

موانع خود مراقبتی از دیدگاه بیماران دیابتیک نوع ۲ و راهکارهای رفع آن

خلیل ذلک^۱، بهزاد کاظمی حکمی^{۲*}، دکتر حسین مطلبی^۳

۱. دانشجوی کارشناسی ناپیوسته بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
 ۲. دانشجوی کارشناسی ناپیوسته هوشبری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
 ۳. استادیار، دکتری آموزش بهداشت سالمندان، عضو هیئت علمی دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

چکیده

زمینه و هدف: مطالعات کمی، با استفاده از تعدادی پرسشنامه محدود نمی‌توانند عمق و پیچیدگی نظرات بیماران دیابتی را در خصوص خودمراقبتی منعکس کنند. اما با استفاده از روش تحقیق کیفی می‌توان به عمق تجارب بیماران در خصوص این بیماری پی برد. هدف از این مطالعه یافتن موانع فردی و محیطی مؤثر بر خودمراقبتی در این بیماران و بررسی دیدگاه بیماران در خصوص بیماری بود.

روش بررسی: در این مطالعه کیفی از روش مصاحبه گروهی و همچنین مصاحبه موردی استفاده شده است. این مطالعه در ۲ فاز انجام شد و در پایان مصاحبه آموزش‌های لازم در خصوص اصول خودمراقبتی در دیابت به بیماران داده شد.

یافته‌ها: به طور کلی ۵ دسته مانع در خصوص خودمراقبتی در بیماری دیابت نوع ۲ شناسایی شدند که شامل: موانع جسمی، موانع اقتصادی، موانع اجتماعی، موانع آموزشی و موانع روانی هستند. موانع اجتماعی، آموزشی و روانی در رده‌های بعدی قرار دارند.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که درصد بالایی از بیماران دیابتیک نوع ۲، برای خودمراقبتی با موانع مهمی روبرو هستند که بیشترین و مهمترین موانع از دیدگاه آنها موانع جسمی و موانع اقتصادی است، با توجه به اینکه در کشورهای درحال توسعه با محدودیت منابع روبه رو هستیم، پرداختن به موانع جسمی می‌تواند رضایت بیمار را جلب کند و از طرفی پرداختن به این موانع نیاز کمتری به همکاری سیستم‌های بیرونی دارد.

کلید واژه‌ها: خودمراقبتی، دیابت نوع ۲، موانع جسمی، موانع اقتصادی

*نویسنده مسئول: بهزاد کاظمی حکمی
 نشانی: کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
 پست الکترونیک: behzad_emt@yahoo.com

مقدمه

نتایج حاصل از این مطالعه می تواند با شناسایی موانع مؤثر بر دیابت به طراحی برنامه های مؤثر و مداخلات کارا در زمینه مراقبت از بیماران دیابتی کمک نماید.

مواد و روش ها:

این مطالعه از نوع کیفی است و در آن از روش مصاحبه گروهی و همچنین مصاحبه موردی استفاده شده است. برای پی بردن به موانع مؤثر بر خودمراقبتی از دیدگاه بیماران دیابتیک نوع ۲ پرسشنامه محقق ساخته ای، طراحی و ساخته شد که روایی آن توسط متخصصین غدد و بهداشت عمومی مورد تأیید قرار گرفت و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۸ محاسبه گردید.

این مطالعه در ۲ فاز انجام شد.

فاز اول:

فاز اول مطالعه در خانه بهداشت روستای بیرق صورت گرفت. افراد مبتلا به بیماری دیابت نوع ۲، که از طریق غربالگری و آزمایشات آزمایشگاهی بیماری آن ها تشخیص داده شده بود و در خانه بهداشت پرونده داشتند، برای این مطالعه انتخاب شدند. از ۵۲ نفر از افراد دیابتیک، برای مصاحبه گروهی، از طریق بهورزان و رابطین بهداشتی دعوت به عمل آمد. با توجه به اینکه عوامل متعددی از جمله سن، جنس، سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی اجتماعی می تواند بر روند خودمراقبتی در بیماران دیابتیک نوع ۲ مؤثر باشد لذا به همین منظور ترکیبی از شرایط فوق برای شرکت در مصاحبه گروهی استفاده شد تا به ما اجازه دهد دیدگاه های متفاوتی از موضوع مورد مطالعه به دست آوریم. سوالات مصاحبه از قبل تهیه شده بود، مصاحبه گروهی به مدت ۸۰ دقیقه در اتاق آموزش خانه بهداشت به طول انجامید در تمامی مصاحبه از سوالات باز استفاده گردید. قبل از شروع مصاحبه رضایت نامه به صورت شفاهی و کتبی از بیماران گرفته شد و در خصوص مطالعه توجیه شدند. یکی از مشکلات مطالعه مخالفت اکثر افراد با ضبط کردن مصاحبه بود، لذا در این میان سعی شد به طور دقیق و کامل از تمامی سخنان و نظرات بیماران یادداشت برداری شود. در پایان جلسه به مدت ۱۵ دقیقه در خصوص بیماری دیابت و اساس خودمراقبتی در این بیماری، آموزش های لازم به بیماران داده شد.

دیابت یکی از شایعترین بیماری های مزمن متابولیک است که عوارض ناشی از آن یکی از دلایل اصلی مرگ و میر است (۱). براساس برآورد سازمان جهانی بهداشت طی ۳۰ سال آینده تعداد مبتلایان به دیابت از ۴ درصد به ۵/۴ درصد افزایش خواهد یافت و از ۱۳۵ میلیون نفر در سال ۱۹۹۵ به ۳۰۰ میلیون نفر در سال ۲۰۲۵ خواهد رسید (۲). انواع مختلف این بیماری به علت عوامل مختلفی از جمله عوامل ژنتیک، عوامل محیطی و شیوه زندگی حاصل می شود. تغییرات مختلفی در اغلب سیستم های بدن ایجاد می شود که سبب بروز عوارض فوری و دیررس، ناتوانی، از کارافتادگی، هزینه های درمانی و مرگ-ومیر بالا در این بیماری است (۲). مطالعه کشوری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی که بر اساس نمونه گیری استانی انجام شده است شیوع دیابت در سنین ۲۵ تا ۶۴ سال را ۷/۷ درصد و تعداد کل دیابتی ها را ۲ میلیون نفر گزارش کرده است (۳). بین بیماری و کیفیت زندگی یک ارتباط متقابل وجود دارد و اختلالات جسمی اثر مستقیم روی تمام جنبه های کیفیت زندگی دارد. بخصوص در افراد مسن عوارض ناتوان کننده و خطرناکی بر هر یک از دستگاه های بدن بر جا می گذارد که از جمله آن ها کوری، قطع اندام، نارسایی کلیه و بیماری های قلبی و عروقی است (۳). مطلوب نگه داشتن میزان قندخون اساس مراقبت از بیماری دیابت است و به طور چشمگیری از عوارض احتمالی آن می کاهد (۴). از طرفی هم برای بیماران و هم برای پزشکان این امر بسیار دشوار است که قند خون را در حد مطلوب حفظ کنند که به طور عمده علت این امر وجود موانع سیستمی و فردی مراقبت از دیابت است (۵). مطالعات کمی، با استفاده از تعدادی پرسشنامه محدود نمی توانند عمق و پیچیدگی نظرات بیماران دیابتی را در خصوص خودمراقبتی منعکس کنند. اما با استفاده از روش تحقیق کیفی می توان به عمق تجارب بیماران در خصوص این بیماری پی برد.

با توجه به اهمیت غربالگری و درمان دیابت در ایران و میزان بالای ناتوان کنندگی آن لازم است که مطالعات کیفی بیشتری در این خصوص انجام پذیرد، هدف از این مطالعه یافتن موانع فردی و محیطی مؤثر بر خودمراقبتی در بیماران و بررسی دیدگاه بیماران در خصوص بیماری است.

فاز دوم:

موانع اجتماعی، آموزشی و روانی در رده‌های بعدی قرار دارند. مثال‌هایی از طبقه بندی اظهارات بیماران در خصوص موانع خودمراقبتی و عوامل انگیزشی در آن، در جدول ۲ آمده است.

جدول شماره ۱: سوالاتی که در مصاحبه استفاده شده است.

۱. بیماری دیابت چیست؟ آیا قبلاً با آن آشنایی داشتید؟
۲. چه عواملی باعث دیابت می‌شود و پیشرفت آن چگونه است؟
۳. چگونه می‌توان دناست را کنترل کرد؟
۴. چقدر سمداری خود را بدبفته‌اند؟ دیدگاه و نظر شما در مورد دیابت چیست و چه معنایی پیدا کرده است؟
۵. چه اندازه به درمان بیماری خود اهمیت می‌دهید؟ آیا می‌دانید اگر بیماریتان کنترل نشود چه اتفاقی می‌افتد؟
۶. به نظر شما چگونه می‌شود از بیماری پیشگیری کرد؟
۷. چه تغییرات رفتاری باید انجام داد؟
۸. آیا نسبت به بیماری خود نگران هستید؟ چه چیزی شما را نگران می‌کند. چرا؟
۹. تا به حال از چه خدماتی برای کنترل قندخون خود استفاده کرده‌اید؟ کدام یک خوب بوده است؟ چرا؟ (دارو، تغییر رفتار، طب سنتی)
۱۰. آیا چیزی به شما توصیه شده است که انجام نداده باشید؟ چه چیزی؟ چرا؟
۱۱. موانع و مشکلاتی که در مراقبت از خود برای دیابت دارید چه چیزی هستند؟
۱۲. جهت آموزش مراقبت از بیماری از مرکز درمان، چه مشکلاتی داشته‌اید؟ کیفیت درمان چطور بوده است؟
۱۳. در خصوص بیماری مایلید چه چیزی بدانید که قبلاً نمی‌دانستید؟ منابع اطلاعاتی شما در خصوص بیماری دیابت چیست؟
۱۴. دوست دارید از چه طریق در مورد بیماری خود اطلاعات کسب کنید؟ (رسانه، مراکز درمانی، مجلات و ...)
۱۵. دیابت چه تأثیری بر زندگی شما گذاشته است؟ (مشکلات، تغییر رفتار، واکنش دیگران)
۱۶. چقدر جهت کنترل قندخون به مراکز درمانی مراجعه می‌کنید؟ اهمیت آن چیست؟

فاز دوم مطالعه در مرکز بهداشتی درمانی جمشیدآباد صورت گرفت. در این فاز از مطالعه از مصاحبه موردی استفاده گردید. با ۳۳ نفر از مراجعین بالای ۳۰ سال که جهت غربالگری دیابت به این مرکز مراجعه کرده بودند و پس از غربالگری و آزمایشات کلینیکی، بیماری آن‌ها تشخیص داده شده بود و جهت تشکیل پرونده مراجعه می‌کردند، مصاحبه صورت گرفت. طبق معمول قبل از مطالعه رضایتنامه شفاهی و کتبی از افراد گرفته شد، مصاحبه با هر بیمار به طور متوسط ۱۵ دقیقه به طول انجامید و در پایان مصاحبه آموزش‌های لازم در خصوص اصول خودمراقبتی در دیابت به آن‌ها داده شد. نمونه سوالات استفاده شده در مصاحبه در جدول ۱ آورده شده است.

یافته‌ها:

در این مطالعه کیفی جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه گروهی و موردی با بیماران دیابتیک نوع ۲ صورت گرفت. در فاز یک که در خانه بهداشت روستای بیرق انجام شد، بیماران شامل ۳۰ نفر زن و ۲۲ نفر مرد با طیف سنی ۴۵ تا ۷۰ سال بودند. سطح تحصیلات آن‌ها از بی‌سواد تا پنجم ابتدایی بود. فاز ۲ مطالعه در مرکز بهداشتی جمشیدآباد به صورت مصاحبه موردی انجام شد. بیماران شامل ۱۸ نفر زن و ۱۵ نفر مرد با طیف سنی ۴۰ تا ۶۵ سال بودند، سطح تحصیلات آن‌ها از سیکل تا لیسانس بود. در کل نظرات بیماران دیابتیک نوع ۲ در خصوص عوامل و موانع خودمراقبتی در ۲ گروه اصلی ارائه شدند:

۱- موانع ۲- عوامل انگیزه ساز

موانع خودمراقبتی در دیابت نوع ۲:

به طور کلی می‌توان این موانع را در ۵ دسته کلی تقسیم بندی کرد:

- موانع جسمی و فردی.
- موانع آموزشی و سیستم مراقبت بهداشتی درمانی.
- موانع اقتصادی.
- موانع اجتماعی (خانواده و اطرافیان).
- موانع روانی.

در این مطالعه بیشترین موانع ذکر شده خودمراقبتی در بیماری دیابت نوع ۲، مربوط به موانع جسمی و موانع اقتصادی است.

جدول شماره ۲- اظهارات بیماران در خصوص موانع خود مراقبتی و عوامل انگیزشی در آن

موضوع	زیر موضوع	کد	اظهارات بیماران
موانع جسمی	-	مشکلات گوارشی	"من بیماری رفلاکس معده دارم نباید از مرکبات استفاده کنم سبزیجات هم معده ام را اذیت می کند"
	-	عدم علاقه و ذائقه	"من برنج و گوشت بیشتر دوست دارم نمی توانم از گیاهان و حبوبات استفاده کنم"
	-	عدم انگیزه	"من حوصله ورزش کردن ندارم، تحرک کافی ندارم و نمی توانم وزنم را کنترل کنم"
	-	مشکلات هضم غذا	"چون دندان سالم ندارم نمی توانم غذای پر فیبر را خوب بجوم"
	-	ابتلا به بیماری های دیگر	"من بیماری کلیه دارم، خوردن حبوبات برایم مضر است"
	-	عدم علاقه به حفظ رژیم غذایی	"من وقتی به مهمانی میروم مقداری هویج و خیار و گوجه هم با خودم می برم ولی همیشه نمیتوانم این کارو انجام بدم حوصله ندارم. خسته کننده است"
	عدم وجود علائم	ناتوانی در تشخیص علائم	"من قبلاً نمی دونستم قندم بالاست، مرتب تشنه ام می شد، زیاد آب می خوردم"
	اثرات جسمی	تهوع ناشی از دارو	"داروهایی که دکتر برام نوشته رو به طور منظم مصرف نمیکنم چون حالمو به هم می زنن"
	مشکلات مزمن سلامتی	احساس بیماری	"حال ندارم کار خونه را انجام دهم احساس میکنم مریضم، همه بدنم درد میکنه"
		احساس درد و ناراحتی	"همیشه احساس خستگی میکنم دوست دارم خونه باشم، حوصله پیاده روی ندارم"
	اثرات جسمی درمان	سوزش دل ناشی از مصرف	"از داروهایم بدم میاد، مثل آهک و گچ هستند وقتی میخورم معده ام می سوزه"
		اثر جسمی درمان	تهوع ناشی از دارو
موانع آموزشی	عدم آگاهی		"اگر بدانم چه غذاهایی برام مضر است یا چگونه درست کنم این کار رو می کنم"
	عدم توصیه پزشکان		"وقتی میرم پیش پزشک فقط برام دارو مینویسد در مورد تغذیه و رژیم غذایی چیزی نمیگوید"
	تناقض اطلاعات		"هر دکتر به چیزی میگه، یکی میگه فلان غذا را بخور دیگری میگه مضر است"
	آموزش ناکافی		"آموزش در خصوص بیماری بسیار کم است، فقط سالی یک بار در روز دیابت به ما آموزش میدن، رسانه ها هم کمتر به آن می پردازند"
موانع روانی			"از وقتی فهمیدم بیماری قند دارم افسرده شده ام، انگیزه ای برای کنترل قند خود ندارم"
موانع اقتصادی			"با این مشکلات اقتصادی نمی توانم واسه رژیم غذایییم برنامه ریزی کنم"
			"به خاطر مشکلات مالی که دارم ناراحتی اعصاب گرفته ام و فکر میکنم این باعث بیماریم شده است"
			"من به خاطر مشکل مالی نمی توانم غذایی جدا از افراد خانواده تهیه بکنم"
			"من به خاطر مشکلات مالی مجبورم قالی بافی بکنم و مجبورم همش پشت دار قالی بشینم و تحرک ندارم فرصت ورزش کردن ندارم و نمی توانم وزنم را کنترل کنم"
باورهای نادرست			"برخی از میوه و سبزیجات بصورت فصلی هستند به همین دلیل نمی توانم در فصول دیگر آنها را تهیه کنم، اگر هم موجود باشد گران قیمت هستند"
			"احساس میکنم حبوبات فشار خونم را بالا می برد به همین دلیل مصرف نمی کنم"
موانع اجتماعی (خانواده و اطرافیان)			"دکتر رفتم بهم گفت چربی خون شما بالاست، احساس میکنم رژیم پر فیبر باعث بالا رفتن قند خونم شده"
			"در خانه کسی نیست راهنماییم کند همه بی سوادند، نمی دانم چه غذایی برام مضر است یا خوب"
			"همسر و بچه هایم غذای پر فیبر دوست ندارند منم نمی توانم تنهایی تهیه کنم"
			"در روستای ما کسی در مورد دیابت حرف نمی زند، همه اطلاعات کمی دارند"
			"در جشن و مهمانی ها مجبورم هم رنگ بقیه شوم و غذاهای پر کالری و پر نشاسته بخورم"
			"من مجبورم به حرف بچه هام گوش کنم و غذاهای باب میل آنها درست کنم"
عوامل انگیزشی در خود مراقبتی	خطر درک شده		"من باید مراقب خودم باشم دوست ندارم کور بشم، باید قطع شود یا کلیه هایم را از دست بدهم"
	خطر درک شده		"مادر من هم بر اثر دیابت پای خودش رو از دست داد"
	اهمیت سلامت		"در زندگی همش پول ارزش ندارد سلامتی مهمتر است"
	احساس مسولیت		"من به خاطر خانواده ام باید مراقب قند خون خودم باشم"
	احساس مسولیت		"بیشترین چیزی که به من انرژی میده که مرتب قند خونم را کنترل کنم و رژیم غذایی رو رعایت کنم و بیشتر مواظب خودم باشم، خانواده و آینده فرزندانم می باشد"
باور دینی			"من معتقدم بیماری هم نعمت خداست، باید شاکر بود و مراقب خودم باشم"

بحث

از طرفی فقر اقتصادی در این بیماران باعث شده تا آن‌ها برای تهیه یک رژیم غذایی سالم با مشکلات فراوان روبه‌رو شوند، و در بیشتر موارد مجبور باشند هم‌رنگ سفره خانواده باشند و رعایت رژیم غذایی یک فرد دیابتی برای آن‌ها میسر نباشد.

یکی از موارد مهم در خودمراقبتی، مشارکت افراد خانواده بیمار و اطرافیان در برنامه‌های مراقبت است. اکثر بیماران اظهار کردند مجبورند رژیم غذایی خود را هم‌رنگ سایر افراد خانواده کنند، خصوصاً در جشن و مهمانی‌ها این گونه موارد زیاد به چشم می‌خورد. آموزش به افراد خانواده بیمار و همچنین جامعه می‌تواند از راهکارهای مؤثر در خودمراقبتی باشد، در بیشتر مواقع جستجوی اطلاعات از عوام، اغلب باعث دریافت اطلاعات غلط می‌شود و در بیشتر موارد منجر به قطع دارو و روی آوردن به درمان‌های سنتی می‌گردد.

با توجه به اینکه فرهنگ احترام به بزرگتر در هنگام نشستن بر سر سفره در بین ایرانیان رواج دارد، به همین دلیل اگر توصیه‌های درمانی با باور و فرهنگ افراد هماهنگ نباشد خانواده و اطرافیان بیمار تأثیر منفی بر فرایند خودمراقبتی می‌گذارند. از آنجایی که حمایت و روابط نزدیک خانوادگی در فرهنگ ایرانی جایگاه ویژه‌ای دارد، ارائه اطلاعات کافی در خصوص دیابت و آموزش‌های لازم در خصوص اصول خودمراقبتی به افراد درجه یک خانواده بیمار، می‌تواند مفید و مؤثر باشد.

از موانع آموزشی و سیستم مراقبت بهداشتی درمانی می‌توان به فراهم نبودن خدمات و دسترسی نداشتن به خدمات اشاره کرد که اکثر بیماران در طی مصاحبه به نارسایی‌هایی در خصوص آن اشاره کردند. یکی از این نارسایی‌ها، عدم دسترسی به درمان و فناوری‌های جدید بود، همچنین عدم پوشش بیمه این نوع درمان‌ها خود یکی از مشکلات بیماران با سطح اقتصادی پایین بود.

آموزش‌های کم در خصوص بیماری و رژیم غذایی و فعالیت‌های کمک‌کننده از جمله پیاده روی و ورزش کردن از طرف پزشکان، یکی دیگر از شکایت‌های بیماران بود. در بررسی رضایی و همکاران در الیگودرز ۲۰ درصد از افراد آگاهی ضعیف، ۷۶/۶ درصد آگاهی متوسط و ۳/۳ درصد آگاهی خوب داشتند (۹).

در این مطالعه کیفی از طریق مباحثه گروهی و موردی به طور کلی ۵ دسته مانع در خصوص خودمراقبتی در بیماری دیابت نوع ۲ شناسایی شدند که شامل: موانع جسمی، موانع اقتصادی، موانع جسمی، موانع اقتصادی و موانع روانی هستند. از طرفی برخی عوامل انگیزشی مؤثر در خودمراقبتی از دیدگاه بیماران شامل: احساس مسئولیت در قبال خانواده و فرزندان، باورهای نسبت به دیابت، ترس از عوارض خطرناک دیابت و قابلیت پیشگیری از آن‌ها، باورهای دینی و توصیه افراد مهم هستند.

موانع جسمی به صورت مکرر توسط بیماران مطرح می‌شد، و همگی آن را به عنوان مهمترین عامل در خودمراقبتی و کنترل قندخون ذکر می‌کردند. در مطالعه coonrod مراقبت از بیماری دیابت خصوصاً دیابت نوع ۲ تحت تأثیر موانع جسمی است (۶). به همین دلیل با توجه به اینکه در کشورهای در حال توسعه با محدودیت منابع روبه‌رو هستیم، پرداختن به موانع جسمی می‌تواند رضایت بیمار را جلب کند و از طرفی پرداختن به این موانع نیاز کمتری به همکاری سیستم‌های بیرونی دارد. مطالعات در شهر تهران نشان می‌دهد که بیش از ۸۰ درصد از مردان و ۸۵ درصد از زنان هیچ‌گونه فعالیت بدنی در خارج از محیط کار یا منزل حتی به صورت قدم زدن، ندارند (۷). همچنین بررسی وضعیت فعالیت جسمانی افراد بالای ۲۵ سال در جمعیت شهری قزوین نشان می‌دهد که ۴۵ درصد از مردان و ۵۷ درصد از زنان در طول هفته فعالیت جسمانی مناسب از جمله پیاده روی ندارند (۸). بسیاری از موانع جسمی شامل: عدم تحرک و وزن بالا، ابتلا به برخی بیماری‌های گوارشی، ذائقه متفاوت و... را می‌توان با برنامه ریزی و آموزش‌های گوناگون برطرف نمود.

اغلب بیماران خصوصاً در روستا، در مورد دسترسی به امکانات و فناوری‌های روز که تحت پوشش بیمه نیستند با مشکل جدی مواجه بودند، تعداد زیادی از بیماران اظهار می‌کردند که به دلیل مشکلات مالی، توانایی پرداخت هزینه‌های پایش قندخون خود را ندارند بنابراین هزینه‌های بالای پایش قندخون می‌تواند مانعی برای خودمراقبتی در این بیماری باشد و پوشش ناکامل بیمه‌ای در ایران می‌تواند بر توانایی بیمار در مراقبت از خود، اثر منفی داشته باشد.

راهکارها:

باتوجه به اینکه همه موانع ذکر شده در این مطالعه شامل: موانع جسمی، اقتصادی، اجتماعی، آموزشی و روانی، بر فرآیند خودمراقبتی در بیماران دیابتیک نوع ۲ مؤثر هستند راهکارهای ذیل جهت کاهش این موانع و ارتقاء خودمراقبتی در این بیماران پیشنهاد می گردد:

● آموزش مستمر، مداوم و بالابردن سطح آگاهی افراد دیابتیک توسط کادر سیستم بهداشتی و پزشکان در خصوص بیماری و جلوگیری از عوارض این بیماری

● آموزش اصول خودمراقبتی بیماری دیابت، به اعضای درجه یک خانواده بیمار به عنوان یک عامل انگیزشی مؤثر در فرایند خودمراقبتی .

● برگزاری برنامه های ورزشی همگانی برای افراد دیابتیک جهت تقویت روحیه آن ها و بالابردن انگیزه جهت خودمراقبتی به منظور جلوگیری از عوارض بیماری .

● قرار دادن آزمایشاتی نظیر پایش قند خون بیماران دیابتی، تحت پوشش بیمه خدمات درمانی جهت فراهم نمودن این امکان برای همگان.

● ایجاد یک برنامه توانمندسازی برای خودمراقبتی در این بیماران.

● برگزاری کلاس های آموزشی در خصوص دیابت هر ۳ ماه یکبار توسط کادر بهداشتی جهت پرسش و پاسخ به نیاز و مشکلات بیماران دیابتی .

● آموزش خانواده بیمار در خصوص تهیه رژیم غذایی متفاوت و مناسب جهت فرد بیمار دیابتی و کمک هرچه بیشتر اعضای خانواده در خصوص رعایت این رژیم از سوی بیمار.

● تأمین ابزارها و تجهیزات خودپایشی و خودمراقبتی در سطح جامعه

مشکلات و محدودیت ها:

این مطالعه در یک خانه بهداشت و یک مرکز بهداشتی درمانی انجام گردید و نمی تواند معرف خوبی از جامعه بیماران دیابتیک باشد.

با توجه به اینکه خوددرمانی و تنظیم رژیم غذایی توسط فرد و اطرافیان در این بیماری زیاد است لذا پزشکان بایستی توجه عمیق نسبت به آن داشته باشند و آموزش های لازم و ضروری در خصوص خودمراقبتی در این نوع بیماری را با زبانی ساده و قابل اجرا به بیماران خود ارائه دهند. در پژوهش جوادی در بین بیماران مراجعه کننده به مرکز دیابت بوعلی سینای قزوین، سابقه آموزش قبلی در خصوص کنترل دیابت در حدود ۶۳ درصد بوده است (۱۰). اکثر مطالعات نشان داده اند که آگاهی، نقش حیاتی در کنترل مطلوب قندخون دارد. (۱۲ و ۱۱ و ۶). با این وجود برخی از مطالعات بیان کرده اند که با وجود سایر موانع، آگاهی به تنهایی نمی تواند توانایی خودمراقبتی در بیماران را افزایش دهد (۱۳).

در پایان بایستی به عوامل انگیزشی در خصوص خودمراقبتی در این بیماران اشاره کرد، احساس مسئولیت در برابر خانواده، باورها نسبت به بیماری و ترس از عوارض آن، بیشترین تأثیر در انگیزه دادن به بیماران در خصوص خودمراقبتی را دارند و باید به آن اهمیت زیادی داد.

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان می دهد درصد بالایی از بیماران دیابتیک نوع ۲، برای خودمراقبتی با موانع مهمی روبرو هستند که بیشترین و مهمترین موانع از دیدگاه آن ها موانع جسمی و موانع اقتصادی است، برای برطرف کردن موانع اقتصادی می توان با وارد کردن خدمات با رویکرد خودمراقبتی در سیستم بیمه برای این بیماران این مشکل را برطرف کرد (۱۴). با توجه به اینکه در کشورهای در حال توسعه با محدودیت منابع روبه رو هستیم، پرداختن به موانع جسمی می تواند رضایت بیمار را جلب کند و از طرفی پرداختن به این موانع نیاز کمتری به همکاری سیستم های بیرونی دارد. موانع آموزشی و سیستم بهداشتی درمانی نیز یکی دیگر از عواملی بود که مکرراً از طرف بیماران مطرح می شد. اکثر بیماران از نحوه آموزش های تغذیه ای که توسط پزشکان و کادر بهداشتی به آن ها داده می شد، ناراضی بودند. علاوه براین، افزایش حمایت روانی خانواده و جامعه از بیماران دیابتیک، می تواند تأثیر مهمی در خود مراقبتی داشته باشد و ارائه اطلاعات کافی در خصوص دیابت و آموزش های لازم در خصوص اصول خودمراقبتی به افراد درجه یک خانواده بیمار می تواند مفید و مؤثر باشد.

کردند و از راهنمایی‌های اساتید محترم رشته بهداشت، زحمات مریبان دلسوز و محترم سرکار خانم عزتی و ستاری و همچنین همکاری بهورزان و کادر بهداشتی خانه بهداشت روستای بیرق و مرکز بهداشتی درمانی جمشیدآباد تبریز، کمال تشکر و قدردانی را داریم و در آخر بر خود لازم می‌دانیم تا از زحمات و حمایت‌های کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی تبریز تشکر و قدردانی نمائیم.

ولی چون مطالعات کیفی به درک عمیقی از موضوع می‌رسند می‌توان شرایط بیرون مطالعه را تا حدی تحلیل کرد.

از دیگر مشکلات این مطالعه در بعضی موارد، نبود زبان مشترک جهت مصاحبه، بین پژوهشگر و بیماران بود که از یک مترجم استفاده شد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از تمام افرادی که ما را در این پژوهش یاری

References:

1. Tazakori Z, Zare M, Mirzarahimi M. [The effect of nutrition education on blood sugar level and macronutrients intake in IDDM patients in Ardabil, 1999]. *J Ardabil Univ Med Sci*. 2003; 2(6): 17-21. [Article in persian]
2. Fereydoon Azizi, Hossein Hatami, M. Janghorbani Book of Common Diseases Epidemiology, Iran Khosravi Publishing / Printing 1390. [in persian]
3. Tagdisi. M, Borhani. M, Solhi. M, Afkari. M, Hosseini F. Effectiveness of training programs based on the quality of life precede type 2 diabetic patients: *Journal of Gorgan University of Medical Sciences / Spring 1390 / Volume 13 / Number 1 / pp. 29-36*.
4. 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
5. Simmons D, Weblemoe T, Voyle J, Prichard A, Leake L, Gatland B. Personal Barriers to Diabetes Care: Lessons from a Multi-ethnic Community in New Zealand. *Diabet Med* 1998; 15:958-64
6. Coonrod B. Overcoming Physical Barriers to Diabetes Self-Care: Reframing Disability as an Opportunity for Ingenuity. *Diabetes Spectrum* 2001; 14(1):28-32.
7. Amin Shokravi F, Alhani F, Kazemnejad A, Vahdaninia M. The relationship between planned physical activities and quality of life among women: a cross sectional study. *Payesh (Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research)* 2009; 4: 407-13. [Article in persian]
8. Malekafzali H. Risk factors related by cardiac heart disease in some area Qazvin and Abhar city. *Scientific Journal of Qazvin Medical University* 1999; 31: 41-45 [Article in persian]
9. Rezaee N, Tahbaz F, Kimiagar M, Alavimajd H. The effect of educational program nutrition on control metabolic and knowledge, attitude, practice in diabetic's patients by type 1 in Aligodarz province. *Scientific and Research Seasonal Journal (Feyz)* 2004; 8: 36-42 [Article in persian]
10. Javadi A, Javadi M, Sarvghady F. Assessment knowledge, attitude and practice patients by diabetes referring in Avesina Diabetes Center of Qazvin about diabetes. *Scientific Journal of Birjand University of Medical Sciences* 2003; 3: 46-51
11. Wong LY, Toh PHS. Understanding of Diabetes Mellitus and Health-preventive Behaviour Among Singaporeans. *Ann Acad Med Singapore* 2009; 38: 478-86.
12. 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).
13. Bandura A. Self efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist* 1982; 37: 122-47
14. Kazemi B, Rezapoor J, Hamze S. Self-Care And Solutions For Effectiveness And Support Its. *Proceedings of The 2nd Provincial Congress on Medical Researches* 9 May 2012, Urmia, Iran. Page 68 of abstract book.

Obstacles to Self-Care From The Viewpoint of TypeII Diabetic Patients and Guidelines to Remove Them

Khalil Zalak¹, Behzad Kazemi Haki^{*2}, Hossein Matlabi³

1. Student of Public Health, Faculty of Health and Nutrition, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

2. Student of Anesthesiology, Student Research Committee, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

3. Assistant Professor, Faculty of Health and Nutrition, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

Abstract

Background and objective: Little studies using a limited number of questionnaires cannot reflect the depth and complication of diabetic patients about self-care. However, using the qualitative research method, it is possible to find out the depth of patients' experiences of this illness. The purpose of this study was to find individual and environmental obstacles which affect self-care on these patients and to investigate patients' viewpoint of this disease.

Materials and Methods: In this qualitative study, group interview and case interview have been used. This study was carried out in two phases and at the end of the interview patients were provided with necessary teaching about the principals of self-care.

Results: In general, 5 categories of obstacles to self-care in type 2 diabetes were identified which include: physical obstacles, economical obstacles, social obstacles, educational obstacles, and psychic obstacles. Social, educational and psychic obstacles are in latter classes.

Conclusion: The results of this study showed that a high percentage of patients with type 2 diabetes face serious obstacles in the way of self-care and the most numerous and important obstacles in their opinion are physical and economical obstacles. Considering that developing countries face a shortage of resources, dealing with physical obstacles can bring satisfaction to patients and on the other hand, dealing with these obstacles requires less cooperation from exterior organizations.

Keywords: Self-Care, Diabetes TypeII, Physical Obstacles, Economical Obstacles.

**Corresponding Author: Behzad Kazemi Haki*

Address: Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

E-mail: behzad_empt@yahoo.com