

Barriers and Incentives for Patients with Type II Diabetic Referring to Healthcare Centers: A Qualitative Study

Davoodi Monire¹, Dindamal Behnaz¹, Dargahi Hossein², **Faraji Khiavi Farzad^{3*}**

1. MSc in Health Services Management, Department of Health Services Management, School of Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

2. Professor, Department of Management Sciences and Health Economics, School of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3. Associate Professor, Department of Health Services Management, School of Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

Article information:

Original Article

Received: 2020/10/31

Accepted: 2020/12/14

JDN 2020; 8(4)

1223-1236

Corresponding Author:

Farzad Faraji Khiavi,
Ahvaz Jundishapur
University of Medical
Sciences

**faraji-
f@ajums.ac.ir**

Abstract

Introduction: One of the behavioral problems among diabetic patients in Ahvaz is found to be their infrequent referral to diabetes units. Therefore, this qualitative research aimed to identify barriers and incentives for patients with type II diabetes referring to healthcare centers.

Materials and Methods: The present qualitative content analysis research was conducted in Ahvaz in 2017. The population of this study consisted of 69 patients with type II diabetes referring to diabetes units of healthcare centers in Ahvaz. The necessary data were collected through performing interviews until and was continued until data saturation was achieved. All interviews were transcribed verbatim and finally analyzed by the researchers.

Results: The barriers and incentives for type II diabetic patients to refer to diabetes units were each divided into two categories of individual and systemic. Individual barriers included two categories of economic barriers (3 codes) and occupation factors (1 code), and systemic barriers consisted of four categories, namely information barriers (2 codes), lack of facilities, equipment, and expertise required by patients (3 codes), access limitations (1 code), and long waiting queues (1 code). Individual incentives included one category of patients' awareness (1 code) and systematic incentives consisted of 2 categories, namely financial factors (1 code) and proper educational and public relations (2 codes).

Conclusion: It seems that the use of e-learning and distance learning can greatly contribute to remove individual barriers and satisfy the patients' needs. Moreover, in the systemic barriers section, the patients' referral problems can be solved by the cooperation of different organs with each other and the increase of inter-departmental coordination.

Keywords: Qualitative study, Type II diabetes, Community health center.

Access This Article Online

Quick Response Code: Journal homepage: <http://jdn.zbmu.ac.ir>



How to cite this article:

Davoodi M, Dindamal B, Dargahi H, Faraji Khiavi F. Barriers and Incentives for Patients with Type II Diabetic Referring to Healthcare Centers: A Qualitative Study. J Diabetes Nurs. 2020; 8 (4) :1223-1236



مطالعه کیفی موانع و مشوق‌های مراجعه بیماران دیابتی نوع ۲ به مراکز بهداشت

منیره داودی^۱، بهناز دیندامل^۱، حسین درگاهی^۲، **فرزاد فرجی‌خیاوی***^۳

۱. کارشناس‌ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
۲. استادیار گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۳. دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

نویسنده مسئول: فرزاد فرجی‌خیاوی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز faraji-f@ajums.ac.ir

چکیده

مقدمه و هدف: یکی از مشکلات رفتاری در بیماران دیابتی شهر اهواز سطح پایین مراجعه بیماران به واحدهای دیابت است. بنابراین این پژوهش با هدف شناسایی موانع و مشوق‌های مراجعه بیماران دیابتی نوع ۲ به مراکز بهداشت از طریق مطالعه کیفی انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش کیفی حاضر با استفاده از روش تحلیل محتوا در سال ۱۳۹۶ در شهر اهواز انجام گرفت. جامعه پژوهش ۶۹ بیمار دیابتی نوع ۲ تحت پوشش واحدهای دیابت مراکز بهداشت شهر اهواز بودند. جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته انجام شد و تا زمان اشباع داده‌ها ادامه یافت. تمام مصاحبه‌ها به صورت دقیق پیاده‌سازی شده و در نهایت توسط محققین مورد تحلیل محتوا قرار گرفت.

یافته‌ها: موانع و مشوق‌های مراجعه بیماران دیابتی نوع ۲ به واحدهای دیابت، هرکدام به ۲ دسته‌ی فردی و سیستمی تقسیم شدند. موانع فردی شامل ۲ طبقه موانع اقتصادی (۳ کد) و عوامل کاری و مشغله‌ای (۱ کد) و موانع سیستمی شامل ۴ طبقه موانع اطلاع‌رسانی (۲ کد)، عدم وجود امکانات، تجهیزات و تخصص مورد نیاز بیماران (۳ کد)، محدودیت دسترسی (۱ کد) و صف انتظار طولانی (۱ کد) بودند. در بخش مشوق‌های فردی، ۱ طبقه آگاهی بیماران (۱ کد) و در بخش مشوق‌های سیستمی نیز ۲ طبقه عوامل مالی (۱ کد) و آموزش و روابط عمومی خوب (۲ کد) شناسایی شدند.

نتیجه‌گیری: بکارگیری آموزش از راه دور و الکترونیک می‌تواند تا حدود زیادی به برطرف ساختن موانع فردی و نیازهای بیماران کمک کند. همچنین در بخش موانع سیستمی، لازمه حل مشکلات مراجعه بیماران، همکاری ارگانهای مختلف با یکدیگر و افزایش هماهنگی بین‌بخشی می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: مطالعه کیفی، دیابت نوع ۲، مرکز جامع سلامت.

How to site this article: Davoodi M, Dindamal B, Dargahi H, Faraji Khiavi F. Barriers and Incentives for Patients with Type II Diabetic Referring to Healthcare Centers: A Qualitative Study. J Diabetes Nurs. 2020; 8 (4) :1223-1236



مقدمه و هدف

بیماریهای مزمن هم‌اکنون تهدیدی جدی برای سلامت و طول عمر مردم کشورهای در حال توسعه می باشد (۱). دیابت یک بیماری مزمن پیچیده و سیستمیک است که بر اندام‌ها و سیستم‌های مختلف بدن تأثیر می‌گذارد و اغلب با بیماری‌های دیگر همراه است. از این‌رو، دیابت به مراقبت های مداوم پزشکی و بیمار دیابتی به خودمراقبتی و پشتیبانی مداوم برای جلوگیری از عوارض حاد آن نیاز دارد (۲). دیابت پنجمین عامل مرگ و میر و عامل اصلی قطع اندام، نابینایی، نارسایی مزمن کلیه و بیماری‌های قلبی شناخته شده است (۳،۴).

بر اساس برآورد فدراسیون بین‌المللی دیابت (IDF^۱) در سال ۲۰۱۷، ۸/۸ درصد از جمعیت بزرگسال که به حدود ۴۲۵ میلیون نفر می‌رسند، مبتلا به دیابت هستند که تعداد آنها تا سال ۲۰۴۵ به بیش از ۶۲۹ میلیون نفر خواهد رسید (۵). ایران با شیوع بیش از ۸ درصد، از جمله مناطقی است که بیشترین درصد دیابت را در جهان به خود اختصاص داده است (۶). حدود ۹۰ الی ۹۵ درصد افراد دیابتی به دیابت نوع ۲ مبتلا می‌باشند (۷). مطابق پیش‌بینی کارشناسان سازمان جهانی بهداشت، در سال ۲۰۲۵ جمعیت مبتلایان به دیابت نوع ۲ کشور به ۵۱۲۵۰۰۰ خواهد رسید (۸).

برآورد شده است که در سال، بار مالی ناشی از دیابت در حال حاضر برای دولت در ایران ۹۰۰ میلیارد تومان است که این میزان بیشتر هزینه مستقیم دارویی است، همچنین در ایران ۱۶ درصد از هزینه‌های اثربخشی درمان بیمارستانی به بیماران مبتلا به دیابت مربوط است. از سوی دیگر در ایران هزینه معالجه یک بیمار مبتلا به دیابت در مدت یک ماه ۸۰ هزار تومان است و در صورتیکه دیابت

همراه با عوارض باشد این مخارج به پنج برابر افزایش می‌یابد (۹).

با وجود این‌که عوارض دیابت قابل پیشگیری و یا به تعویق انداختن است (۱۰،۱۱) مطالعات متعدد وضعیت کنترل بیماری را نامطلوب گزارش کرده اند (۱۲،۱۳). به عنوان مثال نسبت بالایی از بیماران مبتلا به دیابت در زمینه مدیریت رژیم درمانی خود دچار مشکل هستند. شاید یک علت این امر، عدم تبعیت در مراجعه به واحد دیابت و عدم پیگیری وضعیت بیماری خود باشد (۱۴،۱۵). واژه تبعیت یا تمکین بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، میزان انجام رفتار فرد شامل مصرف دارو، رعایت رژیم غذایی و یا اجرای تغییر در شیوه زندگی مطابق توصیه‌های پذیرفته شده توسط پرسنل مراقبت از سلامت می‌باشد (۱۶،۱۷). سطح پایین تمکین بیماران یکی از بزرگ‌ترین چالشها برای موفقیت در درمان بیماری‌های مزمن اعم از فشارخون، اختلال چربی خون و دیابت می‌باشد (۱۸،۱۹).

بیماری دیابت یک بیماری شایع در ایران است که افزایش شیوع آن، علامتی از کنترل نامطلوب دیابت می باشد (۲۰). علیرغم اثربخشی مراقبت پیشگیرانه برای کنترل دیابت، متأسفانه بیشتر بیماران خدمات توصیه شده را دریافت نمیکنند. یکی از علل آن این است که تعداد زیادی از بیماران مراجعات منظم برای مراقبت از بیماری خود را ندارند (۲۱).

یکی از توصیه‌های پرسنل درمانی در جهت کنترل و پیشگیری از عوارض دیابت، مراجعه به موقع و منظم بیماران است که موجب به تعویق انداختن عوارض و کنترل بیماری است. از سوی دیگر یکی از مشکلات رفتاری بیماران دیابتی در شهر اهواز عدم مراجعه بیماران به واحد دیابت می‌باشد. بنابراین باتوجه به شیوع بالای بیماری دیابت در شهر اهواز

¹ International Diabetes Federation



مصاحبه‌ها ضبط شدند. انجام تمام مصاحبه‌ها حدود ۳ ماه طول کشید.

پس از انجام مصاحبه‌ها، اقدام به پیاده‌سازی و ثبت کلمه به کلمه آنها شد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل محتوا مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. به این صورت که ابتدا با خواندن دقیق و مکرر متن مصاحبه‌ها سعی شد که با آنها به‌خوبی ارتباط برقرار شود و در مرحله‌ی بعد جملات و واژه‌های مهم از متن مصاحبه‌ها استخراج شدند. سپس این معانی استخراج‌شده، مفهوم‌سازی و کدبندی شدند. در مرحله‌ی بعدی، پس از بازخوانی مکرر کدها، مفاهیم، فرموله‌شده و در درون دسته‌ها و خوشه‌های موضوعی قرار گرفته و تم‌های اصلی به‌دست آمد. به‌منظور اطمینان و تأیید صحت داده‌ها از معیارهای گوبا شامل: اعتبار، اطمینان‌پذیری، تأییدپذیری و انتقال‌پذیری استفاده شد (۲۲). همچنین از تکنیک مثلث‌سازی محقق برای افزایش اعتبار یافته‌های این پژوهش استفاده شد.

ملاحظات اخلاقی

قبل از شروع جلسات مصاحبه، ملاحظات اخلاقی مثل کسب رضایت‌شفاهی از مشارکت‌کنندگان، تضمین محرمانه نگهداشتن اطلاعات و اسامی آنها، داشتن حق کناره‌گیری آنها از پژوهش در زمان دلخواه و آگاه کردن آنها از اهداف مطالعه موردتوجه قرار گرفت. همچنین محققین پس از اخذ کد اخلاق (IR.AJUMS.REC.1396.626) از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز با ارائه معرفی‌نامه به محیط‌های پژوهش (واحدهای دیابت مراکز بهداشت شهر اهواز) به‌انجام مصاحبه‌ها پرداختند.

و شدت گرفتن مشکلات رفتاری بیماران، انجام این مطالعه می‌تواند اطلاعات مفیدی از عواملی که موجب مراجعه و عدم مراجعه بیماران می‌شود را شناسایی نموده تا نسبت به رفع موانع و تقویت مشوقها اقدامات لازم صورت گیرد. در نتیجه این پژوهش با هدف مطالعه کیفی موانع و مشوق های مراجعه بیماران دیابتی نوع ۲ تحت پوشش واحدهای دیابت مراکز بهداشت شهر اهواز انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر، مطالعه‌ای کیفی است که با رویکرد تحلیل محتوا و به‌صورت مقطعی در سال ۱۳۹۶ در شهر اهواز انجام گرفت.

جامعه پژوهش، ۶۹ بیمار دیابتی نوع ۲ تحت پوشش واحدهای دیابت مراکز بهداشت شهر اهواز بود. معیار ورود به مطالعه تحت نظر مرکز بودن برای یکسال گذشته و معیار خروج نیز عدم رضایت بیماران برای شرکت در مصاحبه بود.

به منظور جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه نیمه‌ساختارمند استفاده شد. محققین، پس از تعیین وقت مصاحبه با افراد دارای معیار ورود به پژوهش، مصاحبه‌ها را آغاز کردند. از بیماران مشارکت‌کننده، دو سؤال اصلی پرسیده شد: "چه عواملی مانع مراجعه به‌موقع شما به واحد دیابت می‌شود؟" و "چه عواملی باعث می‌شود علی‌رغم مشکلات موجود، اشتیاق بیشتری برای مراجعه منظم به واحد دیابت داشته باشید؟". همچنین از بیماران در مورد اینکه مراجعه منظم یا مراجعه غیرمنظم دارند سؤالاتی پرسیده شد و پاسخ‌هایشان برای راستی‌آزمایی با پرونده بیمار مطابقت داده شد. منظور از مراجعه منظم، مراجعه در تاریخ مشخص شده طبق توصیه پزشک واحد دیابت و داشتن حداقل ۴ بار مراجعه در سال بود (۲۱). هر مصاحبه ۲۰ تا ۴۵ دقیقه به‌طول انجامید. مصاحبه‌ها تا زمانی که دیگر یافته جدیدی از افراد مصاحبه‌شونده حاصل نشد ادامه پیدا کرد (حد اشباع). با رضایت مشارکت‌کنندگان، همه



یافته ها

مصاحبه‌شوندگان شامل ۳۷ زن و ۳۲ مرد بودند که طیف سنی این افراد بین ۳۰-۶۸ سال بود. همچنین سطح تحصیلات آنها از بی‌سواد تا لیسانس بود. سابقه بیماری بیماران از یکسال تا ۲۶ سال را شامل می‌شد. به طور کلی از مصاحبه‌ها ۱۵ کد و ۹ طبقه استخراج شد که ۶ طبقه مربوط به موانع مراجعه و ۳ طبقه مربوط به مشوقهای آن بود. موانع و مشوقهای مراجعه بیماران دیابتی نوع ۲ به واحدهای دیابت، هرکدام به ۲ دسته‌ی فردی و سیستمی تقسیم شدند. اظهارات بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ در مورد موانع فردی مراجعه به واحدهای دیابت به همراه طبقه‌ها و کدهای شناسایی شده در جدول ۱ ارائه شده است.

بسیاری از بیماران مهمترین علت عدم مراجعه به واحد دیابت را مسائل مالی و بالابودن هزینه‌ها بیان کردند. "من مراجعه ای به واحد دیابت ندارم بدلیل اینکه برای مراجعه به واحد دیابت باید هزینه های زیادی برای کرایه تاکسی بپردازم" (مشارکت کننده ۱۵). "من مستاجر. توان پرداخت هزینه‌های آزمایشگاهی برای مراجعات بعدی به واحد دیابت را ندارم" (مشارکت کننده ۲۷). اظهارات برخی از بیماران نشان داد که به دلایل درگیری‌های شغلی فراوان، زمان کافی برای مراجعه به واحد دیابت را نداشتند. "من کارمند دولت هستم بدلیل ساعت کاری که دارم نمی توانم به واحد دیابت مراجعه کنم" (مشارکت کننده ۳۲).

جدول ۲ موانع سیستمی مراجعه بیماران دیابتی نوع ۲ به واحدهای دیابت مراکز بهداشت شهر اهواز را نشان می‌دهد

جدول شماره ۱: اظهارات بیماران دیابتی تحت پوشش واحدهای دیابت در مورد دلایل عدم مراجعه (موانع فردی)

موانع فردی	طبقه	کد	اظهارات بیماران
موانع فردی	موانع اقتصادی	هزینه زیاد ایاب ذهاب	من مراجعه ای به واحد دیابت ندارم بدلیل اینکه برای مراجعه به واحد دیابت باید هزینه های زیادی برای کرایه تاکسی بپردازم من مشکل مالی دارم و قادر به پرداخت هزینه ها نیستم. من بدلیل فاصله‌ای که از واحد دیابت دارم هزینه‌های ایاب ذهاب زیادی را پرداخت می‌کنم.
		سطح پایین درآمدی	همسر من کارگر است توانایی پرداخت مخارج زندگی فرزندان و خانواده را ندارد همین باعث شده است که مراجعه من به واحد دیابت خیلی طولانی شود.
		هزینه زیاد آزمایشگاه ی	از لحاظ مالی قادر به انجام آزمایش‌هایی که دکتر برایم نوشته‌است نیستم همین باعث می‌شود بیماریم بدتر شود و مراجعه نداشته باشم. من مستاجر. توان پرداخت هزینه‌های آزمایشگاهی برای مراجعات بعدی به واحد دیابت را ندارم.
	موانع مشغله‌ای و کاری	نوع کار افراد	من کارمند دولت هستم بدلیل ساعت کاری که دارم نمی توانم به واحد دیابت مراجعه کنم. مشغله زندگی و کاری من زیاد است من نمی‌توانم همیشه مراجعه کنم.



جدول شماره ۲: اظهارات بیماران دیابتی تحت پوشش واحدهای دیابت در مورد دلایل عدم مراجعه (موانع سیستمی)

موانع سیستمی مراجعه	طبقه	کد	اظهارات بیماران
موانع سیستمی	موانع اطلاع رسانی	تصور غلط	من احساس می‌کنم چون خدمات واحد دیابت رایگان است، خدماتی که ارائه می‌شود مناسب نیستند من به واحد دیابت مراجعه نمی‌کنم. من از خدمات بخش خصوصی استفاده می‌کنم.
		تبلیغات ناکافی	من بار اول است به واحد دیابت مراجعه می‌کنم. من از وجود خدمات واحد دیابت کاملاً بی‌اطلاع بودم.
	عدم وجود امکانات، تجهیزات و تخصص مورد نیاز بیماران	عدم وجود امکانات آزمایشگاهی	خدمات تخصصی و آزمایشگاهی در واحد دیابت وجود ندارد. من نیاز به آزمایش‌ها و چکاب بدن دارم واحد دیابت در این زمینه بسیار ضعیف است. من برای انجام آزمایشات تجویز شده باید به خارج از واحد دیابت مراجعه کنم همین امر باعث اتلاف وقت من می‌شود. من ترجیح می‌دهم به مرکزی مراجعه کنم که خدمات را یکجا دریافت کنم.
		عدم وجود امکانات رفاهی	خدمات واحد دیابت از کیفیت خوبی برخوردار نیست. امکانات رفاهی و سرویس بهداشتی مناسب در واحد دیابت وجود ندارد. خدمات واحد دیابت اهواز در مقایسه با استانهای اصفهان، تهران بسیار کم است. این خدمات جوابگوی نیازهای افراد دیابتی نیست. من مرتب باید از سرویس بهداشتی استفاده کنم. سرویس بهداشتی مناسب موجود نیست.
		عدم وجود تخصص‌های مورد نیاز	بیماری دیابت نیاز به تخصص‌های مختلف دارد. واحد دیابت باید از پزشک متخصص استفاده نماید. پزشک عمومی متناسب با نیازهای ما نیست. من نیاز به ویزیت توسط پزشک متخصص دارم.
		طول مسافت و دوری	واحد دیابت در نزدیکی محل زندگی من وجود ندارد. من باید مسافت زیادی را طی کنم که این برای من امکان‌پذیر نیست که مرتب مراجعه کنم. من از شهرستان باید به مرکز استان برای دریافت خدمات مراجعه کنم. این خود باعث اتلاف وقت من می‌شود. واحد دیابت در شهرم قرار دارد اما برای انجام آزمایشات باید به مرکز استان مراجعه کنم. همین امر باعث شده‌است که من از خدمات واحد دیابت شهر اهواز استفاده نمایم.
	صف انتظار طولانی	من باید برای دریافت خدمات در واحد دیابت منتظر بمانم. همین عامل باعث خستگی و عدم مراجعه بعدی من به واحد دیابت می‌شود.	

به خارج از واحد دیابت مراجعه کنم همین امر باعث اتلاف وقت من می‌شود. من ترجیح می‌دهم به مرکزی مراجعه کنم که خدمات را یکجا دریافت کنم" (مشارکت‌کننده ۶۸). "خدمات واحد دیابت از کیفیت خوبی برخوردار نیست. امکانات رفاهی و سرویس بهداشتی مناسب در واحد دیابت وجود ندارد" مشارکت‌کننده (۵۹). "پزشک عمومی متناسب (با نیازهای ما نیست. من نیاز به ویزیت

برخی از افکار و تصورات غلط منجر به سردی و عدم تمایل بیماران به مراجعه به واحد دیابت شده بود. "من احساس می‌کنم چون خدمات واحد دیابت رایگان است، خدماتی که ارائه می‌شود مناسب نیستند من به واحد دیابت مراجعه نمی‌کنم. من از خدمات بخش خصوصی استفاده می‌کنم" (مشارکت‌کننده ۴۳). عده زیادی از بیماران به عدم وجود امکانات، تجهیزات و تخصص مورد نیازشان اشاره داشتند. "من برای انجام آزمایشات تجویز شده باید



(مشارکت‌کننده ۳۴). "من می‌دانم اگر به واحد دیابت مراجعه نکنم بیماریم بدتر می‌شود" (مشارکت‌کننده ۱۸). رایگان بودن خدمات نیز از جمله مشوقهای مراجعه بود که آنها را ترغیب میکرد به واحد دیابت مراجعه کنند. "من بخاطر اینکه خدمات واحد دیابت رایگان است به واحد دیابت مراجعه می‌کنم" (مشارکت‌کننده ۵۲). تعدادی از بیماران با وجود اینکه از خدمات ارائه شده راضی نبودند اما به علت رفتار و برخورد عالی و توأم با احترام پرسنل مرکز به مراجعات خود ادامه می‌دادند. "خدمات ارائه شده مناسب نیستند اما من از پرسنل و خوش اخلاق بودن آنها راضی هستم که به واحد دیابت مراجعه می‌کنم" (مشارکت‌کننده ۴۷). از بیانات برخی بیماران مشخص شد که آموزش مناسب و صحیح نقش بسیار زیادی در ایجاد انگیزه و تمایل جهت مراجعه منظم به واحد دیابت دارد. "آموزش‌هایی که در مورد دیابت به من داده می‌شود مناسب است و من را نسبت به خطرات آن آگاه می‌کنند. من به واحد دیابت مراجعه منظم دارم" (مشارکت‌کننده ۲۴).

براساس اطلاعات جدول فوق به‌طور کلی می‌توان موانع و مشوقهای بدست‌آمده از مصاحبه‌های انجام‌شده را به‌صورت نمودار شماره ۱ خلاصه نمود.

توسط پزشک متخصص دارم" (مشارکت‌کننده ۴). جنبه دیگری از موانع سیستمی مراجعه در حقیقت موانع دسترسی بود. "واحد دیابت در نزدیکی محل زندگی من وجود ندارد. من باید مسافت زیادی را طی کنم که این برای من امکان‌پذیر نیست که مرتب مراجعه کنم" (مشارکت‌کننده ۶۱). تعدادی از بیماران بیان داشتند که بدلیل شلوغ بودن مراکز باید مدت زمان زیادی را جهت دریافت خدمات منتظر بمانند که موجب خستگی آنها میشد. "من باید برای دریافت خدمات در واحد دیابت منتظر بمانم. همین عامل باعث خستگی و عدم مراجعه بعدی من به واحد دیابت می‌شود" (مشارکت‌کننده ۶۳).

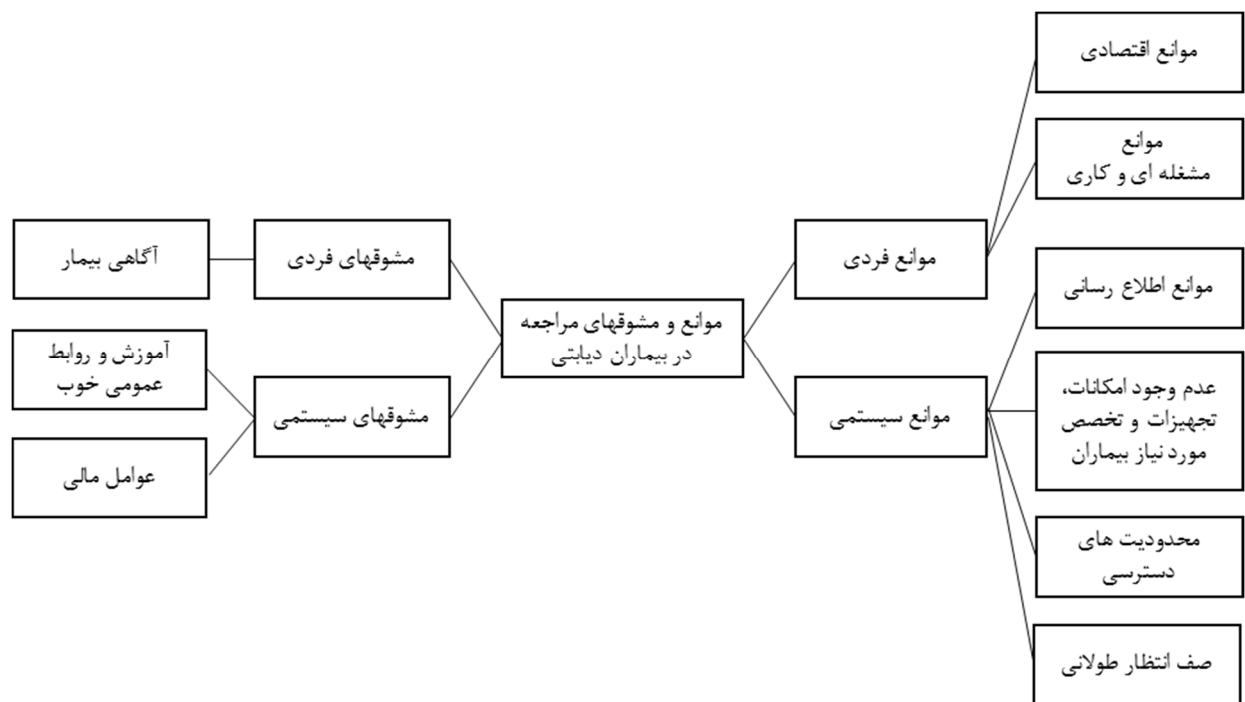
مشوق های فردی و سیستمی مراجعه بیماران دیابتی نوع ۲ به واحدهای دیابت مراکز بهداشت شهر اهواز در جدول ۳ بیان شده‌اند.

از دیدگاه بیماران یکی از عواملی که سبب ایجاد اشتیاق در آنها جهت مراجعه به واحد دیابت میشد، سطح آگاهی آنها نسبت به بیماریشان و تمایل به بهبود آن بود. "من می‌خواهم بیماریم کنترل شود و سلامتی خودم را به‌دست آورم به‌همین دلیل به واحد دیابت مراجعه می‌کنم"

جدول شماره ۳: اظهارات بیماران دیابتی تحت پوشش واحدهای دیابت در مورد دلایل مراجعه

مشوقهای فردی-سیستمی	طبقه	کد	اظهارات بیماران
مشوقهای فردی	آگاهی بیماران	آگاهی نسبت به خطر دیابت	من بخاطر اینکه می‌خواهم بیماریم پیشرفت نکند به واحد دیابت مراجعه می‌کنم. من می‌خواهم بیماریم کنترل شود و سلامتی خودم را به‌دست آورم به‌همین دلیل به واحد دیابت مراجعه می‌کنم. من می‌دانم اگر به واحد دیابت مراجعه نکنم بیماریم بدتر می‌شود.
مشوقهای سیستمی	عوامل مالی	رایگان بودن خدمات	من بخاطر اینکه خدمات واحد دیابت رایگان است به واحد دیابت مراجعه می‌کنم.
		رفتار خوب پرسنل	من بخاطر رفتار و طرز برخورد پرسنل درمانی به واحد دیابت مراجعه می‌کنم. خدمات ارائه شده مناسب نیستند اما من از پرسنل و خوش اخلاق بودن آنها راضی هستم که به واحد دیابت مراجعه می‌کنم.
	آموزش و روابط عمومی خوب	آموزش های متناسب به افراد	آموزش‌هایی که در مورد دیابت به من داده می‌شود مناسب است و من را نسبت به خطرات آن آگاه می‌کنند. من به واحد دیابت مراجعه منظم دارم.





نمودار شماره ۱: موانع و مشوق های مراجعه در بیماران دیابتی نوع ۲ تحت پوشش واحدهای دیابت شهر اهواز ۱۳۹۶

بحث و نتیجه گیری

خودمراقبتی در زنان با دار دیابتی در یکی از کلینیکهای دانشگاه نورث وسترن آمریکا پرداخته بودند، اظهار داشتند زنانی که دارای مشکلات اقتصادی بودند اغلب برای دسترسی به مراقبت های بهداشتی با موانعی روبرو بودند. برخی مادران، مواردی از جمله مخارج زیادی که خود بیمار باید بپردازد را از موانع عدم مراجعه قلمداد کردند (۲۳). همچنین نتایج مجموعه مطالعات سلامت کشورهای سازمان همکاری های توسعه اقتصادی نشان داد عدم تمکن مالی، علت اصلی عدم مراجعه برای دریافت خدمات مورد نیاز در گروه درآمدی پایین تر از متوسط بود. یونان، لهستان و استرالیا سه کشور اول از نظر وجود نیازهای برآورده نشده در گروه های درآمدی کمتر از متوسط بودند (۲۴). جانیک و همکاران (۲۰۰۱) در پژوهش خود با اشاره به نتایج مطالعه اپیدمیولوژی عوارض دیابت پیتسبرگ مطرح کردند که بیماران با سطح درآمد پایین تر، در مقایسه با افراد با درآمد بالاتر مشکلات بیشتری در دریافت مراقبت پزشکی داشته و کم تر از آنها از خدمات بیمه ای برخوردار بوده و درصد بیشتری از آنها در یک سال برای معاینه نزد

پس از شناسایی آیتها و نقطه نظرات بیماران، موانع و مشوقهای مراجعه هر کدام به زیر آیتها فردی - سیستمی تقسیم گردید. موانع فردی شامل موانع اقتصادی و عوامل کاری و مشغله ای و موانع سیستمی شامل موانع اطلاع رسانی، عدم وجود امکانات، تجهیزات و تخصص مورد نیاز بیماران، عدم دسترسی و صف انتظار طولانی بودند. در بخش مشوقهای فردی، آگاهی بیماران و در بخش مشوقهای سیستمی نیز عوامل مالی و آموزش و روابط عمومی خوب شناسایی شدند. تمام آیتها شناسایی و دسته بندی شده در کنار هم میتوانند به فراهم کردن الگویی جهت بهبود وضعیت مراجعه بیماران به واحد دیابت کمک کنند.

موانع مراجعه

در مصاحبه های انجام شده موانع اقتصادی به طور مکرر توسط بیماران مطرح گردید و بیش از نیمی از افراد مصاحبه شونده آن را به عنوان مهمترین موانع مراجعه ذکر کردند. لین یی و همکاران (۲۰۱۵) نیز در مطالعه



۴۰ درصد افراد بیان کرده بودند که به دلیل موانع حمل و نقل از دسترسی به نیازهای بهداشتی بازمانده بودند (۲۸). در مطالعه‌ای که توسط شیرازی و همکاران بر پرستاران و بیماران ۵ بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران صورت گرفت یکی از دلایل اصلی برای عدم مراجعه بیماران به مراکز درمانی برای دریافت آموزش، فاصله زیاد مراکز درمانی از منزل بیماران بود (۲۹) که هم‌راستای نتایج پژوهش حاضر می‌باشد. مطالعات نشان داده‌اند آموزش‌هایی که پرستاران در منزل به بیماران دیابتی می‌دهند سبب بهبود وضعیت متابولیسی آنها شده و نیاز بیمار را برای رفت و آمد به مراکز درمانی و صرف وقت و هزینه به دلیل دور بودن این مراکز از منزل بیمار برطرف می‌کند (۲۹).

طبق مصاحبه‌های انجام گرفته یکی از موانع مراجعه بیماران دیابتی به واحدهای دیابت، عدم وجود امکانات، تجهیزات و تخصص مورد نیاز بیماران بود. در پژوهشی که توسط ویتاله (۲۰۱۲) در زمینه ارزیابی موانع دسترسی به خدمات مراقبت بهداشتی صورت گرفته، کارکنان بهداشت محلی عنوان نمودند که افزایش امکانات و سرویس‌های ارائه دهنده خدمات می‌تواند دسترسی به خدمات را افزایش دهد (۳۰). برای مراجعه بهتر افراد به واحد دیابت باید امکانات کافی و تخصصی برای بیماران موجود باشد. بعضی از بیماران، نارضایتی از خدمات موجود و انجام آزمایشات در بیرون از واحد دیابت و رفت و برگشت خود را دلیل عدم مراجعه برشمردند و به کلینیک‌های دیگر که خدمات به صورت یکجا ارائه می‌گردد مراجعه می‌کردند.

به‌طور کلی در بخش موانع فردی و سیستمی مراجعه می‌توان گفت بهره‌گیری از آموزش‌های مناسب برای بیماران می‌تواند کمک‌کننده باشد به‌طورمثال یکی از دستورالعمل‌های متداول جهت آموزش خودمراقبتی بیماران دیابتی، دسترسی مداوم و مکرر آنها به منابع آموزشی روزآمد است که باید متمرکز به دانش عمومی، دستورات دارویی، تغییرات نحوه زندگی، خود مراقبتی و کنترل قندخون باشد. در

پزشک نرفته بودند (۱۰). در مطالعه حاضر نیز اغلب افراد به دلیل مشکلات مالی، توانایی پرداخت هزینه‌های آزمایشات و هزینه‌های ایاب ذهاب را نداشتند. از این‌رو فقر اقتصادی باعث عدم مراجعه بیماران به واحدهای دیابت شده است و این خود باعث شده که امکان مراجعه منظم برای افراد بسیار کم باشد.

در بخش دیگر موانع فردی مراجعه، بیماران بدلیل مشغله کاری و کمبود وقت، مراجعه نداشتند. این بدین معناست که خدمات در مکان مناسب و با هزینه مناسب در اختیار مصرف‌کننده بوده است اما بیماران وقت کافی برای مراجعه نداشتند. در مطالعه پاپا و همکاران (۲۰۱۳) بر روی بزرگسالان مناطق شهری و روستایی یونان نیز دومین علت عدم مراجعه افراد برای دریافت نیازها و خدمات سلامت، نداشتن وقت کافی بود که مشابه مطالعه حاضر می‌باشد (۲۵). در مجموعه مطالعات سلامت کشورهای سازمان همکاری‌های توسعه اقتصادی نیز مشاهده شد در گروه‌های درآمدی بالاتر از متوسط، وقت انتظار طولانی مدت عمده‌ترین دلیل عدم مراجعه برای دریافت خدمات می‌باشد (۲۴، ۲۶). یکی از موانع فردی در عدم مراجعه بیماران دیابتی به واحد دیابت، عدم آگاهی آنها برای مراجعه به این واحدها بود. نتایج مطالعه پاپا نیز نشان داد هرچه سطح تحصیلات افراد کمتر باشد موانع بیشتری در دسترسی افراد وجود دارد (۲۵).

در بخش موانع سیستمی، بیماران یکی از موانع مراجعه خود را موانع دسترسی عنوان کردند. در مطالعه‌ای (۲۰۰۸) تحت عنوان "تعیین کننده‌های انتخاب ارائه‌کننده مراقبت سلامت در نیجریه" مشخص شد که عامل مسافت، فاکتور مهمی در تشویق افراد برای دریافت خدمات مراقبت سلامت است (۲۷). در پژوهشی که توسط شوک (۲۰۰۵) در زمینه موانع حمل و نقل و نقش آن در دسترسی به خدمات بهداشتی انجام گرفته‌است، دو سوم افراد مورد پژوهش عنوان نموده بودند که موانع حمل و نقل را تجربه کرده و



ارتباط و برخورد خوب پزشک با بیمار یعنی افزایش رضایت بیمار، تجربه‌ی کلینیکی خوشایندتر، افزایش دقت تشخیص و افزایش پیروی از درمان، رضایت بیمار، مهمترین پی آمد این ارتباط بوده است (۳۳). البته ارتباط و برخورد خوب و مؤثر با بیمار تنها بر رضایت بیمار از فرایند درمان اثر ندارد بلکه بر یادآوری اطلاعات، پیروی از دستورات درمانی و انتخاب مراقب توسط بیماران و ادامه‌ی مراجعه به آنها نقش دارد (۳۴).

در مطالعه پی‌یتی و همکاران (۲۰۱۱) بر بیماران دیابتی کلینیکیهای عمومی و تخصصی نیز میزان عدم پایبندی به رژیم دارویی ناشی از مشکلات مالی با میزان اعتماد به پزشک نسبت معکوس داشت؛ به عبارتی پزشکانی که توانسته بودند اعتماد بیمار را با برقراری ارتباط مناسب (گوش دادن فعال، حمایت عاطفی و دادن اطلاعات کافی و قابل درک) جلب نمایند، در پایبند کردن بیمار به رعایت رژیم دارویی علی‌رغم مشکلات مالی، موفق تر بوده‌اند. این مسئله از این جهت که بیماران با توصیه‌های پزشک خود در وقت تعیین‌شده مراجعه می نمایند همخوانی دارد (۳۵). در راستای تقویت این مشوق پیشنهاد می‌شود نسبت به تدوین و اجرای برنامه‌های آموزش مهارت‌های ارتباطی به پرسنل واحد دیابت تأکید بیشتری شود.

محدودیت‌های پژوهش

از محدودیت‌های این مطالعه عدم تمایل برخی بیماران به مصاحبه بود که از طریق مشاوره با پرسنل درمانی واحد دیابت و توضیح مزایای پژوهش حاضر به مصاحبه شدند. همچنین این مطالعه در مراکز شهر اهواز انجام شده‌است و برای تعمیم آن به نقاط دیگر باید بادقت و احتیاط عمل کرد.

نتیجه گیری

آموزش الکترونیک، بیمار می‌تواند بدون خارج شدن از منزل و صرف وقت و هزینه به سرعت و راحتی و بدون در نظر گرفتن بعد زمان و مکان، اطلاعات مورد نیاز خود را دریافت و با مراقبت‌کننده خود ارتباط برقرار کند. سازمان بهداشت جهانی نیز استفاده از آموزشهای الکترونیک را به عنوان کانالی مناسب بین بیمار و مراقبت‌کنندگان معرفی می نماید.

مشوق‌های مراجعه

یکی از مشوقهای شناسایی شده در این پژوهش آگاهی نسبت به خطر دیابت بود که باعث مضاعف شدن تلاش بیماران در جهت حفظ سلامتی خود و مراجعه به واحدهای دیابت شده بود. در این راستا مطالعات متعددی نشان داده‌اند که معجزه‌آساترین بازدارنده در برابر دیابت، دانش کافی در رابطه با این بیماری است. این اطلاعات می‌تواند به بیمار کمک کند تا ریسک خطر دیابت را در خود ارزیابی کند و این امر باعث ایجاد انگیزه در وی می‌شود تا به دنبال درمان مناسب بیماری خود باشد (۳۱). بدیهی است در تقویت این دسته از مشوقها باید به افزایش آگاهی بیماران نسبت به بیماریشان پرداخته شود که در انجام این امر، مراکز و واحدهای دیابت موجود نقش بسزایی دارند. چنانچه نتایج پژوهش صالحی و همکاران (۲۰۱۶) بر بیماران دیابتی شهر مشهد حاکی از این بود که از دیدگاه بیشتر بیماران مناسب‌ترین منبع برای کسب دانش و آگاهی نسبت به بیماری خود، پزشک معالج و مراکز تخصصی دیابت می‌باشند (۳۱).

همواره رضایت بیماران از نحوه ارتباط و برخورد کادر بهداشت و درمان یکی از معیارهای مؤثر دانستن خدمات و ترغیب به استفاده مجدد از آنها بوده است (۳۲). در پژوهش حاضر نیز رفتار خوب پرسنل با بیماران به عنوان مشوقی دیگر برای مراجعه مجدد بیماران به واحد دیابت شناسایی شد. چنانچه آماک در پژوهش خود نشان داد از ۴ پیامد



مشوق ها و موانع مراجعه منظم به درمانگاه را می توان به دو دسته کلی فردی و سیستمی تقسیم کرد. به نظر میرسد بکارگیری آموزش الکترونیک و از راه دور می تواند تا حدود زیادی به برطرف ساختن موانع فردی و نیازهای بیماران کمک کند. همچنین در بخش موانع سیستمی، همکاری ارگان های مختلف با یکدیگر و افزایش هماهنگی بین بخشی لازمه حل مشکلات مراجعه بیماران می باشد. پیشنهاد می گردد جهت تقویت مشوقهایی که موجب مراجعه منظم بیماران دیابتی می شوند به مواردی مانند اطلاع رسانی بهتر، رایگان بودن خدمات، توجه به نقش روابط عمومی و بهبود ارتباط بین بیمار و پرسنل درمانی توجه ویژه شود.

تشکر و قدردانی

این پژوهش با حمایت مالی مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز تحت قرارداد شماره SDH-9615 انجام شده است و دارای کد اخلاق (IR.AJUMS.REC.1396.626) از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز می باشد. پژوهشگران از بیماران و مسئولین مراکزی که با محققین این پژوهش همکاری نمودند بسیار سپاسگزارند.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله اعلام می دارند که در این مقاله هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.



References

1. Nugent R. Chronic diseases in developing countries: health and economic burdens. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2008; 1136(1): 70-9.
2. Alirezaei Shahraki R, Sahaf R, Abolfathi Momtaz Y. Effects of nationwide program for prevention and control of diabetes initiated by the ministry of health on elderly diabetic patients' knowledge, attitude and practice in Isfahan. *Iranian Journal of Ageing*. 2019; 14(1): 84-95.
3. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*. 2017; 40(Suppl 1): S1-2.
4. Karami M, Hosseini SM. Prevalence of chronic complications and related risk factors of diabetes in patients referred to the diabetes center of Hamedan Province. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*. 2017; 25(2): 69-74.
5. International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas*. 8th ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation; 2017.
6. Keyvan S, Khezri Moghadam N, Rajab A. The effectiveness of Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) on self-care activities and life expectancy in patients with type 2 diabetes with one year follow up. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2019; 26(8): 1-3.
7. Egede LE, Dismuke CE. Serious psychological distress and diabetes: a review of the literature. *Current Psychiatry Reports*. 2012; 14(1): 15-22.
8. Vala M, Razmandeh R, Rambol K, Nasli Esfahani E, Ghodsi Ghasemabadi R. Mindfulness-based stress reduction group training on depression, anxiety, stress, self-confidence and hemoglobin A1c in young women with type 2 diabetes. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2016; 17(5): 382-90.
9. Seyyedjafari J, Borjali A, Sherafati S, Panahi M, Dehnashi T, Oboodyat S. The effectiveness of compassion - focused therapy on resilience and life expectancy in type diabetes mellitus 2. *Journal of Psychological Science*. 2020; 19(92): 945-55.
10. Zgibor JC, Songer TJ. External barriers to diabetes care: addressing personal and health systems issues. *Diabetes Spectrum*. 2001; 14(1): 23-8.
11. Doosti Irani M, Abazari P, Babaei S, Shahgholian N. Facilitators of adherence to self-management in type 2 diabetic patients: a phenomenological study. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2009; 11(3): 257-64.
12. Dailey G. A timely transition to insulin: Identifying type 2 diabetes patients failing oral therapy. *Formulary*. 2005; 40(4): 114.
13. Mahmood K, Aamir AH. Glycemic control status in patients with type-2 diabetes. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*. 2005; 15(6): 323-5.
14. Gholamaliei B, Karimi-Shahanjari A, Roshanaei G, Rezapour-Shahkolaei F. Medication adherence and its related factors in patients with type II diabetes. *Journal of Education and Community Health*. 2016; 2(4): 3-12.
15. Cramer JA. A systematic review of adherence with medications for diabetes. *Diabetes Care*. 2004; 27(5): 1218-24.
16. World Health Organization. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organization; 2003.



17. Hashemi S M, Bouya S. Treatment adherence in diabetic patients: an important but forgotten issue. *Journal of Diabetes Nursing*. 2018; 6(1): 341-51.
18. Mashrouteh M, Khanjani N, Gozashti MH. Evaluation of compliance with drug regimens in diabetic patients referred to the endocrinology clinic of Afzalipour Hospital, Kerman, Iran. *Health and Development Journal*. 2012; 1(3): 182-92.
19. Lopes N, Zanini AC, Casella-Filho A, Chagas AC. Metabolic syndrome patient compliance with drug treatment. *Clinics*. 2008; 63(5): 573-80.
20. Larejani B, Zahedi F. Epidemiology of diabetes mellitus in Iran. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism*. 2001; 1(1): 1-8.
21. Jane Taggart MP, Qing Wan MB, Harris MF, Gawaine Powell Davies BA MH, Warwick Ruscoe MB, Snow J, et al. Quality of diabetes care: a comparison of division diabetes registers. *Australian Journal of General Practice*. 2008; 37(6): 490.
22. Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. *Handbook of qualitative research*. London: Sage; 1994.
23. Yee LM, McGuire JM, Taylor SM, Niznik CM, Simon MA. "I Was Tired of All the Sticking and Poking": identifying barriers to diabetes self-care among low-income pregnant women. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2015; 26(3): 926-40.
24. Organization for Economic Co-operation and Development. *Health at a Glance 2011: OECD indicators (Korean version)*. Korea: OECD/Korea Policy Centre; 2012.
25. Pappa E, Kontodimopoulos N, Papadopoulos A, Tountas Y, Niakas D. Investigating unmet health needs in primary health care services in a representative sample of the Greek population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2013; 10(5): 2017-27.
26. Rezapour A, Mahmoudi M, Abolghasem Gorji H, Bagheri Faradonbeh S, Asadi S, Yusef Zadeh N, et al. A survey of unmet health needs and the related barriers to access them. *Journal of Health Administration*. 2014; 17(57): 87-98.
27. Amaghionyeodiwe LA. Determinants of the choice of health care provider in Nigeria. *Health Care Management Science*. 2008; 11(3): 215-27.
28. Shook M. Transportation barriers and health access for patient attending a community health center. Field area paper. Portland, Oregon: Portland State University; 2005.
29. Shirazi M, Anoosheh M, Sabohi F. Barriers of Diabetes self-care education: viewpoint of patients and nurses. *Journal of Diabetes Nursing*. 2014; 2(2): 63-76.
30. Vitale M. Evaluating access barriers to primary health care services for Hispanic residents in Toombs County, Georgia. *Journal of Rural Social Sciences*. 2012; 27(3): 17-45.
31. Salehi F, Ahmadian L, Ansari R, Sabahi A. The role of information resources used by diabetic patients on the management of their disease. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2016; 59(1): 17-25.
32. Nasiriani K, Eslami MH, Dehghani A, Dehghani H. Patient satisfaction of communication in emergency department



in hospital. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*. 2007; 15(2): 23-33.

33. Amack LO. Enhancing physician-patient rapport. Available at: URL: http://www.lewamack.com/MedicoLegal_Advocates/Publications/Enhancing_Physician-Patient_Rapport_by_Lewis_Owen_Amack.htm; 1995.

34. Shakerinia I. Physician-patient relationship and patient's satisfaction. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2009; 2(3): 9-16.

35. 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.

