بازدارنده‌ها و تسهیل‌کننده‌های پایبندی به رژیم‌های درمانی در بیماران دیابتی نوع دو: یک مرور یکپارچه

فاضل دهون[1]، وجیهه باغی[2]، ئه سرین لطفی[3]، رضا قانعی قشلاق[4*]

۱- کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

۲- کارشناس مامایی، بیمارستان بعثت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

۳- دانشجوی کارشناسی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

۴- استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران (نویسنده مسئول)، تلفن: ۰۹۱۴۴۰۵۰۲۸۴

ایمیل: Rezaghanei30@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۷/۲/۲۰ **تاریخ پذیرش:** ۹۷/۳/۱۲

چکیده

زمینه و هدف: دیابت قابل‌درمان نیست اما با رعایت رژیم‌های درمانی قابل‌کنترل است. عدم پایبندی به رژیم‌های درمانی منجر به ظهور سریع عوارض دیررس دیابت و کنترل نامطلوب متابولیکی و پیامدهای بالینی ضعیف می‌شود. هدف مطالعه حاضر تحلیل وضعیت پایبندی به درمان در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مروری یکپارچه، تمامی مقالات فارسی و انگلیسی دارای متن کامل (از سال ۲۰۰۰ به بعد) در زمینه پایبندی به رژیم‌های درمانی در بیماران دیابتی نوع دو مورد بررسی قرار گرفتند. این مطالعات از طریق پایگاه‌های اطلاعاتی ملی و بین‌المللی SID، Magiran و Science Direct، PubMed، Google Scholar، Scopus با کلیدواژه‌های «تبعیت از درمان»، «پایبندی به درمان»، "compliance"، "concordance" و "adherence" به دست آمدند و در نهایت ۵۳ مقاله وارد مطالعه شدند.

یافته‌ها: مرور ۵۳ مقاله مرتبط نشان داد که افسردگی، مشکلات مالی، تجربه عوارض دارویی و بیماری، مشکلات حافظه، مصرف هم زمان چندین دارو و پیچیده بودن رژیم درمانی از مهم‌ترین بازدارنده‌های پایبندی به رژیم درمانی بیماران دیابتی بودند. اعتقاد به ضروری بودن داروها و حمایت از بیمار نیز جزء بیشترین تسهیل‌کننده‌های پایبندی به درمان بودند.

نتیجه‌گیری: با توجه به اهمیت پایبندی به رژیم‌های درمانی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو و شیوع بالای عدم پایبندی به درمان، لازم است به بیماران در این زمینه آموزش داده شود و اقداماتی جهت رفع بازدارنده‌های پایبندی به درمان اتخاذ گردد.

واژه‌های کلیدی: دیابت، پایبندی به درمان، بازدارنده‌ها، تسهیل‌کننده‌ها

مقدمه

دیابت پنجمین علت مرگ‌ومیر و اپیدمی هزاره‌ی سوم است (۱, ۲). میزان شیوع دیابت در جهان در سال ۲۰۱۰ حدود ۶/۴ درصد بود که پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰ به ۷/۷ درصد افزایش یابد. در این فاصله تعداد مبتلایان به دیابت در کشورهای درحال‌توسعه ۶۹ درصد و در کشورهای توسعه‌یافته ۲۰ درصد افزایش خواهند یافت (۳). طبق آمارهای سال ۱۳۸۳ حدود ۴ میلیون نفر در ایران به دیابت مبتلا می‌باشند و هر ۱۵ سال تعداد این بیماران سه برابر می‌شود (۴). دلیل این افزایش جمعیت را می‌توان به افزایش سن، شیوع چاقی، سبک زندگی کم‌تحرک و تغییرات رژیم

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-01-29]

[DOI: 10.29252/sjnmp.3.1.1]

غذایی نسبت داد (۵). دیابت منجر به افزایش بیماری‌های قلبی عروقی، عروق مغزی، عروق محیطی، رتینوپاتی، نوروپاتی، نفروپاتی، زخم پای دیابتی، قطع عضو و افسردگی می‌شود (۶). به طور مثال خطر مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی در بیماران مبتلا به دیابت سه برابر بیماران غیر دیابتی است (۷). دیابت درمان‌پذیر نیست اما قابل کنترل است (۴). طبق شواهد وضعیت کنترل قند خون بیماران مبتلا عامل اصلی پیش‌بینی کننده مرگ‌ومیر و عوارض بیماری دیابت است (۷). با وجود گزینه‌های درمانی در دسترس برای مراحل مختلف دیابت، تنها کمتر از نیمی از بیماران دیابتی به اهداف کنترل قند خون توصیه‌شده می‌رسند (۲). تغییرات رفتاری اساس درمان بیماری‌های مزمن هستند. عدم پایبندی به رژیم‌های درمانی مشکل شایعی در بیماران دیابتی نوع دو محسوب می‌شود (۸). بیماران مبتلا به دیابت همانند سایر بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن پایبندی به درمان ضعیف دارند، به‌طوری‌که در بین ۱۷ بیماری مزمن، دومین رتبه پایین پایبندی به درمان را به خود اختصاص داده‌اند و پس از بیماری‌های روانی دومین علت بستری شدن ناشی از عدم پایبندی به رژیم‌های درمانی می‌باشد (۹, ۱۰). برای توصیف پایبندی به درمان از سه واژه adherence (پایبندی)، concordance (تطابق) و compliance (پیروی) استفاده می‌شود که اغلب به طور نادرست به‌جای همدیگر به‌کاربرده می‌شوند. کمپلیانس یعنی تا چه میزان رفتارهای بیمار با توصیه‌های درمانی همخوانی و مطابقت دارد. بقراط از این اصطلاح را در مورد بیمارانی به کار می‌برد که در رابطه با درمانشان دروغ می‌گویند. این تعریف مترادف با مفهوم پاترنالیسم می‌باشد و تعامل یک‌طرفه‌ای را نشان می‌دهد که در آن استقلال بیمار نادیده گرفته می‌شود و تنها پزشک در مورد درمان مناسب تصمیم می‌گیرد و صرف‌نظر از مناسب بودن آن، بیمار مجبور به اطاعت و پیروی است. پایبندی فراتر از پاترنالیسم است، روی تفاهم پزشک و بیمار تمرکز دارد و نشان می‌دهد که بیمار برای پذیرش درمان خاص تحت اجبار نیست و نباید در صورت عدم پایبندی به درمان تنها وی را مسئول شکست برنامه درمانی دانست (۱۱). پس پایبندی به عنوان هدف اصلی و پیروی هم پیامد این فرایند است و تطابق هم فرایندی است که برای به کار بردن این هدف مورد استفاده قرار می‌گیرد (۱۲, ۱۳). با این وجود هنوز هم برخی نویسندگان این واژه‌ها را به جای هم به کار می‌برند و استفاده از نام‌های مختلف تنها منجر به سردرگمی و گیجی می‌شود (۱۱). از نظر سازمان بهداشت جهانی پایبندی به درمان یعنی تا چه حدی رفتارهای مصرف دارو، رعایت رژیم غذایی و تغییرات سبک زندگی شخص مطابق با توصیه‌های ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی است. رفتارهای پایبندی به درمان شامل پنج دسته پایبندی به رژیم دارویی، توصیه‌های غذایی، افزایش فعالیت جسمی، خودکنترلی قند خون و مراقبت مناسب از پاها است (۹). عدم پایبندی به رژیم‌های درمانی منجر به ظهور سریع عوارض دیررس دیابت می‌شود و با کنترل نامطلوب متابولیکی و پیامدهای بالینی ضعیف همراه است (۱۴, ۱۵). در امریکا عدم پایبندی به درمان هزینه‌ای بالغ بر یک بیلیون دلار در سال تحمیل می‌کند در حالی که تنها با افزایش ۲۰ درصدی پایبندی به رژیم‌های درمانی می‌توان هزینه‌ای حدود ۱۰۴۷ دلار به ازای هر بیمار دیابتی صرفه‌جویی کرد (۱۰). نتایج برخی مطالعات نشان داده‌اند که بیش از نیمی از بیماران مبتلا به دیابت دو پایبندی به درمان نامطلوبی دارند و این مطالعات به خوبی نتوانسته‌اند دلایل عدم پایبندی به درمان را در بیماران دیابتی نوع دو تبیین کنند (۳, ۱۶-۱۸).

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-01-29]

[DOI: 10.29252/sjnmp.3.1.1]

پایبندی از رژیم‌درمانی چندبعدی است و علاوه بر مصرف دارو، رژیم فعالیتی و غذایی، اندازه‌گیری قند خون توسط خود بیمار و مراقبت از پاها را نیز شامل می‌شود. همچنین ممکن است پایبندی به یکی از اجزاء ربطی به پایبندی به سایر رژیم‌ها نداشته باشد. به طور مثال میزان پایبندی به داروهای خوراکی کاهنده قند خون ۳۶ تا ۸۷ درصد، میزان پایبندی به انسولین به تنهایی یا مصرف هم‌زمان انسولین و قرص‌های کاهنده قند خون ۵۴ تا ۸۱ درصد، میزان پایبندی به فعالیت‌های جسمی ۱۹ درصد، میزان پایبندی به رژیم غذایی ۶۵ درصد و خودپایشی روزانه قند خون در مصرف‌کنندگان قرص‌های خوراکی ۵ درصد و در مصرف‌کنندگان انسولین ۳۹ درصد گزارش شده است (۱۹, ۲۰).

با توجه به این که هر مطالعه وضعیت پایبندی به رژیم‌درمانی چندبعدی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو را از دریچه‌ای مورد بررسی قرار داده است، مطالعه حاضر با هدف جمع‌بندی یافته‌های بررسی‌های موجود در رابطه با پایبندی به رژیم‌درمانی و عوامل مؤثر بر آن در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام شده است تا با جمع‌بندی یافته‌های بررسی‌های موجود بتوان راهکارهایی مناسب و صحیح برای افزایش پایبندی به رژیم‌درمانی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو ارائه نمود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مروری یکپارچه بر پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه پایبندی به رژیم‌درمانی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو می‌باشد که با روش ۵ مرحله‌ای Cooper (به نقل از Semenic) شامل تدوین مسئله، جمع‌آوری داده‌ها، ارزیابی مطالعات، تجزیه‌وتحلیل و تفسیر و ارائه داده‌ها انجام‌شده است (۲۱). در این راستا کلیه مطالعات فارسی و انگلیسی در بازه زمانی ۱۵ سال مدنظر قرار گرفت. استراتژی جستجوی مقالات فارسی بدین گونه بود که کلیه مقالات چاپ‌شده از تیرماه سال ۱۳۸۸ تا تیرماه ۱۳۹۳ با کلیدواژه‌های پایبندی به درمان، تبعیت از درمان و پیروی از درمان مورد جستجو قرار گرفت و گستره جستجوی مقالات فارسی، بانک‌های اطلاعاتی جهاد دانشگاهی، بانک اطلاعات نشریات کشور، ایران مدکس، پورتال اطلاعات پژوهشی پزشکی کشور و نیندکس بود. در مورد مقالات انگلیسی نیز همین بازه زمانی در نظر گرفته شد و مقالات چاپ شده از ژانویه ۲۰۰۰ تا جولای ۲۰۱۴ در پایگاه‌های اطلاعاتی ملی و بین‌المللی SID، Magiran و Science Direct، PubMed، Google Scholar، Scopus کلیدواژه‌های Concordance، Adherence، Compliance و Diabetes موردبررسی قرار گرفتند. معیار انتخاب مقاله مرتبط بودن خلاصه مقاله با موضوع تحقیق بود، به طور مثال اگر مقاله‌ای در زمینه وضعیت درمان بیماران دیابتی بود که در جستجوی اولیه یافت شده بود ولی با پایبندی به درمان ارتباطی نداشت کنار گذاشته می‌شد و در صورت مرتبط بودن وارد مطالعه می‌شد. در مرحله ارزیابی، اطلاعات لازم از قبیل نام نویسنده، هدف و سال انجام مطالعه، تعداد نمونه و یافته‌های مهم مطالعه در قالب جدول تهیه و مورد بازبینی قرار گرفت و یافته‌های مشابه در یک دسته قرار گرفتند.

یافته‌ها

در جستجوی اولیه ۶۸ مقاله یافت شد که ۱۵ مقاله به دلیل عدم ارتباط با موضوع مورد مطالعه و نگارش به زبان‌های دیگر (به‌جز فارسی و انگلیسی) کنار گذاشته شدند. از میان ۵۳ مقاله مورد بررسی، تنها ۴ مقاله (۷/۶ درصد مقالات) در مجلات داخلی و ۴۳

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-01-29]

[DOI: 10.29252/sjnmp.3.1.1]

مقاله (۹۲/۴ درصد مقالات) در مجلات خارجی منتشر شده بود. از کل مطالعات مورد بررسی، دو مورد کیفی و شش مطالعه مداخله‌ای بود. ۲۲ مورد مطالعات خارجی (۵۱/۱ درصد) در امریکا انجام‌شده بود. نتایج حاصل از استخراج یافته‌های این مقالات روی سه مفهوم عوامل جمعیت شناختی، عوامل بازدارنده و عوامل تسهیل‌کننده پایبندی به درمان متمرکز بود.

الف) عوامل دموگرافیکی: فراوانی پایبندی به درمان در مطالعات مذکور متغیر و در طیف ۲۳ تا ۸۴ درصد بودند (۱۶, ۲۲). در برخی مطالعات سن پایین بازدارنده پایبندی به درمان محسوب می‌شد (۱۷, ۱۸, ۲۳-۲۵). در مطالعه Hertz مردان و در مطالعه Mashitani زنان به رژیم‌های درمانی خود پایبندتر بودند (۲۴, ۲۶).

ب) بازدارنده‌های پایبندی به درمان: در مطالعات مختلف به مجموعه‌ای از عوامل بازدارنده پایبندی به درمان اشاره شده بود عبارت بودند از: افسردگی (۱۹, ۲۷, ۲۸)، مشکلات مالی (۷, ۱۸, ۲۲)، عدم اطمینان به آینده و نیاز به اطلاعات، عدم‌حمایت خانوادگی، پذیرش ضعیف توصیه‌ها (۱۸)، مشکلات حافظه (۲۲, ۲۹)، مشکلات روانی (۳۰)، مجرد بودن، شاغل بودن، تحصیلات پایین (۲۵)، تجربه عوارض جانبی داروها (۷, ۲۲)، تجربه عوارض بیماری (۱۸, ۳۱)، مصرف هم‌زمان چندین دارو (۷, ۲۲, ۳۲)، پیچیده بودن رژیم‌درمانی (۲۲, ۳۳)، وقایع استرس‌زای زندگی (۳۴)، دانش پایین در مورد دیابت (۱۷)، چاقی، افزایش تعداد تزریقات روزانه انسولین (۲۶)، وضعیت اجتماعی پایین (۲۳)، شروع درمان با انسولین، مصرف مهارکننده‌های گلوکوزیداز (۲۴).

ج) تسهیل‌کننده‌های پایبندی به درمان: مهم‌ترین عواملی که شانس پایبندی به درمان را افزایش می‌داد عبارت بودند از: انگیزه‌های سلامتی و تلاش برای بهبودی (۳۵)، پیگیری توصیه‌های درمانی و نسخه‌های پزشکی (۳۵)، سواد سلامتی بالا (۳۶, ۳۷)، تأهل (۳, ۳۸)، اعتقاد به ضروری بودن داروها (۳, ۳۸)، توانمندسازی (۳۹)، خودکارآمدی، درک بالا نسبت به بیماری (۴۰)، حمایت از بیمار (۳۸, ۴۱)، نظارت بر کنترل قند خون و ارائه طرح‌هایی در این زمینه (۳۸)، تبدیل انسولین ویالی به قلم‌های انسولین (۴۲)، ترس از بروز عوارض بیماری، رضایت ازتیم درمان، مشاهده شروع عوارض بیماری، مشاهده بهبودی وضعیت (۱).

جدول ۱: ویژگی‌های مطالعات انجام‌شده در رابطه پایبندی به درمان در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در جهان (از سال ۲۰۰۰ به بعد) و ایران

نویسنده	هدف مطالعه	مشخصات جامعه موردمطالعه	نتایج پژوهش
لوپز و همکاران (۲۰۱۴)، امریکا	بررسی تأثیر هیپوگلیسمی بر پایبندی به درمان، بهره‌وری کاری و کیفیت زندگی.	تعداد: ۶۰۶۵ میانگین سنی ۶۰ زن: ۴۰ درصد	پایبندی به درمان در ۷۷ درصد بیماران متوسط و پایین بود. کمترین پایبندی در بیماران با سابقه هیپوگلیسمی مشاهده شد.
وریس و همکاران (۲۰۱۴)، هلند	بررسی ارتباط بین اعتقادات و پیچیدگی‌های دارویی با عدم پایبندی به درمان.	تعداد: ۱۳۳ میانگین سنی ۶۶ زن: ۵۰ درصد	اعتقادات به ضروری بودن دارو و درمان در سه دسته بیماران دارای پایبندی به درمان، عدم پایبندی عمدی و غیرعمدی تفاوت معنی‌داری با هم نداشت اما پیچیدگی درمان با عدم پایبندی به درمان ارتباط داشت.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-01-29]

[DOI: 10.29252/sjnmp.3.1.1]

آبرامسون و همکاران (۲۰۱۴)، امریکا	بررسی ارتباط بین وقایع استرس‌زای زندگی با پایبندی به درمان	تعداد: ۴۹۷ زن: ۶۶ درصد	با افزایش تعداد وقایع استرس‌زای زندگی، شانس عدم پایبندی به داروهای خوراکی دیابت افزایش می‌یافت.
سویله و همکاران (۲۰۱۴)، فلسطین	بررسی پایبندی به درمان و ارتباط بالقوه آن با اعتقادات و دانش	تعداد: ۴۵۰ میانگین سنی: ۵۸ زن: ۵۳ درصد	۴۲/۷ درصد بیماران به رژیم‌درمانی خود پایبند نبودند. وضعیت تأهل، وجود بیماری‌های مزمن دیگر، تعداد درمان‌های بیماری‌های مزمن، دانش مرتبط با بیماری، اعتقاد به ضروری بودن درمان‌های دیابت، نگرانی در مورد عواقب داروهای دیابتی، اعتقاد به مضر بودن دارو در حالت کلی با عدم پایبندی به درمان ارتباط داشتند.
آریفولا و همکاران (۲۰۱۴)، امارات متحده عربی	بررسی پایبندی به داروهای کاهنده قند خون و عوامل مرتبط با آن	تعداد: ۱۳۲ میانگین سنی ۵۴ زن: ۵۳ درصد	میزان پایبندی به درمان ۸۴ درصد بود و شایع‌ترین دلایل اصلی عدم پایبندی عبارت بودند از: فراموشی، فقدان منابع مالی، تداخلات غذایی، چند دارویی، مشغله زیاد، احساس بی‌اثر بودن دارو، عوارض جانبی داروها و پیچیدگی رژیم‌های دارویی.
احمد و همکاران (۲۰۱۳)، مالزی	بررسی عدم پایبندی به درمان و عوامل مرتبط با آن	تعداد: ۵۵۷ میانگین سنی ۵۵/۹ زن:۶۳/۲ درصد	۵۳ درصد بیماران دیابتی به رژیم‌های درمانی خود پایبند نبودند. سه عامل سن پایین، دانش کم در مورد درمان و وجود بیماری‌های زمینه‌ای با عدم پایبندی به درمان ارتباط داشتند.
لیم و همکاران (۲۰۱۳)، کره جنوبی	بررسی ارتباط بین درجه پایبندی به توصیه‌های درمانی و اداره دیابت	تعداد: ۷۲۶ میانگین سنی: ۶۳	افرادی که به بیش از پنج توصیه سبک زندگی پایبند بودند نسبت به بیماران با پایبندی کمتر، سطح چربی و قند خون پایین‌تر، دور کمر و شاخص توده بدنی کمتر و هموگلوبین گلیکوزیله پایین‌تری داشتند.
گراندی و همکاران (۲۰۱۳)، امریکا	بررسی مقایسه‌ای پایبندی به درمان در بیماران دیابتی دارای کاهش وزن و فاقد کاهش وزن	۳۶۷۲ نفر	بیماران دیابتی که کاهش وزن ۱ درصد تا ۳ درصد و تا ۵ درصد داشتند نسبت به بیمارانی که وزنشان ۱ درصد افزایش‌یافته بود، به‌طور معنی‌داری پایبندی به درمان مطلوب‌تری داشتند.
آدیسا و همکاران (۲۰۱۳)، نیجریه	تعیین تأثیر تعداد داروهای دیابتی روی پایبندی به درمان	تعداد: ۱۷۶ میانگین سنی: ۶۰ زن: ۶۱ درصد	میزان پایبندی دارویی در افرادی که بیش از چهار قلم دارو دریافت می‌کردند بهتر از افرادی بود که کمتر از چهار قلم دارو می‌گرفتند. همچنین میانگین قند خون بیمارانی که بیش از چهار قلم دارو دریافت می‌کردند از سایر بیماران کمتر بود.
ماشیتانی (۲۰۱۳)، ژاپن	بررسی ارتباط بین پایبندی به درمان انسولین با کنترل قند خون	۱۴۴۱ نفر میانگین سنی: ۶۵/۴	۷۰/۶ درصد بیماران به درمان انسولین پایبند بودند. بین پایبندی به درمان انسولین و کنترل قند خون ارتباط وجود داشت.
ژانگ و همکاران (۲۰۱۳)، چین	تأثیر استرس و افسردگی بر پایبندی به درمان	تعداد: ۲۰۰ میانگین سنی ۵۶ زن: ۵۲ درصد	افسردگی و روش درمان مهم‌ترین عوامل خطر پایبندی ضعیف به درمان بودند. استرس با افزایش خطر افسردگی منجر به کاهش پایبندی به درمان می‌شود.
راتانونگسا (۲۰۱۳)، امریکا	بررسی رابطه برقراری ارتباط با پایبندی به درمان	تعداد: ۹۳۷۷ میانگین سنی: ۵۹/۵	به ترتیب ۲۰ درصد، ۲۱ درصد و ۲۵ درصد بیماران نسبت به داروهای فشارخون، چربی خون و کاهنده قند خون پایبندی ضعیفی داشتند. با کاهش ارتباطات، میزان پایبندی به درمان نیز کاهش می‌یافت.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-01-29]

[DOI: 10.29252/sjnmp.3.1.1]

نگارنده و همکاران (۲۰۱۳)، ایران	بررسی تأثیر دو روش آموزشی teach-back و pictorial بر آگاهی و پایبندی به رژیم دارویی و غذایی بیماران دیابتی	۱۲۷ بیمار دیابتی، ۵۴، مرد میانگین سنی گروه کنترل ۴۹ سال و گروه‌های مداخله ۵۰ و ۵۱ سال.	روش‌های آموزشی teach-back و pictorial در بیماران دیابتی نوع دو دارای سواد بهداشتی پایین منجر به افزایش آگاهی و پایبندی به درمان می‌شد.
وایت و همکاران (۲۰۱۲)، انگلستان	بررسی همبستگی پایبندی به درمان با داروهای کاهنده قند	تعداد: ۶۰ میانگین سنی: ۷۰ زن: ۳۳ درصد	۵۸ درصد بیماران تنها یک دارو می‌گرفتند. تنها ۶/۷ بیماران کمتر از ۹۰ درصد دوز تجویزی را دریافت کرده بودند. دوز تجویزی با سن همبستگی مستقیم و با HbA_{1C} همبستگی معکوس و معنی‌داری داشت.
مایبری و اُزبورن (۲۰۱۲)، امریکا	بررسی درک بیماران از دانش خود مراقبتی اعضای خانواده بیماران و رفتارهای حمایتی و غیر حمایتی اعضای خانواده و کنترل قند خون	تعداد: ۶۱ میانگین سنی: ۵۷	بین حمایت خانوادگی کم با پایبندی به درمان ضعیف ارتباط وجود داشت. دو نوع رفتار غیر حمایتی توسط مشارکت‌کنندگان گزارش شد: ۱) کارشکنی: اعضای خانواده که در مورد دیابت مطلع بودند اما کمکی به بیمار نمی‌کردند و ۲) کمک عقیم: اعضای خانواده با ایجاد تعارض و مداخله در امورات خودمراقبتی بیمار به وی کمک می‌کردند.
تیو و همکاران (۲۰۱۲)، فرانسه	ارزیابی خود گزارشی پایبندی به درمان و عوامل مرتبط یا پایبندی به درمان نامطلوب در بیماران دیابتی نوع دو	تعداد: ۳۶۳۷ میانگین سنی: ۶۵ سال	۳۹ درصد پایبندی به درمان مطلوب داشتند. سن کمتر ۴۵ سال، موقعیت جغرافیایی غیراروپایی، مشکلات مالی، فعالیت حرفه‌ای، هموگلوبین گلیکوزیله بیش از ۸ درصد، وجود عوارض دیابت، مشکل در تهیه دارو به تنهایی، تصمیم‌گیری فقط توسط بیمار، پذیرش ضعیف توصیه‌های درمانی، عدم‌حمایت خانوادگی و اجتماعی، نیاز به اطلاعات، عدم اطمینان به آینده و نیاز به حمایت درمانی جزء عوامل خطر پایبندی ضعیف به درمان بودند.
هرناندز تیجادا و همکاران (۲۰۱۲)، امریکا	بررسی تأثیر توانمندسازی روی پایبندی به درمان و رفتارهای خودمراقبتی	تعداد: ۳۷۸ زن: ۶۹ درصد	توانمندسازی با افزایش پایبندی به درمان مطلوب، افزایش دانش دیابتی، رفتارهای خودمراقبتی از قبیل رژیم غذایی، فعالیت، قند خون ناشتا و مراقبت از پا ارتباط داشت.
ناگریبیتسکی و همکاران (۲۰۱۲)، انگلستان	تحلیل پیش‌بینی کننده‌های کنترل قند خون از قبیل پایبندی به درمان و شاخص توده بدنی	تعداد: ۲۱۱ میانگین سنی: ۶۲	افزایش سن با کنترل قند خون همبستگی قوی داشت. سن بالا، داشتن هموگلوبین گلیکوزیله پایین، شاخص توده بدنی پایین، تعداد داروی مصرفی کمتر از پنج قلم پیش‌بینی کننده‌های خوب کنترل قند خون بودند.
والکر و همکاران (۲۰۱۲)، امریکا	بررسی ارتباط بین تقدیرگرایی دیابت با پایبندی به درمان و رفتارهای خودمراقبتی	تعداد: ۳۷۸ زن: ۶۹ درصد	تقدیرگرایی با پایبندی به درمان ضعیف، دانش در مورد دیابت، رژیم غذایی، فعالیت و تست قند خون ارتباط داشت ولی با مراقبت از پا ارتباطی وجود نداشت. پس از واردکردن متغیر افسردگی به مدل باز ارتباط بین تقدیرگرایی با رفتارهای خودمراقبتی ذکرشده معنادار بود.
بونجر (۲۰۱۲)، امریکا	بررسی تأثیر درمان افسردگی بیماران دیابتی روی پایبندی به درمان	۸۸ بیمار در گروه کنترل (میانگین سنی ۵۷ سال، ۶۶ درصد زن) و ۹۲ بیمار در گروه	هموگلوبین گلیکوزیله در بیماران گروه مداخله نسبت به گروه دریافت‌کننده مراقبت روتین کاهش بیشتری یافته بود (۶۰/۹ درصد در مقابل ۳۵/۷ درصد). میزان

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-01-29]

[DOI: 10.29252/sjnmp.3.1.1]

		مداخله (میانگین سنی ۵۷ سال و ۶۴ درصد زن)	هموگلوبین گلیکوزیله بیماران گروه مداخله پس از درمان نسبت به قبل از درمان افت معنی‌داری داشته بود.
اُزبورن و همکاران (۲۰۱۲)، امریکا	بررسی ارتباط افسردگی و حمایت اجتماعی روی پایبندی به درمان	تعداد: ۱۳۹ میانگین سنی: ۶۲/۷ زن: ۷۲ درصد	۲۳/۸ درصد دارای افسردگی متوسط و ۱۴/۳ درصد دارای افسردگی شدید بودند. علائم افسردگی به‌طور غیرمستقیم از طریق کاهش حمایت اجتماعی با عدم پایبندی به درمان ارتباط داشت.
رائوم (۲۰۱۲)، آلمان	بررسی ارتباط بین جنسیت با پایبندی به درمان و کنترل ضعیف قند خون	۱۱۴۲ نفر میانگین سنی: ۶۸/۳ زن:۴۵/۴ درصد	۲۳/۸ درصد بیماران به رژیم‌های درمانی خود پایبند نبودند. عدم پایبندی به درمان در جوانان، افراد با تحصیلات کمتر، مجرد و شاغل شایع‌تر بود.
ریج (۲۰۱۱)، فرانسه	بررسی مکانیسم پایبندی به درمان	تعداد: ۶۷۰ میانگین سنی: ۶۰ زن: ۵۳ درصد	۲۰/۱ درصد بیماران به رژیم‌های درمانی پایبند نبودند. میزان HbA_{1C} مساوی و کمتر از هفت، وجود انگیزه‌های سلامتی، آمادگی و تلاش برای بهبود بیماری، پیگیری نسخه‌های پزشک و دانش در مورد سطح هموگلوبین گلیکوزیله با پایبندی به درمان ارتباط داشت.
وایب و همکاران (۲۰۱۱)، اتیوپی	بررسی پایبندی به درمان و خودمدیریتی دیابت در بین بیماران دیابتی نوع دو	تعداد: ۳۸۴ میانگین سنی: ۴۸ زن: ۴۹ درصد	تنها ۴۱/۸ درصد بیماران قند خونشان تحت کنترل بود. مشکل مالی، عوارض جانبی داروها و تعدد دارویی شایع‌ترین دلایل عدم پایبندی به درمان دارویی بود.
زاهد نژاد و همکاران (۲۰۱۱)، ایران	بررسی ارتباط بین حافظه، منبع کنترل سلامت و پایبندی به درمان	تعداد: ۱۲۰ سن: ۱۵ تا ۷۰ ساله	بین پایبندی به درمان و منابع داخلی و خارجی کنترل سلامت همبستگی مثبت و معنی‌دار و بین حافظه با پایبندی به درمان همبستگی منفی و معنی‌داری وجود داشت. بیمارانی که اختلال حافظه کمتری دارند و مسئولین سلامت مثل پزشک را می‌شناسند به رژیم‌های درمانی خود پایبندتر هستند.
کرینبول (۲۰۱۱)، امریکا	بررسی مقایسه‌ای پایبندی به درمان و کنترل قند خون بیماران دیابتی دارای مشکلات روانی و بیماران دیابتی فاقد مشکلات روانی	۴۴ بیمار دیابتی دارای مشکل روانی و ۳۰ بیمار دیابتی فاقد مشکل روانی	دو گروه از نظر مدیریت رژیم‌های پیچیده درمانی با هم تفاوتی نداشتند. بیماران دارای مشکلات روانی نسبت به بیماران فاقد مشکلات روانی به رژیم‌درمانی خود پایبندتر بودند و HbA_{1C} کمتری داشتند.
اُزبورن و همکاران (۲۰۱۱)، امریکا	بررسی رابطه سواد بهداشتی و توانایی محاسبه روزانه با پایبندی به درمان	تعداد: ۳۹۸ میانگین سنی: ۵۴	بین سواد بهداشتی با پایبندی به درمان همبستگی مثبت و معناداری وجود داشت، اما بین توانایی محاسبه و پایبندی به درمان ارتباطی وجود نداشت.
پارک و همکاران (۲۰۱۱)، کره	بررسی ارتباط بین پایبندی به درمان با بروز اختلالات مغزی	تعداد: ۱۱۱۴	میزان بروز اختلالات مغزی ۶/۱ درصد بود. عدم پایبندی به درمان و سن زیر ۵۴ سال در مقایسه با سن بالای ۵۴ سال با بروز اختلالات مغزی ارتباط داشتند.
پاتل و همکاران (۲۰۱۰)، امریکا	بررسی ارتباط بین سن با پایبندی به درمان در بیماران دیابتی نوع دو با درآمد پایین.	تعداد: ۳۱۶۴	پایبندی به درمان در گروه سنی بالای ۶۵ سال مطلوب‌تر بود. هر بیماری زمینه‌ای ۱/۳ درصد پایبندی به درمان را کاهش می‌داد.
نیکلت و لیانج (۲۰۱۰)،	رابطه حمایت از رژیم‌های	۱۷۸۸ سالمند دیابتی	حمایت از دیابت با پایبندی به فعالیت‌های ارتقاء دهنده

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-01-29]

[DOI: 10.29252/sjnmp.3.1.1]

امریکا	درمانی با سلامتی		سلامتی ارتباط داشت.
شمس و همکاران (۲۰۱۰)، مصر	بررسی عدم تبعیت از درمان و عوامل مرتبط با آن	تعداد: ۴۱۷ ۶۱ درصد بیماران در محدوده سنی ۴۱ تا ۶۰ سال بودند. زن: ۴۳ درصد	مهم‌ترین عوامل مؤثر بر پایبندی به درمان عبارت بودند از وضعیت تأهل، حمایت خانواده و سطح اقتصادی اجتماعی. دانش بیمار در مورد بیماری خود، اعتقادات و انگیزه بیمار از داروها، نظارت بیمار بر کنترل سطح قند خون.
یو و همکاران (۲۰۱۰)، امریکا	برآورد اثرات پایبندی به داروهای کاهنده قند خون روی کاهش عوارض میکروواسکولار	تعداد: ۴۷۰۸ میانگین سنی: ۶۱ زن: ۶۰ درصد	۵۶/۲ درصد بیماران دیابتی نوع دو، عوارض میکروواسکولار را تجربه کرده بودند. پایبندی به داروهای کاهنده قند خون، عوارض میکروواسکولار را کاهش می‌دهد.
پارک و همکاران (۲۰۱۰)، کره جنوبی	ارزیابی عوامل مؤثر بر پایبندی به درمان سالمندان	تعداد: ۲۶۵ سن: بالای ۶۵ سال	ذخیره دارویی و خودکارآمدی به طور معنی‌داری با پایبندی به درمان ارتباط دارند. پایبندی به درمان در بیماران با وضعیت مالی پایین بهتر از بیماران با وضعیت مالی متوسط بود. همچنین پایبندی به درمان در بیماران با درک بالاتر نسبت به بیماری و خودکارآمدی بالاتر مطلوب‌تر بود.
گونزالس و همکاران (۲۰۱۰)، امریکا	بررسی تأثیر درمان رفتارشناختی روی پایبندی به درمان و افسردگی بیماران دیابتی نوع دو	۵ بیمار	پس از جلسات درمانی علائم افسردگی در تمام بیماران کاهش و رفتارهای خود مراقبتی ارتقاء یافته بود.
سونگ و کیم (۲۰۰۹)، کره	بررسی تأثیر برنامه مراقبت فشرده پیامدهای دیابت (DOIMP) روی هموگلوبین گلیکوزیله و پایبندی به درمان بیماران دیابتی	۲۵ نفر در گروه مداخله (میانگین سنی ۵۱ سال) و ۲۴ نفر در گروه کنترل (میانگین سنی ۴۹/۵ سال)	برنامه مراقبت فشرده پیامدهای دیابت می‌تواند میزان هموگلوبین گلیکوزیله را کاهش و پایبندی به رژیم غذایی را بهبود بخشد.
ویلیامز و همکاران (۲۰۰۹)، امریکا	به کار بردن مدل خود تعیین گری برای پیش‌بینی پایبندی به درمان و کیفیت زندگی بیماران دیابتی	تعداد: ۲۰۳۸	مدل STD در زمینه رفتارهای سلامتی یک چارچوب برای درک کیفیت زندگی و پایبندی به درمان ارائه می‌دهد.
چیو (۲۰۰۹)، تایوان	بررسی تأثیر برنامه آموزشی مراقبت از دیابت و تقویت کنترل قند خون	تعداد: ۱۸۰ بیمار گروه مداخله: ۹۸ بیمار گروه کنترل: ۸۲ بیمار	گروه مداخله سه دوره آموزشی دیابت گذرانیده بودند. در پیگیری ۱۲ ماهه میزان HbA_{1C} در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل کاهش بیشتری یافته بود (۲/۵ درصد در مقابل ۱/۱ درصد).
اسمیتدل و همکاران (۲۰۰۸)، امریکا	بررسی اهمیت نسبی پایبندی به درمان در مقابل کمبود پزشک و تشدید بیماری	تعداد: ۱۶۱۶۹۷ میانگین سنی: ۶۱ مرد:۵۲ درصد	در رابطه با داروهای کاهنده قند خون، ۲۳ درصد بیماران پایبندی ضعیفی به دارودرمانی داشتند، در مورد ۳۰ درصد بیماران مدرکی دال بر پایبندی ضعیف به درمان وجود نداشت و طی سه ماه گذشته آن‌ها درمانی مبتنی بر تشدید بیماری خود دریافت نکرده بودند. ۴۷ درصد بیماران داروی مبتنی بر این‌که بیماری‌شان شدت گرفته است، دریافت کرده بودند به‌طوری‌که برای

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-01-29]

[DOI: 10.29252/sjnmp.3.1.1]

			یک‌سوم این گروه از بیماران درمان با انسولین شروع‌شده بود. ۲۱ درصد پایبندی ضعیفی به داروهای کاهنده چربی خون و ۲۰ درصد پایبندی ضعیفی به داروهای فشارخون داشتند، به ترتیب در ۴۷ درصد و ۴۳ درصد بیماران مدرک دال بر عدم پایبندی به داروهای کاهنده چربی خون و فشارخون وجود نداشت و داروهایی مبنی بر تشدید بیماری‌شان نگرفته بودند.
چائو و همکاران (۲۰۰۷)، امریکا	بررسی ارتباط بین درک و تجربه عوارض جانبی داروهای خوراکی کاهنده قند خون با پایبندی به آن داروها	تعداد: ۴۴۵ میانگین سنی: ۵۶ مرد: ۵۰ درصد	۳۳/۳ درصد بیماران عوارض جانبی داروهای کاهنده قند خون را تجربه کرده بودند و ۸۵ درصد این بیماران در این مورد با پزشک ارتباط داشته بودند. بین تجربه عوارض جانبی داروها با عدم پایبندی به داروهای خوراکی کاهنده قند خون ارتباط معنی‌داری وجود داشت.
ورمایر و همکاران (۲۰۰۷)، بلژیک	بررسی موانع پایبندی به درمان با اتنوگرافی	۳۹ فوکوس گروپ با ۲۴۶ بیمار از ۷ کشور اروپایی	مهم‌ترین تم‌های به‌دست‌آمده در این مطالعه عبارت بودند از: تشخیص دیابت، اطلاعات، شخص و زمینه، آگاهی از بدن، ارتباط با ارائه‌دهندگان خدمات سلامتی. مردم احساس می‌کردند به اندازه کافی هشدار در زمینه بروز دیابت دریافت نکرده بودند. هرچند اطلاعات زیادی به مردم ارائه شده بود اما اغلب غیرقابل فهم و فراموش‌شدنی بودند و یا در زمان مناسب ارائه نشده بود. باور به جدی بیماری و رفتارهای خود مدیریتی انگیزه‌ای برای سازگاری و تحمل بود. شکستن رژیم غذایی تحت موقعیت‌های اجتماعی و عدم همکاری خانواده با رژیم غذایی بیمار و عدم تمایل به پیروی از آن رژیم برای بیماران مشکل بود.
نائو و همکاران (۲۰۰۷)، امریکا	تعیین اثر اصلی و متقابل افسردگی و جنسیت روی پایبندی به درمان	۳۹۱ نفر مرد: ۵۰ درصد	۸۶/۷ درصد بیماران از عوارض دیابت از قبیل قطع عضو، بیماری قلبی، افزایش سطح چربی، مشکلات چشمی و عصبی رنج می‌بردند. بین جنسیت زنانه با افسردگی ارتباط وجود داشت اما بین جنسیت با پایبندی به درمان ارتباطی وجود نداشت. اثر متقابل افسردگی و جنسیت روی پایبندی به درمان معنی‌دار بود.
بزی و همکاران (۲۰۰۶)، فرانسه	بررسی عوامل مؤثر بر پایبندی به درمان	تعداد: ۹۴ میانگین سنی: ۶۲ مرد: ۶۵ درصد	۳۵/۱ درصد پیروی ضعیفی از درمان‌های دارویی داشتند. بیمارانی که پیروی ضعیفی از داروها داشتند نسبت به سایر بیماران سن و سابقه بیماری و شکایات بالینی کمتری داشتند و از نظر اجتماعی در وضعیت پایین‌تری بودند. تعداد دارو و دوز روزانه دارو با پایبندی به درمان ارتباطی نداشت.
لی و همکاران (۲۰۰۶)،	بررسی تأثیر پایبندی به درمان،		با تبدیل انسولین‌های ویال/سرنگ به قلم، میزان پایبندی

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-01-29]

[DOI: 10.29252/sjnmp.3.1.1]

امریکا	حوادث اُفت قند خون، استفاده از منابع و هزینه‌های مراقبتی حاصل از تبدیل انسولین ویال/سرنگ به قلم‌های انسولین آنالوگ	تعداد: ۱۱۵۶ میانگین سنی: ۴۵ زن: ۴۷ درصد	به درمان به طور معنی‌داری افزایش و احتمال بروز حوادث هیپوگلیسمیک به طور معنی‌داری کاهش یافت.
نامیراچ و ماندرسون (۲۰۰۶)، تایلند	چگونگی درک کنترل در بیماران دیابتی	۲۱ نفر، مطالعه کیفی	توضیحات افراد از کنترل و پایبندی به درمان با فلسفه بودایی و هنجارهای تایلندی حاکم بر زندگی روزمره آن‌ها سازگار بود.
چائو و همکاران (۲۰۰۵)، امریکا	بررسی اعتقادات بیماران دیابتی در رابطه با نشانه‌های افسردگی و پایبندی به درمان	تعداد: ۴۴۵ میانگین سنی: ۵۶ زن: ۴۹ درصد	۵۱/۸ درصد پایبندی به درمان بالا و ۴۵/۴ درصد پایبندی به درمان متوسطی داشتند. ۱۵/۷ درصد دارای علائم افسردگی بودند. بیماران افسرده، پایبندی به درمان کمتری داشتند. بین اعتقادات به دیابت و افسردگی ارتباط وجود داشت.
هرتز و همکاران (۲۰۰۵)، امریکا	بررسی پایبندی به درمان در بیماران دیابتی که به‌تازگی تحت درمان قرارگرفته‌اند	تعداد: ۶۰۹۰ میانگین سنی: ۵۱ زن: ۴۶/۵ درصد	سن، جنسیت، شروع درمان با انسولین و مهارکننده‌های گلوکوزیداز مهم‌ترین عوامل خطر عدم پایبندی زودهنگام به رژیم‌درمانی بودند.
پارک و همکاران (۲۰۰۴)، کره جنوبی	بررسی ارتباط نشانه‌های افسردگی بیماران دیابتی نوع دو با پایبندی به رفتارهای خودمراقبتی	تعداد: ۱۶۸ میانگی سنی: ۴۹	بیمار افسرده یا خانواده آن‌ها ۶ برابر بیشتر از بیمار غیر افسرده و خانواده‌اش در برنامه‌های آموزشی شرکت نمی‌کنند.
باکریشنان و همکاران (۲۰۰۳)، امریکا	تعیین پیش‌بینی کننده‌های پایبندی‌های دارویی در سالمندان دیابتی و تعیین ارتباط آن با خدمات مراقبتی بهداشتی	تعداد: ۷۷۵ سن: بالای ۶۵ سال	۷۷، بیماران قرص، ۱۳ درصد انسولین و ۱۰ درصد ترکیبی از قرص و انسولین مصرف می‌کردند. افزایش پایبندی به رژیم‌های درمانی بیماران دیابتی با کاهش هزینه‌های درمانی ارتباط داشت به‌طوری‌که با افزایش ۱۰ درصد پایبندی به درمان هزینه‌های درمانی بیماران ۸/۶ تا ۲۸/۹ درصد در سال کاهش می‌یافت.
وینکلر و همکاران (۲۰۰۲)، سوئیس	بررسی پایبندی به درمان دارویی سولفونیل اوره با روش‌های مختلف	تعداد: ۱۹ گروه سنی: سالمند زن: ۳۱/۵ درصد	پایبندی به درمان با سه روش شمارش قرص، مانیتورینگ دارویی و مانیتورینگ رژیم غذایی به طور معنی‌داری در مصرف یک‌بار در روز دارو بیشتر از مصارف دو بار و سه بار در روز بود.
کوشیار و همکاران (۲۰۱۴)	بررسی ارتباط بین سواد سلامت با پایبندی به درمان	۳۰۰ بیمار دیابتی سالمند با میانگین سنی ۶۴ سال زن: ۶۵ درصد	بیماران دارای سواد سلامت کافی، پایبندی بیشتری به رژیم‌های دارویی، فعالیتی و غذایی داشتند و میزان HbA_{1c} کمتری داشتند.
طل و همکاران (۲۰۱۳)	بررسی سازگاری شناختی در پایبندی به درمان و تعیین عوامل مؤثر بر این	تعداد: ۴۸۰ زن: ۵۷/۷ درصد	بین متأهل بودن، جنسیت، مدت ابتلا ۵ تا ۱۰ ساله به دیابت، شغل، تحصیلات، سابقه خانوادگی دیابت، گروه سنی، درآمد، بیماری‌های زمینه‌ای و HbA_{1C} با سازگاری شناختی در پایبندی به درمان ارتباط معنی‌داری داشتند

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-01-29]

[DOI: 10.29252/sjnmp.3.1.1]

ذاکری مقدم و همکاران (۲۰۰۹)	بررسی تأثیر پیگیری‌های تلفنی پرستار بر پایبندی به رژیم غذایی بیماران دیابتی نوع دو	تعداد: ۶۰ ۸۰ درصد گروه شاهد و ۳۶/۷ درصد گروه تجربه زن بودند.	میزان پایبندی به رژیم غذایی پس از مداخله (پیگیری‌های تلفنی توسط پرستار) در گروه تجربه (۷۳/۳ درصد) به طور معنی‌داری بیشتر از گروه شاهد (۵۵/۳ درصد) بود. میزان پایبندی به رژیم غذایی در هر دو گروه بعد از مداخله به طور معنی‌داری افزایش‌یافته بود.
دوستی ایرانی و همکاران (۲۰۰۹)	بررسی تجربه بیماران از عوامل تسهیل‌کننده‌ی پایبندی به رژیم‌درمانی	مطالعه پدیدارشناسی توصیفی روی ۱۱ بیمار دیابتی	مهم‌ترین مفاهیمی که در تجربه بیماران به عنوان عاملی در راستای تسهیل عملکرد و افزایش انگیزه فرد در پایبندی به رژیم‌درمانی مطرح شد عبارت بودند از: ترس از ابتلا به عوارض دیابت، رضایت از گروه درمان به دلیل نظم کاری و پیگیری‌ها، حمایت از سوی خانواده، هشدار عینی به‌صورت مشاهده علائم اولیه عوارض بیماری در فرد، بازخورد و رضایت از درمان به‌صورت احساس توانایی کنترل بیماری با مشاهده نتیجه آزمایش‌ها

بحث و نتیجه‌گیری

مقالات ارائه‌شده در این مرور نظام‌مند تصویری از جنبه‌های مختلف عوامل مؤثر بر پایبندی به رژیم‌های درمانی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو ارائه کرده‌اند که در سه بخش فراوانی و عوامل دموگرافیکی، عوامل بازدارنده و تسهیل‌کننده موردبحث قرار می‌گیرند.

۱۷ مقاله (۳۶/۱ درصد مقالات) به عوامل بازدارنده پایبندی به رژیم‌درمانی اشاره‌کرده‌اند (۷, ۱۷-۱۹, ۲۲-۳۴) و سه بازدارنده مهم افسردگی، مشکلات مالی و تعدد دارویی بیشترین اشارات مقالات را به خود اختصاص داده بودند. شیوع افسردگی در بیماران دیابتی در غربالگری‌ها حدود ۲۵ تا ۳۵ درصد و شیوع افسردگی ماژور حدود ۵ تا ۹ درصد برآورد شده است (۸). انگیزه ضعیف، حمایت اجتماعی ناکافی، کاهش توجه و حافظه بیماران افسرده را مستعد عدم پایبندی به درمان می‌کند. اعتقادات بیمار افسرده هم روی پایبندی به درمان تأثیر دارد زیرا که بیمار افسرده ممکن است به دلیل بدبینی یا احساس ناامیدی نتواند مزایا و منافع درمان را درک کند (۴۳).

افسردگی با ایجاد تغییرات بالقوه در درک بیماری منجر به اختلال در خود مدیریتی بیماری، افزایش مرگ‌ومیر، محدودیت‌های عملکردی و افزایش هزینه‌های درمانی می‌شود (۴۴). نتایج مطالعه Gonzalez و همکاران روی بیماران دیابتی نشان داد با درمان افسردگی رفتارهای خودمراقبتی ارتقاء می‌یابد (۹).

پایبند بودن به رژیم غذایی مناسب، فعالیت‌های جسمی، تهیه دارو، اندازه‌گیری قند خون و تهیه دستگاه سنجش قند خون (گلوکومتر) و مراقبت مطلوب از پا نیازمند هزینه است و مشکلات مالی منجر به چشم‌پوشی از برخی رفتارهای خود مراقبتی می‌شود. هزینه‌های درمانی یک عامل بازدارنده ادامه درمان در بیماران مبتلا به دیابت مخصوصاً برای بیماران با وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین و بیماران فاقد پوشش بیمه‌های بیمه‌های درمانی است. بر اساس نتایج برنامه غربالگری دیابت در نیومکزیکو، درآمد سالانه پایین و عدم بیمه درمانی از موانع اصلی پیگیری‌های درمانی بیماران مبتلا به دیابت بود، زیرا که در آن

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-01-29]

[DOI: 10.29252/sjnmp.3.1.1]

مطالعه ۶۰ درصد بیماران فاقد پوشش بیمه و ۶ درصد بیماران دارای بیمه درمانی وضعیت درمانی خود را پیگیری نکرده بودند. Nam می‌نویسد که برخی بیماران مبتلا به دیابت برای کاهش هزینه‌های درمانی خود قرص‌هایشان را در هر وعده نصف کرده و مصرف می‌کردند (۴۴). Balkrishnan می‌نویسد که با افزایش ۱۰ درصدی پایبندی به درمان می‌توان هزینه‌های درمانی را تا یک‌چهارم کاهش داد (۴۵).

در مطالعه Nagrebetsky و همکاران مصرف کمتر از پنج قلم دارو قوی‌ترین پیش‌بینی کننده کنترل قند خون بود (۴۶). در مطالعه Adisa بر خلاف مطالعات مذکور، میزان پایبندی به درمان در بیمارانی که بیش از ۴ قلم دارو دریافت می‌کردند بیشتر از سایر بیماران بود (۴۷). در مطالعه Bezie و همکاران بین تعداد داروها و دوز دریافتی با پایبندی به درمان ارتباطی وجود نداشت. محققان در رابطه با نتیجه مطالعه خود پیشنهاد کرده بودند که پزشکان به‌جای افزودن داروی دوم و سوم به برنامه دارویی بیمار و یا تغییر داروها، بهتر است در زمینه وضعیت پایبندی به درمان با بیماران خود مذاکره و گفتگو کنند (۲۳).

ده مقاله (۲۱/۲ درصد مقالات) به عوامل تسهیل‌کننده پایبندی به درمان اشاره‌کرده بودند (۱, ۳, ۳۵-۴۲) که در آن میان عوامل وضعیت تأهل، حمایت خانوادگی از بیمار و سطح سواد سلامت بالا بیشترین مقالات را به خود اختصاص داده بودند. وضعیت تأهل و حمایت خانوادگی از بیمار یک موضوع واحد و از یک ریشه هستند. با توجه به این‌که بخش عمده‌ای از مراقبت‌های بیماران دیابتی در منزل انجام می‌شود، نمی‌توان نقش حمایتی خانواده را پایبندی به درمان نادیده گرفت زیرا که بدون حمایت خانواده بیمار بندرت می‌تواند به رژیم‌های درمانی خود پایبند باشد. همسران به‌طورمعمول اولین افرادی هستند که در دوران بحران به عنوان منبع حمایتی (حمایت عاطفی، اطلاعاتی و ابزاری) عمل می‌کنند (۴۸). از نظر گلاسکو به نقل از محبی و همکاران (۲۰۱۳) حمایت خانواده قوی‌ترین فاکتور تعیین‌کننده پایبندی به رژیم‌درمانی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بود (۴۹). حمایت منجر به دلگرمی و افزایش عزت‌نفس بیمار می‌شود و وی را برای مقابله با مشکلات جسمی و روانی آماده‌تر می‌نماید. حمایت ناکافی از بیمار منجر به پایبندی ضعیف درمانی می‌شد. Mayberry & Osborn در مطالعه خود به استراتژی‌های حمایتی نادرست خانواده اشاره کرده بودند که گروهی از اعضای خانواده بیماران دیابتی علیرغم دانش و آگاهی در مورد دیابت، از بیمار خود حمایت نمی‌کردند (استراتژی کارشکنی) و گروهی هم با مداخله نادرست در رژیم‌درمانی بیمار سعی در کمک به بیمار خود داشتند (استراتژی کمک عقیم)(۵۰). در مطالعات Saeidnejat و همکاران، Sweileh و Barakat و Shams و همکاران وضعیت تأهل منجر به افزایش خود مراقبتی و افزایش پایبندی به درمان شده بود (۳, ۳۸, ۵۱). این یافته‌ها بیانگر نقش خاص همسر در مراقبت از بیمار است. سواد سلامت مجموعه‌ای از مهارت‌های خواندن، شنیدن، تجزیه‌وتحلیل، تصمیم‌گیری و توانایی به‌کارگیری این مهارت‌ها در موقعیت‌های سلامت است که لزوماً به سال‌های تحصیل یا توانایی خواندن عمومی برنمی‌گردد (۵۲). از نظر Jin سواد سلامتی یعنی این که بیمار بتواند دستورالعمل‌های بهداشتی را بخواند، درک کند، به خاطر بیاورد و به آن‌ها عمل کند (۵۳). سواد سلامت بالا با افزایش درک و آگاهی از دیابت منجر به تأخیر در بروز عوارض نامطلوب بیماری می‌شود، به همین دلیل است که از سواد بهداشتی به عنوان جزء ضروری تغییر رفتار و سبک زندگی و ارتقای سلامتی نام می‌برند (۵۴).

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-01-29]

[DOI: 10.29252/sjnmp.3.1.1]

در مطالعه Ahmad و همکاران با هر ۱ درصد کاهش در دانش در مورد بیماری میزان عدم پایبندی به درمان ۳/۶ درصد افزایش می‌یافت (۱۷). یکی از محدودیت‌های این مطالعه عدم دسترسی به نتایج مطالعات منتشرنشده بود که از عهده محققین خارج بود.

یکی از چالش‌ها در برخورد با بیماران دیابتی این است که آیا افزایش قند خون بیمار ناشی از عدم پایبندی به درمان بوده است یا این مشکل علیرغم دارودرمانی مناسب رخ‌داده است. گاهی هم بیماران دیابتی به دلیل خشنود کردن ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت و جلوگیری از خجالت‌زدگی تمایل دارند که میزان عدم پایبندی به درمان خود را کمتر از حد واقعی گزارش دهند (۱۸). در جهت افزایش پایبندی به درمان پیشنهاد می‌شود خانواده‌ها درگیر فرایند خود مراقبتی از بیمار خود شوند و توجیه بیماران برای پایبند به درمان به‌صورت خانوادگی صورت گیرد و هدف برنامه‌های آموزشی تغییر نگرش بیمار و خانواده بیمار باشد؛ مراقبین بهداشتی درمانی نیز به‌جای توجه به بیماری، روی بیمار و مشکلات بیمار تمرکز کنند و درزمینه ی اهمیت پایبندی به درمان به آن‌ها آموزش دهند. همچنین پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی (به‌صورت کیفی) به بررسی عوامل بازدارنده و همچنین تسهیل‌کننده پایبندی به درمان از دید بیماران، خانواده بیماران و گروه درمان پرداخته شود.

References

1- Doosti Irani M, Abazari P, Babaei S, Shahgholian N. Facilitators of Adherence to Self-Management in Type 2 Diabetic Patients: A Phenomenological Study. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism. 2009; 11(3):257-64. (Persian)

2- Garsia-Perez Le, Alvarez M, Dilla T. Adherence to Therapies in Patients with Type 2 Diabetes. Diabetes Ther 2013; 4:175-194.

3- Sweileh W, Zyoud Sh, Naba Ra, Deleq Mi, Enaia Mi, Nassar Sm, Et Al. Influence of Patients' Disease Knowledge And Beliefs About Medicines on Medication Adherence: Findings From A Cross-Sectional Survey Among Patients With Type 2 Diabetes Mellitus in Palestine. Pmc Public Health 2014; 14:1-8.

4- Zakerimoghadam M, Bassampour S, Rjab A, Faghihzadeh S, Nesari M. [Effect of Nurse-Led Telephone Follow Ups (Tele-Nursing) on Diet Adherence Among Type 2 Diabetic Patients]. Hayat. 2009; 14(2):63-71. (Persian)

5- Ghanei Gheshlagh R, Hemmati M, Baghi V. A Study on the Relation between Body Mass Index and Sleep Apnea in Patients Suffering Diabetes Type 2. Journal of Diabetes Nursing 2013; 1(2):12-20 (Persian)

6- Hemmati Maslakpak M, Parizad N, Khalkhali H. The Effect of Tele-Education by Telephone and Short Message Service on Glycaemic Control in Patient with Type 2 Diabetes. Journal of Nursing and Midwifery Urmia University of Medical Sciences 2012; 10(4):580-88. (Persian)

7- Wabe Nt, Angamo Mt, Hussein S. Medication Adherence in Diabetes Mellitus and Self-Management Practices Among Type-2 Diabetics in Ethiopia. North American Journal of Sciences 2011; 9(3):418-23.

8- Lerman I. Adherence to Treatment: The Key for Avoiding Long Term Complications of Diabetes. Archives of Medical Research 2005; 36:300-306.

9- Gonzalez Js, Mccarl La, Wexler Dd, Cagliero E, Dalahanty K, Soper Td, et al. Cognitive Behavioral Theraphy for Adherence and Depression (Cbt-Ad) in Type 2 Diabetes. J Cogn Psychother 2010; 24(4):329-343.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-01-29]

[DOI: 10.29252/sjnmp.3.1.1]

10- Blackburn Df, Swidrovich J, Lemstra M. Non-Adherence in Type 2 Diabetes: Practical Considerations for Interpreting the Literature. Patient Preference and Adherence 2013; 7: 183-189.
11- Chakrabarti S. What's in A Name? Compliance, Adherence and Concordance in Chronic Psychiatric Disorders. World J Psychiatr 2014; 4(2):30-36.
12- Pitkala Kh, Strandberg Te, Tilvis Rs. Interest in Healthy Lifestyle and Adherence to Medications: Impact on Mortality among Elderly Cardiovascular Patients in the Debate Study. Patinet Education and Counselling 2007; 67:44-49.
13- Banning M. Older People and Adherence with Medication: A Review of the Literature. International Journal of Nursing Studies 2008; 45:1550-1561.
14- Ratanawongsa N, Karter Aj, Parker Mm, Lyles Cr, Heisler M, Moffet Hh, et al. Communication and Medication Adherence: the Diabetes Study of Northen California. Jama Intern Med 2013; 173(3):210-218.
15- Tol A, Majlesi F, Rahimi Foroshani A, Mohebbi B, Shojaeezadeh D, Salehi Node A. Cognitive Adaptation Among Type 2 Patients Referring to Tehran University of Medical Sciences Hospitals in Adherence to Treatment. J Health Syst Res 2013; 8(6): 1068-77.
16- Lopez Js, Annunziata K, Bailey Ra, Rupnow Mt, Morisky De. Impact of Hepohlycemia on Patients With Type 2 Diabetes Mellitus and Their Quality of Life, Work Productivity, and Medication Adherence. Patient Preference and Adherence 2014; 8:683-692.
17- Ahmad Ns, Ramli A, Islahudin F, Paraidathathu T. Medication Adherence in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus Treated at Primary Health Clinics in Malaysia. Patient Preference and Adherence 2013; 17:525-530.
18- Tiv M, Viel Jf, Mauny F, Eschwege E, Weill A, Fournier C, et al. Medication Adherence in Type 2 Diabetes: the Entred Study 2007, A French Population-Based Study. Plos One 2012; 7(3):1-6.
19- Osborn Cy, Egede Le. The Relationship between Depressive Symptoms and Medication Non-Adherence in Type 2 Diabetes: The Role of Social Support. Gen Hosp Psychiatry 2012; 34(3):249-253.
20- Delamater Am. Improving Patient Adherence. Clinical Diabetes 2006; 24(2):71-77.
21- Semenic S, Childerhose Je, Lauziere J, Groleau D. Barriers, Facilitators, and Recommendations Related to Implementing the Baby-Friendly Initiative (Bfi): An Integrative Review. Journal of Human Lactation. 2012; Under Press: 1-8.
22- Arifulla M, John Lj, Sreedharan J, Muttappallymyalil, Basha Sa. Patients' Adherence to Anti-Diabetic Medications in A Hospital at Ajman, Uae. Malays J Med Sci 2014; 21 (1):44-49.
23- Bezie Ym Molina M, Hernandez N, Batista R, Niang S, Huet D. Therapeutic Compliance: A Prospective Analysis of Various Factors Involved in The Adherence Rate in Type 2 Diabetes. Diabetes Metab 2006; 32:611-616.
24- Hertz Rp, Unger An, Lustik Mb. Adherence With Pharmacotherapy for Type 2 Diabetes: A Retrospective Cohort Study of Adults With Employer-Sponsored Health Insurance. Clinical Therapeutics 2005; 27(7):1064-73.
25- Raum E, Kramer Hu, Ruter G, Rothenbacher D, Rosemann T, Szecsenyi J, et al. Medication Non-Adherence and Poor Glycaemic Control in Patients With Type 2 Diabetes Mellitus. Diabetes Research and Clinical Practice 2012; 97: 377-384.
26- Mashitani T, Hayashino Y, Okamura S, Kitatani M, Furuya M, Matsunaga S, et al. Patient-Reported Adherence to Insulin Regimen is Associated With Glycemic Control Among Japanese Patients With Type 2 Diabetes: Diabetes Distress and Care Registry at Tenri (Ddgrt 3). Diabetes Research and Clinical Practice 2013; 100:189-194.
27- Zhang J, Xu Cp, Wu Hx, Xue Xj, Xu Zj. Comparative Study of the Influence of Diabetes Distress and Depression on Treatment Adherence in Chinese Patients With Type 2

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-01-29]

[DOI: 10.29252/sjnmp.3.1.1]

Diabetes: A Cross-Sectional Survey in the People's Republic of China. Neuropsychiatric Disease and Treatment 2013; 9:1289-1294.
28- Nau Dp, Ailkens Je, Pacholski Am. Effects of Gender and Depression on Oral Medication Adherence in Persons With Type 2 Diabetes Mellitus. Gender Medicine 2007; 4(3):205-213.
29- Zahednejad H, Poursharifi H, Babapour J. Memory, Health Locus of Control and Adherence in Type 2 Diabetic Patients in Iran-Tabriz. Procedia-Social and Behavioral Sciences 2011; 30:2621-2624. (Persian)
30- Kreyenbuhl J, Leith J, Medoff Dr, Fang L, Dickerson Fb, Brown Ch, et al. A Comparison of Adherence to Hypoglycemic Medications between Type 2 Diabetes Patients with and Without Serious Mental Illness. Psychiatry Research 2011; 188: 109-114.
31- Chao J, Nau Dp, Aikens Je. Patient-Reported Perceptions of Side Effects of Antihyperglycemic Medication and Adherence to Medication Regimens in Persons with Diabetes Mellitus. Clinical Therapeutics 2007; 29(1):177-180.
32- Winkler A, Teuscher Au, Mueller B, Diem P. Monitoring Adherence to Prescribed Medication in Type 2 Diabetic Patients Treated With Sulfonylureass. Swiss Med Wkly 2002; 132:379-385.
33- Vries St, Keers J, Visser R, Zeeuw D, Haaijer-Ruskamp Fm, Voorham J, et al. Medication Beliefs, Treatment Complexity, and Non-Adherence to Different Drug Classes in Patients With Type 2 Diabetes. Journal of Psychosomatic Research 2014; 76:134-38.
34- Walders-Abramson N, Venditti Em, Levers-Landis Ce, Anderson B, El Ghormli L, Geffner M, Et Al. Relationships Among Stressful Life Events and Physiological Markers, Treatment Adherence, and Psychosocial Functioning Among Youth With Type 2 Diabetes. J Pediatr 2014, In Press.
35- Reach G. Obedience and Motivation as Mechanisms for Adherence to Medication: A Study in Obese Type 2 Diabetic Patients. Patient Preference and Adherence 2011; 5: 523-531.
36- Osborn Cy, Cavanaugh K, Wallston Ka, Kripalani S, White Ro, Elasy Ta, et al. Health Literacy Explains Racial Disparities in Diabetes Medication Adherence. J Health Commun 2011; 16(3):268-278.
37- Kooshyar H, Shoorvazi M, Dalir Z, Hosseini M. Health Literacy and Its Relationship with Medical Adherence and Health-Related Quality of Life in Diabetic Community-Residing Elderly. J Mazand Univ Med Sci 2014; 24(1):134-143. (Persian)
38- Shams Me, Barakat Ee. Measuring the Rate of Therapeutic Adherence among Outpatients with T2dm in Egypt. Saudi Pharmaceutical Journal 2010; 18:225-232.
39- Hernandez-Tejada M, Campbell Ja, Walker Rj, Smalls Bl, Davis Ks, Ehede Le. Diabetes Empowerment, Medication Adherence and Self-Care Behaviors in Adults with Type 2 Diabetes. Diabetes Technology & Therapeutics 2012; 14(7):630-34.
40- Park Ka, Kim Jg, Kim Bw, Kam S, Kin Ky, Ha Sw, et al. Factors that Affect Medication Adherence in Elderly Patients With Diabetes Mellitus. Korean Diabetes J 2010; 34:55-65.
41- Nicklett Ej, Liang J. Diabetes-Related Support, Regimen Adherence, and Health Decline among Older Adults. Journal of Gerontology: Social Sciences 2010; 65(3): 390-399.
42- Lee Wc, Balu S, Cobden D, Joshi Av, Pasho Cl. Medication Adherence and the Associated Health Economic Impact among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus Converting to Insulin Pen Therapy: An Analysis of Third-Party Managed Care Claims Data. Clinical Therapeutics 2006; 28(10):1712-1725.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-01-29]

[DOI: 10.29252/sjnmp.3.1.1]

43- Lim Jh, Paik Hy, Lee Ys, Song Y. Adherence to Lifestyle Recommendations is Associated with Improved Glycemic Control and Improved Blood Lipid Levels in Korean Adults with Type 2 Diabetes. Diabetes Research and Clinical Practice 2013; 101:21-24.
44- Nam S, Chesla C, Stotts Na, Kroon L, Janson Sl. Barriers to Diabetes Management: Patients and Provider Factors. Diabetes Research and Clinical Practice 2011; 93:1-9.
45- Balkrishnan R, Rajagopalan R, Camacho Ft, Huston Sa, Murray Ft, Anderson Rt. Predictors of Medication Adherence and Associated Health Care Costs in an Older Population with Type 2 Diabetes Mellitus: A Longitudinal Cohort Study. Clinical Therapeutics 2003; 25(11):2958-71.
46- Nagrebetsky A, Griffin S, Kinmonth Al, Sutton S, Craven A, Farmer A. Predictors of Suboptimal Glycaemic Control in Type 2 Diabetes Patients: the Role of Medication Adherence and Body Mass Index in the Relationship between Glycaemia and Age. Diabetes Research and Clinical Practice 2012; 96:119-128.
47- Adisa R, Fakeye To. Effect of Number and Type of Antidiabetes Medications on Adherence and Glycemia of Ambulatory Type 2 Diabetes Patients in Southwestern Nigeria. Pharmacy Practice 2013; 11(3):156-165.
48- Mohebi S, Azadbakht L, Feyzi A, Hozoori M, Sharifirad Gh. Effect Ofsocial Support From Husband on the Control of Risk Factors for Metabolic Syndrome. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism 2014; 16(1):11-19. (Persian)
49- Mohebi S, Azadbakht L, Feyzi A, Sharifirad Gh, Hozoori M, Shearbafchi M. Relationship of Perceived Social Support with Receiving Macronutrients Women with Metabolic Syndrome; A Cross Sectional Study Using Path Analysis Study. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism 2013; 15(2):121-131 (Persian)
50- Mayberry L, Osborn C. Family Support, Medication Adherence, and Glycemic Control among Adults with Type 2 Diabetes. Diabetes Care 2012; 35:1239-1245.
51- Saeidnejat Sh, Chahipour M, Esmaily Hzavar V, Ghonche H, Fathalizadeh S, Omidbakhsh R. Role of Family Support in Self-Care of Type 2 Diabetic Patients. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism 2014; 16(2): 95-102. (Persian)
52- Tol A, Pourreza A, Tavasoli E, Rahimi Foroshani A. Determination of Knowledge and Health Literacy among Women with Type 2 Diabetes in Teaching Hospitals of Tums. Jhosp. 2012; 11(3):45-52 Persian
53- Jin J, Sklar Ge, Sen Oh Vm, Li Sc. Factors Affecting Therapeutic Compliance: A Review From the Patient's Perspective. Therapeutics and Clinical Risk Management 2008; 4(1):269-286.
54- Mahmoodi H, Negarandeh R, Javaheri M, Sharifi P, Ghanei R, Aminpour E, et al. Examining the Relation of Health Literacy with Outcomes of Diabetes among Type 2 Diabetes Patients in Saqez, Western Iran, 2011. The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty 2014; 12(1):56-62. (Persian).

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-01-29]

[DOI: 10.29252/sjnmp.3.1.1]

Medication adherence inhibitors and facilitators in type 2 diabetic patients: An Integrative review

Fazel Dehvan[1], Vajiheh Baghi[2], Asrin Lotfi[3], Reza Ghanei Gheshlagh[4*]

1- MSc in Nursing, Clinical Care Research Center, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.

2- BSc in Midwifery, Besat Hospital, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

3- BSc Student in Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

4- Assistant Professor, Clinical Care Research Center, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. **(Corresponding Author), Tel:** +98 9144050284, **Email:** Rezaghanei30@yahoo.com

Received:10 May 2018 **Accepted:** 2 June 2018

Abstract

Background & Aim: Diabetes can not be treated, but it can be controlled by treatment regimens. Failure to adhere to therapeutic regimens leads to rapid onset of diabetes complications and undesirable metabolic control and poor clinical outcomes. The objective of this study was to assess the status of medication adherence in patients with type 2 diabetes.

Materials & Methods: In this integrated review, all Persian and English articles with full text (from 2000 onwards) were reviewed for medication adherence in type II diabetic patients. These studies are available from the national and international databases SID, Magiran and Science Direct, PubMed, Google Scholar, Scopus with the keywords "compliance", "concordance" and "adherence" and finally, 53 articles were included in the study.

Results: A review of 53 related articles showed that depression, financial problems, adverse drug reactions and illness, memory problems, multiple drug use and complexity of the diet were among the most important inhibitors of adherence to the diet of diabetic patients. Belief in the necessity of medications and patient support were also among the most facilitators of adherence to treatment.

Conclusion: Considering the importance of medication adherence in patients with type 2 diabetes and high prevalence of non compliance with treatment, patients should be trained in this field and measures should be taken to remove medication adherence inhibitors .

Keywords: Diabetes, medication adherence, medication noncompliance

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-01-29]

[DOI: 10.29252/sjnmp.3.1.1]