مجله‌ی غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی شهید بهشتی
دوره‌ی بیست و دوم، شماره‌ی ۴، صفحه‌های ۲۹۴ ـ ۲۷۹ (مهر ـ آبان ۱۳۹۹)

مقاله‌ی مروری

اثربخشی منابع حمایتی در بیماران دیابتی نوع دو: مرور نظام‌مند مطالعات کار آزمایی بالینی در ایران

آرزو شاهسواری[۱]، دکتر فاطمه استبصاری[۲]، دکتر فروزان آتش‌زاده شوریده[۳]، دکتر مهناز ایلخانی[٤]

۱) کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده‌ی پرستاری ومامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران، ۲) گروه پرستاری سلامت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران، ۳) گروه مدیریت و روان‌پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، بیمارستان شهید لبافی نژاد، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران، ٤) گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران، **نشانی مکاتبه‌ی نویسنده‌ی مسئول:** گروه پرستاری سلامت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران، دکتر فاطمه استبصاری؛
email: fa_estebsari@yahoo.com

چکیده

مقدمه: دیابت نوع دو یک بیماری شایع متابولیک در جهان است. سیاست‌گذاران سلامت برای اطمینان از مدیریت این بیماری مزمن با چالش‌هایی مواجه‌اند. مطالعه‌ها نشان داده‌اند به دلیل ماهیت پیچیده دیابت، به کارگیری منابع حمایتی می‌تواند در بهبود مدیریت بیماری موثر باشد. بر این اساس مطالعه حاضر با هدف شناسایی منابع حمایتی در بیماران دیابتی نوع دو و تاثیر آن بر نتایج بیماری در ایران انجام شد. **مواد و روش‌ها:** مطالعه‌ی حاضر از نوع مرور سیستماتیک است. جستجوی مقالات در پایگاه‌های اطلاعاتی ایران **Elmnet** ، **MagIran**، **SID** و **Irandoc** با کلیدواژه‌های دیابت نوع دو، منابع حمایتی و کارآزمایی بالینی به زبان فارسی و انگلیسی، در محدوده زمانی "اول فروردین۱۳۸۰ تا ۲۰ بهمن ۱۳۹۸" انجام گردید. در نهایت ۱۶ مقاله بر اساس معیارهای ورود یافت شد. **یافته‌ها:** بر اساس یافته‌های مطالعه، حمایت اعضای خانواده و همتایان بیشترین منابع حمایتی بیماران دیابتی نوع دو در ایران بودند. هم‌چنین اثربخشی این حمایت‌ها در اکثر مطالعه‌های مورد بررسی بر پیامدهای مورد نظر پژوهش‌گران شامل هموگلوبین گلیکوزیله، کیفیت زندگی و رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت موثر گزارش شدند. **نتیجه‌گیری:** نتایج مطالعه حاضر نشان داد حمایت خانواده و همتایان موثرترین منابع حمایتی به کار گرفته شده در مدیریت بیماری در بیماران دیابتی نوع دو در ایران است. با این حال برای دستیابی به شواهد معتبر در جهت به کارگیری منابع حمایتی در جهت بهبود مدیریت دیابت نیاز به انجام مطالعه‌ها کارآزمایی بالینی با متدلوژی قوی‌تر می‌باشد.

واژگان کلیدی: منابع حمایتی، عدالت، دیابت نوع دو، مرور نظام‌مند، کارآزمایی بالینی، ایران
دریافت مقاله: ۹۹/۸/۲۵ـ دریافت اصلاحیه: ۹۹/۱۱/۸ ـ پذیرش مقاله: ۹۹/۱۱/۱۹

مقدمه

دیابت بیماری مزمنی است که به رفتارهای خودمراقبتی مادام‌العمر نیاز دارد.[۱] آمار نشان می‌دهد تعداد مبتلایان به دیابت در شرق مدیترانه[i] که ایران در آن قرار دارد، در سال ۲۰۱۹، ۵۵ میلیون نفر بوده و پیش‌بینی می‌شود این تعداد تا سال ۲۰۳۰ به ۷٦ میلیون و تا سال ۲۰٤۵ به ۱۰۸ میلیون نفر افزایش یابد.[۲] این در حالی است که ۵۳ درصد مرگ‌های مرتبط با دیابت دراین منطقه، در افراد کمتر از ٦۰ سال رخ می‌دهد.[۲] آخرین آمار رسمی سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱٦ نیز شیوع دیابت در ایران را ۱۰/۳ درصد تخمین زده است.[۳]

کنترل موفق قند خون در بیماران دیابتی برای جلوگیری از عوارض و سازگاری با بیماری بسیار مهم است. با این‌حال، به دلیل ماهیت پیچیده‌ی بیماری، دستیابی به این هدف با چالش‌هایی همراه است.[٤] از جمله‌ی عوارض دیابت؛

i -Eastern Mediterranean Region

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

[DOR: 20.1001.1.16834844.1399.22.4.2.5]

افزایش هموگلوبین گلیکوزیله[i] کنترل نشده است که خطر بروز عوارض مزمن بیماری را افزایش می‌دهد.[۵] هم‌چنین، مطالعه‌ای در ایران نسبت ابتلا به عوارض دیابت، از جمله رتینوپاتی، نفروپاتی، نوروپاتی محیطی، پای دیابتی و اختلالات ایسکمیک قلبی‌در بیماران دیابتی را به ترتیب ۲۱/۹، ۱۷/۶، ۲۸/۰ ، ۶/۲، ۲۳/۹ درصد نشان داده است.[۶]

برخی مطالعه‌ها حمایت از خودمراقبتی و آموزش دیابت را اساسی برای ایجاد و حفظ مهارت در انجام رفتارهای خودمراقبتی؛ شامل رژیم غذایی، مصرف دارو، فعالیت بدنی، نظارت بر قندخون[ii] و مدیریت عوارض حاد می‌دانند.[۸-۶] مطالعه‌ها نشان داده‌اند شناسایی و استفاده موثر از منابع حمایتی جامعه (مانند اعضای خانواده، مراقبین سلامت و همتایان) در بیماران دیابتی، می‌تواند منجر به بهبود نتایج بیماری،[۹] بهبود وضعیت روان‌شناختی؛ مانند کاهش اضطراب و افسردگی ناشی از بیماری،[۱۰]غلبه بر ناسازگاری‌های بهداشتی[۱۱]و کاهش هزینه بهداشتی درمانی گردد.[۱۲] نتایج یک پژوهش نشان داد توانایی بیمار دیابتی در خودمراقبتی، عمیقاً تحت تأثیر آمیختن ساختارهای حمایت اجتماعی با رابطه پزشک- بیمار و تعامل با سیستم مراقبت های بهداشتی است.[۱۳]

جلب حمایت از طریق ارتباط اجتماعی با افراد، گروه‌ها و سایر جوامع برای فرد در دسترس است.[۱۴] این حمایت از سه جنبه جامعه‌شناختی، روان‌شناختی و ارتباطی مورد بررسی قرار گرفته است. جنبه‌ی جامعه‌شناختی حمایت بر میزان روابط بین‌فردی متمرکز است، در حالی‌که جنبه‌های روان‌شناختی بر درک حمایت موجود برای فرد تاکید می‌کند. حمایت از جنبه ارتباطات نیز به تعامل بین ارائه‌دهنده و گیرنده حمایت اشاره دارد.[۱۵]

نتایج جستجو در ایران نشان داد تنها یک مطالعه مروری مرتبط با منابع حمایتی، توسط شریفی‌راد و همکاران با هدف تعیین ارتباط حمایت اجتماعی به ویژه حمایت خانواده بر رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتی انجام شده است. در این Narrative Review، پایگاه‌های اطلاعاتی و موتورهای جستجوی Elsevier و SCOPUS، ProQuest، PubMed و فارسی IRANMEDEX،MEDLIB در بازه زمانی ۱۹۹۰ تا پایان سال ۲۰۱۱ جستجو شده و مطالعه‌های مقطعی، کوهورت، کارآزمایی بالینی و مرور سیستماتیک مورد بررسی قرار گرفته است.[۱۶] مطالعه‌ی حاضر از این نظر که یک مطالعه مرور سیستماتیک از کارآزمایی‌های بالینی مرتبط با منابع حمایتی در ایران است، حائز اهمیت و منحصر به فرد می‌باشد. هم‌چنین در مطالعه‌ی حاضر، با توجه به هدف مطالعه فقط پایگاه‌ها و بانک‌های اطلاعاتی ایرانی جستجو گردید.

با توجه به نقش منابع حمایتی بر نتایج بیماری در مبتلایان به دیابت نوع دو، انتظار می‌رود مطالعه حاضر منجر به شناسایی مداخلات حمایتی و نحوه به کارگیری آن در این بیماران گردد. بر اساس آنچه گفته شد، مطالعه‌ی حاضر با هدف شناسایی منابع حمایتی و بررسی اثر بخشی آن بر نتایج بیماری در مبتلایان به دیابتی نوع دو در ایران انجام شد.

مواد و روش‌ها

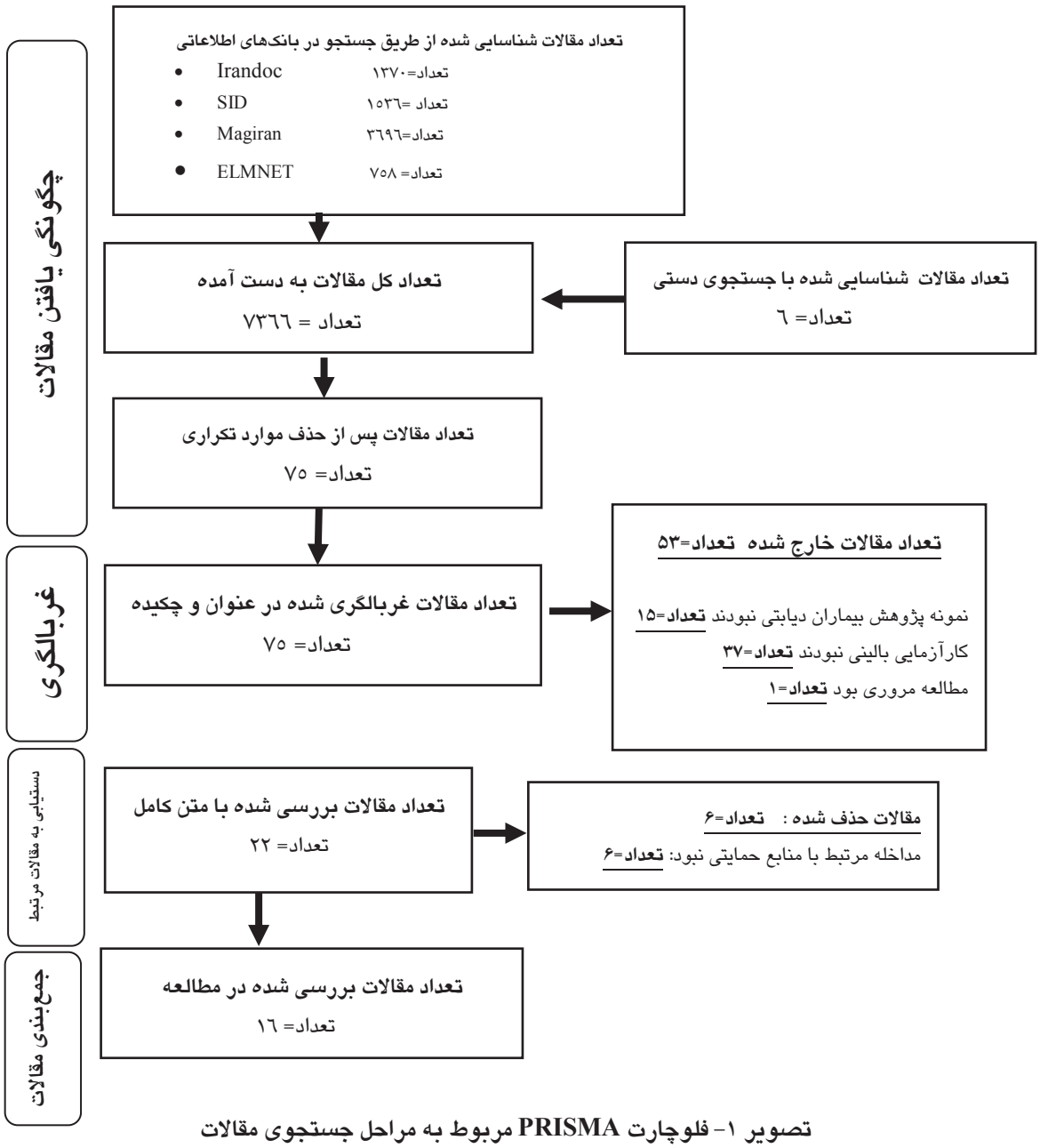
در مطالعه‌ی مرور سیستماتیک حاضر، جهت دستیابی به کلیدواژه‌های مورد نظر و در راستای اهداف پژوهش از واژه‌های کلیدی مطالعه‌ها با موضوع خودمراقبتی، تبعیت از درمان، منابع حمایتی و کلید واژه‌های مرتبط با دیابت نوع دو استفاده شد. این کلید واژه‌ها شامل "دیابت"، "حمایت" و "کارآزمایی بالینی" به زبان فارسی و Diabetes type 2، Support، intervention ، quasi-experiment، experiments ، clinical trial به زبان انگلیسی بودند. این کلید واژه‌ها به صورت جداگانه و همراه هم با استفاده از OR , AND، در پایگاه‌های اطلاعاتی MagIran, SID و Irandoc, Elmnet ، در بازه زمانی، اول فروردین ۱۳۸۰ تا ۲۰ بهمن ۱۳۹۸ به کار گرفته شدند. علاوه بر آن، جستجو در منابع مطالعه‌های منتخب به منظور یافتن مقالات بیشتر انجام شد. بدین ترتیب مقاله‌های مرتبط با منابع حمایتی در مبتلایان به دیابت نوع دو، انتخاب شده و مورد مطالعه قرار گرفتند. در مرحله اول، جستجو در سه بخش عنوان، چکیده و کلید واژه‌های مقاله‌های انجام شد. در مرحله دوم عنوان و چکیده مقالات با دقت بیشتری مطالعه گردیده و مقاله‌های تکراری و غیرمرتبط کنار گذاشته شدند (غربالگری مرحله اول). در مرحله سوم غربالگری مقاله‌های با مطالعه متن کامل آن‌ها و در نظر گرفتن معیارهای ورود انجام شد (غربالگری مرحله دوم). گزارش جستجوی مقالات در تصویر (۱) نشان داده شده است.

i - Glycosylated Hemoglobin (HbA_1C)

ii-Self-Monitoring of Blood Glucose (SMBG)

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

[DOR: 20.1001.1.16834844.1399.22.4.2.5]



تصویر ۱- فلوچارت PRISMA مربوط به مراحل جستجوی مقالات

معیارهای ورود مطالعه

معیارهای ورود برای انتخاب مقاله شامل این موارد بودند: مطالعه یکی از انواع کارآزمایی بالینی بوده و بر روی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو که بیشتر از ۱۸ سال داشته‌اند انجام شده باشد، مداخله مبتنی بر منابع حمایتی بوده، شامل متن کامل باشند و به زبان‌های فارسی یا انگلیسی چاپ شده باشند.

در مواردی که با مطالعه عنوان و چکیده امکان تصمیم‌گیری و انتخاب مطالعه نبود، متن کامل مقاله مطالعه گردید. هم‌چنین دو فرد مستقل انتخاب مطالعه‌ها را انجام دادند و در مواردی که توافق نظر بین این دو ارزیاب وجود نداشت از توافق بین ارزیابان استفاده گردید. در این مرحله در دو مطالعه از توافق بین ارزیابان استفاده شد.

استخراج اطلاعات

اطلاعات استخراج شده از مقاله‌ها شامل نام نویسنده اول، سال انتشار مقاله، عنوان، نوع کارآزمایی بالینی، هدف مطالعه، معیارهای ورود شرکت‌کنندگان، محیط اجرای مطالعه و نام کشور، تعداد نمونه مطالعه، نوع مداخله، توصیف مداخله در هر گروه، مدت مداخله، پیامد مورد انتظار، ابزار مورد استفاده و تاثیر مداخله بودند. ویژگی‌های مطالعه‌ها مورد بررسی در جدول (۱) آمده است.

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.16834844.1399.22.4.2.5]

جدول ۱- ویژگی‌های مطالعه‌های مورد بررسی

ردیف	نویسنده (سال)/ کشور	عنوان	هدف	ویژگی نمونه‌ها	محیط پژوهش	نمره ارزیابی کیفیت با ابزار CONSORT
۱	پدرام رازی (۱۳۹۳) /ایران	تاثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر دانش و کنترل متابولیکی بیماران دیابتی نوع دو	اثربخشی به کارگیری توانمندسازی خانواده محور بر دانش و کنترل متابولیک بیماران دیابتی نوع دو	سن بیش از ۱۸ سال/ حضور یکی از اعضای خانواده در پژوهش/عدم اختلال روان‌شناختی	مرکز دیابت شاهرود	۴۳/۲۴
۲	رشیدی (۱۳۹۴)/ ایران	بررسی تاثیر حمایت همتا بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو	تاثیر حمایت همتا بر خودکارآمدی بیماران دیابتی نوع دو	بیماران دیابتی نوع دو ۳۰-۷۰ سال/ مدت ابتلا یک سال و بیشتر/ سواد خواندن و نوشتن/ عدم ابتلا به بیماری‌های جسمی و روانی ناتوان‌کننده/ داشتن وقت کافی جهت شرکت در جلسات گروهی	مرکز دیابت درمانگاه شهید چوبکار بروجرد	۵۹/۴۶
۳	ایمانی (۱۳۹۴) /ایران	گروه درمانی حمایتی و دیابت نوع دو : اثربخشی گروه درمانی حمایتی بر کنترل قند خون	اثربخشی گروه درمانی حمایتی بر کنترل گلیسمیک مبتلایان به دیابت	سن بیش از ۱۸ سال/ عدم مشکل روان‌پزشکی شدید/ حداقل تحصیلات دیپلم/ عضویت در انجمن حمایت از دیابت در یک ماه اخیر/عدم قطع عضو	انجمن بیماران دیابتی شهریار	۳۵/۱۴
۴	امینی مریدانی (۱۳۹۴) /ایران	تاثیر مداخله آموزشی خانواده محور بر حمایت اجتماعی درک شده در سالمندان دیابتی نوع دو : کاربرد تئوری شناختی اجتماعی	اثربخشی مداخله آموزشی خانواده محور بر میزان حمایت اجتماعی درک شده در سالمندان دیابتی نوع دو	سن بیش از ۶۰ سال/ زندگی حداقل با یکی از بستگان/ عدم اختلال روان‌شناختی	مراکز بهداشت سیاهکل	۶۲/۱۶
۵	خواصی (۱۳۹۵) /ایران	بررسی تاثیر آموزش همتا بر خودکارامدی دیابتی بیماران دیابتی نوع دو	اثربخشی آموزش توسط همتا بر خودکارامدی بیماران دیابتی نوع دو	حداقل ۶ ماه از تشخیص دیابت آن‌ها گذشته باشد /سن ۲۱ تا ۷۰ سال/ عدم وجود اختلال‌شناختی، معلولیت /عدم شرکت در دوره آموزش دیابت در ۶ ماه گذشته/ دسترسی به تلفن	بخش غدد بیمارستان فیروزگر وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران	۷۵/۶۸
۶	رزم آرای ایرانق (۱۳۹۵) /ایران	بررسی تاثیر آموزش خانواده محور بر خود مراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو	اثربخشی آموزش خانواده محور بر خود مراقبتی در بیماران دیابتی نوع دو	سن ۳۰ تا ۵۵ سال	انجمن دیابت ارومیه	۴۵/۹۵
۷	فرمهینی (۱۳۹۵) /ایران	تاثیر حمایت با نرم‌افزار چند رسانه‌ای بر دانش و خود مراقبتی	تأثیر برنامه آموزشی با نرم‌افزار چندرسانه‌ای بر دانش و رفتارهای خودمراقبتی مبتلایان به دیابت نوع دو	سن ۲۰ تا ۶۰ سال/شخص یا عضوی از خانواده به کامپیوتر دسترسی داشته باشد/قادر به خودمراقبتی باشد	کلینیک دیابت اراک	۴۰/۵۴
۸	محسنی خواه (۱۳۹۶) / ایران	تاثیر آموزش همتا بر کیفیت زندگی میانسالان مبتلا به دیابت نوع دو	اثربخشی آموزش همتا بر کیفیت زندگی میانسالان مبتلا به دیابت نوع دو	حداقل ۶ ماه از تشخیص دیابت نوع دو گذشته باشد/سن ۳۰ تا ۵۹ سال/ سواد خواندن و نوشتن/ عدم مشکل شناختی و روانی/ دسترسی به تلفن	کلینیک دیابت وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گناباد	۵۴/۰۵

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

[DOR: 20.1001.1.16834844.1399.22.4.2.5]

ادامه جدول ۱-

ردیف	نویسنده (سال)/ کشور	عنوان	هدف	ویژگی نمونه‌ها	محیط پژوهش	نمره ارزیابی کیفیت با ابزار CONSORT
۹	خواصی (۱۳۹۶) / ایران	تاثیر آموزش همتا بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو	اثربخشی آموزش توسط همتا بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو	حداقل ٦ ماه از تشخیص دیابت نوع دو گذشته باشد/ سن ۲۱ تا ۷۰ سال عدم اختلال‌شناختی و معلولیت جسمی/ عدم شرکت در دوره آموزش دیابت در ٦ ماه گذشته/دسترسی به تلفن	بخش غدد بیمارستان فیروزگر وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران	۵۷/٦۸
۱۰	آتش زاده شوریده (۱۳۹٦) /ایران	تاثیر الگوی توانمند سازی خانواده محور بر سبک زندگی، خودکارآمدی و HbA_1C مبتلایان به دیابت	اثربخشی الگوی توانمندسازی خانواده محور بر سبک زندگی، خودکارآمدی و HbA_1C بیماران دیابتی نوع دو	HbA1C بیش از ٦/٤ در ٦ ماه گذشته/ سن ٤۰-٦۰ سال/ توانایی برقراری ارتباط/ حداقل سواد خواندن و نوشتن/ عدم اختلال روان‌شناختی /عدم اختلال شنوایی	مرکز خدمات جامع سلامت/ لواسان تهران	٥٦/۷٦
۱۱	علیپور (۱۳۹٦) / ایران	بررسی تاثیر مراقبت خانواده محور بر آزمایش‌های پاراکلینیکی در بیماران دیابتی نوع دو	اثر بخشی مراقبت خانواده محور بر آزمایشات پاراکلینیکی در بیماران دیابتی نوع دو	سن ۳۰ تا ٦٥ سال/ حداقل یک سال از تشخیص دیابت نوع دو بگذرد/ عدم اختلال روان‌شناختی/ زندگی با خانواده/ توانایی انجام خود مراقبتی	کلینیک دیابت بیمارستان شهید مدنی شهر خوی	٦۲/۱٦
۱۲	رضایی اصل (۱۳۹٦) / ایران	تاثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر تبعیت از درمان در بیماران دیابتی نوع دو با اختلال قلبی	اثربخشی توانمندسازی خانواده محور بر تبعیت از درمان در بیماران دیابتی نوع دو با اختلالات قلبی	HbA_1C بیش از ۷٪ / تشخیص اختلال قلبی و دیابت نوع دو حداقل از ٦ ماه قبل/ عدم اختلال شنوایی و تکلم/ دسترسی به تلفن/ سن ٤۰ تا ٦٥ سال/ سواد خواندن و نوشتن/ همراهی عضو خانواده	مراکز دیابت بیمارستان‌های منتخب آجا/ تهران	۸۱/۰۸
۱۳	قاسمی (۱۳۹٦) /ایران	بررسی تاثیر آموزش توسط گروه همتا بر خودمراقبتی سالمندان مبتلا به دیابت	تاثیر آموزش با گروه همتا در خود مراقبتی سالمندان مبتلا به دیابت	سن بیش از ٦٥ سال/ داشتن سواد خواندن و نوشتن/ تحت درمان با انسولین یا قرص کاهنده قند خون/ نداشتن عوارض دیابت	مراکز سلامت منتخب شهر اصفهان	۷۲/۹۷
۱٤	احمدی (۱۳۹٦) /ایران	مقایسه تاثیر آموزش خود مراقبتی توسط مراقب سلامتی و همتا بر HbA_1C بیماران دیابتی	تاثیر آموزش خود مراقبتی توسط مراقب سلامتی و همتا بر HbA1C	حداقل ٦ ماه از تشخیص دیابت گذشته باشد/ سن ٤۰ تا ٦٥ سال	کلینیک دیابت بندرعباس	٦۷/٥۷
۱٥	قاسمی (۱۳۹۷) / ایران	اثر اموزش گروهی همتا بر کیفت زندگی سالمندان با دیابت	تاثیر حمایت گروهی همتا بر کیفیت زندگی بیماران سالمند دیابتی	سن بیش از ٦٥ سال/ سواد خواندن و نوشتن/تحت درمان با انسولین یا قرص کاهنده قند خون/ نداشتن عوارض دیابت	مراکز سلامت منتخب شهر اصفهان	۷۲/۹۷
۱٦	کلاهدوز (۱۳۹۸) /ایران	ارزیابی تاثیر آموزش تغذیه بیماران دیابتی و اعضای خانواده آن‌ها بر آگاهی، نگرش و عملکرد بیماران دیابتی در نیشابور	تاثیر آموزش تغذیه بر بیمار و عضو خانواده بر دانش،نگرش و عملکرد آن‌ها	سن بیش از ۱۸ سال/ تحصیلات بیش از سوم راهنمایی/ عدم تزریق انسولین	مرکز بهداشت شماره ۷ نیشابور	۳٥/۱٤

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

[DOR: 20.1001.1.16834844.1399.22.4.2.5]

جدول ۲ – مشخصات مداخلات حمایتی در مطالعه‌های مرور شده

ردیف	نویسنده (سال)	روش مطالعه	تعداد نمونه	مدت مطالعه	مشخصات مداخله	برنامه مداخله	پیامد	ابزار	نتایج
۱	پدرام رازی (۱۳۹۳)	RCT	۱۰۳ نفر	۳ ماه	**نوع مداخله:** حمایت خانواده محور **گروه مداخله:** آموزش خانواده محور با حضور بیمار و عضو خانواده توسط تیم درمان، با تمرکز بر ابعاد خود مراقبتی دیابت و بر اساس الگوی (درک تهدید، مشکل گشایی، مشارکت آموزشی و ارزشیابی) انجام شد. کتابچه آموزشی نیز در اختیار آن‌ها قرار گرفت. (در این مطالعه به تعداد جلسات برگزار شده اشاره‌ای نشده است). **گروه کنترل:** مراقبت معمول مرکز دیابت (به جزئیات اشاره نشده است).	مدل توانمندسازی خانواده	/HbA_1C دانش و آگاهی دیابت	پرسش‌نامه محقق ساخته	موثر
۲	رشیدی (۱۳۹٤)	RCT	۸۰ نفر	۳ ماه	**نوع مداخله:** حمایت همتا **آموزش همتایان:** محتوای جلسات شامل مفهوم همتا و مسولیت آن‌ها وخود مراقبتی دیابت در ۳ جلسه دو ساعته و انجام تمرینات عملی بودند. کتابچه و فیلم آموزشی جلسات و DVD آموزشی پژوهشکده غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران و انجمن دیابت گابریک نیز به همتایان داده شد. **گروه مداخله:** ۱۰ جلسه آموزش گروهی ۲ ساعته به صورت بحث گروهی و پرسش و پاسخ با تمرکز بر ابعاد خود مراقبتی دیابت برگزار شد. **گروه کنترل:** دریافت ویزیت دوره‌ای پزشک عمومی و شرکت در کلاس‌های آموزشی در درمانگاه	حمایت همتا	خودکارآمدی/ خود مراقبتی	پرسش‌نامه خودکارآمدی در دیابت [i]/ پرسش‌نامه محقق ساخته	موثر
۳	ایمانی (۱۳۹٤)	پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل	٦۰ نفر	۲ ماه	**نوع مداخله:** حمایت گروهی **گروه مداخله ۱:** شرکت‌کنندگان با تشخیص دیابت کمتر ازیک سال و اختلال در کنترل قند خون **گروه مداخله ۲:** شرکت‌کنندگان با تشخیص دیابت بیش از ٥ سال و اختلال در کنترل قند خون **گروه مداخله ۳:** شرکت‌کنندگان با تشخیص دیابت بیش از ٥ سال و بدون اختلال در کنترل قند خون در همه گروه‌ها جلسات گروه درمانی حمایتی با محتوای ابعاد خود مراقبتی دیابت برگزار شد. افراد گروه ضمن بیان تجربیات خود بر اساس موضوع، به بحث پرداخته و راه حل ارائه نمودند. **گروه کنترل:** گروه کنترل ندارد	گرو درمانی حمایتی	HbA_1C	–	موثربرHbA_1C در هر سه گروه

i -Diabetes Management Self-Efficacy Scale (DMSES)

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

[DOR: 20.1001.1.16834844.1399.22.4.2.5]

ادامه جدول ۲-

ردیف	نویسنده (سال)	روش مطالعه	تعداد نمونه	مدت مطالعه	مشخصات مداخله	برنامه مداخله	پیامد	ابزار	نتایج
٤	امینی مریدانی (۱۳۹٤)	نیمه تجربی شاهد دار	۱٦۰ نفر	٦ ماه	**نوع مداخله:** حمایت خانواده محور **گروه مداخله:** برنامه آموزشی خانواده بیماران بر اساس تئوری شناختی اجتماعی شامل ۸ جلسه آموزش هفتگی (هر جلسه ٤٥-٦۰ دقیقه) با تمرکز بر ابعاد خود مراقبتی دیابت برگزار شد. پمفلت و جزوات آموزشی نیز در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. پی‌گیری تلفنی یا بررسی چهره به چهره توسط بهورزان تا ٦ ماه ادامه یافت. **گروه کنترل:** در انتظار مداخله	مدل توانمندسازی خانواده محور	HbA_1C/ حمایت اجتماعی درک شده	پرسش‌نامه محقق ساخته حمایت اجتماعی درک شده [i] با سازه‌های تئوری شناختی اجتماعی[ii]	موثر
٥	خواصی (۱۳۹٥)	RCT	۷۰ نفر	۲ ماه	**نوع مداخله:** حمایت همتا **آموزش همتایان:** محتوای آموزشی شامل مفاهیم و مزایایی آموزش همتا، مهارت‌های ارتباطی، توانایی گوش دادن فعال، توانایی دریافت و ارسال پیام‌های واضح ارتباطی و ابعاد خود مراقبتی در دیابت بودند. دریافت کتابچه آموزشی **گروه مداخله:** دریافت دو جلسه آموزش گروهی (هر جلسه ۲ ساعت در دو روز)، توسط همتا با محتوای خود مراقبتی در دیابت، پرسش و پاسخ و بیان تجربیات همتایان **گروه کنترل:** مراقبت معمول شامل آموزش توسط پزشک، پرستار یا استفاده از پوسترهای داخل بخش	آموزش توسط همتا	خودکارآمدی	DMSES	موثر
٦	رزم آرای ایرانق (۱۳۹٥)	تجربی قبل و بعد	٦۰ نفر	۳ ماه	**نوع مداخله:** حمایت خانواده محور بر اساس نیاز سنجی از بیماران و خانواده آن‌ها **گروه مداخله:** آموزش بیمار و عضو خانواده در زمینه ابعاد خود مراقبتی دیابت، در ۸ جلسه ۳۰-٤٥ دقیقه ای و ارائه بسته آموزشی. **گروه کنترل:** در انتظار مداخله	آموزش خانواده محور	خودمراقبتی	پرسش‌نامه خود مراقبتی توبرت	بر ابعاد خود مراقبتی به جز دارو موثر بود
۷	فرمهینی (۱۳۹٥)	RCT	٦۰ نفر	۲ ماه	**نوع مداخله:** برنامه چند رسانه‌ای **گروه مداخله:** دریافت برنامه خودمراقبتی با حمایت از طریق نرم‌افزار آموزش چندرسانه‌ای و۲ جلسه آموزش گروهی با فواصل دو هفته‌ای (یک جلسه ۱۸۰ دقیقه‌ای و یک جلسه۹۰ دقیقه‌ای) **گروه کنترل:** محتوای آموزش خود مراقبتی در دیابت را به صورت سخنرانی و ارائه پاورپوینت دریافت کردند.	حمایت با نرم‌افزار چند رسانه ای	خود مراقبتی/ دانش دیابت	پرسش‌نامه رفتارهای خود مراقبتی دیابت [iii]/ پرسش‌نامه محقق ساخته	موثر

i- Standard Percieved Social Support Instrument
ii -Social Cognitive Theory Constructs(SCT)
iii -Summary of Diabetes Self-care Activities Questionnaire(SDSCA)

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.16834844.1399.22.4.2.5]

ادامه جدول ۲-

ردیف	نویسنده (سال)	روش مطالعه	تعداد نمونه	مدت مطالعه	مشخصات مداخله	برنامه مداخله	پیامد	ابزار	نتایج
۸	محسنی خواه (۱۳۹۶)	پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل	۸۰ نفر،	۱ ماه	**نوع مداخله:** حمایت همتا **آموزش همتایان** :دریافت ٤ جلسه آموزش گروهی با محتوای مفاهیم و مزایای حمایت همتا، مهارت‌های ارتباطی و خود مراقبتی دیابت به صورت سخنرانی و پرسش و پاسخ . **گروه مداخله** : دریافت ۳ جلسه آموزشی(هر جلسه ۲ ساعت) با محتوای خود مراقبتی دیابت به صورت پرسش و پاسخ و بحث گروهی. **گروه کنترل**: مراقبت معمول شامل آموزش توسط پزشک، پرستار یا استفاده از پوسترهای داخل بخش	آموزش توسط همتا	کیفیت زندگی	پرسش‌نامه کیفیت زندگی در بیماران دیابتی[i]	موثر
۹	خواصی (۱۳۹۶)	RCT	۷۰ نفر	۲ ماه	**نوع مداخله:** حمایت همتا **آموزش همتایان:** محتوای آموزشی شامل مفاهیم و مزایایی آموزش همتا، مهارت‌های ارتباطی، توانایی گوش دادن فعال، توانایی دریافت و ارسال پیام‌های واضح ارتباطی و ابعاد خود مراقبتی در دیابت بودند. دریافت کتابچه آموزشی **گروه مداخله:** دریافت دو جلسه آموزش گروهی (هر جلسه ۲ ساعت در دو روز)، توسط همتا با محتوای خود مراقبتی در دیابت، پرسش و پاسخ و بیان تجربیات همتایان **گروه کنترل:** مراقبت معمول شامل آموزش توسط پزشک، پرستار یا استفاده از پوسترهای داخل بخش	آموزش توسط همتا	کیفیت زندگی	DQOL	موثر
۱۰	آتش‌زاده شوریده (۱۳۹۶)	RCT	۷۰ نفر	۳ ماه	**نوع مداخله:** حمایت خانواده محور **گروه مداخله** : اجرای الگوی خانواده محور در ٤ گام شامل تهدید درک شده (افزایش دانش در خصوص بیماری و داروها، عوارض و خطرات ناشی از عدم تبعیت از درمان)، مشکل‌گشایی (تشخیص مشکل، تبیین اهداف، دسته‌بندی و اولویت‌بندی اهداف، ارائه راه‌حل‌ها و انتخاب بهترین راه حل و بحث و بررسی در مورد چگونگی اجرای بهترین راه حل) ، مشارکت آموزشی (آموزش به عضو فعال خانواده در حضور پژوهش‌گر) و ارزشیابی انجام شد. **گروه کنترل:** در مطالعه ذکر شده است فقط مرحله مشارکت آموزشی برای شرکت‌کنندگان گروه کنترل انجام نشده است. اما سایر مراحل مشابه گروه مداخله برای گروه کنترل انجام شده است.	مدل توانمندسازی خانواده محور	HbA_1C/ سبک زندگی/ خودکارامدی	پرسش‌نامه اصلاح شده سبک زندگی[ii]/ زندگی[ii]/ پرسش‌نامه خودکارآمدی شرر	موثر

i -Diabetic Patient Quality Of Life questionnaire(DQOL)
ii- Modified Life Style Questionnaire(LSQ)

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

[DOR: 20.1001.1.16834844.1399.22.4.2.5]

ادامه جدول ۲-

ردیف	نویسنده (سال)	روش مطالعه	تعداد نمونه	مدت مطالعه	مشخصات مداخله	برنامه مداخله	پیامد	ابزار	نتایج
۱۱	علیپور (۱۳۹۶)	نیمه تجربی	۸۰ نفر	۳ ماه	**نوع مداخله:** حمایت خانواده محور بر اساس نیازسنجی از بیماران **گروه مداخله:** دریافت ۳ جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه‌ای برای بیمار و عضو خانواده با محتوای تغذیه، فعالیت‌های زندگی، رژیم دارویی و پایش قندخون. برگزاری ٤ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش برای عضو خانواده در قالب گروه‌های کوچک و بحث گروهی پیرامون محورهای خود مراقبتی در دیابت . دوماه حمایت تلفنی عضو خانواده. **گروه کنترل:** اقدامی برای گروه کنترل انجام نشد.	مراقبت خانواده محور	HbA_1C/ FBS		موثر
۱۲	رضایی اصل (۱۳۹٦)	RCT	٥٦ نفر	۲ ماه	**نوع مداخله:** حمایت خانواده محور **گروه مداخله :** آموزش بر اساس الگوی خانواده محور در ٤ مرحله شامل درک تهدید (شدت و حساسیت)، مشکل گشایی، مشارکت آموزشی و ارزشیابی طی ۸ جلسه هفتگی (هر جلسه ٦۰-۹۰ دقیقه)، به صورت آموزش گروهی، در قالب گروه‌های ٤-۷ نفره برگزار شد. **گروه کنترل:** دریافت مراقبت‌های معمول دیابت (جزئیات آن ذکر نشده است).	مدل توانمندسازی خانواد محور	HbA_1C/ BMI/ /LDL توانمندی/ عزت نفس/ تبعیت از درمان	پرسش‌نامه محقق ساخته سنجش توانمندی / مقیاس عزت نفس روزنبرگ[i]/ پرسش‌نامه تبعیت از درمان در بیماران مزمن	به جز مقدار LDL ، بقیه موثر
۱۳	قاسمی (۱۳۹٦)	RCT	٤٤ نفر	٤ ماه	**نوع مداخله:** حمایت همتا **آموزش به همتایان:** آموزش به همتایان طبق کتابچه آموزشی دیابت (مشابه کتابچه‌ای که همتایان به گروه مداخله آموزش دادند) **گروه مداخله :** دریافت ۸ جلسه ۳۰-٤٥ دقیقه‌ای آموزش توسط همتایان، طبق کتابچه آموزش دیابت مورد تایید اساتید دانشکده پرستاری اصفهان. محتوای کتابچه شامل شناخت دیابت، تاثیر دیابت در زندگی سالمند، رژیم غذایی سالمندان، ورزش و تزریق انسولین بود. **گروه کنترل:** آموزش مشابه گروه مداخله توسط پژوهش‌گر	آموزش گروهی توسط همتا	خود مراقبتی	پرسش‌نامه خود مراقبتی دیابت گلاسکو	موثر

i -Rosenberg Self-Esteem Scale

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

[DOR: 20.1001.1.16834844.1399.22.4.2.5]

ادامه جدول ۲ـ

ردیف	نویسنده (سال)	روش مطالعه	تعداد نمونه	مدت مطالعه	مشخصات مداخله	برنامه مداخله	پیامد	ابزار	نتایج
۱۴	احمدی	RCT	۱۲۰	۳ ماه	**نوع مداخله:** حمایت همتا **آموزش به همتایان:** محتوای آموزشی ذکر نشده است **گروه مداخله ۱:** دریافت ۱۲ هفته آموزش (۶ هفته اول هر هفته یک جلسه و ۶ هفته دوم ، هر دو هفته یک جلسه) آموزش توسط همتا، با محتوای تعریف دیابت، کنترل رژیم غذایی، فعالیت بدنی **گروه مداخله ۲:** دریافت ۱۲ هفته آموزش (۶ هفته اول هر هفته یک جلسه و ۶ هفته دوم ، هر دو هفته یک جلسه) توسط پرستار، با محتوای تعریف دیابت، کنترل رژیم غذایی، فعالیت بدنی **گروه کنترل:** مراقبت معمول (جزئیات ذکر نشده است)	آموزش رفتارهای خود مراقبتی توسط همتا در مقایسه با مراقبت‌کننده	HbA_1C	–	در گروه مراقب سلامت کاهش بیشتر در HbA_1c
۱۵	قاسمی (۱۳۹۷)	RCT	۴۴ نفر	۴ ماه	**نوع مداخله:** حمایت همتا **آموزش به همتایان:** آموزش به همتایان طبق کتابچه آموزشی مشابه آنچه همتایان به گروه مداخله آموزش دادند. **گروه مداخله :** ۸ جلسه ۳۰-۴۵ دقیقه ای آموزش توسط همتایان طبق کتابچه آموزش دیابت مورد تایید اساتید دانشکده پرستاری اصفهان، دریافت کردند. موضوعات شامل شناخت و تعریف دیابت، تاثیر دیابت در زندگی سالمند، رژیم غذایی، ورزش و تزریق انسولین بودند. **گروه کنترل:** آموزش مشابه گروه مداخله توسط پژوهشگر	آموزش گروهی توسط همتا	QOL	DQOL	موثر
۱۶	کلاهدوز (۱۳۹۸)	تجربی	۶۰ نفر	۲ ماه	**نوع مداخله:** حمایت خانواده محور **گروه مداخله:** ۳ جلسه آموزش گروهی هر دو هفته یکبار با حضور بیماران و یک عضو خانواده آن‌ها برگزار شد. سه بسته آموزشی، بر اساس منابع معتبر وزارت بهداشت، در پایان هر جلسه، در اختیار آن‌ها قرار گرفت. **گروه کنترل:** دریافت آموزش معمول درمانگاه (به جزئیات اشاره نشده است)	آموزش تعذیه به بیماران دیابتی و خانواده	آگاهی و نگرش درباره دیابت//BMI FBS	پرسش‌نامه کپ[i]	موثر

i -Knowledge , Attitude and Practice Questionnaire (KAP)

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

[DOR: 20.1001.1.16834844.1399.22.4.2.5]

استخراج اطلاعات همزمان توسط دو پژوهش‌گر به صورت مستقل انجام شد. بعد از جمع‌آوری اطلاعات مقالات، اطلاعات توصیفی آن‌ها وارد جداول پژوهش‌گر ساخته شد.

ارزیابی کیفیت مقاله‌ها

به منظور ارزیابی کیفیت، نقد مقاله‌ها با استفاده از فهرست وارسی CONSORT[i] نسخه ۲۰۱۰ انجام شد. این ابزار برای بررسی کیفیت مطالعه‌های کارآزمایی بالینی به کار می‌رود و شامل ۳۷ مورد در قالب ۲۵ سوال است که در ۷ بخش طراحی شده است. این بخش‌ها به ترتیب شامل: ۱) عنوان و چکیده (دو مورد)، ۲) مقدمه (دو مورد)، ۳) روش اجرا (نه مورد)، ٤) تصادفی کردن (هشت مورد)، ٥) نتایج (ده مورد)، ٦) بحث (سه مورد) و ۷) سایر اطلاعات (سه مورد) می‌باشد. نحوه گزارش نمره این فهرست وارسی به صورت جمع نمره نهایی هر ۲۵ سوال (شامل ۳۷ مورد) آن می‌باشد. در این مطالعه با توجه به مطالعه‌های مشابه برای موارد گزارش شده (نمره ۱) و برای موارد گزارش نشده (نمره صفر) در نظر گرفته شد[۱۷] و نمره کل فهرست وارسی بین صفر تا ۳۷ محاسبه گردید.

ارزیابی کیفیت مقاله‌ها توسط دو پژوهش‌گر مستقل انجام شد و در صورت عدم تشابه نظرات، از توافق بین دو ارزیاب استفاده شد. هیچ مقاله‌ای در ارزیابی کیفیت از مطالعه خارج نشد.

یافته‌ها

نتایج مربوط به نقد مطالعه‌ها نشان داد، نمرات کسب شده مطالعه‌های با ابزار نقد CONSORT بین ۱۳ (۳۵/۱٤ درصد) تا ۳۰ (۸۱/۰۸ درصد) متغیر بوده و میانگین نمرات ۵/٦۱۵±۲۱/۷۵۰ به دست آمد. نتایج مربوط به ارزیابی کیفیت مطالعه‌ها در جدول (۱) آمده است.

توصیف مطالعه‌ها

در این مطالعه و در جستجوی اولیه، در کل ۷۳٦٦ مقاله به دست آمد. بعد از حذف موارد تکراری (۷۲۹۱)، تعداد ۷۵ مقاله از نظر عنوان و چکیده بررسی شدند و نهایتا متن کامل ۲۲ مقاله مطالعه گردید. از این تعداد، ۱٦ مقاله معیارهای ورود به مطالعه را کسب نمودند. سپس بر اساس اهداف پژوهش، ویژگی‌های این مقالات استخراج و مورد تحلیل قرار گرفت (جدول شماره ۱).

از نظر سال انتشار، بیشترین مقالات مربوط به سال ۱۳۹٦ (۷ مقاله) و کمترین آن مربوط به سال‌های ۱۳۹۳، ۱۳۹۷و ۱۳۹۸، هر کدام با یک مقاله بودند. هم‌چنین مقالات منتشر شده به زبان فارسی (۱٤ مقاله) و انگلیسی (۲ مقاله) بودند.

از نظر محل اجرای پژوهش، مقاله‌های منتشر شده در شهرهای مختلف ایران پراکنده بوده، و تهران با ٤ مقاله حائز بیشترین مقاله بود.

از نظر محیط پژوهش در مطالعه‌های منتشر شده، بیشترین محیط پژوهش انتخاب شده از سوی پژوهش‌گران کلینیک‌های دیابت (٤ مورد)، مرکز دیابت و مرکز سلامت جامعه هر کدام ۳ مقاله و مراکز بهداشت، انجمن دیابت در شهرستان‌ها و بخش‌های غدد در بیمارستان‌ها هر کدام دو مقاله بودند.

از نظر نوع مداخلات حمایتی در ۱٦ مقاله به دست آمده، در ۷ مطالعه رشیدی، احمدی محسنی‌خواه، ، مطالعه‌های خواصی در سال‌های (۱۳۹۵) و (۱۳۹٦) و مطالعه‌های قاسمی در سال‌های (۱۳۹۷) و (۱۳۹٦) و همکاران از مداخله حمایت همتا استفاده شده بود.[۱۸-۲٤] در ۷ مطالعه نیز مداخلات بر اساس حمایت‌های خانواده محور طراحی گردیده بودند. در میان این مطالعه‌ها، مطالعه‌ی کلاهدوز و همکاران از مداخله آموزشی با محوریت تغذیه در دیابت برای خانواده‌ها[۲۵] و علیپور و همکاران از مداخله حمایت از انجام آزمایش‌های پاراکلینیک با مشارکت خانواده استفاده کرده بودند.[۲٦] در مطالعه رضایی‌اصل، رزم آرای، پدرام رازی، آتش‌زاده شوریده و مطالعه امینی مریدانی و همکاران از مداخله آموزشی با تمرکز بر ابعاد خودمراقبتی دیابت با حضور خانواده استفاده شده بود.[۲۷-۳۱] هم‌چنین ایمانی در مطالعه خود از گروه درمانی[۳۲] و فرمهینی از حمایت از بیمار با استفاده از برنامه مراقبتی چندرسانه‌ای،[۳۳] استفاده کرده بودند.

اثربخشی مداخلات مرتبط با منابع حمایتی بر نتایج بیماری

از نظر پیامد مورد نظر پژوهش‌گران، از ۱٦ مطالعه منتشر شده، در ٥ مطالعه که توسط ایمانی، امینی مریدانی، پدرام رازی، آتش زاده شوریده و همکاران و احمدی و همکاران انجام شده بود HbA_1C پیامد مورد انتظار پژوهش‌گران بود.[۱۹، ۲۹-۳۲] هم‌چنین در مطالعه‌ی علیپور و

i -Consolidation Standards of Reporting Trials (CONSORT)

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

[DOR: 20.1001.1.16834844.1399.22.4.2.5]

همکاران HbA_1C و FBS [i] [۲۶] و در مطالعه‌ی رضایی اصل و همکاران HbA_1C ، BMI [ii]، LDL [iii]، HDL [iv] ، به عنوان پیامد در نظر گرفته شده بودند.[۲۷]

بررسی اثربخشی مداخله‌های حمایتی بر پیامدهای مورد نظر پژوهش‌گران در مطالعه‌های مورد بررسی، نشان داد مداخله‌ی گروه درمانی در مطالعه‌ی ایمانی، مداخله‌ی خانواده محور در مطالعه‌ی پدرام رازی، امینی مریدانی و همکاران و آتش‌زاده شوریده و همکاران و مداخله‌ی حمایت همتا در مطالعه‌ی احمدی و همکاران همگی بر HbA_1C موثر بوده‌اند.[۱۹،۲۹-۳۲] در مطالعه‌ی علیپور حمایت خانواده محور بر HbA_1C و FBS [۲۶] و در مطالعه‌ی رضایی اصل و همکاران مداخله خانواده محور بر کاهش HbA_1C و BMI,LDL, HDL موثر گزارش گردیدند.[۲۷]

در مطالعه‌ی رشیدی و خواصی و همکاران (۱۳۹۵) تاثیر مداخله‌ی حمایت همتا بر بهبود خودکارآمدی[۱۸،۲۱] و در مطالعه‌ی خواصی (۱۳۹۶)، محسنی‌خواه و قاسمی و همکاران (۱۳۹۷) تاثیر این حمایت بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو اثربخش گزارش گردید.[۲۰،۲۲،۲۳]

مداخله‌ی خانواده محور در مطالعه‌ی کلاهدوز و همکاران نیز بر افزایش آگاهی و نگرش بیماران دیابتی نوع دو و خانواده‌هایشان نتایج مثبتی نشان داد.[۲۵] هم‌چنین حمایت چندرسانه‌ای فرمهینی و همکاران، حمایت خانواده محور رزم آرای و حمایت همتا در مطالعه‌ی قاسمی و همکاران (۱۳۹۶) بر انجام فعالیت‌های خودمراقبتی در بیماران دیابتی نوع دو موثر گزارش گردید.[۲۴،۲۸،۳۳] سایر یافته‌های مرتبط با مداخلات مبتنی بر منابع حمایتی در جدول شماره (۲) نشان داده شده است.

بحث

مطالعه‌ی مرور سیستماتیک حاضر با هدف شناسایی منابع حمایتی در مطالعه‌های کارآزمایی بالینی و بررسی اثربخشی آن‌ها بر نتایج بیماری در مبتلایان به دیابتی نوع دو انجام شد. در این مطالعه مروری در مجموع ۱۶ مطالعه اولیه مورد بررسی قرار گرفتند. بر اساس یافته‌ها، مداخلات مبتنی بر رویکرد حمایت همتایان و اعضای خانواده بیشترین مداخلات حمایتی به کار گرفته شده توسط پژوهش‌گران ایرانی در بیماران دیابتی نوع دو بودند.

بررسی منابع حمایتی به کار گرفته شده در مطالعات نشان داد، این مطالعه‌ها از نظر نوع و مدت مداخله، محیط و جامعه پژوهش و پیامد مورد انتظار متفاوت بوده‌اند. می‌توان مداخلات حمایتی به کار رفته در مطالعات مورد بررسی را در سه دسته: ۱) مداخله‌های حمایتی مبتنی بر خانواده ۲) مداخله‌های حمایتی همتایان و۳) مداخله‌های حمایتی چندرسانه‌ای طبقه‌بندی نمود.

بررسی جزئیات مداخله‌های حمایتی خانواده محور نشان داد این مداخله‌ها همگی مبتنی بر آموزش شامل آموزش هم‌زمان به بیمار و عضو خانواده، آموزش جداگانه به بیمار و عضو خانواده و آموزش تنها برای عضو خانواده بودند. از این تعداد، سه مطالعه به آموزش گروهی بیماران و اعضای خانواده آن‌ها[۲۷،۲۹،۳۰] و یک مطالعه نیز به آموزش اعضای خانواده به همراه بیماران بر اساس مبانی تئوری شناختی اجتماعی در مداخله‌ی خود اشاره نموده بودند.[۳۱] در این مطالعه‌ها، محتوای آموزش شامل اصول خودمراقبتی دیابت (تغذیه، فعالیت بدنی، دارو درمانی، مراقبت از پا، کنترل قندخون) بر اساس دستورالعمل‌های وزارت بهداشت و یا نیازسنجی از بیماران متمرکز بود. در سه مطالعه نیز از الگوی توانمندسازی خانواده محور در چهار گام شامل تهدید درک شده، مشکل‌گشایی، مشارکت آموزشی و ارزشیابی استفاده شده بود.[۲۷،۲۹،۳۰] تعداد جلسه‌های برگزار شده آموزشی از سه جلسه در مطالعه کلاهدوز و همکاران تا هشت جلسه[۲۵] در مطالعه امینی مریدانی، رزم آرای و رضایی اصل متفاوت بود.[۲۷،۲۸،۳۱] هم‌چنین علیپور و همکاران در مداخله‌ی خود، سه جلسه آموزشی برای بیماران و چهار جلسه برای اعضای خانواده آن‌ها اجرا نمودند.[۲۶] در مطالعه‌ی آتش‌زاده شوریده و همکاران و رازی و همکاران نیز که از الگوی توانمندسازی خانواده محور استفاده نمودند به تعداد جلسات برگزار شده اشاره نشده بود.[۲۹و۳۰]

بررسی مداخله‌های مبتنی بر منبع حمایت همتایان نشان داد طراحی برنامه‌ی حمایتی همتا؛ شامل مراحل انتخاب همتایان و آموزش به آن‌ها، طراحی برنامه حمایتی همتا برای ارائه به بیماران، پیش‌بینی نحوه نظارت بر عملکرد همتا و بیماران و در نهایت ارزیابی مداخله است. در این مطالعه‌ها همه‌ی مراحل فوق‌الذکر انجام شده و محتوای آموزش در اکثر مطالعه‌ها، از نظر تئوری، مبتنی بر استانداردهای

i - Fasting Blood Sugar
ii -Body Mass Index (BMI)
iii -Low-Density Lipoprotein (LDL)
iv- High-Density Lipoprotein (HDL)

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.16834844.1399.22.4.2.5]

خودمراقبتی دیابت شامل تغذیه، فعالیت بدنی، تبعیت دارویی، مراقبت پاها بودند. با این حال، در عمل تفاوت‌هایی در نحوه برگزاری جلسات، مکان‌های تشکیل جلسات، تعداد و طول مدت هر جلسه در مطالعه‌ها وجود داشت. تعداد جلسه‌های آموزشی نیز از دو جلسه در مطالعه‌های خواصی و همکاران[۲۱،۲۲] تا ۱۰ جلسه در مطالعه رشیدی و همکاران متفاوت بود.[۱۸] همه مداخله‌های حمایتی شامل برگزاری برنامه آموزش فردی، گروهی یا برنامه آموزشی توام فردی و گروهی توسط همتایان بود که در برخی موارد نیز با پی‌گیری و تماس‌های تلفنی همراه بودند.

لازم به ذکر است در هر دو گروه مطالعه‌های با مداخله‌های حمایتی همتا و مبتنی بر حمایت خانواده، جلسات آموزشی به صورت گروهی و در برخی مداخله‌ها به صورت بحث گروهی در گروه‌های کوچک برنامه‌ریزی گردیده بود. هم‌چنین در بیشتر مداخله‌های حمایتی از آموزش سنتی به صورت ارائه جزوه‌ها، پمفلت و کتابچه‌های آموزشی در کنار مداخله‌ی حمایتی، به منظور تقویت آموزش استفاده شده بود. تنها در مطالعه‌ی امینی مریدانی و همکاران، علاوه بر آموزش مبتنی بر خانواده، پی‌گیری تلفنی نیز وجود داشت.[۳۱] هم‌چنین در یک مطالعه از روش آموزش در قالب گروه برای حمایت از خود مراقبتی استفاده شده بود.

در گروه دیگر مداخله‌ی حمایتی، تنها یک مطالعه به بررسی تاثیر برنامه چندرسانه‌ای[۳۳] پرداخته بود. در این مطالعه از نرم‌افزار آموزشی طراحی شده برای آموزش نحوه خودمراقبتی دیابت استفاده شده بود.

بررسی نتایج مطالعه‌هایی که از رویکرد حمایت خانواده استفاده کرده بودند نشان داد این شکل از مداخله، بر بهبود آگاهی و نگرش بیماران و اعضای خانواده آن‌ها، رفتارهای خودمراقبتی و HbA_1C تاثیر مثبتی داشته است. پامانکاس[i] و همکاران نیز در مطالعه‌ی مرور سیستماتیک خود نشان دادند حمایت خانواده تأثیر مثبتی بر رژیم غذایی سالم، افزایش حمایت ادراک شده، بهبود خودکارآمدی، وضعیت روان‌شناختی و کنترل بهتر قندخون داشته است.[۳۴] در همین رابطه سونگ[ii] و همکاران در مطالعه‌ی مرور سیستماتیک خود نشان دادند؛ حمایت اجتماعی از سوی خانواده و افراد مهم دیگر، بیشتر از سایر مداخله‌ها با خودمراقبتی دیابت در بین بیماران مبتلا به دیابت نوع یک و دو همراه است.[۱۰]

بر اساس یافته‌های مطالعه‌ی حاضر، از هفت مطالعه‌ای که از مداخله حمایت همتایان، استفاده کرده بودند همگی تاثیر مثبت این مداخلات را بر پیامدهای مورد نظر؛ شامل رفتارهای خودمراقبتی، خودکارآمدی و کیفیت زندگی گزارش نمودند. تنها در مطالعه احمدی و همکاران، مداخله در گروه همتا بر پیامد مورد انتظار پژوهش‌گران موثر گزارش نشد.[۱۹] به نظر می‌رسد وجود پیچیدگی‌ها و به کارگیری رویکردهای متنوع در مراحل اجرایی در مداخله‌های حمایتی همتا می‌تواند اثربخشی آن در بیماران دیابتی را تحت تاثیر قرار دهد.[۱۵] در همین رابطه پاتیل[iii] و همکاران در مطالعه‌ی متاآنالیز خود اثربخشی مداخله‌ی حمایت همتا در بیماران دیابتی را بررسی نمودند. نتایج نشان داد حمایت همتا بر کاهش HbA_1C، از نظر آماری معنادار، اما این تاثیر بسیار جزئی است. آن‌ها هم‌چنین گزارش کردند حمایت همتا ممکن است به ویژه در بهبود کنترل گلیسمی برای افراد گروه‌های اقلیت مؤثر باشد چرا که مطالعه در این جامعه نمونه با مداخله‌ی حمایت همتا سطح HbA_1C را تا حد متوسط بهبود بخشید، و بیشترین بهبود در نتایج در مطالعه‌های با شرکت‌کنندگان عمدتاً اقلیت گزارش گردید.[۳۵] کونگ[iv] (۲۰۱۸) و همکاران نیز در مطالعه متاآنالیز خود نشان دادند مداخلات حمایتی همتایان منجر به بهبود در خودکارآمدی و کیفیت زندگی در بالغین مبتلا به دیابت نوع دو نمی‌شود. با این‌حال مداخله‌های همتا که کمتر از ٦ ماه انجام شده‌اند اثر مثبتی بر بهبود خودکارآمدی و کیفیت زندگی بیماران داشته‌اند.[۳٦]

در زمینه‌ی به کارگیری تکنولوژی از راه دور به عنوان منبع حمایت، تنها یک مطالعه در ایران در بیماران دیابتی نوع دو، با استفاده از نرم‌افزار آموزشی انجام شده بود.[۳۳] با توجه به تعداد مقاله در این زمینه در ایران نمی‌توان در مورد اثر بخشی آن به قطعیت اظهار نظر کرد. اگرچه ممکن است مطالعه‌های متعددی در ایران با هدف بررسی اثربخشی تکنولوژی از راه دور بر نتایج بیماری در بیماران دیابتی نوع دو انجام شده باشد اما این رویکرد در مطالعه‌های مبتنی بر منبع حمایتی مورد توجه قرار نگرفته‌اند. با این حال نتایج متناقضی از اثربخشی این رویکرد حمایتی در مطالعه‌هایی در دیگر نقاط جهان گزارش گردیده است. دابسون[v] و همکاران در یک مطالعه مرور سیستماتیک با هدف بررسی اثربخشی

i - Pamungkas
ii -Song

iii-Patil
iv -Kong
v - Dobson

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.16834844.1399.22.4.2.5]

مداخله‌ی خود مراقبتی مبتنی بر ارسال پیامک متنی در بیماران دیابتی با کنترل ضعیف قندخون گزارش دادند که تنها سه مطالعه، از ۷ مطالعه اولیه مورد بررسی، اثر معنادار این مداخله را در کاهش HbA_1C نشان داده است.[۳۷] گرینوود[i] و همکاران نیز در مطالعه‌ی مرور سیستماتیک که بر روی مطالعه‌های مروری انجام دادند، به بررسی اثربخشی به کارگیری تکنولوژی در آموزش و حمایت از بیماران دیابتی پرداختند. در این مطالعه که بر روی ۲۵ مطالعه مروری انجام شد، نتایج نشان داد هجده مقاله مروری، کاهش قابل توجه در HbA_1C را گزارش کردند.[۳۸]

بر اساس نتایج از ۱۶ مطالعه مورد بررسی، HbA_1C به عنوان شاخص گلیسمیک مهم، در هفت مطالعه به عنوان پیامد در نظر گرفته شده بود که تنها در یک مقاله، اثر بخشی مداخله حمایتی همتا برکاهش HbA_1C موثر گزارش نشد.[۲۴] در ۹ مقاله‌ی دیگر، HbA_1C به عنوان پیامد، مدنظر پژوهش‌گران ایرانی نبوده است.

بررسی مداخله‌های به کار گرفته شده در مطالعه‌ها نشان داد، نقش رویکردهای حمایتی از راه دور به عنوان یک منبع حمایتی به منظور تقویت و پی‌گیری اثرات سایر مداخله‌های حمایتی آن طور که در مطالعه‌های خارج از کشور به آن توجه شده است، در مداخله‌های حمایتی ایران مورد توجه نبوده است. هم‌چنین در مطالعه‌های داخل کشور مطالعه‌ای به منظور بررسی اثربخشی نقش حمایتی تیم درمان، مراقبین سلامت جامعه و یا استفاده از تیم‌های چندرشته‌ای در حمایت و پی‌گیری بیماران دیابتی انجام نشده است.

از نظر محل انجام مطالعه‌ها مبتنی بر منابع حمایتی در بیماران دیابتی نوع دو در ایران، شرکت‌کنندگان اکثراً شامل جمعیت‌های شهری بودند، در حالی که افراد مناطق دور از مراکز درمانی و روستاها که ممکن است نیازهای حمایتی خاصی داشته باشند که در این مطالعه‌ها نادیده گرفته شده‌اند. هم‌چنین به دلیل در دسترس نبودن شواهد کافی، امکان‌سنجی اجرای این مداخله‌های حمایتی در این مناطق نامشخص و ممکن است مداخله‌های حمایتی خانواده و همتا در این مناطق به دلایل فرهنگی، سطوح مختلف سواد سلامت، وضعیت اقتصادی و میزان دسترسی به امکانات بهداشتی درمانی با چالش‌هایی مواجه باشد که اثربخشی این مداخله‌ها را تحت تاثیر قرار دهد. بدیهی است پژوهش‌های کارآزمایی بالینی آتی می‌بایست با کیفیت بالاتر و در گروه‌های جمعیتی مختلف به بررسی اثربخشی مداخلات حمایتی و چالش‌های اجرایی این رویکردها بپردازند. به این ترتیب امکان بهره‌گیری بهتر و بیشتر از این منابع برای بیماران دیابتی نوع دو فراهم خواهد شد.

نقاط قوت و محدودیت‌ها: این مطالعه نخستین مطالعه مروری بر روی کارآزمایی‌های بالینی در زمینه منابع حمایتی در ایران است. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به دشواری در نحوه جستجوی کلیدواژه‌های مورد نظر اشاره نمود که به علت مشکلات موجود در سایت‌ها و پایگاه‌های اطلاعاتی ایران ایجاد گردید. این مساله سبب شد در جستجوی اولیه تیم پژوهش یا حجم زیادی از مقالات مواجه شوند. برای مدیریت این مشکل، اعضای تیم پژوهش هر یک جداگانه جستجوی اولیه را، با ترکیب کلیدواژه‌ها، انجام داده و نتایج را مقایسه نمودند. هم‌چنین مراحل غربالگری، استخراج اطلاعات و ارزیابی کیفیت توسط دو ارزیاب به طور مستقل انجام و نتایج مقایسه گردید.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، طراحی مداخلات مراقبتی دیابت با تاکید بر حمایت خانواده و همتایان می‌تواند بر بهبود رفتارهای خودمدیریتی و نتایج بیماری در مبتلایان به دیابت نوع دو در ایران موثر باشد. لذا به نظر می‌رسد شناسایی و جلب مشارکت این منابع حمایتی و استفاده از ظرفیت‌های آن‌ها در فرایند مراقبت یک بیماری مزمن مانند دیابت، می‌تواند بیش از پیش مورد بهره برداری برنامه‌ریزان حوزه سلامت و مراقبین بیماران دیابتی قرار گیرد.

سپاسگزاری: این مطالعه برگرفته از رساله دکترای تخصصی پرستاری، مصوب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران با کد اخلاق No.IR.SBMU.PHARMACY.REC.1398.294 می‌باشد. بدین‌وسیله از همه اساتیدی که در انجام این مطالعه با ما همکاری داشتند تشکر می‌گردد.

i-Greenwood

References

1. Karimy M, Koohestani HR, Araban M. The association between attitude, self-efficacy, and social support and adherence to diabetes self-care behavior. Diabetol Metab Syndr 2018; 10: 86.
2. Federation ID. IDF Diabetes Atlas. 9th edition. Available from: URL: https://www.diabetesatlas.org/uplo-

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

[DOR: 20.1001.1.16834844.1399.22.4.2.5]

ad/resources/2019/IDF_Atlas_9th_Edition_2019.pdf. access date:10-2-2020.
3. Organisation WH. Diabetes country profiles 2016. Available from: URL: https://www.who.int/diabetes/country-profiles/irn_en.pdf?ua=1
4. Hasanshiri F, Moosavi S, Atashzadeh-Shoorideh F. Self-care Programs in Diabetic Patients: Quality of Methodological Report in Randomized Controlled Trials Published in Iranian Journals between 2010-2016. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism 2017; 18: 446-54. [Farsi]
5. Powers MA, Bardsley J, Cypress M, Duker P, Funnell MM, Fischl AH, et al. Diabetes self-management education and support in type 2 diabetes: a joint position statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics. Diabetes Educ 2017; 43: 40-53.
6. Esteghamati A, Larijani B, Aghajani MH, Ghaemi F, Kermanchi J, Shahrami A, et al. Diabetes in Iran: Prospective Analysis from First Nationwide Diabetes Report of National Program for Prevention and Control of Diabetes (NPPCD-2016). Sci Rep 2017; 7: 13461.
7. Haas L, Maryniuk M, Beck J, Cox CE, Duker P, Edwards L, et al. National standards for diabetes self-management education and support. The Diabetes Educator 2012; 38: 619-29.
8. Karimian S, Atashzadeh-shoorideh F, Moosavi S, Ilkhani M, Naderiravesh N, Salmany F. Survey of Comparing Discharge Time Nursing Education with the Education Standards of Diabetes Type 2 Patients in Hospitals Affiliated in Yazd University of Medical Sciences in 2015. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism 2017; 19: 84-90.[Farsi]
9. Plumb J, Weinstein LC, Brawer R, Scott K. Community-based partnerships for improving chronic disease management. Primary Care: Clinics in Office Practice 2012; 39: 433-47.
10. Song Y, Nam S, Park S, Shin I-s, Ku BJ. The impact of social support on self-care of patients with diabetes: What is the effect of diabetes type? Systematic review and meta-analysis. Diabetes Educ 2017; 43: 396-412.
11. Ludwig J, Sanbonmatsu L, Gennetian L, Adam E, Duncan GJ, Katz LF, et al. Neighborhoods, obesity, and diabetes—a randomized social experiment. N Engl J Med 2011; 365: 1509-19.
12. Felix HC, Mays GP, Stewart MK, Cottoms N, Olson M. Medicaid savings resulted when community health workers matched those with needs to home and community care. Health Affairs 2011; 30: 1366-74.
13. Vest BM, Kahn LS, Danzo A, Tumiel-Berhalter L, Schuster RC, Karl R, et al. Diabetes self-management in a low-income population: impacts of social support and relationships with the health care system. Chronic Illn 2013; 9: 145-55.
14. Rashid AA, Zuhra H, Tan CE. Social support, self-efficacy and their correlation among patients with Type 2 Diabetes Mellitus: A primary care perspective. Med J Malaysia 2018; 73: 197-201.
15. Vangelisti AL. Challenges in conceptualizing social support. Journal of Social and Personal Relationships. 2009; 26: 39-51.
16. Sharifi Rad G, Azadbakht L, Mohebi S, Omidi Oskoiei A. The Role of Social Support in Self-care Behavior of Diabetes Patients: a Narrative Review. Health System Research 2012; 7. [Farsi] Available from: URL: http://azh.mui.ac.ir/index.php/jhsr/article/view/409
17. Wang P, Xu Q, Sun Q, Fan Ff, Guo Xr, Guo F. Assessment of the reporting quality of randomized controlled trials on the treatment of diabetes mellitus with traditional Chinese medicine: A systematic review. PLoS One 2013; 8: e70586.
18. Rashidi k, Safavi M, Yahyavi SH, Farahani H. The effect of the peers' support on self efficacy level type II diabetic patients. Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care 2015; 23: 15-26.[Farsi]
19. Ahmadi Z, Sadeghi T, Loripoor M, Khademi Z. Comparative Assessment the Effect of Self-care Behavior Education by Health Care Provider and Peer on HbA1c Level in Diabetic Patients. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism 2017; 19: 144-50.[Farsi]
20. Mohsenikhah M, Esmaili R, Tavakolizadeh J, Khavasi M, Jaras M, Delshad Noughabi A. Effects of Peer-education on Quality of Life in Adults with Type 2 Diabetes. Horizon of Medical Sciences 2018; 24: 17-22. [Farsi]
21. Khavasi M, Masroor D, Varai S, Joudaki K, Rezaei M, Rastegari Mehr B, et al. The Effect of Peer Education on Diabetes Self-Efficacy in Patients with Type 2 Diabetes: A Randomized Clinical Trial. Journal of Knowledge & Health 2016; 11: 67-74. [Farsi]
22. Khavasi M, Shamsizadeh M, Varaei S, Rezaei M, Elhami S, Masroor D. The Effect of Peer Education on Diabetes Quality of Life in Patients with Type 2 Diabetes: A Randomized Clinical Trial. Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care 2017; 25: 9-16 .[Farsi]
23. Ghasemi M, Hosseini H, Sabouhi F. Effect of peer group education on the quality of life of elderly individuals with diabetes: A randomized clinical trial. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research 2019; 24:44.
24. Ghasemi M, Hosseini H, Sabouhi F. The effect of peer group training on self-care of elderly with diabetes mellitus. Journal of Clinical Nursing and Midwifery 2017; 6: 33-43.[Farsi]
25. Kolahdooz M, Keshavarz Mohammadi N, Hozoori M. Effect of Nutrition Education in Diabetic Patients and Their Families on Knowledge Attitude and Practice of Diabetic Patients in Neyshaboor. Pejouhesh dar Pezeshki (Research in Medicine) 2019; 43: 35-40.[Farsi]
26. Alipor S, Hemmati maslakpak M, Aghakhani N, khalkhali H. The effect of centered care on laboratory examinations in patients with type II diabetes. Nursing and Midwifery Journal 2017; 15: 395-403.[Farsi]
27. Rezai Asl H, Seyyed Mazhari M, Pishgooi S, Alhani F. The Effectiveness of "Family-Centered Empowerment Model" on the Treatment Adherence of Patients with Type II Diabetes and Heart Disorder Admitted to AJA Hospitals, During Year 2015. Military Caring Sciences 2017; 4: 58-69.[Farsi]
28. Razmaraei S, Hemmeti Maslak M, khalkhali h. The effect of family-centered education on self-care in patients with type 2 diabetes. Nursing and Midwifery Journal 2016; 14: 118-27 .[Farsi]
29. Pedram Razi S, Sadeghi M, Nikbakht Nasrabadi, AR. The effect of family-centered empowerment model on knowledge and metabolic control of patients with type 2 diabetes. Journal of Knowledge & Health. 2014; 9: 48-54.[farsi]. https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/1052712
30. Atashzadeh-Shoorideh H, Arshi S, Atashzadeh-Shoorideh F. The Effect of Family-centered Empowerment Model on the Life Style, Self-efficacy and HbA1C of Diabetic Patients. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism 2017; 19: 244-51.[Farsi]

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.16834844.1399.22.4.2.5]

31. Amini Moridani M, Tol A, Sadeghi R, Mohebbi B, Azam K. Assessing the Effect of Family-based Intervention Education Program on Perceived Social Support among Older Adults with Type 2 Diabetes: Application of Social Cognitive Theory. 2 Journal of Nursing Education 2015; 4: 30-40.[Farsi]
32. Imani S, Zare M, Safarinia M, Shayeghian Z. Support Group Therapy and Type 2 Diabetes: Evaluation of the Effectiveness of Support Group Therapy on Glycemic Control in Diabetes. J Rehab Med 2017; 6: 28-35.[Farsi]
33. Farmahini MF, Purfarzad Z, Ghorbani M, Zare ZG, Ghorbani F. The impact of multimedia software support on the knowledge and self-care behaviors of patients with type 2 diabetes: A Randomized Clinical Trial. J Caring Sci 2016; 5: 111.
34. Pamungkas RA, Chamroonsawasdi K, Vatanasomboon P. A systematic review: family support integrated with diabetes self-management among uncontrolled type II diabetes mellitus patients. Behavioral Sciences 2017; 7: 62.
35. Patil SJ, Ruppar T, Koopman RJ, Lindbloom EJ, Elliott SG, Mehr DR, et al. Peer support interventions for adults with diabetes: a meta-analysis of hemoglobin A1c outcomes. Ann Fam Med 2016; 14: 51-4.
36. Kong LN, Hu P, Yang L, Cui D. The effectiveness of peer support on self-efficacy and quality of life in adults with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. JAN 2019; 75: 711-22.
37. Dobson R, Whittaker R, Pfaeffli Dale L, Maddison R. The effectiveness of text message-based self-management interventions for poorly-controlled diabetes: A systematic review. Digital Health 2017; 3.
38. Greenwood DA, Gee PM, Fatkin KJ, Peeples M. A systematic review of reviews evaluating technology-enabled diabetes self-management education and support. Journal of Diabetes Science and Technology 2017; 11: 1015-27.

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

[DOR: 20.1001.1.16834844.1399.22.4.2.5]

Review Article

Effectiveness of Support Resources for Patients with Type 2 Diabetes: A Systematic Review of Clinical Trials in Iran

Shahsavari A[1], Estebsari F[2], Atashzadeh-Shoorideh F[3], Ilkhani M[4]

[1]Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran, [2]Department of Community Health Nursing, School of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran, [3]Department of Psychiatric Nursing and Management, School of Nursing and Midwifery, Shahid Labbafinezhad Hospital, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran, [4]Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, I.R. Iran

e-mail: fa_estebsari@yahoo.com

Received: 15/11/2020 **Accepted**: 07/02/2020

Abstract

Introduction and Objectives: Type 2 diabetes is a common metabolic disorder worldwide. Health policymakers face challenges in the management of this chronic disease. According to previous studies, due to the complex nature of diabetes, the use of support resources can be effective in improving disease management. The current study aimed to identify the sources of support for patients with type 2 diabetes and to investigate their effectiveness in the outcomes of this disease in Iran. Materials and Methods: In this systematic review, a search of articles published in Iranian databases, including SID, ELMNet, IranDoc, and MagIran, was conducted using keywords, including "type 2 diabetes", "support resources", and "clinical trials", in Persian and English languages from March 21, 2001 to February 9, 2020. Finally, 16 articles were retrieved based on the inclusion criteria. Results: According to the findings, support by family members and peers was the most important source of support for patients with type 2 diabetes in Iran. Also, in most studies, the effectiveness of these support resources was desirable in the outcomes of these patients, including HbA1c, quality of life, and self-care behaviors. Conclusion: The findings of the current study showed that family and peer support for type 2 diabetic patients is the most effective source of support for disease management in Iran. However, to obtain reliable evidence for the use of support resources to improve diabetes management, clinical trials with a stronger methodology are needed.

Keywords: Support Resources, Justice, Type 2 Diabetes, Systematic Review, Clinical Trial, Iran

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

[DOR: 20.1001.1.16834844.1399.22.4.2.5]