

تبیین موانع و مشوق‌های خودمراقبتی از دیدگاه بیماران مبتلا به دیابت شهر اردکان و ارایه دهندگان خدمت به آنان با استفاده از مدل بازاریابی اجتماعی

عباسعلی دهقانی تفتی^۱، سید سعید مظلومی محمودآباد^۲، محمدعلی مروتی شریف‌آباد^۳، سعید حسین خلیل‌زاده^۴،
حسن رضایی پندری^۵

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: دیابت شایع‌ترین بیماری مزمن در جهان است و عوارض ناشی از آن باعث تحمیل بار سنگین اقتصادی و کاهش کیفیت زندگی بیمار و خانواده وی می‌گردد. خودمراقبتی فرایند مهمی در کنترل بیماری دیابت محسوب می‌شود. از طرف دیگر، این امر هم برای پزشکان و هم برای بیماران بسیار دشوار است که قند خون را در حد مطلوب حفظ کنند و علت این امر به طور عمده وجود موانع سیستمی و فردی مراقبت از دیابت است. هدف این مطالعه، تبیین موانع و مشوق‌های خودمراقبتی بود.

روش: مطالعه حاضر به صورت کیفی انجام شد و در آن از روش بحث گروهی (سه جلسه برای بیماران و ارایه دهندگان خدمت به طور مجزا برای هر کدام) و مصاحبه فردی با ۲۵ نفر از بیماران و ۵ نفر از ارایه دهندگان خدمت به افراد مبتلا به دیابت (به غیر از افراد مورد مطالعه در بحث گروهی) تا اشیاع اطلاعات استفاده گردید و متن مصاحبه‌ها و جلسات بحث گروهی پس از پیاده‌سازی به روش تحلیل محتوا مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: طی فرایند تجزیه و تحلیل داده‌ها، دو درون‌مایه اصلی شامل موانع و مشوق‌های خودمراقبتی از دیدگاه بیماران مبتلا به دیابت و همچنین ارایه دهندگان خدمت به این افراد به صورت مستقل استخراج گردید که با توجه به آمیزه‌های الگوی بازاریابی اجتماعی در چهار درون‌مایه فرعی «محصول، مکان، قیمت و ترویج» خلاصه گردید و جامعه پژوهش علل مختلفی را برای انجام و یا عدم انجام خودمراقبتی در بخش‌های مختلف (ورزش، تغذیه، انجام به موقع آزمایش و مصرف صحیح داروهای کاهنده قند خون) بیان نمودند.

نتیجه‌گیری: تحلیل بازار در مراقبت از بیماران مبتلا به دیابت نشان داد، وجود برنامه جامع و سیستماتیک مراقبت از بیماران مبتلا به دیابت با تدوین پروتکل‌های درمانی برای متخصصین و پزشکان معالج بیماران در کنار ورزش و تحرک، توصیه‌های تغذیه‌ای و طب سنتی هنگامی اثربخشی بیشتری خواهد داشت که به صورت هماهنگ و متناسب با توان اقتصادی، توجه به عوامل محیطی، باورها و... در فرد مبتلا به دیابت صورت گیرد و همسو با ارتقای سطح سواد جامعه نیز باشد.

کلید واژه‌ها: دیابت، بازاریابی اجتماعی، خودمراقبتی، موانع و مشوق‌ها، مطالعه کیفی

ارجاع: دهقانی تفتی عباسعلی، مظلومی محمودآباد سید سعید، مروتی شریف‌آباد محمدعلی، سعیدحسین خلیل‌زاده، رضایی پندری حسن. تبیین موانع و مشوق‌های خودمراقبتی از دیدگاه بیماران مبتلا به دیابت شهر اردکان و ارایه دهندگان خدمت به آنان با استفاده از مدل بازاریابی اجتماعی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۳؛ ۳ (۴): ۳۳۰-۳۱۷.

تاریخ پذیرش: ۹۳/۹/۲

تاریخ دریافت: ۹۳/۷/۱۲

بیست و یکم می‌باشد و یکی از نتایج این تغییرات، دگرگونی در الگوی بیماری‌ها و شایع شدن بیماری‌های مزمن از جمله دیابت است (۱). بیماری دیابت به علت بار بالای بیماری،

مقدمه

صنعتی شدن و جهانی شدن همراه با افزایش طول عمر و تغییر در سبک زندگی مردم سراسر جهان از ویژگی‌های قرن

۱- دانشجوی دکتری، آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

۲- استاد، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

۳- دانشیار، گروه مبارزه با بیماری‌ها، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

۴- استادیار، گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

۵- کارشناس ارشد آموزش بهداشت، مرکز تحقیقات سلامت سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

ایجاد عوارض جبران‌ناپذیر، تحمیل هزینه‌های مستقیم و غیر مستقیم بر نظام سلامت و تأثیر فراوان بر کیفیت زندگی بیماران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. هزینه‌های مستقیم ناشی از این بیماری بین ۱۵-۲/۵ درصد کل بودجه بهداشتی کشورها را به خود اختصاص می‌دهد (۲). این بیماری علت اصلی رتینوپاتی (آسیب شبکیه)، نوروپاتی (اختلال اعصاب محیطی) و نفروپاتی (اختلال کلیوی) و عامل ۶۰ درصد موارد قطع پا (Amputation) محسوب می‌شود (۳، ۴). از طرف دیگر، خطر ابتلا به سکنه‌های قلبی، مغزی و مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی - عروقی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تا چهار برابر بیشتر از سایر بیماران است (۵).

یکی از علل پیشگیری و یا تعویق عوارض حاد و مزمن بیماری دیابت، شناسایی به موقع آن و مراقبت صحیح بیماران از خود جهت کنترل مؤثر و جلوگیری از پیشرفت بیماری است (۶). همچنین هر گونه کوتاهی در رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت می‌تواند منجر به افزایش عوارض ناشی از بیماری شود (۷). فدراسیون بین‌المللی دیابت (International Diabetes Federation یا IDF) توصیه می‌کند که بیماران برای کنترل مطلوب قند خون تدابیر خودمراقبتی شامل پیروی از یک رژیم غذایی سالم، مصرف منظم داروها، فعالیت ورزشی منظم و پایش قند خون را به کار گیرند (۸). مهم‌ترین عامل زمینه‌ساز مرگ و میر بیماران مبتلا به دیابت بر اساس بررسی‌های انجام شده، عدم انجام خودمراقبتی است (۹). خودمراقبتی فرایند فعالی است که بیماران مبتلا به دیابت برای کنترل مطلوب بیماری خود باید به صورت مستمر به انجام اندازه‌گیری قند خون یا ادرار، انجام فعالیت‌های منظم بدنی و مراقبت از پاها مبادرت ورزند. این فرایند شامل پیروی از رژیم غذایی مناسب، مصرف به موقع دارو و خودپایشی نیز می‌باشد (۱۰).

مطلوب نگهداشتن میزان قند خون اساس مراقبت از بیماری دیابت است و به طور چشمگیری از عوارض احتمالی آن می‌کاهد (۱۱). از طرف دیگر، هم برای پزشکان و هم برای بیماران کار بسیار دشواری است که قند خون خود را در حد مطلوب حفظ کنند و علت این امر به طور عمده وجود

موانع سیستمی و فردی مراقبت از دیابت می‌باشد (۱۲). برای شناخت بهتر این موانع، شناسایی عوامل دخیل در ضعف خودمراقبتی بیماران، طراحی برنامه‌های آموزش خودمراقبتی و همچنین برطرف نمودن موانع احتمالی و استفاده از مدل‌های آموزش بهداشت متناسب با گروه هدف ضروری است. برای شناخت بیشتر و همچنین تعیین دقیق‌تر نیازهای مخاطبین، مدل بازاریابی اجتماعی توصیه شده است. فعالان عرصه سلامت از اواسط دهه ۸۰ میلادی به طور جدی وارد این حوزه شدند و Richard Manoff (به نقل از Birkinshaw) در سال ۱۹۸۵ با ذکر جزییات استفاده از دیدگاه بازاریابی اجتماعی در حوزه سلامت، از آن به عنوان «رویکردی منظم و سازماندهی شده برای ارتقای سلامت عمومی و ارتباطات» یاد کرد (۱۳).

مهم‌ترین مسئولیت بازاریابان اجتماعی در حوزه سلامت، اطمینان از این است که آن‌چه در نهایت به شکل مداخله بیان می‌شود، نیازها و خواسته‌های مرتبط با سلامت را در مشتری برآورده سازد (۱۴). بازاریابی اجتماعی به طور گسترده در جهت تأثیرگذاری بر رفتارهای بهداشتی استفاده می‌شود و از نظریه‌های رفتاری، تشویقی یا ترغیبی و مواجهه به منظور تغییر در رفتار سوء و مضر بهداشتی استفاده می‌کند (۱۵) و به طراحان این امکان را می‌دهد تا به صورت عینی تمامی مشکلات بهداشتی را ارزیابی کرده، مشخص سازند که کدام یک از آن‌ها برای پرداختن، مناسب‌ترین است (۱۵-۱۳). برای موفقیت در بازاریابی اجتماعی باید اصول چهارگانه (۴P) مورد توجه قرار گیرد. محصول (Product) یا فرآورده یا رفتاری که می‌تواند به بهبود و ارتباطات منجر شود، ارزش و بهای محصول که باید مخاطب بپردازد (Price)، مکان (Place) جاهایی که از طریق آن‌ها اطلاعات و آموزش در زمینه ایده یا رفتار به مشتریان می‌رسد و ترویج (Promotion) یعنی استفاده از مجموعه تبلیغات، روابط عمومی، حمایت‌های رسانه‌ای، ارتباطات مردمی و فعالیت‌های مشابه که محور آن‌ها خلق نیاز و تداوم آن برای استقبال از محصول یا خدمت موردنظر توسط مشتری است (۱۵).

بازاریابان اجتماعی در بعضی موارد باید گروه‌هایی را که

روی مخاطبین تأثیر دارند، شناسایی نمایند. از جمله این گروه‌ها می‌توان به همسران، والدین، سیاست‌گذاران، پزشکان و وکلا اشاره کرد (۱۶). جهت بررسی عمیق و همه‌جانبه پدیده‌های اجتماعی در گروه‌های مختلف، استفاده از تحقیق کیفی توصیه می‌شود (۱۷). در تحقیقاتی که اطلاعات مدون و سیستماتیک قبلی وجود ندارد و ماهیت پدیده به گونه‌ای است که از طریق روش‌های کمی مرسوم قادر به کشف همه نکات و جزئیات آن نمی‌توان شد، تحقیق کیفی کمک شایانی به بررسی واقعی و همه‌جانبه پدیده موردنظر می‌نماید (۱۸). پژوهش کیفی در فراهم آوردن مؤلفه‌های کلی قابل تعمیم برای برنامه‌بازاریابی اجتماعی ارزشمند است. شیوه‌های کیفی می‌توانند عمق بیشتری داشته باشند. این شیوه‌ها به بازاریاب اجازه می‌دهند به مخاطب هدف نزدیک و با او خودمانی شود تا بفهمد که او کیست، به چه می‌اندیشد، چه چیز او را نگران می‌کند و ... (۱۴). از آنجایی که تجربیات و دیدگاه‌های افراد به درستی قابل تبدیل به کمیت نیست و این مطالعه در کل به بررسی عمیق دیدگاه‌ها، نیازها، خواسته‌ها و تجارب مرتبط با یک موضوع (موانع و مشوق‌های خودمراقبتی از دیدگاه بیماران مبتلا به دیابت) پرداخت، جهت جمع‌آوری داده‌ها روش تحقیق کیفی به سبب فراهم نمودن درک کامل‌تر و جامع‌تر نسبت به این پدیده‌ها انتخاب گردید. با عنایت به موارد ذکر شده و با توجه به این‌که مطالعات محدودی در این زمینه انجام گرفته است و همچنین اهمیت مطالعات کیفی در کشف مفاهیم و اطلاعات پیرامون یک موضوع به صورت دقیق و عمیق و جهت بررسی دقیق‌تر رفتارهای خودمراقبتی دیابت، این مطالعه به صورت کیفی و با هدف تبیین موانع و مشوق‌های خودمراقبتی از دیدگاه بیماران مبتلا به دیابت شهر اردکان و ارائه دهنندگان خدمت به آنان و با استفاده از چارچوب بازاریابی اجتماعی انجام گرفت.

روش

مطالعه حاضر به صورت کیفی انجام شد و جهت جمع‌آوری اطلاعات از روش بحث گروهی و مصاحبه فردی با بیماران مبتلا به دیابت و ارائه دهنندگان خدمت به آن‌ها در سه مرحله استفاده

گردید. در مرحله اول برای پی بردن به موانع و مشوق‌های خودمراقبتی از دیدگاه بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، ۲۵ بیمار مبتلا به دیابت که در مراکز بهداشتی-درمانی اردکان دارای پرونده بودند و توانمندی بیشتری برای شرکت در بحث داشتند (توانمندی از لحاظ جسمی و روحی و این‌که برای شرکت در بحث دچار مشکل یا بیماری جسمی و روحی نبودند و قادر بودند در جلسات به صورت فعال حضور و مشارکت داشته باشند)، با روش نمونه‌گیری هدفمند و آسان انتخاب و از طریق ارسال دعوت‌نامه رسمی از سوی مراکز بهداشتی-درمانی توسط رابطین بهداشتی به جلسات دعوت شدند. پس از تکمیل فرم رضایت آگاهانه و ارائه توضیحات کافی در مورد اهداف پژوهش به آنان، بحث گروهی در سه جلسه صورت پذیرفت. جهت جمع‌آوری داده‌های مربوط به بیماران مبتلا به دیابت در این جلسات، از پرسش‌نامه نیمه ساختار یافته (راهنمای مصاحبه نیمه ساختار یافته) و سؤالات آمیزه‌های بازاریابی اجتماعی (۴P) استفاده شد. مفاد پرسش‌نامه برای هر دو گروه مورد بررسی یکسان و سؤالات آمیزه‌های بازاریابی اجتماعی نیز توسط متخصصین غدد و آموزش بهداشت تأیید شده بود.

پس از انجام هماهنگی‌های لازم، اولین جلسه بحث گروهی با حضور ۸ نفر به مدت ۲ ساعت و ۱۵ دقیقه و دومین جلسه بحث گروهی با حضور ۹ نفر از بیماران به مدت ۱ ساعت و ۳۰ دقیقه در شبکه بهداشت و درمان اردکان برگزار شد و با توجه به این‌که مطالب جدیدی توسط شرکت کنندگان ارائه گردید، جلسه سوم نیز به مدت ۲ ساعت و ۳۰ دقیقه با حضور ۸ نفر و در همان مکان برگزار گردید. مباحث این جلسات با اطلاع و کسب اجازه از شرکت کنندگان ضبط می‌شد و پس از پیاده‌سازی و تجزیه و تحلیل، برای دستیابی به هدف پژوهش در جلسه بحث گروهی با ارائه دهنندگان خدمت که هدف دیگر پژوهش بود، به عنوان چارچوب بحث مورد استفاده قرار می‌گرفت و در واقع مطالب هر جلسه هدایتگر بحث جلسه بعدی بود. در مرحله دوم برای پی بردن به هدف دیگر پژوهش (دیدگاه ارائه دهنندگان خدمت به افراد مبتلا به دیابت)، دو جلسه بحث گروهی با حضور ۹ نفر از متخصصین و مسؤولین ارائه دهنده خدمت به

بیماران مبتلا به دیابت و در مجموع به مدت ۳ ساعت و ۳۰ دقیقه تشکیل گردید (جلسه اول با ۴ نفر و به مدت ۲ ساعت و جلسه دوم بحث گروهی با حضور ۵ نفر از ارایه دهندگان خدمت به مدت ۱ ساعت و ۳۰ دقیقه در مرکز بهداشت اردکان برگزار شد).

در جلسه بحث گروهی با ارایه کنندگان خدمت پیشنهاد شد که به منظور تکمیل شدن داده‌های به دست آمده، با چند بیمار جدید مصاحبه اختصاصی انجام شود. در مرحله سوم ۲۰ بیمار مبتلا به دیابت (که در مرحله اول شرکت نداشتند) توسط محقق و بر اساس اطلاعات مرحله اول و دوم مورد مصاحبه اختصاصی قرار گرفتند. مصاحبه اختصاصی با هر یک از افراد به مدت ۴۰-۱۵ دقیقه طول کشید. پس از برگزاری سومین مرحله، اطلاعات جدیدی به دانسته‌ها اضافه نشد و کد جدیدی به دست نیامد و محقق به اشباع رسید. لازم به ذکر است که در ابتدای هر جلسه بحث گروهی و مصاحبه فردی، هدف پژوهش و حق افراد نسبت به شرکت در مطالعه و یا امتناع از آن در هر زمانی از بررسی برای آزمودنی‌ها توضیح داده شد. در مورد محرمانه بودن داده‌ها نیز اعتماد آنان کسب شد که مطالب ارایه شده به صورت کدهای فاقد مشخصات فردی است. همه مباحث و مکالمات مربوط به هر یک از جلسات بحث گروهی و مصاحبه‌های فردی با اطلاع و اجازه شرکت کنندگان ضبط و بعد از پیاده‌سازی بر روی کاغذ نوشته و در نهایت تجزیه و تحلیل می‌شد.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، روش تحلیل محتوای کیفی از نوع هدایت شده (جهت‌دار) (Directed) مورد استفاده قرار گرفت. تحلیل محتوا روشی جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها برای تفسیر داده‌های متنی از طریق فرایند طبقه‌بندی سیستماتیک، کدگذاری و شناسایی درون‌مایه‌ها و الگوها می‌باشد. تحلیل محتوای کیفی تکنیکی است که به صورت سیستماتیک به تحلیل متون می‌پردازد. هدف از تحلیل محتوا، طبقه‌بندی اطلاعات به دست آمده از نسخ مصاحبه‌ها، پروتکل‌های مشاهدات و داده‌های به دست آمده از نوارهای ویدئو ... است. تحلیل محتوا با شناسایی سؤالات تحقیق و انتخاب شرکت کنندگان در مطالعه آغاز می‌شود و پس از آن

ضروری است که متن به طبقات محتوایی معقولی کدگذاری گردد. هر گاه از یک تئوری یا چارچوب و یا از مطالعات قبلی در زمینه پدیده موردنظر استفاده شود، تحلیل محتوا از نوع جهت‌دار خواهد بود (۱۹، ۱۸). برای اطمینان از اعتبار یافته‌ها، محقق زمان کافی جهت جمع‌آوری داده‌ها در نظر گرفت و با مرور مکرر داده‌ها و از طریق ارتباط مستمر با بیماران و ارایه دهندگان خدمت به آنان، درگیری طولانی مدت خود را حفظ نمود تا درک بهتری از آن‌ها به دست آورد. تلاش شد تا با تلفیق روش جمع‌آوری (بحث گروهی و مصاحبه) و منابع داده‌ها و حداکثر تنوع نمونه (بیماران و ارایه دهندگان خدمت)، اعتبار داده‌ها تضمین گردد. برای تأیید بیشتر محتوای استخراج شده، تعدادی از مصاحبه‌های کدبندی شده جهت بازنگری مجدد به مشارکت کنندگان بازگشت داده شد. قابلیت اطمینان یافته‌ها از طریق بازنگری همکاران و اعضای تیم تحقیق مورد بررسی قرار گرفت. برای تضمین قابلیت تصدیق، محقق سعی نمود که پیش فرض‌های خود را تا حد امکان در روند جمع‌آوری داده‌ها و تجزیه و تحلیل آن دخالت ندهد.

کدگذاری اولیه با استفاده از کدهای از پیش تعیین شده و با استفاده از آمیزه‌های الگوی بازاریابی اجتماعی و نظریه متخصصین صورت گرفت و داده‌ها با مشورت متخصصین تحلیل و کدگذاری شد. کدهای اولیه قبل از قرارگیری در طبقات توسط مصاحبه شونده‌ها کنترل گردید و برای تأمین قابلیت تأیید نحوه کدگذاری داده‌ها در طبقات بازاریابی اجتماعی از روش بازنگری ناظرین (متخصصین غدد و آموزش بهداشت) استفاده شد؛ به این صورت که محققین کدهای استخراج شده را ابتدا به شرکت کنندگان بازگشت دادند تا صحیح بودن برداشت‌های محققین از صحبت‌های آنان مورد تأیید قرار گیرد. سپس کدها را در طبقاتی مبتنی بر آمیزه‌های بازاریابی اجتماعی قرار داده، به متخصصین غدد و آموزش بهداشت ارایه نمودند تا از نحوه قرارگیری کدها داخل طبقات و این‌که آیا هر کد در داخل طبقه مناسب قرار گرفته است یا خیر؛ اطمینان حاصل گردد.

تحلیل داده‌ها منجر به استخراج ۷۸ کد اولیه شد و همه آن‌ها با توجه به هدف پژوهش در دو درون‌مایه اصلی «موانع خودمراقبتی» و «مشوق‌های خودمراقبتی» و بیشتر آن‌ها در چهار

درون‌مایه فرعی (چهار آمیزه بازاریابی اجتماعی) قرار داده شد که نمونه کدگذاری صحبت‌های بیماران مبتلا به دیابت در جدول ۱ و نمونه کدگذاری موارد مطرح شده توسط ارایه دهندگان خدمت به افراد مبتلا به دیابت در جدول ۲ آمده است.

جدول ۱. خلاصه نقل قول‌های بیماران مبتلا به دیابت در مورد موانع خودمراقبتی با استفاده از مدل بازاریابی اجتماعی

نقل قول از بیماران	کد	درون‌مایه فرعی	درون‌مایه اصلی
«هر غذایی که دکترها می‌گویند می‌خورم، ولی قند خونم پایین نمی‌آید» «برادرم با ورزش مرتب هم وزن بدنش متعادل شد و هم قند خونس را کنترل نمود. من هم با توصیه او همین کار را می‌کنم» «میزان قند خود را با دستگاه تست خون در منزل کنترل می‌کنم، ولی درست نشان نمی‌دهد»	ناامیدی فرد از اثربخشی خودمراقبتی عمل به توصیه	ترویج	موانع
«من برای کنترل قند خون فقط به گفته‌های پزشک خودم عمل می‌کنم تا حالا هم مشکلی نداشتم» «می‌خواهم مطابق نظر پزشکم تغذیه خاص دیابت را رعایت کنم، ولی تهیه غذای خاص هزینه اضافی برای خانواده دارد» «اندازه‌گیری مرتب قند خون با دستگاه تست خون شخصی پول زیادی نمی‌خواهد»	مشکل اندازه‌گیری قند خون با دستگاه تست شخصی مؤثرتر بودن پزشک مشخص و خاص برای خودمراقبتی هزینه‌بر بودن تهیه رژیم دیابتی	محصول	موانع
«ورزش برای زنان چاق و مبتلا به دیابت خیلی خوب است، ولی خانم‌ها که نمی‌توانند در همه جا ورزش کنند» «به هنگام مسافرت به یزد به همراه فامیل به پارک ویژه بانوان می‌رویم و راحت ورزش می‌کنیم»	عدم وجود محیط مناسب برای ورزش بانوان مناسب بودن محل‌های ویژه بانوان برای انجام ورزش	هزینه	موانع
	مکان	مکان	موانع
	مکان	مکان	مشوق

جدول ۲. خلاصه نقل قول‌های ارایه دهندگان خدمت به بیماران مبتلا به دیابت در مورد موانع خودمراقبتی با استفاده از مدل بازاریابی اجتماعی

نقل قول‌ها	کد	درون‌مایه فرعی	درون‌مایه اصلی
«دیدگاه برخی از همکاران پزشک برای خودمراقبتی دیابت متفاوت است. بنابراین بیماران با تناقض مواجه می‌شوند» «آموزش پیاده‌روی و ورزش ساده را که باعث می‌شود وزن بدن و همچنین قند خون افراد مبتلا به دیابت متعادل شود، توصیه می‌کنم» «برخی از افراد مبتلا به دیابت نمی‌توانند قند خود را با دستگاه تست خون در منزل کنترل کنند» «داشتن قوطی‌های مخصوص مصرف به هنگام قرص برای بیماران مبتلا به دیابت خوب است» «من برای تهیه انسولین با مشکل مالی مواجه هستم» «اندازه‌گیری مرتب قند خون توسط آزمایشگاه پول زیادی نمی‌خواهد؛ اگر بیمه آن را پرداخت کند» «به علت نبودن پروتکل مراقبت از بیماران مبتلا به دیابت، همه پزشکان عمومی در مراکز بهداشتی- درمانی این کار را انجام نمی‌دهند» «اگر پزشک خانواده اجرا شود، دسترسی بیمار به پزشکش تسهیل می‌شود؛ چرا که مراقبت بیماری دیابت در بسته خدمتی آنان هست»	تناقض در توصیه‌ها و آموزش‌های پزشکان در خودمراقبتی توصیه ارایه دهندگان خدمت به تحرک و ورزش ناتوانی افراد مبتلا به دیابت در کنترل قند خون با دستگاه تست شخصی وجود امکانات مناسب برای خودمراقبتی بیشتر هزینه‌بر بودن تهیه داروی کاهنده قند خون در کنترل دیابت توسعه خدمات بیمه‌ای در کنترل دیابت عدم انجام برنامه مراقبت بیماران مبتلا به دیابت در همه مراکز بهداشتی- درمانی تسهیل در امر دسترسی بیماران مبتلا به دیابت برای کنترل بیماریشان	ترویج	موانع
	ترویج	ترویج	مشوق
	محصول	محصول	موانع
	محصول	محصول	مشوق
	هزینه	هزینه	موانع
	هزینه	هزینه	مشوق
	مکان	مکان	موانع
	مکان	مکان	مشوق

مشوق‌ها)، پنج درون‌مایه فرعی (محصول، قیمت، مکان و ترویج به عنوان آمیزه‌های مدل بازاریابی اجتماعی و باورها به عنوان یک بعد جدید) و کدهای مختلف بود که در جداول ۳، ۴ و ۵ طبقه‌بندی شده است. ارایه دهندگان خدمت به افراد مبتلا به دیابت در مجموع ۹ نفر (۲ متخصص غدد، ۱ متخصص داخلی، ۴ پزشک عمومی و ۲ کارشناس) بودند. در این پژوهش از نظرات ۳ متخصص آموزش بهداشت هم استفاده گردید.

یافته‌ها

مطالعه حاضر به صورت کیفی انجام شد. در مجموع ۴۵ بیمار وارد پژوهش شدند که ۲۷ زن و ۱۸ مرد با طیف سنی ۳۲-۶۱ سال و سطح تحصیلات ابتدایی تا دانشگاهی بودند. بیماران علل مختلفی را برای انجام و یا عدم انجام خودمراقبتی در بخش‌های مختلف (ورزش، تغذیه، انجام به موقع آزمایش و همچنین مصرف صحیح داروهای کاهنده قند خون) بیان نمودند که شامل دو درون‌مایه اصلی (موانع و

جدول ۳. خلاصه درون‌مایه‌های مربوط به پاسخ بیماران مبتلا به دیابت و ارایه دهندگان خدمات در مورد موانع خودمراقبتی با استفاده از مدل بازاریابی اجتماعی

مشتری	کدها	
درون‌مایه اصلی	درون‌مایه فرعی	از دید بیماران
محصول	اجبار به خوردن مرتب داروهای خوراکی تا پایان عمر سخت بودن تزریق مرتب و همیشگی انسولین تعارض رژیم غذایی بیمار با رژیم غذایی خانواده تجویز متناقض دارو توسط پزشکان برای کنترل دیابت	از دید متخصصین و پزشکان مرکز دیابت و مسؤولین شبکه بهداشت و درمان
قیمت	هزینه بالای تهیه دارو هزینه بالای رعایت رژیم غذایی نداشتن وقت برای ورزش کردن مرتب گران بودن هزینه آزمایشگاه و کیت تست‌های شخصی	تأمین تغذیه خاص برای افراد مبتلا به دیابت در کنار غذای اصلی خانوار فقدان خدمات تخصصی برای عوارض دیابت مثل عوارض چشمی- پای دیابتی و... مهم است نداشتن مهارت‌های کنترل استرس در افراد مبتلا به دیابت بالا بودن پرداخت از جیب بیماران مبتلا به دیابت به صورت دراز مدت برخی از افراد مبتلا به دیابت فاقد پوشش بیمه یا بیمه مکمل هستند هزینه‌بر بودن تهیه وسایل ورزشی در منزل تأمین غذای ویژه افراد مبتلا به دیابت به صورت دراز مدت هزینه اضافی دارد
موانع خودمراقبتی	انجام	فقدان بیمارستان یا کلینیک تخصصی ویژه افراد مبتلا به دیابت خدمات درمانی مناسب افراد مبتلا به دیابت در همه مراکز بهداشتی- درمانی ارایه نمی‌شود همه افراد مبتلا به دیابت دسترسی آسان به آزمایش و مراقبت‌های دورمای بیماری ندارند
مکان	مکان	نبودن محل مناسب برای ورزش بانوان نبودن داروخانه و یا درمانگاه در نزدیکی محل زندگی نبودن مطب برخی از متخصصین دیابت در شهر محل سکونت
ترویج	آموزش‌های ضد و نقیص پزشکان و کارکنان بهداشتی برای خودمراقبتی دیابت نداشتن مهارت لازم برای انجام خودمراقبتی تبلیغات متنوع و متضاد برای کنترل وزن بدن عدم خودمراقبتی پیامد نومی‌دی افراد مبتلا به دیابت در اثر افزایش سن و آشکار شدن برخی از عوارض بیماری	اختلاف نظر همکاران پزشک در مراقبت و آموزش افراد مبتلا به دیابت تبلیغات غیر علمی و متضاد برخی رسانه‌ها برای دستگاه‌های تشخیص قند خون تبلیغات غیر علمی فروشندگان مواد غذایی ویژه افراد مبتلا به دیابت

جدول ۴. خلاصه درون‌مایه‌های مربوط به پاسخ بیماران مبتلا به دیابت و آرایه دهندگان خدمات در مورد مشوق‌های خودمراقبتی با استفاده از

مدل بازاریابی اجتماعی

مشتری	کدها
درون‌مایه اصلی	از دید بیماران
درون‌مایه فرعی	از دید پزشکان مرکز دیابت و مسؤولین شبکه بهداشت و درمان
محصول	وجود برنامه جامع (پروتکل) درمانی برای بیماران مبتلا به دیابت راهنمای بالینی (Guideline) مورد تأیید متخصصین برای استفاده پزشکان عمومی و بر حسب مورد متخصصین وجود مواد غذایی با برچسب کالری برای تنظیم دریافت کالری روزانه توسط افراد مبتلا به دیابت
قیمت	توانایی پرداخت هزینه‌های مربوط به برخی از موارد خودمراقبتی متناسب بودن هزینه فرانشیز دارو با توجه به پرداخت بیمه هزینه‌بر نبودن بعضی کارها مثل کنترل وزن، معاینه پاها، معاینه چشم و...
مشوق‌های انجام خودمراقبتی	وجود داروخانه در نزدیکی محل سکونت دسترسی آسان به پارک و ایستگاه ورزشی برای انجام مرتب ورزش وجود وسیله ورزشی خانوادگی در منزل برای ورزش داشتن وسیله تست قند خون در منزل دسترسی آسان به بیمارستان و درمانگاه برای گرفتن خدمات
مکان	ثابت بودن پزشک معالج و مشاوره همیشگی و آسان عدم توجه بیمار به حرف و حدیث‌های مطرح در مورد بیماری قند که مغایر با توصیه‌های علمی است همراهی و تشویق اعضای خانواده برای کنترل قند خون آموزش مناسب کارشناس تغذیه به بیمار در مورد رعایت رژیم غذایی و کنترل قند خون مشخص بودن زمان دقیق مصرف داروها برای موفقیت در کنترل قند خون
ترویج	ایجاد نگرش مثبت در بیماران برای دریافت خدمت از پزشکان عمومی و پرهیز از مراجعه بی‌مورد به متخصص و فوق تخصص آموزش هماهنگ و بر اساس راهنمای بالینی پزشکان عمومی برای درمان و آموزش خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت

جدول ۵. موانع و مشوق‌های خودمراقبتی غیر قابل جایگزینی در سازه‌های مدل بازاریابی اجتماعی

مشتری	کدها
درون‌مایه اصلی	از دید بیماران
درون‌مایه فرعی	از دید پزشکان مرکز دیابت و مسؤولین شبکه بهداشت و درمان
مانع	اعتقاد افراد مبتلا به دیابت به نقش فشارهای روحی- روانی زندگی در کنترل قند خون «خودم را در معرض کور شدن می‌بینم؛ چون مادرم به خاطر قند کور شد... این کارها دیگه برایم فایده‌ای ندارد»
مشوق	اعتقاد به خدا در کنار رعایت نکات خودمراقبتی باور به عدم ابتلا به عوارض بیماری دیابت با کنترل قند خون
باورهای معنوی	استفاده از آموزه‌های معنوی برای انجام خودمراقبتی بهره‌گیری از باور مردم برای استفاده از داروهای گیاهی (طب سنتی) در کنترل دیابت
باور صحیح	

بحث

در مطالعه کیفی حاضر که از طریق برگزاری بحث‌های گروهی و مصاحبه موردی انجام شد، موانع و مشوق‌های خودمراقبتی در بیماری دیابت نوع دو بر اساس چهار آمیزه اصلی بازاریابی اجتماعی (۴P) شناسایی گردید.

بعد محصول: آرایه خدمات غیر علمی و ناهماهنگ به افراد مبتلا به دیابت، فقدان بسته‌های خدمتی و دستورالعمل‌های مدیریت شده (یا راهنمای بالینی خدمات) به عنوان موانع جسمی و محدودیت‌های آن و تجارب موفق بیماران و آرایه دهندگان خدمت به آنان و امکانات و تسهیلات فراهم شده برای خودمراقبتی بیمار به عنوان مشوق شناسایی شدند. موانع جسمی به صورت مکرر توسط بیماران مطرح گردید و همگی آن را به عنوان مهم‌ترین عامل در خودمراقبتی و کنترل قند خون ذکر می‌کردند. Coonrod در مطالعه خود نشان داد مراقبت از بیماری دیابت به خصوص دیابت نوع دو تحت تأثیر موانع جسمی گزارش شده است (۲۰) که این امر معلول عوامل متعددی از جمله عدم تناسب آموزش‌های آرایه شده به بیمار با شرایط و امکانات او و یا تشخیص دیر هنگام بیماری و ابتلای فرد به عوارض و پیامدهای آن می‌باشد و موجب ایجاد روحیه یأس و ناامیدی و عدم رغبت برای انجام خودمراقبتی می‌شود. نوع درمان دریافتی نیز از عواملی بود که در انجام خودمراقبتی نقش داشت؛ بیمارانی که انسولین دریافت می‌کردند از افرادی که داروهای خوراکی کاهنده قند خون مصرف می‌کردند، مصمم‌تر به انجام خودمراقبتی بودند که این یافته با مطالعات عنبری و همکاران (۲۱)، Huisman و همکاران (۲۲) و بزی و همکاران (۲۳) همخوانی داشت.

به نظر می‌رسد پذیرش درمان در بیمارانی که انسولین دریافت می‌کنند، به علت ترس از عوارض بیماری بیشتر است و یا این که کمتر به عوارض جانبی داروهای خوراکی مبتلا می‌شوند، بنابراین برنامه‌های خودمراقبتی را جدی‌تر می‌گیرند. از طرف دیگر، خانواده و همکاران نیز بیماری آنان را جدی‌تر تلقی نموده، در حمایت و همراهی آنان مصمم‌تر هستند. کنترل روزانه قند خون، مصرف به موقع دارو، فعالیت فیزیکی

و تغذیه مناسب در افراد مبتلا به دیابت زمانی محقق می‌شود که زمینه انجام آن‌ها از هر نظر فراهم گردد و بیمار به انجام آن‌ها اعتقاد داشته باشد.

از موانع دیگر خودمراقبتی می‌توان به فراهم نبودن خدمات و یا عدم دسترسی مناسب بیماران مبتلا به دیابت برای گرفتن خدمات تخصصی اشاره کرد. مطالعه عنبری و همکاران در بررسی خودمراقبتی و عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلا به دیابت شهر خرم‌آباد نشان داد که میانگین نمرات خودمراقبتی بر اساس نوع درمان دریافتی و شبکه زندگی بیماران به طور معنی‌داری متفاوت است ($P < 0.05$) (۲۱) که این امر تا حدی مؤید پژوهش حاضر می‌باشد. بنابراین ادغام کامل برنامه مراقبت بیماری دیابت در نظام آرایه خدمت و سطح‌بندی خدمات درمانی موردنیاز افراد مبتلا به دیابت توصیه می‌شود تا مشخص گردد این افراد برای دریافت درمان موردنیاز به کجا مراجعه نمایند. یکی از موارد مهم در انجام خودمراقبتی، مشارکت خانواده بیمار و اطرافیان در برنامه مراقبت است. شرکت کنندگان در پژوهش حاضر اظهار کردند که مجبور هستند رژیم غذایی خود را هم‌رنگ سایر افراد خانواده کنند، به ویژه در جشن‌ها و میهمانی‌ها این گونه موارد محسوس‌تر می‌باشد. بنابراین آموزش رژیم غذایی مناسب به خانواده افراد مبتلا به دیابت توصیه می‌شود که این یافته با نتایج تحقیق مردانی و شهرکی (۲۴) و سایر منابع (۲۵) که آموزش به بیمار و خانواده وی عامل اصلی در درمان دیابت بود و به اندازه سایر درمان‌ها در اجرای رژیم درمانی مهم است، همسو می‌باشد.

با افزایش سن و گذشت زمان تشخیص بیماری، برخی از عوارض مزمن بیماری در فرد ظاهر می‌شود که منجر به یأس و ناامیدی در افراد مبتلا به دیابت برای کنترل بیماری آنان می‌گردد. این نکته مورد تأیید پزشکان معالج آنان نیز می‌باشد و این امر به عنوان مانع مهمی بر سر راه خودمراقبتی در افراد مبتلا به دیابت به ویژه در افرادی که مدت زمان بیشتری از تشخیص دیابت آنان گذشته است، می‌باشد. Parsian و Dunning در مطالعه‌ای گزارش کردند که زنان بیشتر از مردان به معنویت گرایش دارند و فعالیت‌های مذهبی را بیشتر

انجام می‌دهند. جوانانی که از تشخیص دیابت آنان مدت کمتری می‌گذشت، در نیازهای معنوی و فعالیت‌های معنوی نمره بالاتری را کسب کردند. در مطالعه آن‌ها ارتباط معنی‌داری بین سازگاری و معنویت مشاهده گردید و همچنین افرادی که خودآگاهی بیشتری داشتند، سازگاری بیشتری نیز کسب کردند. جوانانی که نمره بالاتری در معنویت کسب کرده بودند، به طور معنی‌داری سطح هموگلوبین A1C پایین‌تری داشتند. پژوهشگران در پایان به این نتیجه رسیدند که معنویت به عنوان عامل مهمی در سازگاری جوانان مبتلا به دیابت با موقعیت‌های تنش‌زا کمک کننده می‌باشد و باید به عنوان یک جنبه مهم در مراقبت از مبتلایان به دیابت مورد توجه قرار گیرد (۲۶). در بازاریابی اجتماعی محصول باید به گونه‌ای باشد که مشتری آن را بپذیرد و رضایت داشته باشد. بنابراین محقق پیشنهاد می‌کند که ارایه دهندگان خدمت به افراد مبتلا به دیابت باید متناسب با شرایط بیماران خود، بسته‌های خدمتی و مراقبت‌های لازم را با اعتقادات معنوی آنان همسو نمایند تا موفقیت بیشتری داشته باشند.

بعد قیمت: تنگنای اقتصادی و مشغله‌های روزمره‌ای که موجب انجام ندادن خودمراقبتی می‌شوند به عنوان مانع و توسعه خدمات و امکانات و تسهیل در امر دسترسی بیماران مبتلا به دیابت از طریق افزایش پوشش بیمه و حتی رایگان نمودن آن‌ها برای بیماران خاص، به عنوان مشوق برشمرده شد. به همین دلیل و با توجه به این‌که کشورهای کمتر توسعه یافته با محدودیت منابع مواجه هستند، پرداختن به موانع اقتصادی و اولویت‌بندی آن‌ها می‌تواند رضایت بیمار را جلب کند و زمینه انجام خودمراقبتی را افزایش دهد. غربالگری بیماری در جمعیت بالای ۳۰ سال موجب تشخیص زودرس بیماری شده، از بروز عوارض جلوگیری می‌نماید که به تبع آن بار اقتصادی ناشی از درمان و ازکارافتادگی افراد مبتلا به دیابت در کشور و به ویژه در بازه زمانی میان مدت کاهش می‌یابد و این امر سازمان‌های بیمه‌گر را نیز به تغییر رویکرد از پرداخت‌های پرهزینه در سطوح ۲ و ۳ درمان به امر پیشگیری و خودمراقبتی در سطح اول ارایه خدمت ترغیب می‌نماید. بعد مکان: مشکل دسترسی بیماران برای گرفتن خدمات

موردنیاز و یا انجام خودمراقبتی و تمرکز ارایه خدمت به افراد مبتلا به دیابت در یک مکان خاص، به عنوان مانع و در مقابل وجود وسایل و امکانات خودمراقبتی در منزل یا نزدیک محل سکونت و یا محل کار افراد مبتلا به دیابت، در کنار پتانسیل‌های موجود خدمات درمانی برتر به عنوان مشوق ذکر شد. ایجاد ایستگاه‌های ورزشی در کلان‌شهرها و در نظر گرفتن محل مناسب و یا پارک مخصوص بانوان (با توجه به شرایط فرهنگی جامعه) و ترغیب افراد مبتلا به دیابت به تحرک و ورزش زمینه را برای خودمراقبتی بیشتر آنان فراهم می‌آورد؛ در حالی که این موضوع برای شهرهای کوچک و روستاها کمتر مطرح می‌باشد.

وثوقی کرکزلو و همکاران (۲۷) در بررسی توان خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نتیجه گرفتند، محل سکونت از عوامل تأثیرگذار بر توان خودمراقبتی است؛ به طوری که واحدهای پژوهش ساکن شهر توان خود مراقبتی مناسب‌تری نسبت به ساکنین روستا داشتند. به عقیده Akyol و همکاران، ساکنین شهر در مقایسه با ساکنین روستا به علت دسترسی آسان به مراکز ارایه خدمات سلامتی، فرصت بیشتری برای کنترل و درمان دارند و در نتیجه سطح توان خودمراقبتی در آنان نسبت به ساکنین روستا بالاتر خواهد بود (۲۸). در پژوهش حاضر فقدان مراکز تخصصی و فوق تخصصی پیشگیری از عوارض بیماری دیابت مانند کلینیک پای دیابتی مورد تأکید ارایه دهندگان خدمت بود و بیماران نیز بر تسهیل در امر دسترسی آنان به خدمات مراقبتی تأکید داشتند.

بعد ترویج: برداشت‌های متفاوت از عوامل مرتبط با خودمراقبتی توسط بیماران و آموزش‌های غیر علمی و نامناسب به افراد مبتلا به دیابت توسط ارایه دهندگان خدمت، به عنوان مانع و اعتماد به نفس همراه با یادگیری خودمراقبتی و مقید بودن به انجام آن، درک بیمار توسط پزشک و ارایه آموزش متناسب با شرایط فرد به عنوان مشوق شناسایی گردید. توصیه و تجویزهای متناقض پزشکان و ارایه دهندگان خدمات به بیماران مبتلا به دیابت برای کنترل بیماریشان از جمله موانعی بود که بیماران اظهار می‌نمودند و متخصصین آموزش بهداشت و غدد و همچنین مسؤولین بیماری دیابت در

سطح شهرستان و استان بر آن صحنه گذاشتند.

از دید متخصصین و پزشکان ارایه دهنده خدمت به افراد مبتلا به دیابت، اختلاف نظر پزشکان در مراقبت و آموزش به این افراد به عنوان یک مانع در انجام خودمراقبتی آنان ذکر شده است که با مطالعه ضاربان و همکاران در تعیین پیشگویی کننده‌های خودمراقبتی و عوامل مؤثر بر آن در زاهدان که نتیجه گرفتند پزشک و پرستار مهم‌ترین راهنمای عمل بیماران مبتلا به دیابت است (۲۹) و با مطالعات مروتی شریف‌آباد و همکاران (۳۰) و کریمی و همکاران (۳۱) همخوانی دارد. بنابراین تدوین پروتکل درمانی و مراقبتی برای بیماران و آموزش آن در برنامه‌های آموزش مداوم برای جامعه پزشکی می‌تواند راهگشا باشد و این مانع را تا حدی کمرنگ نماید. بهره‌گیری از مدل بازاریابی اجتماعی و تحلیل مشتری در چارچوب بازاریابی اجتماعی و شناسایی گروه‌های مختلف مبتلا به دیابت، این امکان را به ارایه دهنده‌گان خدمت می‌دهد که برنامه‌های مراقبتی را متناسب با مخاطبین خود توصیه و آموزش دهند و از به کارگیری جملات تکراری و کلیشه‌ای در آموزش برای همه افراد مبتلا به دیابت پرهیز نمایند.

نتایج پژوهش حاضر در بحث‌های گروهی نشان داد که بیشتر افراد مبتلا به دیابت از آگاهی لازم برای انجام خودمراقبتی برخوردار نیستند و یا آموزه‌های متناقض و در بعضی موارد غیر علمی دارند که این یافته با پژوهش رضایی و همکاران در الیگودرز که ۲۰ درصد از افراد آگاهی ضعیف، ۷۶/۶ درصد آگاهی متوسط و ۳/۳ درصد آگاهی خوب داشتند (۳۲)، همخوانی دارد. توجه، آموزش و مساعدت به اطرافیان بیماران مبتلا به دیابت و همچنین ارایه دهنده‌گان خدمت به این افراد به ویژه نوجوانان مبتلا به دیابت از موارد بسیار ضروری است. باختاری بیان کرد که بهترین عامل تأثیرگذار بر سبک زندگی نوجوانان مبتلا به دیابت، حمایت‌های اجتماعی مانند حمایت خانواده، دوستان، معلمان و کادر بهداشتی-درمانی می‌باشد (۳۳).

لازم به ذکر است، مواردی در پژوهش حاضر شناسایی شد که در چهار طبقه یاد شده قرار نگرفت و به نظر می‌رسد باید

از سایر مدل‌های آموزش بهداشت به همراه مدل بازاریابی اجتماعی استفاده نمود و یا این که در همین مدل در تحلیل مخاطب و یا تحلیل کانال مورد توجه قرار گیرد. به عنوان نمونه بیماران مرد شرکت کننده در پژوهش تمایل کمتری به خودمراقبتی داشتند. اگرچه مرور مطالعات نشان داد که در برخی از موارد تفاوت معنی‌داری در میانگین خودمراقبتی بر حسب جنسیت وجود ندارد. در مطالعه عنبری و همکاران تفاوت معنی‌داری در میانگین نمرات خودمراقبتی بر حسب جنسیت وجود نداشت (۲۱)، اما نمرات خودمراقبتی در زنان مبتلا به دیابت مطالعه Farmer و همکاران به صورت معنی‌داری بالاتر از بیماران مرد بود (۳۴) که این امر باید در تحلیل مشتری و تقسیم مخاطبین برنامه‌های آموزشی و گیرندگان بسته‌های خدمتی مورد توجه قرار گیرد.

اعتقادات معنوی همراه با خودمراقبتی از جمله مواردی بود که بیماران به آن اشاره کردند. مطالعه Miles و Polzer با روش گراند تئوری و مشارکت ۲۹ زن و مرد آفریقایی-آمریکایی ۷۵-۴۰ ساله مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد و نتایج گزارش کرد که مفهوم اصلی مطالعه یعنی «خودمراقبتی» ارتباط تنگاتنگی با اعتقاد به خدا دارد و همچنین معنویت بیماران مبتلا به دیابت نقش اساسی در نحوه خودمراقبتی آن‌ها دارد (۳۵) که با یافته‌های مطالعه حاضر مطابقت دارد. مطالعه همتی و همکاران نشان داد که طراحی مداخلات مراقبتی و پرستاری با توجه به اعتقادات و باورهای دینی مددجو، منجر به سازگاری معنوی دختران نوجوان با دیابت می‌شود (۳۶). یادگیری زندگی با یک بیماری مزمن یک فرایند است که افراد حرفه‌ای ارایه دهنده مراقبت می‌توانند در آموزش آنان، بر اهمیت معنویات تأکید نمایند. بنابراین چنانچه مورد ذکر شده مدنظر پزشکان و سایر ارایه دهنده‌گان خدمات به افراد مبتلا به دیابت و حتی در افراد با سن پایین قرار گیرد، منجر به افزایش خودمراقبتی و تغییر در شیوه زندگی آنان می‌شود.

تحقیق Meisenhelder و Chandler نشان داد که با افزایش دعا، وضعیت سلامت روانی فرد بهبود می‌یابد و می‌تواند از افسردگی و اضطراب جلوگیری نماید (۳۷). در

ب. قیمت: اجرای برنامه‌های خودمراقبتی به صورت دقیق و کامل توسط افراد مبتلا به دیابت مستلزم تأمین هزینه، داشتن وقت و سایر مؤلفه‌های اجتماعی و اقتصادی است. پوشش بیشتر خدمات موردنیاز افراد مبتلا به دیابت توسط مؤسسات بیمه و این که با خودمراقبتی افراد مبتلا به دیابت بار اقتصادی ناشی از بیماری با حمایت نهادها و دستگاه‌های حمایتی جامعه کاهش خواهد یافت، باید در دستور کار متولیان امر سلامت جامعه قرار گیرد.

ج. مکان: توصیه‌ها و آموزش‌های خودمراقبتی به افراد مبتلا به دیابت باید همراه با تسهیل در امر دسترسی بیماران به این گونه نیازها و خدمات باشد. بنابراین بهره‌گیری از توان بخش خصوصی و هماهنگ نمودن آنان با برنامه جامع مراقبت از بیماران مبتلا به دیابت و همچنین ادغام برنامه‌های خودمراقبتی دیابت در نظام شبکه پیشنهاد می‌گردد.

د. ترویج: تحلیل مشتری در بازاریابی اجتماعی، مخاطبین هر برنامه را تقسیم و تسهیم و آموزش‌ها و اقدامات موردنیاز آنان را مشخص می‌کند. وجود برنامه جامع و سیستماتیک مراقبت از بیماران مبتلا به دیابت همراه با توصیه‌های تغذیه‌ای، طب سنتی، ورزش و تحرک، هنگامی اثربخشی بیشتری خواهد داشت که به صورت هماهنگ و متناسب با توان اقتصادی، باورهای اعتقادی و... فرد مبتلا به دیابت انجام گیرد و یا این که با اجرای کامل طرح مدل مراقبت بیماری‌های مزمن (Chronic care model یا CCM) همراه با مراقبت‌های بهداشتی اولیه (Primary health care یا PHC) زمینه آرایه خدمت بیشتر به این بیماران فراهم گردد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه بیماران و نیز پزشکان، متخصصین و پرسنل بهداشتی که در این مطالعه مشارکت نمودند و نیز مسؤولین شبکه بهداشت و درمان شهرستان اردکان و دانشکده بهداشت به سبب حمایت‌هایشان از این پژوهش، تشکر و قدردانی می‌شود.

مطالعه حاضر زنان اعتقاد به معنویت را مشوقی برای انجام خودمراقبتی بازگو نمودند که مورد تأیید متخصصین معالجات افراد مبتلا به دیابت نیز بود. نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن بود که توجه به اعتقادات معنوی توسط آرایه دهندگان خدمت به افراد مبتلا به دیابت حتی در اقلیت‌های مذهبی و سایر مذاهب اسلامی نیز راهگشا بوده است و به عنوان مشوق باید مورد توجه قرار گیرد. توجه به معنویت در کنار آموزش‌های خودمراقبتی با تأکید بیشتر برای زنان پیشنهاد می‌شود. این امر اگرچه در تحلیل مخاطب قابل تأمل است، اما به عنوان یک مشوق و یا در بعضی موارد مانع در انجام خودمراقبتی مطرح می‌باشد که باید مورد توجه آرایه دهندگان خدمت به افراد مبتلا به دیابت قرار گیرد.

محدودیت‌ها: از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به استفاده از سؤالات نیمه ساختار یافته اشاره کرد و دیگر این که شرکت افراد با فرهنگ‌ها، سطح درآمد، تحصیلات و جنسیت‌های متفاوت به نوعی محدودیت در بسط نتایج را ایجاد نمود و نوع برخورد پرسشگر هم از محدودیت‌ها به حساب می‌آید (تن صدا، آرامش داشتن، احساس امنیت کردن و...).

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر که بخشی از یک مطالعه وسیع‌تر بود، نشان داد که بیماران مبتلا به دیابت برای انجام خودمراقبتی با موانع مهمی روبه‌رو هستند که از دیدگاه بازاریابی اجتماعی به شرح زیر خلاصه می‌شود:

الف. محصول: عدم انجام خودمراقبتی در افراد مبتلا به دیابت دلایل متعددی دارد که در بعضی موارد مسؤولین و متخصصین بیماری دیابت نیز با آن مواجه می‌باشند. تأکید بر این نکته که خودمراقبتی دیابت شامل تغذیه مناسب، ورزش و تحرک، مصرف صحیح و به موقع داروهای کاهنده قند خون و کنترل مرتب آن می‌باشد باید متناسب با فرد مبتلا به دیابت و اعتقادات معنوی او تعریف و عملیاتی شود.

References

1. World Health Organization. Country and regional data on diabetes [Online]. [cited 2012 Nov 19]; Available from: http://www.who.int/diabetes/facts/world_figures/en/index2.html
2. Koo M, Lee MH, Chang YY, Huang CF, Chen SC, Yeh YC. [Factors associated with self-care behaviors in middle-aged adults and elderly with diabetes mellitus]. *Hu Li Za Zhi* 2011; 58(5): 43-52.
3. Bell R, Arcury T, Snively BM, Dohanish R, Quandt S, Smith SL, et al. Diabetes Foot Self-care Practices in a Rural, Triethnic Population. *Diabetes Educ* 2005; 31(1): 75-83.
4. Majra JP, Acharya D. Awareness regarding self-care among diabetics in Rural India. *Middle East Journal of Family Medicine* 2009; 7(6): 11-4.
5. Mody R, Kalsekar I, Kavookjian J, Iyer S, Rajagopalan R, Pawar V. Economic impact of cardiovascular co-morbidity in patients with type 2 diabetes. *J Diabetes Complications* 2007; 21(2): 75-83.
6. Delavari AR, Mahdavi AR, Norouzzinejad A, Yarahmadi SH, Taghipour M. National diabetes prevention and control program. Tehran, Iran: Seda Publication; 2005. [In Persian].
7. Jordan DN, Jordan JL. Self-care behaviors of Filipino-American adults with type 2 diabetes mellitus. *J Diabetes Complications* 2010; 24(4): 250-8.
8. Shakibazadeh E, Rashidian A, Larijani B, Shojaezadeh D, Forouzanfar M, Karimi Shahanjarini A. Perceived barriers and self-efficacy: impact on self-care behaviors in adults with type 2 diabetes. *Hayat* 2010; 15(4): 69-78. [In Persian].
9. Landim CA, Zanetti ML, Santos MA, Andrade TA, Teixeira CR. Self-care competence in the case of Brazilian patients with diabetes mellitus in a multiprofessional educational programme. *J Clin Nurs* 2011; 20(23-24): 3394-403.
10. Baquedano IR, dos Santos MA, Martins TA, Zanetti ML. Self-care of patients with diabetes mellitus cared for at an emergency service in Mexico. *Rev Lat Am Enfermagem* 2010; 18(6): 1195-202.
11. Funnell M, Brown T, Childs B, Haas L, Hosey G, Jensen B, et al. National standards for diabetes self-management education. *Diabetes Care* 2010; 33(Suppl 1): S89-S96.
12. Simmons D, Weblemoe T, Voyle J, Prichard A, Leakehe L, Gatland B. Personal barriers to diabetes care: lessons from a multi-ethnic community in New Zealand. *Diabet Med* 1998; 15(11): 958-64.
13. Birkinshaw M. Social marketing for health [Online]. [cited 1988]; Available from: URL: http://whqlibdoc.who.int/hq/1989/hmd_89.2.pdf
14. Andreasen AR. marketing social change: changing behavior to promote health, social development, and the environment. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 1995.
15. Evans W. How social marketing works in health care. *BMJ* 2006; 332(7551): 1207-10.
16. Shojaezadeh D, Moazen MH, Taghdisi MH, Adl J, Ghazi Mirsaeed O, Rafefar SH. The design programs models in health promotion: planning, implementation and evaluation of health promotion programs. Tehran, Iran: Mezrab Publication; 2010. [In Persian].
17. Streubert Speziale H, Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
18. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005; 15(9): 1277-88.
19. Adib Hajbagheri M, Parvizi S, Salsali M. Qualitative research methods. Tehran, Iran: Boshra Publication; 2009. p. 15, 33, 47, 90, 257. [In Persian].
20. Coonrod BA. Overcoming physical barriers to diabetes self-care: reframing disability as an opportunity for ingenuity. *Diabetes Spectrum* 2001; 14(1): 28-32.
21. Anbari K, Ghanadi K, Kaviani M, Montazeri R. The self-care and its related factors in diabetic patients of khorramabad city. *Yafteh* 2012; 14(4): 49-57. [In Persian].
22. Huisman S, de G, V, Maes S, Schroevers M, Chatrou M, Haak H. Self-regulation and weight reduction in patients with type 2 diabetes: a pilot intervention study. *Patient Educ Couns* 2009; 75(1): 84-90.
23. Bezie Y, Molina M, Hernandez N, Batista R, Niang S, Huet D. Therapeutic compliance: a prospective analysis of various factors involved in the adherence rate in type 2 diabetes. *Diabetes Metab* 2006; 32(6): 611-6.
24. Mardani M, Shahraki A. The effect of education based on health belief model of adherence to the diet. *Iran J Diabetes Lipid Disord* 2010; 9(3): 268-75. [In Persian].
25. Pendsey S. Practical management of diabetes. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell; 2002.

26. Parsian N, Dunning T. P-182 Spirituality and coping in young adults with diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice* 2008; 79(Suppl 1): S121-S122.
27. Vosoghi Karkazloo N, Abootalebi Daryasari G, Farahani B, Mohammadnezhad E, Sajjadi A. The study of self-care agency in patients with diabetes (Ardabil). *Modern Care* 2012; 8(4): 197-204. [In Persian].
28. Akyol AD, Cetinkaya Y, Bakan G, Yarali S, Akkus S. Self-care agency and factors related to this agency among patients with hypertension. *J Clin Nurs* 2007; 16(4): 679-87.
29. Zareban I, Niknami S, Hidarnia A, Rakhshani F, karimy M, Kuhpayehzadeh J, et al. Predictors of self-care behavior and its effective factors among women's with type 2 diabetes patients in Zahedan via Health Belief model. *Journal of Health System Research* 2014; 3(2): 370-87. [In Persian].
30. Morowatisharifabad M, Rouhani Tonekaboni N. Perceived self-efficacy in self-care behaviors among diabetic patients referring to Yazd Diabetes Research Center. *J Birjand Univ Med Sci* 2009; 15(4): 91-9. [In Persian].
31. Karimy M, Montazeri A, Araban M. The effect of an educational program based on health belief model on the empowerment of rural women in prevention of brucellosis. *J Arak Univ Med Sci* 2012; 14(7): 85-94. [In Persian].
32. Rezaei N, Tahbaz F, Kimiagar M, Alavi Majd H. Effect of nutrition education on metabolic control of subjects with type 1 diabetes. *Feyz* 2005; 9(4): 36-42. [In Persian].
33. Bakhtari A. Determine and compare the life style of students in Tehran University [Thesis]. Tehran, Iran: Tehran University of Medical Science; 2004. [In Persian].
34. Farmer AJ, Wade AN, French DP, Simon J, Yudkin P, Gray A, et al. Blood glucose self-monitoring in type 2 diabetes: a randomised controlled trial. *Health Technol Assess* 2009; 13(15): iii-xi, 1.
35. Polzer RL, Miles MS. Spirituality in African Americans with diabetes: self-management through a relationship with God. *Qual Health Res* 2007; 17(2): 176-88.
36. Hemmati Maslak pak M, Ahmadi F, Anoosheh M. Spiritual beliefs and quality of life: A qualitative research about diabetic adolescent girls' perception. *Koomesh* 2010; 12(2): 144-51. [In Persian].
37. Meisenhelder JB, Chandler EN. Prayer and health outcomes in church lay leaders. *West J Nurs Res* 2000; 22(6): 706-16.

Barriers and Incentives of Self-care from the View of Diabetic Patients and their Service Providers Using the Social Marketing Model in Ardakan, Iran

Abbas Ali Dehghani Tafti¹, Seyed Saeed Mazloomymahmoodabad²,
Mohammad Ali Morowatisharifabad³, Saeed Hossein Khalilzadeh⁴, Hassan Rezaeipandari⁵

Original Article

Abstract

Introduction: Diabetes is the most common disease worldwide. The complications of diabetes cause economic damages and decrease patients' and their families' quality of life. Self-care is an important process in diabetes control. On the other hand, maintaining the blood glucose level at a favorable level is challenging for both the patients and the physician. This is due to systemic and individual barriers of diabetes self-care. Thus, the present study aimed to explore the barriers and incentives for self-care.

Method: The present study was conducted as a qualitative study with focus group discussion (FGD) (3 sessions for patients and 3 sessions for health care providers separately). Private interviews were conducted with 25 patients and 5 health care providers until data saturation. The interviews and FGDs were transcribed and analyzed using content analysis method.

Results: In analyzing the data, two main themes including barriers and incentives for self-care from the view of patients and health care providers were extracted. Based on the social marketing model, these themes were divided into four subthemes of product, place, price, and promotion. The study subjects specified the different causes of performing or not performing self-care in different areas such as exercise, nutrition, regular medical exams, and appropriate medicine use. The cost and availability of some services, physical barriers and their limitations, nonscientific health care delivery, unsuitable health care services for diabetic patients, and lack of health care packages and guidelines were reported as barriers. Moreover, successful experiences of patients and health care providers, and providing self-care facilities were reported as incentives.

Conclusion: Market analysis in diabetes self-care showed that comprehensive and systematic programs for diabetic patient care, management protocol for physicians and specialists, and nutritional recommendation, traditional medicine, and exercise are more beneficial when coordinated with economic power, environmental factors, and beliefs of diabetic patients and literacy promotion.

Keywords: Diabetes, Social marketing, Self-care, Barriers and incentives, Qualitative research

Citation: Dehghani Tafti A, Mazloomymahmoodabad SS, Morowatisharifabad MA, Khalilzadeh SH, Rezaeipandari H. **Barriers and Incentives of Self-care from the View of Diabetic Patients and their Service Providers Using the Social Marketing Model in Ardakan, Iran.** J Qual Res Health Sci 2015; 3(4): 317-30.

Received date: 4.10.2014

Accept date: 23.11.2014

1- PhD Students, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services, Yazd, Iran

2- Professor, Research Center for Social Factors Affecting Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services, Yazd, Iran

3- Associate Professor, Department of Disease Control, School of Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services, Yazd, Iran

4- Assistant Professor, Department of Internal Medicine, School of Medicine, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services, Yazd, Iran

5- Elderly Health Research Center, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services, Yazd, Iran

Corresponding Author: Hassan Rezaei Pandari, Email: hrezaeipandari@yahoo.com