مجله‌ی غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی شهید بهشتی
دوره‌ی یازدهم، شماره‌ی ۳، صفحه‌های ۲۶۴ ـ ۲۵۷ (شهریور ۱۳۸۸)

مقاله‌ی پژوهشی

تسهیل کننده‌های پایبندی به رژیم درمانی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲: یک مطالعه‌ی پدیدارشناسی

مهری دوستی ایرانی، پروانه اباذری، سیما بابایی، ناهید شاهقلیان

دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، **نشانی مکاتبه‌ی نویسنده‌ی مسئول:** اصفهان خیابان هزار جریب، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، مهری دوستی ایرانی
e-mail: doosti@nm.mui.ac.ir

چکیده

مقدمه: دیابت بیماری مزمنی است که به دلایل متعددی توجه سیستم بهداشتی ـ درمانی جهان را به خود معطوف نموده است. ماهیت این بیماری به گونه‌ای است که بسیاری از جنبه‌های زندگی روزانه را متأثر می‌سازد و در درمان آن یک رویکرد زیستی ـ روانی ـ اجتماعی نیاز است. یکی از مشکلات عمده در کنترل مطلوب این بیماری، عدم پایبندی بیماران به رژیم‌های درمانی است. این مطالعه‌ی کیفی با هدف بررسی تجربه‌های بیماران از عوامل تسهیل‌کننده‌ی پایبندی به رژیم درمانی انجام شد. مواد و روش‌ها: مطالعه‌ی حاضر مطالعه‌ای کیفی، پدیدارشناسی و توصیفی است. مشارکت‌کنندگان، ۱۱ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم اصفهان و بیمارستان الزهرا در نیمه‌ی اول سال ۱۳۸۵ بودند که به صورت مبتنی بر هدف انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌های عمیق سازمان نیافته جمع‌آوری و به روش کلایزی تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌ها: مفاهیمی که در تجربه‌های بیماران به عنوان عواملی در راستای تسهیل عملکرد و افزایش انگیزه‌ی فرد در فرایند خودمراقبتی مطرح شدند، عبارت بودند از: ترس، رضایت از تیم درمان، حمایت، هشدار عینی، بازخورد و رضایت از درمان. نتیجه‌گیری: تمرکز بر رضایت بیمار از درمان و خدمات درمانی، درک کافی از جدیت بیماری، اضطراب تجربه شده توسط بیمار، درگیر نمودن خانواده به عنوان منبع ضروری حمایت، بازخورد به بیمار در مورد یافته‌های آزمایشگاهی و فرایند خودمراقبتی از مواردی است که باید به عنوان راهکار مناسبی برای تحریک تغییر رفتار و افزایش انگیزه، در برنامه‌ریزی‌های خدمات درمانی مدنظر قرار گیرند.

واژگان کلیدی: تجربه‌ی زندگی، پدیدار شناسی، دیابت نوع ۲، پایبندی، تسهیل‌کننده

دریافت مقاله: ۸۷/۸/۳۰ دریافت اصلاحیه: ۸۸/۱/۱۵ پذیرش مقاله: ۸۸/۲/۲

مقدمه

دیابت شیرین نوع ۲، یک بیماری غیرواگیر است که به عنوان یک «اپیدمی» در هزاره‌ی سوم مطرح شده است.[۱،۲] به دلایل متعدد، توجه و تمرکز سیستم بهداشتی ـ درمانی جهان به این بیماری دیابت معطوف شده است که عبارتند از شیوع بیماری، میزان عوارض، مرگ و میر ناشی از بیماری، و هزینه‌های بسیار هنگفت آن.[۳-۵]

با وجود این‌که عوارض دیابت قابل پیشگیری و یا به تعویق انداختن است،[۶] مطالعه‌های متعدد وضعیت کنترل دیابت را نامطلوب گزارش کرده‌اند[۷-۹] عوامل بسیاری در این امر دخالت دارند از جمله عوامل مرتبط با بیمار، که می‌تواند به علت نقش فرایند خودمراقبتی در کنترل بیماری و عدم پایبندی بیماران به رژیم‌های درمانی طولانی‌مدت و متعدد باشد[۱۰-۱۳] متأسفانه میزان پایبندی بیماران به این رژیم‌ها کاملاً ضعیف است.[۱۴]

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-16]

تاکنون مطالعه‌های زیادی به منظور بررسی عوامل دخیل در پایبندی بیماران دیابتی به رژیم‌های درمانی انجام شده و بیشتر این مطالعه‌ها به روش کمّی بوده است و در آن‌ها از مصاحبه‌های ساختار یافته، پرسشنامه‌ها و مقیاس‌ها[i] استفاده شد و همگی دید و نگرش پاسخ‌دهندگان را در یک چهارچوب از قبل مشخص شده محدود نموده‌اند، این در حالی است که دیابت بیماری مزمنی است که بسیاری از جنبه‌های زندگی روزانه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. برای تعریف و بررسی عوارض این بیماری یک نگرش کلی و همه جانبه نسبت به موضوع مورد نیاز است[۱۰] و در درمان و مراقبت آن یک رویکرد «زیستی ـ روانی ـ اجتماعی» نسبت به بیمار و مشکلات او مورد نیاز است.[۱۵] به منظور ارایه‌ی راهکارهای مؤثر در مراقبت، تجربه‌های بیماران در این مطالعه‌ی کیفی بررسی شد. لازم به ذکر است که تعداد معدودی مطالعه‌ی کیفی در این رابطه از جهان انجام شده است اما تا کنون در ایران هیچ مطالعه‌ای به طور مستقیم به کنکاش در تجربه‌های بیماران در رابطه با پایبندی به درمان دیابت و عوامل تسهیل‌کننده‌ی آن پرداخته است و از آنجا که عوامل متعدد از جمله نژاد، فرهنگ، باورها و ارزش‌ها و مذهب، بر ادراک و تجربه‌ی افراد اثر گذارند، ضرورت انجام مطالعه حاضر احساس شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر، کیفی و از نوع پدیدارشناسی است. شرکت‌کنندگان به صورت مبتنی بر هدف از بین مبتلایان به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم اصفهان و بیمارستان الزهرا انتخاب شدند. معیار خروج از مطالعه، وجود هر عامل ناتوان‌کننده در بیان تجربه‌های زندگی با بیماری (مانند ناتوانی در صحبت کردن و غیره) بود. پژوهشگران پس از انجام مصاحبه با ۱۱ نفر از شرکت‌کنندگان (۶ مرد و ۵ زن با سن ۷۰-۳۰ سال) به اشباع اطلاعات رسیدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه‌ی عمیق سازمان نیافته (به طور متوسط ۶۰ دقیقه) استفاده شد.

پژوهشگران پس از انتخاب محل مصاحبه (اتاقی مناسب و خلوت در مراکز درمانی) بر اساس هدف و معیارهای ورود به انتخاب شرکت‌کننده پرداخته و پس از کسب رضایت شفاهی و اطمینان دادن در مورد محرمانه ماندن اطلاعات، اقدام به مصاحبه‌ی رو در رو با استفاده از سؤال‌های باز نمودند و مصاحبه‌ها با رضایت شرکت‌کنندگان ضبط شد. در ابتدای مصاحبه، پژوهشگران اقدام به کنارگذاری پیش فرض‌های خود در مورد پدیده‌ی مورد مطالعه (پرانتزگذاری) نمودند تا به این ترتیب به استحکام داده‌های خود کمک کنند. در طول مصاحبه‌ها سؤال‌های بازی پرسیده شد تا به شرکت‌کنندگان اجازه داده شود آزادانه به توصیف تجربه‌ی خود بپردازند. از آنان پرسیده شد که «زندگی آن‌ها نسبت به دوران قبل از ابتلا به بیماری چه تغییری کرده است؟». در پاسخ به این سوال آن‌ها به توصیف تجارب زندگی خود با دیابت پرداخته، شیوه‌ی عملکرد خود را پس از ابتلا به بیماری توضیح دادند. حین مصاحبه تمرکز به مواردی بود که بیمار را به سمت عملکرد او در مقابل بیماری سوق می‌دهد. زمانی که نیاز به روشن‌سازی اطلاعات در زمین‌های خاص بود، از سؤال‌های ریزتری استفاده شد. در نهایت، از شرکت‌کنندگان خواسته شد که اگر می‌خواهند در رابطه با خود و بیماری خود توضیح دیگری بدهند، به آن اشاره کنند. سپس با استفاده از روش ۷ مرحله‌ای کلایزی تجزیه و تحلیل شدند. پژوهشگران با گوش دادن مکرر به هر مصاحبه و عمیق شدن در عبارات و اظهارات شرکت‌کننده، بیانات او را مکتوب کردند. موارد مبهم به صورت تلفنی یا حضوری بر طرف شد (مرحله‌ی یک کلایزی) و سپس مفاهیم هر مصاحبه استخراج و پس از تشکیل مفاهیم، مصاحبه‌ی بعدی انجام شد. برای هر مصاحبه مراحل فوق تکرار شد (مرحله‌ی دوم کلایزی) سپس پس از اتمام همه‌ی مصاحبه‌ها، مفاهیم فرموله شده در درون دسته‌های خاص موضوعی طبقه‌بندی شد (مرحله سوم) و در نهایت کلیه عقاید استخراج شده ترکیب و یک توصیف کامل و جامع از پدیده‌ی مورد بررسی ارایه شد (مرحله‌های پنجم و ششم). در نهایت، مفاهیم استخراج شده به شرکت‌کنندگان برگردانده و بررسی شدند (مرحله‌ی هفتم). در این مطالعه برای اعتبار و اعتمادبخشی به داده‌ها از معیارهای گوبا و لینکلون استفاده شد به طوری‌که به منظور باورپذیر کردن پژوهش، ضمن درگیر شدن پژوهشگران به صورت طولانی‌مدت در جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها، از بازبینی همکاران پژوهش[ii] و همچنین بازبینی توسط شرکت‌کنندگان استفاده شد. برای دستیابی به اطمینان‌پذیری

i Scale

ii Peer debriefing

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-16]

خنثی و عینی بودن داده‌ها از بررسی تحقیق (حساب‌رسی)[i] استفاده شد. برای افزایش قابلیت انتقال نیز از معرفی کامل طرح پژوهش بهره گرفته شد.

یافته‌ها

مفاهیمی که در تجربه‌های بیماران به عنوان عاملی در راستای تسهیل عملکرد و افزایش انگیزه‌ی فرد در پایبندی به رژیم درمانی مطرح شدند، عبارتند از: ترس، رضایت، حمایت، هشدار عینی، بازخورد.

۱- ترس: از عواملی که شرکت‌کنندگان آن را عاملی برای رعایت رژیم درمانی می‌دانستند، ترس آن‌ها از ابتلا به عوارض دیابت بود. یکی از شرکت‌کنندگان از تلاش خود برای جلوگیری از ابتلا به عوارض گفت: «رژیم غذایی را رعایت می‌کنم. برای سلامتی‌ام واجب است که این کار را بکنم. خیلی سخت نیست. سختی آن است که انگشتم زخم شود و نتوانم دیگر هیچ کاری بکنم. می‌بینم که بیماران قندی را دستشان را می‌برند یا پایشان را و این‌ها دچار این چنین عوارضی می‌شوند پس من کاری می‌کنم که به آنجا نرسم. هر مهمانی که برویم مرغ هست، خورش بادمجان هم هست، من سعی می‌کنم مرغ را یک تکه‌اش را بخورم و خورش را نخورم، چون می‌دانم عواقبش چه چیزی است. می‌دانم که چه خطراتی دارد». (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۶)

تجربه‌ی مرگ ناشی از عوارض بیماری در بستگان و ترس از آن موجب تشویق شرکت‌کننده‌ای به ورزش شده بود، او گفت: «چون برادر و خواهرم در اثر دیابت فوت کردند، مرتب روزی ۲-۱ ساعت هر روز صبح می‌آیم پارک، ایستگاه ورزشی داریم و مربی داریم». (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۱۰)

۲- رضایت از تیم درمان: شرکت‌کنندگان برخی مسایل موجود در مراکز درمانی را عامل رضایت خود از خدمات و به دنبال آن مراجعه‌ی منظم به مراکز درمانی دانستند. مانند قوانین و امکانات درمانی که موجب مراجعه‌ی آن‌ها به برخی مراکز درمانی خاص شده بود. به عنوان مثال یکی از شرکت‌کنندگان در مورد قوانین مرکز درمانی مورد مراجعه‌ی خود برای بیمارانی که به طور منظم مراجعه نمی‌کردند گفت: «خُب، از آن روز تا حالا من چون باید بیایم اینجا به خاطر اینکه پرونده‌ام باطل نشود، همت می‌کنم که بلند شوم بیایم دکتر. شاید اگر به امید خودم بود که پیش هر دکتری دلم می‌خواهد می‌توانستم هر ساعتی بروم این قدر تلاش نمی‌کردم که حتماً سر دو ماه بیایم». (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۶)

یکی از شرکت‌کنندگان به امکانات آزمایشگاهی اشاره نمود و شرکت‌کننده‌ی دیگری اشاره به زمانی کرد که برای پرسیدن سؤال‌هایش در اختیار او قرار داده شده بود و گفت: «این جا که می‌آیم هر سؤالی که بپرسم با حوصله جواب می‌دهند. هر معاینه‌ام مثلاً ۱۵ دقیقه طول می‌کشد و برایم وقت می‌گذارند. (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۱۳)

۳- حمایت: به گفته‌ی شرکت‌کنندگان از دیگر مواردی که موجب تسهیل پایبندی آن‌ها به رژیم درمانی شده بود حمایتی بود که از سوی خانواده‌ی خود دریافت می‌کردند. یکی از شرکت‌کنندگان حمایت همسر خود را این‌گونه توصیف نمود: «آن وقت که شوهرم زنده بودند، هیچ گاه دخالت نمی‌کردند که چی بپزم یا نپزم. می‌گفت هر چه برای خودت خوب است بپز. حالا یا من برای او یک چیزی جدا می‌پختم یا اینکه همان که دانستم با هم می‌خوردیم. ایشان هم هیچ‌وقت اعتراضی نداشتند. (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۶)

شرکت‌کننده‌ی دیگری نیز حمایت همسرش را عامل بسیار موثری دانست و بیان کرد: «خانمم در مراعات من ۱۰۰٪ اثر دارد. مرتب یادآوری می‌کند که این را نخور یا مواقعی که خانه باشم میان‌وعده‌ای مثلاً سیب برایم می‌آورد». (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۱۳)

شرکت‌کننده‌ی دیگری نیز در مورد نقش حمایت گفت: «اگر آدم را حمایت نکنند و روحیه ندهند و یا اطرافیان با یک چشم دیگر بهش نگاه کنند، بگویند که خوب حالا بیچاره مریض است و هی بخواهند رعایتش را بکنند، خیلی روحیه‌ی آدم ضعیف می‌شود». (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۳)

۴- هشدار عینی: از دیگر عواملی که موجب شروع درمان و ادامه‌ی پایبندی شرکت‌کنندگان به درمان شده بود، مشاهده‌ی علایم ابتدایی عوارض بیماری بود. یکی از شرکت‌کنندگان در این رابطه گفت: «چند وقت پیش بهم گفتند کلیه‌هایت یک کم پروتئین دفع می‌کند. یک مقدار ترسید. حالا نمی‌دانم می‌گویم یک وقت کلیه‌هایم را از دست ندهم. بنابراین مرتب می‌روم و می‌آیم دکتر». (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۵)

i Inquiry audit

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-16]

شرکت‌کننده‌ی دیگری نیز به شروع عوارض به عنوان علت شروع برنامه ورزشی خود اشاره کرد: « الان ۱۳-۱۲ سالی است که دیابت دارم. یک ماهی است که می‌روم پیاده‌روی، چون می‌گویند یک کم کلیه‌هایت نارسا شده است». (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۸)

۵- بازخورد و رضایت از درمان: یکی از شرکت‌کنندگان به نقش نتیجه‌ی آزمایش‌ها بر احساس او در توانایی کنترل بیماری اشاره نمود و چنین گفت: «هر ماه می‌آیم مرکز، وقتی که می‌آیم می‌بینم که قندم ۱۱۰ است به جای این که روی ۲۰۰ باشد؛ یعنی کنترل شده است. این خیلی مهم است. توی روحیه‌ام خیلی اثر می‌گذارد. وقتی می‌پرسند قندت چند است، می‌توانم بگویم کنترل است، در حد طبیعی است و حس خوبی به من دست می‌دهد». (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۱۱)

شرکت‌کننده‌ی دیگری نیز در مورد یافته‌های آزمایش‌ها دال بر عدم کاهش قند خون و اقدام خود در پاسخ به آن گفت: «معمولاً اگر کمی قندم بالا برود، پیاده‌روی‌ام را بیشتر می‌کنم». (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۳)

رضایت از درمان ناشی از بازخوردهای عینی و ضمنی از دیگر مواردی بود که شرکت‌کنندگان به عنوان مشوقی برای ادامه‌ی درمان خود مطرح کردند. یکی از شرکت‌کنندگان گفت: «از موقعی که مت‌فورمین می‌خورم، اشتهایم کمتر شده و وزنم هم مقداری کم شده است. هر کسی به من می‌رسد، می‌گوید لاغر شدی. خوشحال کننده است». (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۷)

شرکت‌کننده‌ی دیگری نیز دلیل پایبندی دقیق خود را به مصرف انسولین چنین بیان نمود: «از انسولین خیلی بهبودی دیدم. با مصرف انسولین مشکلات من کمتر شده است، حتی می‌توانم بگویم ۱۰۰درصد». (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۱)

شرکت‌کننده‌ی دیگری به تأثیر گلوکومتر در زندگی خود اشاره کرد و گفت: «از وقتی قند را با دستگاه چک می‌کنم دیگر توی شوک نرفته‌ام، قبل آن چند بار رفتم توی شوک». (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۱۲)

شرکت‌کننده‌ی دیگری از عدم تجربه‌ی عوارض خرسند بود و گفت: «مرتب مراجعه می‌کنم، مراعات می‌کنم، ۱۳-۱۲ سال است که دیابت دارم اما در این مدت خوشبختانه دکتر گفته که چشم و کلیه‌ام مشکل پیدا نکرد». (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۳)

بحث

شرکت‌کنندگان در مطالعه‌ی ما به دنبال تجارب خود از زندگی با بیماری، مشاهده‌ی همتایان و شرکت در کلاس‌های آموزشی، تجاربی را در مورد بیماری خود کسب کرده بودند. مفاهیم استخراج شده در این مطالعه (ترس، رضایت، حمایت، هشدار عینی، بازخورد) انعکاسی از این نگرش و تجربه است. این در حالی است که «روبین» در مورد عوامل تأثیر گذار برپایبندی به رژیم درمانی موارد زیر را فهرست نموده است: درک و فهمیدن رژیم درمانی، درک منافع درمان دارویی، عوارض جانبی دارو، هزینه‌ی دارو، سلامت روحی و روانی، سادگی و پیچیدگی رژیم دارویی.[۱۶] لرمن برای افزایش پایبندی به درمان در مبتلایان به دیابت، موارد زیر را پیشنهاد کرده است: آموزش در زمینه‌ی دیابت، ساده کردن رژیم درمانی (برای مثال کاهش تعداد دفعه‌های دریافت دارو طی روز)، مذاکره با بیمار در مورد اولویت‌های رژیم درمانی، یادآوری داروها و ملاقات‌ها، سازمان‌دهی رژیم درمانی، تشویق و دادن پاداش به بیمار برای پیروی از رژیم درمانی و حمایت خانواده و دوستان.[۱۷]

ترس: براون در یک مطالعه‌ی کیفی با بررسی نظرات پزشکان در مورد موانع و تسهیل‌کننده‌های مراقبت در دیابت نوع ۲ اعلام نمود که از دید پزشکان، اضطراب اولیه‌ی تجربه‌ی شده توسط بیمار در زمان تشخیص، فرصت مناسبی برای تحریک تغییر رفتار بیمار و ایجاد انگیزه در او است. معتقد بود زمانی که افراد اضطراب بیشتری در مورد بیماری احساس می‌کنند، احتمال بیشتری دارد که بخواهند اطلاعات را جذب کنند و تغییری در سبک زندگی خود بدهند. بنابراین مداخله‌های آموزشی اولیه برای بیماران دیابتی به یافته‌های بهتری منجر می‌شود.[۱۸] گریم گفته است که ترس پاسخ شایعی است که بیمار و خانواده‌ی او را هم به صورت مثبت و هم منفی تحت تأثیر قرار می‌دهد. برخی بیماران در مطالعه‌ی او اشاره کردند که ترس آن‌ها از بیماری موجب تغییرات رفتاری مثبت و نیز یادگیری چیزهای جدید می‌شود. اعضای خانواده‌ی آن‌ها نیز توصیف کردند که ترس موجب ترغیب آن‌ها برای کمک به بیمار می‌شود و البته گاهی حساسیت آن‌ها به رژیم غذایی بیمار موجب عصبانیت فرد مبتلا می‌شود.[۱۹] در مطالعه‌ی آلبرایت نیز استرس یکی از چهار عامل مرتبط با رفتارهای خود ـ مراقبتی بیمار معرفی شده است.[۲۰]

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-16]

برخی از مسایل موجود در مراکز درمانی مانند ارتباط مناسب تیم درمانی، پیگیری مراکز درمانی و امکانات و قوانین آن‌ها موجب رضایت شرکت‌کنندگان از خدمات مراکز و تمایل آن‌ها به تداوم مراجعه و پایبندی به درمان بودند. بیماران اشاره کردند به مدت زمانی که در آن مراکز معاینه و پاسخ‌گویی به سؤالاتشان اختصاص داده شود. این امر و رضایت آن‌ها از ارتباط تیم درمانی از جمله مواردی هستند که موجب مراجعه‌ی مداوم آن‌ها به مراکز درمانی شده بود. گفته‌های شرکت‌کنندگان نشان داد که قوانین مراکز درمانی از مواردی است که شرکت‌کننده را ملزم به مراجعه می‌سازد. ملزم نمودن بیمار به پیروی از قوانین مرکز درمانی به عنوان عامل تسهیل‌کننده‌ی درمان، یافته‌ای جدید در مطالعه‌ی حاضر در مقایسه با سایر مطالعه‌های انجام شده در این زمینه است.

رابطه‌ی مثبت بیمار و مراقبت‌دهنده یکی از مهم‌ترین تعیین کننده‌های پایبندی به درمان مطلوب است. مطالعه‌های نشان داده‌اند که رضایت بیشتر بیمار از ارتباط با مراقبت‌دهنده، به ویژه در بین بیماران مبتلا به دیابت به طور چشمگیری با افزایش پایبندی به درمان و بهبود کنترل قند خون همراه است. زمانی که مراقبت‌ها به صورت بیمارمحور و با دلسوزی و همدلی و با توجه به نیازها و ارزش‌ها و ترجیح‌های بیماران ارایه شود، مشارکت بیمار و استقلال او در تصمیم‌گیری افزایش می‌یابد که در عوض پایبندی به درمان را افزایش می‌دهد.[۲۱] وینتر گزارش کرده است که اغلب بیماران دیابتی احساس نزدیکی با پزشک خانواده‌ی خود دارند و به پیشنهادها و تجویز آن‌ها اطمینان دارند و اشاره می‌کنند که پزشکان فرصتی برای آن‌ها فراهم می‌کنند که شیوه‌ی خودتنظیمی داروها مطابق سطح قند خون، انواع غذاهای مناسب و فعالیت‌های لازم را بشناسند و این حالت و ارتباط دوستانه و حمایت‌کننده به آن‌ها در کنترل بیماری کمک می‌کند.[۲۲] آلبرایت نیز در مطالعه‌ی خود گزارش کرد که رابطه‌ی بیمار با پزشک و رضایت از این رابطه یکی از چهار عامل مرتبط با رفتارهای خودمراقبتی بیمار است.[۲۰] مطالعه‌ی پی‌یتی نشان داد که رابطه‌ی مبتنی بر اعتماد به پزشک می‌تواند از نقش هزینه‌های درمانی در عدم پایبندی به رژیم دارویی بکاهد.[۲۳] یافته‌های مطالعه‌ی گری نیز نشان داد که بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ که رضایت بیشتری از سیستم مراقبتی داشتند و به نظر آن‌ها عملکرد تیم درمانی کمک‌کننده بود و پزشکان و پرستاران وقت کافی برای آن‌ها صرف می‌کردند، به میزان کمتری نسبت به سایرین در طول یک سال از خدمات اورژانس استفاده می‌کردند.[۲۴] شرکت‌کنندگان در مطالعه‌ی لاوتون نیز نیاز به حضور افراد متخصص در زمینه‌ی دیابت، را همراه با وقت کافی و در دسترس ذکر نمودند.[۲۵] در مطالعه‌ی کیفی‌پولی و همکاران، نیز بیماران و تیم درمانی به طور مکرر بر اهمیت زمان کافی برای مشاوره با بیمار، و پاسخ‌گویی به سؤال‌های او، دادن اطلاعات و توافق در مورد یک دوره عملکرد مطابق با نیازهای بیمار تأکید کردند که می‌تواند به عنوان مرکز مراقبت‌های خوب و عاملی برای قدرت‌بخشی به بیمار باشد. آن‌ها معتقد بودند که مشاوره‌ی مؤثر و کنترل مناسب بیماری بدون در اختیار داشتن زمان کافی برای ارتباط بیمار و تیم درمان امکان‌پذیر نمی‌باشد. پولی گزارش کرد که برای ارایه مؤثر مراقبت‌های دیابت، به پرسنل کلیدی‌تری مانند پرستاران دیابت نیاز است که هم وقت و هم مهارت کافی برای مخاطب قرار دادن نیازهای بیماران در یک محیط مناسب مشاوره با توجه به شرایط و نگرانی‌های هر بیمار دارند.[۲۶] در مطالعه‌ی نایر و همکاران نیز دسترسی به خدمات طبی در زمان مناسب و با روش مناسب برای بیماران مهم بود. آن‌ها احساس می‌کردند که زمان انتظار طولانی برای ملاقات تیم درمانی و لغو ویزیت‌ها و مشکل دسترسی به مراقبت‌دهندگان از تداوم مراقبت می‌کاهد. هم‌چنین، معتقد بودند پزشکانی که به آن‌ها احترام می‌گذارند، به دقت به آن‌ها گوش می‌دهند و نیازهای درمانی آن‌ها را می‌فهمند، می‌توانند تداوم مراقبت را افزایش دهند در حالی که پزشکانی که بیماران را حمایت نمی‌کنند از تداوم مراقبت‌ها می‌کاهند. نایر و همکاران گزارش کردند که وجود خدمات و تیم درمانی در یک محل موجب دسترسی آسان و تداوم مراقبت‌ها می‌شود.[۲۸] پی‌یتی و همکاران در مطالعه‌ای به بیماران خود اجازه دادند که دو بار در هفته و هر بار به مدت ۸-۵ دقیقه به صورت تلفنی مشکلات خود و نتیجه‌ی انجام رفتارهای خود ـ مراقبتی مانند نتیجه‌ی آزمایش قند خون خود را گزارش کنند. سپس یک پرستار با بررسی تلفن‌ها به پیگیری مشکلات می‌پرداخت. پس از یک سال اجرای مداخله بررسی یافته‌ها نشان داد که اجرای این برنامه و پیگیری پرستاران یک راهکار موفق برای کمک به بیماران مبتلا به دیابت به منظور ارتقای خود ـ مراقبتی و بهبود وضعیت کنترل قند خون می‌باشد.[۲۳] مطالعه‌ای مرتبط با ارتباط قوانین مراکز درمانی و میزان پایبندی بیماران به رژیم درمانی یا تأثیر آن بر خود ـ مراقبتی یافت نشد.

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-16]

دریافت حمایت از سوی جامعه و خانواده از عواملی است که به عنوان تسهیل‌کننده‌ی عملکرد شرکت‌کنندگان در مطالعه‌ی ما مطرح شد. دیابت بیماری مزمنی است که احتیاج به تغییرات وسیع رفتاری و پایبندی به یک رژیم مراقبتی پیچیده دارد و حمایت اجتماعی به عنوان یکی از عوامل مؤثر و مهم در پایبندی بیمار به درمان مطرح است[۲۸] که می‌تواند رفتارهای خودمراقبتی و سازگاری با بیماری را تسهیل کند.[۲۹] به دیابت بیماری خانواده نیز می‌گویند زیرا مطالبات و کنترل آن همه‌ی اعضای خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد.[۳۰،۳۱] یافته‌های مطالعه گلاسکو و همکاران نیز حمایت خانواده را به عنوان قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌ی میزان پایبندی به رژیم درمانی معرفی می‌کند.[۳۲] ایلیاس و همکاران نیز با مطالعه‌ی ۹۸ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ نتیجه گرفتند که سطح هموگلوبین گلیکوزیله‌ی مطلوب با میزان حمایت دریافتی از سوی خانواده رابطه دارد.[۳۳] تریف و همکاران در یک مطالعه‌ی دو ساله در ۷۸ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ متوجه شدند که کیفیت وضعیت تأهل (صمیمیت و سازگاری) پیش‌بینی‌کننده پایبندی به بسیاری از جنبه‌های خود ـ مراقبتی (رژیم غذایی، ورزشی و توصیه‌های پزشک) است، ولی اعلام نمودند که کیفیت تأهل با دفعه‌های انجام آزمایش‌های قند خون رابطه ندارد.[۲۸] گاری و همکاران نیز پایبندی به رژیم غذایی و دارویی را با مدت زمان ابتلا به بیماری، حمایت اجتماعی و خانوادگی، و سن همسر مرتبط دانستند.[۳۴] در مطالعه‌ی ویجان و همکاران عدم حمایت به ویژه از سوی خانواده یکی از مهم‌ترین مشکلات شرکت‌کنندگان در رعایت رژیم غذایی اعلام شد. در آن مطالعه کسانی که حمایت بیشتری از سوی خانواده دریافت می‌کردند، رعایت رژیم غذایی و پایبندی به آن را آسان‌تر یافته بودند.[۳۵] آلبرایت نیز اعلام نمود که زمینه‌ی اجتماعی و خانوادگی به طور قوی با رفتارهای خود ـ مراقبتی به ویژه در زمینه‌ی رژیم غذایی همراه است.[۲۰] ون نیز در مطالعه‌ی خود اعلام کرد که افزایش دریافت حمایت خانواده با افزایش میزان رعایت رژیم ورزشی و غذایی همراه است.[۳۶] وایتمور نیز گزارش کرد که مهم‌ترین عامل پیش‌بینی‌کننده‌ی کنترل متابولیک و رعایت رژیم غذایی در زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ حمایت و اعتماد به نفس است.[۳۷] بنابراین، یافته‌های مطالعه‌ها بیانگر آن است که حمایت خانواده یک جزء حیاتی در کنترل موفق دیابت است. اگرچه گسترش مراقبت‌های دیابت به اعضای خانواده برای پزشکانی که در زمان کم تعداد زیادی بیمار را معالجه می‌نمایند غیر واقعی به نظر می‌رسد، یافته‌های مطالعه‌ها نشان داده‌اند که اعضای خانواده می‌توانند کار تیم درمانی را راحت‌تر ساخته به بیمار در رسیدن به حداکثر کیفیت زندگی و سلامت کمک کنند[۳۱] به همین دلیل باید حمایت از سوی خانواده در طراحی برنامه‌های مراقبتی مد نظر قرار گیرد.[۳۳] آموزشگران دیابت باید کل خانواده را مد نظر قرار دهند.[۳۶] ارزیابی حمایت اجتماعی و اعتماد به نفس می‌تواند در تعیین اهداف و استراتژی‌های فرد محور کمک کند.[۳۷] بنابراین لازم است تلاش‌های آینده برای بهبود «خودمراقبتی» به بررسی ارزش مداخله‌هایی بپردازند که همسر بیمار و روابط زوج‌ها را هدف قرار می‌دهند.[۲۸]

هشدار عینی: ترس و مشاهده‌ی بروز عوارض به عنوان تسهیل‌کننده‌های پایبندی به درمان، نشانگر به باور رسیدن بیمار در ارتباط با جدی بودن بیماری و پیامدهای آن است و قدر مسلم باور و پذیرش بیماری می‌تواند نقطه‌ی شروع پیروی از رژیم درمانی باشد اگر چه تجربه‌ی ترس به عنوان تسهیل‌کننده‌ی پایبندی به درمان برای پیشگیری از ابتلا به عوارض، می‌تواند به عنوان یک راهکار مثبت در نظر گرفته شود، اما مشاهده‌ی بروز عوارض و سپس پیروی از درمان (آنچه در مطالعه‌ی حاضر به دست آمد) یک تسهیل‌کننده‌ی دیررس است زیرا هدف اصلی و اهمیت و تأکید بر پیروی از رژیم درمانی، برای پیشگیری از بروز عوارض دیابت است.

یوتا و همکاران در مطالعه (کیفی) خود با اشاره به اینکه که عدم درک کافی از جدی بودن بیماری یک عامل همراه با کاهش پایبندی است، گزارش کردند که طبق نظر شرکت‌کنندگان در مطالعه‌ی آن‌ها میزان پایبندی در زمان شروع عوارض دیابت بهبود یافته است.[۳۸] اگرچه لِرمن معتقد است توسل به پاداش و تقویت بیرونی تسهیل‌کننده‌ی تداوم پایبندی به درمان است، در مطالعه‌ی ما پیامدهای پایبندی به درمان از جمله قرار گرفتن قند خون در محدوده طبیعی و کاهش وزن بدن به عنوان عامل انگیزشی درونی و بدون نیاز به تقویت خارجی عامل تسهیل کننده‌ای برای تداوم پایبندی به درمان بود.[۱۷]

بازخورد و رضایت از درمان: در بررسی ما رضایت از اجرای برنامه خود ـ مراقبتی از دیگر مواردی بود که شرکت‌کنندگان را به ادامه عملکرد متمایل نموده بود. رضایت بیماران از موارد مهمی است که امروزه در برنامه‌ریزی خدمات درمانی مورد توجه قرار می‌گیرد. رضایت از مراقبت با رفتارهای مرتبط با سلامتی همراه است که اثر مستقیمی

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-16]

بر سلامت و بیماری دارند. الازری و همکاران در مطالعه‌ی خود به این نتیجه رسیدند که ارتباط مثبتی بین رضایت بیماران با یافته‌های بیماری دیابت وجود دارد و بیمارانی که رضایت بیشتری دارند، هموگلوبین گلیکوزیله کمتری را نشان می‌دهند.[۳۹] گلاسکو نیز گزارش کرد که میزان رضایت بیماران از درمان و مراقبت از عوامل مؤثر بر بهبود پایبندی بیماران به درمان است.[۳۲]

یافته‌های آزمایش‌ها: از دیگر عواملی است که بر اساس گفته‌های شرکت‌کنندگان برای افزایش انگیزه‌ی آن‌ها برای ادامه خودمراقبتی مؤثر بوده است. فرض بر این است که دانش بیمار در مورد دستاوردهای کنترل بیماری مانند هموگلوبین گلیکوزیله یک شرط مهم و مؤثر در انگیزه‌ی بیمار است. در مطالعه‌ای مشخص شد که در بیماران درمان شده با انسولین بازخورد فوری در مورد یافته‌های آزمایش‌ها از جمله هموگلوبین گلیکوزیله در بهبود کنترل قند خون و دیگر مسایل مربوط به بیماری مؤثر است. هیسلر نیز در مطالعه‌ی خود به این نتیجه رسید که کسانی که مقادیر آخرین آزمایش هموگلوبین گلیکوزیله خود را می‌دانستند ارزیابی بهتری از مراقبت دیابت و نیز فهم بهتری از وضعیت کنترل قند خون خود داشتند ولی این آگاهی با رفتارهای «خود ـ مراقبتی» گزارش شده رابطه نداشت.[۴۰] شرکت‌کنندگان در مطالعه‌ی نایر نیز معتقد بودند زمانی که به آن‌ها در مورد آزمایش‌های انجام شده بازخورد داده می‌شود، تداوم مراقبت‌ها افزایش می‌یابد و پزشکانی که اطلاعاتی در مورد گزینه‌های درمانی و یافته‌های آزمون‌ها به بیمار نمی‌دهند از تداوم مراقبت می‌کاهند.[۲۷] امروزه سازمان‌هایی مانند انجمن دیابت آمریکا (ADA) نیز شروع به ترغیب بیماران برای دانستن مقادیر هموگلوبین گلیکوزیله‌ی هدف و مقدار واقعی آن در بیمار، و نیز سطح کلسترول خون و بحث در مورد آن با پزشک نموده‌اند.[۴۰]

فهم بهتر اعتقادات و نگرش بیماران ممکن است به پزشکان در جهت افزایش انگیزه، درک و پایبندی آن‌ها به رژیم درمانی کمک کند[۳۹] در نظر داشتن باورها و نگرش‌های بیماران از ضروریت‌های طراحی یک برنامه‌ی مراقبتی مؤثر است. یافته‌های مطالعه‌ی ما می‌تواند اطلاعات مناسبی برای مراقبت‌های پرستاری فراهم کند و به تیم درمانی و بیماران در جهت کنترل مطلوب بیماری، افزایش کیفیت زندگی و کاهش عوارض و هزینه‌ها کمک کند.

بر اساس مطالعه‌ی ما و دیگر مطالعه‌های مرتبطی که در این زمینه ارایه شد، به نظر می‌رسد جهت به کار گرفتن یافته‌های این مطالعه در راستای دستیابی به دستاوردهای درمانی بهتر باید سیستم حمایتی مددجو را مشخص نمود و از مداخله‌های حمایتی برای بیماران مانند ارجاع به گروه‌های مشاوره به منظور کاهش مشکلات روحی ـ روانی بهره برد. از سویی، می‌توان خانواده را به عنوان یک منبع ضروری حمایت در فرایند خود ـ مراقبتی درگیر نمود و از سوی دیگر زمان کافی برای پاسخ‌گویی به سؤال‌های بیمار در نظر گرفت و از پرستاران متخصص و آموزش‌دیده در زمینه‌ی دیابت که وقت بیشتری برای پاسخ‌گویی به بیمار دارند استفاده کرد. توجه به ابعاد مختلف رابطه‌ی بیمار و مراقبت‌دهنده و تلاش برای افزایش رضایت از این رابطه، احترام به بیمار و عدم برخورد ترحم‌آمیز، دادن بازخورد به بیماران در مورد یافته‌های آزمایشگاهی و درمان، طراحی اهداف واقع‌بینانه با بیمار به منظور افزایش میزان رضایت و کاهش تجربه‌ی عدم موفقیت، بررسی یافته‌های یک اقدام پس از توصیه‌ی آن به بیمار و بررسی علل آن در صورت تجربه‌ی عدم موفقیت توسط بیمار در رسیدن به هدف مورد نظر، طراحی برنامه‌های پیگیری به منظور افزایش میزان مراجعه‌ها و افزایش پایبندی، و در نهایت طراحی قوانین مناسب در مراکز درمانی از دیگر عوامل مؤثر در کنترل مطلوب بیماری دیابت است. در مطالعه‌های آینده لازم است به موانع و تسهیل‌کننده‌های درمان از دید بیماران و تیم درمان و بررسی ارزش مداخله‌هایی که همسر بیمار و روابط زوجین را مد نظر قرار می‌دهند، بیشتر پرداخته شود.

References

1. Noori S .Epidemiology of type 2 diabetes: an epidemic in third thousandth anniversary. Scientific and Educational Quarterly Journal of Diabetes Message 1378; 5: 14-15. [farsi]
2. Wild Sarah, Gojka Roglic, Anders Green, Richard Sicree, Hilary King. Global prevalence of diabetes. Diabetes care 2004; 27:1047-53.
3. Karimi J. Prevention's principle of type 2 diabetes. 1381 First edition. Cheharbagh Publication. [farsi]
4. Smeltzer Suzanne CO'Connell, Bare Brenda G . Brunner s text book of medical surgical nursing, Philadelphia, lippincott Williams and Wilkins, 2004.
5. American diabetes association. National diabetes fact sheet 2005.

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-16]

6. Janice C. Zgibor, Thomas J. Songer. External barriers to diabetes care: addressing personal and health systems issues. Diabetes Spectrum, 2001;14:23-28.
7. Dailey George. A timely transition to insulin: Identifying type 2 diabetes patients failing oral therapy. Formulary 2005; 40: 114-130.
8. Dailey George. Fine-Tuning therapy with basal insulin for optimal glicemic control diabetes: a review. Curr Med Res Opin 2004; 20: 2007-14.
9. Mahmood K, Aamir A H. Glycemic control status in patients with type 2 diabetes. J Coll Physicians Surg Pak 2005; 15: 323-25.
10. Moser Albine; Van Der Bruggen Harry; Widdershoven Guy. Competency in shaping one life: autonomy of people with type 2 diabetes mellitus in a nurse- led, shared-care setting: a qualitative study. International Journal of Nursing Study 2006; 43: 417-27.
11. Lin EH, Katon W, Von Korff M, Rutter C, Simon GE, Oliver M, et al. Relationship of depression and diabetes self care, medication adherence and preventive care. Diabetes Care 2004; 27: 2154-60.
12. Cramer JA, Pugh MJ The influence of insulin use on glycemic control: How well do adults follow prescriptions for insulin? Diabetes Care 2005; 28: 78-83.
13. Vincze G, Barner JC, Lopez D. Factors associated with adherence to self-monitoring of blood glucose among persons with diabetes. Diabetes Educ 2004; 30: 112-25.
14. McCabe Bhrett A. Barriers to adherence in a free medication program for low-income individuals with type 2 diabetes. Louisiana State University 2003.
15. Snock FJ. Breaking the barriers to optimal glycemic control-what physicians need to know from patient perseptectives.Int J Clin Pract Suppl 2002 ; 129: 80- 4.
16. Israel Lerman. Adherence to Treatment: The Key for Avoiding Long-TermComplications of Diabetes. Archives of Medical Research 2005; 36: 300– 6.
17. Richard R. Rubin. Adherence to pharmacologic therapy in patients with type 2 diabetes mellitus. The American Journal of Medicine 2005; 118: 27S– 34S.
18. Brown JB, Harris SB, Webster-Bogaert S, Wetmore S, Faulds C, Stewart M. The role of patient, physician and systemic factors in the management of type 2 diabetes mellitus. Family Practice 2002; 19: 344- 49.
19. Grams GD, Herbert C, Heffernan C, Calam B, Wilson MA, Grzybowski S, et al. Haida perspectives on living with non- insulin- dependent diabetes. CMAJ 1996; 155:1563- 8.
20. Albright TL, Parchman M, Burge SK; RRNeST Investigators. Predictors of self care behavior in adults with type 2 diabetes: an RRNeST study. Fam Med 2001; 33: 354- 60.
21. Ciechanowski P, Russo J, Katon W, Von Korff M, Ludman E, Lin E, et al. Influence of patient attachment style on self-care and outcomes in diabetes. Psychosom Med 2004; 66: 720- 8.
22. Vinter-Repalust N, Petricek G, Katić M. Obstacles which patients with type 2 diabetes meet while adhering to the therapeutic regimen in every day life; qualitative study. Croat Med J 2004; 45: 630-6.
23. Piette JD, Weinberger M, Kraemer FB, McPhee SJ. Impact of automated calls with nurse follow up on diabetes outcomes in a department of veteran's affairs health care system. Diabetes Care 2001; 24: 202-8.
24. Lawton J, Parry O, Peel E, Douglas M. Diabetes service provision: a qualitative study of newly diagnosed type 2 diabetes patient experiences and views. diabetes UK, Diabet Med 2005; 22:1246-51.
25. Gary TL, Maiese EM, Batts-Turner M, Wang NY, Brancati FL. Patient satisfaction, preventive services, and emergency room use among African Americans with type 2 diabetes. Dis Manag 2005; 8: 361-71.
26. Pooley CG, Gerrard C, Hollis S, Morton S, Astbury J. "Oh its wonderful practice …you can talk to them": a qualitative study of patient's and health professionals' views on the management of type 2 diabetes. Health Social Care Community 2001; 9: 318-26.
27. Nair KM, Dolovich LR, Ciliska DK, Lee HN. The perception of continuity of care from the perspective of patients with diabetes. Fam Med 2005; 37: 118-24.
28. Trief PM, Ploutz-Snyder R, Britton KD, Weinstock RS. The relationship between marital quality and adherence to the diabetes care regiment Ann Behav Med 2004; 27: 148-54.
29. Epple C, Wright AL, Joish VN, Bauer M. The role of active family nutritional support in Navajos' type 2 diabetes metabolic control. Diabetes Care 2003; 26: 2829-34.
30. La Greca AM, Bearman KJ. The diabetes social support questionnaire family version: evaluating adolescent's diabetes- specific support from family members. Journal of Pediatric Psychology 2002; 27: 665-76.
31. Anderson Barbara , Rubin Richard L. Practical psychology for diabetes clinicans.2nd edition. Published by American Diabetes Association. 2002.
32. Glasgow RE, Toobert DJ. Social environment and regimen adherence among type 2 diabetic patient .Diabetes Dare 1988; 11: 377-86.
33. Ilias I, Hatzimichelakis E, Souvatzoglou A, Anagnostopoulou T, Tselebis A. Perception of family support is correlated with glycemic control in Greeks with diabetes mellitus. Psychol Rep 2001; 88: 929-30.
34. Garay-Sevilla ME, Nava LE, Malacara JM, Huerta R, Díaz de León J, Mena A, et al. Adherence to treatment and social support in patients with non-insulin dependent diabetes mellitus. J Diabetes Complications 1995; 9: 81-6.
35. Vijan S, Hayward RA, Langa KM. The impact of diabetes on workforce participation: result from a national household sample. Health Serv Res 2004; 39: 1653-69.
36. Wen LK, Shepherd MD, Parchman ML. Family support, diet, and exercise among older Mexican Americans with type 2 diabetes. Diabetes Educ 2004; 30: 980-93.
37. Whittemore R, D'Eramo Melkus G, Grey M. .Metabolic control, self- management and psychosocial adjustment in women with type 2 diabetes. J Clin Nurse 2005; 14: 195-203.
38. Dietrich UC. Factors influencing the attitudes helds by women with type 2 diabetes: a qualitative study patient education and counseling. Patient Educ Couns 1996; 29: 13-23.
39. Alazri MH, Neal RD, The association between satisfactions with services provided in primary care and outcomes in type 2 diabetes mellitus. Diabet Med 2003; 20: 486-90.
40. Heisler Michele, Piette John D, Spencer Michael, Kieffer Edie, Vijan Sandeep. The relationship between knowledge of rec15793179ent HbA1c values and diabetes care understanding and self-management. Diabetes Care 2005; 28: 816-22.

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-16]

Original Article

Facilitators of Adherence to Self-management in Type 2 Diabetic Patients: a Phenomenological Study

Doosti M, Abazari P, Babaee S, Shahgholian N
Isfahan University of Medical Sciences. School of nursing and Midwifery, Isfahan, I.R.Iran
e-mail:doosti@nm.mui.ac.ir

Abstract

Introduction: Diabetes is chronic disease affecting all aspects of daily life and hence is a priority health care strategy. Its treatment needs a bio-psychosocial approach. One of the major problems in its management is patient noncompliance to therapeutic regimens. This qualitative phenomenological study aimed at assessing to patient experiences of factors facilitating self-management. Materials and Methods: Patients were recruited from the "Glands and Metabolism Research Center" and "Alzahra hospital" in Isfahan in 2006. A purposive sample of 11 diabetic patients volunteered to participate in the study. Unstructured one-on-one interviews were conducted and interview data were transcribed and analyzed for themes using the Collizi method. Results: Themes, identified as facilitators to patient adherence to the therapeutic regimen are fear, satisfaction, support, objective alarm, feedback. Conclusion: The research highlights that factors such as patient satisfaction of treatment, insight into nature of disease, patient anxiety, family involvement as a major source of support, feedback on test results and the self-management process should be considered in designing heath care strategies to facilitate changes in behavior and enhance motivation.

Keywords: Lived experience, Phenomenology, Type-2-diabetes, Adherence, Facilitator

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-16]