

## بررسی عوامل موثر در عدم تمایل بیماران دیابتی به انسولین درمانی در مراجعین به مراکز دیابت کشور در سال ۱۳۸۹-۱۳۹۰: یک مطالعه کیفی

سایه علیزاد جهانی<sup>\*</sup>، رضا مجدزاده<sup>۱</sup>، مصطفی قربانی<sup>۱</sup>، سمیه خسروی<sup>۱</sup>، آرزو باجوری<sup>۱</sup>، شهیده امینی<sup>۱</sup>، باقر لاریجانی<sup>۱</sup>

### چکیده

**مقدمه:** دیابت، بیماری مزمنی است که مدیریت آن نیازمند مراقبت و درمان چند محوری است. برای تعداد زیادی از بیماران، انسولین درمانی یکی از مهم‌ترین بخش‌های مراقبت از دیابت می‌باشد؛ اما برخی از آنها تمایلی به استفاده از انسولین ندارند که این خود منجر به وخیم‌تر شدن وضعیت بیماری و بروز زودرس عوارض آن می‌شود. شناسایی عواملی که سبب می‌گردند بیماران نسبت به انسولین درمانی نظر مساعدی نداشته باشند، گامی در جهت برنامه‌ریزی برای رفع آنها است. هدف از انجام مطالعه کیفی حاضر، بررسی علل عدم تمایل بیماران دیابتی به انسولین درمانی می‌باشد.

**روش‌ها:** مطالعه حاضر یک پژوهش کیفی است که به استفاده از رویکرد نظریه زمینه‌ای (گراندد تئوری) انجام شده است. نمونه‌ها به تعداد ۶۴ نفر از مراکز دیابت بیمارستان‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی شهرهای تهران، تبریز، مشهد و رشت با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. در طول ۱۲ ماه زمان مطالعه، کلیه اصول اخلاق پژوهشی رعایت شده و داده‌ها از طریق مصاحبه بدون ساختار در چارچوب رویکرد نظریه زمینه‌ای جمع‌آوری و با روش Glaser تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج بررسی داده، مشخص کرد عوامل موثر در عدم تمایل بیماران به انسولین درمانی در ۵ طبقه ترس از تزریق انسولین، ایجاد محدودیت، باورهای منفی، عدم آموزش و عدم توانایی دسته‌بندی می‌شوند.

**نتیجه‌گیری:** با در نظر گرفتن ماهیت علل موثر در عدم تمایل بیماران به انسولین درمانی، به نظر می‌رسد عوامل روانشناختی در شکل‌گیری آنها نقش داشته و از این جهت بیماران نیازمند دریافت خدماتی هستند که با رویکردی روانشناسانه به این مهم می‌پردازد. آموزش صحیح و کافی و به دنبال آن افزایش آگاهی می‌تواند به رفع مشکل موجود کمک نماید.

**واژگان کلیدی:** دیابت، انسولین، تزریق، انسولین درمانی، پابندی به درمان

۱- مرکز تحقیقات دیابت / پژوهشکده علوم غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران

**\*نشانی:** تهران، خیابان کارگر شمالی، بیمارستان دکتر شریعتی، طبقه پنجم، مرکز تحقیقات غدد درون ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران، کد پستی ۱۴۱۱۴۱۳۱۳۷ تلفن: ۸۸۲۲۰۰۳۷، نامبر: ۸۸۲۲۰۰۵۲، پست الکترونیک: sayeh.jahani@gmail.com

## مقدمه

دریافت کنند [۱۱]. به طور عمده در این میان دو بخش مهم و اساسی درمان دیابت شامل مصرف داروهای خوراکی و یا تزریق انسولین می‌باشد که هر یک از این دو روش بسته به شرایط بیمار و نظر پزشک در طی بیماری مورد استفاده قرار می‌گیرد.

در مورد بیمارانی که بنابر تجویز پزشک به تزریق انسولین نیاز دارند، در صورتی که تزریق انسولین با دوز مناسب و به صورت موثر انجام شود، سطح قند خون آنها عموماً به خوبی کنترل خواهد شد [۱۲، ۱۳]. اما باید در نظر داشت تاثیر مثبت انسولین به طور معناداری با مسأله پیروزی دقیق بیماران از دستورات پزشک ارتباط دارد. به طور معمول تزریق روزانه انسولین توسط بیمار یا به کمک فرد دیگری همچون اعضای خانواده انجام می‌شود و به همین دلیل نمی‌توان نظارت دقیقی بر روند انجام آن داشت. لذا در صورتی که بیمار مبتلا به دیابت به هر دلیل با فرایند روزانه تزریق انسولین مشکل داشته باشد، کنترل مناسب قند خون امکان پذیر نبوده و احتمال بروز عوارض دیابت افزایش می‌یابد و در نهایت این مسئله سبب افول کیفیت زندگی بیماران خواهد شد [۱۳-۱۵]؛ بنابراین شناسایی و برطرف کردن عواملی که منجر به عدم تمایل بیماران به درمان با انسولین می‌شوند، می‌تواند به کنترل بهتر بیماری کمک کرده و نه تنها شرایط جسمی و روانی بیماران را بهبود ببخشد، بلکه از عوارض دیابت و مرگ و میر ناشی از آن نیز بکاهد [۱۶]. به نظر می‌رسد عوامل متعددی در این زمینه نقش دارند، در این مطالعه سعی گردیده این عوامل طی یک مطالعه کیفی شناسایی شوند.

## روش‌ها

مطالعه حاضر یک پژوهش کیفی به روش نظریه زمینه‌ای (گراندد تئوری<sup>۴</sup>) می‌باشد. این روش جهت به دست آوردن داده‌های غنی و روشن سازی فرآیندهای اجتماعی نهفته در تعاملات انسانی به کار می‌رود [۱۷]. نمونه‌های مطالعه از بین مراجعین به مراکز دیابت بیمارستان‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی شهرهای تهران (بیمارستان دکتر شریعتی)، تبریز، رشت، و مشهد با استفاده از روش نمونه‌گیری

دیابت، بیماری متابولیک مزمنی است که با اختلال در متابولیسم کربوهیدرات‌ها، لیپیدها و آمینواسیدها و در نتیجه آن، کاهش ترشح انسولین یا کاهش حساسیت سلول‌ها به انسولین مشخص می‌شود [۱]. بر اساس نتایج مطالعات اپیدمیولوژیک، شیوع دیابت در کشور ایران ۵-۸ درصد می‌باشد (تقریباً ۴ میلیون نفر) که از مجموع کل بیماران دیابتی تقریباً ۹۰٪ به دیابت نوع ۲ و ۱۰٪ به دیابت نوع ۱ مبتلا هستند و نزدیک به نیمی از بیماران دیابتی از ابتلای خود به این بیماری آگاهی ندارند [۲-۴]. بیماری دیابت، خصوصیات آسیب شناسی- بیوشیمیایی ویژه‌ای که دارد می‌تواند سبب بروز عوارض مزمن متعددی در بیمار شود، از آن جمله می‌توان به رتینوپاتی<sup>۱</sup>، نوروپاتی<sup>۲</sup>، نفروپاتی<sup>۳</sup>، بیماری عروق کرونر، بیماری عروق محیطی و بیماری عروق مغزی اشاره کرد [۵-۸]. این عوارض می‌توانند کیفیت زندگی افراد مبتلا را به طور چشم‌گیری کاهش داده [۹] و سبب بروز مشکلات فراوان فردی و اجتماعی برای آنها شوند. با توجه به این موضوع، پیشگیری و درمان دیابت به عنوان دو مقوله مهم بهداشتی نقش مهمی در کاهش بار بیماری در جامعه خواهند داشت.

به دلایل متعدد، سازوکارهای پیشگیری اولیه تاثیر چندانی در کاهش میزان بروز دیابت در ایران نداشته‌اند [۱۰] و افراد عموماً بعد از ابتلا به دیابت اقدام به پیگیری فعالیت‌های درمانی می‌کنند؛ به بیان دیگر، در این مرحله پیشگیری ثانویه یا به عبارتی درمان بیماری مورد توجه قرار گرفته و این نوع پیشگیری اهمیت حیاتی پیدا می‌کند. در حال حاضر به طور کلی کنترل دیابت و پیشگیری از بروز عوارض آن منوط به انجام مجموعه‌ای از فعالیت‌های روزانه‌ای چون فعالیت فیزیکی، مصرف دارو، واریسی قند خون، پیروی از برنامه غذایی، تزریق انسولین (در صورت لزوم) و مراقبت‌های بهداشتی مانند مراقبت از پا می‌باشد؛ به علاوه بیماران باید تعامل مؤثری با سیستم درمانی، دوستان، اعضای خانواده و همکارانشان داشته باشند تا بتوانند حمایتی را که برای مراقبت از دیابتشان نیاز دارند،

- 1- Retinopathy
- 2- Neuropathy
- 3- Nephropathy

4- Grounded Theory

کننده به دست می‌آمدند. جمع‌آوری داده‌ها تا رسیدن به مرحله اشباع ادامه یافت. تجزیه و تحلیل داده‌ها، هم زمان و به طور مستمر با جمع‌آوری اطلاعات انجام گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل محتوایی استفاده شد. به این صورت که پس از اتمام مصاحبه با هر شرکت کننده، متن نوارها کلمه به کلمه روی کاغذ نوشته شد. به منظور آشنایی و ارزیابی دقیق داده‌ها، چندین بار مرور و بازخوانی انجام شد. برای شناسایی جملات و مفاهیم کلیدی موجود در متن، متن مصاحبه‌ها خط به خط و کلمه به کلمه بررسی و به هر جمله یا کلمه کلیدی یک کد اختصاص داده شد. به این ترتیب کدهای اولیه شناسایی گردید. در مرحله بعد کدهای اولیه مشابه در یک طبقه کنار هم قرار گرفته و طبقاً ت اولیه شکل گرفتند. این طبقات مجدداً در هم ادغام شده، طبقات محوری را تشکیل دادند.

برای اطمینان از روایی و پایایی داده‌ها از معیارهای خاص پژوهش کیفی شامل مقبولیت<sup>۳</sup> و قابلیت تأیید<sup>۴</sup> بهره گرفته شده است. جهت افزایش مقبولیت از روش بازنگری توسط شرکت کنندگان<sup>۵</sup> استفاده شد. برای رسیدن به آن، علاوه بر بازگرداندن گفتار و پنداشت‌های بیماران در طول انجام مصاحبه و خلاصه کردن گفته‌های مصاحبه شونده در پایان تمام مصاحبه‌ها و تأیید یا اصلاح آن توسط مصاحبه شونده در همان جلسه، متن کامل تایپ شده شش مصاحبه اولیه همراه با کدهای سطح اول به افرادی که از آنها مصاحبه به عمل آمده بود جهت تأیید و یا اصلاح ارسال شد. در مراحل بعدی صرفاً مجموعه کدهای باز حاصل از متن مصاحبه‌ها به پنج تن از شرکت کنندگان اولیه ارسال شد که همگی مورد تأیید قرار گرفته و نکات پیشنهادی آنان در نظر گرفته شد. در مرحله پایانی متغیرهای حاصله و طبقه مرکزی همراه با خط داستانی به پنج نفر از شرکت کنندگان اولیه به منظور بازبینی و تأیید برگردانده شد و نکات پیشنهادی اعمال گردید. بنابراین قضاوت در مورد قابلیت انتقال<sup>۶</sup> توسط خوانندگان امکان‌پذیر گردید. به منظور رسیدن به درگیری مداوم<sup>۷</sup> و بازنگری ناظرین<sup>۱</sup> متن کامل سه مصاحبه

هدفمند<sup>۱</sup> انتخاب شده و مجموعاً ۶۴ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۱ و ۲ وارد مطالعه گردیدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از سن بالاتر از ۳۰ سال، الزام درمانی برای تزریق انسولین، عدم تمایل به تزریق انسولین، عدم ابتلا به بیماری‌های روانپزشکی حاد مانند عقب ماندگی ذهنی، اسکیزوفرنی و افسردگی شدید. قبل از انجام مطالعه، طرح تحقیق در کمیته اخلاق دانشگاه تهران مطرح گردیده و پس از دریافت مجوز مراحل اجرایی مطالعه آغاز شد. همچنین از تمامی شرکت کنندگان رضایت‌نامه کتبی اخذ گردید و حق خروج از مطالعه در هر مرحله از بررسی برای آنها محفوظ ماند.

داده‌ها از طریق مصاحبه بدون ساختار<sup>۲</sup> در چارچوب رویکرد نظریه زمینه‌ای جمع‌آوری و با روش Glaser تجزیه و تحلیل شده‌اند. نظریه زمینه‌ای یکی از رایج‌ترین روش‌های پژوهش کیفی است که ریشه در نظریه تعامل نمادین دارد و تمرکز آن بر معنی حوادث برای افراد در محیط‌های طبیعی زندگی است [۱۸]. این روش که یک روش تحقیقی استقرایی است، در سال ۱۹۷۶ توسط Strauss و Glaser در رابطه با موضوعاتی بهداشتی توسعه پیدا کرد [۱۹]. این رویکرد با تجزیه و تحلیل سیستماتیک، فرآیندهای اجتماعی و تعاملات انسانی را در ساختارهای مربوطه مورد بررسی قرار می‌دهد [۲۰].

مصاحبه در مکانی آرام و مناسب به مدت ۱۲ ماه در جلساتی یک ساعته، دو تا سه روز در هفته انجام شد. جلسات مصاحبه با دستگاه ضبط صدا ضبط شدند. برای پیشگیری از سوگیری‌های احتمالی، محقق در رابطه با برخی از موضوعات مرتبط با تزریق انسولین به طور مستقیم سوالی را مطرح نمود و نظرات خود را به عنوان سوال در مصاحبه وارد نکرد، همچنین در خلال مصاحبه‌ها از شرکت کنندگان خواسته شد که برای توصیف پدیده‌های مطرح شده مثال یا مثال‌هایی ارائه داده و یا دلایل پاسخ‌های خود را بیان کنند. محقق بنا به نیاز به شرکت کنندگان امکان می‌داد که بی وقفه صحبت کنند و این رویکرد، منجر به دریافت داده‌هایی می‌شد که بدون فشار از جانب مصاحبه

3- Credibility  
4- Confirmability  
5- Member check  
6- Transferability  
7- Prolonged engagement

1- Purposeful sampling  
2- Unstructured Interviews

انجام می‌دهد مشکلی ندارم، ولی وقتی خودم می‌خواهم انسولین بزنم، از ترس نمی‌توانم این کار را انجام دهم". جدا از موارد ذکر شده، چندین شرکت کننده علت اصلی ترس از تزریق را ترس از دیدن «خون» عنوان کردند. به این صورت که وقتی خون بعد از تزریق را می‌بینند به شدت می‌ترسند.

### طبقه دوم: ایجاد محدودیت

این طبقه خود شامل طبقات فرعی وقت‌گیر بودن و سخت و دست و پا گیر بودن می‌باشد. شرکت کنندگان یکی از مهمترین علل عدم تمایل به مصرف انسولین را محدودیت‌های متعاقب آن می‌دانستند. مصاحبه شونده‌ها عنوان می‌کردند که تزریق روزانه انسولین زمان بر است و شرایط کاری و زندگی آنها اجازه نمی‌دهد اوقات خاصی را به این کار اختصاص دهند. به علاوه تعداد زیادی از شرکت کنندگان تزریق انسولین را کاری سخت و دست و پا گیر توصیف کردند. برای مثال، یکی از مصاحبه شونده‌ها در این زمینه بیان کرد: "انسولین را باید به موقع تزریق کرد، مقدارش را باید تنظیم کرد، وسایل تزریق را همیشه همراه داشت، حتی در مهمانی، مسافرت، و... به همین خاطر سخت و دست و پاگیر است، اشتباه هم که تزریق کنی همه چیز به هم می‌ریزد...". بنابراین به نظر می‌رسد تعدادی از شرکت کنندگان مطالعه پیش رو، فرایند تزریق انسولین را عاملی محدود کننده در زندگی خود قلمداد می‌کنند و به همین دلیل تمایلی به آن ندارند.

### طبقه سوم: باورهای منفی

این طبقه را باورهای منفی در زمینه عواقب مصرف انسولین و بازخورد اطرافیان تشکیل می‌دهد. در میان شرکت کنندگان، برخی باور داشتند که مصرف انسولین باعث بروز عواقبی چون چاقی یا لاغری بیش از حد، زخم پا، یا مشکلات بینایی می‌شود و عموماً به اطرافیان و دوستان دیابتی خود که چندین سال انسولین مصرف کرده و در عین حال به عوارض دیابت مبتلا بودند استناد می‌کردند. برای مثال یکی از مصاحبه شونده‌ها در این مورد بیان کرد: "برادرم حدود ۱۵ سال است که انسولین

اولیه پیاده شده، همراه با کدگذاری باز به دو تن از همکاران پژوهشی و پنج تن اساتید فن ارائه و نظر تأییدی آنها در جهت پیاده کردن و کدگذاری صحیح متون دریافت شد. برای اطمینان از قابل قبول بودن داده‌ها، ۱۲ ماه وقت صرف جمع‌آوری داده‌ها گردید.

### یافته‌ها

مجموعاً ۶۴ بیمار وارد مطالعه شدند که ۳۷ نفر از آنها مرد و ۲۷ نفر زن بودند. دامنه سنی شرکت کنندگان از ۳۰ تا ۷۵ سال بود. ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت کنندگان در جدول شماره ۱ آورده شده است. پس از تجزیه و تحلیل داده‌ها ۵ طبقه محوری شامل: ترس از تزریق انسولین، ایجاد محدودیت، باورهای منفی، عدم آموزش و عدم توانایی به دست آمد (جدول ۲).

### طبقه اول: ترس از تزریق انسولین

طبقات فرعی طبقه "ترس از تزریق دارو" شامل ترس از صدمه رسیدن به بدن، ترس از درد ناشی از تزریق، ترس از انجام تزریق به صورت فردی و ترس از دیدن خون می‌باشد. برخی از شرکت کنندگان بیان می‌کردند که تزریق پیوسته انسولین می‌تواند باعث صدمه دیدن پوست و زخم شدن محل تزریق گردد و ممکن است به عفونت و بیماری‌های دیگری نیز مبتلا شوند. به علاوه ترس از صدمه به بدن به اشکال نادری دیگری نیز دیده شد. به عنوان مثال یکی از شرکت کنندگان اظهار داشت "می‌ترسم هنگام تزریق، سوزن وارد عصبم شود و فلج شوم". در مورد ترس ناشی از درد، عده‌ای از مصاحبه شونده‌ها برای نکته تأکید می‌کردند که همیشه از درد ناشی از هر نوع تزریقی می‌ترسیده‌اند و عامل اصلی عدم تمایل به درمان با انسولین را درد آور بودن تزریق انسولین عنوان کردند. علاوه بر این در میان افراد مورد مطالعه عده‌ای تنها زمانی که مجبور شوند خودشان عمل تزریق را انجام دهند دچار ترس و آشفتگی می‌گردند. شرکت کننده‌ای در این زمینه بیان کرد: "وقتی همسر این کار را

شود، حاضرند تزریق انسولین را شروع کنند"، نظر موافقی داشتند. علاوه بر غالب مصاحبه شونده‌گان در مورد خود دیابت هم آموزش مناسبی دریافت نکرده‌اند و عموماً با مفهوم خود مدیریتی<sup>۱</sup> دیابت بیگانه بودند.

### طبقه پنجم: عدم توانایی

در این بخش، مجموعه مشکلات فردی و اقتصادی به عنوان عدم توانایی طبقه‌بندی شده‌اند. برخی از افراد شرکت کننده در مطالعه، به دلیل کمبود سن دارای مسائلی بودند که سبب کاهش تمایل بیمار به مصرف انسولین می‌گردید. از آن جمله می‌توان به زندگی به صورت انفرادی و بیماری‌های همراه با دیابت (مانند مشکلات حرکتی، ...) اشاره کرد. این گروه از بیماران بیان می‌کردند که دلیل تنهایی و بیماری نگران این هستند که در صورت بروز هر گونه مشکل در هنگام تزریق نتوانند خود را به مراکز درمانی برسانند. همچنین برخی برای تزریق نیاز به کمک فرد دیگری داشتند و زندگی به صورت انفرادی عاملی بود که نتوانند از انسولین استفاده کنند. همچنین مسئله دیگری که در زیر مجموعه این طبقه قرار می‌گیرد، ناتوانی اقتصادی است که برخی از بیماران آن را به عنوان عمده‌ترین دلیل عدم مصرف انسولین مطرح کردند. برای بخشی از مصاحبه شونده‌گان که عموماً تحت پوشش بیمه‌ای خاصی هم نیستند و از طرفی درآمد ماهیانه اندکی هم دارند، هزینه تهیه انسولین و سایر موارد مربوطه سنگین بوده و امکان ادامه طولانی مدت درمان به توسط انسولین وجود ندارد. برای مثال یکی از بیماران در طی مصاحبه گفت: "من هفت تا بچه دارم، با حقوق کمی که می‌گیریم به سختی شکم آنها را سیر می‌کنم، پولی برای انسولین و... نمی‌ماند". بنابراین این طبقه با توجه به ماهیت مسائل آن یکی از عوامل درخور توجه می‌باشد.

تزریق می‌کند، هم خیلی چاق شده و هم یک سال پیش پایش زخم شد و مجبور شدند آن را قطع کنند، اما یکی از آشنایان که او هم دیابت داشت، به جای انسولین ۱۰ سال است که قرص مصرف می‌کند و هیچ مشکلی هم ندارد". به علاوه، یکی از باورهای منفی شایع در نمونه‌های مورد مطالعه اعتقاد به این موضوع بود که مصرف انسولین فرد را در مسیری که در نهایت منجر به بدخیم شدن بیماری و مرگ می‌گردد، قرار می‌دهد، لذا عدم استفاده از انسولین راهی برای جلوگیری از ورود به این فرایند می‌باشد. در زمینه باورهای منفی مرتبط با عواقب مصرف انسولین، تعداد چشم‌گیری از بیماران بیان می‌کردند که انسولین اعتیاد آور است و امکان ترک کردن آن وجود ندارد و باید تا پایان عمر تزریق کرد. از طرفی با توجه به باورهای منفی مربوط به بازخورد دیگران، تعدادی از نمونه‌های مورد مطالعه اظهار می‌کردند اگر انسولین تزریق کنند دیگران آنها را مانند معتادان تزریقی می‌پندارند و وجهه اجتماعی شان آسیب می‌بیند. به علاوه گروهی نیز اعتقاد داشتند با شروع مصرف انسولین خانواده یا اطرافیان آنها را به خاطر وخیم شدن بیماری مقصر دانسته و مورد شماتت قرار می‌دهند.

### طبقه چهارم: عدم آموزش

یکی دیگر از دلایل عدم تمایل برخی از بیماران به مصرف انسولین، نا آشنا بودن بیماران با نحوه مصرف آن بود. این گروه از بیماران بیان می‌کردند که هیچ گونه آموزشی در این زمینه ندیده‌اند و اصولاً نمی‌دانند تزریق به چه ترتیبی باید انجام شود. برای مثال یکی از شرکت کنندگان در طی مصاحبه بیان کرد: "به من گفته شده که باید انسولین بزنم، ولی وقتی بلد نیستم دوست ندارم این کار را انجام بدهم". از طرفی عده‌ای از بیماران نیز آموزش‌های مختصری دیده بودند، اما از آنجا که آن آموزش‌ها مناسب نبوده یا این گروه از بیماران چگونگی تزریق و مسائل پیرامون آن را به خوبی فرا نگرفته بود، تمایلی به مصرف انسولین نداشتند. بنابراین این طبقه از دو بخش عدم دریافت آموزش و آموزش ناکافی تشکیل شده است. برخی از این گروه مصاحبه شونده‌گان در پاسخ به این سوال که "آیا در صورتی که دوره آموزشی مناسبی برایشان تدارک دیده

1- Self- management

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت کنندگان

| متغیر                              | درصد     |
|------------------------------------|----------|
| <b>جنس</b>                         |          |
| مرد                                | ۵۷/۸۱    |
| زن                                 | ۴۲/۱۹    |
| <b>سن (سال)*</b>                   |          |
| مرد                                | ۵۷/۳±۶/۹ |
| زن                                 | ۵۳/۲±۵/۴ |
| <b>نوع دیابت</b>                   |          |
| نوع ۱                              | ۴        |
| نوع ۲                              | ۶۰       |
| <b>مدرک تحصیلی</b>                 |          |
| زیر دیپلم                          | ۹/۳۷     |
| دیپلم                              | ۳۴/۳۷    |
| بالتر از دیپلم                     | ۵۶/۲۵    |
| <b>افراد در شهر های محل مصاحبه</b> |          |
| تهران                              | ۳۴       |
| تبریز                              | ۱۰       |
| رشت                                | ۱۰       |
| مشهد                               | ۱۰       |

\* اطلاعات مربوط به سن به صورت انحراف معیار ± میانگین می باشد.

جدول ۲- طبقه‌های محوری و زیر طبقه‌ها

| زیر طبقه ها   | طبقه های محوری          |
|---|-------------------------|
| ترس از صدمه رسیدن به بدن، ترس از درد ناشی از تزریق، ترس از انجام تزریق به صورت فردی و ترس از دیدن خون | ۱- ترس از تزریق انسولین |
| وقت گیر بودن، و سخت و دست و پا گیر بودن   | ۲- ایجاد محدودیت        |
| عواقب مصرف انسولین، باز خورد اطرافیان   | ۳- باورهای منفی         |
| عدم دریافت آموزش، آموزش ناکافی  | ۴- عدم آموزش            |
| مشکلات فردی و اقتصادی   | ۵- عدم توانایی          |

## بحث

هدف از انجام مطالعه کیفی پیش رو بررسی علل عدم تمایل بیماران دیابتی به انسولین درمانی بود که نتایج نشان داد که به طور کلی ۵ طبقه اصلی از عوامل مختلف می‌تواند سبب عدم تمایل افراد به استفاده از انسولین شود که بیشتر این طبقات تشریح شدند. بررسی سایر پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد نتایج این مطالعه با مطالعات دیگر همسو است. برای مثال Brod و همکاران در یک مطالعه مروری، ۱۱۶ تحقیق را بررسی کرده و نتیجه گرفتند که مهمترین عوامل دخیل در عدم تمایل بیماران

دیابتی به انسولین درمانی عبارت است از: ترس از ایجاد عوارض، نگرش منفی فرد به استفاده از انسولین، سختی سازگاری با انسولین، ایجاد محدودیت فعلیتی و عملکردی، و برچسب خوردن [۲۱]. همچنین Mollema و همکاران در مطالعه خود ۲۴ بیمار دیابتی مورد بررسی قرار دادند و دریافتند که ترس از تزریق انسولین توسط خود شخص و ترس از بررسی قند خون با گلوکومتر دو علت مهم عدم تمایل بیماران به استفاده از انسولین می‌باشند [۲۲]. Haque و همکاران نیز در بررسی خود مهمترین علل عدم تمایل بیماران دیابتی به انسولین درمانی را باورهای غلط بیماران در مورد انسولین و دیابت، ترس از تزریق،

عمدتاً افراد میان سال بودند، بنابراین نتایج این بررسی را نمی‌توان به طور قطع به سایر گروه‌های سنی تعمیم داد. مصاحبه شوندگان این مطالعه عموماً از طبقه فرهنگی اجتماعی متوسط و پایین جامعه بودند، لذا این مسئله نیز یکی دیگر از محدودیت‌های مطالعه پیش رو می‌باشد که تعمیم‌پذیری نتایج را کاهش می‌دهد.

با توجه به ماهیت علل موثر در عدم تمایل بیماران به انسولین درمانی، به نظر می‌رسد نقش عوامل روانشناختی در این مسئله بسیار تاثیرگذار است؛ از این رو ضروری است هر گونه دخالت درمانی برای افزایش تمایل بیماران به مصرف انسولین با توجه به زمینه‌های روانشناختی موضوع انجام شود. بنابراین پیشنهاد می‌شود مطالعات آتی با هدف بررسی ریشه‌های روانشناختی مسئله طرح‌ریزی شوند تا در نهایت بتوان به صورتی موثر تمایل بیماران به استفاده از انسولین را افزایش داد. از سوی دیگر، آموزش مناسب و برطرف کردن عوامل تاثیرگذار محیطی از جمله اقداماتی است که می‌بایست جز اولویت‌های مهم قرار گیرد.

### سپاسگزاری

این مطالعه با همکاری و مساعدت پژوهشکده علوم غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است. بدین وسیله از تمام بیماران و افرادی که ما را در انجام آن یاری رساندند صمیمانه تشکر و قدردانی می‌کنیم.

استفاده از داروهای گیاهی و فقر عنوان کردند [۲۳]. علاوه بر این عوامل در سایر مطالعات نتایج دیگری به دست آمده است که در جای خود نیاز به بررسی بیشتری دارند. برای نمونه در مطالعه Caballero مشخص شد یکی از مهمترین عوامل دخیل در عدم تمایل بیماران دیابتی به شروع انسولین درمانی مسائل فرهنگی و نژادی است و افراد نژاد لاتین نسبت به سفید پوستان کمتر تمایل به شروع انسولین درمانی دارند که علت آن هنوز مشخص نمی‌باشد [۲۴].

بررسی نتایج مطالعات مختلف نشان می‌دهد بیشتر عواملی که در فقدان تمایل افراد به مصرف انسولین نقش بازی می‌کنند در فرایندهای روانشناختی ریشه دارند، به عنوان مثال باورهای منفی و غلط، ترس‌های بی‌اساس از جمله عوامل روانشناختی مهم در این زمینه می‌باشند. Guimaraes و همکاران عقیده دارند مهمترین عامل موثر در عدم تمایل بیماران به انسولین درمانی مسائل روانشناختی است که آموزش مناسب می‌تواند به بهبود شرایط روانی و روانشناختی افراد کمک کرده و همکاری بیمار را افزایش دهد [۲۵]. به نظر می‌رسد بیماران دیابتی با شاخصه عدم تمایل به انسولین درمانی بیش از جمعیت عمومی دچار افسردگی شدید بوده و سلامت عمومی در آنها پایین است [۲۶]، بنابراین می‌توان در نظر داشت آسیب‌های روانشناختی می‌تواند زمینه ساز کاهش تمایل بیماران به مصرف انسولین شوند.

از محدودیت‌های این مطالعه دامنه گروه سنی مورد بررسی آن می‌باشد، چرا که افراد شرکت کننده در این مطالعه

### مأخذ

- Papazafropoulou A, Tamvakos H, Pappas S. The challenge of achievement and maintenance of long-term glycemic control in: Treatment of usual diseases by Primary Care Physicians. *ED Pappas S* 2008; 49-72.
- Azizi F. Diabetes mellitus in the Islamic Republic of Iran. *IDF bulletin* 1996; 41: 38-9.
- Azizi F, et al. Screening for type 2 diabetes in the Iranian national programme: a preliminary report. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2003; 9: 1122-7.
- Amini M, et al. Prevalence and risk factors of diabetes mellitus in the Isfahan city population (aged 40 or over) in 1993. *Diabetes Research and Clinical Practice* 1997; 38: 185-90.
- Janghorbani M, Amini M, Tavassoli A. Coronary heart disease in type 2 diabetes mellitus in Isfahan, Iran: prevalence and risk factors. *Acta Cardiologica* 2006; 61: 13-20.
- Esteghamati A, et al. H. Prevalence of diabetes and other cardiovascular risk factors in an Iranian population with acute coronary syndrome. *Cardiovascular Diabetology* 2006; 5: 15.
- Arabshahi KS, Koohpayezade J. Investigation of risk factors for surgical wound infection among teaching hospitals in Tehran. *International Wound Journal* 2006; 3: 59-62.
- Booya F, et al. Potential risk factors for diabetic neuropathy: a case control study. *BMC Neurology* 2005; 5: 24.

9. Ghanbari A, et al. Assessment of factors affecting quality of life in diabetic patients in Iran. *Public Health Nursing* 2005; 22: 311-22.
10. Azizi F, et al. The diabetes prevention and control programme of the Islamic Republic of Iran. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2003; 91: 114-21.
11. American Diabetes association: report of the task force on delivery of diabetes self-management education and medical nutrition therapy. *Diabetes Spectrum* 1999; 12: 44-47.
12. Diehl AK, Sugarek NJ, Bauer RL. Medication compliance in non-insulin-dependent diabetes: a randomized comparison of chlorpropamide and insulin. *Diabetes Care* 1985; 8(3): 219-23.
13. Snoek FJ. Breaking the barriers to optimal glycaemic control--what physicians need to know from patients' perspectives. *Int J Clin Pract* 2002; 129: 80-4.
14. Rossetti P, Porcellati F, Bolli GB, Fanelli CG. Prevention of hypoglycemia while achieving good glycemic control in type 1 diabetes: the role of insulin analogs. *Diabetes Care* 2008; 31(2): S113-20.
15. Yu YM, Howard CP. Improper insulin compliance may lead to hepatomegaly and elevated hepatic enzymes in type 1 diabetic patients. *Diabetes Care* 2004; 27(2): 619-20.
16. Fu AZ, Qiu Y, Radican L. Impact of fear of insulin or fear of injection on treatment outcomes of patients with diabetes. *Curr Med Res Opin* 2009; 25(6): 1413-20.
17. Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing, advancing the humanistic imperative*. Philadelphia: Lippincott; 2003.
18. Parvizi S, Salsali M, Adib HajBagheri M. *Qualitative Research Method*. 1st ed. *Boshra* 2007; PP: 83-150.
19. Burns N, Grove S. *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique and Utilization*, (2nd Edition ed.), W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1993.
20. Annells M. Grounded Theory. In *Nursing Research: Methods, Critical Appraisal and Utilisation*, 2nd ed Mosby, Sydney, 2003.
21. Brod M, Kongsø JH, Lessard S, Christensen TL. Psychological insulin resistance: patient beliefs and implications for diabetes management. *Qual Life Res* 2009; 18(1):23-32.
22. Mollema ED, Snoek FJ, Heine RJ, van der Ploeg HM. Phobia of self-injecting and self-testing in insulin-treated diabetes patients: opportunities for screening. *Diabet Med* 2001; 18(8):671-4.
23. Haque M, Emerson SH, Dennison CR, Navsa M, Levitt NS. Barriers to initiating insulin therapy in patients with type 2 diabetes mellitus in public-sector primary health care centres in Cape Town. *S Afr Med J* 2005; 95(10):798-802.
24. Caballero AE. Building cultural bridges: understanding ethnicity to improve acceptance of insulin therapy in patients with type 2 diabetes. *Ethn Dis* 2006; 16(2):559-68.
25. Guimarães C, Marra CA, Colley L, et al. A valuation of patients' willingness-to-pay for insulin delivery in diabetes. *Int J Technol Assess Health Care* 2009; 25(3):359-66.
26. Mollema ED, Snoek FJ, Adèr HJ, Heine RJ, van der Ploeg HM. Insulin-treated diabetes patients with fear of self-injecting or fear of self-testing: psychological comorbidity and general well-being. *J Psychosom Res* 2001; 51(5):665-72.