

مقایسه دیدگاه های بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ با کارکنان تخصصی دیابت در مورد عوامل موثر بر خود مراقبتی: مطالعه کیفی

الهام شکیبازاده^۱، باقر لاریجانی^۲، آرش رشیدیان^۳، داود شجاعی زاده^{۴*}، محمد حسین فروزانفر^۴

چکیده

مقدمه: هر چند دیابت یکی از مشکلات عمده سلامتی در ایران محسوب می شود، مطالعات کیفی محدودی به منظور بررسی و مقایسه ادراکات بیماران و کارکنان تخصصی در زمینه عوامل موثر بر مراقبت از دیابت صورت گرفته است. هدف از مطالعه حاضر، بررسی و مقایسه تجارب مبتلایان به دیابت نوع ۲ و کارکنان تخصصی دیابت در مورد موانع فردی و محیطی و همچنین عوامل انگیزه ساز خود مراقبتی در دیابت می باشد.

روش ها: در فاز یک مطالعه، شش جلسه مباحثه گروهی با بیماران درمانگاه دیابت مرکز پزشکی خاص در سال ۱۳۸۷ برگزار شد. بیماران شامل ۲۲ زن و ۲۱ مرد (تعداد کل: ۴۳ نفر) بودند. در فاز دو، با کارکنان تخصصی دیابت، مصاحبه های نیمه ساختار یافته انجام گرفت. از روش تحلیل چارچوب برای استخراج موضوعات از داده ها استفاده شد.

یافته ها: تحلیل داده ها ۵ مانع اساسی را در مراقبت از خود نشان داد: موانع جسمی، موانع روانی، موانع آموزشی، موانع اجتماعی و موانع سیستم مراقبت. در کنار موانع ذکر شده، برخی عوامل نیز به عنوان عوامل انگیزه بخش شناسایی شدند. این موارد از نظر بیماران عبارت بودند از باور به دیابت، مسئولیت درک شده در برابر خانواده، باورهای دینی و نظرات افراد مهم دیگر و از نظر کارکنان عبارت بودند از ارتباط گیری صحیح با بیمار، پیگیری و ارائه آموزش گروهی به بیماران. نتیجه گیری: به نظر می رسد لازم است آموزش دیابت براساس مداخلات مبتنی بر فرهنگ و با توجه به دیدگاه های بیماران و کارکنانی که به طور مستقیم با بیمار دیابتی در ارتباطند طراحی شود.

واژگان کلیدی: دیابت، مباحثه گروهی، خودمراقبتی، کارکنان سلامت

۱- گروه آموزش و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- مرکز تحقیقات غدد درون ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳- گروه مدیریت خدمات بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۴- گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران.

* نشانی: تهران، بلوار کشاورز، خیابان پورسینا، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، کدپستی: ۱۴۱۷۱۳۱۹۱، تلفن:

۸۸۹۸۹۱۲۸، نامبر: ۰۲۴۶۳۰۲۲۴، پست الکترونیک: shojaee@sina.tums.ac.ir

مقدمه

مطالعه ملی بررسی عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر، شیوع دیابت در ایران را در سال ۲۰۰۸ میلادی، ۷/۷ درصد (با فاصله اطمینان ۹۵٪: ۷/۹-۷/۵) برآورد کرده است [۱]. با توجه به افزایش امید به زندگی در ایران، تردیدی نیست که شیوع عوارض دیابت به طور روز افزونی در حال افزایش است. این واقعیت و همچنین افزایش میزان بروز دیابت، این بیماری را به یکی از نگرانی‌های عمده سیستم بهداشت و درمان کشور در دهه‌های آینده تبدیل می‌سازد [۱].

مطلوب نگه داشتن میزان قند خون، اساس مراقبت در دیابت است [۲] و از بروز عوارض دیابت می‌کاهد [۲-۴]. علی‌رغم این موضوع، قند خون بسیاری از بیماران دیابتی به طور مطلوبی کنترل نشده است [۵]. واقعیت این است که حفظ قند خون در حد مطلوب، هم برای بیماران و هم برای پزشکان، بسیار دشوار است. علت این امر به طور عمده وجود موانع سیستمی و فردی مراقبت از دیابت است [۶].

میزان بروز دیابت استاندارد شده بر اساس سن و جنس در جمعیت شهری تهران، ۱۱/۸ در هر هزار نفر در سال گزارش شده است [۷]. افزایش شیوع دیابت، زنگ خطری از کنترل نامطلوب دیابت در ایرانیان است. لذا بایستی عواملی که بر خود مراقبتی تأثیر می‌گذارند مورد بررسی قرار گیرند. مطالعه خواسته‌ها و نیازهای نگرشی دیابت (DAWN) نشان داده است که موانع روانی در کنترل دیابت بسیار مهم هستند [۸، ۹].

مطالعات کمی^۱، با استفاده از تعدادی پرسشنامه محدود، نمی‌توانند عمق و پیچیدگی ادراکات و نظرات مبتلایان به دیابت را در مورد خود مراقبتی بیابند. با استفاده از روش تحقیق کیفی، می‌توان به درک عمیق تجارب بیماران و کارکنان در زمینه عوامل موثر بر خود مراقبتی دست یافت. لذا با توجه به اهمیت بیماری دیابت در ایران و اینکه تاکنون مطالعات کیفی اندکی، تجارب و ادراکات بیماران و کارکنان تخصصی کلینیک‌های دیابت را در مورد موانع و عوامل انگیزه‌ساز مراقبت از دیابت مورد بررسی قرار داده‌اند، مطالعه حاضر که بخشی از یک پروژه چند بخشی

در مورد طراحی یک برنامه آموزشی جامع برای بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بر اساس رویکرد "نقشه نگاری مداخله"^۲ می‌باشد [۱۰] طراحی شد. اهداف مطالعه حاضر عبارت بودند از: (۱) یافتن عوامل فردی و محیطی موثر بر خود مراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، (۲) بررسی دیدگاه کارکنان تخصصی دیابت در زمینه موانع مراقبت از دیابت در بیماران و (۳) مقایسه و تحلیل نظرات این دو گروه. نتایج این پژوهش می‌تواند با شناسایی عوامل موثر بر مراقبت از دیابت در بافت فرهنگی ایران، به طراحی برنامه‌های موثر و مداخلات کارآ در زمینه مراقبت از دیابت کمک نماید و به علاوه دید وسیع‌تری در زمینه آموزش به آموزشگران دیابت ارائه نماید.

روش‌ها

نمونه‌گیری و جمع‌آوری داده‌ها

در این مطالعه پدیده شناسی^۳ دو بخشی، بعد از اخذ مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه، بیماران و کارکنان تخصصی درمانگاه دیابت مرکز پزشکی خاص در مطالعه شرکت داده شدند. در فاز اول مطالعه، در طول یک دوره سه ماهه در سال ۱۳۸۷، بیمارانی که برای گرفتن وقت و یا ویزیت به پذیرش درمانگاه مراجعه می‌کردند، برای شرکت در مطالعه و حضور در جلسات مباحثه گروهی دعوت شدند. معیارهای ورود بیماران به مطالعه عبارت بود از سابقه ابتلا به دیابت نوع دو به مدت حداقل یکسال و سن بیشتر از ۱۸ سال. شرایط خروج از مطالعه عبارت بودند از وجود اختلالات شناختی تشخیص داده شده که اجازه شرکت فعال در یک جلسه گروهی را به بیمار نمی‌داد. با توجه به سودمندی نمونه‌گیری هتروژن در مطالعات کیفی که به محقق اجازه می‌دهد دیدگاه‌های متفاوتی را از موضوع مورد مطالعه بدست آورد [۱۱] و با توجه به هدفمند بودن نمونه‌گیری در مطالعات کیفی، ما سعی کردیم طیف متنوعی از بیماران با وضعیت اقتصادی و اجتماعی متفاوت

الگوی باور سلامتی^۴ [۱۳] و "ابزار بررسی موانع مراقبت از دیابت"^۵ [۶] طراحی شد. الگوی باور سلامتی از اولین الگوهایی است که از نظریه‌های علوم رفتاری برای حل مسائل بهداشتی بهره گرفته است. این الگو رابطه بین اعتقادات و رفتار را نشان می‌دهد و بر این فرض استوار است که رفتار، مبتنی بر باورهای سلامتی فرد است. این باورها عبارتند از: (۱) درک فرد از میزان آسیب‌پذیری نسبت به بیماری، (۲) درک فرد از میزان تأثیر بیماری بر زندگی و (۳) درک فرد از میزان تأثیر اقدامات بهداشتی در کاهش حساسیت و شدت بیماری. مطالعات نشان داده‌اند که این الگو پیشگویی کننده معتبری برای خود مراقبتی در دیابت است [۱۰]. الگوی اکولوژیکی - اجتماعی، به طور جامعی رفتار را در ظرف بزرگتری از عوامل شخصی تا عوامل اجتماعی مطالعه کرده است. این الگو معتقد است که رفتار فرد، تابعی از عوامل شخصی، میان فردی، سازمانی، اجتماعی و ملی است. ابزار بررسی موانع مراقبت از دیابت نیز یک چارچوب سنجش موانع خود مراقبتی است که در نیوزیلند طراحی و اعتبار سنجی شده است و به طور جامعی موانع خود مراقبتی در دیابت را فهرست کرده است. پرسشنامه راهنما، دیدگاه‌های بیماران را به لحاظ فرهنگی در مورد آگاهی، نگرش و باورهای آنها در مورد دیابت، پیشگیری و تشخیص اولیه دیابت، و مراقبت از آن مورد سوال قرار می‌داد (جدول ۱). هر جا که لازم می‌شد از سوالات کاوشی^۶ نیز برای عمق بخشیدن به پاسخ‌ها استفاده می‌شد. در ابتدای هر جلسه، یک پرسشنامه دموگرافیک ۹ سوالی جهت تکمیل بین بیماران توزیع شد. در فاز دوم مطالعه، سوالات راهنما، نوع مراقبت‌های لازم و موانع آنها را از دیدگاه کارکنان مورد کنکاش قرار می‌داد (جدول ۲). هر چند ما مطمئن بودیم که همه عناوین پوشش داده شده‌اند، اجازه می‌دادیم که مصاحبه‌ها تا حد ممکن به صورت طبیعی جریان داشته باشند. رضایت‌نامه شفاهی از شرکت کنندگان گرفته شد. از آنجایی که پژوهش کیفی در یک فیلد در حال تغییر اجرا

را در نمونه مورد مطالعه داشته باشیم. لذا تلاش شد تا بیماران ساکن در مناطق مختلف تهران را به مطالعه دعوت کنیم. در کل ۴۲ نفر از ۴۳ بیمار دعوت شده در پژوهش شرکت کردند. در فاز دوم مطالعه، با کارکنان تخصصی کلینیک دیابت مرکز پزشکی خاص (تعداد کل: ۹ نفر)، مصاحبه حضوری نیمه ساختار یافته^۱ انجام گرفت. این کارکنان شامل یک پزشک فوق تخصص، شش پزشک متخصص، کارشناس پرستاری مسئول کلینیک دیابت و یک کارشناس تغذیه بودند.

در فاز یک مطالعه، جمع‌آوری داده‌ها تا اشباع داده‌ها^۲ ادامه یافت. به علت مسائل فرهنگی، جلسات مباحثه در دو جنس به صورت مجزا برگزار شد (سه جلسه برای هر گروه). از سه جلسه در هر گروه، یک جلسه به بیماران مصرف کننده قرص‌های خوراکی، یک جلسه به بیماران انسولینی و یک جلسه به بیمارانی که دارو مصرف نمی‌کردند اختصاص یافت. در نهایت، ۶ جلسه ۹-۶ نفره متشکل از بیماران دیابتی نوع ۲ برگزار گردید. نویسنده اول، همه جلسات مباحثه را اداره کرد. تمام جلسات با یک ضبط صوت دیجیتال ضبط و سپس به فاصله کوتاهی به طور کامل پیاده‌سازی شد. هر جلسه به طور متوسط ۴۵ دقیقه طول کشید. یک یادداشت بردار آموزش دیده ضمن این که مراقب ضبط بود، از صحبت‌ها تا جای ممکن یادداشت برمی‌داشت و در ضمن پیام‌های غیر شفاهی شرکت کنندگان را نیز یادداشت می‌کرد تا پیام‌های غیر کلامی افراد و تعاملاتشان با اطراف نیز مورد بررسی قرار گیرد [۱۱]. متون پیاده شده، از لحاظ تایید صحت، با نوارها مطابقت داده شدند. به پاس مشارکت بیماران در پژوهش، در پایان هر جلسه پمفلت‌ها و بوکلت‌های مراقبت از دیابت به آنها اهدا شد.

از سوالات راهنمایی که در آن عناوین مهم پژوهش آمده بود استفاده شد تا اطمینان حاصل شود که همه سوالات پژوهش پوشش داده می‌شوند. سوالات جلسات بحث گروهی براساس الگوی اکولوژیکی - اجتماعی^۳ [۱۲]،

4-Health Belief Model
5-The Barriers to Diabetes Care Tool
6-Probe questions

1-Semi-structured interview
2-Data saturation
3-Social-Echological Model

کدگذار دیگر به بحث گذاشته شد و تصمیم‌گیری نهایی در مورد کدگذاری گرفته شد. در مرحله ترسیم نمودار، برای هر موضوع یک جدول تهیه شد. ردیف‌ها به جلسات اختصاص یافت و ستون‌ها به زیر موضوعات. سپس داده‌ها به جداول منتقل شدند. به این ترتیب محققین قادر بودند نظرات هر شرکت‌کننده را برای هر موضوع (با نگاه کردن به ردیف‌ها) و نظرات همه شرکت‌کنندگان را در مورد یک موضوع (با نگاه کردن به ستون‌ها) مشاهده کنند. در فاز آخر، ارتباط بین موضوعات با توضیحی در مورد یافته‌ها مشخص شد. با پیشرفت آنالیز، تحلیل موضوعی مورد بازنگری قرار گرفت. به این ترتیب چارچوب اولیه که ۲۰ موضوع داشت در انتهای تحلیل به ۵ موضوع کاهش یافت.

یافته‌ها

در فاز یک، بیماران شامل ۲۲ زن و ۲۱ مرد با طیف سنی ۳۳ تا ۶۲ سال بودند. طیف سطح تحصیلات بیماران از بی‌سواد تا دکتری بود. بیشتر بیماران تحصیلات متوسطه داشتند (۴۳٪). ۳۰٪ از شرکت‌کنندگان انسولین تزریق می‌کردند. در فاز دو، با کارکنان تخصصی کلینیک دیابت (۲ مرد و ۷ زن) مصاحبه شد (جدول ۳). نظرات بیماران و کارکنان در دو گروه اصلی ارائه شدند: (۱) موانع (۲) عوامل انگیزه‌ساز. شباهت‌ها و تفاوت‌ها بین دیدگاه‌های بیماران و کارکنان مورد مقایسه قرار گرفتند.

موانع مراقبت از دیابت

داده‌ها در ۵ طبقه اصلی دسته‌بندی شدند: (۱) موانع جسمی، (۲) موانع روانی، (۳) موانع آموزشی، (۴) موانع اجتماعی و (۵) موانع سیستم خدمات بهداشتی و درمانی. مثال‌هایی از طبقه‌بندی موضوعی بر اساس اظهارات شرکت‌کنندگان در جدول ۳ آمده است. بیشترین موانع ذکر شده از دیدگاه بیماران موانع جسمی بود (۸۳٪). در حالی که همین موانع کمترین مورد ذکر شده توسط کارکنان بود (۵۰٪). از طرف دیگر بیشترین موانع ذکر شده از دیدگاه کارکنان، موانع آموزشی و موانع روانی شامل عدم وجود انگیزه در بیماران بود (۴۷٪)؛ حال آن‌که که موانع آموزشی، کمترین مورد یاد شده توسط بیماران بود (۱۵٪).

می‌شود، لازم است پژوهشگران، رضایت مصاحبه‌شوندگان را مورد ارزیابی مجدد قرار دهند [۱۴]. لذا در انتهای هر جلسه، رضایت شرکت‌کنندگان با توجه به مطالب ذکر شده در جلسه، مجدداً اخذ می‌شد. به افراد اطمینان داده می‌شد که اطلاعات محرمانه خواهد ماند. با دادن یک کد به هر شرکت‌کننده، اسم فرد ناشناس می‌ماند.

به منظور روایی، از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شد که صحبت‌های خود را با ذکر مثال روشن سازند و مصاحبه‌گر سوالاتی برای تعمیق موضوع می‌پرسید. دو کدگذار مستقل، در تحلیل و تفسیر داده‌ها شرکت کردند (Investigator triangulation) [۱۱]. این تاکتیک باعث کنترل سوگیری ذهنی محقق شد.

تحلیل داده‌ها

چون مطالعه در چارچوب نظریه‌ای بنا شده بود، تحلیل داده‌ها بر اساس مفاهیم این نظریه‌ها صورت گرفت. تحلیل داده‌ها از همان ابتدای مصاحبه‌ها شروع شد و با پیشرفت مطالعه، سوالات پژوهش مرور شدند و تحلیل‌ها اصلاح گردیدند [۱۵]. با شروع جمع‌آوری داده‌ها، خواندن و کدگذاری شروع شد.

برای تحلیل از روش "تحلیل چارچوب" استفاده شد. این روش ۵ مرحله دارد که به ترتیب عبارتند از "آشنا سازی"^۱، "تعیین یک چارچوب موضوعی"^۲، "نمایه سازی"^۳، "نمودارسازی"^۴ و "تفسیر"^۵ [۱۶]. در مرحله آشناسازی، با گوش کردن به مصاحبه‌های ضبط شده و خواندن متون و یادداشت‌ها، موضوعات کلیدی فهرست شدند [۱۷]. از یک فرم خلاصه موضوعی برای هر جلسه استفاده شد [۱۶]. در مرحله دوم، یک چارچوب اولیه موضوعی بر اساس مصاحبه‌ها و چارچوب نظریه‌ای تهیه شد [۱۵-۱۷]. سپس در مرحله نمایه‌سازی، چارچوب نظریه‌ای برای همه داده‌ها بکار رفت. متن کد شده با

- 1-Framework analysis
- 2-Familiarization
- 3-Identifying a thematic framework
- 4-Indexing
- 5-Charting
- 6-Interpretation

جدول ۱- خلاصه ای از راهنمای بحث با بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

آگاهی، باور، نگرش به دیابت

چه چیزی باعث دیابت می شود؟ دیابت چطور پیشرفت می کند؟
 چه کسانی بیشتر در معرض ابتلا به دیابت هستند؟
 چگونه می توان دیابت را کنترل کرد؟ غذا، سیگار، ورزش، تعادل
 تا چه میزان احساس می کنید که دیابت خود را پذیرفته اید؟ دیابت برای شما چه معنایی دارد؟
 میزان اهمیتی که شما به درمان فعال دیابتان می دهید؟ چرا؟ اگر دیابت شما بخوبی کنترل نشود چه اتفاقی می افتد؟

پیشگیری و تشخیص اولیه دیابت

به نظر شما چه می توان کرد تا از دیابت پیشگیری کنیم؟ چه تغییرات رفتاری می توان انجام داد؟
 وقتی دیابت برای اولین بار تشخیص داده می شود چه اقداماتی باید صورت گیرد؟ اطلاعاتی که بلافاصله باید ارائه شود؟
 اطلاعاتی که باید بعدا ارائه شوند؟ حمایت مورد نیاز؟ از چه کسی؟ چه زمانی؟
 آیا درباره بیماری خود نگران هستید؟ چه چیزی شما را نگران می کند؟ چرا؟

مراقبت از دیابت

از چه خدماتی برای درمان دیابتان استفاده کرده اید؟ کدام خوب بوده است؟ (درمان طبی، تغییر رفتار، درمان های سنتی)
 آیا چیزی هست که به شما توصیه شده و انجام نداده اید؟ چه چیزی؟ چرا؟
 چه مسائل و مشکلاتی در مراقبت از خود برای دیابت دارید؟ چه چیزی مانع مراقبت شما از دیابت می شود؟
 چه مسائل و مشکلاتی برای دریافت مراقبت از مراکز و درمان دارید؟ نوبت؟ سفر؟ کیفیت درمان؟
 چه چیزی درباره بیماری خود مایلید بدانید که تاکنون نمی دانستید؟ چه اطلاعاتی بیشترین کمک را به شما خواهند کرد؟
 منابع اطلاعاتی که درباره دیابت داشتید؟ آیا برخی از آنها بهتر از بقیه بودند؟ چرا؟ دوست دارید از چه طریقی درباره بیماری خود اطلاعات به دست آورید (رسانه ها، مراکز پزشکی، مجلات،...)؟
 دیابت چه تاثیری بر زندگی شما گذاشته است (مشکلات، تغییر رفتار، واکنش دیگران) ؟
 تعداد مراجعات جهت پیگیری؟ این مراجعات چقدر اهمیت دارند و چرا؟ چه مسائلی مورد بررسی قرار می گیرند؟
 به همه صحبت هایی که کردیم فکر کنید. نکته دیگری هست؟

جدول ۲- خلاصه ای از راهنمای مصاحبه با کارکنان تخصصی دیابت

چه مراقبت هایی باید توسط کارکنان در مراقبت از دیابت صورت گیرد؟
 چه چیزی مانع می شود که نتوانید آن کاری را که باید انجام دهید را بکنید؟ چرا؟ شرایط درمانگاه چطور باید باشد؟ چه چیزی رابطه شما را با بیمار بهتر می کند؟
 چه مراقبت هایی باید توسط بیماران در مراقبت از دیابت صورت گیرد؟
 از نظر شما چه چیزی مانع این نوع مراقبت در بیماران است؟ چرا؟

جدول ۳- مثال‌هایی از اظهارات مهم شرکت‌کنندگان و نحوه موضوع سازی برای موانع مراقبت از دیابت

موضوع	زیر موضوع	کد	اظهار نظر نمونه
موانع جسمی	اثرات جسمی دیابت	احساس گرسنگی	"ساعت ۴ صبح، آخه کدوم آدم عاقلیه که ۴ صبح از گشنگی پاشه. ساعت ۴ صبح پا میشم که یه چیزی بخورم".
		پر خوری	"من میگم نمی خورم. اما وقتی بوی شیرینی رو می شنوم از خود بی خود می شم"
	مشکلات مزمن سلامتی	احساس ضعف و بی حالی	"بعضی وقت‌ها حال ندارم از جام بلند شم"
		احساس درد و ناراحتی مداوم	"پام درد میکنه. گردنم درد می کنه. دلم می خواد همه اش تو خونه باشم"
	اثرات جسمی	احساس بیماری در بیشتر اوقات	"جاروبرقی رو میارم میزارم وسط خونه. می بینی تا ظهر همون جا مونده. حال ندارم کار کنم. همه اش مریضم"
		تهوع ناشی از مصرف دارو	"این همه دارو می خورم. حالمو بهم میزنه. بعضی وقت‌ها یکی دو تا شو نمی خورم"
درمان	سوزش سر دل ناشی از مصرف دارو	"مثل گچ می موزن. بعضی وقت‌ها احساس می کنم سر دلم گیر کردن. هی سر دلم می سوزه".	
عدم وجود علائم هشدار دهنده	ناتوانی در شناسایی علائم فقدان علائم جدی	تهدیه	من نمی دونستم قندم بالاست. هی تشنه ام می شد و آب می خوردم. ولی نمی دونستم این علائم دیابته".
		تهدیه	"طبیعت آدم خیلی جالبه. درست مثل یه ماشین که وقتی خراب میشه صدا میده، بدن ما هم به ما میگه چی بخور. چی نخور. آدم حس می کنه"

جدول ۴- مثال‌هایی از اظهارات مهم شرکت‌کنندگان و نحوه موضوع سازی برای انگیزه های مراقبت از دیابت

موضوع	زیر موضوع	کد	اظهار نظر نمونه
باورهای مربوط به دیابت	حساسیت درک شده به دیابت	اهمیت سلامت	"من همیشه میگم اول سلامتی. اگه سالم باشی همه چی داری. ممکنه پولدار باشی ها. ولی وقتی سالم نباشی هیچ ارزشی نداره"
		خطر درک شده بروز دیابت	"این روزها هر جا می ری همه دیابت دارن. وقتی من میرم داروخونه می بینم اکثر داروهایی که خریده میشه داروهای دیابته"
	شدت درک شده دیابت	خطر درک شده عوارض دیابت	"من فکر می کنم باید مواظب خودم باشم. چون دلم نمی خواد کور بشم یا کلیه هامو از دست بدم"
		خطر درک شده مرگ	"بله. خیلی هم جدیه. خواهر شوهر منو همین دیابت کشت".

بحث

بودند از: موانع جسمی، روانی، آموزشی، اجتماعی و سیستم مراقبت بهداشتی و درمانی. عوامل انگیزه بخش از دیدگاه بیماران شامل باور نسبت به دیابت، احساس مسؤولیت در برابر خانواده، باورهای دینی و نظر و توصیه افراد مهم بودند. کارکنان نیز ارتباط‌گیری صحیح با بیمار،

در این مطالعه کیفی، تجارب مبتنی بر فرهنگ بیماران دیابتی نوع ۲ در مورد موانع و عوامل انگیزه بخش مراقبت از دیابت بررسی شد. از طریق جلسات مباحثه گروهی، پنج دسته مانع برای خود مراقبتی شناسایی شدند که عبارت

اضطراب) را بشناسند و در مواقع لزوم بیمار را ارجاع دهند. ارجاع بیماران افسرده به روانپزشک یک جزء کلیدی در مراقبت از دیابت است. به نظر می‌رسد غربالگری افسردگی در بیماران دیابتی با استفاده از ابزارهای کوتاه سنجش افسردگی می‌تواند اقدام مناسبی در شناسایی بیماران افسرده باشد. هرچند کارایی و هزینه چنین غربالگری‌هایی باید مورد ارزشیابی قرار گیرد. علاوه بر آن، خوب است مقوله آموزش بهداشت روان نیز در موضوعات آموزشی دیابت گنجانده شود.

در مطالعه ما، مراقبت از دیابت اولویت مهمی برای بیماران محسوب نمی‌شد. Tripp- Reimer و همکارانش نیز نشان دادند که برای بسیاری از بیماران، نیاز به مراقبت از کودکان و سالمندان اهمیت بیشتری داشت [۲۵]. شناسایی رویکردهایی نظیر بیان مسؤولیت درک شده در برابر خانواده که به عنوان یک عامل انگیزشی برای مراقبت از دیابت توسط بیماران مطرح شد، می‌تواند در اینجا به خوبی برای رفع این مانع بکار گرفته شود تا بیماران نه برای خود، بلکه برای خانواده، مراقبت از خود را در اولویت قرار دهند.

یک بخش متناقض بین دیدگاه‌های بیماران و کارکنان، موضوع آموزش بود. در حالی که کارکنان موانع آموزشی را جزو عمده‌ترین موانع خود مراقبتی در بیماران دیابتی می‌دانستند، این موانع جزو مواردی بود که در بین بیماران کمترین اشاره به آن شد. اکثر مطالعات نشان داده‌اند که آگاهی، نقشی حیاتی در کنترل مطلوب قند خون دارد [۱۸، ۲۶، ۲۷]. با این حال برخی از پژوهشگران اظهار کرده‌اند که با وجود سایر موانع، آگاهی به تنهایی نمی‌تواند توانایی خود مراقبتی را افزایش دهد [۲۸]. شرکت کنندگان خواستار برگزاری جلسات گروهی با بیماران دیابتی دیگر به منظور مبادله تجارب خود شدند. این موضوع در بعضی از مطالعات دیگر نیز ذکر شده است [۲۹]. مطالعات دیگر نشان داده‌اند که استفاده از مداخلات "شبکه اجتماعی" نظیر افراد محلی، می‌تواند به انتشار اطلاعات کمک کند [۳۰]. همچنین لازم است افراد مهم خانواده در برنامه‌های مراقبت از دیابت شرکت کنند و به آنها در مورد شیوه زندگی سالم، آموزش داده شود [۱۸]. روش‌های آموزش

پیگیری بیمار و ارائه آموزش گروهی به بیماران را از عوامل انگیزه‌ساز برای خود مراقبتی معرفی کردند. به نظر می‌رسد لازم است آموزشگران دیابت برای طراحی برنامه‌های موثر بر ارتقای سلامت، به فرهنگ و جامعه توجه بیشتری داشته باشند.

در جلسات بحث گروهی، موانع جسمی مکررا توسط بیماران به عنوان مانعی برای خودمراقبتی ذکر شدند. همان طور که Coonrod و همکاران نیز بیان کرده‌اند، مراقبت از دیابت تحت تاثیر موانع جسمی است [۱۸]. به علت محدودیت منابع، به خصوص در کشورهای در حال توسعه، پرداختن به موانع جسمی می‌تواند فرصتی برای تأمین سریع رضایت بیمار باشد. زیرا غلبه بر این موانع، نیاز کمتری به همکاری و مساعدت سیستم بیرونی دارد. همانطور که نیاز به چالش کمتری با تغییر نگرش و باورهای بیمار دارد.

شرکت کنندگان مکررا اظهار کرده‌اند که احساس افسردگی می‌کنند. در مطالعه‌ای که توسط Gonzalez و همکاران انجام شد، پژوهشگران نشان دادند که حتی افسردگی خفیف، با عدم پیروی از جنبه‌های مهم خود مراقبتی در ارتباط است [۱۹]. مطالعات دیگر نیز نشان داده‌اند که بیماران بعد از تشخیص دیابت، استرس بیشتری را تجربه می‌کنند [۱۸]. عوامل روانی می‌توانند موجب نگرش منفی نسبت به مراقبت شده و انگیزه فرد را تحت تاثیر قرار دهند. هر چند توصیف‌های فراوانی از "منبع کنترل"، "خودکارآمدی" و مفاهیم مربوط به باورها انجام شده است [۸، ۲۰-۲۲]، ابزارهای محدودی برای کمک به بیماران در این زمینه معرفی شده‌اند و در کل شواهد اندکی از مداخلات صرفا روانی برای مراقبت از بیماران دیابتی وجود دارد [۲۳، ۲۴]. از طرف دیگر، هرچند کارکنان نیز موانع روانی را در مراقبت از دیابت مهم می‌دانستند ولی هیچکدام از کارکنان بجز روانپزشک گروه، به نحوه و راه حل رسیدگی به مشکلات روانی بیماران اشاره نکردند. مطالعه DAWN نیز نشان داده است که پرسنل، توانایی شناسایی و ارزیابی مشکلات روانی بیماران دیابتی را ندارند [۹]. لازم است متخصصین دیابت علائم شایع اختلالات روانی (نظیر افسردگی، اختلالات دو قطبی و

اشاره کردند. به نظر می‌رسید که بیشتر بیماران مبتلا به دیابت در مورد دسترسی به درمان‌ها و فناوری‌های جدید که اغلب هم تحت پوشش بیمه نبودند، دچار مشکل بودند. معمولاً به بیمار مبتلا به دیابت توصیه می‌شود که مراجعات خود را به سیستم بهداشتی و درمانی افزایش دهند، در حالی که همان‌طور که Simmons [۳۴] گزارش کرده است، تعداد قابل توجهی از بیماران توانایی پرداخت هزینه‌های پایش مرتب قند خون را به علت هزینه‌های آن ندارند. بنابراین هزینه‌های بالای مراقبت، می‌تواند مانعی برای مراقبت از خود باشد. مطالعات نشان داده‌اند که افرادی که موانعی غیر از موانع جسمی به ویژه موارد مرتبط با وضعیت مالی دارند، کمتر قند خونشان تحت کنترل است [۳۵]. به علت پوشش ناکامل بیمه‌ای در ایران، این مشکلات، توانایی بیمار را در مراقبت از خود به شدت کاهش می‌دهد.

در رابطه با فراهم کردن خدمات با کیفیت بالا، شرکت کنندگان از برخی از خدمات ارائه شده ناراضی بودند. مطالعه NHANES III نیز گزارش کرد که علی‌رغم دسترسی بالا، پیامدها در بیماران مبتلا به دیابت پایین بودند. برای مثال، ۵۸ درصد بیماران هموگلوبین A1C بیشتر از ۷ داشتند. ۶۰ درصد از بیمارانی که همزمان پرفشاری خون و چربی بالا داشتند نیز کنترل مطلوبی نداشتند و ۴۲ درصد از پاسخ دهندگان وضعیت سلامتی خود را ضعیف اعلام کرده بودند [۳۶]. آنها نتیجه گرفتند که موانع مراقبت نه صرفاً عدم دسترسی، بلکه کیفیت پایین خدمات می‌تواند باشد.

در نهایت، بایستی به عوامل انگیزشی نیز توجه شود. عوامل انگیزشی ذکر شده توسط بیماران عمدتاً جنبه روانی داشتند و با موارد ذکر شده توسط کارکنان متفاوت بودند. هرچند عوامل انگیزشی به شدت وابسته به زمینه فرهنگی هستند، مطالعات معدودی در ایران آنها را بررسی کرده‌اند. شناسایی این عوامل و کار بر روی آنها می‌تواند به طراحی موثر برنامه‌های بهداشتی کمک کند.

در عین حال مطالعه ما، محدودیت‌هایی هم داشت. مطالعه در یک درمانگاه انجام شد که شاید نتواند معرف خوبی از جمعیت عمومی بیماران دیابتی و کارکنان مراقبت کننده

دیابت بایستی به طور مرتب مورد بازنگری قرار گیرند تا راه‌های موثر در پیشگیری از عوارض بدست آیند. همان‌طور که این مطالعه نشان داد، جستجوی اطلاعات از عوام، اغلب منجر به دریافت اطلاعات ناصحیح و یا ناکافی می‌شود. این موضوع اغلب منجر به قطع درمان توسط بیمار و جستجوی درمان‌های سنتی می‌گردد. از آنجایی که این موضوع بین بیماران خیلی شایع است؛ لذا پزشکان بایستی توجه عمیق نسبت به آن داشته باشند. موضوع مهم دیگر در زمینه آموزش، آموزش و پیگیری زنان مبتلا به دیابت بارداری است. در بسیاری از موارد، ابتلای زنان به دیابت، در ادامه دیابت بارداری رخ می‌دهد.

برخی از زنان شرکت کننده در مطالعه، از فقدان حمایت خانوادگی و فشار گروه رنج می‌بردند. با توجه به اینکه فرهنگ احترام به بزرگتر در هنگام نشستن بر سر سفره غذا در بین ایرانیان رواج دارد، احتمالاً فشار گروه از این فرهنگ نشأت می‌گیرد. در مطالعه Tillostson و همکاران، نشان داده شد که اگر توصیه‌های درمانی با باورهای افراد هماهنگ نباشد، دوستان یا خانواده تاثیر منفی بر مراقبت می‌گذارند [۳۱]. در مطالعه‌ای دیگر ذکر شد که افراد خانواده ممکن است در مورد رعایت رژیم غذایی خاص، از فرد بیمار پشتیبانی کنند؛ اما خودشان اغلب اوقات حاضر به رعایت چنان رژیمی نیستند [۳۲]. لذا وظیفه آموزشگران سلامت تنها یافتن موارد کمبود آگاهی و ارائه آن از طریق مواد آموزشی نیست. بلکه آموزشگران بایستی به جامعه و فرهنگ نیز توجه کرده و اطلاعات متناسب ارائه نمایند. از آنجایی که حمایت و روابط نزدیک خانوادگی در فرهنگ ایرانی از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است، به نظر می‌رسد ارائه اطلاعات کافی در مورد دیابت به افراد درجه یک خانواده فرد مبتلا به دیابت لازم باشد.

موانع سیستم مراقبت بهداشتی و درمانی می‌توانند به این موارد تقسیم شوند [۳۳]: ۱) فراهمی خدمات، شامل محل ارائه خدمات و تعداد کارکنان، ۲) دسترسی به خدمات، شامل مسائل جغرافیایی، زبان و مسائل مالی و ۳) قابلیت پذیرش، شامل اعتماد، ارائه خدمات متناسب به فرهنگ، ارائه خدمات پیشگیری و دسترسی به خدمات با کیفیت. در مورد سیستم مراقبتی، شرکت کنندگان به نارسایی‌هایی

می‌رسد افزایش حمایت روانی بیماران مبتلا به دیابت، یک اولویت مهم در سیستم مراقبتی باشد.

سپاسگزاری

از شرکت کنندگان در این پژوهش نهایت تشکر را داریم. از جناب آقای دکتر معادی مدیریت محترم مرکز پزشکی خاص و کارکنان کلینیک دیابت آن مرکز به ویژه سرکار خانم پولادیان برای حمایت‌های بی‌دریغشان نهایت تشکر را داریم. این پژوهش بخشی از پایان‌نامه دکتری نویسنده اول در دانشگاه علوم پزشکی تهران و همچنین طرح پژوهشی مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم دانشگاه می‌باشد و بودجه پژوهش از طریق این دو مرکز تامین شده است.

باشد. اما با توجه به این که مطالعات کیفی درک عمیقی از موضوع بدست می‌دهند، اجازه می‌دهند که شرایط بیرونی مشابه را هم تحلیل کنیم. محدودیت دیگر این بود که ما کنترل دیابت را در بیماران ارزیابی نکردیم و اطلاعات ما بر اساس گزارش خود بیماران بود. در نهایت این که برخی از بیماران ممکن بود به نحوی پاسخ دهند که احساس کنند مقبولیت اجتماعی بیشتری دارد.

نتایج این مطالعه نشان داد که درصد بالایی از بیماران دیابتی، برای خود مراقبتی با موانع مهمی روبرو هستند. به علاوه ناهمخوانی‌هایی بین نظرات درک شده بیماران و پرسنل تخصصی در زمینه عوامل موثر بر خود مراقبتی وجود دارد. غلبه بر این موانع و ناهمخوانی‌ها از جمله شناسایی موانع سیستمیک و چالش با آنها، ممکن است در بهبود پیامدهای دیابت موثر باشد. علاوه بر آن به نظر

مأخذ

1. Esteghamati A, Gouya MM, Abbasi M, Delavari A, Alikhani S, Alaedini F. Prevalence of Diabetes and Impaired Fasting Glucose in the Adult Population of Iran: National Survey of Risk Factors for Non-Communicable Diseases of Iran. *Diabetes Care* 2008; 31(1): 96-8.
2. Mensing, J, Boucher, M, Cypress, K, Weinger, K, Mulcahy, P, Barta, G. et al. National Standards for Diabetes Self-Management Education. *Diabetes Care* 2007; 30(Suppl 1): S96 - S103.
3. Boren SA, Gunlock TL, Schaefer J, Albright A. Reducing Risks in Diabetes Self-management: A Systematic Review of the Literature. *Diabetes Educ* 2007; 33(6): 1053 – 1077.
4. Davies MJ, Heller S, Skinner TC, Campbell MJ, Carey ME, Cradock S, et al. Effectiveness of the diabetes education and self management for ongoing and newly diagnosed (DESMOND) programme for people with newly diagnosed type 2 diabetes: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2008; 336(7642):491-5.
5. Tessaro I, Smith S, Rye S. Knowledge and Perceptions of Diabetes in an Appalachian Population. *Preventing chronic disease: Public Health Research, Practice, and Policy* 2005; 2(2).
6. Simmons D, Weblemoe T, Voyle J, Prichard A, Leakehe L, Gatland B. Personal Barriers to Diabetes Care: Lessons from a Multi-ethnic Community in New Zealand. *Diabet Med* 1998; 15:958-64.
7. هراتی ه، حدائق ف، سعادت ن، عزیزی ف. میزان بروز مبتنی بر جمعیت دیابت نوع ۲ و عوامل خطر ساز همراه آن: مطالعه قند و لیپید تهران. *مجله دیابت و لیپید ایران* ۱۳۸۸؛ ۸(۴): ۳۴۷-۵۶.
8. Peyrot M, Rubin RR. Behavioral and Psychosocial Interventions in Diabetes: A conceptual interview. *Diabetes Care* 2007; 30(10):2433-40.
9. Peyrot M, Rubin R, Lauritzen T, Snoek F, Matthews D, Skovlund S. The International DAWN Advisory Panel: Psychosocial problems and barriers to improved diabetes management: results of the Cross-National Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) Study. *Diabet Med* 2005; 22:1379-85.
10. Bartholomew L, Parcel G, Kok G, Gottlieb N. *Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach*. 1st edition. San Fransisco: Jossey-Bass; 2006.
11. Ulin P, Robinson E, Tolley E. *Qualitative Methods in Public Health: A Field Guide for Applied Research*. San Francisco: Jossey-Bass; 2005.
12. Sallis J, Owen N, Fisher E. Ecological models of health behavior. In: Glanz K, Lewis F, Rimer B, Viswanath K (editors). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass; 2008: p 465-82.

13. Champion V, Skinner C. The health belief model. In: Glanz K, Lewis F, Rimer B, Viswanath K (editors). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass; 2008. p 45-62.
14. Munhall P. Ethical Considerations in Qualitative Research. *West J Nurs Res* 1988; 10(2):150-62.
15. Speziale SH, Carpenter DR. *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. 4th edition. Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
16. Rashidian A, Eccles M, Russell I. Falling on stony ground? A qualitative study of implementation of clinical guidelines prescribing recommendations in primary care. *Health Policy* 2008; 85:148-61.
17. Pope C, Ziebland S, Mays N. Analysing qualitative data. *British Medical Journal* 2000; 320: 114-6.
18. Coonrod B. Overcoming Physical Barriers to Diabetes Self-Care: Reframing Disability as an Opportunity for Ingenuity. *Diabetes Spectrum* 2001; 14(1):28-32.
19. Gonzalez J, Safren S, Cagliero E, Wexler D, Delahanty L, Wittenberg E, et al. Depression, Self-Care, and Medication Adherence in Type 2 Diabetes: Relationships across the full range of symptom severity. *Diabetes Care* 2007; 30: 2222-7.
20. Vincent D, Clark L, Zimmer L, Sanchez J. Using Focus Groups to Develop a Culturally Competent Diabetes Self-management Program for Mexican Americans. *Diabetes Educ* 2006; 32:89-97.
21. Beker M, Janz N. The health belief model applied to understanding diabetes regimen compliance. *Diabetes Educ* 1985; 12: 41-6.
22. Trento M, Passera P, Miselli V, Bajardi M, Borgo E, Tomelini M, et al. Evaluation of the locus of control in patients with type 2 diabetes after long-term management by group care. *Diabetes & Metabolism* 2006; 32 (1): 77-81.
23. Ismail K, Winkley K, Rabe-Hesketh S. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of psychological interventions to improve glycaemic control in patients with type 2 diabetes. *Lancet* 2004; 363: 1589-97.
24. Winkley K, Ismail K, Landau, Eisler I. Psychological interventions to improve glycaemic control in patients with type 1 diabetes: systematic review and Meta analysis of randomized controlled trials. *BMJ* 2006; 333:65-71.
25. Tripp-Reimer T, Choi F, Kelley L, Enslein J. Cultural Barriers to Care: Inverting the Problem. *Diabetes Spectrum* 2001; 14(1):13-22.
26. Wong LY, Toh PHS. Understanding of Diabetes Mellitus and Health-preventive Behaviour Among Singaporeans. *Ann Acad Med Singapore* 2009; 38: 478-86.
27. Barceló A, Aedo C, Rajpathak S, Robles S. The cost of diabetes in Latin America and the Caribbean. *Bull World Health Organization* 2003; 81 (1).
28. Bandura A. Self efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist* 1982; 37: 122-47.
29. Asha A, Pradeepa R, Mohan V. Evidence for Benefits from Diabetes Education Program. *International Journal of Diabetes in Developing Countries* 2004; 24 (4): 96-102.
30. Grace C, Begum R, Subhani S, Kopelman P, Greenhalgh T. Prevention of type 2 diabetes in British Bangladeshis: qualitative study of community, religious, and professional perspectives. *BMJ* 2008; 337: a1931
31. Tillotson L, Smith S. Locus of control, social support, and adherence to the diabetes regimen. *Diabetes Educ* 1996; 22: 133-8.
32. Morris D. A rural diabetes support group. *Diabetes Educ* 1998; 24: 493-7.
33. Glasgow RE, Toobert DJ, Gillette CD. Psychosocial Barriers to Diabetes Self-Management and Quality of Life. *Diabetes Spectrum* 2001; 14(1): 33-41.
34. Simmons D. Personal Barriers to Diabetes Care: Is It Me, Them, or Us. *Diabetes Spectrum* 2001; 14(1): 10-2.
35. Odegard P, Gray S. Barriers to Medication Adherence in Poorly Controlled Diabetes Mellitus. *Diabetes Educ* 2008; 34: 692-7.
36. Harris M. Health care and health status and outcomes for patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2000; 23: 754-8.