Journal of Diabetes Nursing
2024; Volume 12 Number 1

pISSN:2345-5020
eISSN:2423-5571

# Exploring Health-Oriented Bio-Experience Among Diabetic Patients: A Phenomenological Study

**Pajoohan Fard Saeed*[1]**, Iman Mohammadtaghi[1], Abasishovazi Mohammadtaghi[1], Khosravi Roghayeh[1]

1. Department of Sociology and Social Planning, Faculty of Economics, Management and Social Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran.

Article information:

**Original Article**

**Received**:2024/01/18

**Accepted**: 2024/04/8

**JDN 2024; 12(1)**

**2360-2373**

**Corresponding Author**:
Saeed Pajoohan Fard, Shiraz University

**s.pajoohan1350@gmail.com**

**Abstract**

**Introduction:** In this research, diabetes is approached from a qualitative perspective. Phenomenology, as a method for expressing and describing experiences and meaning-making processes, offers a comprehensive overview of the human experience of illness. The main goal was to investigate the experiences of diabetic patients to gain a deeper understanding of health-oriented life.

**Materials and Methods**: This research employed a qualitative approach, utilizing Schutz's phenomenological method. In-depth and consecutive interviews were conducted as instruments to gather descriptions of lived experiences. A total of 21 diabetic individuals living in Jahrom were studied through purposive sampling over an 8-month period. The collected data were analyzed and classified using the Schutz method.

**Results:** The findings revealed six main themes: self-care, sleep, weight control, physical health, sexual health, and mental health, along with 21 sub-themes.

**Conclusion:** Improving health-oriented life in diabetic patients necessitates a comprehensive approach. Diabetic patients exhibited health-oriented life experiences, with self-care, physical health, mental health, and sexual health playing significant roles.

***Keywords:*** *Diabetes, Lived Experience, Health-Oriented Life, Jahrom.*

| Access This Article Online | |
|---|---|
| Quick Response Code: | Journal homepage: http://jdn.zbmu.ac.ir |
| | **How to site this article:** Pajoohan Fard S, Iman M, Abasishovazi M, Khosravi R. Exploring Health-Oriented Bio-Experience Among Diabetic Patients: A Phenomenological Study. J Diabetes Nurs 2024; 12 (1) :2360-2373. |

[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-15 ]

فصلنامه علمی پژوهشی پرستاری دیابت زابل
سال ۱۲، شماره ۱، زمستان ۱۴۰۲
صفحات: ۲۳۷۳-۲۳۶۰

pISSN:2345-5020
eISSN:2423-5571

# کشف تجربه زیست سلامت مدار نزد بیماران دیابتی: یک مطالعه پدیدارشناسی

**سعید پژوهان فرد***[۱]، محمد تقی ایمان[۲]، محمد تقی عباسی شوازی[۳]، رقیه خسروی[۴]

۱. دانشجوی دکتری، گروه جامعه شناسی و برنامه ریزی اجتماعی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران
۲. استاد گروه جامعه شناسی و برنامه ریزی اجتماعی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران
۳. استادیار گروه جامعه شناسی و برنامه ریزی اجتماعی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران
۴. استادیارگروه جامعه شناسی و برنامه ریزی اجتماعی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران
**نویسنده مسئول**: سعید پژوهان فرد، دانشگاه شیراز **s.pajoohan1350@gmail.com**

## چکیده

**مقدمه و هدف:** در این تحقیق دیابت از بعد کیفی پدیدار شناسی مورد توجه قرار گرفت. پدیدارشناسی به‌منزله روشی برای بیان و توصیف تجربه و فرایندهای معنا دهی، می‌تواند توصیف جامعی از تجربه انسان از بیماری ارائه دهد. دیابت در بیماران دیابتی به طور ریشه ای و عمیق با ابعاد متفاوت زیست جهان آن ها مرتبط است. از این رو هدف اصلی مطالعه حاضر، بررسی تجارب بیماران دیابتی در جهت فهم عمیق تر زیست سلامت مدار بود.

**مواد و روش ها:** این پژوهش با رویکرد کیفی و با استفاده از روش پدیدار شناسی شوتز انجام گرفت و به همین دلیل، محقق از مصاحبه عمیق و متوالی به عنوان ابزاری برای کسب توصیفات تجربه زیسته استفاده نمود. در مجموع ۲۱ فرد دیابتی ساکن شهر جهرم به روش نمونه گیری هدفمند در طول یک دوره ۸ ماهه مورد مطالعه قرار گرفتند. داده های جمع آوری شده با استفاده از روش Schutz تحلیل و طبقه بندی گردیدند.

**یافته ها:** یافته ها مشتمل برشش مضمون اصلی خود مراقبتی، خواب، کنترل وزن، سلامت جسمانی، سلامت جنسی و سلامت روانی و ۲۱ مضمون فرعی بود.

**نتیجه گیری:** اصلاح زیست سلامت مدار در بیماران دیابتی نیاز به نگرشی همه جانبه است. بیماران دیابتی زیست سلامت مدار را تجربه کردند. به نظر می رسد که خودمراقبتی، سلامت جسمی، سلامت روانی و سلامت جنسی در تجربه زیست سلامت مدار بیماران دیابتی نقش مهمی دارند.

**کلید واژه ها:** دیابت، تجربه زیسته، زیست سلامت مدار، جهرم

**How to site this article:** Pajoohan Fard S, Iman M, Abasishovazi M, Khosravi R. Exploring Health-Oriented Bio-Experience Among Diabetic Patients: A Phenomenological Study. J Diabetes Nurs 2024; 12 (1) :2360-2373.



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-15 ]

## مقدمه و هدف

پدیدارشناسی در واقع تلاشی برای توصیف «تجربیات زنده» بدون تئوری پیشین درباره آن تجربیات است. به‌بیان‌دیگر، پدیدارشناسی روش فلسفی است که بر اساس تجربه آگاهانه و مستقیم پدیده‌ها استوار است. بررسی تجربه زیسته یک پدیده فرآیندی برای کشف معنایی است که افراد به آن پدیده نسبت می دهند. انسان‌ها می‌خواهند زندگی و تجربه‌شان را بفهمند و معنا بدهند. به طور خاص، معنا در یک تجربه بیماری مزمن در جستجوی درک و ارتباط ایجاد می شود. دیابت بیماری است که بیماران را در ابعاد مختلف جسمی، روانی و اجتماعی متأثر می سازد. دیابت یک بیماری مزمن متابولیک است که به مدت طولانی فرد را درگیر خود می‌کند و در تمام ابعاد زندگی او تأثیرگذار است (۱). این بیماری با افزایش سطح گلوکز خون در یک دوره‌ی زمانی تظاهر می‌کند و توانایی تولید انسولین در بدن از بین می‌رود و یا اینکه بدن در برابر انسولین مقاوم شده و انسولین تولیدی پانکراس نمی‌تواند عملکرد طبیعی خود را انجام دهد (۲). به‌عبارت دیگر، به خاطر کافی نبودن انسولین ترشح‌شده توسط بدن و یا عدم پاسخ‌دهی سلول‌ها به انسولین ترشح‌شده موجود، شخص مبتلا، دارای میزان بالایی قند خون است (۳). فدراسیون بین‌المللی دیابت[1] اعلام نموده است که تعداد افراد دیابتی زیر ۱۵ سال در دنیا ۴۹۰۰۰۰ است و این تعداد در کل سنین هرسال ۷۰۰۰۰ نفر یا ۵-۳ درصد افزایش می‌یابد (۴). تقریباً ۲۸۵ میلیون نفر در سراسر جهان مبتلا به دیابت هستند و پیش‌بینی‌شده است این میزان در سال ۲۰۲۳ به ۴۳۸ میلیون نفر افزایش خواهد یافت (۵). دیابت شیرین شایع‌ترین بیماری غدد درون‌ریز است که شیوع آن تا سال ۲۰۲۵ به ۳۳۰ میلیون نفربر اساس برآورد سازمان جهانی بهداشت خواهد رسید. درواقع دیابت نوع یک رشد بیش از ۳ درصدی در میان نوجوانان داشته و این رشد رو به افزایش است. شیوع دیابت در آمریکا تا سال ۲۰۱۰، ۲۱۵۰۰۰ فرد زیر ۲۰ سال را نشان می‌دهد که اوج ابتلای آن‌ها در ۱۵-۱۰ سالگی است، ۷۵ درصد موارد ابتلا به دیابت نوع یک پیش از ۱۸ سالگی تشخیص داده می‌شود (۶). در آمریکا تعداد مبتلایان به دیابت زیر ۲۰ سال به‌شدت رو به افزایش است، به‌طوری‌که افزایش در میان ۱۹-۱۵ ساله‌ها ۱۰/۶ درصد در سال است (۷). در ایران در سال ۱۳۸۷ تعداد افراد دیابتی حدود ۴ میلیون نفر برآورد شد و پیش‌بینی کارشناسان از سه برابر شدن تعداد مبتلایان به دیابت ظرف ۱۵ سال آینده خبر می‌دهد. دیابت باعث کاهش فعالیت جسمی و تغییرها در تغذیه و سبک زندگی افراد می‌شود که در صورت عدم درمان صحیح و نداشتن کنترل بر آن می‌تواند موجب مرگ‌ومیر زودرس شود (۸). این بیماری اثرهای زیادی بر کیفیت زندگی روزمره افراد مانند محدودیت‌های شغلی، زندگی اجتماعی، ارتباط‌های خانوادگی، ازدواج و ارتباط‌های زناشویی دارد (۹). همچنین بیماری‌های قلبی، کلیوی، عصبی، چشمی و آمپوتاسیون از عوارض آن محسوب می‌شوند (۱۰, ۱۱). بیماران دیابتی ممکن است به علت عوارض این بیماری دچار اختلال‌های خلقی و ازجمله افسردگی شوند. افسردگی ازجمله اختلال‌های روان‌پزشکی است که با علائمی مانند کاهش علاقه و انرژی، احساس گناه، احساس شکست، گوشه‌گیری، اشکال در تمرکز، نفرت از خود، بی‌اشتهایی، افکار مرگ و خودکشی، بی‌خوابی یا پرخوابی و اختلال در عملکرد مشخص می‌شود (۱۲). نشانه‌هایی مانند اضطراب و افسردگی بالا به‌احتمال‌زیاد می‌تواند با عادت‌های غذایی همراه باشند. عادت‌های غذایی بد، از عوامل ابتلا به دیابت نوع دو است. از طرفی ممکن است بیمار مبتلا به دیابت به علت محدودیت در رژیم غذایی و فعالیت و نیاز دقیق و مداوم به مراقبت از خود، دچار اختلال‌های روان شناختی و اجتماعی شود. ابتلا به دیابت سبب ایجاد تنش در افراد می‌شود و می‌تواند بر هویت فرد و تعادل عاطفی وی، رضایت از خود، احساس کارآمدی و روابط بین فردی او تأثیر منفی بگذارد؛ بنابراین فرد مبتلا به دیابت نیازمند سازگاری با آن‌هاست. مبتلا شدن به بیماری‌های مزمن ازجمله دیابت، می‌تواند از یک‌سو سازگاری روانی و کارکرد اجتماعی فرد را مختل سازد و از سوی دیگر، تأثیر منفی بر کارکرد خانواده گذارد. به علت شیوع پیامدهای روانی و شناختی منفی در میان مبتلایان به دیابت، ضرورت توجه به توسعه مداخل‌های روان شناختی و جامعه‌شناسی در حوزه‌ی روانشناسی بالینی و روانشناسی سلامت دارد. پایبندی به رژیم غذایی سالم، درمان دارویی

[1] International Diabetes Federation (IDF)



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-15 ]

و فعالیت بدنی و اجرا نمودن موارد فوق در زندگی روزانه و مواجهه با عوارض احتمالی می‌تواند به لحاظ عاطفی منجر به بروز نگرانی در بیمار شود. در این بیماران هراس از آینده به دلیل خود بیماری و عوارض جانبی داروها جایگزین امید به آینده می‌شود (۱۳). مبتلایان به دیابت به دلیل ترس از افت قند خون، بروز بار عاطفی شدیدی را متحمل می‌شوند که این بار عاطفی به‌عنوان تنش عاطفی وابسته به دیابت تعریف‌شده است (۱۴). دیابت نوع دو با تغییرهای فرهنگی سریع، سالمند شدن جمعیت، افزایش شهرنشینی، تغییرها در عادت‌های تغذیه‌ای، کاهش فعالیت بدنی، سبک زندگی نادرست و الگوهای رفتاری ناسالم همراه است (۱۵). در پژوهشی با عنوان «بررسی بهبودی بیماران سالمند دیابتی نوع ۲ با برنامه رژیم‌درمانی تغذیه و مدیریت سبک زندگی سالم» پرداخت. نتایج تقی نشان می‌دهد که سبک زندگی سالم و مدیریت تغذیه در بیماران دیابتی اثر مثبتی دارد و باعث بهبود وضعیت سلامت این افراد می‌گردد پس باید مورد توجه قرار گیرد. برخی محققان در پژوهشی به شناسایی «ابعاد مختلف سبک زندگی سلامت، ویژه‌ی زنان مبتلا به دیابت نوع دو» با روش کیفی پدیدار شناختی پرداختند. طی فرایند تجزیه‌وتحلیل داده‌های حاصل از تجربه‌ی زیسته بیماران مبتلا به دیابت، چهار درون‌مایه شامل بعد سلامت جسمانی، بعد سلامت روان شناختی، بعد سلامت معنوی و سلامت اجتماعی استخراج گردید (۱۶). یکی از محققان در رساله خود با عنوان «تجربه زنده یک بیماری مزمن، چالش‌ها، گفتگوها و مذاکره‌ها در پایبندی و عدم پایبندی، مطالعه پدیدار شناختی از دیدگاه فرد مبتلا به دیابت»، به نتایج زیردست یافت. یافته‌ها تجربه‌ای پویا، پر از تعارض را نشان می‌دهند که می‌توان آن را به‌عنوان تلاشی مداوم برای داشتن یک زندگی عادی و رضایت‌بخش با متعادل کردن رژیم غذایی با رفاه جسمی و روانی اجتماعی درک کرد. با انجام مطالعه حاضر می توان به فهم تجربه زیست سلامت محور نزد بیماران دیابتی دست یافت و با برقراری تعاملات، همدلی و هم زبانی با افراد دیابتی و درک زیست سلامت محور از نقطه نظر خودشان، اطلاعات بیشتر و عمیق تری نسبت به جهان زندگی، تجربه های زیسته سلامت محور و معانی ذهنی آن ها از زیست سلامت محور به دست آورد (۱۷). بر این اساس، هدف کلی از انجام پژوهش حاضر، توصیف و تفسیر تجربه زیسته سلامت محور افراد دیابتی بود. به عبارت دیگر، این تحقیق به دنبال پاسخ به این سئولات است که "افراد دیابتی چگونه زیست سلامت محور را تجربه می کنند؟، چه معانی ذهنی به تجربه زیست سلامت محور خود الصاق می کنند؟ و ابعاد مختلف ساختار تجربه زیست سلامت محور افراد دیابتی چیست ؟

## روش پژوهش

در این مطالعه از روش شناسی کیفی پدیدار شناسی اجتماعی شوتز جهت کسب تجربه زیسته بیماران دیابتی از زیست سلامت محور استفاده گردید. به طور خلاصه، استراتژی پدیدارشناسی با بررسی تجربه زیسته افراد از یک پدیده و تمرکز بر ابعاد تغییر ناپذیر آن، سعی می کند به درک بهتری از پدیده ها در زندگی افراد دست یابد (۱۸). مراحل روش پدیدارشناسی شوتز برای فهم پدیده مورد نظر به صورت به هم پیوسته و رفت و برگشت می باشد و شامل " نگرش بی طرفانه محقق علمی(اپوخه) تعیین سئوالات و اهداف تحقیق، طراحی سئوالات مصاحبه، رعایت اخلاق پژوهش، انتخاب مشارکت کنندگان، مصاحبه و ضبط گفتگو ها، تحلیل اطلاعات، اعتبار یابی تحقیق و دستیابی به نوع تجربه زیسته کنشگران" بود. مراحل روش شناسی تحقیق حاضر در ادامه به تفصیل بیان شده است. از آن جایی که محقق اجتماعی درون زیست جهان زندگی خود زندگی می کند؛ بنابراین، ابتدا خود را از جهان اجتماعی جدا نمود و از موقعیت شخصی خود فاصله گرفت. این گام اولیه اپوخه است که محقق سعی کرد تا پدیده را بدون پیش فرض مورد مطالعه قرار دهد. در ادامه، محقق از سئولات و اهداف تحقیق، سئوالاتی برای مصاحبه طراحی و قبل از ورود به میدان، مجوزهای اخلاقی را از سازمان های مربوط کسب نمود. تصویب کمسیون اخلاقی و کسب رضایت نامه کتبی از مشارکت کنندگان، نقطه آغاز عملیات تحقیق است. در رابطه با رعایت اصول اخلاقی پژوهش، لازم به ذکر است که قبل از مصاحبه، مشارکت کنندگان از اهداف و اهمیت پژوهش آگاه شدند و با رضایت و آگاهانه در تحقیق شرکت کردند و علاوه بر کسب رضایت، به مشارکت کنندگان اطمینان از حق انصراف و محرمانه بودن همه مشخصات در کل فرایند پژوهش داده شد. منبع اصلی داده ها در رویکرد پدیدار شناسی، دیالوگ بین محقق و مطلع می باشد. بدین جهت محقق از مصاحبه عمیق و متوالی به عنوان ابزار



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-15 ]

تحقیق برای کسب توصیفات تجربه زیسته استفاده نمود (۱۹). پس از آن، در فرایند جمع آوری اطلاعات، محقق توصیفات زیسته مشارکت کنندگان از پدیده زیست سلامت مدار را
بر اساس سئوالات راهنما ضبط و ثبت نمود. نمونه هایی از سئوالات مصاحبه به شرح زیر است :
اولین بار چگونه متوجه شدید که دیابتی هستید؟ روزی که شما متوجه شدید به این بیماری مبتلا شدید چه احساسی داشتید؟ شما چه معنا و مفهومی از دیابت در ذهن دارید؟ اوقات فراغت و سرگرمی یک فرد دیابتی چگونه است؟ سرگرمی و تفریح شما چی هست؟ شما به عنوان یک بیمار دیابتی چه مشکلاتی دارید؟ شما در مورد درمان و مراقبت از خود چه مشکلاتی دارید؟ این بیماری برروح و روان شما تأثیر داشته است؟ چطور؟ چگونه؟ شما در مورد درمان بیماری تان چه نگرانی هایی دارید؟ آیا به نظر شما بیماری و درد امتحان الهی است توضیح دهید ؟ چرا؟ لطفا کمی درباره خودتان، زندگی تان و کارتون صحبت کنید صبح ها چه احساسی دارید وقتی از خواب بیدار می شوید ؟ شب ها چطور؟ ورزش می کنید؟ چه ورزشی؟ در هفته چند ساعت و چند روز؟ سبک زندگی شما بعد از دیابت چگونه شد ؟ دیابت در خواب، خوراک و جسم شما چه تغییراتی ایجاد کرده است؟
فرایند مصاحبه، پیاده سازی و تحلیل و برگشت به میدان برای مصاحبه های دیگر و متوالی ادامه یافت تا جایی که معنای کافی برای دستیابی به هدف تحقیق به دست آمد. بنابراین، در رویکرد پدیدارشناسی، محقق با ذهن خالی از ارزش وارد میدان تحقیق شد و با توصیف و تفسیرهای مشارکت کنندگان، به توصیف مضامین اولیه، مقولات کنش انسانی، مضامین فرعی و استخراج مضمون اصلی تجربه زیسته کنشگران پرداخت. مراحل تحلیل داده ها در روش شناسی شوتز شامل " رونویسی یا نسخه برداری از مصاحبه ها، سازماندهی سیستماتیک متون بر اساس سئوالات راهنما، بازخوانی مکرر متون و اضافه کردن یادداشت های میدانی و برگشت به میدان برای مصاحبه، تکرار توصیفات و ایده ها در صحبت ها و متون، کشف ساختارهای معنای ذهنی کنش، سازماندهی عنوان عبارات مضامین اولیه : توصیف های تجربه زیسته توسط افراد مورد مطالعه، پدیدار شدن اشتراکات بین مضامین اولیه و توسعه عنوان مضامین فرعی از آن ها و ظهور مضمون اصلی از درون مضامین فرعی و دستیابی به نوع تجربه زیسته کنشگران" می باشد (۲۰).
در مرحله تحلیل اطلاعات، محقق به برساخت‌های مرتبه اول معنا می‌بخشد، به این نحو که مصاحبه‌ها به‌طور کامل پیاده‌سازی می‌شوند و محقق متون را بر اساس سؤال‌ها راهنما تنظیم و دسته‌بندی می‌کند (۱۹). محقق با مرور مکرر متون، معانی و برساخت‌های دست اول مشارکت‌کنندگان را سامان‌دهی می‌کند و بعد از رسیدن به مضامین و ایده‌های کلی برساخت‌های علمی درجه دوم و سنخ بندی تجربه زیسته، الگویی از مضامین مشترک را توسعه می‌دهد. قابل‌توجه است که محقق باید در هنگام ورود به میدان تحقیق و تحلیل اطلاعات، تقلیل پدیدارشناسانه و اپوخه انجام دهد (۲۱). آنچه در پژوهش حاضر به عنوان قانون اصلی جامعه مورد مطالعه یا مشارکت کنندگان در نظر گرفته شد، همه افراد دیابتی بود که در طی جمع آوری داده ها در شهر جهرم زندگی می کردند. برای تولید غنی، در مطالعات پدیدار شناختی نمونه های بزرگ لازم نیست. به طور معمول در این مطالعات طیف ۱ تا ۳۰ نفر معیار تعداد نمونه می باشد (۲۲). بنابراین تعداد مشارکت کنندگان در رویکرد کیفی روش شناسی پدیدارشناسی اجتماعی شوتز انعطاف پذیر است و نیاز ندارد محقق از ابتدا تصمیم قطعی برای حجم نمونه بگیرد و ممکن است در میدان تحقیق وابسته به اشتیاق بیماران دیابتی به مشارکت در تحقیق یا همکاری مسئولان در مراکز درمانی و دانشگاه علوم پزشکی تعداد نمونه افزایش پیدا کند (۲۳). یا محقق در میدان تحقیق و تحلیل داده ها متوجه شود که در جریان کسب اطلاعات داده جدیدی پدیدار نمی شود و معنای کافی برای رسیدن به هدف تحقیق به دست آمده است. در مجموع، در مطالعه حاضر ۳۰ مصاحبه با ۲۱ فرد دیابتی در طی یک دور هشت ماهه( دی سال ۱۴۰۱ تا شهریور سال ۱۴۰۲) انجام شد. برخی از افراد دیابتی در دو یا حتی سه مصاحبه شرکت کردند؛ بدین جهت که به جمع آوری اطلاعات بیشتر با کسب بینش بیشتر از شرکت کنندگان پس از داده های تولید شده از مصاحبه های قبلی، کمک نمایند. مصاحبه ها از ۴۰ دقیقه تا ۱ ساعت و ۳۰ دقیقه متغیر بود. با توجه به هدف تحقیق، شرکت کنندگان بر اساس نمونه گیری هدفمند از دیابتی هایی که، دیابت را تجربه نموده بودند و معیارهای ورود به مطالعه را داشتند،



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-15 ]

انتخاب شدند (۲۴). معیارهای ورود شامل داشتن تجربه دیابت از یک سال به بالا و تجسم خود به عنوان فرد دیابتی، زندگی در شهر جهرم، افراد دیابتی شرکت کننده در پژوهش باید هم مرد و هم زن باشد، فهمیدن و صحبت کردن و نداشتن اختلالات شناختی بود. پیش از انجام مطالعه، ابتدا تجربیات، باورها و پیش فرض های فردی محققان بازنویسی شد تا ضمن آگاهی از آن ها، از تأثیرشان در تفسیر جلوگیری به عمل آید. فرایندی بودن تحقیق‌های کیفی و این‌که محقق باید اقدام به توصیف ضخیم از دنیای اجتماعی مورد مطالعه نماید، به‌نحوی‌که مؤید دقیق دنیای واقعی آنان باشد؛ کسب اعتبار را سخت‌تر از تحقیق‌های کمی می‌کند (۳۶). ازجمله شیوه‌هایی که برای باورپذیری در این پژوهش استفاده شد، شیوه «کنترل توسط اعضا» است. در شیوه کنترل توسط اعضا یا اعتبار پاسخگو، تفاسیر یا طبقه‌بندی و نتایج پژوهش به مشارکت‌کنندگان ارائه شد تا درباره تناسب و جامع و مانع بودن آن‌ها بازخورد به دست آید (۳۸). در حقیقت، بعد از استخراج مضامین در هر مصاحبه یا مشاهده با مشارکت‌کنندگان تماس مجدد برقرار شد و دست نوشته‌ها برای تصدیق موارد به آنان ارائه گردید تا مطمئن شوند که خلاصه دقیقی از مباحث است یا در صورت عدم توافق اصلاح‌های صورت گیرد (۳۷).

روش اعتبار پاسخگو در تطابق با روش‌شناسی پدیدارشناسی اجتماعی شوتز به این صورت شکل می‌گیرد که برساخت‌های دانشمند اجتماعی باید با برساخت‌های تجربه عملی در زندگی روزمره و واقعیت اجتماعی سازگاری داشته باشد. به‌عبارت دیگر، در سنخ بندی کنش انسانی، هر اصطلاح باید به همان روش که انسان در جهان زندگی عمل می‌کند، برساخته شود. برای رعایت این فرض برساخت‌های درجه دوم استخراج شده به مشارکت‌کنندگان برگردانده شد و مشارکت‌کننده سازگاری بین یافته‌ها با واقعیت را تصدیق کردند ؛ بنابراین این اصل نیازمند این است که برساخت درجه دوم یا سنخ بندی با کلیت زندگی روزمره و همچنین تجربه علمی محقق سازگار باشد (۱۹). البته اعتبار پاسخگو زمانی رخ می‌دهد که محقق نتایج میدان را به مشارکت‌کنندگان جهت دستیابی به قضاوت آنان برگرداند. تحقیق از اعتبار پاسخگو برخوردار است که مشارکت‌کنندگان، توصیف محقق را انعکاس دنیای اجتماعی خود بدانند (۳۹).

برای بالا بردن صحت و اعتبار مطالعه، از روش هایی همچون کنار گذاشتن دانش قبلی محقق، برگشت به شرکت کنندگان و سئوال از آن ها هنگام تجزیه و تحلیل داده ها، جمع آوری داده ها از طرق مختلف و بازاندیشی به معنای آگاهی انعکاسی نسبت به رعایت پیش فرض های روش شناسی مورد نظر در فرایند تحقیق استفاده گردید (۲۵).

## یافته ها

در مجموع ۲۱ بیمار دیابتی در مطالعه شرکت کردند که دامنه سنی آن ها از ۳۷ سال تا ۷۵ سال و مدت زمان مبتلا به بیماری آن ها از یک سال تا ۲۵ سال در نوسان بود. مشارکت کنندگان در این مطالعه ۸ زن ۱۳ مرد بودند که همگی آن ها متأهل و در حال حاضر۱۷ نفر زندگی مشترک داشتند. سه نفر شوهرشان فوت کرده بودند و یک نفر مطلقه بود. میزان تحصیلات، بی سواد، ۲ نفر سیکل، ۲ نفر، ۳ نفر دیپلم، ۲ نفر فوق دیپلم،۳ نفر لیسانس، ۸ نفر فوق لیسانس و ۱ نفر دکتری بود. محل تولد ۲۱ نفر شهر جهرم می باشد. ۲۰ نفر از بیماران دیابتی صاحب فرزند و تعداد فرزندان آن ها بین ۱ فرزند تا ۷ فرزند می رسید. ۴ نفر از دیابتی های زن خانه دار، ۴ نفر شاغل، از بیماران دیابتی مرد نیز ۱۰ نفر شغل دولتی داشتند . داده های به دست آمده از تجزیه و تحلیل مصاحبه ها پیرامون زیست سلامت مدار با ۶ مضمون اصلی خودمراقبتی، خواب، کنترل وزن، سلامت جسمانی، سلامت جنسی و سلامت روانی و چندین مضمون فرعی در جدول ۱ ارائه شده است.



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-15 ]

**جدول شماره ۱: مضامین اصلی و مضامین فرعی پژوهش**

| درون مایه نهایی تجربه زیسته | کدها | مضامین فرعی | مضامین اصلی |
|---|---|---|---|
| زیست سلامت مدار | مرتب ورزش میکنم<br>خوردن منظم داروها<br>نخوردن مواد قندی<br>استرس نداشتن<br>سرگرمی با فضای مجازی<br>بی خیالی | خود مراقبتی ورزشی<br>خود مراقبتی دارویی<br>خود مراقبتی با پرهیز مواد غذایی<br>خود مراقبتی کنترل استرس<br>خود مراقبتی با سرگرمی در فضای مجازی<br>خود مرافبتی با بی خیالی | خود مراقبتی |
| | بی خوابی و تنهایی<br>بی خوابی شبانه<br>خوردن قرص و دارو<br>زندگی پردردسر<br>دلهره شبانه | بی خوابی در سوگ عزیزان<br>خواب نامنظم شبانه<br>خوابیدن با دارو<br>مشکلات زندگی و بی خوابی<br>دلهره و بی خوابی | خواب |
| | تحلیل جسمی<br>ترس از چاق شدن | دیابت و کاهش وزن<br>دیابت و افزایش وزن | کنترل وزن |
| | احساس ضعف<br>تزریق انسولین<br>درد و مرض | ضعف جسمانی<br>کنترل با انسولین<br>انواع امراض جسمانی | سلامت جسمانی |
| | مشکلات جنسی<br>عدم تمایل و لذت جنسی<br>ترس از آینده | دیابت و ناتوانی جنسی<br>بی میلی جنسی<br>مسائل جنسی و احساس گناه | سلامت جنسی |
| | استرس و اضطراب<br>ناراحتی و افسردگی<br>فشار عصبی | عدم تسلط بر خود و محیط<br>تحت کنترل خود | سلامت روانی |
| | ناتوانی<br>افسوس خوردن<br>بی حالی و بی انگیزگی | عدم خود پذیری | |

[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-15 ]

**سلامت جسمانی :** بیماری دیابت یک معضل مهم برای سلامت جسمانی است که باعث اثرات گسترده ای بر عملکردهای فردی و اجتماعی افراد می شود. برای فرد دیابتی مشکلات روانشناختی و اجتماعی ممکن است به دلیل محدودیت در رژیم غذایی و فعالیت، نیاز برای مراقبت دقیق و مداوم از خود و احتمال بروز عوارض جسمی جدی نظیر مشکلات کلیوی، چشمی، قلبی و مغزی به وجود آید. هر چند اکثر این افراد به خوبی با محدودیت های بیماری خود کنار می آیند اما اقلیت مهمی از آن ها در این زمینه مشکلاتی دارند. همکاری در انجام آزمایش خون، رعایت رژیم غذایی و مصرف انسولین غالبا رضایت بخش نیست و در نتیجه کنترل قند خون غالبا کمتر از حد بهینه می باشد. سلامت جسمانی در تجربه زیسته بیماران دیابتی از ۳ مضمون فرعی، ضعف جسمانی، کنترل با انسولین و انواع امراض جسمانی تشکیل شده است.

*ضعف جسمانی :* اکثر قریب به اتفاق شرکت کنندگان در هنگام توصیف تجارب خود مسئله تغییر در سلامت جسمانی را به دلیل ابتلا به دیابت مطرح کردند : چنانچه فرد دیابتی(شماره ۱) بیان نمود : "*صبح ها احساس ضعف دارم*" ، دیابتی شماره (۴) می گفت : "*الان خیلی خسته می شوم* "، و دیابتی شماره (۷) اذعان داشت که : "*من از نظر جسمی خیلی ضعیف تر شدم*".

*کنترل با انسولین :* اغلب بیماران دیابتی در زمان توصیف تجربه زیسته خود از کنترل بیماری با انسولین صحبت می کردند : به طوری که دیابتی شماره (۵) اظهار داشت که : "*همیشه انسولین میزدم حالا هم می زنم*"، "*روزی ۸۰ تا ۹۰ واحد انسولین می زنم*"، مشارکت کننده شماره (۸) بیان نمود : " *بیست ساله دیابت دارم روزی دو بار انسولین می زنم*"، " *ده سال است انسولین می زنم*".

*انواع امراض جسمانی* : بیشتر افراد دیابتی در توصیف تجربه زیسته خود از انواع امراض جسمانی به واسطه دیابت صحبت می کردند : شرکت کننده شماره (۳) می گفت : " *من قبلا بیماری اثنی عشر داشتم سال ۸۲ توانستم این بیماری را کامل از بین ببرم*"، مشارکت کننده شماره (۵) چنین بیان کرد : "*رفتم دکتر گفت قندت روی ۸۰۰ است*"، " *مشکل شبکیه چشم دارم*"، دیابتی شماره (۱۳) چنین می گفت : شماره ( ۱۳) در مصاحبه گفت : "*نیروئید پرکار دارم*"، شماره (۱۴) : " *تاری دید و سرگیجه دارم*"، مشارکت کننده (۱۰) می گفت : " *من دو تا زانو عمل کردم*"، شماره (۵) : می گفت : "*فشار خون دارم*".

**سلامت جنسی**

سلامت جنسی، بخشی از سلامت است و به عنوان یک نیاز و استراتژی جهت دست یافتن به اهداف توسعه هزاره بیان شده است. سلامت جنسی بر اساس سازمان جهانی بهداشت به یکپارچگی و هماهنگی بین ذهن، احساس و جسم تعریف شده است و جنبه های اجتماعی و عقلانی انسان را در مسیر ارتقای شخصیت سوق داده و با ایجاد ارتباط و عشق و بین زوجین همراه است (۲۶). علاقه، رضایت و توانایی انجام فعالیت جنسی تحت تأثیر بیماری دیابت و یا داروهای مصرفی در این بیماران قرار می گیرد (۲۷). سلامت جنسی دارای ۳ مضمون فرعی، دیابت و ناتوانی جنسی، بی میلی جنسی و مسائل جنسی و احساس گناه است.

*دیابت و ناتوانی جنسی :* بیماران دیابتی عنوان کردند که : "دیابت سبب ضعف پایین تنه انسان می شود به ویژه دیابت سبب ناتوانی جنسی می شود(مشارکت کننده شماره ۲)"، مشارکت کننده شماره (۳) می گفت: " *در روابط جنسی میل جنسی کم می شود ، نعوظ کم میشه*"، شرکت کننده شماره (۹) بیان می کرد که : " *دیابت مانع انجام وظایف زناشوئی است*". یکی از افراد دیابتی می گفت( شماره۳) " *مسائل جنسی در خطر است*".

*بی میلی جنسی :* از نظر بیمار دیابتی شماره (۱۱) : " *دیابت در مسائل زناشویی خیلی تاثیر داشته میل جنسیم کم شده زود انزالی دارم حتی هر از ۶ ماه هم رابطه جنسی ندارم*"، "*به علت دیابت لذت جنسی در من نیست*( شماره ۱۰)".

*مسائل جنسی و احساس گناه :* برخی بیماران دیابتی اعتقاد داشتند که : " *می ترسم خانمم به خاطر دیابت از من جدا شود*"(شماره۱۲)، " *همیشه از دیابت می ترسم*(شماره ۱۳)". مشارکت کننده شماره(۲۱) می گفت : " *دیابت در مسائل جنسی خیلی زیاد تأثیر داشته، دیگه بیخیال شدم، من میل جنسی دارم اما توانایی ندارم همش میگم من به چه چیزی دل خوش کنم*". مشارکت کننده شماره ( ۱۶) اظهار می داشت که : " *مشکلات جنسی نسبت به قبل از بیماری در حدود ۴۰ درصد اثر گذاشته است*". شرکت



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-15 ]

کننده دیگر بیان می کرد که : " *در مقابل همسرم احساس نقصان و دین می کنم*"( مشارکت کننده شماره ۱۵).

**سلامت روانی**

سلامت روانی به نحوه تفکر، احساس و عمل اشخاص بستگی دارد. به طور کلی افرادی که از سلامت روانی برخوردار هستند، نسبت به زندگی نگرش مثبت دارند، آماده برخورد با مشکلات زندگی هستند و در مورد خود و دیگران احساس خوبی دارند (۲۸). کارشناسان سازمان بهداشت جهانی سلامت فکر و روان را این طور تعریف می کنند : " سلامت فکر عبارت است از قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناس". تعریف جینسبرگ در مورد سلامت روانی عبارت است از : " تسلط و مهارت در ارتباط با محیط، به خصوص در سه فضای زندگی، عشق، کار و تفریح". این شخص و همکارانش برای توضیح بیشتر می گویند : " استعداد یافتن و ادامه کار، داشتن خانواده، ایجاد محیط خانوادگی خرسند، فرار از مسائلی که با قانون درگیری دارد، لذت بردن از زندگی و استفاده صحیح از فرصت ها، ملاک تعادل و سلامت روان است(۲۹). سلامت روانی دارای دو مضمون فرعی، عدم تسلط بر خود و محیط تحت کنترل خود و عدم خودپذیری
می باشد.

***کنترل وزن***

دیابت هم سبب کاهش وزن و هم وزن زیاد در ابتلا به دیابت تأثیر زیادی دارد. کنترل وزن دارای ۲ مضمون فرعی، کاهش وزن و افزایش وزن می باشد.

*کاهش وزن* : بیماران دیابتی در مصاحبه های خود می گفتند که : "*من قبل از دیابت وزنم روی ۹۵ کیلو بود و این سبب چاقی می شود و پیش زمینه ابتلا به دیابت است تلاش برای کم کردن وزن باعث دیابت می شود*(مشارکت کننده شماره ۳)"، شرکت کننده شماره ۱۵ می گفت : " *اول فکر می کردم مثل سرما خوردگی است بعد دیدم خیلی لاغر شدم*"، شرکت کننده شماره (۷) می گفت: "*از نظر جسمی خیلی ضعیف تر شده ام وزنم کم شده*"، دیگری می گفت : " *وزنم قبلا ۹۰ کیلو بود حالا خیلی کمترشده*( مشارکت کننده شماره۵)".

*افزایش وزن* : اغلب بیماران دیابتی افزایش وزن را در مبتلا به دیابت موثر می دانستند چنانچه شرکت کننده شماره (۲۰) می گفت : " *همیشه می ترسیدم که چاق بشم و دیابت بگیرم*"، مشارکت کننده شماره (۷) بیان می کرد : " *افرادی که این ژن در بدن خود به ارث برده اند از طریق کنترل وزن می توانند بیماری را به تعویق بیندازند*".

**خواب**

خواب در تجربه زیسته بیماران دیابتی دارای ۵ مضمون فرعی، بی خوابی در سوگ عزیزان، خواب نامنظم شبانه، خوابیدن با دارو، مشکلات زندگی و بی خوابی و دلهره و بیخوابی می باشد.

بی خوابی در سوگ عزیزان : برخی بیماران دیابتی بی خوابی را ناشی از سوگ عزیزانشان می دانستند چنانچه مشارکت کننده شماره (۴) می گفت : " *من از شب ها زیاد خوشم نمیاد اصلا خوابم نمیبره همش به تنهایی خودم فکر می کنم به مادرم که فوت شده به بچه های برادرم که پدرشون فوت شده خودم بزرگشون کردم*".

*خواب نامنظم شبانه* : دیابتی ها در مصاحبه شان از خواب نامنظم شبانه می گفتند: "*شب ها اصلا خوابم نمیبره ساعت ۲ یا ۳ خوابم میبره*(شرکت کننده شماره ۱۵)"، شرکت کننده شماره۱۸، می گفت : *بعضی وقت ها تنظیم خواب سخت میشه در خواب بیداری اما عملا فقط چشم شما بسته است*".

*خوابیدن با دارو* : خوابیدن با دارو از مشکلات افراد دیابتی بود مشارکت کننده شماره(۹) می گفت: " *شب ها باید قرص خواب بخورم تا بتوانم بخوابم اگر بیدار شدم دیگه خوابم نمیبره*"، " *قرص های خواب که میخورم روی معده ام اثر گذاشته و خوابم تحت تأثیر خودش قرار داده است*"، " *برای خوابیدن شب باید انسولین بزنم*".

مشکلات زندگی و بی خوابی : مشکلات زندگی باعث بی خواب خیلی از افراد دیابتی می *باشد : شرکت کننده شماره (۴) اظهار می کرد : " شب ها به سختی میخوابم به فکر مشکلاتم هستم بیشتر به فکر مشکلات زندگی و تنهایی ام هستم*".

دلهره و بیخوابی : شرکت کننده شماره (۸) اذعان می کرد : " *شب ها ناراحتم و دلهره دارم اگر دیر شام بخورم و بخوابم قندم بالا میره و خوابم خوب نیست*".



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-15 ]

**بحث و نتیجه گیری**

پژوهش حاضر به کشف تجربه زیست سلامت مدار نزد بیماران دیابتی با روش پدیدارشناسی شوتز پرداخت. این مطالعه تجربه زیسته خاصی را آشکار کرد پیچیدگی این مفهوم را باز و حل کرد، عمق و ذات این پدیده برای زندگی آن ها مورد توجه قرار داد. تجربه های دیابت در زندگی روزمره و زیست جهان آن ها همان طور که اتفاق می افتد با جزئیات غنی و زنده مورد مطالعه قرار گرفت، و اهمیت تجربه زیست سلامت مدار را برای بیماران دیابتی آشکار نمود. شش مضمون اصلی " خود مراقبتی"، " خواب"، " کنترل وزن"، " سلامت جسمانی"، "سلامت جنسی" و " سلامت روانی" از تجربه زیست سلامت مدار بیماران دیابتی استخراج گردید. در مضمون خود مراقبتی، هفت مضمون فرعی : "خود مراقبتی ورزشی"، "خود مراقبتی دارویی"، "خود مراقبتی با پرهیز مواد غذایی"، "خود مراقبتی با کنترل استرس"، "خود مراقبتی با سرگرمی در فضای مجازی" و "خود مراقبتی با بی خیالی" استخراج شد. در مضمون خود مراقبتی با سرگرمی در فضای مجازی، اهمیت ذهنی تجربه زیسته شناسایی شده توسط این بیماران با مشاهدات مشابه کارلسون و همکاران ارتباط نزدیکی دارد. در مطالعات قبلی این نویسندگان گزارش کردند که بیماران اغلب به شبکه‌های اجتماعی وابسته بودند و بر اجتناب از هیپوگلیسمی تمرکز داشتند، یافته‌هایی که در مطالعه ما نیز شناسایی شد(۳۰).

پنج مضمون فرعی نهفته در تجربه زیست سلامت مدار بیماران دیابتی در مضمون خواب شامل " بی خوابی در سوگ عزیزان"، خواب نامنظم شبانه"، " خوابیدن با دارو" ، " مشکلات زندگی و بی خوابی " کشف گردید. در مضمون کنترل وزن، دو مضمون فرعی " دیابت و کاهش وزن" " دیابت و افزایش وزن"، سلامت جسمانی سه مضمون فرعی"ضعف جسمانی"، کنترل با انسولین" ، " انواع امراض جسمانی"، سلامت جنسی، سه مضمون فرعی " دیابت و ناتوانی جنسی"، بی میلی جنسی"، مسائل جنسی و احساس گناه"، و در مضمون سلامت روانی، دو مضمون فرعی، " عدم تسلط بر خود و محیط تحت کنترل خود" و " عدم خود پذیری" استخراج گردید. یافته های مطالعه حاضر در حوزه سلامت جنسی با سایر مطالعات همخوانی دارد. نتایج پژوهشی نشان داد دیابت با آسیب رسانی به ارگان های مختلف بدن باعث اختلال درحوزه های مختلف پاسخ جنسی و کاهش کیفیت زندگی زنان مبتلا به این بیماری می شود. همچنین مسائل مربوط به سلامت جنسی برای زنان مبتلا به دیابت چالش هایی را ایجاد می کند(۳۲) برخی مضمون های ظهور یافته در مطالعه حاضر مانند سلامت جسمانی، سلامت روانی ، سلامت روانی و خود مراقبتی با مفاهیم استخراج شده از سایر مطالعات به ویژه مطالعات منتشر شده در ایران و نیز با تعدادی از تحقیقات خارجی همخوانی داشت. ولیزاده و همکاران در تحقیقی ابعاد سلامت در تجربیات زنان دیابتی را چند بعدی می داند و در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی قرار می دهند. در پژوهش حر و همکاران، طی فرایند تجزیه و تحلیل داده های حاصل از تجربه زیسته بیماران مبتلا به دیابت ، چهار درون مایه شامل بعد سلامت جسمانی، بعد سلامت روان شناختی ، بعد سلامت معنوی و سلامت اجتماعی اسخراج گردید. ولیئی و همکاران در تحقیقی پنج درونمایه نهایی پیرامون مفهوم سلامت بیماران مبتلا به دیابت شامل : تن سالم و دل خوش، زندگی بدون محرومیت، آرامش خاطر، معنویت و عدم وجود عوارض بیماری به دست آمد. توجه به ابعاد مختلف سلامت می تواند ما را متوجه این مسئله نماید که لازم است در برنامه ریزی های مربوط به سبک زندگی سلامت مدار و در مراقبت از بیماران، کلیت زندگی روزانه افراد مورد توجه قرار گیرد، چرا که توجه صرف به جنبه جسمی و فیزیکی در مراقبت از این بیماران کافی نمی باشد.

در پژوهشی پاسخ دهندگان نه تنها در مورد مسائل روزمره، نگران هستند در مورد مسائل احتمالی در درازمدت و اغلب با نحوه کنار آمدن آنها با مدیریت مدیریت دیابت در بلندمدت اشاره می کنند. آنها آگاه بودند که دیابت خطرات زیادی برای آن ها دارد. آنها آزادانه در مورد نگرانی‌های همیشگی‌شان و ترسشان از نابینایی یا مشکلات گردش خون، و اینکه چگونه همه این نگرانی‌ها همیشه در ذهنشان وجود دارد و چقدر برایشان ترسناک است، صحبت کردند(۳۱).

یکی از مضمون های ظهور یافته در مطالعه حاضر خودمراقبتی بود. یکی از مهم ترین روش های کنترل دیابت، خودمراقبتی است. جهت جلوگیری از تشدید یا تأخیر در



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-15 ]

بروز دیابت و بیماری ها و مشکلات مرتبط با آن، هر فرد بیمار نیاز به مدیریت روزانه دارد(۳۳). یافته های پژوهشی نشان داد آگاهی ، سواد و دانش افراد در مورد سلامت، دقت در نشانه های جسمانی و پیگیری آن ها، سلامت روان و پریشانی جزء ارکان خود مراقبتی می باشند و تأثیر بسزایی در افت و خیز بیماری دارند(۳۴،۳۵).

در تحقیق حاضر مشخص شد که زمینه های فردی ناشی از تجربه افراد در زیست سلامت مدار اثرات متفاوتی دارد. به طوری که هر فردی بر اساس مشکلاتی که با آن گریبانگیر بود یا تجربیات شخصی به سئوال تحقیق پاسخ گفت، برای مثال کسانی که تنها زندگی می کردند عدم پیروی از زیست سلامت مدار را ناشی از افسردگی و تنهایی می دانستند. کسانی که درگیر مشکلات جسمانی متعدد بودند، سلامت جسمی را در اولویت تعریف خود قرار می دادند. اکثر شرکت کنندگان به مشکلات روحی و روانی و تأثیر متقابل جسم و روح در سلامت اشاره داشتند. اما سلامت روحی و روانی را خیلی مهم می دانستند و می گفتند اگر به لحاظ روحی و روانی خود را بازسازی کنید می شود بر بیماری غالب شد. نتایج این قسمت از پژوهش کیفی با نتایج پژوهش کمی که نشان داد مداخله در بالا بردن میزان سلامت روان در بیماران دیابتی در روند درمان و کنترل بیماری نقش موثر دارد، همسو بود(۱۶). آن دسته از بیماران که الگو خواب مختل داشتند از سرزندگی کمتری برخوردار بودند و از عوارض دیابت بسیار می ترسیدند. بعضی مضمون های کشف شده در مطالعه حاضر مانند کنترل، مدیریت و خود مراقبتی با پژوهش های دیگر همخوانی دارد.

نتایج تحقیق نشان می دهد که خود مراقبتی نقش ویژه ای در درمان بیماری های مزمن دارد. وقتی می توان در مدیریت بیماری های مزمن موفقیت حاصل نمود که بیمار بتواند در فعالیت های مراقبت از خود از جمله مصرف دارو به صورت مناسب، پایش نوسانات سلامت و حفظ زیست سلامت مدار نقش موثر داشته باشد.

**محدودیت**

محدودیت پژوهش حاضر، مدت زمان نسبتا طولانی مصاحبه ها بود. تعدادی از شرکت کنندگان با نگرانی و بهم ریختگی به تجربه های زیسته خود پرداختند. تعدادی حاضر به مصاحبه نبودند و تعداد کمی هم برای مصاحبه از حوصله کافی برخوردار نبودند و حاضر به مصاحبه نمی شدند کلا دسترسی به افراد دیابتی بسیار سخت بود.

**تقدیر و تشکر**

بدین وسیله از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش حاضر تشکر و قدردانی می گردد.

**تعارض منافع**

هیچ گونه تعارض منافع جهت نویسندگان بیان نشده است.

**حمایت مالی**

این پژوهش تحت حمایت مالی نبوده است.

**ملاحظات اخلاقی**

این پژوهش حاصل رساله دکترا در دانشگده علوم اقتصادی و اجتماعی دانشگاه شیراز در رشته جامعه شناسی با کد اخلاق IR. US.PSYEDU.REC.1402.008) است. در رابطه با رعایت اصول اخلاقی پژوهش، لازم به ذکر است که قبل از مصاحبه، مشارکت کنندگان از اهداف و اهمیت پژوهش آگاه شدند و با رضایت و آگاهانه در تحقیق شرکت کردند و علاوه بر کسب رضایت، به مشارکت کنندگان اطمینان از حق انصراف و محرمانه بودن همه مشخصات در کل فرایند پژوهش داده شد.

**مشارکت نویسندگان**

سهم تمام نویسندگان برابر است

[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-15 ]

***References***


**1.** Cruz II. The lived experience of insulin-dependent diabetes among adult Latinos in a primary care clinic in San Antonio: The University of Iowa; 2014.

**2.** American Diabetes Association. 2017.

**3.** Diwani SA, Sam A. Diabetes forecasting using supervised learning techniques. Adv Comput Sci an Int J. 2014;3:10-8.

**4.** Ogle G, Middlehurst A, Silink M, Hanas R. Pocketbook for management of diabetes in childhood and adolescence in under-resourced countries [Internet]. Brussels: International Diabetes Federation; 2017 [cited 2018 December 11].

**5.** Shivakumar B, Alby S, editors. A survey on data-mining technologies for prediction and diagnosis of diabetes. 2014 International Conference on Intelligent Computing Applications; 2014: IEEE.

**6.** Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (2016). Wong's Essentials of Pediatric Nursing - E-Book: Elsevier Health Sciences.

**7.** Martin, Lisa C.. (2011). The lived experience of Type 2 diabetes in urban-based American Indian adolescents.. Retrieved from the University of Minnesota Digital Conservancy, https://hdl.handle.net/11299/109831.

**8.** Hinkle JL, Cheever KH. Clinical handbook for Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.

**9.** Pibernik-Okanović M. (2001). Psychometric properties of the World Health Organisation quality of life questionnaire (WHOQOL-100) in diabetic patients in Croatia. *Diabetes research and clinical practice*, *51*(2), 133–143. https://doi.org/10.1016/s0168-8227(00)00230-8

**10.** Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

**11.** McDonald PE, Tilley BC, Havstad SL. Nurses' perceptions: issues that arise in caring for patients with diabetes. Journal of Advanced Nursing. 1999;30(2):425-30.

**12.** Young-Hyman D, de Groot M, Hill-Briggs F, Gonzalez JS, Hood K, Peyrot M. Erratum. Psychosocial Care for People With Diabetes: A Position Statement of the American Diabetes Association. Diabetes Care 2016; 39: 2126–2140. Diabetes care. 2017;40(2):287.

**13.** Kasteleyn M, de Vries L, Van Puffelen A, Schellevis F, Rijken M, Vos R, et al. Diabetes-related distress over the course of illness: results from the Diacourse study. Diabetic Medicine. 2015;32(12):1617-24.

**14.** Chew B-H, Mohd-Sidik S, Shariff-Ghazali S. Negative effects of diabetes–related distress on health-related quality of life: an evaluation among the adult patients with type 2 diabetes mellitus in three primary healthcare clinics in Malaysia. Health and quality of life outcomes. 2015;13(1):1-16.

**15.** Albu-Karmi Hasan. Investigating the recovery of elderly type 2 diabetic patients with a diet therapy program, nutrition and healthy lifestyle management. Interdisciplinary research


[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-15 ]

in management and medical sciences. 2021:33, 43-3. [In persian]

**16.** Hor M, Aghaei A, Abedi A, Golparvar M. Recognizing different aspects of healthy life style for women with diabetes type two: a phenomenology qualitative research. Iranian Journal of Diabetes and Metabolism2018;17(5):242-56. [In persian]

**17.** Ingadóttir B. The lived experience of a chronic illness: Challenges, Dialogues and Negotiations in Adherence and Non-adherence: A phenomenological study from the perspective of the person with diabetes. 2006.

**18.** Iman M, Shirdel A. The emotional well-being experience of the elderly living in nursing homes: a phenomenological study. Qualitative research in health sciences. 2016;6(3):277-95. [In persian]

**19.** Zeferino MT, Carraro TE. Alfred Shütz: from theoretical-philosophical framework to the methodological principals of phenomenological research. Texto & Contexto-Enfermagem. 2013;22:826-34.

**20.** Schutz, A. (1962). Phenomenology and the Social Sciences. In: Natanson, M. (eds) Collected Papers I. Phaenomenologica, vol 11. Springer, Dordrecht. https://doi.org/10.1007/978-94-010-2851-6_5

**21.** Eberle, T. S. (2014). Phenomenology as a Research Method. In (pp. 184 - 202): Sage.

**22.** Eatough V, Smith JA, Shaw R. Women, anger, and aggression: An interpretative phenomenological analysis. Journal of interpersonal violence. 2008;23(12):1767-99.

**23.** Karin D, Nyström M, Dahlberg H. Reflective lifeworld research2007.

**24.** Mohammadpour A. Qualitative Research Methods against Method. Sociologists, Tehran. 2010.

**25.** Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). Naturalistic Inquiry: SAGE Publications.

**26.** Bolourian Z, Ganjloo J. Evaluating sexual dysfunction and some related factors in women attending Sabzevar Health Care Centers. Journal of Reproduction & Infertility. 2007;8(2).

**27.** Copeland KL, Brown JS, Creasman JM, Van Den Eeden SK, Subak LL, Thom DH, et al. Diabetes mellitus and sexual function in middle-aged and older women. Obstetrics and gynecology. 2012;120(2 Pt 1):331.

**28.** Peyravi H, Hajebi A, Panaghi L. A survey on the relation between social support and mental health in students of Tehran University. Journal of Health system research. 2011;6(2):0-.

**29.** Azad H. The Correlation of Social Support, tolerance and Mental Health in Children of Martyrs and war-disabled in Universities of Ilam. Iranian Journal of War and Public Health. 2011;3(4):48-58.

**30.** Karlsson A, Arman M, Wikblad K.Teenagers with type 1 diabetes: a phenom- enological study of the transition towards autonomy in self management. Int J Nurs. Studies 2008;45:562–570.

**31.** King, Kathryn, King, Philip J, Naylar, Rahul and Wilkes, Scott Perceptions of Adolescent Patients of

[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-15 ]

the “Lived Exp erience” of Type 1 Diabetes. Diabetes Spectrum, 2017, 30 (1). pp. 23-35. ISS N1 040-9165.

**32.** Somayeh Karimi-Valoujaei1, Sedigheh Hasani-Moghaddam2, Zahra Kashi3, Seyede-Sedigheh Yousefi4, Hamid Sharif-Nia5, Soghra Khani, Effective factors on sexual dysfunction in women with diabetes: a systematic review, Received 8 April 2020; Accepted 4 June 2020. Journal of Clinical Excellence, 10th Volume, Number 1, 2020. [In persian]

**33.** Browne, J. B., Ventura, A. D., Mosely, K., & Speight, J. Meauring the stigma surrounding type 2 diabetes: development and validation of the Type 2 Diabetes Stigma Assessment Scale (DSAS-2). Diabetes Care. https://doi.org /10.2337/dc16-0117,2016.

**34.** Matthew, C. Riddle, M.D. Introduction: Standards of Medical Care in Diabetesd2020 , Mental Health | ADA - American Diabetes Association, Diabetes cara,2020, 23(1): 1- 224.

**35.** McCarthy, M. M., Whittemore, R., Gholson, G., & Grey, M. Diabetes distress, depressive symptoms, and cardiovascular health in adults with Type 1 diabetes. Nursing Research,2019, 68(6), 445–452.

**36.** Iman, M. Philosophy of Research Methodology in Humanities, Qom: Hozeh and University Research Institute, 2012. [In persian]

**37.** Shirdel Serasiyabi, A. Analyzing the lived experience of social emotion in the world of the elderly (case study: Kerman old people's home), Shiraz University doctoral thesis, Department of Sociology, supervisor: Dr. Mohammad Taghi Iman, 2016. [In persian]

**38.** Danaifard, H., and Kazemi, S. H. Interpretative researches in organization, phenomenological strategy and phenomenography, Tehran: Imam Sadeq University Press, 2009. [In persian]

**39.** Iman, M. Fundamentals of Paradigm and Quantitative and Qualitative Research Methods in Human Sciences, Qom: Hoza University Research Institute, 2008.[In persian]

[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-15 ]