pISSN:2345-5020
eISSN:2423-5571

مقاله مرور سیستماتیک

تجربیات بیماران دیابتی نوع ۲ ایران: یک مرور سیستماتیک تحقیقات کیفی

محمدرضا فیروزکوهی[۱]، **عبدالغنی عبدالهی محمد[۱]***، افسانه رئیسی فر[۲]، عباس بلوچی[۳]، احمدرضا فیروزکوهی[۴]

۱. گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران.
۲. دکتری تخصصی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.
۳. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۴. کارشناسی ارشد فیزیولوژی ورزش، بیمارستان امام خمینی(ره)، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران.

نویسنده مسئول: عبدالغنی عبدالهی محمد، دانشگاه علوم پزشکی زابل **abdalqani@gmail.com**

چکیده:

مقدمه و هدف: دیابت علت نهایی نابینایی، نارسایی کلیه و قطع اندام تحتانی است و تقریباً علت بیشتر از نیمی از قطع عضوهای غیرتروماتیک، می باشد. دیابت به عنوان یک بیماری پیشرونده مزمن بیمار را با چالش های جسمی، اجتماعی و روانی مواجه می کند؛ که خطر ابتلا به مشکلات روحی روانی را افزایش و کیفیت زندگی را کاهش می دهد. لذا هدف این مطالعه سنتز مطالعات کیفی در مورد تجربیات بیمارن دیابتی نوع ۲ در ایران می باشد.

مواد و روش ها: این مطالعه یک بررسی سیستماتیک و سنتز شواهد کیفی بر مبنای متدولوژی جوآننا بریگز بود. کلمات کلیدی اولیه در پایگاه های معتبر داخلی و خارجی از جمله Google Scholar, PubMed, Wiley, Elsevier,SID, Magiran به زبان های فارسی و انگلیسی چاپ شده تا پایان ۲۰۱۷ مورد جستجو قرار گرفتند. دو نویسنده به طور مستقل مقالات را از نظر معیارهای ورود، استخراج داده ها و ارزیابی کیفیت مطالعات مورد بررسی قرار دادند و از روش فرا تجمعی (متا اگریشن) برای سنتز یافته ها استفاده شد.

یافته ها: در کل ۱۵ مطالعه کیفی شرایط ورود به مطالعه را کسب کردند. در نهایت سه تم سنتز گردید که شامل محدودیت های فردی نسبت به دیابت، دیدگاه های مثبت نسبت به بیماری، و نگرانی های آینده میباشند.

بحث و نتیجه گیری: تجربیات بیماران دیابتی در ایران نشان داد که آنها به توجهات ویژه ای نیاز دارند تا بر محدودیت ها و نگرانی هایشان فائق آیند.

کلید واژه ها: دیابت نوع ۲، تحقیق کیفی، مرور نظام مند، متا سنتز

Access This Article Online	
Quick Response Code:	**Website**: www.zbmu.ac.ir/jdn
	How to site this article: Firouzkouhi M, Abdollahi mohammad A, Raiesifar A, Balouchi A, Firouzkouhi A. Experiences of Type II Diabetes Patients: A Systematic Review of the Qualitative Studies. J Diabetes Nurs. 2018; 6 (2) :420-438

تاریخ دریافت: ۹۷/۲/۲۵

تاریخ پذیرش: ۹۷/۴/۶

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.2.7.0]

مقدمه و هدف

دیابت ملیتوس، به گروهی از بیماری های متابولیکی گفته می شود که ویژگی مشترک آن ها افزایش سطح قند خون به علت نقص در ترشح انسولین، یا نقص در عملکرد آن و یا هر دو مورد می باشد (۱). میزان وقوع دیابت در دو دهه اخیر به علت رشد جمعیت، افزایش سن و شیوع چاقی افزایش یافته است (۲). به طوری که تعداد افراد دیابتی بالای ۲۰ سال در سراسر جهان در سال ۲۰۰۰ میلادی ۱۷۱ میلیون تخمین زده شده بود و انتظار می رود در سال ۲۰۳۰ به ۳۶۶ میلیون برسد (۳). در ایران نیز بیش از سه میلیون نفر دچار دیابت هستند و سالانه به طور متوسط ۵۰۰ هزار نفر به آنها اضافه می‌گردد (۴). براساس مطالعات اخیر ۱۴ تا ۲۳ درصد ایرانی های بالای ۳۰سال، مبتلا به دیابت یا دچار اختلال عدم تحمل گلوکز هستند. که تقریبا ۲۵ درصد این موارد عدم تحمل گلوکز، درآینده دچاردیابت می‌شوند (۵). این بیماری علت نهایی نابینایی، نارسایی کلیه و قطع اندام تحتانی است (۶). همچنین تقریباً علت بیشتر از نیمی از قطع عضوهای غیرتروماتیک، دیابت است (۷).

علاوه بر این دیابت تغییرات عمده ای در اغلب سیستم های بدن ایجاد می کند و سبب بروز عوارض فوری و یا دیررس بیماری، ناتوانی، از کار افتادگی، هزینه های درمانی و مرگ و میر بالا می شود (۱۰-۸). این بیماری به عوارضی مثل عوارض قلبی عروقی، نفروپاتی، عصبی، جنسی و بیماری های ایسکمیک قلبی، پرفشاری خون، رتینوپاتی، نوروپاتی، کاتارکت و دیگر عوارض مثل عفونت هایی که در حین بیماری ایجاد می شوند، منجر می شود، دیابت به سبب عوارضش از عمده علل ناتوانی ها مثل نابینایی، نارسایی کلیه، ترومبوز عروق کرونر و غیره است (۱۱). این بیماری پنجمین علت مرگ و میر و اولین علت نارسایی مزمن کلیه، قطع پای غیرتروماتیک و نیز نابینایی در بسیاری از جوامع است (۱۰).

بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ با مشکلات وچالش هایی مختلفی روبرو هستند و نیازهای زیادی دارند که درمان آنها را تحت تأثیر قرار می دهد. تحقیقات کیفی انجام شده اکثر انها با تعداد مشارکت کنندگان اندک در شهرها یا مراکز محدودی انجام شده است. یک مرور سیستماتیک و ترکیب نتایج تعدادی از مطالعات کیفی می تواند داده های مشارکت کنندگان مختلف و مراکز مختلفی را که این تحقیقات در آنجا انجام گرفته است را ترکیب کند و اطلاعات جامعی را در اختیار مراکز درمانی مرتبط با بیماران دیابتی، مراقبین و برنامه ریزان وزارت بهداشت و درمان قرار دهد (۱۲). لذا هدف این مرور سیستماتیک توصیف تجربیات بیماران دیابتی در ارتباط با بیماری می باشد.

مواد و روش ها

طرح مطالعه

این مطالعه یک بررسی سیستماتیک از مطالعات کیفی است که بر اساس مدل مؤسسه جوان‌نابریگز[1] انجام شده است این مدل روش شناسی، برای بررسی مطالعات سیستماتیک کیفی می باشد (۱۳). مدل موسسه جوآن‌نا بریگز با ایجاد معیارهای واجد شرایط مطالعات و استراتژی های جستجو، روند انتخاب مطالعات و تجزیه و تحلیل داده ها را هدایت می کند. سنتز مطالعات کیفی یک دیدگاه جامعی از دانش موجود در یک زمینه خاص را فراهم می کند و همچنین بطور مستقیم مشخص کننده فعالیت های مبتنی بر شواهد و مشخص کننده ابهامات و نقاط ضعف موجود در مطالعات می باشد (۱۴).

در این مطالعه ما به دنبال افزایش شفافیت گزارش دهی سنتز چارچوب تحقیق کیفی هستیم. سوال اصلی ما در این

[1]. Joanna Briggs Institute

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.2.7.0]

مطالعه "تجربیات بیماران دیابتی در ایران چه هستند؟" بود.

معیارهای انتخاب مطالعات

برای این مطالعه مرور سیستماتیک، تحقیقات کیفی که در ارتباط با تجربیات بیماران دیابتی نوع ۲ بود و واجد شرایط ورود به مطالعه بودند انتخاب شدند. به غیر از مطالعات کیفی سایر مطالعات انجام شده بر روی بیماران دیابتی حذف شدند.

استراتژی جستجو

روش جستجو بدین صورت بود که کلید واژه های فارسی شامل "دیابت ۲"، "تجربیات بیماران"، "موانع"، "انگیزه ها"، "سلامتی"، "عوارض دیابت ۲"، عوامل خطر"و "تحقیق کیفی " و کلیدواژه های انگلیسی شامل "Qualitative "،"Patient Experiences" "Iran" ، "health" ، "Barriers" ،research ، " Patient diabetic 2" ،"side effects " بصورت جدا و در ترکیب با هم، بدون استفاده از پرانتز ("") با استفاده از عملگرهای OR و AND در پایگاه های اطلاعاتی از جمله google Scholar, PubMed, Wiley, Elsevier,SID, Magiran مورد جستجو واقع شد، به منظور دستیابی به کلیه مطالعات و با توجه به عمر کوتاه مطالعات کیفی در ایران، محدودیت زمانی اعمال نشد و تمامی مطالعات کیفی تا پایان سال ۱۳۹۶ یا ۲۰۱۷ وارد مرحله اول شدند.

انتخاب متون

پس از حذف موارد تکراری و مطالعات غیر مرتبط از نظر متدولوژی، چکیده های مطالعات توسط دو نفر از پژوهشگران بررسی شد و مطالعات دارای معیارهای ورود وارد مرحله بعد شدند. لازم به توضیح است که تمامی مطالعات بدست امده پس از جستجو در فرایند غربالگری و انتخاب برای مرور قرار گرفتند (نمودار ۱). در گام بعدی بررسی ارتباط مطالعات آنها با سوال تحقیق، کیفیت گزارش و کدهای استخراج شده از هر گزارش مورد بررسی قرار گرفت.

نمودار شماره ۱: روند انتخاب مقالات

مقالات یافت شده از بانک های اطلاعاتی (۴۲ مورد)

↓

مقالات حذف شده پس از بررسی خلاصه و عنوان (۱۱ مورد)

↓

مقالات مرتبط بررسی شده: ۱۹ مورد مقاله انگلیسی و ۸ مورد مقاله فارسی

↓

مقالات منتخب نهایی (۱۵ مورد مطالعه کیفی)

ارزیابی کیفیت مطالعات منتخب

کیفیت مطالعات منتخب با استفاده از ابزار استاندارد CASP[2] ویژه تحقیقات کیفی مورد ارزیابی قرار گرفت. این ابزار شامل ۱۰ سوال است که نتایج تحقیقات کیفی، روایی و سودمندی آنها را در نظر می گیرد (۱۵).

این ابزار یک ابزار بازبینی است که به طور سیستماتیک بررسی می کند که آیا یک مطالعه برای معیارهای تعیین شده در ۱۰ سوال با انتخاب «بله»، «نه»، «نمیتواند بگوید» برای هر سوال مطابقت دارد.

[2] Critical Appraisal Skills Programme –Qualitative checklist

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.2.7.0]

هر یک از مقالات منتخب به طور مستقل توسط دو نفر از نویسندگان مورد ارزیابی قرار گرفت. همچنین دو مقاله منتخب، توسط افرادی غیر از دو نفر مذکور نیز مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج ارزیابی در جدول (جدول ۲) اورده شده است. نمره کلی هر مقاله ۱۰ می باشد که در صورت اینکه جواب تمام سوالات چک لیست" بله" باشد به مقاله تعلق می گیرد، همچنین نمره ۷ به بالا خیلی خوب در نظر گرفته شده است.

هدف از انجام این ارزیابی خروج مطالعات براساس کیفیت انها نیست، بلکه قصد بررسی مقالات وارد شده در فرایند سیستماتیک و استاندارد شده بود تا بتوان کیفیت شواهد موجود در خصوص سوالات در نظر گرفته شده را نشان دهیم.

بنابراین با استفاده از ابزار فوق کیفیت مقالات ورودی به مطالعه مورد ارزیابی قرار گرفت. کیفیت ۸ مقاله منتخب با نمره بین ۷-۱۰ خیلی خوب ارزیابی شد و سایر خصوصیات مقالات در جدول شماره ۲ ذکر شده است.

سنتز داده های مقالات

سنتز یافته های گزارش شده با استفاده از رویکرد فرا تجمعی[3] شامل "دسته بندی و طبقه بندی مجدد یافته های مطالعات برای ایجاد یک سنتز معنی دار" انجام شد. به طور خاص، برای هر یافته استخراج شده، یک سطح از اعتبار (بی قاعده، معتبر یا غیرقابل پشتیبانی) براساس همبستگی بین یافته ها (با استفاده از توصیف / تفسیر نویسنده) و حمایت از نقل قول های مشارکت کنندگان تعیین شد. پس از آن، شباهت ها و تفاوت های بین یافته های جمع آوری شده و نقل قول های مشخص شد، که این فرایند به ایجاد مقوله هایی که معنای داده های سنتز شده را بدست آوردند، کمک کرد.

سپس این دسته بندی ها برای خواندن ملاحظات ذاتی در یافته های سنتز شده مورد بازنگری قرار گرفتند. این فرایند تفسیر اصلی یافته ها را تضمین کرد و برای درک بهتر مفاهیم مربوط به موضوع مورد بررسی، مناسب بود (۱۳). برای تسهیل فرایند سنتز داده ها نرم افزار MAXQdata مورد استفاده قرار گرفت.

[3]. Meta- aggregative

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.2.7.0]

جدول شماره ۲: ارزیابی کیفی مطالعات

نمره دهی	۱۰- ایا تحقیق ارزشمند است؟	۹- آیا بیان مشخصی از یافته ها وجود دارد؟	۸- تجزیه و تحلیل داده ها به اندازه کافی دقیق است؟	۷- ایا ملاحظات اخلاقی رعایت شده است؟	۶- ایا ارتباط بین محقق و مشارکت کنندگان بطور کافی برقرار شده است؟	۵- ایا جمع اوری داده ها بر اساس موضوع تحقیق است؟	۴- ایا استراتژی انتخاب مشارکت کنندگان متناسب با هدف تحقیق است؟	۳- ایا طرح تحقیق با هدف تحقیق همخوانی دارد؟	۲- ایا روش کیفی مناسبی بکار برده شده است؟	۱- ایا هدف تحقیق به روشنی بیان شده است؟	
۶	-	√	√	√	x	√	x	x	√	√	عبدالقاسمی و صداقت ۲۰۱۵
۸	√	√	√	-	√	√	√	x	√	√	کریمی موناقی وهمکاران ۲۰۱۴
۶	-	√	x	-	√	√	-	√	√	√	اباذری و همکاران ۲۰۰۸
۱۰	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	والیی و نیکبخت نصرابادی ۲۰۱۶
۹	√	√	√	-	√	√	√	√	√	√	کریمی موناقی و همکاران ۲۰۱۴
۷	-	√	√	-	√	√	-	√	√	√	اقامحمدی و ولی زاده ۲۰۱۶
۹	√	√	x	√	√	√	√	√	√	√	عبدولی و همکاران ۲۰۰۸
۴	-	√	x	-	x	x	x	√	√	√	ذلک و همکاران ۲۰۱۲
۸	√	√	√	-	√	√	-	√	√	√	ستوده و همکاران ۲۰۱۶
۹	√	√	-	√	√	√	√	√	√	√	محمودی و علوی ۲۰۱۵
۶	-	-	-	√	-	√	√	√	√	√	غضنفری و همکاران ۲۰۰۹
۵	x	x	x	x	-	√	√	√	√	√	نوح جاه و همکاران ۲۰۱۴
۷	-	√	x	√	√	√	√	x	√	√	عزیززاده فروزی و تیرگاری ۲۰۱۵
۵	-	√	-	-	√	√	-	-	√	√	موسوی زاده و همکاران ۲۰۱۷
۶	-	√	x	√	√	√	-	-	√	√	رستمی و همکاران ۲۰۱۵

√تائید، x عدم تائید،- بیان نشده

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.2.7.0]

یافته ها

خصوصیات مقالات

در مجموع ۱۵ مقاله تحقیق کیفی در ارتباط با دیابت در ایران که تا پایان سال ۱۳۹۶ در مجلات داخلی و خارجی به چاپ رسیده بودند انتخاب شدند. خصوصیات جمعیت شناختی مشارکت کنندگان مانند سن و جنس ذکر گردید و تعداد مشارکت کنندگانی که در کل مقالات مورد مصاحبه قرار گرفته بودند ۳۴۶ نفر بود که تعداد مشارکت کنندگان بین ۱۰ تا ۵۲ نفر در مطالعات منتخب متغیر بود. از نظر روش پژوهش، اکثرا مطالعات کیفی(۹ مورد)، فنومنولوژی (۴ مورد) و گراندد تئوری (۲ مورد) بود. روش نمونه گیری در تمامی مطالعات هدفمند بود. روش گرد اوری داده ها در اکثر مطالعات مصاحبه نیمه ساختار یافته و در دو مطالعه از طریق، گروه متمرکز بود. روش تجزیه و تحلیل داده ها برحسب روش پژوهش متفاوت و شامل کلایزی، وان منن، اشتراس کوربین، لیندست و نوربرگ و تحلیل تماتیک و محتوی بود (جدول ۳). هدف مطالعات و تم های گزارش شده در (جدول ۴) نشان داده شده است.

نتایج سنتز داده ها

۴۷ تم از مطالعاتی که شرایط ورود را پیدا کرده بودند حاصل شد (جدول ۴). تمامی تم ها از نظر معتبر یا نامعتبر بودن توسط نویسندگان بررسی شدند. ۴۷ یافته بر اساس شباهت هایی که از نقل قول های ذکر شده در مقاله حاصل شده بود در ۱۵ طبقه قرار گرفتند. در نهایت ۳ تم سنتزشده حاصل شد (جدول۵). سه تم حاصل عبارت بودند از: دیدگاههای منفی نسبت به بیماری، دیدگاههای مثبت نسبت به بیماری، و نگرانی های اینده.

محدودیت های فردی نسبت به دیابت

در ۱۳ مطالعه بیماران محدودیت های فردی را در ارتباط با بیماری دیابت ذکر کردند (۱۶،۱۷ ،۱۸، ۱۹، ۲۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۹).

در یک مطالعه محدودیت های فردی از جمله دسترسی به دارو، رژیم غذایی مناسب، زندگی پراسترس ذکر شده است. از دیگر محدودیت های عمده ای که بیماران بعد از تشخیص بیماری دیابت با ان روبرو می شوند محدودیت های اقتصادی و اجتماعی و وروحی روانی است که بیماری را تحت تاثیر قرار می دهد ۱۶.بروز علائم دیابت از جمله تشنگی زیاد، تمایل به اب خوردن، ترمیم نشدن زخم ها و دو بینی از علائم جسمی است که در فرد محدودیت ایجاد می کند. نااگاهی های اموزشی افراد مبتلا به دیابت موجب ایجاد مشکلات زیادی در انها از جمله توجه کمتر به علائم، دیر اقدام کردن برای درمان و رفتن بدنبال خود درمانی می باشد که روند مشکلات بیمار را بیشتر می کند (۱۷، ۱۸، ۲۳).

همچنین در مطالعات دیگری نشان داده شد که از زمان ابتلا به بیماری، بیمار با محدودیت های اجباری در زندگی روبرو می شود که جسم و روح و روان انسان را تحت تاثیر قرار می دهد. در این ارتباط مشکلات اقتصادی برای بیمار و خانواده در ارتباط با بیماری ایجاد می شود دیگر مشکلات جسمی، روحی روانی و اجتماعی فرد افزایش پیدا می کند (۱۹، ۲۲،۲۹).

مطالعه دیگر، بیماری دیابت را یک بیماری غیر قابل درمان معرفی می کند که بر روی سبک زندگی افراد موثر است. فرد بیمار را بیماری با محدودیت های فردی، اقتصادی و اجتماعی معرفی می کند که سازگاری با بیماری را تحت تاثیر قرار می دهد (۲۰).

از دیگر محدودیت ها، مسائل اقتصادی است. بیماران مبتلا به دیابت بدلیل وابستگی اقتصادی به فرزندان و خصوصا خانم ها که از نظر اقتصادی به همسر وابسته هستند در

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.2.7.0]

صورت فوت همسر یا سرپرست خانواده، مشکلات زیادی برای بیمار زن ایجاد می شود و متعاقب ان دچار تالمات روحی روانی و اجتماعی گردیده و به سمت ایزوله شدن و وابستگی پیش می رود که اینده بیمار تحت تاثیر قرار می گیرد۲۱. عدم توجه به بیماری و علائم ان موجب بروز مشکلات جسمی، اقتصادی و اجتماعی می شود که فرد بیمار برای غلبه بر بیماری و کمک به اقتصاد خانواده و اینده خانواده هر چند با مشکلات مختلفی هنگام ابتلا مواجه می شود و اینده وی را تحت تاثیر قرار می دهد (۲۴).

براساس مطالعات؛ بیمار دیابتی در زمان ابتلا به بیماری دچار محدودیت های مختلفی می شود که خود را در مقابل بیماری ناتوان یافته و احساسی مبنی بر عدم توانایی کنترل بر وضعیت خویش را تجربه می نماید. مشکلات جسمی و تنش های روحی روانی از عمده مشکلات می باشند. یکی از نگرانی ها و تنش های عمده بیماران دیابتی ترس از ابتلا به عوارض وخیم و لاعلاج حاصل از بیماری است. این بیماران اغلب از احتمال ابتلای فرزندان به بیماری، نابینایی و از دست دادن کلیه ها، قطع عضو و زخم های ناتوان کننده نگران هستند. همچنین اضطراب، افسردگی و عصبانیت و بسیاری از واکنش های خانوادگی و اجتماعی را تجربه می کنند. در واقع ابتلا به دیابت نه تنها یک تنش فردی بلکه یک تنش خانوادگی تلقی می شود. زیرا می تواند روابط فرد با سایر افراد خانواده را با یکدیگر و یا روابط کل خانواده با دیگران و جهان خارج را تحت تأثیر قرار دهد و موجب ایجاد محدودیت های زیادی گردد (۲۵).

دیدگاه منفی به بیماری از جمله سالم ندانستن، بیماری جدی، بیماری ناتوان کننده، بدترین بیماری ها و بیماری با محرومیت و محدودیت، فکر بیمار را تشکیل می دهد و در زمینه های جسمی، روحی روانی بیمار را تحت تاثیر قرار می دهد (۲۷). نتایج مطالعه دیگری نشان داد که در زمینه محدودیت های جسمی، اثراتی بیماری و درمان بر روی جسم بیمار تاثیر می گذارد. سطح سواد، عدم اگاهی و اطلاعات، وجود باورهای غلط در بین بیماران و خانواده ها و نداشتن اموزش های لازم و مرتبط از محدودیت های اموزشی می باشد. تناقضات موجود بین خانواده و بیمار از مشکلات اجتماعی است (۲۳).

دیدگاههای مثبت نسبت به بیماری دیابت

در ۱۰ مطالعه بیماران دیدگاههای مثبتی نسبت به بیماری داشتند که سبب مقاومت و غلبه انها بر بیماری گردیده بود (۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۸، ۳۰، ۲۲، ۲۵، ۲۶).

بیماران برای غلبه بر مشکلات سعی در کسب اطلاعات بیشتر دارند و سعی می کنند بر احساسات منفی خود غلبه نمایند. جسجوی اطلاعات بیشتر نسبت به بیماری برای غلبه بر بیماری و کنار امدن بر بیماری و همچنین هنگام داشتن افکار متضاد نسبت به بیماری را کنترل می کند(۱۶، ۱۸).

با توجه به مشکلاتی که در مبتلایان در ارتباط با ظهور علائم دیابت ایجاد می شود فرد بیمار را وادار به جستجو در جهت کسب اطلاعات بیشتر در ارتباط با بیماری دیابت می کند که مواردی مانند سطح سواد، جنس، دسترسی به منابع اطلاعاتی، سن و وضعیت اقتصادی در ان نقش دارند (۱۷). نتایج مطالعه ای دیگری نشان می دهد که توجه بیماران دیابتی به خود مراقبتی و مدیریت بیماری است و این مسئله را یک موفقیت در کمک به درمانشان می بینند و خوشبینانه سعی در جستجوی اطلاعات و افزایش دانش خود در زمینه رژیم غذایی، دارو و تمرینات ورزشی هستند. منابع اطلاعاتی بیماران پزشکان، پرستاران، بیماران مشابه، برنامه های تلویزیون، جراید و روزنامه ها و اینترنت هستند و سعی دارند تا با تفکر خوشبینانه، استقلال فردی خود را حفظ نمایند و با توسل به خداوند در سازگاری با بیماریی موفق گردند (۲۸).

بیماران نقش معنویت و اعتماد و توکل به خدا را رمز غلبه بر بیماری و رسیدن به سلامتی می دانند و معتقدند که این

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.2.7.0]

کار اگر با رضایت قلبی انجام شود می تواند در موفقیت بیماران دیابتی برای رسیدن به سلامتی موثر باشد (۱۹).

ایجاد دیدگاههای مثبت نسبت به بیماری و خوش بین بودن نسبت به اینده را از راه های قبول بیماری و کنار امدن با بیماری معرفی می کنند. اعتقادی که در این زمینه وجود دارد اینست که توسل به خدا و مذهبی بودن تاثیر زیادی در پذیرش بیماری و کنار امدن با مشکلات ان دارد و باعث قوی شدن بیمار در غلبه بر مشکلات روحی روانی و اقتصادی می گردد. رضایت از زندگی در بیمار شاخص مهمی در کنترل بیماری می باشد. احساس رضایت از زندگی در بیماران، که به دنبال عدم وجود عوارض جدی بیماری و درمان موثر اتفاق می افتد، در احساس سالم بودن، سطح نرمال قند خون و انجام فعالیت های روزانه خود را نشان می دهد، اینها شاخص های مهمی هستند که اگر بیمار به انها دست پیدا کند، می توانند در خود مراقبتی و جنبه های مثبت زندگی بیمار تاثیر داشته باشد (۳۰).

بیماران دیابتی وقتی بیماری انها تشخیص داده می شود تشنه یادگیری هستند و سعی می کنند از منابع مختلف راجع به بیماری خود اطلاعات کسب نمایند. دیگر جنبه مثبت این بیماران پذیرش بیماری به عنوان یک واقعیت است که موجب کنار امدن با بیماری می شود (۲۲). وقتی بیماران درک می کنند که با یک بیماری ناتوان کننده در تمام طول عمر روبرو هستند سعی در سازگاری با ان پیدا می کنند و برخی بیماران از طریق همراهی مناسب با کارکنان نظام سلامت و رعایت مناسب رژیم های درمانی، توانسته اند ضمن احاطه بر واکنشهای منفی روانی، روند مراقبت و درمان را با آرامش بیشتری دنبال نمایند(۲۵). همچنین بیماران درک کردند که برای غلبه بر بیماری داشتن فکر و اعصاب آرام و راحت و روحیه شاد، برخورداری از امکانات و تسهیلات مناسب و کم هزینه در ساعات مناسب و توکل بر خدا را داشته باشند (۲۶).

نگرانی های نسبت به آینده و بیماری دیابت

در ۷ مطالعه بیماران نگرانی هایی نسبت به اینده را ذکر کردند که بیماریشان را تحت تاثیر قرار می دهد (۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۹، ۲۱، ۲۲، ۲۵، ۲۶، ۲۷).

ابتلا به عوارضی مانند نابینایی، از دست دادن کلیه و قطع پا، حمله قلبی و عفونت را خیلی نگران کننده معرفی می کنند و هنگامی که به عوارض بیماری دچار می شوند نگرانی های انها بیشتر می شود و جنبه های دیگر زندگی انها را نیز تحت تاثیر قرار می دهد (۱۶،۱۷، ۲۹). عواملی مانند گرفتار عوارض بیماری، ترس از اینده ای مبهم و نامعلوم، اینده خانواده بدون سرپرست و ترس از مرگ دردناک از نگرانی های مهم اکثر بیماران دیابتی معرفی می شوند. با توجه به عوارض بیماری که دیر یا زود گریبانگیر افراد بیمار می شود دچار ناتوانی شدن و از دست دادن استقلال و وابسته به دیگران شدن باعث متاثر شدن فکر انها شده و نگرانی دائمی را برای بیمار بوجود می اورد (۲۱، ۲۲، ۲۵).

ترس از نگرانی های اصلی این بیماران گزارش شده است؛ ترس از مرگ یکی از این انواع نگرانی های این بیماران می باشد، بیماران می ترسند تا با بیماری به مرگ برسند. اکثر بیماران ابتلا به دیابت را معادل مرگ تلقی می کنند (۱۸، ۲۰). ترس از پیشرفت بیماری و مجبور شدن به مصرف داروهای بیشتر و شروع انسولین و ادامه بیماری درمان با انسولین را از نگرانی های اینده بیماری مطرح می کنند که بصورت مثبت و منفی بر روند بیماری تاثیر دارند و بیمار را وادار می کند که به سمت مطالعه بیشتر و افزایش توانمندی خود گام بردارد تا با بیماری سازگاری پیدا کند (۲۷).

نتایج مطالعه دیگری نشان داد که موارد مختلفی از جمله افت قند خون، بدتر شدن شرایط جسمی، پرخوری و چاقی، تنگی نفس، سوزش کف پا، افزایش خواب و اثرات منفی قطع ناگهانی فعالیت های جسمانی، شروع انسولین و

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.2.7.0]

مشکلات خانوادگی دیگر نگرانی های بیماران را تشکیل می دهد (۲۶).

بحث و نتیجه گیری

این بررسی سیستماتیک مطالعات کیفی بخشی از تجربیات بیماران دیابتیک ایران را ارائه کرده است. بیماران دیابتی بعد از تشخیص دیابت با چالش ها و مشکلات زیادی مواجه می شوند که درمان و زندگی انها را تحت تاثیر قرار می دهد. علاوه بر این بیماران توانمندیهای بالقوه ای دارند که انها را در کنار امدن با مشکلات و بیماری کمک می کند. همچنین بیماران با نگرانی هایی در زندگی بعد از ابتلا به دیابت روبرو می شوند. نتایج این مطالعه اشکار کرد که بیماران برای توانمندی و رسیدن به استقلال و غلبه بر مشکلات اقدامات مختلفی مانند دورشدن از افکار متضاد، افزایش دانش و اطلاعات خود نسبت به بیماری، و انجام اقداماتی در جهت مبتلا نشدن به عوارض بیماری و رو اوردن به معنویت و متکی شدن به پروردگار را انجام می دهند. سه یافته سنتز شده که حاصل تجربیات بیماران در جهت شناسایی مشکلات و توانمندی ها و نگرانی های بیماران دیابتی می باشد عبارتند از: محدودیت های فردی نسبت به دیابت، دیدگاههای مثبت نسبت به بیماری دیابت و نگرانی ها نسبت به اینده و بیماری دیابت.

محدودیت های فردی بیماران دیابتی به عنوان یکی از نتایج مطالعه در حیطه های جسمی، اقتصادی، اجتماعی، اموزشی و روانی بود. زندگی با یک بیماری مزمن شناخته شده نتایج احساسی منفی را در طولانی مدت برای بیمار به همراه دارد. تجربیات بسیاری از افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ نشان می دهد که سطح افسردگی و اضطراب بیماران افزایش پیدا می کند که به نوبه خود بر خودمراقبتی تاثیر می گذارد و همچنین تاثیرات منفی بر نتایج سلامت جسمی دارد (۳۱-۳۳).

محدودیت هایی که بیماران دیابتی تجربه می کنند نتیجه برگزیدن رفتارهای غلط در ارتباط با برخورد با بیماری است که پس از ابتلا به بیماری، فرد را از جنبه های جسمی، اقتصادی و اجتماعی تحت تاثیر قرار می دهد. طیف گسترده ای از استراتژی های رفتاری روزانه که نیاز به توجه دارد از جمله بررسی سطح قند خون، مصرف دارو، اصلاح رژیم غذایی و مشارکت در فعالیت بدنی منظم است. هزینه های سیستماتیکی که بیماران پس از سهل انگاری در اداره بیماری متحمل می شوند محدودیت های جدی را برای انها بوجود می اورد. سهل انگاری در انجام این رفتارهای ساده در مراقبت از خود در برابر بیماری است که در دراز مدت مشکلات جدی جسمی در ارتباط با بیماری های چشمی، آسیب عصبی و قلب و عروق را ایجاد می کند که در میان سایر عوارض پزشکی مهمتر هستند (۳۴، ۳۵).

تول و همکاران در مطالعه خود بیماری دیابت را در ایجاد محدودیت های فردی برای بیمار موثر می دانند. همچنین بیماری دیابت را یک بیماری مزمن معرفی می کنند که بیمار برای جلوگیری از ایجاد محدودیت ها نیاز به مراقبت مداوم، آموزش دائمی برای توسعه خود مراقبتی در برابر بیماری و کنترل عوارض حاد و در نتیجه کاهش خطر ابتلا به عوارض طولانی مدت دارد. بیماران مبتلا به دیابت نقش اصلی را در درمان خود، بازی می کنند و نیاز به مشارکت فعالانه در مراقبت و کنترل بیماری دارند، زیرا کنترل بیماری تنها با تحت نظر سیستم بهداشتی درمانی بودن انجام نمی شود. در این زمینه، بیمار باید برای پذیرش فعالیت های آموزشی و انگیزشی مانند آموزش برای مراقبت از خود، مشارکت نماید، که این امر پایه ای برای توانمند سازی است. به این ترتیب بیمار دیابتی می تواند به طور موثر درمان خود را کنترل کند و درگیر مشکلات و محدودیت ها نشود (۳۶).

بر اساس یافته ها، اکثر بیماران دیابتی قادر به کنترل قند خون خود نمی باشند لذا به مرور دچار مشکلات مربوط به

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.2.7.0]

بیماری شده و محدودیت های انها خود را نشان می دهد. با بروز محدودیت های جسمی به طور پیوسته سایر محدودیت های اقتصادی، اجتماعی، اموزشی و روحی و روانی بروز می کند. در همین ارتباط کروی[4] و همکاران بیان می کنند که تمام محدودیت های که فرد در ارتباط با بیماری خود پیدا می کند مربوط به رفتارهای خودکنترلی است. نقش اموزش بعد از تشخیص بیماری خیلی مهم است و برای جلوگیری از ایجاد محدودیتها و افسردگی تعامل بین بیمار و پزشک و سیستم بهداشتی درمانی اهمیت دارد و پیوستگی بیمار به درمان را بهتر می کند تا بیمار به مشکلات در اینده مواجه نشود (۳۷).

سطح محدودیت ها و موانع در بیماران دیابتی با یکدیگر متفاوت است مواردی از جمله نتایج منفی درمانی به دلیل آموزش ناکافی و عدم پیوستگی مراقبت و کمبود مراکز درمانی و نیروی های درمانی متخصص از عوامل تاثیر کذار بر ایجاد این تفاوت است. علاوه براین عواملی دیگری مانند فقر و انزوای اجتماعی هم در ان نقش دارند. برخی بر این عقیده اند که بیماران توسط کادر درمانی درک نمی شوند و موانعی دیگری اطراف بیمار را احاطه کرده است از جمله: "دسترسی به حمل و نقل، مواد آموزشی، مراقبت های سنتی و پزشکی و خدمات تشخیصی" که بیمار را با مشکل مواجه می کند و باعث ایجاد محدودیت های ثانویه می شود (۳۸).

یافته این مطالعه همچنین نشان داد که بیماران برای مقابله با بیماری و سازگاریبا ان و همچنین برای رسیدن به مراقبت بهتر از خود سعی در رسیدن به دیدگاههای مثبت در مورد بیماری داشته و همین امر انها را به سمت یادگیری بیشتر و خوش بین بودن و از دست ندادن استقلال فردی و متوسل شدن به خدا و معنویت سوق می دهددر این راستا بونر[5] و همکاران در مطالعه خود، بازنویسی شناختی بیماری را برای بیماران ضروری می دانند که شامل ایجاد شناخت در مورد هویت بیماری، عواقب، علت و کنترل می شود. این بازنویسی شناختی، به فرد بیمار فرصتی را برای جمع آوری اطلاعات در مورد بیماری و تأثیر آن بر نحوه نظارت بر هر گونه علائم، اقدامات و پیامدهای بیماری می دهد و به توانمندی فرد بیمار کمک می کند. این نتیجه نشان می دهد دهد که راه مقابله با بیماری یادگیری و شناخت پیدا کردن نسبت به ان است (۳۹). نتایج مطالعه دیگری توسط کلارک و همکاران بر روی کودکان مبتلا به اسم به عنوان یک بیماری مزمن که زندگی بیمار را تا پایان عمر تحت تاثیر قرار می دهد، نشان داد ن که برای مقابله با بیماری کسب اطلاعات نسبت به بیماری و افزایش اگاهی برای رسیدن به مراقبت بهتر مفید می باشد. از این رو کودکان آسمی سعی در یادگیر از مراقبین خود بودند و نتایج نشان داد این یادگیری بر روی رفتارهای مراقبتی انها تاثیر بسزایی داشته است (۴۰). همچنین نتایج مطالعه دیگری نشان داد که بیماران دیابتی با چالش های مختلفی روبرو می باشند که برای مقابله با این چالش ها نیاز به اموزش در مورد بیماری دیابت دارند. افزایش یافته ها و اطلاعات بیماران در مورد بیماری دیابت برای غلبه بر بیماری و موفقیت در رژیم غذایی، دارویی و ورزش و کنترل قند خون مهم است (۴۱).

رسیدن به استقلال فردی و خودکارآمدی در فرد دیابتی قدرت اعتقاد فرد را به توانای هایش برای کامل کردن وظایف خود نسبت به بیماری دیابت افزایش می دهد. مقابله با دیابت نوع ۲ مستلزم مهارتهای خودمراقبتی است: پایبندی به توصیه های غذایی و دارویی، انجام فعالیت های بدنی منظم، ترک سیگار و پیشگیری یا درمان هیپوگلیسمی. با این حال، رعایت و حفظ چنین توصیه های پیچیده بهداشتی به ویژه برای افراد دارای مشکلات اجتماعی و اقتصادی و سواد بهداشتی پایین مشکل می باشد که استقلال و خود کارامدی انها را تحت تاثیر قرار

[4] .Crowe

[5] .Bonner

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.2.7.0]

می دهد ولی بسیاری از بیماران بدنبال کسب این توانمندی ها و رسیدن به استقال فردی هستند زیرا درک کرده اند که تنها کس که می تواند به خودشان کمک کند خود ایشان می باشند (۴۲).

نتایج مطالعات نشان می دهد که بیماران دیابتی برای غلبه بر بیماری، نیاز به توانمند شدن هستند و برای رسیدن به توانمندی باید ترس و افکار متضادی که نسبت به بیماری وجود دارد را کنار بگذارند. به سیستم درمانی و پزشک معالج اعتماد کنند و همچنین نقش اعتقادات مذهبی در کنار امدن بیمار با بیماری اهمیت دارد و توسل به خداوند در درمان بیماری موثر است. برخی بیماران، بیماری دیابت را هدیه ای از طرف خداوند می دانند و اعتقاد به چنین دیدگاهی موجب توانمند شدن انها می گردد. این باورهای معنوی بر تصمیمات مربوط به درمان بیماران تاثیر گذار می باشد ، بین باورهای بیمار در راتباط با بیماری و سازگاری روحی آنها ارتباط موثری وجود دارد (۴۳،۴۴). اعتقادات مذهبی و توسل به خداوند رفتارهای منجر به سلامتی بیماران و پیوستگی انها به درمان را شکل می دهد و به عنوان یک جنبه مثبت برای بیمار تلقی می شود. رفتار های مذهبی باعث آسایش، افزایش دانش در مورد بیماری و تشویق بیشتر پذیرش درمان از طرف بیمار می شود، بنابراین انگیزه برای مراقبت از خود و جلوگیری از ابتلا به عوارض جدی افزایش می یابد (۴۵).

از دیگر نتایج مطالعه حاضر نگرانی های بیماران نسبت به آینده و بیماری دیابت می باشد. ابتلا به عوارض بیماری دیابت از نگرانی های عمده بیماران به شمار می رود که موجب ناتوانی بیمار می گردد. عوارضی که باعث ناتوانی بیماران دیابتی می شود در جوامع مختلف مشترک می باشند ولی با توجه به شرایط بهداشتی و خود بیماران متفاوت است. اختلالات مشترک در میان افراد مبتلا به دیابت در ایالات متحده تاثیر بر فعالیت بدنی، افسردگی، کاهش شنوایی، نوروپاتی محیطی و اختلالات بینایی است که توانایی خواندن و نوشتن معمولی را برای بیمار محدود می کند و اینده بیمار را با مشکل مواجه می کند (۴۶).

از دیگر نگرانی های بیماران بعد از اثبات تشخیص قطعی دیابت، شروع انسولین برای بیمار می باشد. شروع درمان با انسولین همچنین می تواند باعث ایجاد استرس در بیماران مبتلا به دیابتی شود که قبلا با داروهای هیپوگلیسمی خوراکی درمان شده اند. نگرانی هایی که در استفاده از انسولین برای بیمار ایجاد می شود ترس از درد تزریق، ترس از مرگ به علت فشار خون پایین، ضعف و عدم کنترل بیماری توسط بیمار می باشد (۴۷). مطالعات مشابه نیز نشان می دهند که شروع تزریق انسولین از نگرانی های عمده بیماران می باشد که ان را یک شروع تهدید کننده زندگی تلقی می کنند. بیماران شروع این رفتار جدید را را نیازمند داشتن مهارتهای بالایی از نظر سطح تحصیلات، تفسیر و تصمیم گیری می دانند. انجام رفتار جدید برای بیماران سخت و ناممکن جلوه می کند و بیماران برای انجام آن با موانع متعددی (ناتوانی در تزریق انسولین در ساعت مقرر، هزینه بالای تهیه انسولین، مهارت تزریق صحیح و درد) مواجه میگردند که فکر کردن به ان با دیدگاه منفی که در جامعه نسبت به انسولین درمانی وجود دارد و ان را رسیدن به مرحله اخر بیماری و مرگ تلقی می کنند ایجاد کننده مشکلات جدید می باشد (۴۸).

نتایج مطالعات مشابه نشان می دهد که وابستگی، تنهایی و ایزوله شدن، بروز عوارض بیماری، اینده فرزندان و خانواده و مرگ دردناک از نگرانی های بیماران دیابتی می باشد که سبک زندگی و وضعیت روحی روانی و دیدگاه ذهنی بیمار از سلامتی را تحت تاثیر قرار می دهد (۴۹، ۵۰).

بطور کلی میتوان گفت که عوامل مختلفی در نگرانی بیماران دیابتی نقش دارد که زندگی اجتماعی و خانوادگی انها را تحت تاثیر قرار می دهد. در جامعه ایران مثل جوامع کمتر توسعه یافته، بیماران با مشکلات اجتماعی، پایین بودن سطح تحصیلات، ضعف مالی روبرو هستند که نگرانی

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.2.7.0]

های انها را در زمینه مالی، روابط اجتماعی و شغلی تشکیل می دهد. این عوامل موجب بروز بیشتر عوارض بیماری شده و نگرانی های انها را بیشتر می کند. پیوستگی نگرانی ها موجب می شود که شروع زودتر انسولین اتفاق بیفتد و به علت اگاهی کمتر بیماران موجبات ایجاد مشکلات بیشتر فراهم شود و در نهایت بیمار با ترس از مرگ بر اثر بیشتر شدن مشکلات بیماری روبرو گردد (۵۱).

این مطالعه با هدف بررسی تجربیات بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در ایران با روش مرور سیستماتیک تحقیقات کیفی انجام شد. آنالیز و سنتز یافته ها نشان داد که محدودیت های فردی نسبت به دیابت، دیدگاههای مثبت نسبت به بیماری دیابت و نگرانی ها نسبت به اینده و بیماری دیابت از جمله تجارب مشترک و مهم این بیماران می باشند. یکی از اهداف مطالعات ثانویه ایجاد شواهدی علمی، مبتنی بر بافت و مطمئن برای تصمیم گیری است. مطالعات متاسنتز با تجمیع و تحلیل مجدد نتایج سایر مطالعات کیفی، می تواند به افزایش غنای دانش موجود در خصوص پدیده مورد نظر منجر شود. مطالعه حاضر به افزایش بینش و دانش در خصوص تجارب تعداد زیادی از بیماران مبتلا به دیابت نوع دو کمک می کند. علاوه برا این اگاهی از تجارب مشترک بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در بستر فرهنگی اجتماعی ایران برای سیاست گذاران و متولیان امر فرصتی فراهم می کند که به منظور حل یا تعدیل مشکلات و یا تقویت راهکارهای موجود تصمیماتی در سطوح بالاتر اتخاذ نمایند. از آنجا که یکی از چالشهای اصلی مطالعات کیفی تعمیم پذیری کم انها است، مطالعاتی از این قبیل می تواند به افزایش تعمیم پذیری این نوع از پژوهش کمک نموده و بکارگیری انها در بستر واقعی را تسهیل کند.

محدودیت ها

از جمله محدودیت های این مطالعه می توان به تنوع روش مطالعات منتخب اشاره کرد که به دلیل محدودیت در تعداد مقاله موجود مساله ای اجتناب ناپذیر بود.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.2.7.0]

جدول شماره ۳: خصوصیات مطالعات منتخب

مشخصات نویسندگان وسال انتشار	تعداد مشارکت	جنس زن: مرد	میانگین سن	نوع مطالعه	روش جمع اوری داده	روش تجزیه و تحلیل	موضوع مطالعه
عبدالقاسمی و صداقت ۲۰۱۵ (۱۶)	۲۷	۲۲:۵	۵۴	فنومنولوژی	مصاحبه نیمه ساختاریافته	کلایزی	-
کریمی موناقی وهمکاران ۲۰۱۴ (۱۷)	۱۵	۵:۱۰	۴۷/۸(۱۲)	کیفی	مصاحبه نیمه ساختار یافته	کانتنت انالیز	-
اباذری و همکاران ۲۰۰۸ (۱۸)	۱۱	۵:۶	۵۵	فنومنولوژی توصیفی	مصاحبه نیمه ساختار یافته	تجزیه و تحلیل کلایزی	خود مراقبتی
والیی و نیکبخت نصرابادی ۲۰۱۶ (۱۹)	۲۰	۱۳:۷	۶۸:۴۰	کیفی	مصاحبه نیمه ساختار یافته	کانتنت انالیز	سلامتی
کریمی موناقی و همکاران ۲۰۱۴ (۲۰)	۱۵	۹:۶	۴۷/۸	کیفی	مصاحبه نیمه ساختار یافته	کانتنت انالیز	تشخیص و درمان به موقع
اقامحمدی و ولی زاده ۲۰۱۶ (۲۱)	۱۹	۱۹:۰	۴۹	فنومنولوژی هرمنیوتیک	مصاحبه نیمه ساختار یافته	وان منن	روانشناسی
عبدولی و همکاران ۲۰۰۸ (۲۲)	۱۶	۷:۴	۴۸	گراندد تئوری	مصاحبه نیمه ساختار یافته و فوکوس گروپ	اشتراس کوربین	توانمند سازی
ذلک و همکاران ۲۰۱۲ (۲۳)	۵۲	۰:۲۲	۵۰	کیفی	مصاحبه نیمه ساختار یافته	نامشخص	خودمراقبتی
ستوده و همکاران ۲۰۱۶ (۲۴)	۱۵	۸:۷	نامشخص	کیفی	مصاحبه نیمه ساختار یافته	تحلیل محتوی	پیشگیری دیابت
محمودی و علوی ۲۰۱۵ (۲۵)	۱۹	۴:۸	نامشخص	کیفی	مصاحبه نیمه ساختار یافته و فوکوس گروپ	تحلیل محتوی	کنترل دیابت
غضنفری و همکاران ۲۰۰۹ (۲۶)	۵۰	۵۰:۰	۵۳	کیفی	مصاحبه نیمه ساختار یافته	تحلیل محتوی	سبک زندگی
نوح جاه و همکاران ۲۰۱۴ (۲۷)	۴۰	۴۰:۰	۴۳/۷۵	کیفی	مصاحبه نیمه ساختار یافته	تحلیل تماتیک	سایکولوژی
عزیززاده فروزی و تیرگاری ۲۰۱۵ (۲۸)	۱۶	۹:۷	۵۰	فنومنولوژی هرمنیوتیک	مصاحبه نیمه ساختار یافته	تحلیل لیندست و نوربرگ	خودمراقبتی
موسوی زاده و همکاران ۲۰۱۷ (۲۹)	۲۱	۱۲:۹	۵۵	کیفی	مصاحبه نیمه ساختار یافته	کانتنت انالیز	درمان
رستمی و همکاران ۲۰۱۵ (۳۰)	۱۰	۰:۰	۱۵	گراندد تئوری	مصاحبه نیمه ساختار یافته	اشتراس کوربین	درک از خود

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.2.7.0]

جدول شماره ۴: اهداف و تم ها اصلی مطالعات انتخاب شده

نویسنده (سال)	هدف یا سوال مطالعه	تم های اصلی
عبدالقاسمی و صداقت ۲۰۱۵ (۶۰)	نگرش بیمارن از دیابت نوع ۲	نگرش پیشرونده نسبت به سطح بالاتری از مراقبت های بهداشتی و موانع ان
کریمی موناقی وهمکاران ۲۰۱۴ (۶۱)	بررسی تجربیات ذهنی بیماران ایرانی مبتلا به دیابت نوع ۲از رفتارهای جستجو کننده مراقبت های بهداشتی درمانی	هشدار با علائم فیزیکی؛ تجزیه و تحلیل های شخصی؛ خود درمان و پیامدهای آن؛ جستجوی اطلاعات ؛ و تشخیص و تایید اطلاعات توسط کارکنان مراقبت های بهداشتی.
اباذری و همکاران ۲۰۰۸ (۶۲)	شناسایی و توصیف تجارب زندگی بیماران مبتلا به دیابت	"چرا من می خواهم"، "الزامات بیماری"، "محدودیت"، "حرکت خاموش به سوی مرگ"، "می توانم انجام دهم"
والیی و نیکبخت نصرابادی ۲۰۱۶	بررسی معانی درک شده سلامت توسط بیماران دیابتی ایرانی	سندرم بدن سالم و قلب شاد (سلامت جسمانی، رضایتمندی و آرامش ذهن)؛ زندگی بدون محدودیت های اجباری (عدم محدودیت غذا، محدودیت فعالیت، عدم وجود محدودیت های اجتماعی)؛ و معنویت عالی (رضایت خود و دیگران، اتکا به خدا، به یاد خدا
کریمی موناقی و همکاران ۲۰۱۴	بررسی تجربیات و ادرکات افراد مبتلا به دیابت	زمینه فردی(عقاید در مورد بیماری، زمینه شخصی)، سیستم حمایتی (خانواد،جامعه، تعاملات انسانی در سازمان های سلامت)، خود مقایسه (مقایسه دیابت با سایر بیماری ها، مقایسه با سایر دیابتی ها)
اقامحمدی و ولی زاده ۲۰۱۶	بررسی ترس و نگرانی زنان دیابتی	۱-"آینده مبهم و نامشخص" ("ترس از وابستگی"، "تنهایی"، "عوارض بیماری" و "آینده کودکان") و (۲) "تغییر سبک زندگی" (" محدودیت رژیم غذایی" و" تزریق انسولین "ا)
عبدولی و همکاران ۲۰۰۸	موانع و تسهیل کننده های توانمندی در افراد مبتلا به دیابت	موانع: تنش، نگاه منفی به دیابت، سیستم های درمانی ناکارآمد و فقر و بی سوادی. تسهیل کننده ها: آموزش دیابت، ترس از دیابت و عوارض آن، امید به آینده
ذلک و همکاران ۲۰۱۲	یافتن موانع فردی و محیطی مؤثر بر خودمراقبتی در دیابتی ها و بررسی دیدگاه بیماران در خصوص بیماری	موانع جسمی، موانع اقتصادی، موانع اجتماعی، موانع آموزشی و موانع روانی
ستوده و همکاران ۲۰۱۶	تبیین مفهوم خود مراقبتی از دیدگاه بیماران مبتلا به دیابت نوع دو	جنبه ی حفاظتی خود مراقبتی: حفاظت شخصی، حفاظت خانواده و حفاظت جامعه . جنبه ی اقتصادی: اقتصاد خانواده و اقتصاد جامعه
محمودی و علوی ۲۰۱۵	توصیف تجارب بیماران مبتلابه دیابت و تیم سلامت از کنترل دیابت	ضعف در مواجهه با بیماری: ترس از ابتلا به عوارض وخیم و لاعلاج، برداشت های عاطفی منفی و اغراق آمیز، تنش ماندگار، اجبار در رعایت محدودیت ها تسلط بر بیماری: احاطه بر واکنش های منفی روانی، درونی کردن مضامین آموزشی
غضنفری و همکاران ۲۰۰۹	تبیین باورهای زنان دیابتی نسبت به فعالیت جسمانی منظم	باورهای رفتاری (فواید و مضرات رفتار)، هنجاری و کنترلی
نوح جاه و همکاران ۲۰۱۴	دیدگاههای زنان دیابتی در مورد بیماری و عوارض تجربه شده ناشی از بیماری	احساسات متناقض بیماران در مورد وضعیت سلامت شخصی و بیماری دیابت، اثرات روحی روانی تجربه شده، محدودیت های تجربه شده در کنترل و درمان بیماری
عزیززاده فروزی و تیرگاری ۲۰۱۵	توصیف تجربیات بیماران دیابتی از عقایدشان در ارتباط با بیماری و مدیریتش	جستجوی اطلاعات، مستقل بودن، خوش بین بودن یا بدبین بودن و اعتماد به خداوند
موسوی زاده و همکاران ۲۰۱۷	بررسی و درک چگونگی پیوستگی به روند درمان در میان بیماران ایرانی مبتلا به دیابت نوع ۲	تهدید غیر قابل درک (دانش و مهارت های ضعیف، تنگنای وابستگی، درک سطحی از وضعیت جدید) اعتقادات تلخ (انحطاط کیفیت زندگی، بازخوردهای درمان فیزیکی و عاطفی) انطباق با درمان (تسلط خود مراقبت، ادغام رژیم غذایی در فعالیت های روزانه)
رستمی و همکاران ۲۰۱۵	توضیح ادراکات بالغین مبتلا به دیابت	درک بینش (به دست آوردن دانش و مدیریت اعتقاد)، درک همدلی با دیگران (عدم پنهان کردن بیماری، نشان دادن بیماری طبیعی و پذیرش نقش فعال در خانواده) و مدیریت مراقبت از خود (استقلال در کنترل رژیم غذایی و دارویی و درک توانایی ها برای مدیریت آینده زندگی و مدیریت فعالیت های روزانه زندگی) و رضایت از زندگی (ادراک از سالم بودن و داشتن زندگی عادی)

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.2.7.0]

جدول شماره ۵: نتایج سنتز داده ها

یافته های سنتز شده	طبقات	عبدالقاسمی و صداقت ۲۰۱۵	کریمی موناقی و همکاران ۲۰۱۴	اباذری و همکاران ۲۰۰۸	والیی و نیکبخت نصرابادی ۲۰۱۶	کریمی موناقی و همکاران ۲۰۱۴	اقامحمد ی و ولی زاده ۲۰۱۶	عبدولی و همکاران ۲۰۰۸	ذلک و همکاران ۲۰۱۲	ستوده و همکاران ۲۰۱۶	محمودی و علوی ۲۰۱۵	غضنفری و همکاران ۲۰۰۹	نوح چاه و همکاران ۲۰۱۴	عزیززاده فروزی و تیرگاری ۲۰۱۵	موسوی زاده و همکاران ۲۰۱۷	رستمی و همکاران ۲۰۱۵
محدودیت های فردی نسبت به بیماری	جسمی		√	√	√	√			√	√			√		√	
	اقتصادی				√	√	√		√	√		√			√	
	اجتماعی					√	√	√	√	√					√	
	اموزشی		√					√	√							
	روانی		√					√	√		√					
دیدگاهها ی مثبت نسبت به بیماری	بدنبال اطلاعات بیشتر	√		√		√					√	√		√		
	غلبه بر احساسات متضاد	√														
	استقلال فردی			√							√			√		√
	خوشبین بودن							√						√		√
	توسل به خدا											√		√		√
نگرانی های اینده	عوارض بیماری		√			√	√	√							√	
	ترس و نگرانی						√	√			√	√	√			
	خانواده						√				√					
	شروع انسولین						√									
	مرگ			√												

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.2.7.0]

References

1. Ferrannini E, Muscelli E, Frascerra S, Baldi S, Mari A, Heise T, et al. Metabolic response to sodium-glucose cotransporter 2 inhibition in type 2 diabetic patients. The Journal of clinical investigation. 2014;124(2):499-508.

2. Zahmatkesh M, Rashidi M. A report on the local administration of honey and oil in treating a diabetic limb. The Journal of Medicinal Herbs. 2008;8(29): 36-40. [Persian]

3. Khatib A, TabatabaiMalazi A. diabetic limb: prevention and public solutions. The Iranian Diabetes and lipid Magazine. 2007;7(2):123-33. [Persian]

4. Yaghoobi M, Taheri N, Raoof A, Shirzai K, Kazemi S. the life quality off the patients visiting the Persian diabetic clinic of Mashhad. Newfound cares and cures. The Scientific Research Journal of Birjand Nursing University. 2010;7(3&4);16-22. [Persian]

5. Taheri N, Hojjati H, Mousavi M, Afra A, Dehgham H. The prevalence of depression and stress in diabetic patients visiting Taleghani hospital in Abadan and Vali-e-asr Hospital in Khoramshahr in 2011. The Diabetic Nursing Journal of the Nursing Faculty of Zabol. 2012;1(2): 21-31. [Persian]

6. Baghai P, Zandi M, Vares Z, Masoodi N, Bagheri A. the self-care state of the diabetic patients in the diabetic care centre in Kashan in 2005. 2008; 12(1): 88-93. [Persian]

7. Nikkhooi A, Shabani Z, Ashrafizadeh Z. The epidemiologic study of amputations due to infections of diabetic limbs in the Razi hospital of Ahvaz, between 2004 and 2009. 2002;8(1):31-7.

8. Hayashino Y, Izumi K, Okamura S, Nishimura R, Origasa H, Tajima N, et al. Duration of diabetes and types of diabetes therapy in Japanese patients with type 2 diabetes: The Japan Diabetes omplication and its Prevention prospective study 3 (JDCP study 3). Journal of diabetes investigation. 2017;8(2):243-9.

9. Rouyard T, Kent S, Baskerville R, Leal J, Gray A. Perceptions of risks for diabetes-related complications in Type 2 diabetes populations: a systematic review. Diabetic Medicine. 2017;34(4):467-77.

10. Shamshirgaran SM, Ataei J, Malek A, Iranparvar-Alamdari M, Aminisani N. Quality of sleep and its determinants among people with type 2 diabetes mellitus in northwest of Iran. World journal of diabetes. 2017;8(7):358.

11. Ahmadi A, Hasanzadeh J, Rahimi MM, Lashgari L. Factors affecting the quality of life in patients with type 2 diabetes ChaharMahalBakhtiari. J North KhorasanUniv Med Sci. 2011; 3(1): 7-13. [Persian]

12. Tong A, Flemming K, McInnes E, Oliver S, Craig J. Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. BMC Med Res Methodol. 2012;12(1):181

13. Joanna Briggs Institute, 2014. Reviewer's Manual. Available at: http:// joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewers manual-2014.pdf.

14. Smith V, Devane D, Begley CM, Clarke M. Methodology in conducting a systematic review of systematic reviews of healthcare interventions. BMC Medical Research Methodology. 2011;11(1):15.

15. CASP, 2013. 10 Questions to Help You Make Sense of Qualitative Research. Available at:http://media.wix.com/ugd/dded87_29c5b00 2d99342f788c6ac670e49f274.pdf.

16. Abolghasemi R, Sedaghat M. The Patient's Attitude Toward Type 2 Diabetes Mellitus, a Qualitative Study. J Relig Health. 2015; 54:1191–1205

17. Karimi Moonaghi H, NamdarAreshtanab H, Jouybari L, ArshadiBostanabad

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.2.7.0]

M, McDonald H. Facilitators and barriers of adaptation to diabetes: experiences of Iranian patients. Journal of Diabetes & Metabolic Disorders. 2014;13:17.

18. Abazari P, DoostiIrani M, Babaei S, Shahgholian N. Can I do…? Life with type II diabetes: A phenomenological study. IRANIAN JOURNAL OF NURSING AND MIDWIFERY RESEARCH (IJNMR). 2008;13(3): 94-9. [Persian]

19. Moridi G, Valiee S, Nasrabadi AN, Nasab GE, Khaledi S. Meanings of Health for Iranian Diabetic Patients: A qualitative study. Electronic physician. 2016;8(9):2904-10.

20. Karimi Moonaghi H, NamdarAreshtanab H, Jouybari L. The efficacy of optimism: benefit finding in the treatment of diabetes in Iranian patients. ISRN Nursing. 2014;2014:1-6. [Persian]

21. Aghamohammadi-Kalkhoran M, Valizadeh S. Fears and concerns of Iranian diabetic women: A phenomenological study. Journal of Health Psychology. 2016;21(7):1322-30. [Persian]

22. Abdoli S, Ashktorab T, Ahmadi F, Parvizi S, Dunning T. The empowerment process in people with diabetes: an Iranian perspective. International Nursing Review. 2008;55(4):447-53.

23. Zalak K, KazemiHaki B, Matlabi H. Obstacles to Self- Care from The Viewpoint of Type II Diabetic Patients and Guidelines to remove them. GolestanFaraz Journal. 2012; 14(2):30-7. [Persian]

24. Setoodeh N, Aghamolaei T, Bushehri E, Abedini S. Explaining the concept of self-care from the viewpoints of patients with diabetes type II: A Qualitative Research. Journal of Preventive Medicine. 2016;3(3):21-30. [Persian]

25. Mahmoudi A, Alavi M. Experience Of Diabetic Patients And Health Team Of Diabetes Control: A Qualitative Study. Journal of Health Promotion Management. 2015; 4(3):70-80. [Persian]

26. Ghazanfari Z, NiknamiSh, Ghofranipour F, Larijani B. Regular physical activity from perspective of femaleswith diabetes: A qualitative study. Ofogh-e-Danesh Journal. 2009;15(2): 5-15. [Persian]

27. Nouhjah S, Fayazi F, Afshinfar A, Hazbaiepur F. A Qualitative Study to Define Diabetic Women's Views about Health, Illness, Complications and Experienced Restrictions, Attending Ahvaz Diabetes Clinic. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism. 2014; 16(4): 235-44.

28. Azizzadeh FM, Batool T. Meaning of self-care: Lived experiences of Iranian diabetic patients. Ethiopian Journal of Health Sciences. 2015;25(2):170-80.

29. Mousavizadeh SN, Ashktorab T, Zandi M. Improvement of Adherence to Treatment in People with Diabetes: An Iranian Perspective. J Res Med Dent Sci. 2017; 5(6):71-8.

30. Rostami S, Parsa-Yekta Z, Najafi-Ghezeljeh T, Vanaki Z, Zarea K. Self-perception in Iranian adolescents with diabetes: a qualitative study. Journal of Diabetes & Metabolic Disorders. 2015;14(1):36-44. [Persian]

31. Katon WJ. Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. Dialogues in Clinical Neuroscience. 2011;13(1): 7.

32. Beverly EA, Brooks KM, Ritholz MD, Abrahamson MJ, Weinger K. Assessment of emotional struggles in type 2 diabetes: Patient perspectives. Diabetes Care. 2012; 35(8): e62.

33. Gonzalez JS, Fisher L, Polonsky WH. Depression in diabetes: Have we been missing something important?. Diabetic Medicine. 2014;34(1): 764–72.

34. Coyle ME, Francis K, Chapman Y. Selfmanagement activities in diabetes care: A systematic review. Australian Health Review. 2013;37(4): 513–22.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.2.7.0]

35. Gregg EW, Li Y, Williams DE, Geiss L. Changes in diabetes-related complications in the United States, 1990–2010. N Engl J Med. 2014; 371(3): 286-7

36. Tol A, Baghbanian A, Mohebbi B, Shojaeizadeh D, Azam K, Shahmirzadi SE, et al. Empowerment assessment and influential factors among patients with type 2 diabetes. Journal of Diabetes & Metabolic Disorders. 2013;12(1):6.

37. Crowe M, Whitehead L, Bugge C, Carlyle D, Carter J, Maskill V. Living with sub-optimal glycaemic control: the experiences of Type 2 diabetes diagnosis and education. Journal of Advanced Nursing. 2017; 73(3), 612–21

38. McKee G, Clarke F, Kmetic A, Reading J. Health practitioners' perspectives on the barriers to diagnosis and treatment of diabetes in Aboriginal People on Vancouver Island. Pimatisiwin. 2009;7(1): 49-64.

39. Bonner T, Harvey IS, Sherman L. A qualitative inquiry of lower extremity disease knowledge among African Americans living with type 2 diabetes. Health Promotion Practice. 2017;18(6):806-13.

40. Clark NM, Gong M, Kaciroti N. A model of selfregulation for control of chronic disease. Health Education & Behavior. 2014; 41(5): 499-508.

41. Pera PI. Living with Diabetes: Quality of Care and Quality of Life. Patient Prefer Adherence. 2011; 5: 65-72.

42. Vissenberg C, Nierkens V, Van Valkengoed I, Nijpels G, Uitewaal P, Middelkoop B, et al. The impact of a social network based intervention on self-management behaviours among patients with type 2 diabetes living in socioeconomically deprived neighbourhoods: a mixed methods approach. Scan J Public Health. 2017;45(6):569-83.

43. Abdoli S, Ashktorab T, Ahmadi F, Parvizy S, Dunning T. Religion, faith and the empowerment process: Stories of Iranian people with diabetes. International Journal of Nursing Practice. 2011; 17(3): 289–98.

44. Heidari S, Rezaei M, Sajadi M, Ajorpaz NM, Koenig HG. Religious practices and self-care in Iranian patients with type 2 diabetes. Journal of Religion and Health. 2017;56(2):683-96.

45. Padela A I, Curlin F A. Religion and disparities: Considering the influences of Islam on the health of American Muslims. Journal of Religion and Health. 2013;52(4): 1333–45.

46. Gillani SW, Sulaiman SAS, Abdul MIM, Saad SY. A qualitative study to explore the perception and behavior of patients towards diabetes management with physical disability. Diabetology& Metabolic Syndrome. 2017;9(1):58.

47. Perez-Nieves M, Ivanova JI, Hadjiyianni I, Zhao C, Cao D, Schmerold L, et al. Basal insulin initiation use and experience among people with type 2 diabetes mellitus with different patterns of persistence: results from a multi-national survey. Current Medical Research and Opinion. 2017;33(10):1833-42.

48. Polinski JM, Smith BF, Curtis BH, Seeger JD, Choudhry NK, Connolly JG, et al. Barriers to insulin progression among patients with type 2 diabetes: a systematic review. Diabetes Educ. 2013; 39(1):53-65.

49. Fagerlind H, Ring L, Brülde B, Feltelius N, Lindblad AK. Patients' understanding of the concepts of health and quality of life. Patient EducCouns. 2010; 78(1): 104–10.

50. Duran G, Herschbach P, Waadt S, Strian F, Zettler A. Assessing daily problems with diabetes: A subject-orientated approach to compliance. Psychol Rep. 1995;76(2): 515–21.

51. Firouzkouhi M, Abdollahimohammad A, Babaeepur M, Maghroun A, Mir E. The Relationship Between Worry Domains and Quality of Life in Patients with Type II Diabetes. J Diabetes Nurs. 2016; 4(4) :21-9. [Persian]

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.2.7.0]

Journal of Diabetes Nursing **Received:** 15/05/2018

pISSN: 2345-5020 **Accepted:** 27/06/2018

eISSN: 2423-5571 Volume **6** Number **2** p: **420-438**

Experiences of Type II Diabetes Patients: A Systematic Review of the Qualitative Studies

Firouzkouhi Mohammadreza[1], **Abdollahi mohammad Abdolghani[1]***, Raiesifar Afsaneh[2], Abbas Balouchi[3], Firouzkouhi Ahmadreza[4]

1. PhD of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran
2. PhD in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran.
3. Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. MSc of Sport Physiology, Imam Khomeini Hospital, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran

***Corresponding author**: Abdolghani Abdollahi mohammad, Zabol university of Medical Sciences, Zabol, Iran, **Email**: abdalqani@gmail.com

Abstract

Introduction: Diabetes is the ultimate cause of blindness, renal failure, and lower limb amputation and is almost the cause of more than half of non-traumatic amputations. As a chronic progressive disease, the patient faces physical, social, and psychological challenges that increase the risk of mental health problems and reduce the quality of life. Therefore, we sought to qualitatively synthesize the experiences of type II diabetic patients in Iran.

Materials and Methods: This is a systematic review and a synthesis of qualitative evidence based on Joanna Briggs methodology. The primary key words were investigated in the relevant national and international databases including google Scholar, PubMed, Wiley, Elsevier, SID, and Magiran to obtain the articles published up to 2017. Two authors separately investigated the articles for inclusion criteria, data extraction, and quality assessment. The meta-aggregative method was used for the synthesis of the findings.

Results: Overall, 15 articles were eligible to be included in the study. Finally, three themes were synthesized, including "individual limitations regarding diabetes", "positive viewpoints toward disease", and "future concerns".

Conclusion: The experiences of Iranian diabetic patients showed that they need special considerations to overcome their limitations and concerns.

Keywords: Diabetes type II, Qualitative research, Systematic review, Meta-synthesis

Access This Article Online	
Quick Response Code:	**Website**: www.zbmu.ac.ir/jdn
	How to site this article: Firouzkouhi M, Abdollahi mohammad A, Raiesifar A, Balouchi A, Firouzkouhi A. Experiences of Type II Diabetes Patients: A Systematic Review of the Qualitative Studies. J Diabetes Nurs. 2018; 6 (2) :420-438

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.2.7.0]