موانع تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به دیابت

سیده نرجس موسوی زاده[1*]، دکتر طاهره اشک تراب[2]، دکتر فضل اله احمدی[3]، دکتر میترا زندی[4]

1. دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
2. استاد، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
3. استاد، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.
4. استادیار، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

***نویسنده مسئول:** سیده نرجس موسوی زاده - **پست الکترونیکی:** n.mousavi@sbmu.ac.ir

فصلنامه علمی- پژوهشی پرستاری دیابت - تابستان1395؛4(3): 108-94

چکیده

مقدمه و هدف: دیابت یک مشکل عمده سلامت عمومی و یکی از علل مرگ و میر و ناتوانی در دنیا است. یکی از مشکلات اساسی در کنترل مطلوب این بیماری، عدم تبعیت بیماران از رژیم های درمانی است. هدف از این مطالعه بررسی موانع تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به دیابت می باشد.

مواد و روش: مطالعه حاضر یک مطالعه کیفی است که با استفاده از مصاحبه عمیق نیمه ساختارمند با 15بیمار مرد و زن مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد. داده ها در فاصله زمانی آذرماه 1394 تا تیرماه 1395 جمع آوری شدند و به روش تحلیل محتوای قراردادی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: با تجزیه و تحلیل یافته ها از مجموع مضامین استخراج شده، سه مضمون اصلی: "عملکرد ضعیف تیم درمان" با زیرطبقات (ارائه اطلاعات ناقص و متناقض، عملکرد غیرمشارکتی، عدم پاسخگویی به نیازهای مددجو، از دست دادن زمان)، "تنگنای اجتماعی" با زیرطبقات (شرایط شغلی، عکس العمل اطرافیان، عدم هماهنگی در خانواده) و "درماندگی های شخصی" با زیرطبقات (استرس و افسردگی، فشار مالی، تأثیر سن، تداخل تمایلات شخصی با اهداف درمان)، به عنوان موانع تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شناسایی گردید.

بحث و نتیجه گیری: تبعیت از درمان در مبتلایان به دیابت در ایران، به زمینه خانوادگی و اجتماعی افراد بر می گردد؛ که به نوعی برای فرد چالش برانگیز شده و منجر به بی توجهی به رفتارهای بهداشتی می گردد. شناسایی این عوامل توسط مراقبین بهداشتی جهت کمک به دستیابی هر چه سریع تر بیمار به نگرش تبعیت از درمان و پایبندی به آن، برای پیشگیری از بروز عوارض جبران ناپذیر دیابت، از ضرورت های حیاتی می باشد.

واژه های کلیدی: موانع، تبعیت از درمان، دیابت، مطالعه کیفی، تحلیل محتوا.

تاریخ دریافت: 95/05/ 04 **تاریخ پذیرش: 95/06/06**

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1395.4.3.2.3]

مقدمه و هدف

دیابت یک مشکل عمده سلامت عمومی و یکی از علل اصلی مرگ و میر و ناتوانی در دنیا است. سازمان بهداشت جهانی گزارش کرد که در سال 2004 نزدیک به 3/5 میلیون نفر در دنیا در اثر ابتلا به این بیماری جان خود را از دست داده اند و پیش بینی می شود که تا سال 2030 این رقم به دو برابر این میزان برسد (1). همچنین، این بیماری شیوع نگران کننده ای داشته و به سرعت در حال افزایش می باشد، به طوری که شیوع آن در طول ده سال گذشته 50 درصد افزایش یافته است. سازمان بهداشت جهانی پیش بینی کرده است که تا سال 2025، حدود 300 میلیون نفر در سراسر جهان به دیابت مبتلا خواهند شد و مردم مناطق آسیا و خاورمیانه به ویژه بیشتر در معرض ابتلا به این بیماری هستند، به طوری که 80 درصد مبتلایان در کشورهای جهان سوم زندگی می کنند (2). میزان شیوع دیابت در ایران در سال 2008 میلادی 7/7 درصد (3 میلیون نفر) و در سال 2011 به 3/10 درصد رسیده است که در بین نه کشور خاورمیانه، رتبه هفتم را به خود اختصاص داده است (3). شیوع دیابت تشخیص داده شده و تشخیص داده نشده در مردان ایرانی به ترتیب 8/1% و 5/1% می باشد و این شیوع در زنان به ترتیب 10% و 4/7% است (4). همچنین در عین حالی که شیوع هر دو نوع دیابت در سطح جهان در حال افزایش می باشد، شیوع دیابت نوع دو از سرعت بیشتری برخوردار می باشد که علت آن افزایش چاقی و کاهش تحرک در جوامع صنعتی می باشد (5). از طرفی دیابت به واسطه عوارض ناشی از آن، یک بیماری پرهزینه است (6). پیشگیری از عوارض دیابت و کنترل موفق آن نیازمند انجام اقدامات پیشگیرانه و درمانی است و این امر تنها با مشارکت فعال بیمار در امور درمان و اجرای توصیه های اعضای تیم درمان میسر می گردد که از آن تحت عنوان تبعیت از درمان یاد شده است (7). مطالعات نشان می دهند که تبعیت از رژیم درمانی، از مهمترین رفتارهای مرتبط با مدیریت بیماری دیابت است که سلامت مدد جویان را تضمین نموده و یا از شدت عوارض بیماری می کاهد (8 و 9). سازمان جهانی بهداشت، اصطلاح تبعیت را برای استفاده در اختلالات مزمن مانند دیابت، ترویج کرد و آن را انجام رفتارهایی مانند مصرف داروهای تجویز شده، پیروی از رژیم غذایی، سبک زندگی سالم و توصیه های ارائه شده توسط مراقبین بهداشتی تعریف کرده است (10). میزان تبعیت بیماران دیابتی از رژیم های درمانی می تواند بهبود یا ناتوانی آنان رابه همراه داشته باشد و دستاوردهای درمان را تحت تأثیر قرار دهد؛ اما با این وجود، میزان پایبندی بیماران به این رژیم ها کاملاً ضعیف است (10 ، 11). با وجود اینکه عوارض دیابت قابل پیشگیری و یا به تعویق انداختن است، مطالعات متعدد وضعیت کنترل دیابت را نامطلوب گزارش کرده اند (12، 13، 14، 15). تبعیت ضعیف بیماران از درمان یکی از اصلی ترین نگرانی ها و مشکلات بالینی است که کارکنان نظام سلامت به کرات با آن مواجهند و به عنوان یکی از مشکلات پیچیده و مهم عصر حاضر در دو دهه گذشته مورد توجه تعداد زیادی از پژوهشگران و سمپوزیوم های بین المللی قرار گرفته است (16). عدم تبعیت از درمان توصیه شده، یکی از دلایل شکست در درمان، افزایش عوارض بیماری، طولانی شدن مدت درمان و افزایش هزینه های حوزه مراقبت سلامتی است (17). عوامل بسیاری در این امر دخالت دارند، که شناخت این عوامل توسط تیم درمان و برنامه ریزان سیستم های خدمات بهداشتی- درمانی از ضرورت های حیاتی است؛ چرا که طی یک

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.23455020.1395.4.3.2.3]

مدیریت اثربخش می توان از شدت وخامت عوارض بیماری کاست (10). شناخت تجربه و درک این گروه از بیماران از پدیده تبعیت از رژیم درمانی، می تواند به ارتقاء کیفیت زندگی این مددجویان منجر گردد. این در حالی است که به دلیل پیچیده بودن درمان و ماهیت بیماری، درک اندکی از عوامل مؤثر بر تبعیت از رژیم درمانی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو وجود دارد. چندین مطالعه در خارج از کشور با رویکرد کمی و کیفی و چند مطالعه در داخل کشور با رویکرد کمی به بررسی عوامل دخیل در تبعیت از درمان بیماران مبتلا به دیابت انجام شده است (9، 11، ۱۸،۱۹،۲۰)، اما با وجود اهمیت پدیده تبعیت از رژیم درمانی و عوارض شدید ناشی از عدم تبعیت، مانند عوارض جسمی، روحی، اقتصادی، اجتماعی، خانوادگی و ...، تاکنون مطالعه ای کیفی برای بررسی عوامل تأثیر گذار بر این پدیده در ایران انجام نشده است. لذا پژوهشگر، با توجه به دلایل ذکر شده مبنی بر چند بعدی بودن رژیم درمانی و عوارض ناشی از ابتلا به این بیماری، همچنین متفاوت بودن فرهنگ و بستر حاکم بر جامعه ایرانی از سایر کشورها، که یکی از مهمترین آنها شرایط حاکم بر نظام ارائه خدمات بهداشتی کشور است، لزوم درک عمیق این پدیده را با مطالعه ای کیفی به منظور برنامه ریزی های مناسب جهت مداخلات مؤثر و کارا در جهت رفع موانع تبعیت از درمان و در نتیجه کاهش عوارض فردی، خانوادگی و اجتماعی ناشی از بیماری، بیش از پیش ضروری می داند.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر از نوع کیفی به روش تحلیل محتوا انجام شد. به منظور تحلیل داده ها، از روش تحلیل محتوای کیفی با رویکرد قراردادی استفاده شد. شیوه تحلیل محتوا به منظور بررسی وجود کلمات و مفاهیم مشخص در متون مورد استفاده قرار می گیرد و طی آن به تقلیل داده ها پرداخته و به آنها ساختار و نظم داده می شود. در رویکرد قراردادی، از به کارگیری طبقات از پیش تعیین شده اجتناب شده و اجازه داده می شود طبقات و نام آن ها به صورت مستقیم از درون داده ها بیرون آیند. بدین منظور متن مصاحبه ها چندین بار خوانده می شود تا حس کلی حاصل شود. سپس متون کلمه به کلمه خوانده شده تا کد ها استخراج شوند. مصاحبه با مشارکت کنندگان دیگر و کد گذاری متن ها ادامه پیدا می کند و کدها بر اساس شباهت به داخل طبقات دسته بندی می شوند. پس از آن کد ها براساس شباهت، به داخل طبقات دسته بندی شده و نحوه ارتباط بین آنها تعیین می شود (21). شرکت کنندگان در پژوهش به روش نمونه گیری مبتنی بر هدف و با حداکثر تنوع انتخاب شدند. نمونه گیری مبتنی بر هدف به معنی انتخاب افراد مطلع که تجربه فرآیند اجتماعی یا پدیده مورد نظر را دارند و اطلاعات لازم درباره پدیده تحت مطالعه را به پژوهشگر می دهند می باشد (22). لذا با توجه به اینکه هدف درک موانع تبعیت از درمان در مبتلایان به دیابت بود، از طریق نمونه گیری مبتنی بر هدف، مبتلایان به دیابت نوع دو که حداقل یک سال از تشخیص بیماری شان گذشته بود و توانایی و تمایل به در میان گذاشتن تجربه های زندگی خود در رابطه با دیابت را داشتند، به عنوان شرکت کنندگان اصلی انتخاب شدند. حجم نمونه در مطالعات کیفی از ابتدا مشخص نبوده و دستیابی به اشباع مفاهیم و عدم دستیابی به داده جدید پایه ای برای ختم نمونه گیری است. در این مطالعه نیز روند نمونه گیری و انتخاب مشارکت کنندگان از آذر ماه 1394 تا تیرماه 1395 ادامه داشت و تا به اشباع رسیدن داده ها (15مشارکت کننده)

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1395.4.3.2.3]

ادامه یافت. محل انجام مطالعه کیفی عرصه واقعی رخداد پدیده است، که افراد مورد نظر در آنجا زندگی می کنند و تجربیات آنان در آن روی می دهد. بنابراین محیط این پژوهش کیفی، بخش غدد بیمارستان، انجمن دیابت ایران، مطب پزشک، کلینیک دیابت یا منزل بیماران بود که محیط طبیعی و واقعی برای دسترسی به مشارکت کنندگان بود. روش اصلی جمع آوری داده ها در این مطالعه، مصاحبه فردی عمیق و نیمه ساختارمند با استفاده از سوالات باز بود. مصاحبه ابتدا با یک سؤال کلی و باز شروع می شد تا بیماران شرح بیماری خود را روایت کنند، به عنوان مثال: "لطفا در مورد بیماری و درمان خود صحبت کنید"، سوالات بعدی و پیگیری کننده براساس اطلاعاتی که شرکت کننده ارائه می کرد، جهت روشن شدن مفهوم مورد مطالعه پرسیده می شد. همچنین در صورت نیاز از سؤالات کاوشی نیز استفاده می شد. مصاحبه ها پس از ضبط با رضایت مشارکت کنندگان، بلافاصله و حداکثر تا 24 ساعت پس از مصاحبه به صورت کلمه به کلمه دست نویس شده و تحت تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. طول مدت مصاحبه های انجام شده بین 30 تا 90 دقیقه و به طور متوسط 60 دقیقه بود و تعداد مصاحبه ها 2-1 بار بود. برای تأمین دقت علمی و اعتبار داده ها، پژوهشگر از روش کنترل کیفیت توسط مشارکت کنندگان به منظور مناسب بودن یافته ها استفاده نمود. همچنین علاوه بر بحث، تبادل نظر و رسیدن به اجماع با اساتید راهنما و مشاور در مراحل مختلف مطالعه، به طور متناوب روش شناسی اتخاذی پژوهش، هدف اصلی پژوهش و یافته های منتج شده را به همکار آشنا با پژوهش کیفی نیز نشان می داد، تا روال منطقی آن را تأیید نماید. در هر موردی که یافته ها تأیید نمی شد، پژوهشگر به بازنگری مفاهیم و یافته ها پرداخته و مجددا در پی کسب نظر ایشان بر می آمد. همچنین تجربه حرفه ای طولانی مدت پژوهشگر در زمینه پدیده مورد مطالعه و کار با بیماران مبتلا به دیابت، کمک کننده بود. در پژوهش حاضر بعد از گرفتن مجوز از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مراحل مطالعه آغاز شد. رضایت آگاهانه و کتبی از شرکت کنندگان جهت شرکت در مطالعه و ضبط مصاحبه ها اخذ شد و زمان و مکان برگزاری جلسه مصاحبه طبق نظر شرکت کنندگان هماهنگ شد. به شرکت کنندگان توضیح داده شد که عدم قبول شرکت در پژوهش، هیچگونه تأثیری بر خدمات درمانی که در همان مؤسسه به آنان ارائه می‌شود، نخواهد داشت. حق خروج از پژوهش برای هر یک از شرکت کنندگان محفوظ بود و به هر سؤالی که مشارکت کننده تمایلی به پاسخگویی به آن نداشت، می توانست جواب ندهد. به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آنان محرمانه و بی نام خواهد بود و در صورت تمایل می توانند نتایج پژوهش را در اختیار داشته باشند.

یافته ها

مطالعه براساس داده های به دست آمده از 15مرد و زن 36 تا 67 ساله مبتلا به دیابت انجام شد. سطح تحصیلات مشارکت کنندگان از بی سواد تا دکترای تخصصی بود. مفاهیمی که در تجارب بیماران به عنوان عوامل بازدارنده فرد و تضعیف کننده انگیزه فرد در پایبندی به رژیم درمانی مطرح شدند، عبارتند از: "عملکرد ضعیف تیم درمان"، "تنگنای اجتماعی" و "درماندگی های شخصی"، که شامل زیرطبقات: "ارائه اطلاعات ناقص و متناقض، رویکرد غیر مشارکتی، عدم پاسخگویی به نیازهای مددجو، از دست دادن زمان"؛ "شرایط شغلی نا مناسب،

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1395.4.3.2.3]

عکس العمل اطرافیان، عدم هماهنگی در خانواده"؛ "استرس و افسردگی، فشارمالی، تأثیر سن، تداخل تمایلات شخصی با اهداف درمان" بودند (جدول 1). ضمن آن که شرکت کنندگان از دانش و مهارت ضعیفی در رابطه با بیماری و رفتارهای بهداشتی برخوردار بودند؛ با باورهای خلاف واقع در مورد دیابت دست به گریبان بودند و به عادات غلط و سبک زندگی نا سالم وابسته بودند؛ و این عوامل در کنار عوامل تأثیرگذار دیگر، فرایند تبعیت از درمان را در بستر فرهنگی و اجتماعی ایران تحت تأثیر قرار می داد.

عملکرد ضعیف تیم درمان

یکی از مهمترین موانع در تبعیت بیماران از درمان، عملکرد ضعیف تیم درمان در مدیریت بیماری بود. بیماران نیاز دارند با دریافت مشاوره و تعامل با تیم درمان، توصیه های لازم برای مدیریت بیماری و انگیزه لازم برای پیگیری برنامه درمانی را کسب نمایند. عملکرد ضعیف تیم درمان در رابطه با عدم پاسخگویی به نیازهای بیماران، ارائه اطلاعات ناقص و متناقض و عدم جلب مشارکت بیماران در طرح مراقبتی؛ عدم اطمینان، سردرگمی و نارضایتی بیماران را به دنبال داشته و بیماران را از مراجعه مجدد و پیگیری درمان باز داشته و به تبع آن فرصت بیمار برای پیشگیری از عوارض را از وی خواهد گرفت.

ارائه اطلاعات ناقص و متناقض: بیماران گزارش کردند که آنها اغلب اطلاعات ناقص و گاهی متناقضی را از پزشکان و سایر اعضای تیم درمان دریافت می کنند. همچنین پزشکان مختلف ممکن است دستورالعمل های متفاوت با یکدیگر به بیماران ارائه کنند که موجب سردرگمی بیماران می شود. فقدان دستورالعمل واضح و مشخص، در صورتی که بیماران به جهت پایین بودن سواد بهداشتی، قادر به تکمیل اطلاعات و تشخیص اطلاعات درست از غلط نمی باشد، یکی از موانع خود مراقبتی صحیح و پیروی از درمان است. به عنوان مثال خانم 36 ساله مبتلا به دیابت در این رابطه گفت: "چند تا دکتر و پرستار به من توضیح دادن که چه کارایی باید بکنم و تو شرایط مختلف چطور عمل کنم، ولی هر کدوم یه چیز گفتن. انگار هر کس نظریه خودش رو درباره دیابت داره... خوب منم نمی دونم دقیقا چکار باید بکنم (P_{12})". خانم 44 ساله مبتلا به دیابت نیز اظهار داشت: "هر کس یه چیز میگه، مثلا یه دکتر میگه این چیزا رو می تونی بخوری، ولی دکتردیگه که میرم میگه نه اینا برات خوب نیست، منم نمی دونم چکار باید بکنم (P_{10})".

رویکرد غیرمشارکتی: نوع رفتار پرسنل بهداشتی با مددجویان، به دلیل تفکر غالب موجود در تیم درمان (تصمیم گیری بجای بیمار نه همراه با بیمار) و اینکه بیمار را فردی می دانند که قادر به تصمیم گیری در شرایط بحرانی نیست، منجر به محدود کردن مشارکت بیمار در طرح مراقبتی گردیده، که این امر در عمل انگیزه بیماران برای خودمراقبتی را از آنان سلب نموده است. بیماران گزارش کردند که تیم درمان توجه چندانی به باورهای بهداشتی و نظرات و مفاهیم درک شده توسط آنان در مورد بیماری و درمان، نشان نمی دهند؛ و به طور تلویحی اشاره داشتند که نمی توان آنها را مجبور کرد که سبک زندگی خود را مطابق با آنچه که توسط دیگران دیکته می شود تغییر دهند. آقای 58 ساله مبتلا به دیابت می گفت: "دکتر کار خودش رو میکنه، نظر ما براش مهم نیست... از من هیچ سؤالی نمی پرسه که رژیمت رو رعایت می کنی یا نه؟ اصلا می تونی ورزش کنی؟ این دارو رو مصرف می کنی؟... دکترها فکر می کنند فقط خودشون می فهمن، در حالی که اگه برای ما هم توضیح بدن و نظر بپرسن، ما هم می فهمیم و

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1395.4.3.2.3]

بیشتر رعایت می کنیم... (P_{11})".خانم 46 ساله مبتلا به دیابت نیز در این رابطه گفت: "دقیقا ما می خوایم در مورد چیزهایی که برامون سخته انجامش بدیم با دکتر صحبت کنیم و با دکتر به یه راه حلی برسیم. این برای خیلی از مریض ها سخته که هر کاری دکتر میگه انجام بدن... (P_3)".

عدم پاسخگویی به نیازهای مددجو: بیماران بیان کردند که برآورده نشدن انتظارات درمانی آنان از تیم درمان، نظیر عدم پاسخگویی به نیازهای اطلاعاتی مددجو در بیمارستان، واگذاری پاسخ دهی به سؤالات مددجو به دیگران، آموزش توسط افراد غیر متخصص، عدم توانایی تیم درمان در انتقال اطلاعات به مددجو، مانع از خودکفا شدن آنان در امر مراقبت و تبعیت از درمان بود. خانم 44 ساله ای مبتلا به دیابت، در رابطه با عدم وجود آموزش کافی در مراکز درمانی و برآورده نشدن نیازهای اطلاعاتی خود اظهار داشت: "معمولا کسی به مریض جوابگو نیست، از پرستار می پرسی میگه از دکترت بپرس، از دکتر می پرسی وقت نداره جواب بده، خلاصه مشکلات ما همینطور باقی میمونه و حل نمی شه... (P_{10})". خانم 54 ساله مبتلا به دیابت نیز گفت: "تو بیمارستان که کسی حوصله یا وقت نداره ببینه ما چه مشکلی داریم... فقط پرستار یه برگه آموزشی میده دست آدم میگه برو بخون، درباره دیابت و رژیم غذایی و این چیزا، حتی همونو بلد نیستن توضیح بدن، هر سؤالی هم بپرسی میگن وقتی برای ویزیت میای از دکترت بپرس(P_5)".

از دست دادن زمان: بیماران در راه دستیابی به تبعیت از درمان، در صورتی که از همراهی و حمایت کافی برخوردار نباشند، سیر آزمون و خطا را در یادگیری می پیمایند؛ و از آنجا که در اکثریت بیماران، زمان تشخیص بیماری مصادف با زمان ابتلا نبوده و معمولا در زمان تشخیص اتفاقی بیماری، سال ها از ابتلای فرد به بیماری گذشته و تغییرات پاتولوژیک ناشی از بیماری در بدن اتفاق افتاده اند؛ بیمار در زمان آگاهی از بیماری، زمان زیادی برای از دست دادن ندارد. حال آنکه وابستگی فرد به عادات نه چندان صحیح گذشته که عامل بالقوه ابتلا به دیابت بوده، عامل مخالفت، عدم سازگاری و ایجاد چالش در تبعیت از رژیم درمانی و رفتارهای بهداشتی است و به زعم اظهارات بیماران، عادات مادام العمر در عرض یک روز قابل تغییر نیستند و ایجاد تغییرات وسیع رفتاری و پایبندی به یک رژیم مراقبتی پیچیده برای کنترل دیابت، نیازمند تلاشی گروهی از سوی بیمار، خانواده و اطرافیان و تیم درمان می باشد. عملکرد ضعیف تیم درمان در این زمان در رابطه با مجاب کردن بیماران و جلب مشارکت آنان در طرح مراقبتی، این روند را به صورت معیوب درآورده و تأثیر منفی بر تبعیت از درمان خواهد داشت. مثال های زیر موید این مطلب می باشند: آقای 49 ساله مبتلا به دیابت گفت: "خیلی دیر شده. ما اطلاعات رو زمانی گرفتیم که خیلی دیر شده بود برامون. از همون اول باید می دونستیم که این بیماری چیه و چه عواقبی می تونه داشته باشه، تا الان اینطور گرفتار نباشیم(P_7)". آقای 58 ساله مبتلا به دیابت در این رابطه افزود: "من خودم همه چیزو تجربه کردم... این حق منه که از اول مریضی، همه چی رو درباره بیماری ام توضیح بدن، اون موقع منم برای سلامتی خودم اقدام می کردم... نه حالا که دیگه کار از کار گذشته و خودم به یه چیزهایی رسیدم، به چه قیمتی؟ اون قلب دیگه برمیگرده؟...(P_8)".

تنگنای اجتماعی

یکی از موانع مهم در تبعیت بیماران از درمان، تنگنای اجتماعی بود. عدم رضایت بیمار از اجتماع پیرامون خود نظیر

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1395.4.3.2.3]

شرایط محیط کار و عکس العمل و رفتار اطرافیان و خانواده، شرایط سخت و استرس زایی را برای وی فراهم می آورد که مانع تبعیت از درمان می گردید.

شرایط شغلی نامناسب: بیمار در شرایط نامناسب شغلی خود که با استرس و مشغله زیاد همراه است قادر به مدیریت بیماری و رعایت رژیم غذایی و مصرف به موقع داروها و کنترل قندخون نمی باشد. آقایی 47 ساله مبتلا به دیابت، در این رابطه گفت: "وقتی10 تا 14 ساعت در روز سرکارم، نگه داشتن رژیم غذایی و تزریق انسولین خیلی سخته. به خاطر همین من بیشتر وقتا درمانمو رها می کنم... (P_{13})". خانم 46 ساله مبتلا به دیابت نیز گفت: "چون سرکار هستم، مدام گرسنه ام میشه و یه چیزی می خورم که گرسنگی ام رفع بشه... استرس کارم بالاست، خیلی وقتا هم دارو و رژیمم یادم میره اصلا (P_6)".

عکسالعملاطرافیان: از عواملی که شرکت کنندگان آن را عاملی برای عدم رعایت منظم رژیم درمانی می دانستند عکس العمل نا مناسب اطرافیان بود. ترس از قضاوت و دلسوزی دیگران، برخورد ترحم آمیز اطرافیان، مقصر دانستن بیمار در ابتلا به بیماری و رفتارهایی از این دست در برخورد با بیمار، منجر به احساس نقص در بیمار و تضعیف روحیه وی گردیده و متعاقبا ممکن است بیمار در محیط های جمعی، بیمار بودن خود را پنهان کرده و حتی گاهی رژیم درمانی خود را نادیده گیرد. خانم 46 ساله مبتلا به دیابت می گفت: "وقتی اطرافیان با یه چشم دیگه به آدم نگاه می کنن، آدمو مریض می دونن و هی می خوان ملاحظه آدمو بکنن و دلسوزی های بیجا بکنن، خوب آدم ناراحت می شه، احساس ضعف می کنه... به خاطر همین وقتی مهمونی یا جای جدیدی میرم نمی گم قند دارم... هر غذایی که اونجا باشه می خورم، حالا یه خورده کمتر... ولی انسولین هم تو جمع نمی زنم(P_3)".خانم 63 ساله مبتلا به دیابت نیز گفت: "فامیلا وقتی فهمیدن قند دارم گفتن تقصیر خودته که قند گرفتی، چون چاقی و اضافه وزن داری... آدم غصه اش می گیره...منم دیگه جلوی کسی نمیگم قند دارم، دارو هم نمی خورم جلوشون... (P_{14})".

عدم هماهنگی در خانواده: از دیگر عواملی که به گفته مشارکت کنندگان، از تداوم خودمراقبتی می کاهد، عدم هماهنگی اعضای خانواده در حمایت از بیمار است. بیماران مبتلا به دیابت به دنبال حمایت در خانواده هستند ولی در عین حال، آنها می دانند که نمی توانند انتظار بیش از حد از خانواده خود داشته باشند. خانواده همیشه خود را با شرایط جدید وفق نمی دهد، به خصوص وقتی به رژیم غذایی مربوط باشد. در صورتی که بیمار در محیط خانواده با عدم همکاری و عدم هماهنگی اعضاءخانواده در پیروی از رژیم درمانی و رفتارهای بهداشتی مواجه باشد، رعایت رژیم غذایی به تنهایی برای وی بسیار سخت و دشوار بوده و پایدار نخواهد بود. به عنوان مثال آقای 56 ساله مبتلا به دیابت در این رابطه عنوان نمود که بدون هماهنگی و همکاری اعضای خانواده خود، قادر به ایجاد تغییرات لازم در رژیم غذایی و شیوه زندگی خود نمی باشد: "اگر جمع خانواده غذای خوشمزه ای مثل قرمه سبزی بخورند و برای من مرغ آب پز بیارن، خوب من از آن غذا هم دلم می خواد... یا جعبه شیرینی همیشه تو خونه ما هست، بچه ها و خانمم دوست دارن با چایی بخورن... خوب مگه آدم چقدر می تونه تحمل کنه و خودشو نگه داره، بالاخره به همه چیز ناخنک می زنم دیگه (P_1)". آقای 58 ساله مبتلا به دیابت نیز چنین گفت: "باید همه توی خانواده هماهنگ باشن، همه به توافق برسن که یه جور رفتار کنن و غذا بخورن، وگرنه مریض زود

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1395.4.3.2.3]

کم میاره و خودشم بی تفاوت میشه (P_8)".

درماندگی های شخصی

برخی از بیماران با مشکلاتی روبرو بودند که تبعیت از درمان را برای آنان سخت تر می نمود. مشکلات و درماندگی های شخصی بیماران شامل استرس و افسردگی؛ مشکلات اقتصادی و تحمیل بار اضافی ناشی از درمان و مراقبت بیماری بر اقتصاد خانواده؛ کهولت سن و کاهش انگیزه مراقبت از خود و وابستگی به دیگران؛ عدم کنترل شرایط نظیر تداخل نقش ها و تداخل تمایلات شخصی با اهداف درمانی؛ بیماران را در طول زندگی با بیماری مزمن دیابت، از درمان و مراقبت دائمی دور می نمود.

استرس و افسردگی: عدم توانایی بیمار در کنترل استرس های بی مورد و نگرانی های گوناگون، تفکر در مورد حل مشکلات روزمره و یاس و ناامیدی؛ و بی توجهی به رژیم درمانی پیامد آن، یکی از موانع شایع در کنترل دائمی دیابت به شمار می رفت. به این بیانات دقت کنید: "وقت هایی که استرس دارم بیشتر غذا می خورم و رعایت نمی کنم(P_9)". "وقتی شوهرم فوت کرد افسردگی گرفتم. همش می نشستم فکر می کردم و بیشتر می خوردم(P_5)"."آنها فکر می کنند که من تنبل ام و نمی توانم وزنم را کم کنم، ولی درباره چیزهای دیگه ای که تو زندگی من هست چیزی نمی دانند؛ من افسردگی دارم، به خاطر همینم بیش از حد غذا می خورم (P_4)".

فشارمالی: مشارکت کنندگان عنوان کردند که مدیریت مناسب دیابت، بار مالی اضافی بر روی بیماران و خانواده هایشان تحمیل می کند و بالاتر از هزینه های زندگی روزمره است. به عنوان مثال آقای 52 ساله مبتلا به دیابت در این رابطه معتقد بود: "بیمارای دیابتی برای رعایت رژیم شان نیاز به خرید میوه های تازه و سبزیجات، ماهی، مرغ، نان سبوس دار، برنج قهوه ای و ... دارند، که این مواد در حالت عادی ممکنه تهیه نشوند، بنابراین بار مالی اضافی به بیمار تحمیل می شه که در صورتی که خانواده با مشکلات اقتصادی هم روبرو باشند، تبعیت از رژیم غذایی و حتی تهیه داروها هم غیرممکن میشه(P_2)". خانم 36 ساله مبتلا به دیابت در مورد مشکلات زندگی با دیابت و پیشگیری از عوارض بیماری با درآمد کم، این چنین بیان کرد:"پول مسئله اصلیه. من کار نمی کنم، شوهرم هم کارگره، یک موقع کار داره، یه موقع بیکاره... پس ما باید قناعت کنیم، مواد غذایی بخریم که برای همه ما کفاف بده. من هم باید هر چی که داریم بخورم، با هر چیزی خودمو سیرکنم...(P_{12})".

تأثیرسن: ایجاد تغییر در سبک زندگی و تغییرات در زندگی روزمره، بسیار سخت تر از آن چیزی است که به نظر می آید. موضوع تنها خوردن یک قرص یا مصرف دارو نیست، رژیم غذایی و کنترل مرتب قند خون و تنظیم آن و نیز کنترل کل بدن از نظر ابتلا به عوارض دیابت، سخت ترین جنبه کار است. بیماران برای این قبیل خود مراقبتی ها علاوه بر توان جسمی، نیاز به توان روحی، انگیزه و امید به زندگی دارند. بیماران جوان تر اغلب به دلیل ترس از آینده خود و یا برعهده داشتن مسئولیت فرزندان، در جهت کنترل عوارض و پیشگیری از ناتوانی تلاش می کنند؛ ولی این مسئله در مورد برخی بیماران میانسال به دلیل ضعیف شدن انگیزه ها و یا کاهش امید به زندگی، برعکس بوده و این بیماران اغلب به دیگران برای یادآوری و تأکید در رعایت رژیم درمانی و یا انجام مراقبت ها نیازمند اند. به عنوان مثال، خانم 63 ساله مبتلا به دیابت از تجربیات خود چنین گفت: "من نمی تونم اینهمه کارو که میگن

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1395.4.3.2.3]

انجام بدم، هر روز پاهامو ببینم که زخم نشده باشه، پیاده روی کنم، انسولینو چطور نگهدارم، غذا رو چطور بخورم، چی بخورم کـه ضـرر نداشـته باشـه، روزی چنـد بـار قنـدمو بگیـرم، بـرم آزمایشای دیگه بدم، دکتر برم... به خاطر همین یکی باید هـی همینجوری درگیر من باشه و کمکم کنه...من که توانـایی شـو ندارم... اگرم به خودم باشه میگم آخرش میخوایم بمیریم دیگه، این کارا برای چیه، بچه ها همش یادآوری می کنن، اصرار می کنن(P_{14})". آقای 67 ساله مبتلا به دیابت نیز در این باره بیان داشت: "خیلی سخته دیگه تو سن ما بخوای وزنتـو کـم کنـی، رژیم بگیری و ... دیگه از ما گذشته، این کارا برای کسایی خوبه که جوون و سرحال اند و حالا حالاهـا میخـوان زنـدگی کـنن (P_{15})".

تداخل تمایلات شخصی با اهداف درمان: این معمـول بـود که پاسخ دهندگان به تمایلات شخصـی خـود و وابسـتگی بـه عادات گذشته، به عنوان مانعی در ادغام رژیم درمانی دیابت بـا زندگی عادی خود اشاره می کردند، چه آن هایی کـه دانـش و آگاهی در مورد دیابت داشتند و چه آن هایی که نداشـتند. بـه عنوان مثال خانم 47 ساله مبتلا به دیابت که خـود کارشـناس پرستاری بود در این رابطه اظهـار داشـت: "مـن بـرای درمـانم خیلی تلاش می کنم. مرتب تحت نظر دکترم و قنـدم را چـک می کنم...داروهامو مرتب مصرف می کنم. ولی رژیم غذاییم رو خیلی رعایت نمی کـنم. سـخته، چـون خـودم بـرای خـانواده آشپزی می کنم نمی تونم نخورم، دوست دارم همه چیز بخورم. نمی تونم رژیمی غذا بخورم...(P_6)". خانم 44 سـاله مبـتلا بـه دیابت نیز در این زمینه بیان داشت: "دوست دارم از همه طعم ها لذت ببرم، رژیم غذایی عادی داشته باشم. حتی تفننی خیلی چیزا می خورم...دوست نـدارم غـذای جداگانـه داشـته باشـم و جدای از جمع غذا بخورم (P_{10})".

جدول شماره1: کدها، زیرطبقات و درونمایه های موانع تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

کدها	زیرطبقات	درونمایه/ طبقات
عدم ارائه اطلاعات کامل به بیمار در زمان تشخیص دریافت اطلاعات متناقض از پزشکان و سایر اعضای تیم درمان سردرگمی بیماران	ارائه اطلاعات ناقص و متناقض	عملکرد ضعیف تیم درمان
تصمیم گیری های درمانی غیر مشارکتی عدم توجه به قدرت قضاوت بیماران دیکته شدن رژیم درمانی به بیمار عدم اطمینان بیمار به تجویزهای کلی و عمومی پزشک عدم بیان مشکلات مربوط به سلامتی از سوی بیمار عدم وجود تعامل بیمار- درمانگر	عملکرد غیر مشارکتی	
عدم پاسخگویی به نیازهای اطلاعاتی مددجو در بیمارستان واگذاری پاسخ دهی به سؤالات مددجو به دیگران دسترسی مشکل به مراقبت دهندگان ارتباط نا مناسب تیم درمان با بیمار عدم وجود پشتیبانی آموزشی عدم وجود پرسنل آموزش دهنده متبحر کافی	عدم پاسخگویی به نیازهای مددجو	

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.23455020.1395.4.3.2.3]

ابتلا به عوارض بیماری پیامد دریافت اطلاعات دیر هنگام عدم دریافت آموزش از ابتدای تشخیص بیماری عدم جلب مشارکت بیمار از دست دادن زمان طلایی کنترل بیماری و پیشگیری از عوارض	ازدست دادن زمان	
عدم رعایت رژیم غذایی به دلیل شرایط نا مناسب کاری نداشتن زمان کافی برای غذا خوردن در محل کار سخت بودن تطابق با درمان به دلیل نوع شغل فراموش کردن زمان مصرف دارو به دلیل مشغله زیاد استرس بالای کار	شرایط شغلی نا مناسب	تنگنای اجتماعی
ترس از قضاوت و دلسوزی دیگران برخورد ترحم آمیز اطرافیان عامل تضعیف روحیه بیمار مقصر دانستن بیمار در ابتلا به بیماری احساس نقص پیامد برخورد اطرافیان	عکس العمل اطرافیان	
تأثیر منفی زندگی جمعی/ خانواده پرجمعیت بر تبعیت از درمان نارضایتی بیمار از بی تفاوتی خانواده به رژیم درمانی وی همکاری نکردن خانواده با بیمار در رعایت رژیم غذایی	عدم هماهنگی در خانواده	
وجود افسردگی ناشی از فوت همسر پرخوری پیامد استرس نیاز به تغییر در حالات عاطفی (استرس) در درمان دیابت	استرس و افسردگی	درماندگی های شخصی
عدم کنترل دیابت، پیامد بالا بودن هزینه های مراقبت لزوم خرید مواد غذایی غیرمعمول برای تبعیت از رژیم غذایی تحمیل هزینه اضافی ناشی از درمان و مراقبت عدم توانایی تهیه تجهیزات مورد نیاز ناشی از کمبود درآمد	فشار مالی	
عدم توانایی رعایت رژیم درمانی پیامد کهولت سن کاهش امید به زندگی نداشتن انگیزه برای تبعیت از درمان نیز به کمک اطرافیان برای تبعیت از درمان	تأثیر سن	
عدم رعایت رژیم غذایی پیامد تمایل به غذا خوردن با خانواده تهیه غذا به صورت مجزا برای اعضای سالم و بیمار خانواده مصرف تفننی مواد غذایی مورد علاقه	تداخل تمایلات شخصی با اهداف درمان	

بحث و نتیجه گیری

یافته های مطالعه نشان داد که تبعیت از رژیم درمانی در افراد مبتلا به دیابت نوع دو، تحت تأثیر نظام مراقبت بهداشتی، حمایت اجتماعی و خانوادگی و باورها و ارزش های فردی بیماران است که ریشه در فرهنگ حاکم بر جامعه ایرانی دارد. یافته های این مطالعه مانند مطالعه میلر و دایمتئو (2013) نشان داد که افراد مبتلا به دیابت به حمایت و همراهی دیگران محتاجند. اعضای خانواده نقش مهمی در تبعیت از درمان

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1395.4.3.2.3]

بیماران بر عهده دارند و به عنوان منابع حمایتی به شمار می روند که بدون آنان تبعیت فرد مبتلا از رژیم درمانی، دشوار و گاهی غیر ممکن خواهد بود (23). شناسایی مراقبین اصلی بیمار در خانواده، تیم درمان را در تشویق و آموزش آنان برای مشارکت در فرآیند تبعیت از درمان و کنترل بیماری یاری می رساند. علاوه بر نقش اعضای خانواده، حمایت تیم درمان، آموزش و اطلاع رسانی کافی دیابت و عوارض آن به بیمار و رفع نیازهای اطلاعاتی و ابهامات وی، در این مطالعه مانند مطالعات دیگر مهم بود (24). مطالعه حاضر نشان داد که مراقبین بهداشتی در ایران، در تسهیل تبعیت از درمان بیماران ناتوانند. آنها بیشتر بر ارائه مراقبت های بالینی و درمان بیماران تأکید دارند و کمتر به آموزش و مشاوره می پردازند و وقت کافی برای گوش دادن به مشکلات بیماران و آموزش به بیمار و خانواده ندارند؛ در حالی که خواسته بیماران، مدل مراقبت هماهنگ یا تعاملات مراقبت های بهداشتی است. مدل مراقبتی که با بحث و درک همراه باشد؛ و تصمیم گیری های بالینی به صورت مشارکتی، با توجه به اولویت های فردی بیماران و همراه با ارائه گزینه های درمانی جایگزین به بیماران باشد. کمبود آموزش و مشاوره در مطالعات دیگر نیز به عنوان یکی از موانع مهم در مدیریت دیابت برشمرده شده است. لوییس و نوئل (2014) نیز بیان کردند که عدم دریافت اطلاعات کافی و مراقبت با کیفیت، به عنوان مانعی برای تداوم مراقبت ها، در کشورهای در حال توسعه پدیده ای معمول است (25).همچنین پارچمن و همکاران (2010)، بیمارمحوری و مشارکت متعادل بیمار و تیم درمان در طرح ریزی مراقبت و درمان را عامل فعال کردن بیمار در خودمراقبتی دانستند که با پایبندی بیمار به درمان همراه است (26). در مطالعه کیفی بوت و همکاران (2013) نیز، بیماران و تیم درمان، به طور مکرر بر اهمیت زمان کافی برای مشاوره با بیمار؛ و پاسخگویی به سؤالات او، دادن اطلاعات و توافق در مورد یک دوره عملکرد، مطابق با نیازهای بیمار تأکید کردند که می تواند به عنوان مرکز مراقبت های خوب و با کیفیت و عاملی برای قدرت بخشی به بیمار در خودمراقبتی باشد (27). به نظر می رسد افزایش تعداد پرستاران، آموزش دهندگان و مشاوره دهندگان دیابت و وجود برنامه های آموزشی کافی برای حمایت از خودکارآمدی بیماران برای پایبندی به درمان و استفاده از رویکرد بیمار محور توسط مراقبین بهداشتی، در حمایت از بیماران و رفع موانع ذکر شده مؤثر می باشد. یافته کلیدی دیگر، که مشارکت کنندگان در این مطالعه به دنبال تجارب خود از زندگی با دیابت، آن را به عنوان مانعی در پایبندی به درمان درک کرده بودند، عدم توانایی کنترل شرایط به دنبال مشکلاتی نظیر فشار مالی، فشار نقش ها و ناتوانی های جسمی و روحی بود. گارسیاپرز و همکاران (2013) نیز، در مورد عوامل تأثیرگذار بر پایبندی به رژیم درمانی در دیابت، موارد مشابهی را فهرست نمودند، نظیر: هزینه درمان، تعدد نقش ها، سلامت روحی و روانی، درک بیمار از منافع درمان و سادگی یا پیچیدگی رژیم غذایی و رژیم دارویی (28). همچنین تاها و همکاران (2011) در مطالعه خود، مواردی همچون: درآمد کم، پیچیده بودن رژیم درمانی، دانش کم و عدم توانایی ورزش و فعالیت فیزیکی را به عنوان موانع انطباق با برنامه درمانی از دیدگاه بیماران مبتلا به دیابت نوع دو برشمردند (29). مراقبین بهداشتی می توانند با ساده کردن رژیم درمانی (برای مثال کاهش تعداد دفعات دریافت دارو طی روز)، مذاکره با بیمار در مورد اولویت های رژیم درمانی، یادآوری مراقبت ها و ملاقات ها از طریق طراحی

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1395.4.3.2.3]

برنامه های پیگیری، سازمان دهی برنامه مراقبتی، طراحی اهداف واقع بینانه با بیمار به منظور افزایش میزان همکاری بیمار و کاهش تجربه عدم موفقیت، تشویق و دادن پاداش به بیمار و اعضای حامی خانواده برای پیگیری رژیم درمانی و یا طراحی قوانین مناسب در مراکز درمانی، به آنان برای تغییر و کنترل شرایط کمک نمایند. ضمن این که معرفی مبتلایان به انجمن های دیابت یا خیریه، برای حمایت مالی و آموزشی بیماران و نیز معرفی همتایان توانمند به آنان در این مراکز، می تواند در این راستا کمک کننده باشد. همچنین داده های این مطالعه از نیاز به پشتیبانی های روانی- اجتماعی بیماران در تبعیت دائمی از درمان حکایت دارد. مشارکت کنندگان، عکس العمل نامناسب اطرافیان و نگاه منفی و متفاوت سایرین به دیابت را عامل تضعیف روحیه و احساس نقص در خود و متعاقباً نادیده گرفتن رژیم درمانی در محیط های جمعی عنوان کردند. این طرز برخورد و نگاه غالب حاکم بر جامعه، که ریشه در مسئولیت سنگین بیمار برای قبول جنبه های متعدد مدیریت دیابت و یا درگیری با عوارض جانبی و کنترل نشده بیماری دارد؛ حتی می تواند بر شغل و کسب درآمد بیماران تأثیر منفی داشته باشد. چیو و همکاران (2014) نیز از نیاز بیمار به حمایت های روانی و اجتماعی از طریق سیستم بهداشت و درمان و جامعه، جهت خود مدیریتی مؤثر دیابت نام بردند و تأثیرات آن را بر احساسات، ادراکات و خودکارآمدی بیماران در مراقبت فعال، بسیار مهم برشمردند. آنها تأکید کردند که مدیریت مؤثر دیابت توسط تیم درمان و جامعه، نیاز به روانشناسی و دانستن رابطه بین تشویق و امیدواری با پیگیری رفتارهای مرتبط با سلامت دارد (30). از این رو نقش مراقبین بهداشتی و برنامه های رسانه ای مختلف در تغییر این نگرش و برخورد منفی، می تواند کمک کننده باشد. یافته های این مطالعه می تواند در راستای طراحی برنامه های جامع برای توانمند سازی بیماران مبتلا به دیابت درتبعیت از درمان به کار گرفته شود. شناسایی باورها، ارزش ها، دیدگاه های فردی و سایر عوامل تأثیرگذار بر فرایند تبعیت از درمان، پرستاران و سایر اعضای تیم درمان را در ایران و سایر نقاط جهان که با بیماران ایرانی مبتلا به دیابت سر و کار دارند، در راستای شناخت منابع بازدارنده پایبندی به درمان و تسهیل خودمراقبتی اثربخش در آنان یاری می رساند.

قدردانی

این مطالعه بخشی از رساله دکترا و طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می باشد. نویسندگان مراتب قدردانی و تشکر خود را از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و بیماران مبتلا به دیابت شرکت کننده در این مطالعه، که بدون همراهی ایشان انجام این پژوهش ممکن نبود، اعلام می دارند.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1395.4.3.2.3]

Evaluation of barriers to adherence to therapy in patients with diabetes

Mousavizadeh S N[1]*, Ashktorab T[2], Ahmadi F[3], Zandi M[4]

1. PhD Student of Nursing, Nursing and Midwifery School, ShahidBeheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Professor, Department of Medical-Surgical Nursing, Nursing and Midwifery School, ShahidBeheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Professor, Nursing Department, Faculty of Medical Sciences, TarbiatModares University,Tehran, Iran.
4. Assistant Professor, Department of Medical-Surgical Nursing, Nursing and Midwifery School, ShahidBeheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

***Corresponding author:** Mousavizadeh S.N**, E-mail:** n.mousavi@sbmu.ac.ir

Abstract

Introduction: Diabetes is a major public health issue and one of the causes of disability and mortalityworldwide. One of the main challenges to controlthis disease is lack ofadherence to therapeutic regimen. Therefore, this study aimed to evaluate barriers to adherence to therapy in patients with diabetes.

Methodology: This qualitative study was conducted on15 male and female patients with type II diabetes using semi-structured interviews. Data was collected during November 2015-June 2016. In addition, data analysis was performed using conventional qualitative content analysis.

Results: Analysis of the findings of a series of extracted themes revealed three main themesas barriers to adherence to therapy in patients with type II diabetes, as follows: "poor medical team performance" with subcategories of providing incomplete and contradictory information, non-cooperative performance of healthcare teams, failure to meet the needs of clients, loss of time, "social dilemma" with subcategories ofoccupation conditions, reaction of others, lack of harmony in the family and "personal distress" with subcategories of stress and depression, financial stress, effects of age, interference of personal desires with treatment goals.

Conclusion: According to the results of this study, barriers to adherence to therapy in Iranian people with diabetes was related to the people's family and social background, which could turn to a challenge forthe patient, leading to neglectof health behaviors. Identification of these factors by policy makers and healthcare providers is essentialto facilitatetheattitude of patients and their commitment to adherence to therapy and to prevent irreparable complications of diabetes.

Keywords: Barriers, Adherence to treatment, Diabetes, Qualitative research, Content analysis.

Received: 25 July 2016 **Accepted: 27 August 2016**

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1395.4.3.2.3]

References

1. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and Regional Mortality from 235 Causes of Death for 20 Age Groups in 1990 and 2010: A systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2013; 380(9859): 2095-128

2. Han Cho N, Whiting D, Guariguata L, Montoya P, Forouhi N, Hambleton I, et al. International Diabetes Federation Diabetic Atlas. 7th ed. USA: International Diabetes Federation; 2015.

3. Danaei G, Finucane MM, Lu Y, Cowan MJ, Paciorek CJ, Lin JK, et al. National, Regional and Global Trends in Fasting Plasma Glucose and Diabetes Prevalence since 1980: Systematic Analysis of Health Examination Survey and Epidemiological Studies with 370 Country-years and 2.7 Million Participants. Lancet. 2011; 378(9785): 31-40.

4. Maddah M. Association of Parental Diabetes with Overweight in Iranian Children and Adolescents. International Journal of Cardiology. 2008; 12(5): 1-3. [Persian].

5. Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL. Harrison's Principle of Internal Medicine. 18th ed. New York: M.C. Gray Hill Medical; 2011.

6. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes. Journal of Clinical and Applied Research and Education. 2015; 38(1): 1-93.

7. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing. 12th ed. Wolters Kluwer/Lippincott: Williams & Wilkins; 2010.

8. Metzger BE. American Association Guide to Living with Diabetes: Preventing and Treating Type 2 Diabetes. John Wiley and Sons; 2011.

9. Collins MM, Bradley CP, O'Sullivan T, Perry IJ. Self-care Coping Strategies in People with Diabetes: A Qualitative Exploratory Study. BMC Endocrine Disorders. 2009; 9(1): 6-15.

10. Center for Disease Control and Prevention. National Diabetes Fact Sheet: National Estimates and General Information on Diabetes and Prediabetes in the United States. Atlanta, GA: US. Department of Health and Human Services; 2011.

11. Rezaiekargar F, Karbandi S, Hosseinabadi H, Esmaili HA. The Correlation between Personality Types and Compliance with Therapeutic Regimens in Patients with Diabetes. Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2006; 43(11): 441-7. [Persian].

12. Salar A, Robabi H, Safarzadeh A. The Rate of Self-care Insulin Therapy in Adults With Type 1 Diabetes who Were Referred to Zahedan Diabetes Clinic. Journal of Zabol Faculty of Nursing and Midwifery. 2013; 1(1): 21-30. [Persian].

13. Ciccone MM, Scicchitano P, Cameli M, Cecere A, Cortese F, Dentamaro I, et al. Endothelial Function in Pre-diabetes, Diabetes and Diabetic Cardiomyopathy. Journal of Diabetes & Metabolism. 2014; 5(1): 364-380.

14. Sagarra R, Costa B, Cabre JJ, Sola-Morales O, Barrio F. Lifestyle Interventions for Diabetes Mellitus Type 2 Prevention. Revista Clinica Espanola. 2014; 214(2): 293-300.

15. Reisi M, Mostafavi F, Javadzade H, Mahaki B, Tavassoli E, Sharifirad G. Communicative and Critical Health Literacy and Self-care Behaviors in Patients with Type 2 Diabetes. Iranian journal of Diabetes and Metabolism. 2015; 14(3): 199-207. [Persian].

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1395.4.3.2.3]

16. Hill CJ, Cardwell CR, Patterson CC, Maxwell AP, Magee GM, Young RJ, et al. Chronic Kidney Disease and Diabetes in the National Health Service: A Cross-sectional Survey of the U.K, National Diabetes Audit. Diabet Med. 2014; 31(4): 448-54.

17. Olokoba AB, Obateru OA, Olokoba LB. Type 2 Diabetes Mellitus: A Review of Current Trends. Oman Med J. 2012; 27(4): 269-73.

18. Mardanihamoleh M, Shahrakivahed A. The Effect of Education Based on Health Belief Model on Adherence to Diabetic Diet. Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders. 2010; 9(3): 268-75. [Persian].

19. Abdoli S, Mardanian L, Mirzaei M. How Public Percept Diabetes: A Qualitative Study. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2012; 17(5): 370-4. [Persian].

20. Carolan M. Women's Experiences of Gestational Diabetes Self-Management: A Qualitative Study. Midwifery. 2013; 29(6): 637-45.

21. Hsieh HF, Shannon SE. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. Qualitative Health Research. 2005; 15(9): 1277-88.

22. Streubert Speziale H, Rinaldi Carpenter D. Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative. 5th ed. New York: Lippincott Wiliams & Wilkins; 2011.

23. Miller TA, DiMatteo MR. Importance of Family/Social Support and Impact on Adherence to Diabetic Therapy. Diabetes Metab Syndr Obes. 2013; 6(1): 421-6.

24. Beresford C. Patients' Perspectives of Type 2 Diabetes Care by Practice Nurses: A Qualitative Study. Diabetes Nurs. 2011; 15(10): 391-7.

25. Lewis CP, Newell JN. Patients' Perspectives of Care for Type 2 Diabetes in Bangladesh: A Qualitative Study. BMC Public Health. 2014; 14(7): 2-7.

26. Parchman ML, Zeber JE, Palmer RF. Participatory Decision Making, Patient Activation, Medication Adherence, and Intermediate Clinical Outcomes in Type 2 Diabetes: A STARNet Study. Ann Fam Med. 2010; 8(5): 410-7.

27. Booth AO, Lowis C, Dean M, Hunter SJ, McKinley MC. Diet and Physical Activity in the Self-Management of Type 2 Diabetes: Barriers and Facilitators Identified by Patients and Health Professionals. Primary Health Care Research & Development. 2013; 14(3): 293-306.

28. Garcia-Perez LE, Alvarez M, Dilla T, Gil-Guillen V, Orozco-Beltran D. Adherence to Therapies in Patients with Type 2 Diabetes. Diabetes Therapy. 2013; 4(2): 175-94.

29. Taha NM, Abd El-Azeaz M, Abd El-Razik BG. Factors Affecting Compliance of Diabetic Patients toward Therapeutic Management. The Medical Journal of Cairo University. 2011; 79(1): 211-8.

30. Chew BH, Shariff-Ghazali S, Fernandez A. Psychological Aspects of Diabetes Care: Effecting Behavioral Change in Patients. World Journal of Diabetes. 2014; 5(6): 796-808.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1395.4.3.2.3]