

شناسایی ابعاد مختلف سبک زندگی سلامت، ویژه‌ی زنان مبتلا به دیابت نوع دو: یک مطالعه‌ی کیفی پدیدار شناختی

مریم حرا^۱، اصغر آقایی*^۱، احمد عابدی^۲، محسن گل پرورا^۱

چکیده

مقدمه: دیابت بیماری مزمنی است که بر بسیاری از ابعاد و جنبه‌های زندگی تأثیر می‌گذارد. تجربه‌ی بیماران جنبه‌های مختلف زندگی او را در بر می‌گیرد زیرا بیمار به‌واسطه‌ی بیکاری‌اش زندگی می‌کند. هدف این مطالعه توضیح نقش سبک زندگی در زندگی بیمار است. بررسی تجربه‌ی زیسته‌ی بیماران در این مورد می‌تواند راهکار اساسی در اصلاح سبک زندگی بیماران دیابتیک باشد.

روش‌ها: این مطالعه یک بررسی کیفی از نوع پدیدارشناسی است که در آن نمونه‌گیری از میان مراجعین به مرکز خیریه‌ی دیابت اصفهان به‌طور هدفمند، با حداکثر تنوع انتخاب شد. ۳۳ بیمار زن مبتلا به دیابت در سنین بین ۳۵ تا ۶۹ سال با سابقه‌ی حداقل یک سال ابتلا به دیابت و نداشتن بیماری روانی حاد، انتخاب شدند. نمونه‌گیری به‌صورت تدریجی از بهمن ۹۵ تا بهار ۹۶ انجام گرفت. بیماران در این مطالعه با انجام مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته طی ۴۵ تا ۵۰ دقیقه مورد بررسی قرار گرفتند. متن مصاحبه‌های ضبط شده، پس از پیاده‌سازی به روش تحلیل کلایزی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: طی فرآیند تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از تجربه‌ی زیسته‌ی بیماران مبتلا به دیابت، چهار درون‌مایه شامل بعد سلامت جسمانی، بعد سلامت روان شناختی، بعد سلامت معنوی و سلامت اجتماعی استخراج گردید.

نتیجه‌گیری: برای اصلاح سبک زندگی بیماران نیاز به نگرشی همه‌جانبه نسبت به موضوع سبک زندگی است. درک تجربه‌ی زیسته‌ی و نتایج حاصل از تجارب مربوط به سبک زندگی سلامت در بیماران مبتلا به دیابت می‌تواند اعضای تیم درمانی و مراقبتی را در ارائه‌ی خدمت مطلوب‌تر کمک نماید و از بازگشت‌های مکرر به سبک زندگی نادرست جلوگیری به‌عمل آید.

واژگان کلیدی: تجربه‌ی زیسته، سبک زندگی سلامت، دیابت نوع دو

۱- گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

۲- گروه روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

نشانی: اصفهان، ارغوانیه، بلوار دانشگاه، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان، صندوق پستی ۸۱۵۹۵-۱۵۸، تلفن: ۰۳۱۳۵۳۵۴۰۰۱، نمابر: ۰۳۱۳۵۳۵۴۰۶۰،

پست الکترونیک: info@khuisf.ac.ir

مقدمه

در سال‌های اخیر تحقیقات گسترده‌ای در سراسر جهان در مورد نقش سبک زندگی سلامت در دیابت انجام گرفته است از جمله، پژوهشی (۲۰۱۷) در آمریکا، نشان داد که اهداف بلند مدت در درمان و مدیریت بیماری باید از طریق اهداف کوتاه مدت و اهداف رفتاری قابل دستیابی تقسیم شوند. اهداف رفتاری و اهداف شیوه‌ی زندگی باید با ترجیحات و پیشرفت بیماران متناسب باشد و در طول زمان در حین ایجاد اعتماد به نفس در مراحل کوچک، سرانجام به ایجاد تغییرات پایدارتر در سبک زندگی کلی در بیماران منجر شود، همچنین رفع عوامل مشکل‌ساز روانی و اجتماعی، احتمال موفقیت را تسهیل می‌کند [۱۰].

همچنین پژوهش دیگری که بر روی بیماران مبتلا به دیابت در مدت ۱۲ هفته انجام گرفت نشان داد تغییرات در سبک زندگی و انجام برنامه‌های مفید از جمله ورزش، در فضای حمایت‌کننده و انگیزشی سبب بهبود دیابت می‌شود [۱۱].

همچنین مطالعه‌ای که بر روی ۲۲۲ بیمار دیابتی با هدف بررسی سبک زندگی بر میزان هموگلوبین A1C انجام گرفت، در ابتدای مطالعه، اندازه‌گیری آنتروپومتری، بیوشیمیایی، بالینی و تناسب اندام انجام شد، در پایان برنامه‌ی مداخله، شیوه‌ی زندگی بهتر و بهبود قابل توجهی در کنترل دیابت در پایان برنامه‌ی سه ماهه‌ی زندگی فشرده و در بازدید دو ساله مشاهده شد. علاوه بر این، نتایج نشان داد دوزهای روزانه درمان هیپوگلیسمی به میزان قابل توجهی کاهش یافته بود. همچنین نتایج نشان داد پیشرفت پیش دیابت به دیابت به‌طور قابل توجهی پایین بوده است. بنابراین در افراد شرکت‌کننده در پژوهش، درمان با شیوه‌ی آموزش سبک زندگی با کاهش عوامل خطر قابل تغییر، می‌تواند از پیشرفت بیماری دیابت جلوگیری کند [۱۲].

نتیجه‌ی مطالعه‌ای در ژاپن بر روی ۱۹۳ نفر کارگر مرد ژاپنی نشان داد که اصلاح سبک زندگی و تغییر آن به سمت سبک زندگی سالم می‌تواند نقش معنی‌داری در کنترل بیماری دیابت نوع دو افراد داشته باشد [۱۳].

در پژوهش دیگری، مواردی همچون: درآمد کم، پیچیده بودن رژیم درمانی، دانش کم و عدم توانایی ورزشی و فعالیت فیزیکی به‌عنوان موانع انطباق با برنامه‌ی درمانی از دیدگاه بیماران مبتلا به دیابت نوع دو برشمرده شدند [۱۴].

دیابت شیرین یک بیماری مزمن متابولیک است که با افزایش سطح گلوکز خون در یک دوره‌ی زمانی تظاهر می‌کند. در این بیماری، 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 [۱]. به‌عبارت دیگر، به‌خاطر کافی نبودن انسولین ترشح شده توسط بدن و یا عدم پاسخ‌دهی سلول‌ها به انسولین ترشح شده موجود، شخص مبتلا، دارای میزان بالایی قند خون می‌باشد [۲]. دیابت شایع‌ترین بیماری‌های مزمن در کشورهای مختلف می‌باشد که هم‌زمان با کاهش فعالیت جسمی و تغییرات در تغذیه و سبک زندگی افراد شیوع آن به‌طور چشم‌گیری افزایش یافته است [۳]. در صورت عدم درمان صحیح و نداشتن کنترل بر دیابت این بیماری می‌تواند موجب مرگ و میر زودرس شود [۴]. تقریباً ۲۸۵ میلیون نفر در سراسر جهان مبتلا به دیابت هستند و پیش‌بینی شده است این میزان در سال ۲۰۲۳ به ۴۳۸ میلیون نفر افزایش خواهد یافت [۵].

در آینده جمعیت بالای مبتلایان به دیابت به چالشی مهم برای سیستم تأمین سلامت تبدیل می‌شود. در این راستا شناخت عوامل متعدد ایجادکننده اختلال در درمان مناسب بیماری دیابت نیز از اهمیتی خاص برخوردار است. ماهیت خاص بیماری، تزریقات مکرر انسولین، سنجش قند خون در چندین نوبت، نیاز به اصلاح وضعیت کلی زندگی دارد. از این‌رو آموزش سبک زندگی سلامت بسیار با اهمیت است [۶]. سبک زندگی به فعالیت عادی و معمول روزانه است که افراد آنها را در زندگی خود به‌طور قابل قبول پذیرفته‌اند. به‌طوری‌که این فعالیت‌ها روی سلامت افراد تأثیر می‌گذارند [۷، ۸].

سبک زندگی هدف فرد، خودپنداره، احساس‌های فرد نسبت به دیگران و نگرش فرد نسبت به دنیا را شامل می‌شود و این نگاه معمولاً بیشتر از آنکه مربوط به وضعیت جسمانی و سلامت فرد باشد ناشی از وضعیت روانی افراد است. سبک زندگی از الگوهای فرهنگی، رفتاری و عاداتی شکل می‌گیرد که افراد از درون خانواده آموخته‌اند و به‌طور روزمره آنها را در زندگی فردی و اجتماعی خود به‌کار می‌گیرند. سبک زندگی، نحوه‌ی زیستن را شامل می‌شود [۹].

خواب، کنترل استرس و قطع مصرف سیگار و نظایر آن را شامل می‌شود [۲۱].

سبک زندگی سلامت یک پدیده‌ی چند بعدی و چند عاملی است. و شامل الگوهای رفتاری می‌شود که می‌توانند تضمین‌کننده‌ی سلامت برای فرد باشند. این سبک زندگی از ابعاد متنوعی چون ورزش، تغذیه مناسب، خودکنترلی، و رفتارهای پیش‌گیرانه تشکیل شده است. مفهوم و جوهره‌ی سبک زندگی سلامت در واقع انسجام در انجام دادن مجموعه‌ای از رفتارهای مرتبط با بهداشت و سلامتی است. به عبارت بهتر، سبک زندگی سالم منبعی ارزشمند برای کاهش شیوع و تأثیر مشکلات بهداشتی، ارتقای سلامت، تطابق با عوامل استرس‌زای زندگی و بهبود کیفیت زندگی است [۱۸].

با وجود مؤثر بودن سبک زندگی سلامت در بهبود و خود مراقبتی، بیماران در خط سبک زندگی سالم پایدار نمی‌مانند. زیرا عوامل شناختی، رفتاری، هیجانی و اجتماعی نیز در سیر ابتلا به دیابت تنظیم و کنترل آن نقش دارد. [۲۲].

بیماران دیابتی ممکن است به علت عوارض این بیماری دچار اختلالات خلقی و از جمله افسردگی شوند. بررسی شیوع افسردگی در بیماران نشان داده است که شیوع افسردگی در بیماران دیابتی بسیار بیشتر از افراد عادی است. افسردگی از جمله اختلالات 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. افراد مبتلا به دیابت از افسردگی اساسی رنج می‌برند، همچنین افرادی که از افسردگی توأم با دیابت رنج می‌برند علائم اضطراب ناشی از بیماری دیابت را نیز نشان می‌دهند. علاوه بر هم‌زیستی بیماری دیابت با اضطراب، عدم پایبندی به درمان و کیفیت زندگی پایین از عوامل خطر ساز ابتلا به افسردگی همراه با بیماری دیابت نوع دو است [۲۳].

نشانه‌های مانند اضطراب و افسردگی بالا به احتمال زیاد می‌تواند با عادات غذایی همراه باشند. عادات غذایی بد، از عوامل ابتلا به دیابت نوع دو می‌باشد. 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 اختلالات روان‌شناختی و اجتماعی شود [۲۴].

تحقیقات اخیر نشان می‌دهد که هدف اصلی درمان نباید تنها بر طرف کردن علائم و نشانه‌های فیزیکی این بیماری باشد، بلکه بهبود سبک زندگی بیماران نیز باید مد نظر قرار گیرد [۱۵] تغییر و اصلاح سبک زندگی با تغییر در میزان فعالیت‌های فیزیکی و نوع تغذیه‌ای قادر است نقش پیشگیرانه در بروز ابتلا به بیماری دیابت نوع دو داشته باشد. نتایج نشان می‌دهد در بیماری دیابت پیروی از یک رژیم غذایی مناسب می‌تواند تا ۸۰ درصد در کنترل قندخون بیماران دیابتی، نقش مؤثری داشته باشد [۱۶].

نقش عوامل محیطی از جمله سبک زندگی در بیماری دیابت نوع دو کاملاً محسوس است. شواهد مطالعات همه‌گیری شناسی نیز از ارتباط بین سبک زندگی و دیابت نوع دو حمایت می‌کند؛ همچنین مطالعات زیست محیطی مربوط به مهاجرت نشان می‌دهند بیشتر مبتلایان به دیابت در میان کسانی بوده‌اند که به کشورهای غربی مهاجرت کرده‌اند؛ بنابراین سنگ بنای مدیریت دیابت نوع دو، اصلاح سبک زندگی است [۱۷].

آموزش سبک زندگی اساس و شالوده درمان دیابت است. اهداف کلیدی آموزش دیابت، تغییر رفتار افراد و ارتقای خود مراقبتی است. آموزش سبک زندگی سلامت ویژه‌ی دیابت شامل فراهم آوردن راهکارها، ابزار و حمایت‌های ضروری جهت مدیریت بیماری می‌باشد [۱۸].

بحث‌های اولیه در مورد سبک زندگی در درجه‌ی نخست بر تغذیه، ورزش، سیگار و استفاده از الکل متمرکز بود، در صورتی که امروزه درک سبک زندگی و رابطه‌ی آن با سلامتی تغییر کرده است. متخصصان، سلامت را صرفاً یک پدیده‌ی پزشکی در نظر نمی‌گیرند بلکه به آن به صورت یک وضعیت زیستی، روانی و اجتماعی نگاه می‌کنند و آن را ترکیبی از عوامل بیولوژیکی، روانی و اجتماعی می‌دانند. ارتقاء سلامت نیازمند رویکردی چند بعدی است. که شامل فعالیت‌های آموزشی و ترویج برخی تغییرات رفتاری و مرتبط با سبک زندگی است [۱۹].

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که درمان‌های روان‌شناختی بر پایه‌ی تغییر سبک زندگی، باعث بهبود وضعیت سلامت روانی و جسمی در بیماران مبتلا به دیابت می‌باشد [۲۰]. اکنون شاخه‌ی جدیدی در علوم پزشکی به نام طب "سبک زندگی" به وجود آمده است که کاربرد آن در پیشگیری و کنترل بیماری‌هاست. بر این اساس سبک زندگی، تغذیه، ورزش،

درک اندکی از عوامل مؤثر بر پیروی از سبک زندگی سلامت در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو وجود دارد. بررسی افکار و هیجاناتی که مانع اجرای برنامه‌ی سبک زندگی سلامت است، ضروری است. لذا پژوهشگر، با توجه به دلایل ذکر شده مبنی بر چند بعدی بودن سبک زندگی سلامت، همچنین متفاوت بودن فرهنگ و بستر حاکم بر جامعه ایران از سایر کشورها، که یکی از مهم‌ترین آنها شرایط حاکم بر نظام ارائه خدمات بهداشتی کشور است، لزوم درک عمیق این پدیده را با مطالعه‌ای کیفی به منظور برنامه ریزی‌های مناسب جهت مداخلات مؤثر و کارا در جهت رفع موانع سبک زندگی سلامت و در نتیجه کاهش عوارض فردی، خانوادگی و اجتماعی ناشی از بیماری، بیش از پیش ضروری می‌داند.

با توجه به ماهیت چند وجهی بیماری دیابت از جمله عوارض جبران ناپذیر و نیز اختلالات روانی همراه آن مانند افسردگی و اضطراب، ضرورت کشف مدل درمانی نیرومند و جامع‌تری که بتواند منجر به ماندگاری و پایبندی درمان‌های مربوطه شود بیش از پیش احساس می‌شود، بنابراین لازم است اصلاح سبک زندگی بیماران دیابتی مورد بررسی قرارگیرد.

به منظور ارائه مدل درمانی مؤثر در ایجاد سبک زندگی سلامت، ابتدا تجربه‌های زنان مبتلا به دیابت نوع دوم در این مطالعه‌ی کیفی بررسی شد.

روش‌ها

روش انتخاب نمونه به صورت مبتنی بر هدف، تدریجی و با حداکثر تنوع^۲ بود، یعنی نمونه‌ای که از نظر ابعاد مورد نظر پژوهش، از تنوع زیادی برخوردار باشد. به این ترتیب می‌توان الگوهای مشترکی را که در میان این موارد متنوع و ناهمگون وجود دارد تشخیص داد. افرادی را که واجد شرایط بودند (یعنی اطلاعات کافی از پدیده داشته و قادر به بیان آن بودند و برای شرکت در مطالعه رضایت داشتند) به عنوان شرکت کننده انتخاب شدند. معیار ورود پژوهش زنان مبتلا به دیابت در سنین بین ۳۵ تا ۶۹ سال با سابقه‌ی حداقل یک سال ابتلا به دیابت و نداشتن بیماری روانی حاد و معیار خروج وجود هر عامل ناتوان کننده در بیان تجربه‌های زندگی بیماران بود. ۳۳ بیمار به صورت هدفمند انتخاب شدند. مصاحبه‌ها از بهمن ۹۵ تا بهار ۹۶ انجام

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 [۲۵].

مبتلا شدن به بیماری‌های مزمن از جمله دیابت، می‌تواند از یک سو 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، دلالت به ضرورت توجه به توسعه‌ی مداخلات روان‌شناختی در حوزه‌ی روان‌شناسی بالینی و روان‌شناسی سلامت دارد [۲۶].

پایبندی به رژیم غذایی سالم، درمان دارویی 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 [۲۷]. در این بیماران هراس از آینده به دلیل خود بیماری و عوارض جانبی داروها جایگزین امید به آینده می‌شود که در نتیجه‌ی آن تشدید پریشانی، اضطراب و افسردگی است [۲۸].

مبتلایان به دیابت به دلیل ترس از افت قند خون، بروز عوارض ناشی از آن، خلق افسرده و احساس گناه ناشی از عدم کنترل دقیق قند خون بار عاطفی شدیدی را متحمل می‌شوند که این بار عاطفی به عنوان تنش عاطفی وابسته به دیابت تعریف شده است [۲۹].

شناخت تجربه‌ی سبک زندگی در بیماران دیابتی به طور کل و همچنین در زنان دیابتی که تعداد بالایی از این بیماران را تشکیل می‌دهند مهم است، زیرا آشکارا سلامت آنها با سلامت خانواده‌ها پیوند می‌خورد و می‌تواند روی خط مشی‌ها، فرایندهای درمانی و مراقبت در این گروه خاص تأثیر بگذارد [۳۰].

چرا این عوامل روانی می‌توانند این چنین روند درمان را مختل کنند و منجر به عوارض بدون بازگشت در دیابت شود؟ برای پاسخ به این پرسش، نیازمند تجارب زیسته^۱ با بیماران دیابتی نوع دو هستیم تا لحظاتی که بیمار دچار خلل در خود مراقبتی و پایبندی به درمان می‌شود، مورد بررسی قرار گیرد. شناخت تجربه و درک این گروه از بیماران از سبک زندگی سلامت، می‌تواند به ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران منجر گردد. این در حالی است که به دلیل پیچیده بودن درمان و ماهیت بیماری،

²Maximum variation sampling

¹lived experience

مناسب و کاملاً راحت برای شرکت کنندگان در نظر گرفته شدند. مدت زمان هر مصاحبه حدود ۵۵-۵۰ دقیقه بود. تمام مصاحبه ها ضبط شد. در طول مصاحبه ها سؤال های بازی پرسیده شد تا به شرکت کنندگان اجازه داده شود آزادانه به توصیف تجربه ای خود بپردازند.

مصاحبه با یک یا دو سؤال کلی زیر شروع شد و سؤالات اکتشافی بعدی با توجه به پاسخ های شرکت کنندگان در مصاحبه تعیین گردید:

سبک زندگی شما قبل و بعد از تشخیص دیابت چگونه بوده؟
در پاسخ به این سؤال آنها به توصیف تجارب زندگی خود با دیابت پرداخته، شیوه ی عملکرد خود و سبک زندگی که آنها را به سوی بیماری سوق داده بود و نیز شیوه ی عملکرد خود را پس از ابتلا به بیماری توضیح دادند. زمانی که نیاز به روشن سازی اطلاعات در زمینه های خاص بود از سؤال های مانند سؤالات زیر استفاده شد:

"دیابت چه تأثیری بر زندگی شما گذاشته؟ چه احساسی نسبت به وضعیت سلامتی خودتون پیدا کردید؟"

پس از ارائه پاسخ توسط شرکت کنندگان در تحقیق، سؤالات اکتشافی پیگیری کننده جهت رسیدن به پاسخ های عمیق تر و غنی کردن مصاحبه انجام شد. مثلاً لطفاً بیشتر این معنی را توضیح بدهید، یا لطفاً در این مورد مثال بزنید یا در مورد این حالت یا احساس توضیح بدهید. در نهایت از شرکت کنندگان خواسته شد در زمان مشخص جهت مطالعه مصاحبه های پیاده شده مراجعه کنند. پژوهشگر تلاش کرد زنان دارای سابقه ی ابتلا ی متفاوت، مجرد، متأهل و مطلقه، شاغل و خانه دار و سطوح متفاوت تحصیلات را انتخاب کند. در مصاحبه با فرد ۳۰ ام به نظر رسید پاسخ های ارایه شده مطلب جدیدی به داده ها اضافه نمی کند. لذا برای اطمینان از فرآیند اشباع داده ها، مصاحبه با سه نفر دیگر ادامه یافت و آنالیز داده ها بر روی ۳۳ نفر انجام شد.

تجزیه و تحلیل داده ها

در تحقیقات کیفی تجزیه و تحلیل داده ها هم زمان با جمع آوری داده ها انجام می شود. زیرا جمع آوری و تحلیل داده ها بر یکدیگر اثر تعامل دارند.

به همین منظور پس از هر مصاحبه، متن ضبط شده به دقت گوش داده شد و به طور دقیق و کلمه به کلمه یادداشت گردید. متن هر

گرفت. (به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آنان محرمانه و بی نام خواهد بود و در صورت تمایل می توانند نتایج پژوهش را در اختیار داشته باشند، همچنین فرم رضایت نامه به امضا شرکت کنندگان رسید). از آنجا که هدف نمونه گیری برای تحقیق کیفی کشف معنی پدیده است تا فراوانی آن، بنابراین هدف تعداد نیست بلکه شرکت کننده ی مطالعه از اهمیت برخوردار است [۳۱]. تحقیقات کیفی اساساً متکی به مطالعه ی افراد در محیط خود آنها است و تعامل با افراد را به زبان خود آنها و تحت همان شرایطی که در آن قرار دارند، مد نظر دارد. روش به کار برده شده پدیدارشناسی بود. پدیدارشناسی، مطالعه ی پدیده ها از هر نوع و توصیف آنها با در نظر گرفتن نحوه ی بروز تجلی آنها، قبل از هرگونه ارزش گذاری، تاویل و یا قضاوت ارزشی است. به عبارتی اگر پدیدار شناسی را معناشناسی بدانیم، معنایی هستند که در زندگی انسان پدیدار می شوند و یک نظام را شکل می دهند. بنابراین پدیدارشناسی اساساً مطالعه ی تجربه ی زیسته یا جهان زندگی است، آنچنان که به وسیله یک فرد زیسته می شود، نه جهان یا واقعیتی که چیزی جدای از انسان باشد، لذا این پرسش را مطرح می سازد که "تجربه ی زیسته چه نوع تجربه ای است؟" پدیدار شناسی می کوشد معانی را آنچنان که در زندگی روزمره زیسته می شوند، آشکار نماید [۳۲]. افرادی وارد پژوهش می شوند که درباره ی پدیده ی مورد علاقه پژوهشگر دارای اطلاعات دست اول باشند و اطلاعات بیشتری نسبت به سایرین ارائه دهند و قادرند درک و بینش بهتری را برای محقق فراهم کنند. حجم نمونه در مطالعات کیفی از ابتدا مشخص نبوده و دستیابی به اشباع مفاهیم و عدم دستیابی به داده ی جدید پایه ای برای ختم نمونه گیری است.

باید به خاطر داشت که پیامد مصاحبه عبارت است از درک معنی تجربه ی افرادی که خود بخشی از آن بوده اند [۳۳]. این مصاحبه ها این فرصت را به شرکت کننده می دهند که خود را به صورت کامل توصیف کند.

از روش مصاحبه ی نیمه ساختار به صورت فردی و رو در رو برای جمع آوری داده ها استفاده شد و هم زمان محقق مشاهدات خود را در خصوص رفتارهای غیر کلامی مثل حالات چهره، آه کشیدن، اخم، لبخند، تن صدا، و سایر واکنش های هیجانی در زمان مصاحبه و نکات مبهم در جلسه را یادداشت کرده و در زمان تجزیه و تحلیل مورد توجه قرار داد. مصاحبه ها در مکان و زمان

طی فرآیند تجزیه و تحلیل داده‌ها به چهار بعد جسمانی، بعد اجتماعی، بعد روان‌شناختی، بعد معنوی اصلی پرداخته شد. شرح کدها و زیر طبقات و درون‌مایه‌های حاصل در جدول ۱ شرح داده شد. برای اینکه صحت تعبیر و تفسیر اطلاعات، توسط شرکت کنندگان تأیید و تصدیق شود، محقق از تکنیک کنترل اعضا استفاده کرد بدین صورت که به افراد شرکت کننده در مطالعه رجوع نمود و توصیف خود از تجارب آن‌ها را به تأیید شان رسانید.

بعد جسمانی (سلامت عمومی بدن، تغذیه، ورزش، خواب، سلامت جنسی): اکثر قریب به اتفاق شرکت کنندگان در هنگام توصیف تجارب خود مسئله تغییر در سلامت جسمانی را به دلیل ابتلا به دیابت مطرح کردند.

شرکت کننده‌ی ۱۶: "قدم که بالا بره، چشم‌هام سیاهی میره، و سعی می‌کنم بتونم با دستگاه قدم را بگیرم، بعد باید چند واحد انسولین بزدم، گاهی بعدش باید مواد قندی بخورم تا میزون شم. وقتی حالم خوبه باید رعایت کنم. من غذای بیرون را خیلی دوست دارم." شرکت کننده‌ی ۳: "ورم عضلات زیاد دارم و درد پا و درد بدن دارم، پیش چند تا دکتر میرم. دکتر اعصاب و دکتر اورتوپد و داخلی همه شون هم می‌گویند مربوط به دیابت و قند بالاست. قلبم هم مشکل داشته و تازگی بالن زدم. خواب شیرین اصلاً ندارم و چندین نوبت تا صبح دستشویی می‌روم. صبح و شب ضعف بدن دارم و نمی‌تونم ورزش هم بکنم و پیاده‌روی برم آگه می‌تونستم قدم حتماً کم می‌شد."

شرکت کننده‌ی ۱: "سعی می‌کنم توی خونه نمونم. سعی می‌کنم پارک بروم و پیاده‌روی کنم. وقتی تو خونه بمونم احساس می‌کنم قدم میره بالا. خونه که باشم دائم سر یخچالم. کلاً پیاده‌روی خیلی آرامم می‌کنه، دکتر هم بهم گفته پیاده‌روی برای قند خوبه، باعث میشه ذره خواری هم نکنم."

شرکت کننده‌ی ۲: اول خیلی می‌ترسیدم و به این و آن تلفن می‌زدم ولی حالا فوری کدو آب پز می‌خورم. نان نمی‌خورم یا خیلی کم می‌خورم در مورد واحدهای انسولین وارد شدم (می‌خندد) و می‌روم پیاده‌روی.

شرکت کننده‌ی ۳: "قدم رفته بود بالا دکتر نگران چشم و کلیه‌ام بود، چند تا دکتر متخصص توی یک هفته می‌رفتم، همه توصیه‌های

مصاحبه چندین بار خوانده شد و جملات یا عباراتی که به نظر می‌رسیدند مربوط به پدیده‌ی توصیف شده یا آشکار کننده‌ی آن هستند، انتخاب شدند. سپس مصاحبه‌های هر شرکت کننده به سمع و نظر آنها رسید.

سپس با استفاده از روش ۷ مرحله‌ای کلایزی^۱ تجزیه و تحلیل شدند. محقق با گوش دادن مکرر به هر مصاحبه و عمیق شدن در عبارات و اظهارات شرکت کننده بیانات آنها را مکتوب کردند. (مرحله‌ی یک کلایزی) سپس مفاهیم هر مصاحبه استخراج و پس از تشکیل مفاهیم، مصاحبه‌ی بعدی را پیاده و مراحل فوق تکرار شد (مرحله‌ی دوم کلایزی) سپس پس از اتمام همه‌ی مصاحبه‌ها، مفاهیم فرموله شده در درون دسته‌های خاص موضوعی طبقه‌بندی شدند، در نهایت تم‌های استخراج شده طبقه‌بندی شدند (مرحله‌ی سوم و چهارم کلایزی) و در انتها کلیه‌ی مضامین اصلی استخراج شده و داده‌های مشابه با هم ادغام شده و فرآیند تقلیل داده‌ها انجام گرفت و یک توصیف کامل و جامع از پدیده‌ی مورد بررسی ارائه شد (مرحله‌ی پنجم و ششم) در نهایت مفاهیم استخراج شده به شرکت کنندگان برگردانده و بررسی شدند (مرحله‌ی هفتم).

برای اطمینان از صحت داده‌ها پژوهشگر تلاش کرد با دقت در انتخاب مشارکت کنندگان و مصاحبه‌های توأم با تعامل طولانی با آنها و شرکت دادن آنها در فرآیند بازبینی نتایج در مراحل مختلف مطالعه به‌ویژه در استخراج درون‌مایه‌ها و تفسیر نهایی، از طریق واضح‌سازی تصمیم‌گیری‌های متدولوژیک، صحت و اعتبار مطالعه را تا حد امکان افزایش دهد.

یافته‌ها

در این پژوهش ۳۳ نفر بیمار زن به‌عنوان شرکت کننده با میانگین سنی ۴۵ (با دامنه‌ی سنی ۳۰-۶۹) و میانگین ابتلا به بیماری ۱۱ سال (با دامنه‌ی ۲-۲۵) بود. ۱۷ نفر از داروهای خوراکی پایین آورنده‌ی قند خون (متفورمین و گلی‌بن‌کلامید) و ۱۳ نفر انسولین و ۳ نفر نیز از ترکیب انسولین و متفورمین برای درمان بیماری استفاده می‌کردند. از نظر وضعیت تأهل (۲۲ نفر متأهل، ۵ نفر مجرد، ۵ نفر بیوه، ۱ نفر مطلقه) و از نظر تحصیلات (۲ نفر فوق لیسانس، ۴ نفر لیسانس، ۸ نفر دیپلم، ۱۰ نفر راهنمایی، ۶ نفر ابتدایی، ۲ نفر کم سواد) بودند.

^۱Colaizzi's method

کنم. خواب ندارم. نه شب و نه روز، برای همین کسلم. دائم پای تلویزیونم و زندگی یکنواختی دارم."

شرکت کننده‌ی ۳۳: "دکتر می‌گویند مواد قندی نخورید، ورزش نکنید، انسولین را طبق دستور پزشک بزنید. من ۵ تا بچه دارم با شوهرم و خودم، من غذایی جدا برای خودم ندارم. وقت و پول ورزش را هم ندارم."

بعد سلامت روان شناختی: (سلامت روان شناختی شامل پذیرش، شفقت به خود، خود آگاهی، مقابله با استرس، سرزندگی، خود شکوفایی، سازگاری).

شرکت کننده‌ی ۱۹: "گاهی توی اضطراب و نگرانی غرق می‌شم. شروع می‌کنم به پرخوری و دائم به دیگران زنگ می‌زنم گاهی ۱۰ بار تو روز به شوهرم زنگ می‌زنم. حس بدی است، احساس مزاحم بودن دارم و پرخوری و بعد لقب بی‌اراده بودن و دیابتی بودن، از سرزنش اطرافیانم خیلی متنفرم، البته خودسرزنی هم دارم آگه از این حالت بتونم جدا شم احساس خوبی دارم، فهمیدم شرکت تو کلاس‌های مثنوی خوانی کمک کرده با خودم میانه‌ام بهتر بشه. می‌خوام ادامه تحصیل بدم."

شرکت کننده‌ی ۵: "وقت‌های که خلقم بهتره و جوک میگم و شادترم، احساس می‌کنم می‌تونم از پس دیابت بر بیام."

شرکت کننده‌ی ۶: "وقتی مثل یه مادر از خواهرم مراقبت می‌کنم احساس می‌کنم خدا بهم قدرتی داده که محبت کنم و پشتیبان باشم. گاهی بهم می‌گویند شما دیابت داری نباید خسته بشی! ولی می‌دونم کار خیر بکنم و مهربون باشم آرامشم بیشتره، احساس می‌کنم خودم را بهتر قبول دارم."

دارویی و رژیم درمانی و ورزش می‌کردند، سعی می‌کنم برم ورزش و به زندگی‌ام بیشتر برسم شاید درس را ادامه بدهم."

شرکت کننده‌ی ۲: "من صبح‌ها بسم‌الله را که می‌گویم بعد نماز، اول قندم را می‌گیرم، حواسم به غذا خوردن هست خیلی مراقبم. خیلی اهل مهمونی نیستم، ماها که انسولین می‌زنیم سر شب باید شام بخوریم، وحشتناک دلم ضعف میره مال انسولینه."

شرکت کننده‌ی ۱۹: "سبزیجات و حبوبات طبق دستور دکترم مصرف می‌کنم. ولی این احساس ضعف و گشنگی (گرسنگی) نخوردن و مراعات کردن را مشکل می‌کنه. صبحونه زیاد می‌خورم چون فعالیت دارم طوری نیست ولی ناهار و شام سعی می‌کنم جلوی خودم را بگیرم ولی در مورد ورزش و پیاده‌روی پیگیر نیستم چون کار و بچه دارم."

شرکت کننده‌ی ۹: "۲۵ سال است قند گرفتم، بر اثر این بیماری کلیه هام و چشم‌هام آسیب دیده خیلی خرج دوا و دکتر می‌دهم. سال هاست پرهیز غذا دارم هیچ‌جا نمی‌تونم برم حتی یه مشهد، چون یه نفر همیشه باید هوای من را داشته باشه. خوابم سنگین باشه بچه‌ها می‌ترسند نکنه حالم بهم خورده باشه."

شرکت کننده‌ی ۱۰: "حتماً ۲۰ دقیقه پیاده‌روی را دارم. مادرم دیابت داره و خیلی آزار می‌بینه، از دیابت می‌ترسم یک روز مثل مادرم زمین گیر شوم. این کابوس من است خیلی رعایت می‌کنم آگه قندم بالا باشه سرکارم نمی‌روم تا می‌زون بشه داغون میشم تا دوباره کنترل بشه. البته خسته یا عصبی باشم خیلی می‌خورم."

شرکت کننده‌ی ۳۰: "الان با پرهیز وضع قند خونم بهتره ولی انگار وقتی همه چیز خوب میشه تازه وسوسه میشم و می‌روم سراغ شیرینی و همه چیز یهویی بهم می‌ریزه. قندم، خلقم، حوصله‌ام، بعد ضعف و خستگی و بعد دوباره پرهیز و ورزش، آگه برم مهمونی یا یکی تو خونه‌ام شیرینی بیاره دوباره وسوسه میشم. دو روز پیش با شوهرم سر این کار دعوا شد. میگم تو نخور، میگه تو نخور بچه‌ها گناه دارند. تو مرض داری ماها که سالمیم (اول می‌خندد و بعد به جای خیره می‌ماند)"

شرکت کننده‌ی ۲۸: "آگه روزانه حداقل نیم ساعت پیاده‌روی داشته باشم. با این کار احساس سلامتی بیشتری می‌کنم، اگر شش نوبت غذای رژیمی بخورم عالی می‌شم. ولی کارها و مشغله‌هام زیاده. تزریق انسولین دردناک است. چند واحد زدن؟ خیلی مکافات دارد."

شرکت کننده‌ی ۲۷: "من خوردنم عادی است. روش پختنم را عوض کردم ۵ کیلو وزن کم کردم. ولی مشکل زانو دارم نمی‌تونم ورزش

جدول ۱- استخراج کدها، زیرطبقات و درونمایه‌های سبک زندگی سلامت، بعد جسمانی ویژه بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

| کدها | زیرطبقات | درونمایه/طبقات |
|---|-----------|-----------------------------|
| نداشتن احساس تندرستی به علت دیابت/اهمیت ندادن به تغذیه سالم/نداشتن یک برنامه‌ی منظم و سازمان‌دهی شده/اجتناب از پرهیز غذایی/آگاهی از تغذیه سالم/ارجحیت نیازهای تغذیه‌ای فرزندان و بی‌توجهی به سلامت فرد مبتلا به دیابت/نارضایتی بیمار از بی‌تفاوتی خانواده به رژیم درمانی وی/همکاری نکردن خانواده با بیمار در رعایت رژیم غذایی/پرخوری و ریزه‌خواری/پربودن خیابان‌ها از فروشگاه‌های فست فود/علاقه فرزندان خانواده به فست فود باعث، پرهیز شکنی مادر مبتلا به دیابت می‌شود/مسئولیت‌پذیری در برابر سلامتی/درماندگی/سختی کنترل دیابت/تلاش بی‌نتیجه/نداشتن حضور ذهن در هنگام غذا خوردن/نداشتن حضور ذهن در اغلب امور زندگی/توانایی داشتن زندگی فعال/حواستپرتی مکرر. | | سلامت عمومی و الگوهای تغذیه |
| - ساعات زیاد تماشای تلویزیون و کم تحرکی/ممکن است با ورزش قدم بیفتد/وقت ورزش ندارم نداشتن برنامه ورزشی منظم ورزشی/تأثیر مطلوب فعالیت‌های ورزشی بر روی دیابت/بی‌رغبتی به داشتن برنامه ورزشی منظم. | ورزش | بعد جسمانی |
| - نداشتن کنترل وزن/تلاش برای داشتن تناسب بدن/هر بار سعی کردم بالا و پایین رفتنم قدم مانع بوده است. عصبی که هستم هیچ چیز برام مهم نیست مخصوصاً تناسب و رژیم. | کنترل وزن | |
| - نداشتن خواب کافی/خستگی جسمانی ناشی از بی‌خوابی/میل به خوابیدن در روز/بی‌حالی ناشی از بد خوابی/دیابت سبب بی‌خوابی است/با داشتن دیابت من شانس داشتن خواب راحت ندارم نداشتن رغبت کافی/دیابت مانع از انجام وظایف زناشویی است/به‌علت دیابت لذت جنسی در من نیست/در مقابل همسر احساس نقصان و دین می‌کنم/می‌ترسم به خاطر دیابت از من جدا شود/همیشه می‌ترسم | خواب | سلامت جنسی |

بعد سلامت معنوی: شامل ایمان به خدا، رشد و تعالی، ارزش‌گذاری داشته‌ها و پرداختن به ارزش‌ها، پرداختن به فضایل (بخشش، سپاسگزاری، خود شفقتهی و...) و بیماری امتحان الهی است (ترس از عقوبت الهی)

شرکت کننده‌ی ۲: "دیابت مصلحت خدا بود برای من، خدا درد را می‌ده و درمان درد را هم می‌ده لابد مصلحتی داشته برام. من با اون (دیابت) کنار آمدم خطرناک‌تر از سرطان و ام اس که نیست. فقط باید بدونی با دیابت چطور زندگی کنی."

شرکت کننده‌ی ۱: "ایمان به خدا به من در کنترل قند کمک کرده البته بچه‌ها از بابت دیابت من نگرانند ولی من می‌گویم برگ بی‌اجازه خدا نمی‌افته توکل کنید در ضمن دریافته‌ام خود آگاهی به همراه ایمان به خدا کارگشا است."

شرکت کننده‌ی ۴: "توکل بر خدا تا حالا از پشش بر آمدم من با کنترل قندم زندگی خودم را نجات دادم هر کی جای من بود شاید تا حالا دیالیزی شده بود احساس می‌کنم آدم توانمندی‌ام."

شرکت کننده‌ی ۵: "۲۰ ساله است دیابت گرفتم. شکر خدا حتما مصلحت بوده، هر چه از دوست رسد نیکوست. دیابت به بدنم خیلی آسیب زده و رگ‌های قلبم را ۱۰ سال پیش عوض کردم. مرتب قرآن می‌خونم، این به من قدرت و توانایی می‌دهه."

شرکت کننده‌ی ۲۶: حالا بعد ۱۶ سال دیابت، حس و حال و حتی ترس‌هام را می‌فهم. من در درجه‌ی اول یک همسر و یک مادرم، برای موفق شدن باید شرایطم را بهتر کنم. از اینکه بهم دیگران بگویند که مراقبت کن احساس بی‌کفایتی می‌کنم.

شرکت کننده‌ی ۱۹: "فکر و خیال روی مریضی اثر بد می‌زازه، سعی می‌کنم اصلاً به دیابت فکر نکنم. اگر دائم بگم من دیابت دارم من نمی‌تونم، همیشه. قبلاً از ترسم عمداً به بیماریم فکر نمی‌کردم حالا فهمیدم اینجوری نشانه‌اش که پیدا شه مثلاً قند ناشتام بالا باشه هول می‌شم، همه دعوام می‌کنند و این احساس بدی است. سعی می‌کنم حضور ذهن داشته باشم و بدانم دارم چکار می‌کنم."

شرکت کننده‌ی ۲۱: "اول که دیابت گرفتم، فکر و خیال‌های زیاد داشت روانی‌ام می‌کرد. بعد دیدم من بنده‌ی ترسم شدم و همه‌اش می‌ترسم قند بره بالا یا بیفته و اینجوری اصلاً زندگی نمی‌کنم. به شوهر گفتم قند دارم که دارم. می‌خوام برم رانندگی یاد بگیرم. نداشتم دیابت توانایی این کارها را ازم بگیره، می‌خوام به خودم اهمیت بدهم."

شرکت کننده‌ی ۲۴: از اول جوشی بودم و زود عصبانی می‌شدم نمی‌دونستم دیابت می‌گیرم حالا خیلی وقت‌ها دیابت اذیتم می‌کنه سعی می‌کنم با خودم مهربون‌تر باشم. دلم برای خودم می‌سوزه.

کینه داشته باشم و غیبت کنم این دشمن را قوی کردم و وقتی ذکر می خوانم و صدقه می دم و خیرخواه هستم. اون دشمن کوچک می شه و ضعیف می شه."

شرکت کننده ی ۲۵: مشیت الهی بود یا غضب خدا نمی دونم ولی چاره ای جز مدارا ندارم. هر بار به شکم خودم انسولین می زنم، با خودم می گم خدایا از زبون کوچک گناه کردم تو از بدن بزرگم عقوبت کشیدی."

شرکت کننده ی ۲۹: "خدا برای کسی نخواد این بیماری عواقبش بده. خدا خدا می کنم قند به کلیه و چشم و قلبم نزنه. دعا می کنم بعد نمازها که خدایا زمین گیر و محتاج نشم."

شرکت کننده ی ۸: "خوش بودن، سفر کردن، مهمانی دادن و رفتن، کارهای خیر، خیلی ایجاد سرور قلبی می کنه من سرور قلبی و شادی کم دارم."

شرکت کننده ی ۹: "اگر به یکی بخوام بگم چطور مراقبت کنه خودش را از دیابت بهش می گویم اولش توکل به خداست و خوردن و خوراک و خواب خوب و بخشیدن اشتباه دیگران و خودم."

شرکت کننده ی ۱۹: "وقتی قندم بالا می ره، می فهمم یه جایی اشتباه کردم، ایمان دارم خدا کمک می کنه، به قدرت خدا دارو بهتر عمل می کنه."

شرکت کننده ی ۲۰: "دعا کردن و نماز خوندن به من خیلی کمک می کنه، آخه وقتی دشمن تو، داخل بدنت باشه همیشه خیال می کنم

جدول ۲- استخراج کدها، زیرطبقات و درونمایه های سبک زندگی سلامت، بعد روان شناختی ویژه بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

| کد | زیرطبقه | درونمایه / طبقه |
|--|---------------------------------|-----------------|
| - باورهای مربوط به سلامت که منجر به اضطراب مس شود/مشاهده عوارض دیابت در اطرافیان فرد مبتلا سبب اضطراب و بالا رفتن قند می شود/دیابت منجر به مرگ زودرس می شود/افکار اجتنابی برای رهایی از این احساس ترس ممکن است باعث شود فعالیت های خودمراقبتی دیابت را نادیده بگیرد/پرخوری ناشی از پرداختن به اشتباهات و افکار مزاحم/ ناکامی در کنترل دیابت باعث ایجاد احساس بی کفایتی و بی لیاقتی می کند/احساس ناتوانی. | اضطراب و افسردگی و مدیریت استرس | |
| - افسردگی و اضطراب ناشی از ابتلا به دیابت/ترس از تنها ماندن در موقع بروز مشکلات جسمانی و استرس ناشی از آن/خلق پایین بدترین حالت در برخورد با قند بالاست، کاری جز غصه خوردن ندارم/گاهی از زندگی بیزار می شوم. | خود مهرورزی | بعد روان شناختی |
| شفقت به خود باعث مراقبت بهتر و پایبندی به درمان می شود/وقتی با خودم مهربانم با وجود دیابت زندگی بهتری دارم/تساهل/احترام به جسم. | پذیرش خود | |
| - باورهای مربوط به سلامت/پذیرش خود/قبول افکار مربوط به دیابت/شناخت افکار - علی رغم دیابت، با سرزندگی و شوخ طبعی ایام عمر بهتر طی می شود/با زندگی با دیابت هماهنگ و سازگارم/ شاد بودن و سعی در شادمانی کار درمان را ساده تر می کند. | سرزندگی و شوخ طبعی | |
| - شرکت تو کلاس های مثنوی خوانی/ادامه تحصیل/خواندن قران و سایر کتاب ها/شرکت در امور خیریه/تجربیات خاص/صبوری/وفاداری/استگویی/دوستی/کمک کردن به دیگران/دانش و پویایی. | خود شگوفایی | |
| - عوامل فردی خاص مانند رشد شخصی، تمایل به داشتن زندگی بهتر، سازگاری با حوادث/تحمل پذیری. | عوامل فردی/سازگاری | |

جدول ۳- استخراج کدها، زیرطبقات و درونمایه‌های سبک زندگی سلامت، بعد معنوی ویژه‌ی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

| کد | زیرطبقه | درونمایه/طبقه |
|---|---|---------------|
| - پذیرش خواست خدا/خود آگاهی به همراه ایمان به خدا کارگشا است راضی بودن به رضای خدا/توکل به خدا/توجه به ناظر بودن خداوند بر اعمال انسان/اثر نماز و نذر در بهبود و ایجاد آرامش. | ایمان به خدا | |
| - پرداختن به امور خیریه/خیرخواهی برای دیگران باعث شادمانی و سرور قلبی می شود/پرداختن به صله رحم/مطالعه در راستای رشد معنوی/ادامه تحصیل به عنوان راهی برای خود شگوفایی | رشد (تعالی) | |
| - پرداختن به خودشگوفایی/پرداختن به ارزش‌ها/احساس وظیفه و متعهد بودن با وجود بیماری/پرداختن به زندگی معنادار و معنوی با وجود بیماری مزمن دیابت است/حس رضایت از زندگی/قدر زندگی را دانستن/هدف‌گذاری در راستای ارزش ها | ارزش‌گذاری داشته‌ها/پرداختن به ارزش‌ها | بعد معنوی |
| - شکرگزاری برای داشته/شکر به جهت بیماری برای گرایش ایجاد شده به خدا/بخشیدن خود و دیگران/مهرورزی به خود و دیگران خدا پسندانه است/خدا من را دوست دارد پس من هم باید خودم را دوست داشته باشم و مراقبت کنم/قدردانی از خداو از دیگران/اشتیاق و تلاش برای کسب اطلاعات و دانش/امیدواری/سازگاری | پرداختن به فضایل (شکرگذاری، بخشش، مهرورزی و...) | |
| - اعتقاد به این که بیماری دیابت خشم و عقوبت خداست/ بیماری امتحان الهی است. | ترس از عقوبت الهی | |

را بردم. رغبت من در مسائل زناشویی کم شده، نمی‌دونم چکار کنم تا شوهر منو بفهمه"

شرکت کننده‌ی ۲۶: "نازگی‌ها با چند تا از دوستانم و همکارهام یه گروه تشکیل دادیم. و مرتب قرار پارک و ورزش می‌گذاریم. و حواسمون به سلامتی و جوانی مون (می‌خندد) بیشتر شده و وقتی ناراحتیم همدیگر را دلداری می‌دهیم."

شرکت کننده‌ی ۳۲: "بعد از ظهرا میرم بیرون از خونه، خونه‌م نزدیک یک فضای سبز کوچیک است، پیاده‌روی می‌کنم و با همسایه‌ها صحبت می‌کنم. غروب برمی‌گردم خونه. راستش تنهایی را دوست ندارم. دیابت ترسناک است می‌ترسم آخرش از مرض قند زمین گیر شم."

مشارکت کننده‌ی ۱۸: "اگر از خانواده‌ام دور بشم ممکنه مشکلی برام پیش بیاد، یه بار تو خیابان یه بنده خدایی غش کرده بود. مردم تکانش می‌دادند یکی می‌گفت قلبشه یکی می‌گفت قندشه، از اون روز من تنها از خونه نمی‌رم بیرون یکی باید باشه تا خیالم راحت باشه. اما مگه می‌شه بچه‌هام اسیر من بشند!"

شرکت کننده‌ی ۲۰: "دم خونه‌مون پارک که نیست. محله‌مون پر از کاسب است. مگه میشه هر روز بیام بیرون و راه برم و دوباره فرداش. آقامون دوست ندارند. (یه کم بد دلند)، بهشون گفتم دکتر گفته ورزش

بعد سلامت اجتماعی: شامل سطوح روابط بین فردی (خانواده، کادر درمان، سایر روابط اجتماعی) حمایت اجتماعی، جایگاه اجتماعی، نشاط اجتماعی

شرکت کننده‌ی ۱: "من به حمایت همسر نیاز دارم. خانواده باید از من حمایت کنه، وقت‌های که شوهرم جزیره خارکه من قندم بالاتره و خواب و خوراکم بهم می‌ریزه و دائم عصبی‌ام. نمی‌تونم برای این دو تا بچه‌ها هم پدر باشم هم مادر. تازه این اقتصاد خراب و این بیماری دیابت پر خرج".

شرکت کننده‌ی ۲: "شکر خدا شوهر و بچه‌هایم من را دوست دارند، حواسشون به من هست. از اول این بیماری، شوهرم بزرگترین حامی من بوده وقتی دکتر گفت راه بره و ورزش بکنه، این مرد تو هفته دو یا سه بار من را می‌برد پارک با هم راه بریم، گاهی خسته است ولی براش واجبه."

شرکت کننده‌ی ۱۸: "از اول تشخیص دیابت یه برگه آماده تایپ شده با خط ریز برای آموزش می‌ده دست آدم می‌گه برو بخون، تو اون برگه نوشته چی بخورید درباره‌ی دیابت و رژیم غذایی و اینکه اگه مراقب نباشید، ذره ذره از بین می‌روید. یکی نیست آرام و با حوصله آدم را از شوک تشخیص این مرض بد در بیارند. تو مطب دکتر می‌روی، دکتر ۱۰ دقیقه وقت میده. من سال‌ها رنج این روش درمانی

ورزشی ایجاد کنه. یه فکری برای محله‌های پایین شهر کنید. من ۴۰ ساله‌ام باید پیاده‌روی بروم ولی وقتی می‌روم تو خیابون، چاقی‌ام را مسخره می‌کنند. حتی کفش و لباس ورزشی‌ام را مسخره می‌کنند. پس وای به حال دختر ۱۶ ساله من و این فرهنگ مرد سالار".

شرکت کننده ۳۳: "ما حاشیه شهر زندگی می‌کنیم. فضای ورزشی نیست، منطقه‌ی صنعتی است و اصلاً جای نیست که بشه راه رفت. پیاده‌روی جای مناسب می‌خواد. چند بار از شهرداری خواستیم."

کنم و راه برم، می‌گه شما کار خونوات را انجام بده می‌شه ورزش و نرمش".

شرکت کننده‌ی ۲۳: "یه مدت بود شهرداری برای دیابت مطلب زده بود سر چهارراه خیابون‌ها، انکار زنگ یادآور بود. یه بار پشت چراغ قرمز خوندم: "پیاده‌روی در کنترل قند مؤثر است". همان‌جا به راننده گفتم پیاده می‌شم فکر می‌کنم خبررسانی و فرهنگ‌سازی تو خیابون‌ها به دیابتی‌ها و دیگران کمک می‌کنه تا یادشون نره."

شرکت کننده‌ی ۳۰: "باشگاه‌های ورزشی گران است. خیابان‌ها شلوغ و هوا اغلب آلوده، می‌گویند ورزش کنیم، ولی دولت باید فضای

جدول ۴- استخراج کدها، زیرطبقات و درونمایه‌های سبک زندگی سلامت، بعد اجتماعی ویژه‌ی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

| کد | زیر طبقه | درونمایه / طبقه |
|---|--------------------------|-----------------|
| - وجود رابطه‌های سالم خانوادگی/همکاری همسر در دوره‌ی درمان و حمایت‌های عاطفی/داشتن شبکه‌ی خانوادگی قوی /همکاری همسر در تهیه‌ی مواد غذای سالم/اهمیت دادن همسر به سلامت فرد مبتلا /وابستگی فرد مبتلا مسن به افراد خانواده به جهت ایمنی/تعداد فرزندان/حمایت و تشویق خانواده | خانواده و روابط خانوادگی | |
| - مسؤولیت‌های زیاد در مقابل فرزندان/بی‌توجهی فرزندان به نیازهای سلامت مادر به عنوان یک فرد مستقل/عدم پیروی فرزندان از برنامه‌های مادر/مقصر دانستن بیمار در ابتلا به بیماری | رابطه با کادر درمان | |
| الویت دادن به تأمین نیازهای آتی فرزندان به‌جای پرداختن به سلامت مادر مبتلا به دیابت - زمان نا کافی ویزیت پزشک جهت گرفتن اطلاعات کافی برای مصرف دارو در حالت های مختلف بدنی/عدم دسترسی به پرستاران کارآمد و اطلاعات ناکافی کادر درمان/شلوغی و ازدحام مراکز دولتی /غفلت پزشکان و پرسنل | رابطه با کار و همکاران | |
| - سردرگمی بیمار ناشی از اطلاعات ناکافی/عدم توجه دکتر به شرایط ویژه‌ی هر بیمار از نظر خانوادگی و غیره/کنجکاوی و سرزنش اطرافیان | بعد اجتماعی | |
| عدم وجود تعامل کافی بین بیمار و درمانگر/عدم دسترسی به پزشک در ساعات مختلف - ساعات طولانی کار/مشغله‌های کاری/فراموش کردن مصرف دارو به‌علت ساعات کار/نبودن فضای کافی و مناسب جهت تزریق انسولین/عدم رعایت رژیم غذایی به‌دلیل شرایط نا مناسب کار /سخت بودن تطابق سبک زندگی سالم در محیط کار | امکانات اجتماعی و فرهنگی | |
| - وجود پشتیبانی همکاران از همکار مبتلا به دیابت/در نظر گرفتن تسهیلات جهت کارمندان مبتلا به دیابت / حمایت اجتماعی / اطلاع‌رسانی مناسب | اقتصاد حاکم بر اجتماع | |
| - وجود ورزشگاه‌ها متعدد و در دسترس / وجود فضاهای سبز و پارک‌ها جهت پیاده‌روی و ورزش / اطلاع رسانی سلامت از طریق برشور و پمفلت و... از طریق شهرداری و سایر مراکز دولتی / فضا سازی فرهنگی جهت ورزش بانوان و ورزش همگانی/نقش تلویزیون در آگاهی دادن در سبک زندگی سلامت/ترافیک و آلودگی هوا/ | | |
| - مشکلات معیشتی (سطح در آمد پایین)/هزینه بر بودن تهیه غذایی سالم/هزینه بر بودن امکانات پزشکی و تشخیصی و درمان عوارض ناشی از دیابت/هزینه بر بودن باشگاه‌های ورزشی/عدم استقلال مالی غالب زنان مبتلا به دیابت/عدم توانایی تهیه تجهیزات مورد نیاز ناشی از کمبود درآمد/ حمایت مالی بیماران نیازمند و وام‌های قرض الحسنه/تنش غیرقابل پیش‌بینی بودن وضعیت مالی | | |

بحث و نتیجه‌گیری

در مطالعه‌ی حاضر که از روش کیفی پدیدارشناسی برای کشف معنای سبک زندگی سلامت از دیدگاه زنان دیابتی استفاده شد و حاصل آن یافته‌های عمیقی در زمینه‌ی پدیده‌ی سبک زندگی سلامت در بیماران دیابت بود. یافته‌های این پژوهش، برگرفته از تجربیات زنان دیابتی است که در مورد چگونگی سبک زندگی خود از زمان تشخیص دیابت به بعد تشریح کرده‌اند. مهم‌ترین نکته‌ای که از یافته‌های این پژوهش حاصل شد، درک این مهم است که سبک زندگی سلامت در زنان دیابتی چندبعدی توصیف شده است و ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی در سبک زندگی سلامت بسیار مهم شناخته شد. شناخت تجربه‌ی آنها جهت طراحی سبک زندگی سلامت ویژه‌ی دیابت مهم است. این فرصت برای پژوهشگر فراهم شد که دریابد علل لغزش بیماران دیابت از دستورات و مراقبت‌های که غالباً از آن اطلاع دارند چیست، چه عواملی در زندگی روزمره این بیماران مانع از خود مراقبتی مطلوب می‌شود.

توجه به ابعاد مختلف سلامت می‌تواند ما را متوجه این مسئله نماید که لازم است در برنامه‌ریزی‌های مربوط به سبک زندگی سلامت و در مراقبت از این بیماران، کلیت زندگی روزانه افراد مورد توجه قرار گیرد، چرا که توجه صرف به جنبه جسمی و فیزیکی در مراقبت از این بیماران، کافی نمی‌باشد.

در این راستا نتایج یک مطالعه نشان داد که آگاهی از مفاهیم مورد نظر بیماران از سلامتی برای ایجاد رویکردهای راهبردهای مداخله‌ای مؤثر که قابل قبول بیماران باشد مهم شمرده می‌شود. به عبارت دیگر توجه به برنامه‌ریزی‌های مراقبتی برای ایجاد سلامت در ابعاد مختلف جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی در بیماران ضروری است. نتایج همچنین نشان داد که مفاهیمی که بیماران از بیماری مزمن دارند، تأثیر مهمی بر رفتارهای بهداشتی آنها، رفتارهای پیگیری مراقبتی و پذیرش مداخلات درمانی توسط این بیماران دارد [۳۴]. نتایج پژوهش حاضر نیز در همین راستا بود. زیرا طرز تلقی بیماران و میزان آگاهی آنها در برنامه‌ریزی سبک زندگی سالم روزانه به شدت دخیل است.

در تحقیق کیفی حاضر مشخص شد که زمینه‌های فردی ناشی از تجربه افراد در سبک زندگی سلامت اثرات متفاوتی دارد. به طوری که هر فردی براساس مشکلاتی که با آن گریبانگیر بود یا تجربیات شخصی به سؤال تحقیق پاسخ گفت. برای مثال کسانی که تنها زندگی می‌کردند، عدم پیروی از سبک زندگی سلامت را ناشی از افسردگی،

بی‌رغبتی می‌دانستند. افرادی که زمینه‌های مذهبی بالاتری داشتند بیشتر بر بعد معنوی سلامت تأکید کرده و آن را مهم‌تر از سایر ابعاد سلامتی دانستند. افراد با سطح درآمد پایین یا افرادی که از مشکلات اقتصادی در خانواده و یا از تعداد زیاد فرزندان و از بیکاری رنج می‌بردند بیشتر تأکیدشان بر جنبه‌های اجتماعی و معیشتی سلامت بود و افرادی که درگیر مشکلات جسمانی متعدد بودند، سلامت جسمی را در اولویت تعریف خود قرار دادند. با این حال چیزی که در تمام مصاحبه‌ها توسط محقق بررسی شد این بود که افرادی که به سلامت معنوی عمیقاً معتقد بودند، در طی مصاحبه از آرامش بیشتری برخوردار بودند و در کنترل بیماری موفق‌تر عمل می‌کردند.

پژوهش Abdoli (۲۰۱۱) نشان داد، مذهب، معنویت و فرهنگ می‌تواند نقش مهمی در توانمندسازی افراد برای زندگی بهتر و مقابله با بیماری‌ها داشته باشد. احساس مسؤولیت نسبت به بدن خود به‌عنوان نعمتی الهی، ضمن پرهیز از افسردگی به‌واسطه گام‌هایی که برای مدیریت دیابت بر می‌دارند پرسش از پزشک و دیگر مبتلایان به دیابت برای دستیابی به اطلاعات بیشتر و عمل به پیشنهاداتی مناسب در طول زمان به مهارت قابل ملاحظه‌ای در درمان دیابت دست می‌یابند. این امر در واقع همان توانمندسازی است [۳۵].

این نتایج با نتایج پژوهش اخیر همسو می‌باشد. در طی مصاحبه‌ها مشخص شد، اکثر شرکت‌کننده‌ها به تأثیر متقابل جسم و روح در سلامت اشاره داشتند. اما سلامت روحی و روانی را مهم‌تر از سلامت جسمی دانسته و آن را در تحمل مشکلات مختلف اعم از جسمی، اجتماعی و معنوی، مهم ارزیابی می‌کردند.

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 مؤثر دارد، همسو بود [۳۶].

شرکت‌کنندگانی که فرزندانشان از مشکلاتی جسمانی، اعتیاد یا بیکاری رنج می‌بردند، مادران دیابتی افسرده‌تر بوده و به شدت اضطراب و بی‌قراری بیشتری در طی مصاحبه داشتند، این گروه از خود سرزنش‌گری رنج می‌بردند و انگیزه کمتری در درمان داشتند. نتایج این قسمت از تحقیق کیفی با تحقیقات کمی در این زمینه همسو است [۳۷-۳۹].

اکثر شرکت‌کنندگان معنویت و سلامت روان را مهم‌ترین عامل برای دنبال کردن سبک زندگی سلامت می‌دانستند. زنان مبتلا به دیابت که از مهرورزی و شفقت بهتری نسبت به خود برخوردار بودند در اجرای

سبک زندگی سلامت انگیزه و پشتکار بیشتری داشتند. آن دسته از شرکت کنندگان در تحقیق که ورزش می‌کردند و پیاده‌روی روزانه داشتند افسردگی و پرخاشگری کمتر و انعطاف‌پذیری و سرزندگی بیشتری داشتند و از شفقت بهتری نسبت به خود بر خوردار بودند، نتایج نشان داد شرکت کنندگانی که ورزش نمی‌کردند، این بی‌حرکی و محدودیت‌های فیزیکی ناشی از بیماری، نداشتن احساس سلامتی در بعد جسمی و ناتوانی در پیگیری مداخلات درمانی را در آنها ایجاد کرده بود. همین دسته بیماران غالباً خود را محتاج کمک دیگران می‌دانستند. و اغلب افرادی وابسته و غمگین بودند و مرتب شکایت می‌کردند و توسط خانواده حمایت کافی نداشتند و از سرزنش اطرافیان در رنج بودند.

همچنین آن دسته از بیماران که الگو خواب مختل داشتند از سرزندگی کمتری برخوردار بودند و از عوارض دیابت بسیار می‌ترسیدند (تصور پای بریده به علت دیابت).

تعدادی از شرکت کنندگان مدعی بودند در زمانی که علائم یا عوارض بیماری در آنها بروز نکرده احساس سلامتی می‌کنند و وقتی احساس می‌کنند قند خونشان بالا رفته یا علائم بیماری در آنها ظاهر شده بیماری خود را جدی گرفته، رژیم غذایی خود را به دقت رعایت کرده، ورزش می‌کنند و به پیاده‌روی می‌پردازند و بعد از مدتی که احساس می‌کنند علائم برطرف شده بیماری را فراموش کرده و مجدداً به حالت اولیه خود یعنی به حالت قبل از بیماری از نظر تغذیه و فعالیت بر می‌گردند. به عبارت دیگر علائم ناشی از تغییرات قند خون، پیوستگی افراد را به رژیم و ایجاد تغییرات در شیوه‌ی زندگی افزایش داده و زمانی که علائم از بین می‌روند احساس آسیب‌پذیری در بیماران کمتر شده و برگشت به رفتارهای قبلی بیشتر می‌شود پژوهش اخیر در این راستا با نتایج پژوهش‌های کمی در این زمینه همسو بود [۴۲-۴۰].

نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که مراقبت از خود نقش ویژه‌ای در درمان بیمارهای مزمن دارد [۳۴]. وقتی می‌توان در مدیریت این بیماری‌های مزمن موفقیت حاصل نمود که بیمار بتواند در فعالیت‌های مراقبت از خود از جمله مصرف دارو به صورت مناسب، پایش نوسانات سلامت و حفظ سبک زندگی سالم نقش مؤثر داشته باشد [۳۵].

نتایج مطالعه‌ی Fooladi با عنوان درک فرآیند اعتلای سلامت در بیماران مزمن هم نشان داد که پذیرش رژیم تجویزی در اکثر بیماران در اوایل بیماری که فرد در مرحله‌ی بحرانی خود قرار دارد وجود

داشته و بیماران برای مدت نه چندان طولانی، خود را ملزم به رعایت رژیم غذایی مطابق با توصیه‌ها می‌دانند و پس از مدتی عدم رعایت رژیم غذایی در بیماران مشاهده شده و به رژیم غذایی قبل از بیماری گرایش می‌یابند [۳۶]. نتایج پژوهش حاضر با این مطالعه هم‌راستا است. کنترل قند خون در بیماران دیابتی نیازمند فراهم شدن شرایط متعددی که مهم‌ترین آنها پایبند بودن و مقید بودن شخص بیمار به کنترل قندخون است. اینکه آیا شما سبک زندگی سلامت را رعایت می‌کنید، تحت تأثیر تجربیات زندگی، معنویت، ساختار شخصیت و خانواده و جامعه‌ای است که در آن رشد و تعالی یافته‌اید می‌باشد. ارتقاء سبک زندگی در دیابت از عوارض دیابت می‌کاهد. نتایج مطالعه متا آنالیز Russell و همکاران نشان داد که موانع فراوانی در بیماری دیابت مانند کاهش کارایی، افسردگی، استرس و حمایت اندک از طرف خانواده، اضطراب، ترس و نگرانی، باورهای نامطلوب کمبود انگیزه، فقدان کنترل، فقدان دانش، کمبود اعتماد به نفس و کمبود قدرت حل مشکل، کمبود حمایت‌های اجتماعی و ناتوانی و ترس در کنترل قند باعث رعایت نکردن رژیم غذایی در بیمار می‌گردد و مشکل دیگر این بیماران تهیه دو نوع غذا در خانه است [۳۷]. این نتایج همسو با پژوهش کیفی حاضر است، وجود موانع گفته شده به‌همراه عدم مهرورزی و شفقت به خود، نداشتن هدف و ارزش‌های مشخص و مشکلات ازتباطی و حتی نبود مهارت‌های زندگی در کنترل دیابت مؤثر است.

مطالعه‌ی تجربه‌ی زیسته‌ی شرکت کنندگان نشان می‌دهد، سبک زندگی سلامت در ابعاد روانی، اجتماعی و معنوی می‌تواند بر احساس سلامتی در بعد جسمی و کنترل دیابت و پیروی از درمان دیابت نیز تأثیرگذار باشد.

بنابراین درک این مفهوم از دید بیماران می‌تواند کمک مؤثری بر افزایش سطح سلامت آنها باشد و پیروی و پایبندی به سبک زندگی سلامت را در آنها توسعه بخشد و به‌علت نقش مادرانه‌ی آنها، سبب ارتقاء سبک زندگی سالم در خانواده‌ها و در جامعه خواهد بود. در پیگیری درمان مشخص شد که بیماران برای ماندن بر سبک زندگی آگاهانه سلامت، نیازمند توجه و حمایت مستمر هستند. تا جای که عنوان کردند در صورتی که لازم باشد.

بر اساس پژوهش حاضر، در آموزش سبک زندگی سلامت به سازه‌های مهمی مانند آگاهی از تغذیه سالم، آگاهی از تنفس، خود آگاهی، پذیرش، خود مهرورزی، بخشش، رشد و تعالی، توکل به خدا، پرداختن به ارزش‌ها، سرزندگی و نشاط، وجود رابطه‌های سالم

سیاسگزاری

این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه‌ی دکتری تخصصی روان‌شناسی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان با کد شناسایی ۲۳۸۲۰۷۰۵۹۵۲۱۲۱ و کد اخلاقی با شناسایی IR.IAU.KHU.if.1397-25 می‌باشد. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از پرسنل محترم خیریه دیابت اصفهان و بیماران شرکت کننده در پژوهش، تشکر و قدردانی نمایند.

خانوادگی، حمایت خانوادگی، حمایت اجتماعی، نشاط اجتماعی، امکانات درمانی در دسترس، تأکید بر توجه به تست قند سه ماهه حتماً پرداخته شود. هدف، ایجاد شیوه‌ی زندگی سالم یا یک زندگی متعادل است که در آن شخص به‌طور آگاهانه دست به انتخاب‌های سالم بزند و در جهت رشد و ارتقای سلامت خود حرکت کند. مهم‌ترین محدودیت پژوهش حاضر، مدت زمان نسبتاً طولانی مصاحبه‌ها بود. تعدادی از شرکت کنندگان با نگرانی و بهم ریختگی به تجربه‌های زیسته خود پرداختند. و تعداد کمی از آنها برای مصاحبه از حوصله‌ی کافی برخوردار نبودند.

مآخذ

- American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care* 2017; 37, S14- S80.
- Diwani S, Sam A. Diabetes Forecasting Using Supervised Learning Techniques. *ACSIJ Advances in Computer Science: an International Journal* 2014 ; 3(5): 10-18
- Hakimi S, Simbar M, Ramazani, Tehrani F. Perceived concerns of azeri menopausal women in iran. *Iran Red Crescent Med J* 2014; 16(5): 1-17.
- Hinkle JL, Cheever K. *Clinical Handbook for Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*. 13th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. . 2014 ;267
- Shivakumar B, Alby S. A Survey on DataMining Technologies for Prediction and Diagnosis of Diabetes. *International Conference on Intelligent Computing Applications* 2014; IEEE.
- Cimo, A., Stergiopoulos, E., Cheng, C., Bonato, S., & Dewa, C. S. Effective lifestyle interventions to improve type II diabetes selfmanagement for those with schizophrenia or schizoaffective disorder: A systematic review. *BMC Psychiatry* 2012 ; 12, 24-33
- Andrews GA. Promoting health and functioning in an aging population. *Brit Med J* 2001; 322: 728-9.
- Tol A, Tavassoli E, Shariferad GH R, Shojaezadeh D. [The Relation between Health-Promoting Lifestyle and Quality of Life in Undergraduate Students at School of Health, Isfahan University of Medical Sciences]. *J Health Sys Res* 2011; 7: 1-7. [Prsian
- Monica G. Study on the Importance of Physical Education in Fighting Stress and a Sedentary Lifestyle among Students at the University of Bucharest. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2014; 117: 104 – 9.
- Koenigsberg MR and Corliss J, Diabetes Self-Management: Facilitating Lifestyle Change, University at Buffalo Family Medicine Residency Program, Williamsville, New York, *Am Fam Physician* 2017; 96(6):362-370.
- Higgs C, Skinner M, Hale L, Outcomes of a community-based lifestyle programme for adults with diabetes or pre-diabetes. *J Prim Health Care* 2016; 8(2):130-9.
- Sbroma Tomaro E, Pippi R, Reginato E, Aiello C, Buratta L, Mazzeschi C¹, Perrone C, Ranucci C, Tirimagni A, Russo A, Fatone C, Fanelli C, De Feo P Intensive lifestyle intervention is particularly advantageous in poorly controlled type 2 diabetes. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2017; 27(8):688-694.
- Watanabe M, Yokotsuka M, Yamaoka K, Adachi M, Nemoto A, Tango T. Effects of a lifestyle modification programme to reduce the number of risk factors for metabolic syndrome: A Randomised Controlled Trial. *Public Health Nutr* 2017; 20(1): 142-53
- Taha NM, Abd El-Azeaz M, Abd El BG. Factors Affecting Compliance of Diabetic Patients toward Therapeutic Management. *The Medical Journal of Cairo University* 2011; 79(1): 211-8.
- Gupta V, Sengupta M, Prakash J, Tripathy BC. *Basic and Applied Aspects of Biotechnology*. Singapore: Springer: 2016.
- Miri A, Khooshabi F, Fatehi S, Shadan M, Mirshekari R, Najafidarmiyan Y. The Effect of Nutritional Education on the Prevention of Diabetes: A Review Article. *Journal of Diabetes Nursing* 2015; 3(2): 82-94. [Persian]
- Magkos F, Yannakoulia M, Chan L, Mantzoros C. Management of the Metabolic Syndrome and Type 2 Diabetes through Lifestyle Modification. *Annu, Rev Nutr* 2009; 29: 223–56.
- American Diabetes Association, Standards of Medical Care in Diabetes-2017, Abridged for Primary Care Providers. *Clin Diabetes* 2017; 35(1): 5–26.
- American Diabetes Association, Promoting Health and Reducing Disparities in Populations, *Diabetes Care* 2017; 40(Suppl 1):S6-S10.
- Macovei S, Tufan AA., & Vulpe BI. Theoretical Approaches to Building a Healthy Lifestyle through the Practice of Physical Activities. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2014: 117, 86-91.
- Li G, Zhang P, Wang J, Gregg EW, Yang W, Gong Q, Li H, Li H, Jiang Y, An Y, Shuai Y. The long-term effect of lifestyle interventions to prevent diabetes in the China Da

- Qing Diabetes Prevention Study: a 20year follow-up study. *The Lancet* 2008; 371(9626):1783-9
22. Moldrup C. The use of the terms 'lifestyle medicines' or 'lifestyle drugs'. *Pharm World Sci* 2004; 26(4): 193-200
 23. Young-Hyman D, Groot M, Hill-Briggs F, Gonzalez J, Hood K, Peyrot M. 2016. Psychosocial Care for People With Diabetes: A Position Statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2016; 39(12):2126-2140.
 24. HOR M and et al. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression in patients with type 2 diabetes. *Journal of Research in Behavioural Sciences* 2013:
 25. Shahbazian H. Evaluation of psychological problems in diabetic patients. *Jundishapur Scientific Medical Journal* 2010; 9(4):346-52.) [Persian]
 26. Afrasiabifar A, Hasani P, Khoshkenab MF, Yaghmaei F. Models of adjustment to illness. *Journal of Shahid Beheshti School of Nursing & Midwifery* 2010; 19(67). [Persian]
 27. Powers AC. 2016. *Diabetes mellitus*. In: *Kasper DL, editor. Harrison's principles of internal medicine*. 19th ed. New York, NY: McGraw-Hill, Medical Pub
 28. Kasteleyn MJ, Vries L, Puffelen AL, Schellevis FG, Rijken M, Vos RC, et al. Diabetes-related distress over the course of illness: results from the Diacourse study. *Diabet Med* 2015; 32: 1617-24.
 29. Chew BH, 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 Qual Life Outcomes* 2015; 13: 187.
 30. Lee EH, Lee YW, Lee KW, Kim YS, Nam MS. Measurement of diabetes-related emotional distress using the Problem Areas in Diabetes scale: psychometric evaluations show that the short form is better than the full form. *Health Qual Life Outcomes* 2014; 12: 142.
 31. Azizi F, Guoya MM, Vazirian P, Dolatshati P, Habbibian S. Screening for type 2 diabetes in the Iranian national programme: a preliminary report. *East Mediterr Health J* 2003; 9: 1122-
 32. Onwuegbuzie. Anthony J, L. Leech Nancy, Collins. Kathleen M. T. *Qualitative Analysis Techniques for the Review of the Literature, The Qualitative Report* 2012; 17, Article 56, 1-28
 33. Emami Sigaroodi A, Dehghan Nayeri N, Rahnavard Z, Nori Saeed A. Qualitative research methodology: phenomenology. *J Holist Nurs Midwifery* 2012; 22 (2) :56-63,
 34. King N & Horrocks C. *Interviews in Qualitative Research*. London: Sage, 2010
 35. Hwu YJ, Coates VE, Boore JR, Bunting BP. The concept of health scale: developed for Chinese people with chronic illness. *Nurs Res* 2002; 51(5): 292-301.
 36. Abdoli, S."Religion, Faith and the Empowerment Process: Stories of Iranian People with Diabetes ", *International Journal of Nursing Practice* 2011;17: 289-298
 37. Hor M, Manshaee G R. Effectiveness of Acceptance And Commitment Therapy On Mental Health Of The Patients With Type 2 Diabetes In The City Of Isfahan. *ijldd* 2017; 16 (6): 309-316. [Persian]
 38. Bamari F, Mansuri A, Poodineh Moghadam M, Hormozi T, Rohi Saadabad M. A Survey of Family Problems in Patients with Type II Diabetes: A Review Article. *J Diabetes Nurs* 2015; 3 (1) :69-75
 39. Larranage I and et al. Socio- economic inequalities in the prevalence of type 2 diabetes, cardiovascular risk factors and chronic diabetetic complications in the Basque Country, Spain; *Diabetic Med* 2004;1047-1053.
 40. Mohaddesi H, Razavi SR, Khalkhali HR, Bahadori F, Saeigharenaz M. The effect of counseling on health promotion behaviors in diabetic mothers referred to motahhari hospital of Urmia at 2015. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2016; 14(9):757-766
 41. Tagi Zadeh M, Bigli Z, Mohtashami T. The effectiveness of behavior modification program in the style of life of patients with type II diabetes. *Journal of Health Psychology* 2014; 3(1): 11- 9. [Persian]
 42. Allahbakhshian M, Jaffarpour M, Parvizy S, Haghani H. A Survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences* 2010; 12(3): 29-33. [Persian]
۴۳. امان زاد، زهرا؛ حسینیان، سیمین. اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد وجودی بر نگرش زندگی و سلامت معنوی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. *مطالعات زن و خانواده* ۱۳۹۶.
۴۴. تقی زاده، محمد احسان؛ بیگلر، زهرا؛ محتشمی، طیبه. اثربخشی آموزش برنامه اصلاح رفتار در سبک زندگی بیماران دیابتی نوع دو. *فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت* ۱۳۹۳: ۳ (۹)، ۳۰-۴۵.
45. Becker G, Gates R, Newsom E. Self- care among chronically ill African American: culture, health disparities, and health insurance status. *Am J Public Health* 2004; 94: 2066-73.
 46. Forbes A, While A. The nursing contribution to chronic disease management: a discussion paper. *Int J Nursing Studies* 2009; 46 (1):120-31
 47. Fooladi N. *Understanding health promotion in chronic patients and planning a suitable model [Dissertation]*. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2005
 48. Russell G, Toobert Dj, Gillete Cd. psychosocial diabetes self management and quality of life. *Diabetes* 2010; 14; 44.

RECOGNIZING DIFFERENT ASPECTS OF HEALTHY LIFE STYLE FOR WOMEN WITH DIABETES TYPE TWO: A PHENOMENOLOGY QUALITATIVE RESEARCH

Maryam Hor¹, Asghar Aghaei^{1*}, Ahmad Abedi², Mohsen Golparvar¹

1. Department of Educational and Psychology Science, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) branch, Isfahan, Iran

2. Department of Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran

ABSTRACT

Background: Diabetes is a chronic disease with consequences affecting many aspects and dimensions of life. Patients experience relates to many aspects of their lives because the disease involves their whole life. The present study aims at defining the role of life style in patient's life. Reviewing their lived-experience can provide basic solutions to reform the life style of patients with diabetes.

Method: in this phenomenology qualitative research, sampling was done among patients referred to Isfahan Diabetes Charity Center in a purposeful manner with the most possible variety. A number of 33 women with diabetes in the age range of 35 to 69 years with an experience of at least one year of living with diabetes and without a history of acute mental disease were chosen. Gradual sampling was conducted from January 2017 to March 2017. Patients took part in 45 to 50 minute semi-structured interviews. The interviews were recorded and then the Colaizzi method format was analyzed.

Results: analysis process of data gathered from these patients' lived-experiences, resulted in extracting four themes including physical health, psychologic health, spiritual health and social health.

Conclusion: In order to reform the life style of patient's' with diabetes, a general comprehensive attitude in way of living is needed. Understanding the lived-experience and analyzing the life style experiences results in the field of health among patients with diabetes can assist the health care staff in providing better services and prevent returns to the inappropriate life style in the future.

Keywords: Lived Experience, Healthy Lifestyle, Type 2 Diabetes Mellitus

* University Blvd, Arqavanieh, Jey Street, Isfahan, Iran, Islamic Azad University, Khorasgan Branch. Box: 81595-158, Tel: +983115354001-9, Fax: (+98)311-5354060, E-mail: info @khuisf.ac.ir