

تجارب بیماران مبتلا به دیابت و تیم سلامت از کنترل دیابت: یک مطالعه کیفی

* اعظم محمودی^۱، موسی علوی^۲

چکیده

مقدمه: دیابت بیماری است که بیماران را در ابعاد مختلف جسمی، روانی و اجتماعی متأثر می‌سازد. کنترل مطلوب بیماری یکی از اهداف مهم مداخلات مراقبتی درمانی است که نیاز به کاوش بیشتری دارد. هدف این مطالعه توصیف تجارب بیماران مبتلا به دیابت و تیم سلامت از کنترل دیابت است.

مواد و روش‌ها: مطالعه کیفی حاضر با بهره‌گیری از روش تحلیل محتوای قراردادی انجام شد. مشارکت‌کنندگان شامل ۱۲ بیمار دیابتی، ۳ پرستار و ۴ پزشک بودند که به روش مبتنی بر هدف از پنج بیمارستان دولتی و غیردولتی منتخب اصفهان وارد مطالعه شدند. داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌های نیمه ساختارمند جمع‌آوری و به روش تحلیل محتوای کیفی تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌های مطالعه شامل دو طبقه اصلی ضعف در مواجهه با بیماری و تسلط بر بیماری و شش طبقه فرعی شامل ترس از ابتلا به عوارض وخیم و لاعلاج، برداشت‌های عاطفی منفی و اغراق‌آمیز، تنش‌ماندگار، اجبار در رعایت محدودیت‌ها، احاطه بر واکنش‌های منفی روانی، درونی کردن مضامین آموزشی می‌باشد.

نتیجه‌گیری: برخی از بیماران ضمن از دست دادن اعتماد به نفس، مغلوب بیماری شده و کنترل خود را بر اوضاع از دست داده‌اند. تجربه مطلوب هنگامی اتفاق افتاده است که بیماران توانسته‌اند ضمن رعایت رژیم‌های درمانی، پذیرش سبک مناسب زندگی و اتخاذ رفتارهای مرتبط با سلامت، بر شرایط بیماری احاطه پیدا کرده و به سمت سازگاری با وضعیت موجود حرکت نمایند. پیشنهاد می‌گردد این بیماران تا دستیابی به کنترل مطلوب بر شرایط بیماری توسط تیم سلامت و اعضای جامعه حمایت گردند.

کلید واژه‌ها: کنترل بیماری، دیابت، مطالعه کیفی، تحلیل محتوا

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۲/۲۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۸/۲۰

۱- مربی، گروه پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد دهقان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: a.mahmoodi@dehaghan.ac.ir

۲- استادیار مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

مقدمه

دیابت شایع‌ترین بیماری مزمن در سراسر جهان است. طبیعت مزمن این بیماری و عوارض ناشی از آن باعث تحمیل بار سنگین اقتصادی و کاهش کیفیت زندگی بیماران و اعضای خانواده‌های آنان شده است (۱). در ایران پیش‌بینی می‌شود حدود ۷ میلیون نفر به بیماری دیابت مبتلا باشند. از این تعداد حدود ۴/۵ میلیون نفر از بیماری خود اطلاعی ندارند و هیچ‌گونه مراقبتی را انجام نمی‌دهند. از بین افرادی که بیماری آن‌ها شناسایی می‌شود و تحت درمان قرار می‌گیرند نیز تنها حدود ۵۰٪ درمان مناسب دریافت می‌کنند (۲).

علیرغم تمام مشکلات مرتبط با بیماری دیابت و درمان ناپذیر بودن این بیماری، اعتقاد بر این است بیماران می‌توانند از طریق فعالیت‌های خود مراقبتی و با کمک اعضای نظام سلامت به "کنترل مناسب" دست پیدا کنند. تا قبل از کشف انسولین در سال ۱۹۲۱، معنای کنترل بیماری دیابت تنها به اجتناب از مرگ زودرس ختم می‌شد. اما در حال حاضر کنترل بر بیماری نه تنها طبیعی نگه داشتن قند خون، بلکه حفظ سایر عواملی نظیر لیپیدهای خون و فشارخون در محدوده طبیعی (۳)، پیشگیری و به تأخیر انداختن عوارض ناشی از آن (۴) و نیز افزایش کیفیت زندگی و رضایت در بیماران را شامل می‌گردد.

داشتن کنترل ضعیف بر این بیماری از طریق افزایش مزمن سطح قند خون، عوارض مزمنی همچون رتینوپاتی، نوروپاتی و بیماری‌های قلب و عروق را در پی دارد. بعلاوه، تغییرات نامطلوب در وضعیت سلامتی معمول، به‌عنوان یک منبع تنش برای فرد بیمار عمل کرده و منجر به عملکرد ضعیف شخص در مراقبت از خود می‌گردد (۵). از نتایج یک کنترل مؤثر نیز می‌توان تغییرات مطلوب در ابعاد جسمی- روانی، درمان موفقیت‌آمیز و تبعیت از برنامه درمانی، کاهش نگرش منفی به بیماری و بهبود در عملکرد شخص بیمار را نام برد (۶).

اهمیت کنترل بر بیماری توسط بیمار در بیماری‌های مزمن از جمله دیابت در مطالعات مختلفی مورد توجه قرار گرفته است (۷-۱۰) و امروزه کنترل بر بیماری توسط خود بیمار به عنوان راهکاری حیاتی برای مواجه شدن با بیماری‌های مزمن شناخته شده است (۱۱، ۱۲). در مطالعات مختلف از مزایای کنترل بر بیماری موارد متعددی را برشمرده‌اند که بهبود کیفیت مراقبت، کاهش هزینه‌های درمان از آن جمله‌اند (۱۳). در مورد بیماری دیابت، تلاش برای کنترل بر

بیماری توسط بیمار به عنوان راهکاری مهم برای درمان و زیربنای مراقبت شناخته شده است (۷). Sigurdardóttir (۱۴) تلاش برای به دست آوردن کنترل بر وضعیت بیماری توسط بیماران را به عنوان عاملی برای ارتقای مراقبت از خود قلمداد کرده است و Thomas & Bryar (۱۵) بسته مدیریت بر خود را جهت ارتقای مراقبت از خود در این بیماران را جهت پیشگیری از عوارض بیماری پیشنهاد نموده‌اند (۱۵). همچنین در یک مطالعه که در مورد اثرات طولانی مدت آموزش کنترل بیماری در بیماران دیابتی نوع دو انجام شد، مشخص گردید داشتن کنترل بر بیماری توسط بیمار عامل مؤثری در به تأخیر انداختن نیاز به انسولین بوده است (۸). نتایج یک مطالعه کیفی نشان داد که حتی در بیماران مبتلا به دیابت با سطح آگاهی بالا، دست یافتن به سطوح مناسبی از مقادیر خونی دشوار بوده و دستیابی به این مهم مستلزم توسعه برنامه‌های مدیریت و کنترل بر خود در این افراد است تا بدین ترتیب بر برخی چالش‌های موجود غلبه شود (۱۶). Beran (۱۷) نیز در مطالعه کیفی خود با هدف تدوین سلسله مراتب نیازها برای بیماران دیابتی، مفهوم کنترل بر وضعیت بیماری را به عنوان یکی از نیازهای ضروری برای این افراد معرفی نمود.

علیرغم تأکید بر اهمیت به دست آوردن کنترل بر وضعیت بیماری، مراقبت و درمان توسط بیماران، هنوز در مورد مصادیق و معنای این مقوله مهم اتفاق نظر وجود ندارد. برخی تلاش نموده‌اند این مصادیق را حتی به لحاظ نظری و مفهومی مورد مطالعه و شناسایی قرار دهند؛ به‌عنوان مثال Song & Lipman (۱۸) کنترل بر خود در بیماران دیابتی را متشکل از سه مشخصه شامل دانش، تفسیر از علائم و وضعیت و پاسخ بیمار به تظاهرات خاص بیماری می‌دانند. با این وجود در مجموع از دیدگاه صاحب نظران، کنترل بر بیماری در سطوح مختلفی اتفاق می‌افتد؛ که ممکن است در زمینه‌های فرهنگی اجتماعی مختلف متفاوت باشد (۱۹). از این رو شناسایی عوامل وابسته به زمینه جهت کمک به بیماران مبتلا به دیابت در به دست آوردن کنترل بر وضعیت بیماری ضروری است و مورد تأکید قرار گرفته است. به عنوان مثال Susilparat و همکاران (۲۰) در مطالعه خود ضمن تأکید بر اهمیت آماده سازی بیماران دیابتی برای خود مراقبتی و کنترل بر وضعیت خود، آموزش مبتنی بر شرایط فرهنگی و اجتماعی جامعه را به عنوان راهکار مناسب پیشنهاد نمودند. از این رو هدف این مطالعه توصیف تجارب بیماران مبتلا به دیابت و تیم سلامت از کنترل دیابت است.

مواد و روش ها

نوع پژوهش حاضر، کیفی با بهره گیری از رویکرد تحلیل محتوای کیفی "Qualitative Content Analysis" است. این روش برای دسته بندی داده های کیفی در مطالعاتی به کار می رود که هدف آن ها شرح یک پدیده است (۲۱). مشارکت کنندگان شامل بیماران دیابتی، پزشکان و پرستاران بودند که از محیط پژوهش شامل ۵ بیمارستان از بیمارستان های دولتی و غیردولتی اصفهان انتخاب شدند. مطالعه از سال ۱۳۸۸ آغاز و تحلیل اطلاعات تا سال ۱۳۹۰ به طول انجامید. روش نمونه گیری به صورت مبتنی بر هدف از میان بیماران و کارکنان شاغل در مراکز ارائه دهنده خدمات به بیماران دیابتی بود؛ که تا اشیاع اطلاعات یعنی زمانی که ادامه مصاحبه هیچ داده جدیدی را به اطلاعات قبلی اضافه نکرد ادامه یافت (۲۲). معیار ورود به مطالعه شامل دارا بودن تجربه در مورد مفهوم مورد مطالعه و تمایل و توانایی به در اختیار گذاشتن آن تجارب بود. پس از شناسایی مراکز مورد نظر (بیمارستانهای وابسته و غیر وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که دارای مرکز، کلینیک و یا بخش مربوط به بیماران دیابتی باشند)، به مسئولین آن مراکز مراجعه کرده و از ایشان جهت معرفی کارکنان حرفه ای دارای تجربه کاری مراقبت و درمان برای بیماران دیابتی درخواست به عمل می آمد. در صورت موافقت فرد مورد نظر، اقدام به انجام مصاحبه می شد. پزشکان و پرستاران بخش های داخلی و کلینیک دیابت با دارا بودن معیار ورود وارد مطالعه شدند. بیماران مشارکت کننده نیز توسط پزشکان یا پرستاران ارائه دهنده خدمات مراقبتی درمانی شناسایی و معرفی می شدند.

جهت جمع آوری اطلاعات از روش مصاحبه نیمه ساختارند استفاده شد. مدت زمان هر مصاحبه از ۳۰ تا ۴۵ دقیقه به طول انجامید. مصاحبه ها در مکانی از خود بخش بیمارستان یا کلینیک که شرایط فیزیکی مناسب از نظر نور، صدا، تهویه و ... داشته باشد انجام شد. از آنجایی که مطالعه حاضر تنها بخشی از نتایج یک مطالعه کیفی بزرگ تر را گزارش می کند، در ادامه برخی از سؤالات محوری مطالعه اصلی معرفی می گردند.

سؤال محوری از اعضای نظام سلامت عبارت بود از اینکه: "چه تجاربی از نیازهای آموزش سلامت روان و ارائه خدمات مراقبتی درمانی در بیماران دیابتی داشته اید؟" و نمونه سؤالات محوری از بیماران نیز عبارت بود از اینکه "چه تجاربی از دریافت خدمات مراقبت و آموزش به بیمار داشته اید؟ لطفاً سرگذشتی از مراجعه و تلاش برای دریافت خدمات مراقبتی درمانی را وصف نمایید." پس از برگزاری تعدادی از جلسات مصاحبه و پیش رفتن مراحل تحلیل کیفی، به

تدریج سؤالات اختصاصی تری مطرح می شد؛ از جمله اینکه بیماران چگونه تلاش کرده اند به سمت کنترل بر وضعیت سلامتی و بیماری خود حرکت کنند و کارکنان چه تجاربی از کمک به بیماران دیابتی در دستیابی به کنترل بر بیماری خود داشته اند. این سؤالات محوری، در روند انجام مصاحبه با افراد مختلف بنا به ضرورت تعدیل و یا تشریح می شد. در آغاز هر مصاحبه در زمینه اهداف مطالعه و چگونگی انجام آن توضیحاتی ارائه شده و رضایت آن ها به منظور شرکت در پژوهش جلب گردید. قبل از شروع مصاحبه از شرکت کنندگان جهت ضبط مصاحبه ها اجازه گرفته شد و نیز در مورد محرمانه ماندن اطلاعات به آن ها اطمینان داده شد.

مصاحبه ها ضبط شد و در پایان کلمه به کلمه برگردانده شد و پس از تجزیه و تحلیل مصاحبه بعدی انجام گرفت. به منظور طبقه بندی داده های کیفی و نیز دستیابی به سطح مناسبی از انتزاع، تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از روش تحلیل محتوای کیفی (نوع مرسوم) انجام گرفت. در این تحلیل داده های خام بر اساس تفسیر و استنباط دقیق محقق به طبقاتی تبدیل می گردند. این فرایند با استفاده از منطق استقراء صورت می گیرد که با بررسی دقیق محقق و مقایسه مداوم داده ها طبقات و مضمون ها استخراج می گردد (۲۳، ۲۴). سپس این مفاهیم کدبندی، خلاصه سازی و طبقه بندی شده و مضمون ها استخراج شدند و در این مسیر از روش مقایسه مداوم "Constant comparison method" بهره گیری شد. در گام های بعد جهت اطمینان از صحت و استحکام "Clarity and consistency" داده ها و یافته ها (۲۵) با اقدامات متعددی به این شرح مورد حمایت قرار گرفت: متون کدبندی شده با نمونه های مشابه تحلیل شده توسط فرد دیگر از نظر توافق "Inter-coder agreement" چک شده و ویرایش های لازم به عمل آمد. پژوهشگران، شرکت کنندگان را از دو طیف ارائه دهندگان و دریافت کنندگان خدمات انتخاب کردند؛ که در هر طیف نیز شرکت کنندگانی با زمینه ها و تجارب مختلف شرکت داشتند. این امر با هدف کمک به افزایش انتقال پذیری یافته های مطالعه صورت گرفت. همچنین تعدادی از مصاحبه ها و کلیه کدها و طبقات در هر یک از مراحل، به طور جداگانه توسط دو پژوهشگر مورد تحلیل و بازبینی قرار گرفت. از طرفی نیز به منظور حصول اطمینان از واقعی بودن اطلاعات و یافته های حاصل از تحلیل، حتی الامکان با مراجعه به برخی از شرکت کنندگان کلیدی و چک کردن یافته ها، ابهامات موجود رفع شد. در تمام مراحل مطالعه، پژوهشگر سعی نمود تا از هرگونه جهت گیری و تعصب در مورد پدیده مورد پژوهش، اجتناب نماید.

۲ زن) بودند. بیماران شرکت کننده در مطالعه بین سنین ۳۴-۶۵ سال و دارای تحصیلات بی سواد تا کارشناسی بودند. بیماران از حداقل ۳ تا حداکثر ۱۹ سال سابقه دیابت داشتند. پزشکان شرکت کننده، پزشک عمومی و متخصص و دارای حداقل ۲ سال سابقه کار با بیماران دیابتی بوده‌اند و پرستاران شرکت کننده، دارای مدرک کارشناسی و کارشناسی ارشد و حداقل ۳ سال کار با بیماران دیابتی بوده‌اند (جدول ۱).

کلیه ملاحظات اخلاقی این مطالعه از جمله داوطلبانه بودن مشارکت، اخذ رضایت نامه کتبی آگاهانه، حفظ حریم شخصی مشارکت کنندگان و محرمانه ماندن اطلاعات مشارکت کنندگان رعایت شده است.

یافته ها

تعداد مشارکت کنندگان در مجموع ۱۹ نفر شامل ۱۲ بیمار دیابتی (۴ مرد و ۸ زن)، ۴ پزشک (۲ مرد و ۲ زن) و ۳ پرستار (۱ مرد و

جدول ۱: مشخصات جمعیت شناختی شرکت کنندگان در مطالعه

تیم سلامت (۷ نفر)		متغیر		بیماران (۱۲ نفر)		متغیر	
درصد	فراوانی			درصد	فراوانی		
%۴۲/۸۶ %۵۷/۱۴	۳ ۴	۳۰-۳۹ ۴۰-۵۰	سن	%۱۶/۶۷	۲	سن	۳۰-۳۹
				%۴۱/۶۶	۵		۴۰-۴۹
				%۲۵	۳		۵۰-۵۹
%۴۲/۸۶ %۵۷/۱۴	۳ ۴	مرد زن	جنس	%۳۳/۳۳	۴	جنس	مرد
				%۱۶/۶۷	۸		زن
%۵۷/۱۴ %۴۲/۸۶	۴ ۳	پزشک پرستار	شغل	%۵۰	۶	شغل	شاغل
				%۱۶/۶۷	۲		بازنشسته
				%۳۳/۳۳	۴		خانه‌دار
%۴۲/۸۶ %۲۸/۵۷ %۲۸/۵۷	۳ ۲ ۳	لیسانس پزشک عمومی پزشک متخصص	تحصیلات	%۳۳/۳۳	۴	تحصیلات	بی سواد
				%۲۵	۳		زیر دیپلم
				%۴۱/۶۷	۵		دیپلم و بالاتر
%۲۸/۵۷ %۲۸/۵۷ %۴۲/۸۶	۲ ۲ ۳	کمتر از ۵ سال ۵-۱۰ سال بیشتر از ۱۰ سال	سابقه کار با بیمار دیابتی	%۸/۳۴	۱	سابقه ابتلا	کمتر از ۵ سال
				%۵۰	۶		۵-۱۰ سال
				%۴۱/۶۶	۵		بیشتر از ۱۰ سال

حاصل تحلیل اطلاعات کیفی در قالب دو طبقه اصلی شامل الف) ضعف در مواجهه با بیماری و ب) تسلط بر بیماری و طبقات فرعی مربوطه دسته بندی شده‌اند؛ که دلالت بر ابعاد اصلی مفهوم "کنترل بر بیماری" در بیماران دیابتی دارند (جدول ۲).

جدول ۲: طبقات اصلی و فرعی مستخرج از داده های کیفی

طبقات اصلی	طبقات فرعی
ضعف در مواجهه با بیماری	ترس از ابتلا به عوارض وخیم و لاعلاج برداشت های عاطفی منفی و اغراق آمیز تنش ماندگار اجبار در رعایت محدودیت ها
تسلط بر بیماری	احاطه بر واکنش های منفی روانی درونی کردن مضامین آموزشی

و غالباً با این گونه تصور می‌کنند که این بیماری طولانی مدت بوده و همواره در کنار بیمار خواهد ماند؛ لذا بیمار حضور آن را در کلیه فعالیت‌ها و مراحل مختلف زندگی خود احساس می‌کند. در نتیجه آن را به عنوان یک تنش ماندگار تصور نموده و در نهایت به دنبال مواجه ناموفق با آن، کشمکش روانی دائمی و ناتوان‌کننده‌ای و متعاقباً غمگینی و افسردگی را تجربه می‌نمایند. برخی از نقل قول‌های مشارکت‌کنندگان به مصداق این یافته آورده شده‌اند:

"به آینده فکر می‌کنم که آگه خدای نکرده موردی برایم پیش بیاید چی کار کنم؛ بیشتر استرس مال این است" (ش ۱۱/بیمار/مؤنث/۴۸ ساله).

"زیاد به دیابت فکر نمی‌کنم اما به عوارض بعدیش فکر می‌کنم. مشکل اصلی و نگرانی من اینه که نکنه مثل مادرم کور بشوم و کلیه‌هایم مشکل پیدا کند" (ش ۱۴/بیمار/مؤنث/۶۵ ساله).
"از بس که فکر کردم ناراحتی اعصاب گرفتم. آخه مادرم از قند فوت کرد؛ کور شد و فلج شد. می‌ترسم مثل مادرم چشمم دیگر نبیند یا روی کلیه ام اثر بگذارد" (ش ۱۷/بیمار/مؤنث/۴۲ ساله).

یکی از کارکنان حرفه‌ای نیز در این مورد معتقد است:
"شاید بزرگ‌ترین استرس بیماران دیابتی قطع پا باشد" (ش ۱۸/پزشک/مذکر/۴۲ ساله).

اجبار در رعایت محدودیت‌ها

تجارب مشارکت‌کنندگان حاکی از وجود این نگرانی در بیماران است که اجبار در رعایت محدودیت‌های مربوط به رژیم‌های درمانی، زندگی آنها را با دشواری مواجه سازد. در واقع ابتلا به دیابت نه تنها یک تنش فردی بلکه یک تنش خانوادگی تلقی می‌شود. زیرا می‌تواند روابط فرد یا سایر افراد خانواده را با یکدیگر و یا روابط کل خانواده با دیگران و جهان خارج را تحت تأثیر قرار دهد.

"دیابتی‌ها از این که یک چیزی دائم با آنها باشد و با خودشان همه جا بکشند و مسائل زندگی شان را تحت شعاع قرار بدهد، ناراحت می‌شوند" (ش ۱۹/پزشک/مؤنث/۴۶ ساله).

"احساس می‌کنند زندگی آنها تحت الشعاع بیماری قرار گرفته" (ش ۱۹/پزشک/مؤنث/۴۶ ساله).

به عبارتی ابتلا به دیابت به معنای آن است که شخص بپذیرد به بیماری مزمنی مبتلا شده است و باید برنامه زندگی خود را مورد تجدید نظر قرار دهد و این امری مشکل است.

کدهای حاصل از این دسته از تجارب، طبقه "ضعف در مواجهه با بیماری" را شکل دادند. این بخش از تجارب شرکت‌کنندگان حاکی از آن است که برخی از بیماران ضمن از دست دادن اعتماد به نفس، مغلوب بیماری شده و کنترل خود را بر اوضاع از دست داده‌اند.

الف) ضعف در مواجهه با بیماری

منظور از ضعف در مواجهه با بیماری، شرایطی است که ضمن آن بیمار دیابتی خود را در مقابل بیماری ناتوان یافته و احساسی مبنی بر عدم توانایی کنترل بر وضعیت خویش را تجربه می‌نماید. این طبقه اصلی از چهار طبقه فرعی تشکیل شده است:

ترس از ابتلا به عوارض وخیم و لاعلاج

تجارب شرکت‌کنندگان بیان کردند که یکی از نگرانی‌ها و تنش‌های عمده بیماران دیابتی ترس از ابتلا به عوارض وخیم و لاعلاج حاصل از بیماری است. این بیماران اغلب از احتمال ابتلای فرزندان به بیماری، نابینایی و از دست دادن کلیه‌ها، قطع عضو و زخم‌های ناتوان‌کننده نگران هستند:

"بیماری ۱۰ سال است که دیابت دارد؛ دائم می‌پرسد من کی کلیه‌هایم را از دست می‌دهم؟ و فکر می‌کرد ۱۰ سال دیگر در سن ۲۰ سالگی با از دست دادن کلیه‌هایم تمام می‌شود؛ اما باید بداند که اگر کنترل دقیقی داشته باشد ممکن است مشکلی پیدا نکند" (ش ۴/پرستار/مذکر/۳۵ ساله).

"نگرانی و مشکل بیماران دیابتی نگرانی از ابتلای فرزندان به دیابت و ترس از بچه‌دار شدن و نگرانی از ایجاد محدودیت در زندگی و ناتوانی در انجام امور زندگی است" (ش ۷/پرستار/مؤنث/۳۸ ساله).

برداشت‌های عاطفی منفی و اغراق آمیز

مطابق با یافته‌ها، گاه افراد متعاقب برداشت‌های عاطفی منفی و اغراق‌آمیز در قبال بیماری، مشکل خود را بزرگ‌تر از آنچه هست می‌انگارند و لذا قادر به استفاده صحیح از توانمندی‌های سالم و دست‌نخورده خود نمی‌گردند و اضطراب، افسردگی و عصبانیت و بسیاری از واکنش‌های خانوادگی و اجتماعی را تجربه می‌کنند که در اصل محصول روند اصلی بیماری نیست.

"نگرانم که نکنه چشمم کور بشود یا روی کلیه‌ام اثر بگذارد. به اینها که فکر می‌کنم سرم درد می‌گیرد" (ش ۱۰/بیمار/مذکر/۴۵ ساله).

بیماران به این امر مهم آگاهی دارند که مستعد عوارض غیرقابل اجتناب دیابت اند و تصور می‌کنند که عمرشان کوتاه‌تر می‌شود. بنابراین، تعجب آور نیست که واکنش‌های عاطفی نسبت به دیابت ایجاد شده که اغلب در امر درمان بیماران مشکل‌ساز می‌شود:
"بیماری قند را گفتند مثل سرطان است و حتی بدتر است و من امید واهی ندارم به این که خوب بشوم. چون محال است" (ش ۹/بیمار/مؤنث/۴۳ ساله).

تنش ماندگار

مطابق با یافته‌ها، بیماران از احتمال ابتلا به عوارض آگاه اند

دشوار بودن مدیریت و کنترل بیماری دیابت، با تلاش در جهت غلبه بر بیماری می‌توان محدودیت‌های موجود را از پیش روی برداشت: "من اعتقاد ندارم دیابت بیماری خیلی سختی باشد البته سخت هست اما به کمی اراده کنی غیرممکن نیست" (ش ۲/بیمار/ مؤنث/۳۹ ساله).

بحث

مطالعه حاضر، تجارب تیم سلامت و بیماران از "تلاش برای کنترل بر بیماری" در بیماران دیابتی را توصیف نموده است. بر اساس نتایج مطالعه، زیر طبقات ضعف در مواجهه با بیماری و تسلط بر بیماری، دو انتهای طیفی از پاسخ بیماران به بیماری دیابت را در بر گرفته‌اند.

بر طبق نتایج پژوهش حاضر، ضعف در مواجهه با بیماری، اشاره به وضعیتی دارد که ضمن آن بیماران مسئولیت مراقبت از خود و مدیریت بر بیماری را عهده دار نشده و نقشی منفعل را می‌پذیرند. ترس از ابتلا به عوارض وخیم و لاعلاج، برداشتهای عاطفی منفی و اغراق آمیز، تنش و احساس اجبار در رعایت محدودیتها مصادیق ضعف در مواجهه با بیماری است. مطابق با مطالعات، ترس و اضطراب، تجارب درک شده در بیماران مبتلا به دیابت است که به ویژه در مراحل اولیه ابتلا به بیماری و یا تشخیص تجربه می‌گردد (۲۶). در این رابطه پیشنهاد شده است که عوامل تنش زای مؤثر بر این حوزه از تجارب بیماران شناسایی شده و نیازهای مرتبط به منظور برنامه‌ریزی برای مواجهه مؤثر با آنها مورد توجه قرار گیرند (۲۷) و در مطالعه‌ای دیگر، حمایت اجتماعی مؤثر و فعال سازی بیمار برای کنترل بر وضعیت سلامتی خود، به‌عنوان راهکاری مؤثر برای کاهش تنش‌های عاطفی بیماران و نیز تقویت مواجهه مطلوب آنها با بیماری مطرح شده است (۲۸). در نقطه مقابل ضعف در مواجهه با بیماری، تسلط بر بیماری گویای شرایطی است که بیماران با پذیرش مسئولیت مراقبت از خود، تلاش می‌کنند تا بر عوارض جسمی و روانی ناشی از بیماری فائق آیند. تلاش برای کنترل بر بیماری شامل ابعاد احساسی و مهارتی است که بیماران را برای کنترل بهتر بر وضعیت جسمی و روانی خویش توانمند می‌سازد. بر طبق نتایج مطالعه، بیماران مبتلا به دیابت در تلاش هستند تا از طریق ایفای مدیریت بر شرایط جسمانی و روانی خود به حریم امن سلامتی نزدیک تر شوند. تمایل به تسلط بر شرایط بیماری توسط Kolaric و همکاران (۲۹) مورد حمایت قرار گرفته و ایشان خاطر نشان ساخته اند که بیماران لازم است دانش لازم در این زمینه برای اعمال تغییر در شرایط واقعی زندگی خود را

ب) تسلط بر بیماری

تجربه مطلوب هنگامی اتفاق افتاده است که بیماران ضمن رعایت رژیم‌های درمانی، بر شرایط بیماری احاطه پیدا کرده و به سمت سازگاری هر چه بیشتر با وضعیت موجود حرکت نموده‌اند. این مضمون از دو زیر مضمون تشکیل شده است:

احاطه بر واکنش‌های منفی روانی

تجارب نشان می‌دهند که برخی بیماران از طریق همراهی مناسب با کارکنان نظام سلامت و رعایت مناسب رژیم‌های درمانی، توانسته‌اند ضمن احاطه بر واکنش‌های منفی روانی، روند مراقبت و درمان را با آرامش بیشتری دنبال نمایند. به عنوان نمونه یکی از بیماران مشارکت‌کننده می‌گوید:

"برای مشکلات و مسائل مربوط به سلامت روان دارم قرص می‌خورم. احساس می‌کنم بهترم، آرام‌ترم و پرخاشگریم کمتر شده" (ش ۱۷/بیمار/مؤنث/۴۲ ساله).

یکی از کارکنان حرفه‌ای معتقد است با فراهم نمودن بازخوردهای لازم از وضعیت جسمی بیمار می‌توان به کنترل نمودن احساسات و هیجانات منفی بیمار کمک نمود:

"اگر بیمار گلوکومتر در اختیار داشته باشد، می‌تواند بفهمد قندش در حد نرمال است یا نیست و در این صورت آرام‌تر خواهد بود..." (ش ۴/پرستار/مذکر/۳۵ ساله).

درونی کردن مضامین آموزشی

مطابق با یافته‌ها، برخی دیگر از بیماران به دنبال پذیرش پیام‌های آموزشی توانسته‌اند احساس مبنی بر کنترل بر بیماری را تجربه نموده و با شرایط بیماری خودسازگاری مناسب تری داشته باشند.

به عنوان نمونه یکی از بیماران در این مورد می‌گوید:

"وقتی از دکتر به چیزی می‌شنوم یا از تلویزیون چیزی می‌بینم احساس می‌کنم بهتر میتونم با بیماریم کنار بیام" (ش ۱۴/بیمار/مؤنث/۶۵ ساله).

به اعتقاد کارکنان حرفه‌ای، ارائه مناسب پیام‌های آموزشی می‌تواند از طریق پیشگیری از بروز عوارض و پیشرفت بیماری، توانایی بیمار را برای در دست گرفتن مدیریت بیماری بهبود بخشد. یکی از کارکنان حرفه‌ای ارائه آموزش به خانواده را از مهمترین اقدامات پیشگیرانه معرفی می‌نماید:

"بحث پیشگیری مهمترین بحث است. حداقل آموزش به خانواده خیلی مهم است..." (ش ۶/پرستار/مؤنث/۳۸ ساله).

برخی دیگر از مشارکت‌کنندگان مدعی هستند که علیرغم

اثربخشی آن در بهبود تبعیت از رژیم های درمانی مورد تأکید قرار گرفته است (۳۷).

با اینکه نتایج این مطالعه درک شفاف تری از تلاش بیماران دیابتی برای کنترل بر بیماری پیش روی گذاشته است، اما با توجه به ماهیت پژوهش کیفی تعمیم پذیری آن جای بحث دارد.

نتیجه گیری نهایی

پژوهشگران بر مبنای نتایج این مطالعه بر اهمیت آموزش کنترل و مدیریت بر بیماری با هدف آماده سازی بیماران مبتلا به دیابت برای حرکت به سمت کنترل مطلوب بر وضعیت سلامتی و بیماری تأکید می نمایند.

تلاش بیماران دیابتی در دستیابی به کنترل بر بیماری ممکن است با رویکرد های مطلوب یا نامطلوب در بیمار دنبال شود. لذا پیشنهاد می گردد این بیماران تا دستیابی به کنترل مطلوب بر شرایط بیماری توسط تیم سلامت و اعضای جامعه همراهی گردند. همچنین پیشنهاد می گردد اعضای تیم سلامت در کنار مراقبت از بیمار به توانمندسازی بیماران در جهت مدیریت و کنترل بر بیماری مبادرت نموده و بر اهمیت آن تأکید داشته باشند.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از طرح پژوهشی شماره ۲۲۴۱ می باشد که در سال ۱۳۸۸ با حمایت مالی و پشتیبانی معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهقان انجام شده است. پژوهشگران بر خود لازم می دانند از کلیه مشارکت کنندگان محترم که با در اختیار گذاشتن تجارب ارزشمند خود راه را برای انجام این پژوهش هموار نمودند، تقدیر و تشکر نمایند.

داشته باشند. به اعتقاد Chlebowy & Garvin (۳۰)، کنترل شامل مفاهیم، نظارت، انضباط و مسئولیت هست. در مطالعه آنها آمده است که بیماران مبتلا به دیابت در تلاش جهت کنترل بر بیماری، طیف وسیعی از راهکارهای سازگاری را که شامل گرفتن و رها کردن مسئولیت است استفاده می کنند. این یافته از آن جهت با نتایج مطالعه حاضر هم راستا است که تسلط بر بیماری و ضعف در مواجهه با بیماری را می توان معادل گرفتن و رها کردن مسئولیت مراقبت از خود در فرآیند سازگاری قلمداد نمود.

به اعتقاد Lin و همکاران (۳۱) اصل مهم در کنترل بیماریهای مزمن بر تقویت و درگیر کردن مددجو در امر تصمیم گیری تمرکز دارد. در دستیابی به کنترل بر بیماری دیابت با وجود اینکه تیم مراقبتی برنامه درمانی را ارائه می دهد، این بیمار است که باید رژیم پیچیده درمانی را اجرا کند. حقیقت این است که نه پزشکان و نه کارکنان بهداشتی، بلکه این افراد و خانواده ها هستند که تصمیماتی اتخاذ می کنند که بر سلامتی آنها اثر می گذارد (۳۲). Watts و همکاران از بیمارانی که کنترل بیماری خود را در دست گرفته اند به عنوان افراد مبتلا به دیابت موفق نام می برند و خاطر نشان می سازند که این افراد ممکن است از کیفیت زندگی مناسب تری نسبت به دیگر بیماران برخوردار باشند (۳۳). به اعتقاد برخی صاحب نظران، به دلیل ماهیت مزمن بیماری دیابت، بیماران جهت تطابق با بیماری و یادگیری در جهت تغییر سبک زندگی به زمان احتیاج دارند و همچنین نیازمند پایش مداوم توانایی هایشان در کنترل بیماری هستند. با اینکه کنترل بر بیماری و مدیریت آن از نقش های اساسی بیمار و خانواده وی است، اما لازم است آنها را جهت پذیرش این مسئولیت تقویت کرد (۳۴، ۳۵). بعضی مطالعات نیز ارتقای توانایی حل مسئله در بیماران مبتلا به دیابت را به عنوان راهکاری برای فائق آمدن بر موانع دستیابی به کنترل بر بیماری در ایشان پیشنهاد نموده اند (۳۶) که

منابع

- 1- Grzywacz JG, Arcury TA, Saldana S, Kirk JK, Bell RA, Ip E, Quandt SA. Social control in older adults' diabetes self-management and well-being. Behavioral Medicine. 2012; 38(4):115-20.
- 2- Lioyd A, Sawyer W, Hopkinson P. Impact of long-term complications on quality of life in patients with type 2 diabetes not using insulin. Value Health. 2001; 4(5): 392-400.
- 3- Phipps WJ, Monahan FD, Sands JK, Marek JF, Neighbors M. Medical-Surgical Nursing: Health and Illness Perspectives. St. Louis: Mosby Co, 2003.

- 4- Chan WM, Woo J, Hui E, Lau WW, Lai JC, Lee D. A community model for care of elderly people with diabetes via telemedicine. *Applied Nursing Research*. 2005; 18(2): 77-81.
- 5- Kruse J, Schmitz N, Thefeld W. On the association between diabetes and mental disorders in a community sample. *Diabetes Care*. 2003; 26(6): 1841-6.
- 6- Daivadanam M, Absetz P, Sathish T, Thankappan KR, Fisher EB, Philip NE, Mathews E, Oldenburg B. Lifestyle change in Kerala, India: Needs assessment and planning for a community-based diabetes prevention trial. *BMC Public Health*. 2013; 1(13):95.
- 7- Toobert DJ, Hampson SE, Glasgow RE. The summary of diabetes self-care activities measure: Results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes Care*. 2000; 23(7): 943-50.
- 8- Hunt KJ, Gebregziabher M, Lynch CP, Echols C, Mauldin PD, Egede LE. Impact of diabetes control on mortality by race in a national cohort of veterans. *Annals of Epidemiology*. 2013; 23(2):74-9.
- 9- Diaz B.A, Decosio FG, Soler CJ, Holgum R, Crequeira MT. Quality of diabetes care: across-sectional study of adults of Hispanic origin across and along the united states- Mexico border. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2010; 28(3): 207-13.
- 10- Tzeel AL. Diabetes benefit management: Evolving strategies for payers. *American Journal of Managed Care*. 2011; 17 Supple 14:S384-90.
- 11- Helduser JW, Bolin JN, Vuong AM, Moudouni DM, Begaye DS, Huber JC Jr, Ory MG, Forjuoh SN. Factors associated with successful completion of the chronic disease self-management program by adults with type 2 diabetes. *Family & Community Health*. 2013; 36(2):147-57.
- 12- Imam K. Mellitus. *Advances in Experimental Medicine and Biology*. 2012; 771 (1): 356-80.
- 13- American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care* 2008; 31 (Supple 1): 315-35.
- 14- Sigurdardottir AK. Self-care in diabetes: model of factors affecting self-care. *Journal of Clinical Nursing*. 2005; 14(3): 301-14.
- 15- Thomas N, Bryar R. An evaluation of a self-management package for people with diabetes at risk of chronic kidney disease. *Primary Health Care Research & Development*. 2013; 14(3): 270-80.
- 16- Snow R, Sandall J, Humphrey C. Use of clinical targets in diabetes patient education: qualitative analysis of the expectations and impact of a structured self-management programme in type 1 diabetes. *Diabetic Medicine*. 2014; 31(6): 733-738.
- 17- Beran D. Developing a hierarchy of needs for type 1 diabetes. *Diabetic Medicine*. 2014; 31(1): 61-67.

- 18- Song M, Lipman TH. Concept analysis: self-monitoring in type 2 diabetes mellitus. *International Journal of Nursing Studies*. 2008; 45(11): 1700-1.
- 19- Dean TJ, Joel GB, Anthony R M, George A, Mariam C, David BE, Prabhat J, Anne M, Philip M. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. 2nd edition. New York: Oxford University Press. 2006.
- 20- Susilparat P, Pattaraarchachai J, Songchitsomboon S, Ongroongruang S. Effectiveness of contextual education for self-management in Thai Muslims with type 2 diabetes mellitus during Ramadan. *Journal of the Medical Association of Thailand*. 2014; 97 Suppl 8: S41-9.
- 21- Schreier M. *Qualitative Content Analysis in Practice*: SAGE Publications. 2012.
- 22- Streubert H, Carpenter D. *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. 2nd edition, Philadelphia, Lippincott Co, 1999.
- 23- Spannagel C, Michaela GZ, Schroeder U. Application of qualitative content analysis in user-program interaction research. *Forum: Qualitative Social Research*. 2005; 6(2):1-5.
- 24- Mayring P. Qualitative content analysis. *Forum: Qualitative Social Research*. 2000;1(2):1-10.
- 25- Kovacs B K, Nicolucci A, Holt R I, Willaing I, Hermanns N, Kalra S, Peyrot M. Diabetes attitudes, wishes and needs second study (DAWN2): Cross-national benchmarking indicators for family members living with people with diabetes. *Diabetic Medicine*. 2013; 30(7): 778-788.
- 26- Pyatak E A, Sequeira P, Peters A L, Montoya L, Weigensberg M J. Disclosure of psychosocial stressors affecting diabetes care among uninsured young adults with Type 1 diabetes. *Diabetic Medicine*. 2013; 30(9): 1140-1144.
- 27- Schiotez M L, Bogelund M, Almdal T, Jensen B B, Willaing I. Social support and self-management behaviour among patients with Type 2 diabetes. *Diabetic Medicine*. 2012; (5): 654-661.
- 28- Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*. 4th edition, United States, Lippincott Williams & Wilkins. 2007.
- 29- Kolaric V D, Ajdukovic A, Racz. Nursing evaluation of diabetes self-management in tertiary healthcare settings in Croatia. *Psychiatria Danubina*, 2014. 26 Suppl 3: 513-9.
- 30- Chlebowy DO, Garvin BJ. Social support, self-efficacy, and outcome expectations: Impact on self-care behaviors and glycemic control in Caucasian and African American adults with type 2 diabetes. *Diabetes Education*. 2006; 32 (5):777-786.
- 31- Lin EH, Katon W, Von Korff M, Rutter C, Simon GE, Oliver M, et al. Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence and preventive care. *Diabetes Care*. 2004; 27(90): 2154-60.
- 32- Vinter-Repalust N, Petricek G, Katić M. Obstacles which patients with type 2 diabetes meet while adhering to the therapeutic regimen in everyday life; qualitative study. *Croatian*

Medical Journal .2004; 45(5): 630-6.

33- Watts S O, 'Hara L, Trigg R. living with type 1 diabetes: A by-person qualitative exploration. Journal of Health Psychology. 2010. 25(4): 491-506.

34- Piette JD, Weinberger M, Kraemer FB, McPhee SJ. Impact of automated calls with nurse follow up on diabetes outcomes in a department of veteran's affairs health care system. Diabetes Care. 2001; 24(2): 202-8.

35- Sacco WP, Malone JI, Morrison AD, et al. Effect of a brief, regular telephone intervention by paraprofessionals for type 2 diabetes. Journal of Behavioral Medicine. 2009; 32(4): 349-360.

36- Mulvaney S A. Improving patient problem solving to reduce barriers to diabetes self-management. Clinical Diabetes. 2009; 27(3): 99- 104.

37- Lehmkuhl H D, Cammarata C, Meyer K, Duke D, et al. Psychometric properties of a Self-Report Measure of Adherence to the Diabetes Regimen. Children's Health Care. 2009; 38(1): 76-90.

Archive of SID

The experience of diabetic patients and health team of diabetes control: A qualitative study

*Mahmoudi A¹, Alavi M²

Abstract

Introduction: Diabetes is a disease that has a great effect on physical, psychological and social conditions of patients. Taking a good control of the disease is one of the main objectives of therapeutic intervention that should extensively be studied. The present study aimed to examine the experience of diabetic patients and health team of diabetes control.

Materials & Methods: The present qualitative study has used conventional qualitative content analysis method. Participations were consisted of 12 diabetic patients, 3 nurses and 4 physicians who were selected purposefully from 5 private and public health centers in Isfahan. Data were collected through semi-structured interviews and then were analyzed using the qualitative content analysis method.

Findings: The findings of the study were categorized in two main concepts; "weakness in facing the illness" and "overcoming the disease" and six subcategories including fear of sever untreated side effect, sever negative feelings, persistent stress, force to follow therapeutic limits, overcoming negative psychological reactions, and internalizing educational contents.

Conclusion: Some patients might not only lose their self-confidence, but also they might lose their control. Favorable experience occurred when some of the patients had successfully overcame the disease threats and adjusted to their disease situations through adhering the treatment regimen and adopting the healthy lifestyle and healthy behaviors. Therefore, it is suggested that these patients be assisted by the health team and community members to have optimal control of their disease condition.

Keywords: Control over disease, Diabetes, Qualitative study, Content analysis.

Received: 11 November 2014

Accepted: 14 May 2015

1- MSc in Nursing, Department of Nursing, Dehaghan Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.
(Corresponding author)

E-mail: a.mahmoodi@dehaghan.ac.ir

2- Assistant Professor, Nursing & Midwifery Care Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.