. Patient Edu Couns 2000; 41: 243-50.

۲. رجبی شکیب محمدرضا. جلوی قاتل را بگیرید. فصلنامه علمی و آموزشی پیام دیابت، ۱۳۸۲؛ دوره پنجم، شماره ۱۹، صفحه ۳۵.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-05]

3. Mc Donald PE. Nurses perception: Issues that arise in caring for patients with diabetes .J Adv Nurs 1999; 30(2): 425-30.

۴. کارپنتر آندرولی، لوسکالزو روبرت، گریگز. مبانی طب داخلی سیسیل، بیماریهای غدد درون ریز و بیماریهای متابولیک. ترجمه مهدی شاهوردی علمداری، بهزاد آقازاده. تهران: موسسه انتشاراتی گلبان، ۱۳۸۰، ص ۴۸.

5. Watkins.PJ. ABC of Diabetes. London: BMJ group, 2003; p: 47-50.
6.Belchetz P, Hammond P. Diabetes and Endocrinology. London: Mosby Co, 2003; p:88.
7.Chinn P, Kramer M. Theory and Nursing. St. Louis: Mosby, 1999; p: 61-70.

۸. اباذری پروانه، امینی پروانه، امینی مسعود. اداره دیابت در بیماران مبتلا به دیابت شهر اصفهان ۱۳۷۷- ۱۳۷۸. پژوهش در علوم پزشکی، ۱۳۸۰؛ سال ششم، شماره ۲: صفحات ۱۰۲ تا ۱۰۵.

9. Daly J, Jackson D. On the use of nursing theory in nurse education, nursing practice and nursing research in Australia. Nurs Sci Quart 1999; 12(4): 342-6.
10.McCane TV, McKenna HP, Boore JR. Caring theoretical perspectives of relevance to nursing. J Adva Nurs 1999; 30(6): 1388-96.
11.Burns N, Grove SK. The Practice of nursing research. Philadelphia: WB Saunders, 2001; p: 67.
12. Pandit NR. The creation of theory: A recent application of the grounded theory method .The Qualitative Report 1996; 2(4): 143-57.
13. Counterbury B. Grounded theory as scientific method. Philosophy of Education 1995; 3(1): 10-14.
14. Vicenzi AE, White KR, Begun JW. Chaos in nursing. Am J Nurs 1997; 97(10): 26-32.

۱۵- وتر نرمان. بیمارستان در خدمت جامعه. ترجمه: غلامعلی شجاع قره باغ، نگین مسعودی علوی. قم: انتشارات دانشگاه آزاد ۱۳۷۷ ، ص ۶۶.

16. Thorne ES. The science of meaning in chronic illness. Int J Nurs Studies 1999; 36: 397-404.
17. Glasgow RE. Behavioral and psycho social measures for diabetes care: What is important to assess?, Diabetes Spectrum 1997; 10(1): 12-17.
18. Keksell J, Johnson I, et al. Power and self perceived health in blind diabetes and non-diabetic individuals. J Adva Nurs 2001; 34(4): 511-19.
19. Russell G, Toobert DJ, Gillete CD. Psycho social Barriers to diabetes self management and quality of life. Diabetes Spectrum 2001; 14(1): 44.
20. Paterson B, Thorne S. Development evolution of expertise in diabetes self- management. Clin Nurs Res 2000; 9(4): 402-19.
21. Kulig JC. Community resiliency: The potential for community health nursing theory development. Public Health Nursing 2000; 17(3): 374-85.
22.Noris SL, Lau SJ, Smith SJ, Schmid CH, Engelgau MM. Self-Management education for adults with type 2 diabetes. Diabetes Care 2002; 25(7):1159-71.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-05]