

Research Article

Phenomenological Decoding of Diabetes in Contemporary Industrial Society

Saeid Pajooohan Fard 

PhD Student, Department of Sociology and Social Planning, Shiraz University, Shiraz, Iran

Mohammad Taghi Iman¹ 

Professor, Department of Sociology & Social Planning, Shiraz University, Shiraz, Iran

Mohammad Taghi Abbasi Shavazi 

Assistant Professor, Department of Sociology & Social Planning, Shiraz University, Shiraz, Iran

Roghayeh Khosravi 

Assistant Professor, Department of Sociology & Social Planning, Shiraz University, Shiraz, Iran

Recieved:2025/04/23 Accepted: 2025/06/05

<https://doi.org/10.22034/jis.2025.2058638.1032> 

Extended Abstract

Introduction: Diabetes, as a chronic disease, is rapidly increasing in contemporary industrial societies. Some features of the modern industrial society, such as urbanization and inactivity, have directly contributed to the exacerbation of this disease. It is estimated that the number of people with diabetes will reach 1.3 billion in 2050 all over the world. This disease is also spreading rapidly in Iran and has become more widespread in modern Iranian society where urbanization and inactivity are swiftly on the rise. The extensive prevalence of diabetes in Iran on the one hand and the destructive consequences of this disease on the other hand have caused increased attention to it. The aim of this research is to study the lived experience of diabetic patients.

Method: This study was conducted within a framework of qualitative approach using Schutz phenomenological method. Accordingly, in-depth and sequential interviews were used as a tool to obtain descriptions of lived experiences. In total, 21 diabetic individuals living in Jahrom city were interviewed using purposive sampling method which lasted over eight months. The collected data were analyzed by means of Schutz method and were classified into first-order constructs, second-order constructs, and sorting.

Findings: Based on the results of the study, in health-oriented life, the findings included the main theme or categorization including self-care, sleep, weight control, physical health, sexual health, and mental health and 21 second-order constructs. In lifestyle, the findings included four main themes or categorizations including physical education, nutritional patterns, religious life, leisure life, and 17 second-order constructs. Finally, in psychological well-being, the findings included four main themes or categorizations including adaptive life, joyful life, attitude, hopeful life, and 17 second-order constructs. And finally, in the livelihood life, the findings included four main themes or categorizations including economic well-being, economic fluctuations, financial support, economic resilience, and nine second-order constructs.

Conclusion: According to the research findings, self-care, physical health, mental health, and sexual health play significant roles in the experience of a health-oriented life of diabetic patients. Leisure life, religious life, nutritional patterns, and physical education are important in the lifestyle of diabetic patients. Economic well-being, family well-being, consumerism, and material progress have an effect on the livelihood of diabetic patients. Finally, adaptive life, joyful life, attitude, and optimistic life are effective in the psychological well-being of diabetic patients in controlling the disease. This research clearly concludes that there are close connections between the industrial world and diabetes.

Keywords: Diabetes, Life style, Health-oriented life, Livelihood, Mental well-being

Citation: Pajooohan Fard, S., Iman, M. T., Abbasi Shavazi, M.T., & Khosravi, R. (2025). Phenomelological Decoding of Diabetes in Contemporary Industrial Society. *Journal of Industrial Sociology*, 1(2), 154-177.

1. Corresponding author, E-mail: Iman@shirazu.ac.ir

مقاله پژوهشی

رمزگشایی پدیدارشناسانه دیابت در جامعه صنعتی معاصر

سعید پژوهان فرد 

دانشجوی دکتری، بخش جامعه شناسی و برنامه ریزی اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

محمدتقی ایمان ¹ 

استاد، بخش جامعه شناسی و برنامه ریزی اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

محمد تقی عباسی شوازی 

استادیار، بخش جامعه شناسی و برنامه ریزی اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

رقیه خسروی 

استادیار، بخش جامعه شناسی و برنامه ریزی اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

دریافت: 1404/02/03 پذیرش: 1404/03/15

<https://doi.org/10.22034/jis.2025.2058638.1032> 

چکیده مبسوط

مقدمه: دیابت به عنوان یک بیماری مزمن، در جامعه صنعتی معاصر به سرعت رو به افزایش است. برخی از ویژگی‌های جامعه صنعتی مانند شهرنشینی، و بی تحرکی، به طور مستقیم به تشدید این بیماری کمک کرده اند. برآورد می‌شود در سال 2050 تعداد مبتلایان دیابت به رقم شگفت انگیز 1/3 میلیارد نفر برسد. این بیماری در جامعه نوین ایران نیز که شهرنشینی و بی تحرکی در آن رو به فزونی است، به سرعت درحال افزایش است. شیوع گسترده دیابت در ایران از یک سو و پیامدهای زیان بار این بیماری از سوی دیگر باعث شده است بیماری دیابت به طور گسترده مورد توجه قرار گیرد. در این راستا، هدف این پژوهش، مطالعه جامعه شناختی تجربه زیسته دیابت، نزد بیماران دیابتی است.

روش: این پژوهش با رویکرد کیفی و با استفاده از روش پدیدارشناسی شوتر انجام شده و از مصاحبه عمیق و متوالی به عنوان ابزار کسب توصیفات تجربه زیسته استفاده شده است. در مجموع، 21 فرد دیابتی ساکن شهر جهرم به روش نمونه گیری هدفمند در طول یک دوره هشت ماهه مورد مطالعه قرار گرفتند. داده ها با استفاده از روش شوتر تحلیل و در قالب برساخت مرتبه اول، مرتبه دوم، و سنخ بندی، طبقه بندی شد. **یافته ها:** در زیست سلامت محور، یافته ها مشتمل برشش مضمون اصلی شامل خود مراقبتی، خواب، کنترل وزن، سلامت جسمانی، سلامت جنسی، و سلامت روانی و 21 برساخت مرتبه دوم بود. در سبک زندگی، یافته ها مشتمل بر چهار مضمون اصلی شامل پرورش جسمی، الگوهای تغذیه، زیست دینی، زیست فراغتی، و 17 برساخت مرتبه دوم بود. در بهزیستی روانی، یافته ها مشتمل بر چهار مضمون اصلی شامل زیست سازگاران، زیست شادی آفرین، نگرش، زیست امیدوارانه و 17 برساخت مرتبه دوم بود. و بالاخره، در زیست معیشتی، یافته ها مشتمل بر چهار مضمون اصلی یا سنخ بندی شامل رفاه اقتصادی، نوسانات اقتصادی، حمایت مالی، تاب آوری اقتصادی، و 9 برساخت مرتبه دوم بود.

نتیجه گیری: خود مراقبتی، سلامت جسمی، سلامت روانی و سلامت جنسی در تجربه زیست سلامت محور بیماران دیابتی نقش دارند. زیست فراغتی، زیست دینی، الگوهای تغذیه و پرورش جسمی در سبک زندگی بیماران دیابتی حائز اهمیت اند. رفاه اقتصادی، رفاه خانواده، مصرف گرایی و پیشرفت مادی در زیست معیشتی تاثیر دارند. و بالاخره، زیست سازگاران، زیست شادی آفرین، نگرش و زیست امیدوارانه در بهزیستی روانشناختی بیماران دیابتی در کنترل بیماری موثر می باشند. یافته ها نشان می دهند بین دنیای صنعتی و دیابت پیوندهای نزدیکی وجود دارد.

کلیدواژه ها: دیابت، سبک زندگی، زیست سلامت محور، زیست معیشتی، بهزیستی روانی

ارجاع: پژوهان فرد، سعید، ایمان، محمدتقی، عباسی شوازی، محمدتقی، خسروی، رقیه. (1404). رمزگشایی پدیدارشناسانه دیابت در جامعه صنعتی معاصر. *مجله جامعه‌شناسی صنعتی*، (2)، 154-177.

1. ایمیل نویسنده مسوول: Iman@shirazu.ac.ir

به «انسولین» ترشح شده موجود، میزان «قند خون» شخص مبتلا بالا می‌رود (دیوانی و سام⁵، 2014). شمار موارد ابتلا به بیماری «دیابت» در سطح جهان بدون اقدام موثر برای مهار آن، طی 30 سال آینده افزایش قابل ملاحظه‌ای خواهد یافت. حسب برآورد فدراسیون بین‌المللی دیابت⁶ (2025)، بالغ بر 588/7 میلیون نفر در سراسر جهان مبتلا به «دیابت» هستند که این میزان در سال 2050 به رقم شگفت‌انگیز 852/5 میلیون نفر میرسد که بیانگر رشد 17 درصدی شیوع «دیابت» است. حسب برآوردها، بخش اعظم افزایش «دیابت» در کشورهای کم‌درآمد و متوسط رخ خواهد داد. کشورهای خاورمیانه و شمال آفریقا بالاترین شیوع «دیابت» استاندارد شده را دارند. در ایران، 8% جمعیت مبتلا به «دیابت» هستند و ایران در ردیف کشورهای با رشد بالا در این زمینه است (ابراهیمی و میرزایی، 1397). افزایش شیوع جهانی «دیابت» «نوع دو» رفاه عمومی و کیفیت زندگی بیماران را به خطر می‌اندازد. «دیابت»، بر سلامت روانی و زندگی اجتماعی بیماران بار می‌نهد (مفاشا و همکاران⁷، 2023). بیماران مبتلا به «دیابت» «نوع دو» اغلب پس از تشخیص، تغییرات فیزیکی، روانی و اجتماعی را تجربه می‌کنند (کلا⁸ و همکاران، 2022). به اعتقاد هولمستروم⁹ و همکاران (2021)، زندگی با یک بیماری طولانی مدت مانند «دیابت» به طور قابل توجهی بر هر جنبه از زندگی بیماران تأثیر می‌گذارد. از این رو، «دیابت» یک تجربه جدید زندگی برای فرد است. مشکلات و درگیری‌های ذهنی، عاطفی، اجتماعی، روانی و جنسی به این

«جامعه صنعتی»، جدیدترین تحول در جامعه انسانی است که از قرن نوزدهم، پدید آمد و به سرعت پیشرفت کرد. با ظهور «جامعه صنعتی»، تحولات زیادی در جامعه بشری پدید آمد. مرگ و میرها کاهش یافت، بیماری‌ها کنترل گردید، جمعیت افزایش یافت، امید زندگی بالا رفت، مهاجرت‌ها تشدید گردید، شهرنشینی بسط یافت، ازدواج دگرگون شد، نقش زنان تغییر پیدا کرد، منابع انرژی متنوع گردید، بهره‌وری افزایش یافت، و مردم‌سالاری نهادینه گشت (احمدی، 1393). «صنعت» و «فناوری»‌های صنعتی، تغییرات گسترده‌ای در سبک زندگی مردم پدید آوردند. در هیچ دوره‌ای، زندگی بشر دارای این حد از «بی‌حرکی» نبوده است (هیل¹ و همکاران، 2003). محیط کار، مدرسه، خانه، مکان‌های عمومی، و غیره، در «دنیای صنعتی» نوین به گونه‌ای طراحی شده‌اند که فعالیت‌های جسمانی را به حداقل می‌رسانند (اوون² و همکاران، 2010). تعداد افرادی که به صفحات نمایش مانند رایانه‌ها، تلفن همراه، و غیره، نگاه می‌کنند در دو دهه اخیر به گونه‌ای شگفت‌انگیز افزایش یافته است. این امر در کنار آلودگی‌های شیمیایی، آلودگی هوا، سروصدای ترافیک، و در معرض نور شب بودن، خطر ابتلا به بیماری «دیابت» را به نحو بی‌سابقه‌ای افزایش داده است (بیولنس³ و همکاران، 2022). «دیابت» یک بیماری مزمن «متابولیک» است (کروز⁴، 2014). به عبارت دیگر، به خاطر کافی نبودن «انسولین» ترشح شده توسط بدن و یا عدم پاسخ‌دهی سلول‌ها

6. IDF

7. Mphasha

8. Klu

9. Holmström

1. Hill

2. Owen

3. Beulens

4. Cruz

5. Diwani

دلیل به وجود می‌آیند که این یک بیماری مادام‌العمر است و نیاز به یک سبک زندگی به طور مداوم کنترل شده دارد. برخی مطالعات نشان می‌دهند که عواملی مانند نقش‌ها و باورهای فرهنگی اجتماعی، انگ‌های اجتماعی، حمایت اجتماعی و موانع خود مراقبتی بر تجربیات افراد مبتلا به «دیابت» تأثیر می‌گذارد (دوسام و همکاران¹، 2013). مطالعات مربوط به افراد جوان مبتلا به «دیابت» نشان می‌دهد که این بیماری چالش برانگیز است و اغلب به مراقبت‌های بهداشتی، حمایت جامعه و خانواده و تنظیمات فردی برای مدیریت زندگی روزمره نیاز دارد (هولمستروم و همکاران، 2017). در کشورهای با درآمد کم و متوسط که دیابت اغلب با بیماری‌های دیگر همراه است، اثرات اجتماعی و اقتصادی گسترده‌ای دارد و بهره‌وری و اقتصاد ملی را تضعیف می‌کند.

با توجه به شیوع گسترده بیماری «دیابت» از یکسو و پیامدهای ویرانگر این بیماری بر افراد مبتلا و بر جامعه، پژوهش حاضر به دنبال توصیف و تفسیر «تجربه زیسته» «دیابت» نزد افراد «دیابتی» می‌باشد. به عبارت دیگر، این تحقیق به دنبال پاسخ به این سؤالات است که افراد «دیابتی» چگونه «دیابت» را تجربه می‌کنند؟ چه معانی ذهنی به «تجربه زیسته» خود از «دیابت» الصاق می‌کنند؟ و ابعاد مختلف ساختار «تجربه زیسته» «دیابت» افراد «دیابتی» چیست؟

پیشینه پژوهش

پژوهان فرد و همکاران (1402) در پژوهشی به مطالعه «تجربه زیست سلامت مدار» نزد بیماران «دیابتی» پرداختند. نتایج این پژوهش نشان داد، شش مضمون اصلی خودمراقبتی، خواب، کنترل وزن، سلامت جسمانی، سلامت جنسی، و سلامت

روانی در بیماران دیابتی نقش دارند. بدری زاده و همکاران (1400) در تحقیقی به بررسی نقش حمایت اجتماعی و مؤلفه‌های آن در پیروی از درمان دارویی در بیماران «دیابتی» «نوع دو» شهر خرم‌آباد پرداختند. نتایج نشان داد، حمایت اجتماعی (ابعاد خانواده و دوستان)، با تبعیت از درمان دارویی رابطه مثبت و معناداری دارد. ولی زاده و همکاران (1399) در تحقیقی با عنوان، بررسی سبک زندگی بیماران «دیابتی» «نوع دو» و افراد غیر «دیابتی» در مناطق روستایی شهرستان رشت انجام دادند. نتایج نشان داد، میانگین برخی ابعاد سبک زندگی مثل وضعیت سلامت جسمانی، وضعیت ورزش و تندرستی، کنترل وزن و تغذیه، اجتناب از مصرف دخانیات و مواد مخدر، سلامت معنوی، پیشگیری از بیماری‌ها، سلامت روان شناختی، پیشگیری از حوادث و سلامت محیطی در افراد غیر «دیابتی» بالاتر از بیماران «دیابتی» بود. حر و همکاران (1397) در پژوهشی به شناسایی ابعاد مختلف سبک زندگی سلامت، ویژه زنان مبتلا به «دیابت» «نوع دو» با روش کیفی پدیدار شناختی پرداختند. نمونه‌گیری از میان مراجعین به مرکز خیریه «دیابت» اصفهان به‌طور هدفمند، با حداکثر تنوع انجام شد. متن مصاحبه‌های ضبط‌شده، پس از پیاده‌سازی به روش «کلایزی» مورد تحلیل قرار گرفتند. طی فرایند تحلیل، چهار درون‌مایه شامل بعد سلامت جسمانی، بعد سلامت روان شناختی، بعد سلامت معنوی و سلامت اجتماعی استخراج گردید. کرهرودی و همکاران (1394) با استفاده از رویکرد پدیدارشناسی هرمنوتیک «وان مانن»، تجارب زیسته خود مدیریتی در نوجوانان مبتلا به «دیابت» نوع یک را مورد مطالعه قرار دادند. نتایج این مطالعه منجر به استخراج هفت درون‌مایه

نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. نتایج نشان داد، سلامت چندبعدی بوده و در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی قرار می‌گیرد. به علاوه، ابعاد روانی و معنوی سلامت، مهم‌تر از دو بعد دیگر می‌باشند.

پاتیدار¹ و همکاران (2024) در پژوهشی، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران مبتلا به «دیابت» را مورد مطالعه قرار دادند. این پژوهش به روش پدیدارشناسانه و با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند بر روی 10 نفر «دیابتی» انجام شد. یافته‌های این پژوهش منجر به استخراج مضامین گنجی، سرگیجه، بی‌قراری و ناراحتی، و اثرات داروها مانند خشم، اضطراب، ناامیدی، سردرد، تحریک‌پذیری، حالت تهوع، استرس و استفراغ، سردرگمی در مورد «دوز»، دشوار بودن مدیریت، دشوار بودن به خاطر سپردن «دوز»، آسان بودن مدیریت، و فراموش کردن مقدار و «دوز» دارو شد. ممولو و ویلیس² (2023) در پژوهشی به مطالعه تجربه زیسته مبتلایان «دیابت» پرداختند و بر نقش احساسات مثبت، یعنی امید، تاکید داشتند. این پژوهش که بر روی پنج فرد مبتلا به «دیابت» «نوع یک» و «نوع دو» انجام شد منجر به استخراج چهار مضمون اصلی تغییرات رفتاری برای مدیریت یک بیماری طاقت‌فرسا، مهارت‌های شناختی و سبک زندگی، واکنش‌های عاطفی، و بالاخره، امید و چشم‌اندازی برای آینده، گردید. این مطالعه تأکید می‌کند که حفظ امید برای تجسم امکان بهبود شرایط سلامتی و کیفیت زندگی بهتر ضروری است. علاوه بر این، مسئولیت‌پذیری شخصی و چابکی شناختی برای مدیریت «دیابت» و اتخاذ یک سبک زندگی سالم، اساسی هستند. پالمر³ و همکاران (2021) در پژوهشی به درک تجربه زیسته

تعامل مولد، رسیدن به خودکارآمدی، دستیابی به خودتنظیمی، تسلط بر مشکلات، پیش به‌سوی آینده دلخواه، دیابت جزئی از زندگی، و حفظ غرور گردید. محبی و همکاران (1400) در پژوهشی به مطالعه رابطه «استیگما» با رضایت از زندگی و عاطفه مثبت / منفی در بیماران مبتلا به «دیابت» «نوع دو» پرداختند. ماتریس همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر نشان داد، بین «استیگما» با رضایت از زندگی و عاطفه مثبت / منفی رابطه معنادار وجود دارد. محمودی و علوی (1394) پژوهشی با عنوان تجارب بیماران مبتلا به «دیابت» و تیم سلامت از کنترل «دیابت» با روش کیفی انجام دادند. این مطالعه با بهره‌گیری از روش تحلیل محتوای قراردادی انجام شد. یافته‌ها شامل دو طبقه اصلی ضعف در مواجهه با بیماری، و تسلط بر بیماری، و شش طبقه فرعی شامل ترس از ابتلا به عوارض وخیم و لاعلاج، برداشت‌های عاطفی منفی و اغراق آمیز، تنش ماندگار، اجبار در رعایت محدودیت‌ها، احاطه بر واکنش‌های منفی روانی، درونی کردن مضامین آموزشی بود. افشار و همکاران (1393) به تبیین تجارب نوجوانان مبتلا به «دیابت» با روش کیفی پدیدار شناختی پرداختند. طی فرایند تجزیه و تحلیل داده‌ها، هفت درون‌مایه اصلی شامل تغییر در سبک زندگی، مشکل‌های مربوط به دریافت انسولین، مشکل‌های ناشی از تغییرهای قند خون، ترس از آینده، شخصیت بیمار و خصوصیت‌های فردی، مشکل‌های اقتصادی، وابستگی به خانواده و سازگاری با بیماری استخراج گردید. ولی زاده و همکاران (1391) به تحقیق در مورد ابعاد سلامت در تجربه‌های زنان «دیابتی» با روش کیفی پدیدار شناختی پرداختند. در این مطالعه 22 زن «دیابتی» با

3. Palmer

1. Patidar
2. Memolo & Willis

کودکان مبتلا به «دیابت» «نوع یک» در کنیا پرداختند. یافته ها نشان دهنده چهار موضوع فراگیر به شرح ذیل بودند: دانش و آگاهی، طرد اقتصادی، اهمیت حمایت اجتماعی، تلاش برای عادی بودن. ایورسن¹ و همکاران (2018) پژوهشی با عنوان مادر و پدر یک کودک مبتلا به «دیابت» «نوع یک» انجام دادند. این پژوهش پدیدارشناسانه نشان داد، والدین یک وضعیت عمیقاً تغییر یافته را توصیف کردند و واقعاً در تلاش بودند مانند یک خانواده «عادی» زندگی کنند. آنها، نه تنها به حمایت و نظارت در انجام وظایف عملی، بلکه در مورد مدیریت یک موقعیت زندگی تغییر یافته و واکنش های عاطفی، به ویژه در اولین سال پس از تشخیص بیماری، به حمایت متخصصان مراقبت های بهداشتی کلینیک سرپایی هم نیاز داشتند.

واکاوی پژوهش های پیشین حاکی از آن است که مطالعات متعددی در خصوص تجربه زیسته بیماران «دیابتی» به روش کیفی انجام شده است با این حال، استفاده از رویکرد پدیدارشناسانه «شوتز» به تجربه زیسته افراد دیابتی کمتر مطمح نظر بوده است. به علاوه، به نظر می رسد هنوز ابعاد مهمی از تجربه زیسته شناسایی نشده در مبتلایان دیابت هست که در این پژوهش به آنها توجه می شود.

چارچوب مفهومی

در این پژوهش، چارچوب مفهومی دربرگیرنده پدیدارشناسی شوتس، کنش متقابل اجتماعی، و جامعه شناسی بدن «مرلوپونتی»² است. پدیدارشناسی بیش از آن که با نظریه پردازی همراه باشد، نشان دهنده درون مایه های عمیق افراد در

مورد پدیده ای خاص است. «شوتز»³ تحت تأثیر فلسفه عمل گرا و کنش متقابل نمادین، با نقد فلسفی کار «ماکس وبر» بینش های پدیدارشناسی را با جامعه شناسی تلفیق کرد. شوتز به کار ماکس وبر به ویژه بخشی از آن که به کنش اجتماعی راجع است سوق داده شده بود، زیرا به نظر او، این بخش از کار او هم به آگاهی توجه دارد و هم به جامعه شناسی علمی. «شوتز» معتقد است که ساخت واقعیت در دو سطح اتفاق می افتد. در سطح نخست، کنشگران اجتماعی، زندگی روزمره خودشان را در یک بستر یا زمینه معینی بر اساس مقتضیات فردی و شرایطی که در آن زندگی می کنند، تفسیر می نمایند. در سطح دوم، اندیشمندان به مشاهده این امر می پردازند که کنشگران چگونه این کار را انجام می دهند. در این حالت، آنان در فرایند تفسیر و تشخیص معانی خود از مشاهدات انجام شده قرار می گیرند (ایمان، 1391). «شوتز» همانند «وبر»، در اندیشه این مسئله بود که چگونه مفاهیم و نظریه هایی در مورد ساختارهای معنای ذهنی خلق کند. او این دیدگاه «وبر» که این کار را می توان با استفاده از نمونه های آرمانی صورت داد، پذیرفت اما تصور متفاوتی از ماهیت و خاستگاه این نمونه ها داشت. در حالیکه، «وبر» می پذیرفت که جامعه شناس میتواند معنای «نوعی» را به یک «نمونه آرمانی» نسبت دهد، اما شوتز بر این موضوع تأکید داشت که نمونه های دانشمندان علوم اجتماعی (برساخت های مرتبه دوم) باید برآمده از نمونه های روزمره (برساخت های مرتبه اول) باشند که واقعیت اجتماعی کنشگران اجتماعی را می سازند. تفاوت مهم بین برساخت های مرتبه اول و مرتبه دوم، این است که آن ها با اهداف متفاوتی در ذهن و در زمینه های

3. Schutz

1. Anne Solveig Iversen
2. Merleau ponty

مرتبه دوم را میتوان «تبیین‌هایی از تبیین‌ها» نامید. اما همیشه باید فضایی برای انعطاف‌پذیری و برساخت‌های مرتبه دوم وجود داشته باشد. این برساخته می‌تواند برساخت‌هایی باشد که توسط محقق تولید یا ابداع شده است (غفاری نسب، 1398). پدیدارشناسی اجتماعی «شوتز»، تئوری توصیفی و تفسیری از کنش اجتماعی ارائه می‌دهد که تجربه ذهنی درون موقعیت مفروض و جهان دانش عامه زندگی روزمره افراد را کشف می‌کند. «شوتز» با تکیه بر جهانی از زندگی اجتماعی، روش تحلیل توصیفی را برای کشف ساخت تجربه روزمره پیشنهاد می‌کند (ایمان، 1388). لذا از منظر پدیدارشناسی محور همه چیز، زندگی روزمره بوده و ریشه همه اندیشه‌ها و تجربه‌های زیسته بشر را باید در تحلیل زندگی روزمره جستجو کرد.

در نگاه پدیدارشناسانه، فرایند تفسیر متقابل میان کنشگران است که بر اساس مخزن دانش آنان و برحسب فرصت‌ها و موقعیت‌ها ساخته می‌شود. پدیدارشناسی، به دنبال تشریح تعامل‌های متقابل در فرایندهای کنش انسانی، شکل‌گیری موقعیت و ساخت واقعیت است. هر کنشگر معتقد است که دیگر کنشگران از فهم او از دنیای اجتماعی آگاهی دارند. اساس و بنیان این اعتقاد بر آن است که کنشگران، دانش عامه را میان خود به اشتراک می‌گذارند. تعامل اجتماعی روزمره، از طریق انجام می‌شود که کنشگران، احساس‌ها و دانش عامه را خلق و میان یکدیگر به اشتراک می‌گذارند و این دانش، مرتباً به صورت انباشت و متراکم شده ظهور می‌کند. بر این اساس، فهم و درک متقابل، میان انسان‌ها، یا همان کنشگران اجتماعی حاصل می‌شود. این موارد، دلالت بر آن دارد که زندگی انسان‌ها در دنیای ذهنی آنان جریان می‌یابد و بر همین اساس، واقعیت‌ها نیز تقریباً به اشتراک گذاشته می‌شود (ایمان،

متفاوتی برساخته می‌شوند. برساخت‌های مرتبه اول، به منظور امکان‌پذیر و قابل فهم ساختن تعامل اجتماعی برای مشارکت کنندگان، وجود یک دانش روزمره خاص اجتماعی را مفروض می‌گیرند و برای پرداختن به یک مشکل اجتماعی طراحی می‌شوند. برساخت‌های مرتبه دوم برای مواجهه با یک مسئله علمی اجتماعی (برای تبیین پدیده‌های اجتماعی) طراحی می‌گردند و باید مبتنی بر دانش علمی اجتماعی باشند (شوتز، 1963). حرکت از برساخت‌های مرتبه اول به برساخت‌های مرتبه دوم، مستلزم آن است که دانشمند علوم اجتماعی در میان فعالیت‌ها و معانی زندگی روزمره، مواردی را که با اهداف ارتباط نزدیکی دارند، برگزیند و مدل‌هایی از جهان اجتماعی بسازد. از دیدگاه شوتز، دانشمند علوم اجتماعی، نمونه‌های آرمانی را با فرض عقلانی بودن کنش اجتماعی بر می‌سازد. بنابراین، نمونه‌های آرمانی، مدل‌های عقلانی کنش هستند (مدل وسیله/هدف) و از این رو، با کنش اجتماعی واقعی به عنوان طریقی برای فهم معنا، قابل قیاس اند. «شوتز» همانند «وبر» قصد داشت تا تبیین‌هایی از نمونه‌های آرمانی به دست دهد (شوتز، 1963؛ بلیکی، 1391). بنابراین، ارائه و بسط نظریه به این معناست که محقق در رابطه با برساخت‌های مرتبه اول کنشگر دست به تولید برساخت‌های مرتبه دوم می‌زند. برساخت‌های مرتبه دوم باید در دو جهت به تعامل بپردازند: از یکسو، باید با خواسته ذهن‌گرایی انطباق داشته باشد، یعنی باید برای کنشگران در درون میدان قابل فهم باشند. از سوی دیگر، باید با نظریه‌های علمی موجود مرتبط شوند و پیوند یابند و درون اجتماع علمی قابل درک و فهم باشند. این تفسیر بر نقش برساخت‌های مرتبه دوم به عنوان شیوه‌ای برای پیوند زدن و ارزیابی شاکله ارجاعی که محقق برمی‌گزیند تأکید می‌کند. برساخت‌های

1391). بنابراین کنشگرانی که در کنش متقابل با یکدیگر به سر می‌برند، بر اساس معانی سنخ بندی شده که متعلق به موقعیت‌های خاص سنخ بندی شده و متکی بر دانش عامه آن‌ها هستند، فرایند تعامل اجتماعی با یکدیگر را دنبال می‌کنند. طرح ریزی‌کنش از سوی هر کنشگری، بدون طرح‌ریزی‌های مفروض کنش نزد دیگری، امکان اجرا نمی‌یابد. نتایج ناشی از اعمال هدفمند و نیت‌مند کنش متقابل بین کنشگران، به ارتباط، هماهنگی و همکاری میان اعضای یک گروه اجتماعی، فرهنگی و شغلی می‌انجامد.

یکی دیگر از سرچشمه‌های مبانی نظری پدیده شناسی به گونه عام و جامعه‌شناسی پدیده شناختی به گونه خاص، نظریه جامعه‌شناسی بدن «مرلپونتی» می‌باشد. پدیدارشناسی تنانه مرلپونتی، بدن را مرکز ذهن می‌داند و نگاه علمی به بدن به مثابه پدیداری که می‌توان آن را بر اساس الگوهای ریاضیاتی تبیین کرد، رد می‌کند. او با انکار ثنویت بین سوژه و بدن، بدن را «هستمندی قصددار» می‌داند که با جهان زیسته تعامل دارد (مرلپونتی، 2005). در واقع، از نظر مرلپونتی، بدن شرط امکان هر نوع تجربه‌ای محسوب می‌شود (کروسلی¹، 2012). چنین توصیفی از بدن به معنای جدیدی از آن می‌انجامد که مرلپونتی به پیروی از هوسرل آن را «بدن زیسته»² می‌نامد؛ بنابراین، مرلپونتی 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» ما نیز مختل می‌شود. بنابراین، پدیدارشناسی مرلپونتی می‌کوشد تا از نحوه «درجهان بودن» انسان آگاه شود، انسانی

که درگیر در موقعیت‌های مقتضی است. در واقع، پدیدارشناسی مرلپونتی تلفیقی از «سوژکتیویسم» و «بژکتیویسم» است. «سوژکتیو» زیرا هر تجربه‌ای را تجربه کسی می‌داند و درواقع، از نظر او اشیا برای شخص خاصی است که نمود می‌یابد. از سوی دیگر، از آنجا که سوژه در جهان حضور دارد، پس تجربه درگیری با جهان و توصیف تجربه‌ای «بژکتیو» است. مرلپونتی نه تنها انسان و جهان را درهم‌تنیده می‌بیند، بلکه به جای جدایی ساختگی بین بدن و آگاهی، بر وحدت آن دو تأکید می‌ورزد و بدن را جایگاه وجود انسان محسوب می‌کند. بودن به معنای داشتن بدنی است که پیوسته جهان را ادراک می‌کند (مرلپونتی، 2005). بر این اساس، مرلپونتی بین دو سطح بدن تمایز قائل می‌شود. از یک‌سو، با «بدن عینی»³ مواجه هستیم که به‌مثابه اشیای مکانیکی محسوب می‌شود و در واقع، مجموعه‌ای از اندام‌های مرتبط به هم است که از طریق نیروی علی عمل می‌کند؛ بدنی که می‌توانیم آن را محل فرایندهای فیزیولوژیکی خودکار در نظر بگیریم که بخش اعظمی از ارتباط ما با جهان را شکل می‌دهد و مستعد انواع بیماری‌ها و زخم‌ها است. بدن عینی به‌مثابه اشیای طبیعی بررسی می‌شود. چنین بدنی را می‌توان در تبیین‌های کالبدشناختی و فیزیولوژیکی دید (لیدر⁴، 1992). از سوی دیگر، «بدن زیسته‌ای» وجود دارد که در قالب تجربه اول شخص در دسترس ماست و حیات آگاهی ما به مثابه تنانه از طریق آن آشکار می‌شود. بدنی که به‌مثابه زیسته درک می‌شود، هم جسمانی است و هم خودآگاه. ذهن در بدن است و بدن در ذهن که آنرا مرلپونتی «بدن پدیداری» (لیدر، 1992) می‌نامد. لذا از طریق

بدن است که آگاهی در جهان جای می‌گیرد. بدن نیز امری برساختی است که دانش نسبت به آن به اشتراک گذاشته می‌شود و محقق می‌تواند به این آگاهی ورود پیدا کند.

روش پژوهش

در این مطالعه از روش شناسی کیفی پدیدار شناسی اجتماعی جهت کسب تجربه زیسته بیماران «دیابتی» استفاده شد. در رویکرد پدیدارشناسی تجربی تلاش می‌شود تا رهیافت «آلفرد شوتز» به صورت تجربی در پژوهش‌های جامعه‌شناسی کاربردی پذیر شود (کرسول، 1391). یکی از اصول پدیدار شناسی تجربی، داشتن تجربه است (پرست¹ و همکاران، 2011). تجربه کردن، تنها راه توصیف فردی تجربه‌های زیسته افراد است (موران²، 2000). پدیدارشناسی تجربی، وجوه مشترک تجربه زیسته مختلف را استنباط می‌کند و این نقطه مشترک را مبنایی برای فهم معنای اصلی آن‌ها قرار می‌دهد. در پژوهش حاضر محقق، داده‌ها را از افرادی که دیابت را تجربه کرده‌اند گردآوری و توصیفی ترکیبی از ذات مشترک دیابت برای همه افراد ارائه می‌دهد. این توصیف شامل «آنچه» آن‌ها تجربه کرده‌اند و «چگونگی» تجربه آن‌ها از دیابت است. یکی از اصول پدیدارشناسی تجربی، داشتن تجربه است که شامل هفت مرحله می‌شود. (1) تعریف مسئله و تدوین هدف اساسی تحقیق. (2) اجرای پیش مطالعه که از طریق مصاحبه عمیق با نمونه‌های مورد نظر انجام می‌گیرد. (3) انتخاب یک نظریه به عنوان طرح مرجع. (4) مطالعه برساخت‌های مرتبه اول (پوخته نظریه) که ناظر به کنش‌های روزمره است. (5) ایجاد ساخت مرتبه دوم نظریه‌های

پرداخته‌شده از سوی دانشمند اجتماعی. (6) بررسی اثرهای ناخواسته. (7) ارتباط شواهد با ادبیات علمی و مرتبط کردن ساخت مرتبه دوم با طرح مرجع که شامل ایجاد ارتباط بین استنتاج‌های حاصل از پدیدارشناسی تجارب زیسته مشارکت‌کنندگان درگیر «دیابت» می‌شود. همه تحقیقات به وسیله فرضیات روش شناختی که ریشه در اصول فلسفی رویکرد تحقیق دارد، هدایت می‌شوند. از نقطه نظر کرسول (1391) یکی از فرضیه‌هایی که رویکرد تحقیق پدیدار شناختی را هدایت می‌کند، ماهیت واقعیت مورد مطالعه و پرسش تحقیق است. استراتژی پدیدارشناسی با بررسی تجربه زیسته افراد از یک پدیده و تمرکز بر ابعاد تغییر ناپذیر آنان سعی می‌کند که به درک بهتری از پدیده‌ها در زندگی افراد دست یابد (دانایی فرد و کاظمی: 1390). محقق برای فهم تجربه زیسته دیابت، رفت و برگشت بین مشارکت‌کنندگان را انجام داد و با مصاحبه و ضبط گفتگوها، تحلیل اطلاعات و اعتباریابی تحقیق به تجربه زیسته کنشگران از دیابت دست یافت. محقق مجوزهای اخلاقی را از سازمان‌های مربوط کسب کرد. کسب رضایت نامه کتبی از مشارکت‌کنندگان، نقطه آغاز عملیات تحقیق بود. قبل از مصاحبه، مشارکت‌کنندگان از اهداف و اهمیت پژوهش آگاه شدند و با رضایت و آگاهانه در تحقیق شرکت کردند و علاوه بر کسب رضایت به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد حق انصراف دارند و همه مشخصات آنها در کل فرایند پژوهش، محرمانه است. در چرخه گردآوری داده‌ها، محقق توصیفات زیسته مشارکت‌کنندگان از پدیده زیست سلامت محور، فهم زیسته دیابت و شیوه زیستن را بر اساس سؤالات راهنما ضبط و ثبت نمود.

یافته‌ها

در مجموع 21 بیمار دیابتی در مطالعه شرکت کردند که دامنه سنی آن‌ها از 37 تا 77 سال بود. مدت زمان ابتلا به بیماری آن‌ها از یک سال تا 25 سال در نوسان بود مشارکت کنندگان در این مطالعه 8 زن و 13 مرد بودند که 17 نفر متأهل و 4 نفر مجرد بودند. به لحاظ میزان تحصیلات، دو نفر بی سواد، دو نفر سیکل، سه نفر دیپلم، دو نفر فوق دیپلم، سه نفر لیسانس، هشت نفر فوق لیسانس، و یک نفر دکتری بود. در بین زنان «دیابتی»، 4 نفر خانه دار و 4 نفر معلم بازنشسته بودند. در بین 13 مرد «دیابتی»، 4 نفر معلم، 1 نفر استاد دانشگاه، یک نفر رئیس بانک، یک نفر مدیر عامل شرکت، 2 نفر کارمند دولتی، یک نفر شغل آزاد، 2 نفر آشپز و بنا و یک نفر جوشکار بودند.

زیست سلامت محور در تجربه میان ذهنی مشارکت

کنندگان

«دیابت» تهدیدی جدی برای سلامتی بیماران به حساب می‌آید. بیماران «دیابتی» تجربیات ناخوشایندی از سلامتی شان ارائه کردند. زیست سلامت محور، از مضامین اصلی (سنخ بندی) مشکلات جسمانی، سلامت جنسی، سلامت روانی، نوسان وزن، بی‌خوابی و 22 برساخت مرتبه دوم تشکیل شده است. سنخ بندی مشکلات جسمانی در تجربه زیسته بیماران «دیابتی» از سه برساخت مرتبه دوم ضعف جسمانی، کنترل با انسولین، و انواع امراض جسمانی تشکیل شده است. شرکت کنندگان تغییر در سلامت جسمانی را به دلیل ابتلا به دیابت چنین توصیف کردند: «خیلی خسته می‌شوم»، «من از نظر جسمی خیلی ضعیف‌تر شدم»، «همیشه انسولین می‌زنم». افراد

فرایند مصاحبه، پیاده سازی و تحلیل و برگشت به میدان برای مصاحبه‌های دیگر و متوالی ادامه یافت تا جایی که معنای کافی برای دستیابی به هدف تحقیق به دست آمد. در تحلیل داده‌ها، محقق به رونویسی از مصاحبه‌ها، سازماندهی متون بر اساس سئوالات راهنما، بازخوانی مکرر متون و اضافه کردن یادداشت‌های میدانی و برگشت به میدان برای مصاحبه، کشف ساختارهای معنای ذهنی کنش، سازماندهی مضامین اولیه، 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 پرداخت. سپس، محقق با مرور مکرر متون، معانی و برساخت‌های دست‌اول مشارکت‌کنندگان را ساماندهی کرد و بعد از رسیدن به مضامین و ایده‌های کلی برساخت‌های علمی درجه دوم و سنخ بندی تجربه زیسته، الگویی از مضامین مشترک را توسعه داد. مشارکت کنندگان، افراد «دیابتی» بودند که در طی جمع‌آوری داده‌ها در شهر جهرم زندگی می‌کردند. در مجموع، در مطالعه حاضر طی استراتژی نمونه‌گیری هدفمند، 30 مصاحبه با 21 فرد «دیابتی» در طی یک دوره هشت ماهه (دی سال 1401 تا شهریور سال 1402) انجام شد. مصاحبه‌ها از 40 دقیقه تا یکساعت و نیم متغیر بود. معیارهای شرکت در مصاحبه، داشتن تجربه «دیابت» از یک سال به بالا، تجسم خود به عنوان فرد «دیابتی»، و زندگی در شهر جهرم بود. مصاحبه‌ها در منزل بیماران، پارک‌ها، مراکز درمانی، بیمارستان پیمانیه جهرم و کافی شاپ‌ها صورت گرفت. در این پژوهش از سه راهبرد برای اثبات «قابلیت اعتماد» و افزایش «باورپذیری» استفاده شده است (1) مثلث بندی، (2) اعتبار پاسخگو، (3) بازاندیشی روش شناختی.

دیابتی در تجربه زیسته خود از انواع امراض جسمانی چنین می‌گفتند: «مشکل شبکه چشم دارم»، «تیروئید پرکار دارم»، «تاری دید و سرگیجه دارم». سنخ بندی سلامت جنسی، دارای سه برساخت مرتبه دوم، ناتوانی جنسی، بی میلی جنسی و احساس گناه می‌باشد. مشارکت کنندگان چنین عنوان می‌کردند که: «در روابط جنسی میل جنسی کم می‌شود»، «دیابت مانع انجام وظایف زناشویی است»، «مسائل جنسی در خطر است». بیماران در مورد بی میلی جنسی می‌گفتند: «میل جنسیم کم شده»، «به علت دیابت لذت جنسی در من نیست». همچنین در خصوص مسائل جنسی و احساس گناه می‌گفتند: «می‌ترسم خانمم به خاطر دیابت از من جدا شود»، «در مقابل همسرم احساس نقصان و دین می‌کنم». سلامت روانی، به نحوه تفکر، احساس و عمل اشخاص بستگی دارد. به طور کلی، افرادی که از سلامت روانی برخوردار هستند، نسبت به زندگی نگرش مثبت دارند، آماده برخورد با مشکلات زندگی هستند و در مورد خود و دیگران احساس خوبی دارند (غضنفری و همکاران، 2009). سنخ بندی سلامت روانی، مشتمل بر دو برساخت مرتبه دوم عدم تسلط بر خود و محیط تحت کنترل خود، و عدم خودپذیری می‌باشد. مشارکت کنندگان در مورد عدم تسلط بر خود چنین اظهار می‌داشتند: «استرس و اضطراب عامل بیماری هست»، «اگر استرس و ناراحتی طولانی مدت باشد بیماری هم دوام پیدا می‌کند». «افراد دیابتی نباید به جاهای استرس‌زا بروند»، «هیچ انگیزه و حال و حوصله ندارم، هیچانی ندارم». دیابت هم سبب کاهش وزن می‌شود و هم وزن زیاد در ابتلا به دیابت تأثیر دارد. سنخ بندی کنترل وزن دارای دو برساخت مرتبه دوم، کاهش وزن و افزایش وزن می‌باشد. آن‌ها می‌گفتند: «از نظر جسمی خیلی ضعیف تر شده‌ام وزنم کم شده»، «وزنم قبلا

90 کیلو بود حالا خیلی کمتر شده». «تلاش برای کم کردن وزن باعث دیابت می‌شود»، «همیشه می‌ترسیدم که چاق بشوم و دیابت بگیرم». سنخ بندی بی خوابی، در تجربه زیسته بیماران دیابتی دارای پنج برساخت مرتبه دوم شامل، بی خوابی در سوگ عزیزان، خواب نامنظم شبانه، خوابیدن با دارو، مشکلات زندگی و دلهره و بی خوابی است. برخی بیماران دیابتی بی خوابی را ناشی از سوگ عزیزانشان می‌دانستند: «من از شب‌ها زیاد خوشم نمیاد اصلا خوابم نمیره». دیابتی‌ها در مصاحبه شان از خواب نامنظم شبانه می‌گفتند: «شب‌ها اصلا خوابم نمیره ساعت 2 یا 3 خوابم میبرد»، «شب‌ها باید قرص خواب بخورم تا بتوانم بخوابم»، «شب‌ها هنگام خوابیدن باید حتما انسولین بزنم». بیماری دیابت مستلزم رفتارهای خود مراقبتی توسط خود بیمار در تمام عمر است. خود مراقبتی ناکافی در بیماران دیابتی مشکل بزرگی است که ارائه دهندگان خدمات بهداشتی با آن مواجه هستند. سنخ بندی خود مراقبتی دارای شش برساخت مرتبه دوم خود مراقبتی ورزشی، خود مراقبتی دارویی، خود مراقبتی با پرهیز مواد قندی، خود مراقبتی با کنترل استرس، خود مراقبتی با فضای مجازی و خود مراقبتی با بی خیالی می‌باشد. بیماران دیابتی یکی از راه‌های مراقبت از خود را ورزش می‌دانستند. آن‌ها می‌گفتند: «پیاده روی می‌کنم»، «ورزش می‌کنم»، «دارو هام رو به موقع می‌خورم»، «انسولینم رو چک می‌کنم». «مواد قندی کمتر مصرف می‌کنم»، «نوشابه و شیرینی نمی‌خورم»، «پرهیز غذایی می‌کنم»، «از استرس دوری می‌کنم»، «بر مسائل روحی و روانی تسلط دارم»، «از مکان‌ها و جاهایی که باعث استرس می‌شوند دوری می‌کنم». برخی بیماران دیابتی در مورد سرگرم شدن با فضای مجازی می‌گفتند: «با

گوشی خودم را سرگرم می‌کنم»، «کتاب های خودسازی می - خوانم».

جدول 1. سنخ‌بندی تجربه زیسته بیماران دیابتی از مضمون زیست سلامت‌محور

درون‌مایه نهایی تجربه زیسته	برساخت مرتبه دوم	سنخ بندی
زیست سلامت‌محور	خود مراقبتی ورزشی - خود مراقبتی دارویی - خود مراقبتی با پرهیز مواد غذایی - خود مراقبتی کنترل استرس - خود مراقبتی با سرگرمی در فضای مجازی - خود مراقبتی با بی‌خیالی	خود مراقبتی
	بی‌خوابی در سوگ عزیزان - خواب نامنظم شبانه - خوابیدن با دارو - مشکلات زندگی و بی‌خوابی - دلهره و بی‌خوابی	بی‌خوابی و دیابت
	دیابت و کاهش وزن - دیابت و افزایش وزن	دیابت و نوسان وزن
	ضعف جسمانی - کنترل با انسولین - انواع امراض جسمانی	مشکلات جسمانی
	دیابت و ناتوانی جنسی - بی‌میلی جنسی - مسائل جنسی و احساس گناه	سلامت جنسی
	عدم تسلط بر خود و محیط تحت کنترل خود - عدم خودپذیری	سلامت روانی

سبک زندگی در تجربه میان ذهنی مشارکت کنندگان

«سبک زندگی»، ترکیبی از الگوهای رفتاری و عادات فردی است که طی فرآیند اجتماعی شدن، به وجود می‌آید و بیشتر به روش زندگی فرد اشاره دارد. سبک زندگی ناسالم می‌تواند در ایجاد استرس، اضطراب، فشارهای روانی و افزایش قند خون و متعاقب آن بر کاهش زندگی، تأثیر گذار باشد. در سبک زندگی، یافته‌ها مشتمل بر چهار مضمون اصلی (سنخ بندی) «پرورش جسمی»، «سبک تغذیه»، «زیست دینی» و «زیست فراغتی» و 17 برساخت مرتبه دوم می‌باشد. ورزش در پیشگیری اولیه و ثانویه بیماری های قلبی - عروقی و پیشگیری از عوارض خاص بیماری دیابت کمک کننده است (استقامتی و همکاران، 1385). سنخ بندی پرورش جسمی، در تجربه زیسته بیماران دیابتی از هفت برساخت مرتبه دوم ورزش و سلامت روان، عدم تحرک، بی انگیزگی، ورزش های هوازی، تحرکات روزمره، ناتوانی جسمی و ورزش منظم تشکیل شده است. بدون تردید، ورزش نقش مهمی در

سلامت روان افراد دارد به طوری که بیماران دیابتی معتقد بودند، «ورزش نکردن و بی تحرکی میتواند در تشدید بیماری دیابت تأثیر گذار باشد». برخی بیماران می گفتند: «من ورزش نمی‌کنم، پیاده روی هم نمی‌کنم، وقتی برای ورزش ندارم»، «حوصله ورزش ندارم»، «حس دویدن ندارم». سنخ بندی الگوهای تغذیه، در تجربه زیسته بیماران دیابتی از سه برساخت مرتبه دوم محرومیت غذایی، رعایت رژیم غذایی و محدودیت غذایی تشکیل شده است. افراد دیابتی می گفتند: «دیابت باعث این می‌شود که دچار محرومیت غذایی شوی»، «قبل از دیابت پرهیز نمی‌کردم ولی آلان شیرینی جات اصلا نمی‌خورم خرما و خربزه هم کم می‌خورم»، «دیابت تغذیه انسان را محدود می‌کند همه غذاها نمی‌توانی مصرف کنی به ویژه غذاهای چرب، قندی، سیب زمینی و شکر». رعایت رژیم غذایی در برنامه غذایی بیماران دیابتی جایگاه مهمی دارد. این بیماران می گفتند: «شیرینی جات و نوشابه کم می‌خورم»، «در تغذیه ام تجدید نظر کردم». افراد دیابتی دچار

محدودیت غذایی می شوند. آن ها می گفتند: «از لذایذ زندگی منع شدم».

از نظر «بوردیو»، دین با تاثیر بر سبک زندگی میتواند در کسب سلامت بیماران «دیابتی» مورد توجه قرار گیرد. بیماران «دیابتی» در تجربه زیسته خود از باورهای دینی و نقش آن در فرایند بیماری اظهار داشتند: «بیماری تقدیر الهی است»، «من می‌گم هر چه صلاح خداست چون اگر خدا نخواست برگی از درخت نمی افته»، «من همیشه نماز و روزه ام را به جا می آورم و اعتقاد به خدا دارم»، «بیماری صد در صد امتحان الهی است می‌خواهد بهت تلنگر بزنه که داری از جاده خدایی دور می شوی»، «خداوند با فقر و بیماری ما را آزمایش می کند»، «سنخ بندی زیست دینی، دارای چهار برساخت مرتبه دوم «زیست اعتقادی»، «زیست پیامدی»، «زیست عاطفی» و «زیست مناسکی» می باشد. بیماران دیابتی می گفتند: «بیماری بیشتر مواقع خواست خداست - تا یار که را خواهد میلش به که باشد»، «ناشکری نمی کنم می‌گم حتما حکمتی داشته»، «من شاکر و شکرگذار خدا هستم چون هر چه دارم از اوست»، «هر نفسی که فرو میرود ممد حیات است و چون برمی آید مفرح ذات»، «خدا آدم را آزمایش می کنه هر کس که باید پخته شود باید حرارت بیشتری ببیند»، «هر شب با خدا حرف می‌زنم و از او می‌خوام که بهم شفا بده»، «خداوند می خواهد

صبر و حوصله و دینداری بندگانش را بسنجد»، «خدا بیماری بهت می‌ده که از ریسمانش جدا نشوی»، «سنخ بندی زیست فراغتی از پنج برساخت مرتبه دوم «فراغت جسمانی»، «فراغت فکری»، «فراغت اجتماعی»، «فراغت عملی» و «فراغت مذهبی» تشکیل شده است. بیماران دیابتی درباره فراغت جسمانی می گفتند: «من گردش در طبیعت را خیلی دوست دارم»، «عصرها پیاده روی می‌روم»، «بیرون رفتن را دوست دارم»، «بیشتر کوه نوردی می‌روم». فراغت فکری بیماران دیابتی چنین بود: «در فضای مجازی پرسه می‌زنم و چت می‌کنم»، «فیلم دیدن و سینما رفتن را دوست دارم»، بیماران دیابتی در فراغت اجتماعی خود چنین می گفتند: «گاهی اوقات با دوستان دسته جمعی به جایی خوش آب و هوا و یا مکان‌های دیدنی می‌رویم»، «شرکت در مهمانی‌های دوستانه»، «بیشتر دورهمی خانوادگی داریم». فراغت عملی بیماران دیابتی چنین بود: «کارهای خانه و تماس تلفنی بهترین تفریح من هستند»، «یه باغچه باغ دارم هر روز میرم اونجا خودم را سرگرم می‌کنم»، «در منزل گل و گیاه دارم بهشون می‌رسم». برخی بیماران دیابتی می گفتند در فراغت مذهبی خود: «به نماز جماعت و مسجد می‌روم»، «زیارت اماکن مقدس، مشهد، کربلا و... می‌روم»، «با دوستانم جلسات قرآن هفتگی داریم».

جدول 2، سنخ‌بندی تجربه زیسته بیماران دیابتی از مضمون سبک زندگی

درون مایه نهایی تجربه زیسته	برساخت مرتبه دوم	سنخ بندی
سبک زندگی	ورزش و سلامت روان - عدم تحرک و ناتوانی جسمی - بی انگیزگی - ورزش های هوازی منظم - تحرکات روزمره	زیست ورزشی
	محرومیت غذایی - رعایت رژیم غذایی - محدودیت غذایی	الگوهای تغذیه
	فراغت ورزشی - فراغت فکری - فراغت اجتماعی - فراغت عملی	زیست فراغتی
	فراغت مذهبی - زیست اعتقادی - زیست پیامدی - زیست عاطفی زیست مناسکی	زیست دینی

بهبودی روانی در تجربه میان ذهنی مشارکت کنندگان

«تجربه زیسته عاطفه اجتماعی» به عنوان یکی از ابعاد مهم بهداشت روان به شمار می‌آید که طیف وسیعی از عواطف اجتماعی مثبت (نظیر شادی، لذت، محبت، امید) را در بر می‌گیرد. عواطف اجتماعی مثبت مانند احساس شادی، محبت و احساس مفید بودن می‌تواند موجب بهداشت روانی بیشتر و افزایش توانایی بیماران دیابتی در مقابله با بیماری گردد. در پژوهش حاضر بهبودی روانی از عاطفه اجتماعی مثبت شامل (زیست امیدوارانه، زیست شادی آفرین، زیست سازگارانه) و نگرش شامل (نگرش عاطفی، نگرش شناختی و نگرش رفتاری) تشکیل شده است. به مجموعه عوامل فرازیستی که باعث به حرکت درآوردن رفتار و شناخت ما می‌شود، «نگرش» می‌گویند. «نگرش» عبارت است از یک حالت عاطفی مثبت یا منفی نسبت به یک موضوع (لوک بدار و همکاران، 1391). نگرش عاطفی بیشتر به عواطف و احساسات فرد در ارتباط با بیماری مربوط می‌شود. مشارکت کنندگان اذعان داشتند از وقتی که به این بیماری مبتلا شده‌ام: «فکرم درگیر است»، «غصه می‌خورم»، «بغض کردم»، «از وقتی فهمیدم به این بیماری مبتلا شدم، دیگه احساس غرور ندارم»، «از صلابت و ابهت افتاده‌ام»، «وقتی متوجه شدم احساس ترس و دلهره بهم دست داد». یکی از مولفه‌های عاطفه اجتماعی مثبت، «امیدواری» است. منشأ هر پویایی و پیشرفتی در زندگی انسان، امید است؛ و امید به آینده یکی از نیازهای اساسی انسان هاست. مسئله امید و عوامل و پیامدهای آن برای سلامت اجتماعی و روانی فرد بسیار مهم است (صفری شمالی، 1397). امید هرچه بیشتر به زندگی، باعث بهبود سلامت روانی و رضایت از زندگی بیماران می‌شود. سنخ بندی زیست امیدوارانه دارای دو برساخت مرتبه

دوم امید فردی و امید جمعی است. بیماران دیابتی در مورد امید فردی‌شان بیان کردند که امیدوارم: «مشکلاتم در زمینه بیماری بیشتر نشود»، «از خود مراقبت کنم و محتاج کسی نباشم»، «من به رحمت الهی امیدوارم»، «آرزوی من این است که این بیماری خوب بشه که نخواهم از دارو استفاده کنم». بیماران دیابتی در بیان امید اجتماعی اظهارکردند که امیدوارم به: «کشف داروی جدید برای دیابتی‌ها»، «کاش یک تکنولوژی وارد ایران بشه تا بتوانند دارو یا واکسنی برای این بیماری پیدا کنند»، «شادی» بالاترین سطح عاطفه مثبت است. رهایی از درد و رنج جسمانی، رهایی از نگرانی‌ها، حل کردن مسئله ای دشوار، نمونه الگوی کاهش برانگیختگی عصب شناختی شادی است (ریو، 1386). سنخ بندی زیست شادی آفرین، از پنج برساخت مرتبه دوم اهمیت نسبی حوزه‌های زندگی، پیوند ها و تعاملات اجتماعی شادی آفرین، شادی و سلامتی موقعیت‌های شغلی، پایگاه اجتماعی و زیست نوع دوستانه تشکیل شده است. بیماران دیابتی در اظهارات خود بیان داشتند: «من شاد هستم چون که روی پای خودم هستم»، «چون امکانات مالی و رفاهی خوبی دارم شادم»، «من شادم چون محتاج کسی نیستم»، «به خاطر نعمت‌هایی که خدا به من ارزانی داشته خیلی خوشحالم»، «استرلین» بر دستیابی به هر کدام از حوزه‌های زندگی (درآمد، زندگی خانوادگی، شغل) و همچنین اهمیت نسبی هر حوزه به لحاظ فضای مفهومی شادمانی در فرهنگ‌های مختلف تاکید می‌ورزد (چلبی و همکاران، 1388؛ موسوی، 1392). برخی بیماران عنوان کردند: «لان هم شاد هستم مخصوصاً وقتی با دوستانم هستم»، «دورهمی‌های خانوادگی باعث شادیم میشود». از نظر آرگایل (1382) لذت ناشی از ارتباطات اجتماعی یکی از مهم‌ترین عوامل شادمانی است. برخی بیماران اذعان داشتند:

«چون بچه های سالمی دارم شادم».

مایرز¹ (1992) معتقد است که وجود سلامت شرط اول شادمانی است. برخی دیگر موفقیت فرزندان‌شان را عامل شادی می‌دانستند. «موفقیت بچه هام باعث شادی من می‌شوند». برخی از بیماران دیابتی خیرخواهی و کمک به دیگران را شادی آفرین می‌دانستند: «پرداختن به امور خیریه و خیرخواهی برای دیگران باعث شادمانی و سرور قلبی من می‌شود». سازگاری موفق با مشکلات ناشی از دیابت موجب ارتقای خود مدیریتی دیابت می‌شود و در نهایت کیفیت زندگی بیمار را بهبود می‌بخشد (امینی و همکاران، 2012).
سنخ بندی زیست سازگارانه، دارای هشت برساخت مرتبه دوم غلبه بر بیماری، سازگاری روحی و روانی، بی تفاوتی و سازگاری، آگاهی و سازگاری، بی اثر بودن بیماری در روال زندگی، سازگاری ژنتیکی، سازگاری دوستانه و سازگاری دارویی می‌باشد. برخی از بیماران دیابتی اظهار داشتند: «من خودم بر بیماری غلبه کردم»، «من نسبت به بیماری حساس نیستم برام طبیعی بود». برخی بیماران می‌گفتند توانسته‌اند با سازگاری روحی و روانی بیماری را درمان کنند. آنها می‌گفتند: «با نگاه خوشبینانه بیماری را مدیریت کردم»، «این بیماری بر روح و روان من اثر نگذاشته است»، «اعتقاد من این است که اگر کسی به لحاظ روحی و روانی خودش را بسازد دوباره لوزالمعده فعال و بیماری بهتر می‌شود». برخی بیماران دیابتی معتقد بودند: «دیابت انسان را خسته می‌کند بنابراین، باید همه چیز را رها کرد و بی خیال شد»، «اول خیلی ناراحت

شدم بعد کم کم بی خیال شدم». آگاهی برای سازگاری با بیماری حائز اهمیت است، بیماران دیابتی می‌گفتند: «دکتر روان شناس با من صحبت کرد و مشاوره داد توانستم بر بیماری غلبه کنم». افراد دیابتی، بیماری دیابت را در زندگی بی اثر می‌دانستند آن‌ها می‌گفتند: «در واقع این بیماری تأثیری روی برنامه‌های من نداشته فقط غدام کمتر شده»، «این بیماری هیچ وقت مانعی برای انجام کارهام نبوده یک عامل بازدارند برام تلقی نشده»، «من این طور نیستم که زندگی نکنم چون قند دارم اولویت اولم دیابت نیست»، «دیابت روی کارهای روزمره‌ام تأثیری نداشته». برخی بیماران دیابتی می‌گفتند چون که این بیماری سابقه ژنتیکی در خانواده آنها دارد بنابراین آنها با بیماری سازگار شده‌اند به طوری که می‌گفتند: «دیابت در خانواده ما ارثی است انتظار داشتم منم بگیرم»، «لان مجبورم با بیماری بسازم، به خودم دل‌داری دادم که من تنها نیستم خیلی از افراد این بیماری دارند دست خودم که نبوده بیماری من ارثی هست». عده ای از بیماران دیابتی دوست شدن با بیماری را در سازگاری با بیماری مهم می‌دانستند به طوری که اذعان داشتند که: «باید با بیماری دوست باشی و اگر رعایت کنی هیچ اتفاقی نمی‌افتد». خوردن به موقع داروها در زمان مشخص و طبق ساعت عامل مهمی در سازگاری با بیماری می‌باشد. آن‌ها می‌گفتند: «اوایل خیلی سخت بود بعد دیدم می‌شود با دارو کنترل کرد، گفتم باید پرهیزکنم و دارو هام مصرف کنم».

جدول 3. سنخ بندی تجربه زیسته بیماران دیابتی از مضمون بهزیستی روانی

درون مایه نهایی تجربه زیسته	برساخت مرتبه دوم	سنخ بندی
بهزیستی روانی	نگرش عاطفی - نگرش شناختی - نگرش رفتاری	نگرش
	امیدواری فردی - امیدواری جمعی	زیست امیدوارانه
	اهمیت نسبی حوزه های زندگی - پیوند ها و تعاملات اجتماعی شادی آفرین - همبستگی ها و وابستگی های اجتماعی - فرهنگی - شادی و سلامتی - موقعیت های شغلی و وضعیت پایگاه اجتماعی - زیست نوع دوستانه	زیست شادی آفرین
	غلبه بر بیماری - سازگاری روحی و روانی - بی تفاوت شدن و سازگاری - آگاهی و سازگاری - بی اثر بودن بیماری در روال زندگی - سازگاری ژنتیکی - سازگاری دارویی - سازگاری دوستانه	زیست سازگارانه

زیست معیشتی در تجربه میان ذهنی مشارکت کنندگان

زیست معیشتی از چهار مضمون «رفاه اقتصادی»، «نوسانات اقتصادی»، «حمایت مالی» و «تاب آوری اقتصادی» تشکیل شده است. سنخ بندی رفاه اقتصادی در تجربه زیسته مشارکت کنندگان از سه برساخت مرتبه دوم رفاه خانواده، مصرف گرایی و پیشرفت مادی تشکیل شده است. مشارکت کنندگان اظهار داشتند: «دوست دارم که خانواده ام مشکل اقتصادی نداشته باشد»، «من کاری به گرانی ندارم در جهت رفاه خودم هر چیزی می خرم»، «در مورد مسائل مالی خدا را شکر مشکلی ندارم»، «من اگر تمام دارائی ام یکجا ازم بگیرند برام مهم نیست اما سالم باشم». سنخ بندی نوسانات اقتصادی در تجربه زیسته مشارکت کنندگان از دو برساخت مرتبه دوم «فقر و بیکاری» و «تقدینگی» تشکیل شده است. مشارکت کنندگان، فقر و بیکاری را از عوامل موثر بر بیماری خود می دانستند و چنین می گفتند: «قبلا درآمد ثابتی داشتم به خاطر تعدیل نیرو از کارم بیرونم کردند حالا درآمد ثابت ندارم»، «ما ثبات اقتصادی نداریم دوست دارم پشتوانه مالی داشته باشم که جوابگوی مشکلات معمولی زندگی باشد»، «بیکاری و پول نداشتن عامل دیابت من بود»، «دغدغه من وضع اقتصادی

خانواده ام است که بچه هام به جای خوب برسند و مشکل اقتصادی نداشته باشند»، «دل نگرانی من بیشتر مشکلات مالی هست». بیماران دیابتی برای تأمین هزینه دارو ها می گفتند: «آدم باید سالی دو بار خودش چک کند که بخاطر بی پولی بعضی اوقات نمی شود»، «هزینه های دارو زیاد است اگر داروی خارجی بگیرد خیلی بهتر است اما هزینه اش زیاد است ایرانی هم اثری ندارد»، «داروها قیمت بالایی دارند مرتب هم عوض می شوند»، «باید انسولین خارجی بزنید که گیر نیاید»، «مشکل مالی دارم نمیتونم دارو بخرم»، «درآمد کمی دارم بیمه هم نیستم».

سنخ بندی حمایت مالی در تجربه زیسته مشارکت کنندگان، از دو برساخت مرتبه دوم «پشتیبانی بیمه» و «پشتیبانی مالی» تشکیل شده است. بیماران دیابتی بیان می کردند: «چون حقوق بیمه دارم از نظر مالی مشکلی ندارم»، «من هزینه های بیماری ام بیشتر بنیاد شهید میدم»، مشارکت کننده دیگری گفت «با این که دارو گران شده چون حقوق بازنشستگی دارم می تونم تهیه کنم، بانک هزینه ای دارو بهم میدم». تاب آوری اقتصادی به معنی شناسایی راه ها و رفتارهایی است که استفاده از آن ها باعث افزایش ظرفیت مقابله با شوک های

«با یارانه و بیماری که نمی شود زندگی کرد»، «هن خیلی دغدغه مالی دارم»، «دوست دارم در زمان پیری از لحاظ اقتصادی مشکلی نداشته باشم». یکی از دیابتی ها از آمال و آرزوهای مادی و اقتصادی خود می گفت: «دوست دارم بتونم گلیم از آب بکشم»، «هن دوست دارم از رفاه مالی و اجتماعی برخوردار باشم».

خارجی منفی یا اثرات منفی می شود (محمدی و همکاران، 1396). سنخ بندی تاب آوری اقتصادی در تجربه زیسته مشارکت کنندگان از دو برساخت مرتبه دوم «آسیب اقتصادی» و «آرمان اقتصادی» تشکیل شده است. دیابتی ها از بی پولی می گفتند: «اگر پول داشته باشید می توانید به بیماری خودت برسی و پول خرج کنی»، «دوست دارم در آینده زمانی که فعالیت اقتصادی ندارم خانواده ام مشکلی نداشته باشد».

جدول 4. سنخ‌بندی تجربه زیسته بیماران دیابتی از مضمون زیست معیشتی

درون مایه نهایی تجربه زیسته	برساخت مرتبه دوم	سنخ بندی
زیست معیشتی	پشتیبانی مالی پشتیبانی بیمه	حمایت مالی
	آسیب اقتصادی - آرمان اقتصادی	تاب آوری اقتصادی
	فقر و بیکاری - نقدینگی	نوسانات اقتصادی
	رفاه خانواده - مصرف گرایی - پیشرفت مادی	رفاه اقتصادی

بحث و نتیجه‌گیری

«معنویت» و «عدم وجود عوارض بیماری» به دست آوردند. توجه به ابعاد مختلف سلامت می تواند ما را متوجه این مسئله نماید که لازم است در برنامه‌ریزی های مربوط به سبک زندگی سلامت مدار و در مراقبت از بیماران، کلیت زندگی روزانه افراد مورد توجه قرار گیرد، چرا که توجه صرف به جنبه جسمی و فیزیکی در مراقبت از این بیماران کافی نیست. مضمون های ظهور یافته در سبک زندگی در پژوهش حاضر نیز با مفاهیم استخراج شده از سایر مطالعات نیز همخوانی داشت. شب بیدار و فتحی (1386) در تحقیقی، آموزش تغذیه بر سطح آگاهی، نگرش و عملکرد بیماران «دیابتی» «نوع دو» را موثر می دانند. بر اساس الگوی ریف، بهزیستی روان شناختی تلاش برای کمال در جهت تحقق توانایی های بالقوه فرد و همچنین به عنوان یک ارزش فردی و اجتماعی و همچنین یک نیاز روانشناختی بنیادی مطرح

پژوهش حاضر به کشف تجربه زیسته «دیابت» نزد بیماران دیابتی با روش پدیدارشناسی «شوتز» پرداخته است. برخی مضمون های ظهور یافته در مطالعه حاضر با مفاهیم استخراج شده از سایر مطالعات در ایران و خارج همخوانی داشت. ولی زاده و همکاران (1391) در تحقیقی، ابعاد سلامت در تجربیات زنان دیابتی را چند بعدی می دانند و در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی قرار می دهند. در پژوهش حر و همکاران (1397)، چهار درون مایه شامل بعد سلامت جسمانی، بعد سلامت روان شناختی، بعد سلامت معنوی و سلامت اجتماعی استخراج گردید. ولی زاده و همکاران (1391) در تحقیقی، پنج درونمایه نهایی پیرامون مفهوم سلامت بیماران مبتلا به «دیابت» شامل «تن سالم و دل خوش»، «زندگی بدون محرومیت»، «آرامش خاطر»،

اند و ویژگی هایی از شخصیت را بهنجار تلقی کرده اند که به فرد کمک می کنند تا خود را با جهان پیرامون خویش سازگار سازد (اتکینسون و همکاران، 1370). در این میان سازگاری اجتماعی انعکاسی از تعامل فرد با دیگران، رضایت از نقش های خود و نحوه عملکرد در نقش هاست که همچنانکه ویزمن²⁹ (1975) خاطرنشان می سازد، به احتمال زیاد تحت تأثیر شخصیت قبلی، فرهنگ، و انتظارات خانواده قرار دارد.

ملاحظات اخلاقی: رضایت نمونه ها برای مشارکت در تحقیق کاملاً رعایت شده و تمامی پاسخگویان، آگاهانه در پژوهش مشارکت نمودند.

تقدیر و تشکر: این مقاله برآمده از پایان نامه دکتری نویسنده اول است. نویسندگان مقاله از مشارکت کنندگان در تحقیق که در به بارنشستن آن، نقش مهمی داشتند تقدیر و تشکر می کنند.

تضاد منافع: نویسندگان این مقاله هیچ گونه تعارض منافی ندارند.

گردیده است (داینر و لوکاس²⁶، 2000) که از شش عامل پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط، استقلال، هدفمندی در زندگی و رشد شخصی تشکیل شده است (ریف و کیس²⁷، 1995). تحلیل داده ها حاکی از آن است که زیست امیدوارانه با دو برساخت مرتبه دوم امیدواری فردی و امیدواری اجتماعی مرتبط است. یافته های این بخش با نتایج تحقیق امیری اسفرجانی و همکاران (1397) که با روش داده بنیاد به کاوش امید اجتماعی پرداختند، همخوانی دارد. شادکامی بخش مهمی از کیفیت زندگی و بالاتر از هر ثروتی است. آرگایل²⁸ (1995) در ادبیات جدید، شادکامی را ترکیبی از وجود عاطفه مثبت و رضایت از زندگی تعریف می کند. به نظر او زیست شادی آفرین در دسته بندی کلی تر زیرمضمون شادکامی در حوزه روانشناسی قرار می گیرد. از نظر وی، برون گرایان به این دلیل بانشاط هستند که ارتباط اجتماعی و فعالیت اجتماعی بیشتری دارند. سومین مضمون در بهزیستی روان شناختی، زیست سازگارانه می باشد. افشار و همکاران (1393) در یک مطالعه کیفی به تبیین تجارب نوجوانان مبتلا به دیابت پرداختند. زیست سازگارانه در بعد کلی تر زیر گروه نظریه سازگاری اجتماعی قرار دارد. روان شناسان، سازگاری فرد را در برابر محیط مورد توجه قرار داده

منابع فارسی

- ابراهیمی صدرآبادی، فاطمه، میرزایی، مسعود. (1397). تبیین تجربه بیماران دیابتی از شیوه های مقابله با بیماری: مطالعه گراند تئوری. تحقیقات کیفی در علوم سلامت، 7(4)، 407-417.
- اتکینسون، ریچارد سی، هوکسما، سوزان نولن، بم، داریل، اسمیت، ادوارد، اتکینسون، ریتا ال. (1370). زمینه روان شناسی. ترجمه محمد تقی براهنی و همکاران. تهران: انتشارات رشد.
- احمدی، سیروس. (1393). جامعه شناسی صنعتی. تهران: انتشارات جامعه شناسان.

آرگایل، میشل. (1382). *روان‌شناسی شادی*. ترجمه مسعود گوهری و همکاران. اصفهان: انتشارات جهاد دانشگاهی.

استقامتی، علیرضا، عباسی، مهرشاد، یوسفی زاده، عباس. (1385). بررسی کارآیی انسولین انسانی: استفاده از روش کلامپ با سطح ثابت قند خون برای مقایسه دو نوع مختلف تجاری انسولین انسانی. *مجله دیابت و متابولیسم ایران*، 5(1)، 59-65.

افشار، محمد، معماریان، ربابه، محمدی، عیسی. (1393). تبیین تجارب نوجوانان مبتلا به دیابت - یک مطالعه کیفی. *فصلنامه پرستاری دیابت دانشکده پرستاری و مامایی زابل*، 1(5)، 7-19.

<https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.23455020.1393.2.1.1.4>

امیری اسفرجانی، زهرا، هاشمیان فر، سید علی، قاسمی، وحید. (1397). کاوش در امید اجتماعی: نظریه داده بنیاد. *مسائل اجتماعی ایران*، 10(1)، 27-51.

امینی، زکیه، اصغرپور، اعظم فاضل، زراعتی، عباسعلی، اسماعیلی، حبیب الله. (1391). تأثیر برنامه مراقبتی مبتنی بر الگوی سازگاری روی فعالیتهای روزانه زندگی بیماران همودیالیزی. 4(2)، 145-153.

<http://dx.doi.org/10.29252/jnkums.4.2.145>

ایمان، محمد تقی. (1391). فلسفه روش تحقیق در علوم انسانی. قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.

ایمان، محمد تقی. (1388). مبانی پارادایمی و روش‌های کمی و کیفی تحقیق در علوم انسانی. قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.

بدار، لوک، لامارش، لوک، ذیل، ژوزه. (1391). روان‌شناسی اجتماعی. ترجمه حمزه گنجی. تهران: انتشارات ساوالان.

بدری زاده، افسانه، رضایی جمالویی، حسن، خانزاده، مصطفی، فروغی، سعید، ساکی، ماندانا. (1400). بررسی نقش حمایت اجتماعی و مولفه‌های آن در پیروی از درمان دارویی در بیماران دیابتی نوع دو شهر خرم‌آباد. *مجله پرستاری و مامایی*، 19(9)، 696-703.

<http://dx.doi.org/10.52547/unmf.19.9.696>

بلیکی، نورمن. (1391). *پارادایم‌های تحقیق در علوم انسانی*. ترجمه سید حمیدرضا حسنی و همکاران. تهران: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.

پژوهان فرد، سعید، ایمان، محمد تقی، عباسی شوازی، محمد تقی، خسروی، رقیه. (1402). کشف تجربه زیست سلامت مدار نزد بیماران دیابتی: یک مطالعه پدیدارشناسی. *پرستاری دیابت زابل*، 12(1)، 2360-2373.

دانایی فرد، حسن، و کاظمی، حسین. (1390). پژوهش‌های تفسیری در سازمان: استراتژی پدیدارشناسی و پدیدار نگاری. تهران: انتشارات دانشگاه امام صادق.

ریو، مارشال. (1386). انگیزش و هیجان. ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: انتشارات ارسباران.

حر، مریم، آقایی، اصغر، عابدی، احمد، گل‌پرور، محسن. (1397). شناسایی ابعاد مختلف سبک زندگی سلامت، ویژه زنان مبتلا به دیابت نوع دو: یک مطالعه کیفی پدیدار شناختی. *مجله دیابت و متابولیسم ایران*، 17(5)، 242-256.

چلبی، مسعود، موسوی، سید محسن. (1388). بررسی جامعه‌شناختی عوامل موثر بر شادمانی در سطوح خرد و کلان. *مجله جامعه‌شناسی ایران*، 9(1)، 34-57.

<https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.17351901.1387.9.1.2.7>

شب بیدار، سکینه، فتحی، بتول. (1386). تأثیر آموزش تغذیه بر سطح آگاهی، نگرش و عملکرد بیماران دیابتی نوع 2. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند*، 14(1)، 9-15.

صادقی مزیدی، ابودر، خوارزمی، عرفان، جوانبخت، مهدی، حیدری، علیرضا، بیاتی، محسن. (1391). تجزیه و تحلیل هزینه‌های اقتصادی

بیماری دیابت در بیماران دیابتی نوع دو، فصلنامه پایش، 11 (4)، 444-449.

صفری شمالی، رضا، طوافی، پویا. (1397). بررسی میزان امید به آینده و عوامل موثر بر آن در بین شهروندان تهرانی. فصلنامه برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، 35، 116-153.

<https://doi.org/10.22054/qjsd.2018.9312>

فقهی، حمید، سعادت جو، سیدعلیرضا، دستجردی، زهرا. (1392). بررسی سازگاری روانی اجتماعی بیماران دیابتی نوع دو در مرکز دیابت شهرستان بیرجند: مراقبت های نوین. فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه بیرجند، 4، 249-256.

غضنفری، زینب، نیک نامی، شمس الدین، غفرانی پور، فضل الله، لاریجانی، باقر. (1388). تبیین فعالیت جسمانی منظم از دیدگاه زنان مبتلا به دیابت: یک مطالعه کیفی. افق دانش، 15 (1)، 5-15.

غفاری نسب، اسفندیار. (1398). درآمدی بر روش تحقیق پدیدارشناسی با رویکردهای توصیفی، تفسیری و اجتماعی. تهران: انتشارات بهمن برنا.

کرسول، جان. (1391). پویش کیفی و طرح پژوهش: انتخاب از میان پنج رویکرد روایت پژوهی، پدیدارشناسی، نظریه داده بنیاد، قوم‌نگاری و مطالعه موردی. ترجمه حسن دانهائی فرد و حسین کاظمی. تهران: انتشارات صفار.

کرهرودی، فاطمه، محمدی شاهبلاغی، فرحناز، حسینی، محمد علی، رسولی، مریم. (1394). تجارب زیسته خود مدیریتی در نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک: یک مطالعه پدیدارشناسی. مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران، 17 (6)، 434-425.

کیانی، فاطمه، نیکبخت، رضا. (1392). بررسی رابطه باورهای مذهبی و افسردگی بیماران دیابتی مراجعه کننده به کلینیک دیابت بیمارستان حضرت علی اصغر (ع) شهر زاهدان. فصلنامه پرستاری دیابت، 21 (2)، 61-67.

<https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.23455020.1392.1.2.7.5>

محمدی، تیمور، شاکری، عباس، تقوی، مهدی، احمدی، مهدی. (1396). تبیین مفهوم، ابعاد و مولفه های تاب آوری اقتصادی، فصلنامه مطالعات راهبردی بسیج، 20 (75)، 90-120.

محبی، زینب، کاکابرابی، کیوان، مومنی، خدامراد. (1400). رابطه استیگما با رضایت از زندگی و عاطفه مثبت/منفی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. فصلنامه روان شناسی تحلیلی - شناختی، 12 (46)، 79-91.

محمودی، اعظم، علوی، موسی. (1394). تجارب بیماران مبتلا به دیابت و تیم سلامت از کنترل دیابت: یک مطالعه پدیدارشناسی. مدیریت ارتقای سلامت، 1 (3)، 70-80.

موسوی، سید محسن. (1392). شادمانی: رویکردهای نظری و یافته های تجربی. تهران: انتشارات سینا.

ولی زاده، محمد، نصیری، معصومه، شمس، لیدا. (1399). بررسی سبک زندگی بیماران دیابتی نوع دو و افراد غیر دیابتی در مناطق روستایی رشت. فصلنامه پرستاری، مامایی و پیراپزشکی، 6 (4)، 72-81.

ولی زاده، سوسن، آقامحمدی، معصومه، محمدی، عیسی، ابراهیمی، حسین. (1391). ابعاد سلامت در تجربیات زنان دیابتی ایرانی: یک مطالعه پدیدارشناسی. دو ماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، 10 (3)، 459-449.

References

Afshar, M., Memarian, R. & Mohammadi, I. (2014). A qualitative study og teenagers about diabetes. *Journal of Diabetes Nursing*, 1(5), 7-19. [In Persian]
<https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.23455020.1393.2.1.1.4>

- Ahmadi, S. (2014). *Industrial sociology*. Tehran: Sociologists Publication. [In Persian]
- Amini, Z., Asgharpour, A. F., Zeraati, A. & Esmaeili, H. (2012). The effect of care plan based on the Roy Adaptation Model on activities of daily living of hemodialysis patients. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*, 4(2), 145-153. [In Persian]
<http://dx.doi.org/10.29252/jnkums.4.2.145>
- Amiri Esfarjani, Z., Hashemianfar, S. A. & Ghasemi, V. (2018). A study on social hope: A grounded theory. *Social Problems of Iran*, 10(1), 51-27. [In Persian]
<https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.24766933.1398.10.1.10.2>
- Argyle, M., Martin, M. & Lu, L. (1995). *Testing for stress and happiness: The role of social and cognitive factors*. In: L. C. D. Spielberger, & I. G. Sarason (Eds.), *Stress and Emotion*. Washington DC: Taylor & Francis.
- Argyle, M. (2003). *The psychology of happiness*. (M. Gohari, Trans.). Isfahan: Jihad Daneshgahi Publication. [In Persian]
- Atkinson, R. C., Hoeksma, Nolen., Bam, D., Smith, E. & Atkinson, R. L. (1991). *Introduction to psychology*. (M. T. Baraheni, Trans.). Tehran: Roshd Publication. [In Persian]
- Badrizadeh, A., Rezaei Jamaloui, H., Khanzadeh, M., Foroughi, S. & Saki, M. (1400). Evaluation the role of social support and its components in adherence in treatment in type 2 diabetic patients in Khorramabad City. *Nursing and Midwifery Journal*, 19(9), 703-696.
<http://dx.doi.org/10.52547/unmf.19.9.696>
- Bedar, L., Lamarche, L. & Dezil, J. (2012). *Social psychology*. (H. Ganji, Trans.). Tehran: Savalan Publication. [In Persian]
- Beulens, W. J., Pinho, G. M., Abreu, T. C. & et al. (2022). Environmental risk factors of type 2 diabetes: An exposome approach. *Diabetologia*, 65(2), 263-274
<https://doi.org/10.1007/s00125-021-05618-w>
- Blaikie, N. (2012). *Social research: Paradigms in action*. (S. H. Hassani, Trans.). Tehran: Research Institute of the Hawza and University. [In Persian]
- Chalabi, M. & Mousavi, S. M. (2009). A sociological analysis of happiness at micro and macro levels. *Iranian Journal of Sociology*, 9(1), 57-34. [In Persian]
<https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.17351901.1387.9.1.2.7>
- Creswell, J. W. (2012). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches: narrative research, phenomenology, grounded theory, ethnography, and case study*. (H. Danaeifard & H. Kazemi, Trans.). Tehran: Saffar Publication. [In Persian]
- Crossly, N. & Ponty, M. (2012). *Medicine and the body in contemporary theorists for medical sociology*. London: Routledge.
- Cruz, I. (2014). *The lived experience of insulin-dependent diabetes among adult Latinos in a primary care clinic in San Antonio*. Iowa: The University of Iowa.
- Danaeifard, H. & Kazemi, H. (2011). *Interpretive research in organizations: Phenomenological and phenomenographic strategy*. Tehran: Imam Sadegh University Press. [In Persian]
- Devsam, B.U., Bogossian, F. E. & Peacock, A. S. (2013). An interpretive review of women's experiences of gestational diabetes mellitus: Proposing a framework to enhance midwifery assessment. *Women Birth*, 26(2), 69-76.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2012.12.003>
- Diener, E., Gohm., E. & Oishi, S. (2000). Similarity of the relations between marital status and subjective well-being across cultures. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 31(4), 419-436.

<http://dx.doi.org/10.1177/0022022100031004001>

Diwani, S. A. & Sam, A. (2014). Diabetes forecasting using supervised learning techniques. *Advances Computer Science an International Journal*, 3, 8-10.

Ebrahimi Sadrabadi, F. & Mirzaei, M. (2018). Diabetics patients' experience of coping with diabetes mellitus: A grounded theory study. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*, 7(4), 417-407. [In Persian]

Esteghamati, A., Hasbi, M. & Farzin, H. (2006). Prescribing exercise in patients with type 2 diabetes. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid*, 5(1), 59-65. [In Persian]

Feghhi, H., Saadat Joo, S. A. & Dastjerdi, Z. (2013). Psychological adaptation in patients with type 2 diabetes referring to diabetes research center of Birjand. *Modern Care Journal*, 4, 249-256. [In Persian]

Ghafarinasab, E. (2019). *An introduction to phenomenological research method with descriptive, interpretive and social approaches*. Tehran: Bahman Borna Publication. [In Persian]

Ghazanfari, Z., Niknami, S., Ghofranipour, F. & Larijani B. (2009). Explanation of regular physical activity from the point of view of women with diabetes: A qualitative study. *Afogh Danesh, Quarterly Journal of Gonabad University of Medical Sciences and Health Services*, 15(1), 5-15. [In Persian]

Hill, J. O., Wyatt, H. R., Reed, G. W. & Peters, J. C. (2003). Obesity and the environment: Where do we go from here? *Science*, 299, 853-855.

<https://doi.org/10.1126/science.1079857>

Holmström, M.R. & Söderberg, S. (2021). The lived experiences of young people living with type 1 diabetes: A hermeneutic study. *Nursing Open*, 9(6), 2878-2886.

Holmström, M.R., Häggström, M., Auduly, Å., Juneag, L., Coyne, I. & Söderberg, S. (2017). To integrate and manage diabetes in school: Youth's experiences of living with type 1 diabetes in relation to school A qualitative study. *International Diabetes Nursing* 14(2-3), 46-51.

Hor, M., Aghaei, A., Abedi, A. & Golparvar, M. (2018). Recognizing different aspects of healthy lifestyle for women with diabetes type 2: A phenomenological qualitative study. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism*, 17(5), 256-242. [In Persian]

Iman, M. Taghi. (2012). *Philosophy of research method in the humanities*. Qom: Research Institute of the Seminary and University. [In Persian]

Iman, M. T. (2009). *Paradigmatic foundations and quantitative and qualitative research methods in the humanities*. Qom: Research Institute of the Seminary and University. [In Persian]

International Diabetes Federation.(2025). Diabetes atlas. Available at: https://diabetesatlas.org/media/uploads/sites/3/2025/04/IDF_Atlas_11th_Edition_2025.pdf

Iversen, A. S., Graue, M., Haugstvedt, A. & Raheim, M. (2018). Being mothers and fathers of a child with type 1 diabetes aged 1 to 7 years: A phenomenological study of parents' experiences. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 13(1), 1-10.

<http://dx.doi.org/10.3390/ijerph19010554>

Karahroodi, F., Mohammadi Shahbolaghi, F., Hosseini, M. Ali. & Rasouli, M. (2015). Experiences of self-management of type 1 diabetes in adolescents: A phenomenological study. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 17(6), 434-425. [In Persian]

Kiani, F. & Nikbakht, R. (2013). Investigation of the relationship between religious beliefs and depression of diabetic patients referring to the diabetes clinic of Hazrat Ali Asghar Hospital in Zahedan. *Diabetes Nursing Quarterly of Zabul College of Nursing and Midwifery*, 1(2), 61-67. [In Persian].

<https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.23455020.1392.1.2.7.5>

- Klu, D., Alhassan, R., Dalaba, M. & Doegah, P. (2022). Trajectories of lived experiences of people living with diabetes mellitus in Africa: Evidence mapping of conceptual framework. *African Journal of Diabetes*, 30(1), 1–10.
<http://dx.doi.org/10.54931/2053-4787.30-1-4>
- Leder, D. (1992). A Tale of Two Bodies: The Cartesian Corpse and the Lived Body, in *The Body in Medical Thought and Practice*. 17-35.
- Memolo, F. & Willis, M. F. (2023). An interpretive phenomenological analysis of lived experiences of people who have diabetes. *American Journal of Qualitative Research*, 7(2), 89-112.
<https://doi.org/10.29333/ajqr/13138>
- Mohammadi, T., Shakeri, A., Taghavi, M. & Ahmadi, M. (2017). Explaining the concept, dimensions and components of economic resilience. *Basij Strategic Studies Quarterly*, 20(75), 120-90. [In Persian]
- Mahmoudi, A. & Alavi, M. (2015). Experience of diabetic patients and health team of diabetes control: A phenomenological study. *Journal of Health Promotion Management*, 1(3), 70-80. [In Persian]
- Mohebbi, Z., Kakabraei, K. & Momeni, K. (2021). The relationship of stigma with life satisfaction and positive/negative affect in patients with type 2 diabetes. *Journal of Analytical-Cognitive Psychology*, 12(46), 79-91. [In Persian]
- Moran, D. (2000). *Introduction to phenomenology*. London: Rutledge.
- Mousavi, S. M. (2013). *Happiness: Theoretical approaches and empirical findings*. Tehran: Sina Publication. [In Persian]
- Mphasha, M. H., Mothiba, T.M. & Skaal, L. (2023). Lived experiences of diabetic outpatients attending clinics in rural areas of Limpopo province in South Africa. *Health SA Gesondheid*, 28, 1726-1728.
<https://doi.org/10.4102/hsag.v28i0.1726>
- Myers, D. & Ed Diener (1992). Who is happy? *Psychological Science*, 16(1), 10-19.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1995.tb00298.x>
- Owen, N., Sparling, P. B., Healy, G. N., Dunstan, D. W. & Matthews, C. E. (2010). Sedentary behavior: Emerging evidence for a new health risk. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(12), 1138–1141.
<https://doi.org/10.4065/mcp.2010.0444>
- Pajoohanfard, S., Iman, M. T., Abbasi Shawazi, M. Taghi. & Khosravi, R. (2023). Exploring health-oriented bio-experience among diabetic patients: A phenomenological study. *Journal of Diabetes Nursing*, 12(1), 2373-2360. [In Persian]
- Palmer, T., Waliaula, C., Shannon, G., Salustri, F., Grewal, G., Chelagat, W. & et al. (2021). Understanding the lived experience of children with type 1 diabetes in Kenya. Daily routines and adaptation over time. *Qualitative Health Research*, 32 (1), 145-158.
<https://doi.org/10.1177/10497323211049775>
- Patidar, V., Sethi, D. & Ramesh, S. (2024). A phenomenological study to assess the lived experience of health-related quality of life of diabetic patients in selected hospitals of Pune City. *Journal of Nursing & Health Science*, 13(2), 47-54.
<http://dx.doi.org/10.5958/0976-5506.2019.01916.8>
- Ponty, M. (2005). *Phenomenology of perception*. London: Routledge.
- Priest, H., Roberts, P. & Woods, L. (2011). An overview of three different approaches to the interpretation of qualitative data, Part 1: Theoretical issues. *Nurse Researcher*, 10(1), 30-42.
<https://doi.org/10.7748/nr2002.10.10.1.30.c5877>
- Reeve, J. M. (2007). Motivation and emotion. (Y. Seyed Mohammadi, Trans.). Tehran: Arsabaran Publication. [In Persian]

- Ryff, C. D. & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- Sadeghi-Mazedi, A., Kharazmi, E., Javanbakht, M., Heydari, A. & Bayati, M. (2012). Analysis of the economic costs of diabetes in type 2 among diabetic patients. *Payesh Journal*, 11 (4), 444-449. [In Persian]
- Safari Shali, R. & Tawafi, P. (2018). Assessing the hope for the future and its effective factors among citizens of Tehran. *Social Development & Welfare Planning*, 35, 116-153. [In Persian]
<https://doi.org/10.22054/qjsd.2018.9312>
- Shab bidar, S., Fathi, B. (2007). The effect of nutrition education on the level of knowledge, attitude and performance of type 2 diabetic patients. *scientific journal of Birjand University of Medical Sciences*. 1(14):9-15. [In persian]
- Schutz, A. (1954). Concept and theory formation in the social sciences, *Journal of philosophy*, 51(9), 257-273.
<https://doi.org/10.2307/2021812>
- Valizadeh, M., Nasiri, M. & Shams, L. (2019). Evaluation of lifestyle of type 2 diabetic patients and non-diabetic people in rural areas of Rasht. *Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty*, 6(4), 72-81. [In Persian]
- Valizadeh, S., Aghamohammadi, M., Mohammadi, I. & Ebrahimi, H. (2012). Health according to the experiences of Iranian women with diabetes: A phenomenological study. *Nursing and Midwifery Journal*, 10(3), 449-459. [In Persian]
- Weissman, M. M. (1975). The assessment of social adjustment. A review of techniques. *Archives of General Psychiatry*, 32, 125-136.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1975.01760210091006>

