

برقراری ارتباط بین کارکنان سلامتی و بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲: یک عامل موثر در زندگی با دیابت

آذر طل^۱، فرشته مجلسی^{۲*}، بهرام محبی^۳، عباس رحیمی فروشانی^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۷/۲۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۱۱/۱۱

چکیده:

زمینه و هدف: برقراری ارتباط موثر بین افراد حرفه ای گروه سلامت با بیماران مبتلا به دیابت از موارد مهم در زندگی با دیابت به شمار می آید. این مطالعه به منظور بررسی برقراری ارتباط کارکنان سلامتی به عنوان یک مانع در زندگی با دیابت در بیماران دیابتی نوع ۲ مراجعه کننده به بیمارستانهای تابعه دانشگاه علوم پزشکی تهران طراحی و اجرا شد.

مواد و روش ها: این مطالعه از نوع مقطعی (توصیفی-تحلیلی) بود که در سال ۱۳۹۱ بر روی ۶۰۰ بیمار به طور تصادفی ساده انجام شد. ابزار مطالعه شامل دو بخش اطلاعات دموگرافیک و مرتبط با سلامت و بیماری و شاخص کنترل دیابت (HbA1C) با ۱۰ سوال و ابزار زندگی با دیابت در بعد ارتباط با کارکنان سلامتی با ۱۸ سوال بود که توسط مقیاس لایکرت از کاملاً موافقم (۵) تا کاملاً مخالفم (۱) اندازه گیری گردید. روایی و پایایی ابزار اندازه گرفته شد. روش جمع آوری اطلاعات، تکمیل پرسشنامه با استفاده از مصاحبه بود. برای تجزیه و تحلیل داده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱/۵ و آزمونهای آماری توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (کای دو و مدل رگرسیون لجستیک) استفاده شد. سطح معنی داری در این مطالعه کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج: میانگین و انحراف معیار مانع برقراری ارتباط با کارکنان سلامتی $56/78 \pm 7/17$ بود. نتایج مطالعه نشان داد که جنسیت ($p < 0/001$)، سالهای ابتلا به بیماری دیابت ($p < 0/001$)، سطح تحصیلات ($p < 0/001$)، نوع درمان ($p < 0/001$)، وضعیت شغلی ($p < 0/001$)، گروههای سنی ($p < 0/001$)، وضعیت درآمد ($p = 0/001$)، وضعیت تاهل ($p < 0/001$) و HbA1C ($p < 0/001$) با مانع ارتباط با کارکنان سلامتی ارتباط آماری معنی داری داشتند. نتایج مدل رگرسیون لجستیک نیز نشان داد شانس شدید بودن مانع ارتباط با کارکنان سلامتی در گروه با سالهای ابتلا به دیابت ۱۰-۵ سال $0/38$ برابر، در افراد با سالهای ابتلا به دیابت بیش از ۱۰ سال، $1/32$ برابر گروه با سالهای ابتلا زیر ۵ سال بود. این نسبت شانس در گروه با سابقه ۱۰-۵ سال معنی دار بوده ($p = 0/004$) و در شدید بودن مانع ارتباط با کارکنان سلامتی تاثیر معنی داری داشت.

نتیجه گیری: نتایج مطالعه حاکی از این است که عوامل متعددی در ارتباط کارکنان سلامتی و بیماران ارتباط دارد و عوامل سالهای ابتلا به دیابت با شانس شدید بودن مانع ارتباط دارد که این امر می تواند در برنامه ریزی مداخلات ارتقاء سلامت کمک کننده باشد.

کلمات کلیدی: ارتباط، کارکنان سلامتی، زندگی با دیابت، مانع، دیابت نوع ۲، HbA1C

^۱ دکتری تخصصی آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

^۲ استاد و عضو هیئت علمی، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران (* نویسنده مسئول)

dr_f_majlessi@yahoo.com، ۰۲۱-۸۸۹۸۹۱۳۴

^۳ پزشک، استادیار و عضو هیئت علمی، گروه قلب و عروق، دانشکده پزشکی، بیمارستان شهید هاشمی نژاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

^۴ دانشیار و عضو هیئت علمی، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

مقدمه:

در قرن بیست و یکم و همزمان با صنعتی و جهانی شدن، افزایش طول عمر و تغییر سبک زندگی مردم سراسر جهان را شاهدیم. یکی از نتایج این تغییرات دگرگونی در الگوی بیماری ها و شایع شدن بیماری های مزمن از جمله دیابت است (۱). بیماری دیابت شایعترین بیماری ناشی از اختلال متابولیسمی و به گفته برخی منابع شایعترین بیماری آندوکراین است (۲). دیابت به دلیل عوارض عدیده آن، یک بیماری پر هزینه برای فرد، خانواده و جامعه می باشد (۱). در ایران هزینه های پزشکی ناشی از نابینایی به علت دیابت تقریباً ۲۰۰۰ دلار در سال، نارسایی کلیوی ۴۵۰۰ و قطع عضو ۲۹۵۰۰ دلار در سال محاسبه شده است. در ایران سالیانه ۲۲۶۲۸۲۹۶۲۵۰۰ ریال صرف هزینه های مستقیم دیابت میشود که بر اساس تعرفه های وزارت بهداشت و درمان میباشد (۳). در این میان، درمان دیابت نیاز به خدمات جامع و پیچیده دارد (۴) که سیستم های بهداشتی - درمانی و منابع آنها مسئول ارائه خدمات مناسب به بیماریهای مزمن از جمله دیابت هستند (۵).

اغلب مراقبتهای درمانی و بالینی رایج برای رویارویی با نیازهای بیماران مزمن حتی اگر مدیریت شده و توسط سیستم های یکپارچه ارائه شوند، با شکست مواجه می شوند (۵). دلیل این مهم هم عدم برقراری ارتباط مناسب کارکنان سلامتی با بیماران دیابتی است. اما مطالعات مبتنی بر شواهد پیشنهاد می کنند که استراتژیهای طراحی شده برای برقراری ارتباط با بیماران نتایج خوبی برای این بیماران به همراه داشته باشد. در این بین، اعتقاد به حمایت درک شده توسط بیماران و توانمند نمودن آنها هسته مرکزی مراقبت محسوب می شوند زیرا افرادی که با بیماری مزمن زندگی می کنند باید قادر شوند بیماری مزمن خود را مدیریت و کنترل نمایند (۶، ۷). علاوه بر این موارد، یکسری از رفتارهای روزانه، عوامل اجتماعی و روانی چالشی برای تبعیت از رژیم درمانی و مانعی برای سازگار شدن به رفتارهای خود مراقبتی محسوب می شوند. تبعیت از رژیم درمانی و تغییرات سبک زندگی توسط افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ یکی از عوامل مهم در حصول به کنترل متابولیک مطلوب می باشد اما باید در نظر داشت که دستیابی به این هدف بسیار مشکل است اما مطالعات نشان داده اند که با برقراری ارتباط موثر با بیماران مزمن این مهم میسر می شود (۸-۹).

دیابت بیماری مزمنی است که نیازهای فراوانی به همراه دارد که این نیازها نه تنها بالینی و درمانی هستند بلکه روانی و رفتاری نیز هستند (۸). مواجهه روزانه با چالش های

خود مراقبتی برای سالهای متمادی بر رفاه بیماران اثر گذار است و می تواند یکسری از علایم روانی و حتی " فرسودگی دیابت " را ایجاد کند (۱۰). به منظور بهبود تبعیت از درمان بیماران دیابتی باید بر موانع پیش رو غلبه نمایند (۱۱، ۱۲). در نتیجه مدیریت دیابت موفق، ارائه دهندگان خدمت و مراقبین غیر رسمی افراد مشکل تبعیت از درمان را به راحتی تشخیص می دهند (۱۱). این موضوع اهمیت آموزش مراقبین در نحوه ارتباط با بیماران را گوشزد می نماید. مطالعه شکیبازاده و همکاران (۱۳۸۸) نشان داد که دیدگاههای بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ و کارکنان سلامتی در حوزه دیابت، ۵ مانع اساسی در مراقبت از دیابت را مطرح نمودند که عبارت از موانع جسمی، روانی، آموزشی، اجتماعی و سیستم مراقبتی می باشد. در عین حال مواردی هم به عنوان عوامل انگیزشی مشخص شد که از دیدگاه بیماران عبارت از باور به دیابت، باورهای دینی، مسئولیت درک شده در برابر خانواده، و نظرات افراد مهم دیگر از دیدگاه کارکنان دیابت ارتباط گیری مناسب با بیماران، پی گیری و آموزش گروهی این افراد بود. این مطالعه پیشنهاد می کند که کارکنان حوزه دیابت باید استراتژیهایی را متناسب با موانع و دیدگاههای بیماران در بستر فرهنگی جامعه طراحی و اجرا نمایند (۱۳).

Beverly و همکاران (۲۰۱۲) در مطالعه خود مطرح کردند که مسئولیت درک شده پزشکان و سرزنش خود بیماران دو مانع مهم در دستیابی به اهداف درمانی دیابت از طریق عدم توانایی در برقراری ارتباط مناسب با هم می باشد. پزشکان و بیماران ممکن است از درک بیشتر خود و بیماریشان در مورد خستگی و چالشهای مدیریت دیابت از یکدیگر سود و بهره ببرند (۱۴).

نتایج این مطالعه نشان می دهد که رفتار حرفه ای پزشکان در بیماری و پیامد های مرتبط به آن در بیماران دیابتی نوع ۲ تاثیر گذار است. مطالعه Campos (۲۰۰۷) و همکاران نشان داد که افراد حرفه ای حوزه دیابت می توانند از طریق بهبود ارتباط بین فردی با غلبه بر موانع درمان بیماران که عدم تبعیت مهم ترین آن می باشند را بهبود بخشند (۱۵).

مطالعه Ross (۲۰۱۱) و مطالعه Tan (۲۰۱۱) در مورد ارتباط بیمار-پزشک و نتیجه آن در پیامدهای بیماری دیابت نشان داد که ارتباط نامطلوب در درمان غیر موثر انسولین دارای اهمیت است. بر عکس، بهبود ارتباط بین بیماران و مراقبین در بهبود شاخص کنترل دیابت موثر است. این مطالعه پیشنهاد می کند با توجه به اینکه تغییرات نواورانه می تواند در کاهش این مانع تاثیر داشته

گردید. امتیاز کسب شده بالاتر حاکی از موانع بیشتر زندگی با دیابت در حوزه ارتباط است (۱۷)..

میزان پایایی این ابزار با روش test-retest بررسی شد. برای تعیین پایایی ابزار، پرسشنامه در اختیار ۳۰ نفر از بیماران دیابتی مراجعه کننده به مرکز که بعداً از مطالعه اصلی خارج شدند قرار گرفت، با استفاده از روش همسانی درونی، آلفا برای قسمت های مختلف پرسشنامه اندازه گیری شد. مقادیر محاسبه شده آلفا برای ابزار مطالعه ۰/۷۸ محاسبه شد. به منظور تعیین روایی ابزار در اختیار ده تن از اساتید متخصص در این حوزه قرار گرفت و نظرات آنان در ابزار نهایی اعمال گردید. به لحاظ حفظ کرامت انسانی اهداف مطالعه بطور شفاف با افراد شرکت کننده مطرح شد و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات حاصله صرفاً جهت انجام مطالعه تحقیقاتی است و کلیه اطلاعات حاصله نزد محققین محرمانه باقیمانده و از اطلاعات به نحو احسن استفاده خواهد شد. از کلیه شرکت کنندگان رضایت نامه برای شرکت در مطالعه و ادامه آن اخذ گردید. در تمام مراحل تحقیق کرامت انسانی مورد توجه پژوهشگر و پرسشگران قرار داشت. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از جداول فراوانی و آزمون کای دو جهت تعیین روابط بین عوامل هر مانع و روش آنالیز رگرسیون لجستیک برای بررسی توام عواملی که برای شانس وجود مانع اثرگذار استفاده شد. در این مطالعه از نرم افزار SPSS نسخه ۱۱/۵ استفاده شد. سطح معنی داری در این مطالعه ۰/۰۵ بود.

یافته ها

در این مطالعه در مجموع ۶۰۰ بیمار دیابتی نوع ۲ شرکت کردند، میانگین و انحراف معیار مانع برقراری ارتباط با افراد حرفه ای $7/17 \pm 56/78$ بود. جدول شماره ۱ اطلاعات دموگرافیک و مرتبط با سلامت و بیماری را نشان می دهد. ارتباط سنجی متغیرهای به کار گرفته شده در مطالعه به این شرح بود که جنسیت ($p < 0/001$)، سالهای ابتلا به بیماری دیابت ($p < 0/001$)، سطح تحصیلات ($p < 0/001$)، نوع درمان ($p < 0/001$)، وضعیت شغلی ($p < 0/001$)، گروههای سنی ($p < 0/001$)، وضعیت درآمد ($p = 0/001$)، وضعیت تاهل ($p < 0/001$) و HbA1C ($p < 0/001$) با مانع ارتباط با کارکنان سلامتی ارتباط آماری معنی داری داشتند.

باشد، بهبود ارتباط بیمار- مراقب هم یک رویکرد قدرتمند محسوب شده و در زمان درمان قابل ارائه می باشد (۱۶).

شناسایی موانع ارتباطی در این دسته از بیماران بسیار مهم است. باورهای سلامتی، نگرش ها و موانع به تبعیت از درمان باید برای فادرسازی بیماران در دستیابی آنها به اهدافشان مد نظر افراد حرفه ای حوزه سلامت باشد. با توجه به شیوع بالای دیابت در ایران خصوصاً در کلانشهرها و اهمیت تمرکز بر موانع برقراری ارتباط با بیماران در حوزه زندگی با دیابت، این مطالعه در بیماران مراجعه کننده به بیمارستانهای تابعه دانشگاه علوم پزشکی تهران طراحی و اجرا شد.

مواد و روش ها:

نوع این مطالعه مقطعی (توصیفی- تحلیلی) و مدت اجرای آن به مدت ۶ ماه بود. جامعه آماری این پژوهش بیماران دیابتی نوع ۲ مراجعه کننده به بیمارستان های منتخب تابعه علوم پزشکی تهران (امام خمینی(ره)، شریعتی، امیراعلم و بهارلو) انتخاب شد و ۶۰۰ بیمار دیابتی نوع ۲ به عنوان حجم نمونه مطالعه به روش تصادفی ساده انتخاب گردید. معیارهای ورود به مطالعه، تایید بیماری دیابت نوع ۲ (ثبت دوبار قند ناشتای بالای ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر) توسط پزشک متخصص غدد با گذشت بیش از یکسال از تشخیص قطعی بیماری، رضایت کتبی جهت شرکت در مطالعه و سواد کافی برای تکمیل پرسشنامه ها بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم رضایت بیماران برای شرکت در مطالعه، نداشتن شرایط جسمی مناسب برای پاسخگویی به سوالات، دیابت بارداری، وجود مشکلات شناختی و بیماری روانی بود. ابزار این مطالعه پرسشنامه دو قسمتی بود. قسمت اول پرسشنامه مربوط به اطلاعات دموگرافیک مانند سن، جنس، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، شغل، میزان درآمد و در ادامه سوالاتی مربوط به وضعیت بیماری و تجربیات بیماران در مورد بیماری خود مانند بیماریهای زمینه ای همراه، طول مدت بیماری می باشد. شاخص HbA1C هم به منظور بررسی کنترل دیابت اندازه گیری گردید. سوالات مربوط به حیطة موانع ارتباط با کارکنان سلامتی در زندگی با دیابت شامل ۱۸ سوال بود که توسط مقیاس از کاملاً موافقم (۵) تا کاملاً مخالفم (۱) اندازه گیری

جدول شماره ۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی متغیرهای دموگرافیک و مرتبط با سلامت و بیماری مطالعه

نام متغیر	تعداد (درصد)	نام متغیر	تعداد (درصد)
<u>گروههای سنی (سال)</u>		<u>میزان تحصیلات</u>	
کمتر و مساوی ۴۴	(۲۴/۲)۱۴۵	بیسواد	(۱۳/۷) ۸۲
۴۵-۶۴	(۵۴/۵)۳۲۷	زیردیپلم	(۴۵/۸)۲۷۵
۶۵ سال و بالاتر	(۲۱/۳)۱۲۸	دیپلم	(۲۶/۳)۱۵۸
		بالاتر از دیپلم	(۱۴/۲)۸۵
<u>جنس</u>		<u>نوع شغل</u>	
زن	(۵۱/۳)۳۰۸	کارمند	(۱۵) ۹۰
مرد	(۴۸/۷)۲۹۲	خانه دار	(۴۲/۸)۲۵۷
		شاغل غیر کارمند	(۲۴)۱۴۴
		بازنشسته	(۱۵/۸)۹۵
		بیکار	(۲/۳)۱۴
<u>وضعیت تاهل</u>		<u>نوع درمان دیابت</u>	
مجرد	(۸/۸)۵۳	خوراکی	(۵۴/۲)۳۲۵
متاهل	(۹۱/۲)۵۴۷	انسولین درمانی	(۳۶/۷)۲۲۰
		هر دو	(۹/۲)۵۵
<u>سابقه ابتلا به دیابت</u>		<u>HbA1c (درصد)</u>	
دارد	(۲۸/۸)۱۷۳	کمتر از ۷	(۶)۳۶
ندارد	(۷۱/۲)۴۲۷	۷-۸/۵	(۷۳/۷)۴۴۲
		بالاتر از ۸/۵	(۲۰/۳)۱۲۲
<u>سالهای سپری شده با دیابت</u>		<u>میزان درآمد خانوار</u>	
تا ۵	(۵۷/۷)۳۴۶	پایین	(۱۵/۲)۹۱
۵-۱۰	(۲۸/۸)۱۷۳	متوسط	(۳۶/۷)۴۴۴
بالاتر از ۱۰	(۱۳/۵)۸۱	خوب	(۱۰/۸) ۶۵

نتایج مدل رگرسیون لجستیک نیز نشان داد شانس شدید بودن مانع ارتباط با کارکنان سلامتی در گروه با سالهای ابتلا به دیابت ۵-۱۰ سال ۰/۳۸ برابر، در افراد با سالهای ابتلا به دیابت بیش از ۱۰ سال، ۱/۳۲ برابر گروه با سالهای ابتلا زیر ۵ سال بود. این نسبت شانس در گروه با سابقه ۵-۱۰ سال معنی دار بوده ($p=0/004$) و در شدید بودن مانع ارتباط با افراد حرفه ای حوزه دیابت تاثیر معنی داری داشت.

در ادامه تجزیه و تحلیل اطلاعات موانع ارتباط با افراد حرفه ای حوزه دیابت، از آنالیز رگرسیون لجستیک استفاده گردید که در آن متغیر وابسته موانع ارتباط با افراد حرفه ای حوزه دیابت که گروه با موانع شدید با کد یک و گروه با مانع خفیف و متوسط کد صفر تعیین گردید. نتایج این آنالیز در جدول شماره ۲ آمده است.

جدول شماره ۲. مدل رگرسیون لجستیک به منظور عوامل موثر در موانع ارتباط کارکنان سلامتی و بیماران دیابتی در افراد مورد مطالعه (تعداد=۶۰۰)

فاصله اطمینان (CI) ۹۵٪		نسبت شانس (OR)	سطح معنی داری (P-value)	خطای معیار (SE)	ضریب رگرسیون (B)	متغیرهای مستقل باقیمانده در مدل رگرسیون
حد بالا	حد پایین					
۱/۰۶۶	۰/۳۸۶	۰/۶۴۲	۰/۰۸	۰/۲۵۹	-۰/۴۴۳	جنس مرد زن
-	-	۱	-	-	-	
۰/۷۳۹	۰/۲۰۵	۰/۳۸۹	۰/۰۰۴	۰/۳۲۸	-۰/۹۴۴	سالهای سپری شده با دیابت ۵-۱۰
۲/۲۴۶	۰/۷۱۵	۱/۳۲۷	۰/۳۷	۰/۳۱۶	۰/۲۸۳	بیش از ۱۰ کمتر از ۵
-	-	۱	-	-	-	
۱/۲۷	۰/۴۱	۰/۷۲۱	۰/۲۵	۰/۲۸۸	-۰/۳۲۷	وضعیت شغلی غیر شاغل شاغل
-	-	۱	-	-	-	
۱/۸۹	۰/۳۰۹	۳/۷۵۶	۰/۵۶	۰/۴۶۳	-۰/۲۶۸	سطح تحصیلات بیسواد
۲/۱۲	۰/۵۱۲	۱/۰۴۲	۰/۹	۰/۳۶۳	۰/۰۴۱	زیردیپلم
۱/۱۰۵	۰/۲۷	۰/۵۴۶	۰/۰۹	۰/۳۵۹	-۰/۶۰۴	دیپلم
-	-	۱	-	-	-	دانشگاهی
۱/۶۱۷	۰/۳۳۷	۰/۷۳۸	۰/۴۵	۰/۴۰	-۰/۳۰۴	نوع درمان انسولین
۳/۳۱۱	۰/۶۵۳	۱/۴۷	۰/۴۷	۰/۴۱۴	۰/۳۸۵	هر دو
-	-	۱	-	-	-	خوراکی
۲/۰۹۴	۰/۷۴۹	۱/۲۵	۰/۴	۰/۲۶۲	۰/۲۲۵	گروه‌های سنی (سال) بالای ۶۵
-	-	۱	-	-	-	زیر ۶۵
۲/۷۷۲	۰/۷۶۵	۱/۴۵۶	۰/۲۵۳	۰/۳۲۸	۰/۳۷۶	وضعیت درآمدی نا مطلوب
-	-	۱	-	-	-	مطلوب
۳/۷۵۲	۰/۷۷۴	۱/۷۰۴	۰/۱۹	۰/۴۰۳	۰/۵۳۳	وضعیت تاهل متاهل
-	-	۱	-	-	-	مجرد
۳/۵۵۲	۰/۵۷۲	۱/۴۲۶	۰/۴۵	۰/۴۶۶	۰/۳۵۵	HbA1C ۷-۸/۵
۱/۳۷۸	۰/۴۹۶	۰/۸۲۷	۰/۴۷	۰/۲۶۱	-۰/۱۹۰	بالاتر از ۸/۵ کمتر از ۷
-	-	۱	-	-	-	

بحث و نتیجه گیری:

این مطالعه با هدف بررسی موانع ارتباط کارکنان سلامتی و تعیین عوامل موثر بر آن به عنوان مانعی در زندگی با دیابت در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام شد. نتایج مطالعه نشان داد که جنس، سالیهای ابتلا به بیماری دیابت، سطح تحصیلات، نوع درمان، وضعیت شغلی، گروههای سنی، وضعیت درآمد، وضعیت تاهل و HbA1C با مانع ارتباط با افراد حرفه ای حوزه دیابت ارتباط آماری معنی داری دارند.

از طرف دیگر نتایج مدل رگرسیون لجستیک نشان داد شانس شدید بودن مانع ارتباط با افراد حرفه ای حوزه دیابت در گروه با سالیهای ابتلا به دیابت ۵-۱۰ سال ۰/۳۸ برابر، در افراد با سالیهای ابتلا به دیابت بیش از ۱۰ سال، ۱/۳۲ برابر گروه با سالیهای ابتلا ۵ سال است. این نسبت شانس در گروه با سابقه ۱۰-۵ سال معنی دار است و در شدید بودن مانع ارتباط با افراد حرفه ای حوزه دیابت تاثیر معنی داری دارد. در این راستا، مطالعه Ross (۲۰۱۱) و مطالعه Tan (۲۰۱۱) در مورد ارتباط بیمار-پزشک و نتیجه آن در پیامدهای بیماری دیابت نشان داد که ناتوانی مراقبین برای آموزش و پاسخ به سوالات در مورد خطرات و فواید درمان انسولین با تبعیت پایین بیماران همراه است. ارتباط نامطلوب هم در درمان غیر موثر انسولین دارای اهمیت است. بر عکس، بهبود ارتباط بین بیماران و مراقبین در بهبود شاخص کنترل دیابت موثر است. این مطالعه پیشنهاد می کند با توجه به اینکه تغییرات نوآورانه می تواند در کاهش این مانع تاثیر داشته باشد، بهبود ارتباط بیمار-مراقب هم یک رویکرد قدرتمند است و در زمان درمان قابل ارائه می باشد (۱۶). در این مطالعه ارتباط با افراد کلیدی تنها با سالیهای ابتلا به بیماری ارتباط داشت به طوری که افراد با سابقه ابتلا بالاتر شانس مانع ارتباطی بیشتری داشتند. توجه این امر می تواند از دو نظر قابل بحث باشد. اول اینکه با افزایش سالیهای ابتلا حساسیت به درک بیمار توسط افراد حرفه ای کمتر شده و از سوی دیگر ممکن است خود فرد هم کمتر بابت دریافت کمک مراجعه نماید و بیمار احساس کند خود توانایی درک منابع مرتبط را دارد و شاید به نوعی فرسایش در ارتباط ایجاد شود اما لزوم ارتباط بهتر با بیماران در تمام مراحل بیماری اجتناب ناپذیر است.

به طور کلی هدف از برقراری ارتباط موثر پزشک-بیمار دسترسی به پیامد سلامتی و کنترل مطلوب در دیابت است. در این راستا مطالعه روز و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد که تعامل معنی داری بین خودکارآمدی بیمار و ارتباط پزشک در مورد کنترل قند خون نشان داد که هرچه ارتباط پزشک با بیمار قویتر می شد، خودپایشی بیماران نیز بهبود می یافت. این مطالعه نشان داد رفتارهای خود مدیریتی بیماران زمانی به بالاترین حد خود می رسد که خودکارآمدی بالای بیمار و ارتباط موثر و با کیفیت پزشک وجود داشته باشد. این مطالعه هشدار می دهد که پزشکانی

که به خودکارآمدی بیماران خود حساس هستند، ممکن است در امور بیماران خود مداخله کرده و نقش کنترلی را به دست گرفته و از خود مدیریتی بیماران بکاهند (۱۸). همچنین مطالعه ای توسط ویتزمن و همکاران (۲۰۰۹) با هدف بررسی نتایج مداخله ترکیبی از ارتباط بیمار-پزشک و پزشک به تنهایی نشان داد که میزان و نوع تعامل با پزشک به عنوان فرد متخصص در حوزه سلامت در ارتقاء شاخص های بالینی بیماران دیابتی بسیار موثر می باشد (۱۹). نکته دیگر که لازم به یادآوری است مشکلات ارتباطی در بیماران با افراد حرفه ای است که از مهمترین آنها بحث ارتباط زبانی می باشد و در بحث قومیت ها در بیماری دیابت مطرح می گردد.

مطالعه Bird و همکاران (۲۰۰۸) نشان داد که دسترسی به اطلاعات بهداشتی، مسئله زبان و خدمات بهداشتی عمده مشکلاتی بود که افراد با آن دست به گریبان بودند. این مطالعه پیشنهاد می کند که تمرکز بر موانع زبانی در ارتقاء دسترسی به دانش در مورد دیابت کمک کننده است و ارتباط با ارائه دهندگان مراقبت را تسهیل می نماید (۲۰). برقراری ارتباط موثر با بیماران از بعد دیگری هم اثر هم افزایی دارد و آن اینکه با بهبود ارتباط با افراد دیابتی حمایت درک شده آنان از مراقبین خود هم افزایش می یابد و باعث بهبود تبعیت بیمار از رژیم درمانی خود می گردد. آنچه مشخص است این که کمبود حمایت اجتماعی یکی از موانعی است که بیماران در زندگی با دیابت آن را لمس می کنند. همانطور که مشخص است این مساله عمده موانعی که بیماران با آن در زندگی خود مواجهه هستند را مطرح نموده و به نوعی با ابعاد موانع در مطالعه حاضر همخوانی دارد. مطالعه میسرا و همکاران (۲۰۰۷) نشان داد که در پذیرش بیماری، سطح دانش و معلومات، دشواری درک شده در تبعیت از رفتارها، کنترل قند خون و کیفیت زندگی تفاوت معنی داری وجود داشت. این نتایج به کارکنان حوزه سلامت کمک می کند تا با توجه به تفاوت های فرهنگی و قومی بیماران دیابتی، آنان را در برنامه های حمایتی و خودمدیریتی وارد نمایند (۲۱).

این مطالعه برای رفع موانع و دشواریهای زندگی با دیابت برنامه های حمایتی را مفید می داند. از محدودیت های مطالعه حاضر خودگزارشی بودن ابزار مطالعه و عدم توانایی تعمیم نتایج مطالعه به جامعه افراد دیابتی نوع ۲ می باشد.

تشکر و قدردانی:

این مقاله، گزارش بخشی از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی تهران (کد ۱۸۱۶۳) است که بدینوسیله نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران به دلیل حمایت مالی، از بیمارستانهای تابعه دانشگاه، به دلیل دادن مجوز انجام این مطالعه و از بیماران محترم به دلیل شرکت در این مطالعه اعلام می دارند.

References

1. Henry D, Bernard S. Life manner with diabetes. Trans. By Panahi A. Tehran; Javid: 1989 [in Persian]
2. Azizi F, Hatemi H, Janghorbani, eds. Epidemiology and Communicable disease control in Iran. Tehran: Eshtiagh publication; 2000.
3. Ghanbari A. Determination of model of effective factors on quality of life domains among type 2 diabetic patients. Journal of medicine faculty 2001; 10(37-8):82-9. [In Persian]
4. Snoek FJ, Pouwer F, Welch GW, Polowsky WH. Diabetes-related emotional distress in Dutch and US. Diabetic patients, Diabetes Care 2000; 23 (9): 1305-9.
5. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness, Milbank 1996; 74 (4) :511-44.
6. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. JAMA 2002; 288 (14) : 1775-1779 and ; 288(15), 1909-14.
7. Hearnshaw H, Lindenmeyer A. What do we mean by adherence to treatment or advice for living with diabetes? A review of the literature, Diabetes Med. 2005; 23: 720-8.
8. Vermeire E, Wens J, Van Royen P, Biot Y, Hearnshaw H, Lindenmeyer A. Interventions for improving adherence to treatment recommendations in people with type 2 diabetes mellitus . The Cochrane Database of Systematic Reviews 2008;1.
9. Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J, Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. J. Clin. Pharm. Ther. 2001; 26 (5): 331-42.
10. Polowsky W. Diabetes Burnout. Understanding and treating patients with diabetes burnout, in: B.J. Anderson, R.R. Rubin (Eds.), Practical Psychology for Diabetes Clinicians, American Diabetes Association. American Diabetes Association, Alexandria, VA, 2000.
11. Vermeire E, Van Royen P, Coenen S, Wens J, Denekens J. The adherence of type 2 diabetes patients to their therapeutic regimen: a qualitative study from the patient's perspective. Pract Diab Int. 2002; 20 (6): 209-14.
12. Vermeire E, Hearnshaw H, Ratsep A, Lévassieur G, Petek D, van Dam H, van der Horst F, Vinter-Repalust N, Wens J, Dale J, Van Royen P. Obstacles to adherence in living with type-2 diabetes. An international qualitative study using meta-ethnography (EUROBSTACLE), Primary Care Diabetes 2007;1: 25-33.
13. Shakibazadeh E, Larijani B, Rashidian A, Shojaezadeh D, Frozanfar MH. Comparison between perspectives of type 2 diabetes patients with diabetes workers about effective factors on self-care: An qualitative study. Iranian journal of diabetes and lipid 2007; 9(2): 142-51.
14. Beverly EA, Ritholz MD, Brooks KM, Hultgren BA, Lee Y, Abrahamson MJ, Weinger K. A Qualitative Study of Perceived Responsibility and Self-Blame in Type 2 Diabetes: Reflections of Physicians and Patients. J Gen Intern Med 2012; Sep;27(9):1180-7.
15. Campos C. Addressing Cultural Barriers to the Successful Use of Insulin in Hispanics with Type 2 Diabetes. Southern Medical Association 2007;812-20.
16. Ross SA, Tildesley HD, Ashkenas J. Barriers to effective insulin treatment: the persistence of poor glycemic control in type 2 diabetes. Curr Med Res Opin. 2011;27 Suppl 3:13-20.
17. Vandekerckhove M, Vermeire E, Weeren A, Van Royen P. Validation of the diabetes obstacles questionnaire to assess obstacle in living with type 2 diabetes in Belgian population. Primary care diabetes 2009;3:43-7
18. Rose V, Harris M, Ho MT, Jayasinghe UW. A better model of diabetes self-management? Interactions between GP communication and patient self-efficacy in self-monitoring of blood glucose. Patient Educ Couns 2009; 77(2): 260-5.
19. Weitzman S, Greenfield S, Billimek J, Tabenkin H, Schwartzman P, Yehiel E, Tandeter H, et al. Improving Combined Diabetes Outcomes by Adding a Simple Patient Intervention to Physician Feedback: A Cluster Randomized Trial. I Med Assoc J 2009;11(12):719-24 .
20. Bird SM, Wiles JL, Okalik L, Kilabuk J, Egeland GM. Living with diabetes on Baffin Island: Inuit storytellers share their experiences. Can J Public Health 2008; 99(1): 17-21
21. Misra R, Lagerb J. Ethnic and gender differences in psychosocial factors, glycemic control, and quality of life among adult type 2 diabetic patients. J Diabetes Complications 2009; 23(1): 54-64.

Communication between health workers and patients: An Effective Factor in Living With Diabetes

Tol A¹, Majlessi F^{*2}, Mohebbi B³, Rahimi Froshani A⁴

Submitted: 20.10.2012

Accepted: 30.1.2013

Abstract

Background: Establishing an effective communication between health team professionals and diabetic patients is an important issue in living with type 2 diabetes. This study was conducted to assess communication between health workers as an obstacle in living with diabetes among type 2 diabetic patients referring to affiliated hospitals of Tehran University of Medical Sciences.

Materials and Methods: This survey was a descriptive, analytic cross-sectional with 600 patients selected by a simple random method. Data were collected using a two part questionnaire including demographic information, health and disease related variables and HbA1C index (containing 10 questions) and communication of health workers with diabetic patients (containing 18 questions) which was measured by a five-level Likert scale [absolutely agree (5) to absolutely disagree (1)]. Validity and reliability of the questionnaire was verified. Questionnaires was filled by interview. SPSS software version 11.5 and descriptive statistical tests (mean and standard deviation) and inferential tests (chi-squared, logistic regression model) were used for data analysis. Level of significance was assumed to be less than 0.05.

Results: Mean and standard deviation of communication between health workers and patients as an obstacle were 56.78 ± 7.17 . Study results indicated that there were statistically significant relationships between sex ($p < 0.001$), disease duration ($p < 0.001$), level of education ($p < 0.001$), type of treatment ($p < 0.001$), occupation status ($p < 0.001$), age categories ($p < 0.001$), income status ($p < 0.001$), marital status ($p < 0.001$) and HbA1C index ($p < 0.001$) and communication with health care as an obstacle. In addition results of the logistic regression model showed that the ratio of intensity of health worker communication as an obstacle was 0.38 times in 5-10 years and 1.32 times in more than 10 years diabetic patients compared to patients with less than 5 years disease duration. This ratio was significant in the group of diabetic patients with 5-10 years disease duration ($p = 0.004$) and was effectively significant in intensity of health worker communication as an obstacle.

Conclusion: Study results indicated that several factors affect communication between health workers and patients and the factor of years diabetic duration is related to ratio of the intensity of communication as an obstacle which can be helpful due to the planning health improvement interventions.

Keywords: Communication, Health workers, living with diabetes, Obstacle, Type 2 diabetes, HbA_{1C} Index

1. Ph.D in Health Education and Promotion, Health Education and Promotion Department, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Professor, Health Education and Promotion Department, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding Author) dr_f_majlessi@yahoo.com, 021-88989134
3. MD, Assistant professor, Cardiology Department, School of Medicine, Shahid Hasheminejad Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. Associate professor and Member of Scientific Board, Epidemiology and Biostatistics department, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran