



Original Article

Exploring the Lived Experience of Diabetes among Diabetic Patients: A Phenomenological Study

Saeed Pajooohan Fard^{1*}, PhD Candidate; Mohamad Taghi Iman², PhD; Mohammad Taghi Abbasi Shawazi³, PhD; Roghayeh Khosravi³, PhD

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

²Professor, Department of Sociology and Social Planning, Faculty of Economics, Management and Social Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran

³Assistant Professor, Department of Sociology and Social Planning, Faculty of Economics, Management and Social Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran

Article Information

Article History:

Received: Feb. 03, 2024

Accepted: April 28, 2024

*Corresponding Author:

Saeed Pajooohan Fard, PhD Candidate,
PhD Candidate, Department of
Sociology and Social Planning, Faculty
of Economics, Management and Social
Sciences, Shiraz University, Shiraz,
Iran

Email: s.pajooohan1350@gmail.com

Abstract

Introduction: Diabetes is a condition that affects patients in different physical, mental, and social dimensions. This study aimed to explore the life experience of diabetes among diabetic patients.

Methods: This research was conducted with a qualitative approach and using Schutz's phenomenological method. Accordingly, the researchers used in-depth and consecutive interviews as a tool to get descriptions of lived experiences. The purposeful sampling method was used, and a total of 21 diabetics living in Jahrom were studied for 8 months. The collected data were analyzed using the Schutz method and classified as first-order constructs, second-order constructs, and sorting.

Results: In the health-oriented bio, the findings included the analysis of the main theme (categorization) of self-care, insomnia, diabetes, weight fluctuation, physical difficulties, impotence, and mental disorders, as well as 21 second-order constructs. In lifestyle, the findings included four main themes (categorization) of physical education, nutrition patterns, spiritual life, leisure life, and 17 second-order constructs. The perceived meaning of diabetes also included seven second-order constructs, including hyperglycemia, stress and diabetes, diabetes and genetics, insulin hormone, pancreas, hormones, death anxiety, and panic management.

Conclusion: It seems that self-care, physical problems, mental disorders, and sexual impotence played important roles in the health-oriented life experience of diabetic patients, and leisure life, spiritual life, patterns of nutrition, and physical training had a crucial role in the lifestyle of diabetic patients, as well as the perceived meaning of diabetes in controlling the disease.

Keywords: Diabetes mellitus, Perception, Life style, Health, Iran

Please cite this article as:

Pajooohan Fard S, Iman MT, Abbasi Shawazi MT, Khosravi R. Exploring the Lived Experience of Diabetes among Diabetic Patients: A Phenomenological Study. *Sadra Med. Sci. J.* 2024; 12(4): 459-479.



مقاله پژوهشی

کشف تجربه زیسته دیابت نزد بیماران دیابتی: یک مطالعه پدیدارشناسی

سعید پژوهان فرد^۱، محمد تقی ایمان^۲، محمد تقی عباسی شوازی^۳، رقیه خسروی^۳

دانشجوی دکتری، گروه جامعه شناسی و برنامه ریزی اجتماعی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران
استاد گروه جامعه شناسی و برنامه ریزی اجتماعی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران
استادیار گروه جامعه شناسی و برنامه ریزی اجتماعی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

چکیده

اطلاعات مقاله

تاریخچه مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۱/۱۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۲/۰۹

نویسنده مسئول:

سعید پژوهان فرد

دانشجوی دکتری، گروه جامعه شناسی و برنامه ریزی اجتماعی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران
s.pajooohan1350@gmail.com

مقدمه: بیماری دیابت بر ابعاد مختلف جسمی، روانی و اجتماعی بیماران تأثیر می گذارد، از این رو هدف اصلی از انجام مطالعه حاضر، کشف تجربه زیسته بیماری دیابت نزد مبتلایان دیابتی بود.

مواد و روش ها: این پژوهش با رویکرد کیفی و با استفاده از روش پدیدارشناسی 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 شوتز تحلیل و در قالب برساخت مرتبه اول، برساخت مرتبه دوم و سنخ بندی طبقه بندی گردیدند.

یافته ها: در زیست سلامت محور، یافته ها مشتمل برشش مضمون اصلی (سنخ بندی) خود مراقبتی، بی خوابی، دیابت و نوسان وزن، مشکلات جسمانی، ناتوانی جنسی و اختلال روانی، و ۲۱ برساخت مرتبه دوم بود. در سبک زندگی، یافته ها مشتمل بر چهار مضمون اصلی (سنخ بندی) پرورش جسمی، الگوهای تغذیه، زیست معنوی و زیست فراغتی و ۱۷ برساخت مرتبه دوم بود. معنای درک شده دیابت نیز شامل هفت برساخت مرتبه دوم، هیپرگلیسمی، استرس و دیابت، دیابت و ژنتیک، هورمون انسولین، پانکراس، هورمون ها، اضطراب مرگ و مدیریت وحشت بود.

نتیجه گیری: به نظر می رسد که خود مراقبتی، مشکلات جسمی، اختلال روانی و ناتوانی جنسی در تجربه زیست سلامت محور بیماران دیابتی و زیست فراغتی، زیست معنوی، الگوهای تغذیه و پرورش جسمی در سبک زندگی بیماران دیابتی، و معنای درک شده دیابت در کنترل این بیماری نقش مهمی دارند.

کلمات کلیدی: دیابت ملیتوس، ادراک، سبک زندگی، سلامتی، ایران

لطفاً این مقاله را به این صورت استناد کنید:

پژوهان فرد س، ایمان م ت، عباسی شوازی م ت، خسروی ر. کشف تجربه زیسته دیابت نزد بیماران دیابتی: یک مطالعه پدیدارشناسی. مجله علوم پزشکی صدرا. دوره ۱۲، شماره ۴، پاییز ۱۴۰۳، صفحات ۴۵۹-۴۷۹.

انسولین در بدن از بین می‌رود، یا بدن در برابر انسولین مقاوم می‌شود و انسولین تولیدی پانکراس نمی‌تواند عملکرد طبیعی خود را انجام دهد (۵). به عبارت دیگر، به خاطر کافی نبودن انسولین ترشح شده توسط بدن و یا عدم پاسخ‌دهی سلول‌ها به انسولین ترشح‌شده موجود، میزان قند خون شخص مبتلا بالا می‌رود (۶). فدراسیون بین‌المللی دیابت^۶ اعلام نموده است که تعداد افراد دیابتی زیر ۱۵ سال در دنیا ۴۹۰ هزار نفر است، و این تعداد در همه گروه‌های سنی هر سال ۷۰ هزار نفر یا ۵-۳ درصد افزایش می‌یابد (۷). یک مطالعه علمی نشان می‌دهد که شمار موارد ابتلا به بیماری دیابت در سطح جهان بدون اقدام موثر برای مهار آن، طی ۳۰ سال آینده افزایش قابل ملاحظه‌ای خواهد یافت. بر اساس نتایج تحقیقات مؤسسه سنجش و ارزیابی سلامت دانشگاه واشنگتن، در حال حاضر ۵۲۹ میلیون نفر در جهان مبتلا به دیابت هستند و پیش‌بینی می‌شود که این رقم تا سال ۲۰۵۰ میلادی با افزایش بیش از دو برابری به حدود ۱.۳ میلیارد نفر برسد. به گفته محققان، اکثر موارد ابتلا را دیابت نوع ۲ تشکیل می‌دهد. این نوع بیماری با چاقی و افزایش وزن مرتبط و تا حد زیادی قابل پیشگیری است. نتایج این مطالعه همچنین نشان می‌دهد که سطح شیوع بیماری دیابت در جهان یکنواخت نیست و برخی کشورها و مناطق، بیشتر در معرض افزایش نرخ ابتلا به این بیماری هستند. به عنوان مثال، انتظار می‌رود نرخ شیوع دیابت تا سال ۲۰۵۰ در شمال آفریقا و خاورمیانه به ۱۶٫۸ درصد و در آمریکای لاتین و دریای کارائیب^۷ به ۱۱٫۳ درصد برسد (۸).

در این تحقیق دیابت از بعد کیفی نه کمی مورد توجه قرار می‌گیرد و تمیین می‌کند که دیابت در بیماران دیابتی به‌طور ریشه‌ای و عمیق با ابعاد متفاوت زیست‌جهان آن‌ها از جمله جهان زمانی، مکانی و میان‌ذهنی مرتبط است، به عبارتی پیچیدگی‌ها، ویژگی‌ها و لایه‌های عمیق این تجربه در زیست‌جهان بیماران دیابتی پرداخته می‌شود. بر اساس این فهم از دیابت ابزارهای بهتری برای سنجش و اندازه‌گیری دیابت در افراد، به‌خصوص افراد مبتلا به این بیماری توسعه می‌یابد. از این‌رو، تحقیق حاضر سعی می‌کند با رویکرد پدیدارشناسی با رجوع به آگاهی افراد به دنبال کشف تجربه زیسته افراد دیابتی باشد؛ احتمالاً پدیدارشناسی روش مناسبی برای کشف تجربه زیسته دیابت است. پدیدارشناسی بیش از آن‌که با نظریه‌پردازی همراه باشد،

پدیدارشناسی^۱ روشی برای بیان، تنظیم و توصیف تجربه و فرایندهای معناسازی است و به کمک آن می‌توان تمیین جامعی از تجربه انسان از یک بیماری خاص ارائه داد. اهمیت پدیدارشناسی برای حوزه پزشکی نیز از این حقیقت نشأت می‌گیرد. به همین جهت، از دهه ۱۹۸۰ به بعد کم‌کم پدیدارشناسی مورد توجه محققان حوزه پزشکی قرار گرفت (۱) و به‌منزله چارچوبی فلسفی مورد استفاده قرار داده شد که به «تجربه اول شخص از بیماری» ارجحیت می‌داد. محققان این حوزه کوشیدند تا با استفاده از این رویکرد که نقش محوری برای بدن قائل می‌شود، به توصیف جدیدی از بدن و نیز بیماری و سلامتی دست یابند. چنین رویکردی را می‌توان در پدیدارشناسی مرلوپونتی^۲ یافت. مرلوپونتی با تأکید بر نقش بدن در حوزه شناخت دارد، در میان اندیشمندان به فیلسوف بدن مشهور است (۲). پدیدارشناسی تنانه مرلوپونتی، بدن را مرکز ذهن می‌داند و نگاه علمی به بدن به‌مثابه پدیداری که می‌توان آن را بر اساس الگوهای ریاضیاتی تمیین کرد، رد می‌کند. او با انکار ثنویت بین سوژه و بدن، بدن را هستومندی قصددار می‌داند که با جهان زیسته تعامل دارد در واقع، از نظر مرلوپونتی «بدن شرط امکان هر نوع تجربه‌ای محسوب می‌شود». چنین توصیفی از بدن به معنای جدیدی از آن می‌انجامد که مرلوپونتی به پیروی از هوسرل^۳ آن را بدن زیسته^۴ می‌نامد و با ارائه الگوی جدیدی از بدن، آن را جایگاه وجودی انسان محسوب می‌کند. بر مبنای چنین الگویی، زمانی که بیمار می‌شویم فقط بخش فیزیولوژیکی وجود ما مختل نمی‌شود، بلکه درجهان بودن^۵ ما نیز مختل می‌شود. از نظر پدیدارشناسی تنانه، بیماری فقط اختلال موضعی در بخشی از بدن بیمار نیست، بلکه دغدغه وجودی فراگیری است که باعث می‌شود تا تمامی فعالیت‌های روزمره، عادت‌ها، طرح‌ها و نیز اهدافی که بیمار برای آینده خود دارد، بر هم بخورد (۳).

با این رویکرد به بیماری دیابت می‌پردازیم که یک بیماری مزمن متابولیک است و به مدت طولانی فرد را درگیر خود می‌کند و در تمام ابعاد زندگی او تأثیرگذار است (۴). این بیماری با افزایش سطح گلوکز خون در یک دوره زمانی تظاهر می‌کند و توانایی تولید

1. Phenomenology

2. Merleau-Ponty

3. Husserl

4. Lived body

5. Being-in-the-World

6. International Diabetes Federation IDF

7. Caribbean Sea

روش پدیدارشناسی شوتز

مراحل روش پدیدارشناسی شوتز برای فهم پدیده مورد نظر به صورت به هم پیوسته و رفت و برگشت است و شامل نگرش بی طرفانه محقق علمی-اپوخته^۹- تعیین سؤالات و اهداف تحقیق، طراحی سؤالات مصاحبه، رعایت اخلاق پژوهش، انتخاب مشارکت کنندگان، مصاحبه و ضبط گفتگوها، تحلیل اطلاعات، اعتبار یابی تحقیق و دستیابی به نوع تجربه زیسته کنشگران می شود. از آنجا که محقق اجتماعی درون زیست جهان خود زندگی می کند، ابتدا خود را از جهان اجتماعی جدا می نماید و از موقعیت شخصی خود فاصله می گیرد و این گام اولیه اپوخته است. در این پژوهش سعی بر آن بود که پدیده بدون پیش فرض مورد مطالعه قرار گیرد. مراحل روش شناسی تحقیق حاضر در ادامه به تفصیل بیان شده است.

ابزار پژوهش

منبع اصلی داده ها در رویکرد پدیدارشناسی، دیالوگ بین محقق و مطلع است (۱۱). بدین جهت محقق از سؤالات و اهداف تحقیق، سؤالاتی برای مصاحبه طراحی نمود و از مصاحبه عمیق و متوالی به عنوان ابزار تحقیق برای کسب توصیفات تجربه زیسته استفاده نمود.

شیوه جمع آوری اطلاعات

پژوهشگر قبل از ورود به میدان، مجوزهای اخلاقی را از سازمان های مربوط کسب نمود. تصویب کمیسیون اخلاقی و کسب رضایت نامه کتبی از مشارکت کنندگان، نقطه آغاز عملیات تحقیق بود. در فرایند جمع آوری اطلاعات، محقق توصیفات زیسته مشارکت کنندگان از پدیده زیست سلامت محور، معنای درک شده دیابت و سبک زندگی را بر اساس سؤالات راهنما ضبط و ثبت نمود. 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. در رویکرد پدیدارشناسی، محقق باید با ذهن خالی از ارزش وارد میدان تحقیق شود و با توصیف و تفسیرهای مشارکت کنندگان، به توصیف مضامین اولیه، مقولات کنش انسانی، مضامین فرعی و استخراج مضمون اصلی تجربه زیسته کنشگران بپردازد.

به درون مایه های عمیق افراد در ارتباط با پدیده ای خاص اشاره دارد. در این رویکرد از زبان، معنا، فهم، تفسیر، تحلیل نظری و زندگی روزمره استفاده می شود.

جستجو و مطالعه تحقیقات و ادبیات موجود نشان می دهد که دیابت به طور ملموس، ذهنی و عمیق با روش پدیدارشناسی شوتز^۸ بررسی نشده است. درگیری نزدیک تر با عناصر دیابت برای دستیابی به فهم عمیق تر از عمق و ماهیت اساسی این پدیده الزامی است. پدیدارشناسی شوتز بیشتر به تجربیات زیسته افراد درباره پدیده مورد نظر می پردازد که در بستر خاصی که در آن زندگی می کنند و از آن تأثیر می پذیرند، شکل می گیرد (۹).

در این روش باید به ماهیت پدیده ها و خود آن ها پی ببریم و برخوردی خالص و دست اول و رها از نظریات و شائبه های قبلی داشته باشیم و بکوشیم، آن ها را آن چنان که هستند، بشناسیم و بیان کنیم. رویکرد پدیدارشناسی تلاش می کند تا تجربه زیسته دیابت را با روش طبیعی مطالعه و کشف کند و طی آن همان چیزی را بررسی کند که در ذهن کنشگر (دیابت) روی داده است. یعنی همه انواع پیش داوری پژوهشگران در مورد دیابت را به فراموشی بسپارد و تنها به ذهن کنشگر (دیابت) مراجعه کند. در پدیدارشناسی، قوانین، اظهارات و بیانات، مرجع و راهگشای فرایندهای تفسیری هستند که کنشگران در تعاملات خود به کار می برند. آنچه در این مسیر به یاری کنشگر می شتابد، خلاقیت اوست.

بر این اساس، هدف کلی از انجام پژوهش حاضر، توصیف و تفسیر تجربه زیسته دیابت نزد افراد دیابتی بود؛ به عبارت دیگر، این تحقیق به دنبال پاسخ به این سؤالات است که افراد دیابتی چگونه دیابت را تجربه می کنند؟ چه معانی ذهنی به تجربه زیسته خود از دیابت الصاق می کنند؟ و ابعاد مختلف ساختار تجربه زیسته دیابت افراد دیابتی چیست؟

مواد و روش ها

در این مطالعه از روش شناسی کیفی پدیدارشناسی اجتماعی شوتز جهت کسب تجربه زیسته بیماران دیابتی از معنای درک شده دیابت، زیست سلامت محور و سبک زندگی استفاده گردید. به طور خلاصه، استراتژی پدیدارشناسی با بررسی تجربه زیسته افراد از یک پدیده و تمرکز بر ابعاد تغییرناپذیر آن، سعی می کند به درک بهتری از پدیده ها در زندگی افراد دست یابد (۱۰).

9. Epokhe

8. Schutz Phenomenology

مراحل تحلیل داده‌ها

به اشتیاق بیماران دیابتی به مشارکت در تحقیق یا همکاری مسئولان در مراکز درمانی و دانشگاه علوم پزشکی، تعداد نمونه می‌تواند افزایش پیدا کند (۱۶). نمونه‌ها تا جایی افزایش می‌یابند که محقق در هنگام تحلیل داده‌ها با داده جدیدی مواجه نشود و معنای کافی برای رسیدن به هدف تحقیق به دست آمده باشد. برخی از افراد دیابتی شرکت‌کننده در مطالعه برای کمک به جمع‌آوری اطلاعات بیشتر در دو یا حتی سه مصاحبه شرکت کردند، این امر به کسب بینش بیشتر از شرکت‌کنندگان پس از داده‌های تولیدشده از مصاحبه‌های قبلی، کمک می‌نماید. زمان مصاحبه‌ها بین ۴۰ دقیقه تا ۱ ساعت و ۳۰ دقیقه متغیر بود.

معیارهای ورود و خروج

معیارهای ورود شامل ابتلا به دیابت از یک سال به بالا، زندگی در شهر جهرم از هر دو جنس زن و مرد، توانایی درک و صحبت کردن، و نداشتن اختلالات شناختی بود. پیش از انجام مطالعه، ابتدا تجربیات، باورها و پیش‌فرض‌های فردی محققان بازنویسی شد تا ضمن آگاهی از آن‌ها، از تأثیرشان در تفسیر جلوگیری به عمل آید.

روش‌های اعتباریابی تحقیق

برای بالا بردن صحت و اعتبار مطالعه، از روش‌هایی همچون کنار گذاشتن دانش قبلی محقق، برگشت به شرکت‌کنندگان و سؤال از آن‌ها هنگام تجزیه و تحلیل داده‌ها، جمع‌آوری داده‌ها از طرق مختلف و بازاندیشی به معنای آگاهی انعکاسی نسبت به رعایت پیش‌فرض‌های روش‌شناسی مورد نظر در فرایند تحقیق استفاده گردید (۱۷).

ملاحظات اخلاقی

- این پژوهش حاصل رساله دکتری در دانشکده علوم اقتصادی و اجتماعی دانشگاه شیراز در رشته جامعه‌شناسی با کد اخلاق IR.US.PSYEDU.REC.1402.008 است.
- کلیه مراحل و روند اجرایی این مطالعه، پس از تصویب در امور پژوهشی و قائم‌مقام معاون پژوهش و فناوری دانشگاه شیراز و تأیید کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی با شناسه: (IR.US.PSYEDU.REC.1402.008) و شماره (۴۸/۴۰۶/۱۴۰۲۳) به تاریخ ۱۴۰۲/۲/۵ اجرا شد.
- در رابطه با رعایت اصول اخلاقی پژوهش، مشارکت‌کنندگان قبل از مصاحبه از اهداف و اهمیت

مراحل تحلیل داده‌ها در روش‌شناسی شوتز شامل «رونویسی یا نسخه‌برداری از مصاحبه‌ها، سازماندهی سیستماتیک متون بر اساس سؤالات راهنما، بازخوانی مکرر متون و اضافه کردن یادداشت‌های میدانی و برگشت به میدان برای مصاحبه، تکرار توصیفات و ایده‌ها در صحبت‌ها و متون، کشف ساختارهای معنای ذهنی کنش، سازماندهی عنوان عبارات مضامین اولیه شامل توصیف‌های تجربه زیسته توسط افراد مورد مطالعه، پدیدار شدن اشتراکات بین مضامین اولیه و توسعه عنوان مضامین فرعی از آن‌ها و ظهور مضمون اصلی از درون مضامین فرعی و دستیابی به نوع تجربه زیسته کنشگران» است (۱۲).

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 سؤال‌های راهنما تنظیم و دسته‌بندی می‌کند (۱۱). 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 سنخ‌بندی تجربه زیسته، الگویی از مضامین مشترک را توسعه می‌دهد. قابل توجه است که محقق باید در هنگام ورود به میدان تحقیق و تحلیل اطلاعات، تقلیل پدیدارشناسانه و اپوخته انجام دهد (۱۳).

جامعه آماری

جامعه مورد مطالعه در این مطالعه، همه افراد دیابتی ساکن شهر جهرم در زمان جمع‌آوری داده‌ها بودند.

حجم نمونه و روش نمونه‌گیری

با توجه به اینکه برای تولید غنی، در مطالعات پدیدار شناختی نمونه‌های بزرگ لازم نیست و به‌طور معمول معیار تعداد نمونه در این مطالعات طیف ۱ تا ۳۰ نفر است (۱۴)، در مجموع، ۳۰ مصاحبه با ۲۱ فرد دیابتی که بر اساس روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده بودند و معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، طی یک دوره هشت‌ماهه (دی سال ۱۴۰۱ تا شهریور سال ۱۴۰۲) انجام شد (۱۵). تعداد مشارکت‌کنندگان در رویکرد کیفی پدیدارشناسی اجتماعی شوتز انعطاف‌پذیر است و نیاز نیست که محقق از ابتدا برای تعداد حجم نمونه تصمیم قطعی بگیرد. در میدان تحقیق وابسته

جدول ۱. ویژگی‌های دموگرافیک بیماران مبتلا به دیابت

مشارکت‌کننده	جنسیت	تاهل	تعداد فرزند	سن	سابقه بیماری	شغل	درآمد (تومان)	تحصیلات
۱	زن	متاهل	۵	۷۳ سال	۱۵ سال	خانه‌دار	مستمری‌بگیر	سیکل
۲	مرد	متاهل	۲	۵۰ سال	۴ سال	شغل آزاد	هشت میلیون	دیپلم
۳	مرد	متاهل	۳	۵۶ سال	۱۵ سال	دبیر	بیست میلیون	فوق لیسانس
۴	زن	مطلقه	-	۶۰ سال	۸ سال	خانه‌دار	مستمری بیمه	دیپلم
۵	مرد	متاهل	۳	۴۵ سال	۱۵ سال	آشپز	هشت میلیون	لیسانس
۶	مرد	متاهل	۲	۳۷ سال	۳ ماه	آشپز و بنا	هفت میلیون	دیپلم
۷	مرد	متاهل	۲	۵۲ سال	۱۵ سال	دبیر و استاد	۲۰ میلیون	دکتری
۸	زن	متاهل	۶	۷۵ سال	۲۰ سال	خانه‌دار	مستمری‌بگیر	بی‌سواد
۹	زن	متاهل	۷	۷۷ سال	۱۲ سال	خانه‌دار	شش میلیون	بی‌سواد
۱۰	زن	متاهل	۳	۶۰ سال	۱۸ سال	معلم بازنشسته	ده میلیون	فوق دیپلم
۱۱	مرد	متاهل	۲	۵۳ سال	۲۰ سال	جوشکار	پانزده میلیون	سیکل
۱۲	مرد	متاهل	۲	۶۰ سال	۱۶ سال	مدیرعامل شرکت	بیست میلیون	فوق لیسانس
۱۳	زن	متاهل	۳	۶۵ سال	۱۰ سال	معلم بازنشسته	ده میلیون	فوق دیپلم
۱۴	مرد	متاهل	۱	۵۱ سال	۱۰ سال	دبیر	شانزده میلیون	فوق لیسانس
۱۵	مرد	متاهل	۲	۵۱ سال	۲۵ سال	کارمند شهرداری	ده میلیون	فوق لیسانس
۱۶	مرد	متاهل	۲	۵۴ سال	۲۰ سال	دبیر بازنشسته	شانزده میلیون	فوق لیسانس
۱۷	مرد	متاهل	۲	۵۲ سال	۱۷ سال	رئیس بانک	بیست میلیون	لیسانس
۱۸	مرد	متاهل	۲	۵۰ سال	۱۷ سال	کارمند دانشگاه	شانزده میلیون	فوق لیسانس
۱۹	زن	متاهل	۳	۶۰ سال	۶ سال	دبیر بازنشسته	پانزده میلیون	فوق لیسانس
۲۰	زن	متاهل	۳	۴۸ سال	۵ سال	دبیر بازنشسته	دوازده میلیون	لیسانس
۲۱	مرد	متاهل	۲	۵۹ سال	۱۸ سال	استاد دانشگاه	چهارده میلیون	فوق لیسانس

میزان تحصیلات ۲ نفر سیکل، ۳ نفر دیپلم، ۲ نفر فوق دیپلم، ۳ نفر لیسانس، ۸ نفر فوق لیسانس و ۱ نفر دکتری بود و ۲ نفر بی‌سواد بودند. محل تولد هر ۲۱ نفر شهر جهرم بود. ۲۰ نفر از بیماران دیابتی صاحب فرزند و تعداد فرزندان آن‌ها بین ۱ فرزند تا ۷ فرزند بود. ۴ نفر از دیابتی‌های زن، خانه‌دار و ۴ نفر شاغل بودند. از بیماران دیابتی مرد نیز ۱۰ نفر شغل دولتی داشتند. ویژگی‌های دموگرافیک^{۱۰} بیماران دیابتی در (جدول ۱)؛ سنخ‌بندی معنای درک شده دیابت از ۷ برساخت مرتبه دوم، هیپرگلیسمی^{۱۱}، استرس و دیابت^{۱۲}، دیابت و ژنتیک^{۱۳}، هورمون انسولین^{۱۴}، پانکراس و هورمون‌ها^{۱۵}،

10. Demographics
11. Hyperglycemia
12. Stress and diabetes
13. Diabetes and genetics
14. Insulin hormone
15. Pancreas and hormones

پژوهش آگاه شدند و آگاهانه و با رضایت شخصی در تحقیق شرکت کردند و از حق انصراف و محرمانه بودن همه مشخصات در کل فرایند پژوهش اطمینان حاصل نمودند.

یافته‌ها

در مجموع ۲۱ بیمار دیابتی در مطالعه شرکت کردند که دامنه سنی آن‌ها بین ۳۷ تا ۷۵ سال، و مدت زمان ابتلا به بیماری در آن‌ها از یک سال تا ۲۵ سال متغیر بود. مشارکت‌کنندگان در این مطالعه ۸ زن و ۱۳ مرد بودند، همگی با تجربه زندگی خانوادگی، و در هنگام پژوهش ۱۷ نفر از آن‌ها زندگی مشترک داشتند. سه نفر از شرکت‌کنندگان زن، همسر خود را از دست داده بودند و یک نفر مطلقه بود.

جدول ۲. سنخ‌بندی تجربه زیسته بیماران دیابتی از مضمون معنای درک شده دیابت

سنخ بندی	برساخت مرتبه دوم	برساخت مرتبه اول	گزاره‌ها
		نخوردن قند	یعنی مرض قند و خودداری از خوردن قند.
		زیادشدن قند در خون	معنای دیابت به نظرم معنای افزایش قند در خون است.
	هیپرگلیسمی	جذب نشدن قند	دیابت یعنی در خونمان قند زیاد است، قندی که باید جذب بدن شود نمی‌شود و در خونمان قند زیاد می‌شود.
		مرض قند	معنی دیابت را نمی‌دانم اصلاً فکرش را هم نمی‌کردم فقط می‌دانم که مرض قند دارم کسی هم به من نگفت بر اثر چیست.
	استرس و دیابت	درگیری جسم و روان	دیابت یک بیماری است که در ابتدا علائم جسمی و بعد علائم روحی دارد و روان فرد را درگیر می‌کند.
		ارثی بودن دیابت	درواقع یک بیماری ژنتیکی و فیزیکی است که ژن آن در بعضی افراد وجود دارد، این گناه شخص بیمار نیست که دچار بیماری شده، اصولاً در اثر کاهش انسولین در بدن ایجاد می‌شود.
	هورمون انسولین	مشکل درونی بدن	مشکل درونی بدن است که از نظر هورمونی مشکلی ایجاد شده، کمبود انسولین است و ترشح انسولین کم می‌شود، تحرک انسولین کم می‌شود. باید کنار بیایی دشمن بیرونی که نیست فیزیکی و درونی است.
			دیابت مانند نقص عضو در یک شخص، نارسائی در بدن است، غده‌ای که انسولین می‌سازد دچار مشکل است.
			لوزالمعده باید انسولین ترشح کند آن‌هایی که دیابتی هستند کمتر ترشح می‌کند پس باید با قرص تنظیم کنند.
		نارسائی در بدن	بالا رفتن قند خون در دو صورت پیش می‌آید یکی ممکن است که انسولین ترشح نشود که وظیفه‌اش تنظیم قند است که این دیابت نوع ۱ است. نوع ۲ قند خون توسط ماهیچه‌ها و سلول‌ها جذب نمی‌شود. در دیابت نوع ۱ تزریق انسولین لازم است اما در نوع ۲ با ورزش و دارو کنترل می‌شود.
معنای درک شده دیابت	پانکراس و هورمون‌ها		بر اساس اتفاقاتی در بدن پانکراس از کار می‌افتد، قند زیادی در بدن به خون وارد می‌شود که اثر مخربی بر بدن دارد.
		نقص در بدن	عارضه یا هر چیز دیگر که باید کنار بیاییم. اینکه کامل خوب بشوم و هیچ‌وقت نداشته باشم و قندم نرمال بشود به نظرم چنین چیزی نیست که دارو قطع شود.
			من بیماری یا مرگ خاموش معنا می‌کنم و آن را یک چیز مزمن می‌دانم و نوعی سرطان پنهان است
			بیماری خاموش است که نمی‌شود به راحتی کنترل کرد با دارو نمی‌شود محوش کرد فقط می‌شود عوارض دیرتر سراغ شما بیاید خدا کند در سن پایین سراغ کسی نیاید.
	اضطراب مرگ	مرگ خاموش	چیزی که به ذهنم میرسد اینه که یواش یواش دارم از درون نابود میشم، خاموش میشم.
			به نظر من دیابت مرگ خاموش است دور از جامعه بودن دردی است که مثلاً برای ازدواج دختر مهم است مثلاً می‌گویند پدرش دیابت دارد و ارثی است از نظر دیگران شاید مهم باشد باید با دیابت کنار بیاییم مهم نیست.
		ام الامراض	ام الامراض است؛ یعنی کلیه و مسائل جنسی در خطر است. رگ‌ها و... همه مشکل دارند.
	مدیریت وحشت	نوعی سلاح گرم	دیابت مثل کلتی است که روی شقیقه فرد است و منتظر شلیک است.
		ترس و وحشت	دیابت بیماری است که همه چیز با ترس ولرز می‌خوریم.

جدول ۳. سنخ‌بندی تجربه زیسته بیماران دیابتی از مضمون زیست سلامت‌محور

درون‌مایه نهایی تجربه زیسته	برساخت مرتبه اول	برساخت مرتبه دوم	سنخ بندی
	مرتب ورزش می‌کنم خوردن منظم داروها نخوردن مواد قندی استرس نداشتن سرگرمی با فضای مجازی بی‌خیالی	خود مراقبتی ورزشی خود مراقبتی دارویی خود مراقبتی با پرهیز مواد غذایی خود مراقبتی با کنترل استرس خود مراقبتی با سرگرمی در فضای مجازی خود مراقبتی با بی‌خیالی	خود مراقبتی
	بی‌خوابی و تنهایی بی‌خوابی شبانه خوردن قرص و دارو زندگی پردردسر دلهره شبانه	بی‌خوابی در سوگ عزیزان خواب نامنظم شبانه خوابیدن با دارو مشکلات زندگی و بی‌خوابی دلهره و بی‌خوابی	بی‌خوابی و دیابت
زیست سلامت‌محور	تحلیل جسمی ترس از چاق شدن	دیابت و کاهش وزن دیابت و افزایش وزن	دیابت و نوسان وزن
	احساس ضعف تزیق انسولین درد و مرض	ضعف جسمانی کنترل با انسولین انواع امراض جسمانی	مشکلات جسمانی
	مشکلات جنسی عدم تمایل و لذت جنسی ترس از آینده	دیابت و ناتوانی جنسی بی‌میلی جنسی مسائل جنسی و احساس گناه	ناتوانی جنسی
	استرس و اضطراب ناراحتی و افسردگی فشار عصبی ناتوانی افسوس خوردن بی‌حالی و بی‌انگیزگی	عدم تسلط بر خود و محیط تحت کنترل خود عدم خود‌پذیری	اختلال روانی

هورمون‌ها، اضطراب مرگ و مدیریت وحشت تشکیل شده است.

• هیپیرگلیسمی: یک عارضه جدی دیابت شیرین^{۱۹}، سندرم هیپیرگلیسمی هیپراسمولار^{۲۰} (HHS) است و زمانی اتفاق می‌افتد که سطح قند خون برای مدت طولانی بسیار بالا باشد. علائم HHS می‌تواند شامل تشنگی شدید، تکرر ادرار، تغییر در بینایی و گیجی باشد. مشارکت‌کنندگان در تحقیق تعاریف متفاوتی از دیابت داشتند: «دیابت یعنی مرض قند و پرهیز از خوردن قند»، «دیابت به نظرم به معنای افزایش قند در خون است»، «دیابت یعنی در خون من قند زیاد است، قندی که باید جذب بدن بشود، نمی‌شود و در خون افرادی مثل من قند زیاد می‌شود»، «معنی دیابت را نمی‌دانم اصلاً فکر نمی‌کردم فقط می‌دانم که مرض قند دارم کسی هم به من نگفته بر اثر چه چیزی است».

اضطراب مرگ^{۱۶} و مدیریت وحشت^{۱۷} در (جدول ۲)؛ داده‌های به دست آمده از تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها پیرامون زیست سلامت‌محور با ۶ سنخ‌بندی (مضمون اصلی) خودمراقبتی، بی‌خوابی، نوسان وزن، مشکلات جسمانی، ناتوانی جنسی و اختلال روانی و چندین برساخت مرتبه دوم در (جدول ۳)؛ و تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها پیرامون سبک زندگی نزد بیماران دیابتی با ۴ سنخ‌بندی (مضمون اصلی) پرورش جسمی، الگوهای تغذیه، زیست معنوی و زیست فراغتی و چندین برساخت مرتبه دوم در (جدول ۴) ارائه شده است.

معنای درک شده دیابت^{۱۸} در تجربه میان ذهنی مشارکت‌کنندگان

در این پژوهش، سنخ‌بندی معنای درک شده دیابت از هفت برساخت مرتبه دوم، هیپیرگلیسمی، استرس و دیابت، دیابت و ژنتیک، هورمون انسولین، پانکراس و

19. Diabetes mellitus

20. Hyperosmolar hyperglycemic syndrome

16. Death anxiety

17. Panic management

18. Perceived meaning of diabetes

جدول ۴. سنخ‌بندی تجربه زیسته بیماران دیابتی از مضمون سبک زندگی

سرخ بندی	برساخت مرتبه دوم	برساخت مرتبه اول	درون‌مایه نهایی تجربه زیسته
پرورش جسمی	ورزش و سلامت روان عدم تحرک بی‌انگیزگی ورزش‌های هوازی منظم تحرکات روزمره ناتوانی جسمی	فعالیت‌های ورزشی ورزش نکردن رغبت نداشتن ورزش کردن ورزش گاه‌وبیگاه ورزش نکردن	
الگوهای تغذیه	محرومیت غذایی رعایت رژیم غذایی محدودیت غذایی	نخوردن همه نوع غذا کمتر خوردن مواد قندی مصرف میان وعده مصرف غذاهای سنتی اجبار در مصرف همه نوع غذا رعایت نکردن رژیم غذایی محرومیت از لذت غذایی مصرف غذاهای مضر ترس در غذا خوردن	
	فراغت ورزشی	طبیعت‌گردی کوه‌نوردی فعالیت ورزشی گردش لذت‌بخش	
	فراغت فکری	تماشای تلویزیون وبگردی در فضای مجازی کتاب‌خوانی لذت تماشای فیلم تماشای فیلم	سبک زندگی
زیست فراغتی	فراغت اجتماعی	گردش خانوادگی عمل خیرخواهانه جمع‌های خانوادگی اردوهای تفریحی جمعی	
	فراغت عملی	رسیدگی به امور منزل خرید روزمره کار بهترین تفریح باغبانی پرورش گل و گیاه	
	فراغت مذهبی	نمازخواندن دیدار اماکن مقدس قرآن‌خوانی	
زیست معنوی	زیست اعتقادی (باورمند)	مشیت و امتحان الهی بخت و اقبال حکمت خداوندی خواست و اراده الهی امید به تقدیر و قسمت الهی باور به مهربانی خداوند	
	زیست پیامدی	گره‌گشا بودن خداوند شکر گذاری در همه حال ایمان قوی رشد و تعالی تزکیه نفس افراد خوش عمل	

راز و نیاز با خدا
تکامل انسان
چنگ زدن به ریسمان الهی
صبر زیاد
تقرب به خدا
جبر الهی
توکل به خدا
تصورات واهی
غمگسار

زیست عاطفی

عشق‌ورزی به ذات الهی
پایبندی به اعتقادات دینی
شاکر و سپاسگزار خدایم و سجده شکر
به‌جا می‌آورم

زیست مناسکی

معده است که منبع اصلی انسولین در بدن است. خوشه‌های سلول‌های لوزالمعده که جزایر لانگرهانس^{۲۶} نامیده می‌شوند، هورمون‌هایی تولید می‌کنند که مقدار این تولید را بر اساس سطح گلوکز خون در بدن تعیین می‌کنند؛ بنابراین، هرچه سطح گلوکز بیشتر باشد، انسولین بیشتری برای ایجاد تعادل سطح قند در خون تولید می‌شود (۱۸). برخی بیماران دیابتی اظهار داشتند که دیابت «مشکل درونی بدن است که از نظر هورمونی ایجاد شده است، کمبود انسولین و ترشح انسولین کم می‌شود. باید با آن کنار بیایی، دشمن بیرونی که نیست، فیزیکی و درونی است».

• پانکراس و هورمون‌ها: پانکراس انواع آنزیم‌ها و شیوه‌های تصفیه‌کننده‌ای را می‌سازد که به داخل روده ترشح می‌شوند و به هضم غذا کمک می‌کنند. بعضی از شرکت‌کنندگان گفتند که «دیابت مثل نقص عضو در یک شخص است، نارسائی در بدنه، غده‌ای که انسولین می‌سازد، دچار مشکل است»، «لوزالمعده باید انسولین ترشح کند، آنهایی که دیابتی هستند انسولین در بدنشان کمتر ترشح می‌شود. پس باید با قرص تنظیم کنند»، «بر اساس اتفاقاتی در بدن پانکراس از کار می‌افتد، قند زیادی در بدن به خون وارد می‌شود که اثر مخربی بر بدن دارد»، «بالا رفتن قند خون در دو صورت پیش می‌آید؛ یکی ممکن است که انسولین ترشح نشود که وظیفه‌اش تنظیم قند است که این دیابت نوع ۱ است. نوع ۲ قند خون توسط ماهیچه‌ها و سلول‌ها جذب نمی‌شود. در دیابت ۱ تزریق انسولین است اما در نوع ۲ با ورزش و دارو کنترل می‌شود».

• اضطراب مرگ: اضطراب مرگ نوعی احساس وحشت است که در هراس یا نگرانی زیاد هنگام فکر

• استرس و دیابت: هر مسئله‌ای از جراحی گرفته تا مشکلات روانی می‌تواند سبب استرس شود. بدن مقادیر زیادی هورمون آدرنالین (اپی نفرین)^{۲۱}، نورآدرنالین (نوراپی نفرین)^{۲۲}، گلوکاگون^{۲۳}، کورتیزول و هورمون رشد^{۲۴} ترشح می‌کند. این هورمون‌ها گاهی اوقات هورمون‌های استرس نامیده می‌شوند (۱۸). بعضی بیماران دیابتی شرکت‌کننده اذعان کردند که: «دیابت یک بیماری است که در ابتدا علائم جسمی دارد و بعد روح و روان فرد را درگیر می‌کند».

• دیابت و ژنتیک: در مورد دیابت نوع دوم هیچ الگوی خاص ژنتیکی وجود ندارد؛ بنابراین شانس ابتلا به دیابت به تعداد افراد مبتلا در خانواده بستگی دارد. اگرچه وجود دیگر بیماری‌های ژنتیکی مثل، سندرم داون^{۲۵} خطر ابتلا به دیابت را افزایش می‌دهد. باین حال، تخمین زده می‌شود که اگر هر دو والد به دیابت نوع دوم مبتلا باشند، کودک آن‌ها نیز به احتمال ۷۵ درصد به دیابت مبتلا خواهد شد. برخی مشارکت‌کنندگان در تحقیق بیان کردند که دیابت «درواقع یک بیماری ژنتیکی و فیزیکی است که ژن این بیماری در بعضی افراد وجود دارد، این گناه شخص بیمار نیست که دچار بیماری شده، اصولاً در اثر کاهش انسولین در بدن ایجاد می‌شود، بیماران نباید خود را سرزنش کنند. افرادی که این ژن در بدنشان دارند می‌توانند از طریق تغذیه صحیح و فعالیت‌های فیزیکی از دوران کودکی شروع بیماری را به تعویق بیندازند و یا حتی جلوگیری کنند».

• هورمون انسولین: انسولین یک پیام‌رسان شیمیایی است که به سلول‌ها اجازه می‌دهد گلوکز (قند خون) را جذب کنند. پانکراس اندامی در پشت

21. Adrenaline hormone (epinephrine)

22. Noradrenaline (norepinephrine)

23. Glucagon

24. Cortisol and growth hormone

25. Down syndrome

26. Langerhans Islands

کردن در مورد فرایند مردن یا قطع ارتباط خود با دنیا یا آنچه بعد از مرگ رخ می‌دهد، ظهور و بروز می‌یابد. ابعاد اضطراب مرگ شامل ترس از درد، عذاب بعد از مرگ، تنهایی و از دست دادن کنترل است (۱۹). بعضی شرکت‌کنندگان بیان نمودند که «من بیماری دیابت را مرگ خاموش معنا می‌کنم، آن را یک چیز مزمن می‌دانم، به نظرم نوعی سرطان پنهان است»، «به نظر من دیابت مرگ خاموش است...»، «چیزی که به ذهنم می‌رسد این است که افراد به مرور از درون خاموش می‌شوند.»

• مدیریت وحشت: نظر بیماران دیابتی در مصاحبه‌های خود در خصوص ترس از مرگ و وحشت از آن چنین بیان شده است: «دیابت مثل کلتی است که روی شقیقه فرد گذاشته شده و منتظر شلیک است»، «دیابت ام‌الامراض است یعنی کلیه و مسائل جنسی در خطر است. همه اعضای بدن دچار مشکل می‌شوند»، «دیابت یک بیماری است که همه چیز را باید با ترس و لرز خورد.»

زیست سلامت محور ۲۷ در تجربه میان ذهنی مشارکت‌کنندگان

زیست سلامت محور مشتمل بر ۶ مضمون اصلی (سنخ بندی) شامل مشکلات جسمانی، ناتوانی جنسی، اختلال روانی، دیابت و نوسان وزن، بی‌خوابی و دیابت و ۲۲ برساخت مرتبه دوم بود.

• مشکلات جسمانی: بیماری دیابت یک معضل مهم برای سلامت جسمانی است که اثرات گسترده‌ای بر عملکردهای فردی و اجتماعی مبتلایان می‌گذارد. ممکن است در فرد دیابتی به دلیل محدودیت در رژیم غذایی و فعالیت مشکلات روان‌شناختی و اجتماعی، نیاز به مراقبت دقیق و مداوم از خود و احتمال بروز عوارض جسمی جدی نظیر مشکلات کلیوی، چشمی، قلبی و مغزی به وجود آید. هرچند اکثر این افراد به‌خوبی با محدودیت‌های بیماری خود کنار می‌آیند، اما بخش مهمی از آن‌ها در این زمینه مشکلاتی دارند. همکاری در انجام آزمایش خون، رعایت رژیم غذایی و مصرف انسولین غالباً رضایت‌بخش نیست و در نتیجه کنترل قند خون غالباً کمتر از حد بهینه است. سنخ‌بندی سلامت جسمانی در تجربه زیسته بیماران دیابتی از ۳ برساخت مرتبه دوم، ضعف جسمانی، کنترل با انسولین و انواع امراض جسمانی تشکیل شده است.

• ضعف جسمانی: اکثر قریب به اتفاق

شرکت‌کنندگان در هنگام توصیف تجارب خود مسئله تغییر در سلامت جسمانی را مطرح کردند: مشارکت‌کنندگان در مورد ضعف جسمانی عنوان می‌کردند: «صبح‌ها احساس ضعف دارم»، «الآن خیلی خسته می‌شوم» «من از نظر جسمی خیلی ضعیف‌تر شدم».

• کنترل با انسولین: اغلب بیماران دیابتی در زمان توصیف تجربه زیسته خود از کنترل بیماری با انسولین صحبت می‌کردند: یکی از مشارکت‌کنندگان می‌گفت: «همیشه انسولین می‌زدم، حالا هم می‌زنم»، «روزی ۸۰ تا ۹۰ واحد انسولین می‌زنم»، مشارکت‌کننده دیگری عنوان می‌کرد: «بسیست سال است که دیابت دارم روزی دو بار انسولین می‌زنم»، «ده سال است که انسولین می‌زنم».

• انواع امراض جسمانی: بیشتر افراد دیابتی در توصیف تجربه زیسته خود از انواع امراض جسمانی به‌واسطه دیابت صحبت می‌کردند: مشارکت‌کنندگان تجربیات خود را از امراض جسمانی چنین توصیف می‌کردند: «من قبلاً بیماری اثنی عشر داشتم سال ۸۲ توانستم این بیماری را کامل از بین ببرم»، «دکترگفت قندت روی ۸۰۰ است، مشکل شبکیه چشم دارم»، «تیروئید پرکار دارم»، «تاری دید و سرگیجه دارم»، «من دو تا زانو عمل کردم»، «فشار خون دارم».

• ناتوانی جنسی: سلامت جنسی^{۲۸}، بخشی از سلامت است و به‌عنوان 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 جنبه‌های اجتماعی و عقلانی انسان را در مسیر ارتقای شخصیت سوق می‌دهد و با ایجاد ارتباط و عشق بین زوجین همراه است (۲۰). در بیماران دیابتی، علاقه، رضایت و توانایی انجام فعالیت جنسی تحت تأثیر بیماری دیابت و یا داروهای مصرفی قرار می‌گیرد (۲۱). سنخ‌بندی سلامت جنسی ۳ برساخت مرتبه دوم، شامل دیابت و ناتوانی جنسی، بی‌میلی جنسی و مسائل جنسی و احساس گناه دارد.

• ضعف جنسی: مشارکت‌کنندگان تجربه زیسته خود را از ضعف جسمانی چنین عنوان می‌کردند: «دیابت سبب ضعف پایین‌تنه انسان می‌شود به‌ویژه دیابت سبب ناتوانی جنسی می‌شود»، «در روابط جنسی میل جنسی کم می‌شود، نعوظ کم می‌شود»، «مسائل جنسی در خطر است». «دیابت مانع انجام وظایف زناشویی است».

نظر جسمی خیلی ضعیف‌تر شده‌ام وزنم کم شده»، «وزنم قبلاً ۹۰ کیلو بود حالا خیلی کمتر شده».

• افزایش وزن: اغلب بیماران دیابتی افزایش وزن را در ابتلا به دیابت مؤثر می‌دانستند و می‌گفتند: «من قبل از دیابت وزنم روی ۹۵ کیلو بود و این چاقی و پیش‌زمینه ابتلا به دیابت است، تلاش برای کم کردن وزن باعث دیابت می‌شود»، «همیشه می‌ترسیدم که چاق بشوم و دیابت بگیرم»، «افرادی که این ژن را در بدن خود به ارث برده‌اند از طریق کنترل وزن می‌توانند بیماری را به تعویق بیندازند».

• بی‌خوابی و دیابت: سنخ‌بندی خواب در تجربه زیسته بیماران دیابتی ۵ برساخت مرتبه دوم شامل بی‌خوابی در سوگ عزیزان، خواب نامنظم شبانه، خوابیدن با دارو، مشکلات زندگی و بی‌خوابی و دلهره و بی‌خوابی دارد.

• بی‌خوابی در سوگ عزیزان: برخی بیماران دیابتی بی‌خوابی خود را ناشی از سوگ عزیزانشان می‌دانستند: «من از شب‌ها زیاد خوشم نمی‌آید اصلاً خوابم نمی‌برد مرتب به تنهایی خودم فکر می‌کنم به مادرم که فوت‌شده به بچه‌های برادرم که پدرشان فوت‌شده خودم بزرگشان کردم».

• خواب نامنظم شبانه: شرکت‌کنندگان عنوان می‌کردند: «شب‌ها اصلاً خوابم نمی‌برد ساعت ۲ یا ۳ خوابم می‌برد»، «بعضی وقت‌ها تنظیم خوابم سخت می‌شود»، «در خواب و بیداری هستم، عملاً فقط چشم‌ها بسته است».

• خوابیدن با دارو: برخی بیماران دیابتی در مصاحبه گفتند: «شب‌ها باید قرص خواب بخورم تا بتوانم بخوابم اگر بیدار بشوم دیگر خوابم نمی‌برد»، «قرص خواب که می‌خورم روی معده‌ام اثر می‌گذارد و نمی‌توانم بخوابم»، «شب‌ها هنگام خواب باید حتماً انسولین بزنم».

• مشکلات زندگی و بی‌خوابی: مشکلات زندگی باعث بی‌خوابی خیلی از افراد دیابتی است. برخی مشارکت‌کنندگان اظهار می‌کردند: «شب‌ها به‌سختی می‌خوابم به فکر مشکلاتم هستم بیشتر به فکر مشکلات زندگی و تنهایی‌ام هستم».

• دلهره و بی‌خوابی: شرکت‌کننده‌ای می‌گفت: «شب‌ها ناراحتم و دلهره دارم اگر دیر شام بخورم و بخوابم قندم بالا می‌رود. کلاً خوب نمی‌خوابم».

سبک زندگی در تجربه میان ذهنی مشارکت‌کنندگان

سبک زندگی^{۳۲} ترکیبی از الگوهای رفتاری و عادات

32. Lifestyle

• بی‌میلی جنسی^{۲۹}: برخی بیماران دیابتی تجربه زیسته خود را این‌گونه بیان می‌کردند: «دیابت در مسائل زناشویی خیلی تأثیر داشته میل جنسی ام کم شده زود انزالی دارم حتی هر ۶ ماه هم رابطه جنسی ندارم»، «به علت دیابت، لذت جنسی در من نیست».

• مسائل جنسی و احساس گناه: مشارکت‌کنندگان در خصوص مسائل جنسی و احساس گناه می‌گفتند: «می‌ترسم خانمم به خاطر دیابت از من جدا شود»، «همیشه از دیابت می‌ترسم»، «دیابت در مسائل جنسی خیلی زیاد تأثیر داشته است، دیگر بی‌خیال شدم، من میل جنسی دارم اما توانایی ندارم مرتب می‌گویم من به چه چیزی دل خوش کنم»، «مشکلات جنسی نسبت به قبل از بیماری در حدود ۴۰ بیشتر شده است»، «در مقابل همسرم احساس نقصان و دین می‌کنم».

• اختلال روانی^{۳۰}: سلامت روانی به نحوه تفکر، احساس و عمل اشخاص بستگی دارد. به‌طورکلی افرادی که از سلامت روانی برخوردار هستند، نسبت به زندگی نگرش مثبتی دارند، آماده برخورد با مشکلات زندگی هستند و در مورد خود و دیگران احساس خوبی دارند (۲۲). سازمان بهداشت جهانی سلامت فکر و روان را این‌طور تعریف می‌کند: «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 به‌طور منطقی، عادلانه و مناسب». تعریف جینسبرگ^{۳۱} در مورد سلامت «تسلط و مهارت در ارتباط با محیط، به‌خصوص در سه فضای زندگی، عشق، کار و تفریح» است. جینسبرگ و همکارانش معتقدند که 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 فرصت‌ها، ملاک تعادل و سلامت روان است (۲۳). سنخ‌بندی سلامت روان دو برساخت مرتبه دوم، شامل عدم تسلط بر خود و محیط تحت کنترل خود و عدم خودپذیری دارد.

• دیابت و نوسان وزن: کاهش و هم افزایش وزن در ابتلا به دیابت تأثیر زیادی دارد. سنخ‌بندی کنترل وزن دو برساخت مرتبه دوم شامل کاهش وزن و افزایش وزن دارد.

• کاهش وزن: بیشتر مشارکت‌کنندگان از کاهش وزن خود می‌گفتند: «اول فکر می‌کردم مثل سرماخوردگی است بعد دیدم خیلی لاغر شدم»، «از

29. Sexual reluctance

30. Mental disorder

31. Ginsberg

سال است که پیاده‌روی نمی‌کنم».

• بی‌انگیزگی: برخی بیماران دیابتی میل و رغبتی برای ورزش کردن نداشتند و چنین می‌گفتند: «دل‌م می‌خواهد ورزش کنم ولی حوصله ندارم»، «حس دویدن و ورزش کردن ندارم».

• ورزش‌های هوازی^{۳۸}: برخی بیماران دیابتی ورزش کردن را جزء برنامه‌های زندگی خود می‌دانستند و می‌گفتند: «دوچرخه‌سواری، کوه‌نوردی و پیاده‌روی می‌کنم»، «من فقط پیاده‌روی می‌کنم»، «بیشتر پیاده‌روی، کوه‌نوردی و گردش در طبیعت می‌کنم».

• تحرکات روزمره: برخی افراد دیابتی ورزش نامنظم انجام می‌دادند و علت آن را بیماری‌های دیگر می‌دانستند: «من نمی‌توانم پیاده‌روی کنم چون که بیماری قلبی هم دارم یک روز پیاده‌روی کردم تا بعد از ظهر روز بعد خوابیده بودم خانم همسایه آمد بیدارم کرد»، «ورزش که اصلاً نمی‌کنم به خاطر درد پاهایم، اما قبلاً شب‌ها پیاده‌روی می‌رفتم».

الگوهای تغذیه

کیفیت رژیم غذایی و عادات تغذیه‌ای نامناسب در بروز بیماری‌های مزمن ناشی از چاقی تأثیر زیادی دارد. رژیم غذایی در پیشگیری و کنترل هیپرتنسیون و دیابت ملیتوس نقش اساسی بر عهده دارد. در گذشته تمرکز اصلی علم تغذیه بر مقدار و توزیع مواد مغذی و اقلام غذایی استوار بود؛ در حالی که در سال‌های اخیر این نوع نگرش به‌طور کلی با تمرکز بر ترکیب مواد مغذی و مخلوط غذاها جایگزین شده است. بسیاری از ترکیبات و تداخلات بین مواد مغذی شناخته‌نشده مؤید لزوم تمرکز بر الگوهای غذایی به‌عنوان جایگزین است. الگوی غذایی چشم‌انداز جدیدی در اپیدمیولوژی تغذیه است که به‌عنوان روش مناسبی می‌تواند تداخلات طبیعی مغذی گروه‌های غذایی مختلف را در رابطه با انواع اختلالات و بیماری‌ها مورد بررسی قرار دهد. سنخ‌بندی الگوهای تغذیه در تجربه زیسته بیماران دیابتی از ۳ برساخت مرتبه دوم، محرومیت غذایی، رعایت رژیم غذایی و محدودیت غذایی تشکیل شده است.

• محرومیت غذایی^{۳۹}: افراد دیابتی می‌گفتند ما از خوردن خیلی از غذاها محروم هستیم، و می‌گفتند: «قبل از دیابت پرهیز نمی‌کردم ولی الان شیرینی اصلاً نمی‌خورم خرما هم کمتر مصرف می‌کنم هندوانه و خربزه هم خیلی کم می‌خورم»، «دیابت انسان را از

فردی است که طی فرایند اجتماعی شدن به وجود می‌آید و بیشتر به روش زندگی فرد اشاره دارد و جزئی از تاریخچه سلامتی فرد و شامل عادات غذایی، فعالیت فیزیکی، الگوی خواب و استراحت و سرگرمی‌ها است. سبک زندگی ناسالم می‌تواند در ایجاد استرس، اضطراب، فشارهای روانی و افزایش قند خون و متعاقب آن بر کاهش کیفیت زندگی تأثیرگذار باشد (۲۴). در سبک زندگی، یافته‌ها مشتمل بر ۴ مضمون اصلی (سنخ بندی) پرورش جسمی، الگوهای تغذیه، زیست معنوی و زیست فراغتی و ۱۷ برساخت مرتبه دوم بود.

• پرورش جسمی: شرکت منظم در تمرینات ورزشی، صرف‌نظر از تأثیر بر کنترل گلوکز خون، اثرات سودمند بسیاری از جمله بهبود وضعیت قلبی - عروقی، متابولیک و سلامت روانی برای بیمار مبتلا به دیابت به همراه خواهد داشت. ورزش در پیشگیری اولیه و ثانویه بیماری‌های قلبی-عروقی و پیشگیری از عوارض خاص بیماری دیابت کمک‌کننده است. سازوکارهای کلیدی که ورزش از طریق آن‌ها در ارتقای سلامت قلبی-عروقی بیماران دیابتی نقش دارد شامل بهبود عملکرد متسع‌کننده‌های آندوتلیالی عروق^{۳۳}، عملکرد دیاستولی بطن چپ^{۳۴}، کاهش سختی عروق و التهاب سیستمیک^{۳۵} است. به‌علاوه ورزش در کاهش توده چربی بدن و چربی احشایی مؤثر است (۲۵).

سنخ‌بندی پرورش جسمی در تجربه زیسته بیماران دیابتی از ۷ برساخت مرتبه دوم شامل ورزش و سلامت روان، عدم تحرک، بی‌انگیزگی، ورزش‌های هوازی، تحرکات روزمره، ناتوانی جسمی و ورزش منظم تشکیل شده است.

• ورزش و سلامت روان^{۳۶}: بدون تردید ورزش نقش مهمی در روح و روان افراد دارد. یکی از بیماران دیابتی معتقد بود که «بعد از تقریباً ۴۵ سالگی دچار تلنگر شدم سعی می‌کردم فعالیت‌های بدنی، ورزش، راه‌پیمایی و کارهایی که باعث آرامش روانی می‌شود، انجام دهم».

• عدم تحرک^{۳۷}: ورزش نکردن و بی‌تحرکی می‌تواند در تشدید بیماری دیابت تأثیرگذار باشد بیماران دیابتی در مصاحبه‌های خود می‌گفتند: «من نتوانستم ورزش کنم»، «من اهل ورزش نیستم ورزش نمی‌کنم پیاده‌روی هم نمی‌کنم»، «ورزش نمی‌کنم، فقط کار می‌کنم وقتی برای ورزش ندارم»، «حدود یک

33. Endothelial vasodilators

34. Left ventricular diastolic function

35. Reduction of vascular stiffness and systemic inflammation .

36. Exercise and mental health

37. Immobility

38. Aerobic sports

39. Food deprivation

• زیست پیامدی^{۴۶}: دیابتی‌ها در بعد پیامدی دین در رابطه با بیماری معتقد بودند که: «بیماری انسان را برای پرواز سبک‌بال می‌کند و بار گناه کمتر می‌کند من خودم لمس کردم»، «خداوند آدم را آزمایش می‌کند هر کس که باید پخته شود باید حرارت بیشتری ببیند»، «من شاکر و شکرگذار خدا هستم چون هر چه دارم از اوست و خداست که مشکلم را حل می‌کند»، «برای لحظه‌لحظه‌های زندگی ام خدا را شکر می‌کنم هر نفسی که فرو می‌رود ممد حیات است و چون برمی‌آید مفرح ذات».

• زیست عاطفی به دین^{۴۷}: دیابتی‌ها در زیست عاطفی به دین بیان می‌کردند که: «هر شب با خدا حرف می‌زنم و از او می‌خواهم که به من شفا بدهد من شاکر و سپاسگزار خدا هستم»، «بیماری صددرصد امتحان الهی است می‌خواهد به انسان تلنگر بزند که داری از جاده خدایی دور می‌شوی»، «خداوند می‌خواهد صبر و حوصله و دینداری بندگانش را بسنجد»، «آدم خوب دغدغه جامعه و اطرافیان هم دارد رنج اونا رنج خودش هم می‌شود»، «خداوند بیماری به انسان می‌دهد که از ریسمانش جدا نشویم».

• زیست مناسکی^{۴۸}: بیماران دیابتی در زیست مناسکی دینی معتقد بودند که: «بیماری روی اعتقاد من اثری نداشته در حد نماز و روزه اعتقاد معمول دارم»، «من همیشه نماز و روزه‌ام را به‌جا می‌آورم و اعتقاد به خدا دارم و در زمان بیماری هم به اعتقادات خود پایبندم و در همه حال خداوند را سپاسگزارم»، «من شاکر و سپاسگزار هستم نماز می‌خوانم و سجده شکر به‌جا می‌آورم».

• زیست فراغتی^{۴۹}: ادینگتون^{۵۰} کارکردهای مثبتی برای اوقات فراغت قائل است. وی معتقد است که اوقات فراغت اثر مثبتی بر رشد فردی و پیوندهای اجتماعی دارد و منظور از آن تغییراتی است که در بعد نقطه‌نظرها، ارزش‌ها و مهارت‌های فرد با انجام دادن فعالیت‌های گوناگون در زمان فراغت حاصل می‌شود (۲۸). فعالیت‌های اوقات فراغت نقش مهمی در بهبود بیماران دیابتی دارد. یقیناً برنامه‌های فراغتی در تسکین بیماری و آرامش روحی و روانی آن‌ها مؤثر است. سنخ‌بندی زیست فراغتی از ۵ برساخت مرتبه دوم، فراغت جسمانی، فراغت فکری، فراغت اجتماعی، فراغت عملی و فراغت مذهبی تشکیل شده است.

خوردن خیلی چیزها محروم می‌کند همه غذاها نمی‌توانی مصرف کنی به‌ویژه غذاهای چرب، قندی، سیب‌زمینی و شکر»، «قبل از دیابت هر چه دلم می‌خواست می‌خوردم اما حالا نه».

• رعایت رژیم غذایی^{۴۰}: رعایت رژیم غذایی در برنامه غذایی بیماران دیابتی جایگاه مهمی دارد چنانچه آن‌ها می‌گفتند: «مصرف غذایی و شیرینی کمتر کردم خوردن نوشابه کم کردم در رژیم غذایی‌ام تغییراتی ایجاد کردم»، «در تغذیه‌ام تجدیدنظر کردم، سعی کردم غذاهای قندی کمتر مصرف کنم»، «دیگر شیرینی نمی‌خورم غذا هم کمتر می‌خورم».

• محدودیت غذایی^{۴۱}: دیابت برای مبتلایان محدودیت‌هایی در خوردن غذاها ایجاد می‌کند. دیابتی‌های شرکت‌کننده در پژوهش می‌گفتند: «از لذایذ زندگی منع شده‌ام. چون من شیرینی را خیلی دوست دارم. از نظر من هفتاد درصد زندگی خوردن است»، «... حالا باید رعایت غذایی کرد».

• زیست دینی^{۴۲}: از نظر بوردیو^{۴۳} نیز دین با امکان‌هایی که برای افراد فراهم می‌کند بر سبک زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد و می‌تواند در کسب سلامت بیماران دیابتی مورد توجه قرار گیرد (۲۶). بیماران دیابتی در تجربه زیسته خود بر باورهای دینی و نقش آن‌ها در فرایند بیماری اذعان داشتند: «من به تقدیر الهی ایمان دارم. بیماری تقدیر الهی است»، «من می‌گویم هر چه صلاح خداست چون اگر خدا نخواهد برگگی از درخت نمی‌افتد»، «من همیشه نماز و روزه‌ام را به‌جا می‌آورم و اعتقاد به خدا دارم و در زمان بیماری هم به اعتقادات خودم پایبندم و در همه حال خداوند را سپاسگزارم»، «بیماری صد در صد امتحان الهی است»، «خداوند با همه‌چیز ما را آزمایش می‌کند با فقر، بیماری و غیره ولی من هیچ‌وقت ناشکری نمی‌کنم، فقط ترس از آینده دارم». سنخ‌بندی زیست دینی از ۴ برساخت مرتبه دوم شامل بعد اعتقادی، بعد پیامدی، بعد مناسکی و بعد عاطفی گلارک و استارک^{۴۴}، تشکیل شده است (۲۷).

• زیست اعتقادی^{۴۵}: بیماران دیابتی اعتقادات دینی را در روند بیماری مهم می‌دانستند: «بیماری بیشتر مواقع خواست خداست، تا یار که را خواهد و میلش به که باشد»، «ناشکری نمی‌کنم می‌گویم حتماً حکمتی داشته است».

46. Biological consequences
47. Emotional life to religion
48. Life rituals
49. Leisure life
50. Edington

40. Compliance with diet
41. Food restriction
42. Spiritual life
43. Bourdieu
44. Glorck and Stark
45. Bio-belief.

از خود، احساس کارآمدی و روابط بین فردی او تأثیر منفی بگذارد؛ بنابراین فرد مبتلا به دیابت نیازمند سازگاری با پیامدهای بیماری خود است. 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 تعاملات خانواده بگذارد. به علت شیوع پیامدهای روانی و شناختی منفی در میان مبتلایان به دیابت، ضرورت توجه به توسعه مداخله‌های روان‌شناختی و جامعه‌شناسی در حوزه روانشناسی بالینی و روانشناسی سلامت درک می‌شود. در این بیماران هراس از آینده به دلیل خود بیماری و عوارض جانبی داروها، جایگزین امید به آینده می‌گردد (۳۴). مبتلایان به دیابت به دلیل ترس از افت قند خون، بروز بار عاطفی شدیدی را متحمل می‌شوند که این بار عاطفی با عنوان تنش عاطفی وابسته به دیابت تعریف شده است (۳۵). دیابت نوع دو با تغییر فرهنگی سریع، سالمند شدن جمعیت، افزایش شهرنشینی، تغییر در عادات‌های تغذیه‌ای، کاهش فعالیت بدنی، سبک زندگی نادرست و الگوهای رفتاری ناسالم همراه است (۳۶). از این رو، فهم تجربه زیسته دیابت نزد بیماران دیابتی و برقراری تعاملات، همدلی و هم‌زبانی با این بیماران از نقطه نظر خودشان، اطلاعات بیشتر و عمیق تری نسبت به جهان زندگی، تجربه‌های زیسته و معانی ذهنی آن‌ها به دست می‌دهد.

بررسی تجربه زیسته یک پدیده، فرآیندی برای کشف معنایی است که افراد به آن پدیده نسبت می‌دهند. انسان‌ها می‌خواهند زندگی و تجربه‌شان را درک کنند و به آن معنا بخشند. به‌طور خاص، معنا در جستجوی درک و ارتباط حاصل از تجربه بیماری مزمن ایجاد می‌شود. در اینجا هیچ معنای جهانی زندگی وجود ندارد، تنها معنای موجود، موقعیت‌های فردی مانند زندگی با بیماری دیابت است که در آن چیزی مشترک وجود دارد. معنا به‌صورت تعاملی توسعه می‌یابد، اما دائماً در حال تغییر است. معنا از فردی به فرد دیگر و از روزی به روز دیگر و شاید حتی از ساعتی به ساعت دیگر بسته به موقعیت متفاوت درک شود؛ بنابراین معنا مدام در حال ساخته شدن و تغییر است، در نتیجه معنایی که بیماران از یک بیماری در ذهن دارند، بر نحوه نگرش آن‌ها از بیماری و در نهایت بر سلامت کلی آن‌ها، اثربخشی درمان، علائم روان‌شناختی و پیامدهای مقابله‌ای و جسمی تأثیر می‌گذارد. با این حال، معنا یک تعبیر است که به جنبه‌ای سیال و درعین حال مهم از تجربه بیماری

- فراغت جسمانی^{۵۱}: بیماران دیابتی در مبحث فراغت جسمانی می‌گفتند که «من گردش در طبیعت را خیلی دوست دارم»، «عصرها پیاده‌روی می‌روم یا با دوستان فوتبال بازی می‌کنیم»، «بیرون رفتن را دوست دارم»، «بیشتر کوه‌نوردی می‌روم».
- فراغت فکری^{۵۲}: فراغت فکری بیماران دیابتی چنین بود: «در فضای مجازی پرسه می‌زنم و چت می‌کنم»، «فیلم دیدن و سینما رفتن را دوست دارم»، «بیشتر فیلم می‌بینم و موسیقی گوش می‌دهم».
- فراغت اجتماعی^{۵۳}: بیماران دیابتی در فراغت اجتماعی خود چنین می‌گفتند: «گاهی اوقات با دوستان دسته‌جمعی به جای خوش آب و هوا و یا مکان‌های دیدنی می‌رویم»، «شرکت در مهمانی‌های دوستانه»، «بیشتر دورهمی خانوادگی داریم».
- فراغت عملی^{۵۴}: فراغت عملی بیماران دیابتی چنین بود: «کارهای خانه و تماس تلفنی بهترین تفریح من هستند»، «یک باغچه باغ دارم هر روز آنجا می‌روم و خودم را سرگرم می‌کنم»، «در منزل گل و گیاه دارم به آن‌ها رسیدگی می‌کنم».
- فراغت مذهبی^{۵۵}: برخی بیماران دیابتی می‌گفتند: «به نماز جماعت مسجد می‌روم»، «زیارت اماکن مقدس، مشهد، کربلا و ... می‌روم»، «با دوستانم جلسات قرآن هفتگی داریم».

بحث

دیابت باعث کاهش فعالیت جسمی و تغییر در تغذیه و سبک زندگی افراد می‌شود که در صورت عدم درمان صحیح و نداشتن کنترل بر آن می‌تواند موجب مرگ و میر زودرس شود (۲۹). این بیماری اثرهای زیادی بر کیفیت زندگی روزمره افراد مانند محدودیت‌های شغلی، زندگی اجتماعی، ارتباط‌های خانوادگی، ازدواج و ارتباط‌های زناشویی دارد (۳۰). همچنین بیماری‌های قلبی، کلیوی، عصبی، چشمی و آمپوتاسیون^{۵۶} از عوارض آن محسوب می‌شوند (۳۱، ۳۲). بیماران دیابتی ممکن است به علت عوارض این بیماری دچار اختلال‌های خلقی، افسردگی، گوشه‌گیری، اشکال در تمرکز، نفرت از خود، بی‌اشتهایی، افکار مرگ و خودکشی، بی‌خوابی یا پرخوابی شوند (۳۳). ابتلا به دیابت سبب ایجاد تنش در افراد می‌شود و می‌تواند بر هویت فرد و تعادل عاطفی وی، رضایت

51. Physical leisure
52. Intellectual leisure
53. Social leisure
54. Practical leisure
55. Religious leisure
56. Amputation

است. برخی از مبتلایان انگیزه داشتند تا بهتر از خود مراقبت کنند، اگرچه بیشتر آن‌ها ترجیح می‌دادند به عوارض فکر نکنند و بیشتر اوقات هم به آن‌ها فکر نمی‌کردند. فکر آینده برای این بیماران، احساس عدم اطمینان شدید ایجاد می‌کرد (۴۰). هیپوگلیسمی که از یافته‌های این تحقیق است با معانی ذهنی برخی مشارکت‌کنندگان در تحقیقات دیگر همخوانی دارد، به طور عمده همان ترس از به خواب رفتن و بیدار نشدن (۴۱). مثلاً یکی از آن‌ها معنای ذهنی خود را این‌چنین تفسیر می‌کند: تجربه هیپوگلیسمی باعث ایجاد ترسم از خواب شده، زیرا می‌تواند باعث فرو رفتن در کما شود. یکی دیگر از شرکت‌کنندگان نیز گفته است: «می‌ترسم اگر مرا پیدا نمی‌کردند، بخوابم، بخوابم، بخوابم».

از طرف دیگر در این مطالعه شش مضمون اصلی (سنخ بندی) «خود مراقبتی»، «بی‌خوابی»، «نوسان وزن»، «مشکلات جسمانی»، «ناتوانی جنسی» و «اختلال روانی» از تجربه زیست سلامت محور بیماران دیابتی استخراج گردید. در سنخ‌بندی خود مراقبتی، هفت برساخت مرتبه دوم، «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 بی‌خیالی» استخراج شد. در برساخت مرتبه دوم خودمراقبتی با سرگرمی در فضای مجازی، اهمیت ذهنی تجربه زیسته شناسایی شده توسط این بیماران با مشاهدات مشابه کارلسون^{۵۷} و همکاران ارتباط نزدیکی دارد، بیماران اغلب به شبکه‌های اجتماعی وابسته بودند و بر اجتناب از هیپوگلیسمی تمرکز داشتند (۴۲).

همچنین پنج مضمون فرعی (برساخت مرتبه دوم) نهفته در تجربه زیست سلامت محور بیماران دیابتی در سنخ‌بندی بی‌خوابی شامل «بی‌خوابی در سوگ عزیزان»، «خواب نامنظم شبانه»، «خوابیدن با دارو» و «مشکلات زندگی و بی‌خوابی» کشف گردید. در سنخ‌بندی دیابت و نوسان وزن، دو برساخت مرتبه دوم، یعنی «دیابت و کاهش وزن»، «دیابت و افزایش وزن»، و «مشکلات جسمانی سه برساخت مرتبه دوم ضعف جسمانی «کنترل با انسولین»، «انواع امراض جسمانی»، «ناتوانی جنسی»، سه برساخت مرتبه دوم، «دیابت و ناتوانی جنسی»، «بی‌میلی جنسی» و «مسائل جنسی و احساس گناه» و در سنخ‌بندی اختلال روانی، دو برساخت مرتبه دوم، «عدم تسلط بر

57. Carlson

مزمین اشاره می‌کند. عبارت «من دیابت دارم» به‌طور کامل احساسات یا پیچیدگی ابتلا به این بیماری را نشان نمی‌دهد، اما تفسیر و توجه استعاری این جمله می‌تواند درک درستی ایجاد کند (۴).

برخی محققان با روش کیفی پدیدار شناختی به شناسایی «ابعاد مختلف سبک زندگی سلامت، ویژه زنان مبتلا به دیابت نوع دو» پرداخته و طی فرایند تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از تجربه زیسته بیماران مبتلا به دیابت، چهار درون‌مایه شامل بعد سلامت جسمانی، بعد سلامت روان‌شناختی، بعد سلامت معنوی و سلامت اجتماعی استخراج نموده‌اند (۳۷). 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»، پی برد که یافته‌ها تجربه‌ای پویا ولی 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 (۳۸). این مطالعه با هدف کشف تجربه زیسته دیابت نزد بیماران دیابتی با روش پدیدارشناسی شوتز انجام گرفت. و به سبب فهم عمیق از پدیده دیابت نزد بیماران دیابتی اهمیت دارد. این مطالعه تجربه زیسته خاصی را آشکار نمود و برای تبیین این کشف، تجربه‌های دیابت در زیست‌جهان بیماران مبتلا به دیابت مورد مطالعه قرار گرفت.

دیدگاه‌های نظری و تجربی مطالعه نیز از روش پدیدارشناسی شوتز برای هر عنصر این تحقیق شامل اهداف، سؤالات، روش میدانی، تحلیل داده‌های کیفی و بحث بکار گرفته شد. در این تحقیق از ابزارهای متعددی از جمله مشاهده، مصاحبه عمیق، مصاحبه متوالی و مصاحبه همراهانه برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده گردید که در کشف ابعاد مختلف تجربه زیسته دیابت بسیار مفید و کارگشا بودند.

در این مطالعه، هفت برساخت مرتبه دوم، هیپوگلیسمی، استرس و دیابت، دیابت و ژنتیک، هورمون انسولین، پانکراس و هورمون‌ها، اضطراب مرگ و مدیریت وحشت در سنخ‌بندی معنای درک شده دیابت، کشف گردید. اضطراب، ترس و پریشانی که از معانی ذهنی بیماران دیابتی این مطالعه است با یافته‌های علمی برخی محققان همخوانی دارد (۳۹). برخی شرکت‌کنندگان تحقیقات مشابه بیان کرده‌اند که خطر عوارض بیماری دیابت بسیار واقعی و ترسناک

خود و محیط تحت کنترل خود» و «عدم خود پذیری» استخراج گردید. عدم سلامت روانی با آشفتگی عاطفی مرتبط است که پاسخ‌دهندگان این پژوهش در زندگی خود با آن مواجه شده بودند. مشکلات عاطفی است که بر زندگی روزمره اثر می‌گذارد.

برخی مضمون‌های ظهوریافته در مطالعه حاضر مانند مشکلات جسمانی، اختلال روانی و خود مراقبتی با مفاهیم استخراج‌شده از سایر مطالعات، به‌ویژه مطالعات منتشرشده در ایران و نیز با تعدادی از تحقیقات خارجی همخوانی داشت. ولیزاده و همکاران در تحقیقی ابعاد سلامت در تجربیات زنان دیابتی را چندبعدی و در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی تشریح نمودند. در پژوهش حر و همکاران، طی فرایند تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از تجربه زیسته بیماران مبتلا به دیابت، چهار درون‌مایه شامل بعد سلامت جسمانی، بعد سلامت روان‌شناختی، بعد سلامت معنوی و سلامت اجتماعی استخراج گردید (۳۸). 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 آوردند (۴۳).

توجه به ابعاد مختلف سلامت می‌تواند ما را متوجه این مسئله نماید که در برنامه‌ریزی‌های مربوط به سبک زندگی سلامت مدار و در مراقبت از بیماران، کلیت زندگی روزانه افراد باید مورد توجه قرار گیرد، چراکه توجه صرف به جنبه جسمی و فیزیکی در مراقبت از این بیماران کافی نیست. در تحقیق حاضر مشخص شد که زمینه‌های فردی ناشی از تجربه افراد در زیست سلامت مدار اثرات متفاوتی دارد. به‌طوری‌که هر فرد بر اساس تجربیات شخصی یا مشکلاتی که با آن گریبان‌گیر بود به سؤال تحقیق پاسخ گفت، برای مثال کسانی که تنها زندگی می‌کردند، عدم پیروی از زیست سلامت‌مدار را ناشی از افسردگی و تنهایی می‌دانستند. کسانی که درگیر مشکلات جسمانی متعدد بودند، سلامت جسمی را در اولویت تعریف خود قرار می‌دادند. اکثر شرکت‌کنندگان مشکلات روحی و روانی را خیلی مهم می‌دانستند و می‌گفتند اگر به لحاظ روحی و روانی خود را بازسازی کنیم می‌شود 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 مؤثر دارد، همسو بود

(۳۸). آن دسته از بیماران که الگوی خواب مختل داشتند از سرزندگی کمتری برخوردار بودند و از عوارض دیابت بسیار می‌ترسیدند. نتایج تحقیق نشان می‌دهد که خود مراقبتی نقش ویژه‌ای در درمان بیماری‌های مزمن دارد. وقتی می‌توان در مدیریت بیماری‌های مزمن موفقیت حاصل نمود که بیمار بتواند در فعالیت‌های مراقبت از خود از جمله مصرف دارو به‌صورت مناسب، پایش نوسانات سلامت و حفظ زیست سلامت‌محور نقش مؤثر داشته باشد.

به طور کلی چهار مضمون اصلی (سنخ بندی) «پرورش جسم»، «الگوهای تغذیه»، «زیست معنوی» و «زیست فراغتی» از تجربه شیوه زیسته بیماران دیابتی استخراج گردید.

در سنخ‌بندی پرورش جسمی پنج برساخت مرتبه دوم، «ورزش و سلامت روان»، «عدم تحرک»، «بی‌انگیزگی»، «ورزش‌های هوازی منظم»، «تحرکات روزمره» و «ناتوانی جسمی» استخراج شد.

سه مضمون فرعی (برساخت مرتبه دوم) نیز نهفته در تجربه شیوه زیسته بیماران دیابتی در سنخ‌بندی الگوهای تغذیه شامل «محرومیت غذایی» و «رعایت رژیم غذایی» و «محدودیت غذایی» کشف گردید.

در سنخ‌بندی زیست فراغتی، پنج برساخت مرتبه دوم، «فراغت ورزشی»، «فراغت فکری»، «فراغت اجتماعی»، «فراغت عملی» و «فراغت مذهبی» و در سنخ بندی زیست معنوی چهار برساخت مرتبه دوم شامل «زیست اعتقادی»، «زیست پیامدی»، «زیست عاطفی» و «زیست مناسکی» استخراج گردید.

مضمون‌های ظهور یافته در سبک زندگی در پژوهش حاضر نیز با مفاهیم استخراج‌شده از سایر مطالعات همخوانی داشت. شب‌بیدار و همکاران (۴۴). در تحقیقی تأثیر آموزش تغذیه بر سطح آگاهی، نگرش و عملکرد بیماران دیابتی نوع دو مؤثر می‌دانند و معتقدند این راهکار درمانی تأثیر بالقوه‌ای در کاهش دریافت چربی و بهبود الگوی غذایی بیماران دیابتی نوع دو دارد. مقصودی و همکاران (۴۵) نشان دادند که الگوی غذایی غنی از غلات کامل، آجیل، دانه‌ها، سبزی‌ها، میوه‌ها و فیبر و گوشت سفید برخلاف الگوی خوراک سرشار از گوشت قرمز و فرآوری شده و غلات تصفیه‌شده در کنترل هیپرگلیسمی اثر حمایتی دارد. الگوهای غذایی سالم مدیترانه‌ای با خطر کمتر دیابت نوع دو همراه است. تبعیت از الگوی غذایی سالم سرشار از غذاهایی پر فیبر و فرآوری‌نشده، احتمال مقاومت انسولین، هیپرگلیسمی و خطر دیابت نوع

یکی از مشارکت‌کنندگان گفته است که: «این بیماری همیشه در ذهن من است، نمی‌توانم نگران نباشم» (۵۰). یکی از افراد مسن روستایی در توصیف تجربه زیسته خود از بیماری دیابت اظهار داشته است که: «احساس می‌کنی خواهی مرد» بسیار مهم است که از نظر فیزیکی نزدیک یخچال باشی تا زمانی که دچار افت قند خون شدی راه زیادی برای رفتن نداشته باشی. فرد دیگری گفته است: «اکثر آن‌ها با کاهش روزافزون کیفیت زندگی و وضعیت دیابت خود مواجه هستند». اکثر افراد در این تحقیق معتقد بودند که «تنها راه نجات این است که بمیریم». آن‌ها نسبت به دیابت خود آگاه و واقع‌بین هستند و در پذیرش وضعیت خود متزلزل بودند: «هیچ درمانی برای آن ندارند و تو هرگز خوب نخواهی شد» (۴۱). در یک مقاله دیگر افراد دیابتی احساس می‌کردند که باید مسیر خود را پیدا کنند و تعدادی از اقدامات شامل رژیم‌های غذایی مختلف، تغییر نگرش به غذا - که شامل تغییر عادات زندگی است و اغلب با نگاه فرهنگی تعیین می‌شود، را امتحان کرده بودند (۵۱). جالب است که یکی از دختران نوجوان مبتلا به دیابت گفته است: «فکر می‌کنم دیابت باعث شد، مسئولیت‌پذیرتر باشم، باعث شد بزرگ شوم، زودتر بالغ شوم تا بتوانم با آن کنار بیایم و خودم از آن مراقبت کنم» (۴۰).

محدودیت‌های پژوهش

محدودیت پژوهش حاضر، مدت زمان نسبتاً طولانی مصاحبه‌ها بود. تعدادی از شرکت‌کنندگان با نگرانی و بهم ریختگی به تجربه‌های زیسته خود پرداختند. تعدادی حاضر به مصاحبه نبودند و تعداد کمی هم برای مصاحبه از حوصله کافی برخوردار نبودند و حاضر به مصاحبه نمی‌شدند، کلاً دسترسی به افراد دیابتی بسیار سخت بود.

نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه کنونی نشان می‌دهد که دیابت فقط یک تجربه پزشکی نیست، بلکه زندگی با دیابت به معنای بازنگری بیماری است که در متن کل دنیای فرد قرار دارد. بر اساس مطالعه حاضر، دیابت بر عملکرد اجتماعی و فردی مانند روابط خانوادگی، شغل و ارتباط اجتماعی تأثیر می‌گذارد. نگاه جامع به دیابت دیدگاهی رو به رشد در تحقیقات کنونی است و یافته‌های کنونی به رفع شکاف بین آنچه در مورد دیابت به‌عنوان یک

دو را کاهش می‌دهد. نتایج تحقیق محمدشاهی و همکاران (۴۶). نشان می‌دهد که اصلاح الگوی غذایی و پیروی از الگوی غذایی سالم با تأثیرگذاری مثبت بر شاخص‌های آنتروپومتریک^{۵۸}، کنترل قند خون و افزایش اعتمادبه‌نفس و امید به آینده، باعث افزایش کیفیت زندگی بیماران دیابتی خواهد شد. آلبوکرمی (۳۷) در پژوهشی نشان داد 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. غضنفری و همکاران (۴۷) نیز در پژوهشی نشان دادند که زنان دیابتی باورهای متنوعی درباره فعالیت جسمانی منظم دارند. این باورها در طیفی از عقاید مثبت تا منفی قرار می‌گیرند. محققینی که قصد ارتقای رفتار ورزشی زنان دیابتی را دارند، باید با هدف قرار دادن این باورها، عقاید منفی را کم‌رنگ کنند و از بین ببرند و بر باورهای مثبت ذکر شده تأکید نمایند. صمدی‌فرد (۴۸)، در تحقیقی نشان داد که بین بهزیستی معنوی و باور دینی بیماران دیابتی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. در مجموع می‌توان گفت که بهزیستی معنوی و باور دینی در زمره متغیرهای مرتبط با امید به زندگی بیماران دیابتی قرار دارد. به نظر کیانی و همکاران (۴۹). نیز اعتقادات مذهبی قوی‌تر باعث کاهش شدت افسردگی در بیماران دیابتی می‌شود. جهت کاهش افسردگی بیماران دیابتی باید انگیزه‌های مذهبی آنان را با برنامه‌های مناسب تقویت نمود.

در تحقیقات مشابه خارجی، مثلاً تحقیق ایزابل کروز^{۵۹}، در خصوص تجربه زیسته دیابت، پنج مضمون اصلی شامل: دیابت برخلاف وضعیت طبیعی بدن انسان است، دیابت بر همه‌چیز حکومت می‌کند، روابط به پایان نمی‌رسد، اما آن‌ها یکسان نیستند، انسولین مسیر روبه‌زوال است، و مدیریت انسولین با سیستم متلاشی، استخراج گردید (۴). در تحقیق دیگری بزرگسالان مبتلا به دیابت در مورد تجربه زیسته خود گفته‌اند: «دیابت بر همه‌چیز حاکم است، دیابت مسیری سریع برای رو به زوال رفتن است». نوجوانان دیابتی در تحقیقی دیگر درک خود را از تجربه زیسته با دیابت چنین بیان کرده‌اند: «ما متفاوت هستیم و دیابت به ما برچسب زده است». برخی مشارکت‌کنندگان نیز گزارش داده‌اند که تشخیص دیابت مفهومی دشوار برای درک است. بسیاری احساس سردرگمی، سوءتفاهم و پیچیدگی در مورد بیماری دیابت داشتند.

58. Anthropometric

59. Cruz II

دیابت و دانشگاه علوم پزشکی شهر جهرم تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

بیماری فیزیکی شناخته شده است و تجربه شخصی زندگی با دیابت کمک می‌کند.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از کلیه بیماران دیابتی، مدیران و کارکنان بیمارستان‌های پیمانیه و شهید مطهری جهرم، انجمن

منابع

1. Svenaeus, F. The hermeneutics of medicine and the phenomenology of health. Berlin: Springer Science Business Media Dordrecht; 2001.
2. Hass L. Merleau-Ponty's philosophy. Bloomington: Indiana University Press; 2008.
3. Ponty, M. Phenomenology of Perception. Trans. C. Smith. London: Routledge & Kegan Paul, 2008.
4. Cruz II. The lived experience of insulin-dependent diabetes among adult Latinos in a primary care clinic. San Antonio: The University of Iowa; 2014.
5. Association AD [Internet]. American Diabetes Association. c2017. Availble from: https://diabetesjournals.org/clinical/search-results?f_AllAuthors=American+Diabetes+Association
6. Diwani SA, Sam A. Diabetes forecasting using supervised learning techniques. Adv Comput Sci an Int J. 2014;3:10-8.
7. Ogle G, Middlehurst A, Silink M, Hanas R. Pocketbook for management of diabetes in childhood and adolescence in under-resourced countries. International Diabetes Federation. 2017.
8. 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.
9. Ahmadi F, Maslarpak MH, Anoosheh M, Hajizadeh E, Rajab A. Diabetic Adolescent Girls' Perspective on Marriage: a Qualitative Study. J Family Res. 2009;5(4):455-65. [Persian].
10. Iman M, Shirdel E. The emotional wellbeing experience of the elderly living in a nursing home: a phenomenological study. Journal of Qualitative Research in Health Sciences. 2016;6(3):277-95. [Persian].
11. Zeferino MT, Carraro TE. Alfred Shütz: from theoretical-philosophical framework to the methodological principals of phenomenological research. Texto & Contexto-Enfermagem. 2013;22:826-34.
12. Schutz A. Collected papers V. Phenomenology and the social sciences: Springer Science & Business Media; 2011.
13. Eberle TS. Phenomenology as a research method. The SAGE handbook of qualitative data analysis. 2014:184-202.
14. Eatough V, Smith JA, Shaw R. Women, anger, and aggression: An interpretative phenomenological analysis. Journal of interpersonal violence. 2008;23(12):1767-99.
15. Mohammadpour A. Qualitative research method against method. Tehran, Iran: Jameshenasan. 2010. [Persian].
16. Karin D, Nyström M, Dahlberg H. Reflective lifeworld research 2007.
17. Ys L, Guba EG. Naturalistic inquiry. Beverly Hills Sag. 1985.
18. McCulloch D. The Diabetes Answer Book: Practical Answers to More Than 300 Top Questions: Sourcebooks, Inc.; 2008.
19. Becker E. The denial of death Free Press. New York. 1997.
20. 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). [Persian]
21. 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 & Gynecology. 2012;120(2 Part 1):331-40.
22. 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). [Persian].
23. 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. [Persian].
 24. Soheili S, Firoozi F. Investigation of the effect of lifestyle training on the quality of diabetic patients' life. Journal of Diabetes Nursing. 2021;9(4):1728-38.
 25. Esteghamsti A, Hasbi M, Halabchi F. Prescribing exercise in patients with type 2 diabetes. J of Diabetes and Lipid. 2009;7(3):251-6. [Persian].
 26. Bourdieu, P. "Raisons Pratiques: sar la theorie de Laction (M. Mardiha, Trans.). Tehran: Naghsh Negar; 2011. [Persian].
 27. Glock and Stark, religiosity questionnaire.1965. Quoted by Sirajzadeh. 1995.
 28. Hazar Jaribi J, Arfaei Ainuddin R. Leisure time and social health. welfare planning and social development quarterly. 2019;10:39-63. [Persian].
 29. Hinkle JL, Cheever KH. Clinical handbook for Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
 30. Pibernik-Okanović M. Psychometric properties of the World Health Organisation quality of life questionnaire (WHOQOL-100) in diabetic patients in Croatia. Diabetes research and clinical practice. 2001;51(2):133-43.
 31. 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.
 32. Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
 33. 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.
 34. 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.
 35. 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.
 36. 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;13:1-16.
 37. Hasan A-K. Investigating the recovery of elderly type 2 diabetic patients with a diet therapy program, nutrition and healthy lifestyle management. Interdisciplinary research in management and medical sciences. 2021;33:43-3. [Persian].
 38. 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 Lipid Disorders. 2018;17(5):242-56. [Persian].
 39. Callahan Fagan VR, Parsons K. The Lived Experience of Continuous Subcutaneous Insulin Infusion in Adults With Type 1 Diabetes Mellitus: A Phenomenological Inquiry. Glob Qual Nurs Res. 2021;8:2333393620981058.
 40. Dickinson JK, O'Reilly MM. The lived experience of adolescent females with type 1 diabetes. Diabetes Educ. 2004;30(1):99-107.
 41. George SR, Thomas SP. Lived experience of diabetes among older, rural people. J Adv Nurs. 2010;66(5):1092-100.
 42. Karlsson A, Arman M, Wikblad K. Teenagers with type 1 diabetes—a phenomenological study of the transition towards autonomy in self-management. International journal of nursing studies. 2008;45(4):562-70.
 43. Walei, S. Meridi, G. Fathi, M. Nik Bakht Nasrabadi, A. Rezaei Freemani, M. The concept of health from the perspective of diabetic patients: a qualitative study. Journal of Faculty of Nursing and Midwifery.
 44. Shabbidar S, Fathi B. Effects of nutrition education on knowledge and attitudes of type 2 diabetic patients. Journals of Birjand University of Medical Sciences.

- 2007;14(1):9-15. [Persian].
45. Maghsoudi Z, Azadbakht L. New approaches on the relationship of healthy food patterns in diabetes mellitus based on evidence. *Journal of Health System Research*. 2018;8(6):903-21. [Persian].
46. Mohammad Shahi M, Shirani F, Elahi S, Ghasemi S, Alaie Shahni M, Heydari F. Evaluation of relationship between dietary patterns and quality of life in patients with type 2 diabetes. *Daneshvar Medical Center, Shahid Scientific Medical Monthly*. 2013;22(2):1-12. [Persian].
47. Ghazanfari Z, Niknami S, Ghofranipour F, Larijani B. Regular physical activity from perspective of females with diabetes: A qualitative study. *Internal Medicine Today*. 2009;15(1):5-14. [Persian].
48. Samadi FH. Relationship between spiritual well-being and religious belief with life expectancy of diabetics. *Islam and Health Journal*. 2015;2(2):44-51. [Persian].
49. Kiyani F, Nikbakht R. The study of the relationship between diabetic patients religious beliefs and depression in diabetes clinic of ali Asghar hospital in Zahedan. *Journal of Diabetes Nursing*. 2014;1(2):61-7. [Persian].
50. King KM, King PJ, Nayar R, Wilkes S. Perceptions of adolescent patients of the “lived experience” of type 1 diabetes. *Diabetes Spectrum*. 2017;30(1):23-35.
51. Youngson A, Cole F, Wilby H, Cox D. The lived experience of diabetes: Conceptualisation using a metaphor. *British Journal of Occupational Therapy*. 2015;78(1):24-32.