مجله‌ی غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی شهید بهشتی
دوره‌ی شانزدهم، شماره‌ی ۴، صفحه‌های ۲۴۴ ـ ۲۳۵ (مهر ـ آبان ۱۳۹۳)

مقاله‌ی پژوهشی

تبیین دیدگاه‌های زنان مبتلا به دیابت در مورد سلامت و بیماری، عوارض و محدودیت‌های تجربه شده: یک مطالعه‌ی کیفی

صدیقه نوح جاه[۱]، فاطمه فیاضی[۲]، افسانه افشین‌فر[۲]، فاطمه حزبئی پور[۲]

۱) پژوهشکده‌ی سلامت، مرکز تحقیقات دیابت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، ۲) گروه بهداشت عمومی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، ایران، **نشانی مکاتبه‌ی نویسنده‌ی مسئول:** پژوهشکده سلامت، مرکز تحقیقات دیابت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران، صدیقه نوح جاه؛ e-mail: S_nouhjah@yahoo.com

چکیده

مقدمه: دیابت ملیتوس بیماری پیشرونده‌ی مزمنی است که جسم، روان و عملکرد بیمار را تحت تاثیر قرار می‌دهد. دیدگاه‌های بیماران در مورد سلامت، بیماری، کنترل و درمان بیماری پیشگویی‌کننده‌ی نتیجه‌ی تغییرات سبک زندگی و برنامه‌های درمانی در این بیماران می‌باشد. پژوهش حاضر به منظور استخراج دیدگاه‌های زنان دیابتی در مورد بیماری و عوارض تجربه شده ناشی از بیماری انجام شد. مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر با رویکرد کیفی و روش تحلیل درون‌مایه‌ای صورت گرفت. آزمودنی‌ها شامل ۴۰ بیمار زن مبتلا به دیابت بودند که به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. مصاحبه‌ها ضبط، و سپس کلمه به کلمه تایپ شد و تحلیل داده‌ها با مقایسه‌ی دایمی و هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها صورت پذیرفت. یافته‌ها: پس از جمع‌آوری و آنالیز هم‌زمان داده‌ها، ۱۱۷ کد اولیه، ۱۴ کد سطح دوم و ۳ کد سطح سوم استخراج گردید. مفاهیم اصلی به دست آمده شامل: ۱- احساسات متناقض بیماران در مورد وضعیت سلامت شخصی و بیماری دیابت، ۲- اثرات روحی و روانی تجربه شده، ۳- محدودیت‌های تجربه شده در کنترل و درمان بیماری بود. نتیجه‌گیری: بیشتر بیماران دیابتی نگرش منفی در مورد بیماری داشته و دغدغه‌های بسیاری در مورد کنترل و درمان بیماری و عوارض درازمدت آن دارند. نگرش بیماران در مورد وضعیت سلامتی نقش مهمی در برنامه‌ی خودمراقبتی آنان دارد. درک و شناخت دقیق تجارب بیماران می‌تواند سهم به سزایی در برنامه‌ریزی‌های بعدی در راستای مداخلات و تغییرات در رفتار مرتبط با ارتقای سلامت این بیماران داشته باشد.

واژگان کلیدی: مطالعه کیفی، دیابت، سلامت و بیماری، اهواز

دریافت مقاله: ۹۲/۹/۱۷- دریافت اصلاحیه: ۹۳/۴/۱۸ ـ پذیرش مقاله: ۹۳/۵/۱۳

مقدمه

دیابت ملیتوس به عنوان اپیدمی قرن ۲۱ شناخته شده و به سبب مشکلاتی که به افراد و سیستم‌های بهداشتی تحمیل می‌کند، یک نگرانی عمده‌ی سلامت عمومی می‌باشد.[۱] ماهیت مزمن این بیماری بر جسم، روان و عملکرد فردی و اجتماعی بیمار تاثیر می‌گذارد.[۲،۳] بروز و شیوع این بیماری به طور چشمگیری رو به افزایش است و برآورد گردیده تا سال ۲۰۳۰ تعداد مبتلایان به ۳۶۶ میلیون نفر برسد. در حال حاضر بیش از ۳ میلیون نفر در ایران مبتلا به دیابت هستند که براساس برآورد سازمان جهانی بهداشت[i] چنانچه اقدامات موثری صورت نپذیرد، این تعداد تا سال ۲۰۳۰ به حدود ۷ میلیون نفر افزایش خواهد یافت.[۳] پژوهش‌ها بیانگر این است که کنترل مناسب قند خون و مدیریت موفق آن نیازمند

i- World Health Organization

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-07]

رفتارهای خودمراقبتی در بیمار است.[۴-۷] خودمراقبتی به نحو چشمگیری می‌تواند عوارض خطرناک بیماری را به تعویق انداخته و کیفیت زندگی بیماران را بهبود بخشد.[۵،۸] باورها و نگرش‌های بیمار در مورد سلامت و بیماری می‌تواند نقش بسزایی در پذیرش درمان و پیامدهای بیماری و خودمراقبتی داشته باشد، وجود بیماری مزمنی مانند دیابت روی درک بیماران از سلامتی و بیماری تاثیر می‌گذارد.[۴] سنجش درک بیماران از بیماری و نظرشان در مورد آن می‌تواند منجر به مداخلات رفتاری موثری گردد.[۷]

سلامتی و بیماری یک مفهوم نسبی است و معیارهای سلامتی و بیماری بین گروه‌های مختلف جامعه متفاوت می‌باشد. زمانی که فردی از زندگی خود احساس رضایت داشته باشد و از بیمار بودن خود احساس ناراحتی نداشته باشد، برای مراقبت از خود انرژی بیشتری دارد و در این صورت روز به روز احساس بهتری خواهد داشت و سالم‌تر خواهد ماند.[۹] از طرفی شواهد نشان می‌دهد که وضعیت سلامت زنان در جهان نامطلوب می‌باشد. یافته‌های بررسی‌ها گویای آن است که عوامل خطرساز دیابت به ویژه افزایش وزن، چاقی و نبود فعالیت فیزیکی بین زنان در تمام زیرگروه‌های جمعیتی بسیار رایج‌تر از مردان می‌باشد.[۱۰،۱۱] از سوی دیگر باورهای سلامت از نظر زنان و مردان دیابتی تا حدودی متفاوت می‌باشد. مقایسه‌ی باورهای سلامتی و بیماری بین زنان و مردان در اوگاندا نشان داد که زنان مبتلا به دیابت، احساس خوشحالی، توانایی انجام کار منزل و حمایت در زندگی روزمره، و مردان دیابتی استقلال مالی و عملکرد جنسی مناسب را به عنوان شاخص‌های سلامت مطرح کرده‌اند.[۶] از نظر زنان، فرسودگی یا ضعف به معنای بیماری نیست و سالم یعنی کسی که می‌تواند کار کند. ژوستین کورنول در پژوهش خود نشان داد زنان همین قدر که سرپا باشند خود را بیمار نمی‌دانند.[۱۲]

زنان در خودمراقبتی و یافتن داده‌های کافی برای سازگاری با این شرایط فعال‌تر از مردان می‌باشند. هم‌چنین، زنان نقش رژیم غذایی، داروها و بهداشت شخصی و عمومی را در خودمراقبتی مهم‌تر دانسته و با شرکت در کلاس‌های آموزشی و آموزش‌های گروهی بیماری را مدیریت می‌نمودند، در حالی‌که مردان ترجیح می‌دادند به طور انفرادی در مورد مراقبت از خود آموزش لازم را دریافت نمایند.[۱۳]

بیشتر پژوهش‌های انجام شده پیرامون دیابت در ایران و سایر کشورها با رویکرد کمی صورت گرفته است.[۱۴] شناخت باورها و نگرش زنان دیابتی را نمی‌توان با روش‌های کمی مورد بررسی قرار داد. انسان موجود پیچیده و متغیری است. برای موضوعاتی که به انسان و ماهیت رفتارهای اجتماعی و تعاملاتش مربوط است، روش‌های تحقیق کیفی مناسب می‌باشد.[۱۵،۱۶] تحقیق کیفی سبب ایجاد بصیرت نسبت به رفتار و سبک زندگی مردم، آگاهی‌ها، نگرش‌ها، احساسات، عقاید، ارزش‌ها و تجربیات می‌گردد.[۱۷] مداخلات آموزشی بدون در نظر گرفتن عقاید، باورها و نگرش‌های مردم بنیان و اعتباری ندارد.[۱۸] با توجه به شیوع بالای دیابت، تغییرات، سبک زندگی و عدم وجود مطالعه‌ی کیفی در زمینه‌ی دیابت زنان، پژوهش حاضر به روش کیفی با هدف توصیف تجربه دیابت در زنان مبتلا به دیابت مراجعه‌کننده به درمانگاه دیابت بیمارستان گلستان اهواز انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر به منظور استخراج نگرش و آگاهی زنان دیابتی پیرامون بیماری خود با رویکرد کیفی و روش تحلیل درون مایه‌ای[i] طی مدت ۶ ماه با نمونه‌گیری در میان زنان دیابتی صورت گرفت. نمونه‌ها از درمانگاه دیابت شهر اهواز (بیمارستان گلستان) انتخاب شد. در پژوهش حاضر زنان دیابتی مورد مصاحبه عمیق نیمه‌ساختاری فردی قرار گرفتند. مصاحبه‌ها تا رسیدن به غنای لازم و در اصطلاح اشباع داده‌ها[ii]، ادامه یافت. اشباع داده‌ها حالتی است که جمع‌آوری داده‌ها هیچ اطلاعات جدیدی در مورد پدیده‌ی مورد مطالعه فراهم نکند و جزئیات بیشتری حاصل نگردد.[۱۹] در ابتدای مصاحبه، پرسش‌هایی برای آشنایی بیشتر پژوهش‌گر با آزمودنی‌ها و نیز ایجاد جوی صمیمانه پرسیده شد و سپس پرسش‌هایی اختصاصی‌تر در راستای اهداف پژوهش مطرح گردید.

مصاحبه‌ها توسط اعضا تیم پژوهش انجام گرفت. آزمودنی‌ها با بیشینه‌ی تنوع (تحصیلات، سن و قومیت) انتخاب شدند. بیماران در محل مراجعه (کلینیک دیابت) در یک مکان خلوت مورد مصاحبه قرار گرفتند. مدت هر مصاحبه ۲۵ تا ۳۰ دقیقه بسته به جریان و موقعیت آن به طول انجامید. مصاحبه‌ها ضبط شده و سپس کلمه به کلمه تایپ گردید.

i - Thematic Analysis
ii - Data Saturation

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-07]

مشاهـدات پژوهش‌گـران در خصوص رفتارهـای غیرکلامی مانند تن صدا، واکنش‌های هیجانی و حالت صورت به طور همزمان با سایر داده‌ها ثبت شده و در هنگام تجزیه و تحلیل مورد استفاده قرار گرفت.

تجـزیـه و تحلیـل داده‌هـا همـراه مقایسـه دایمی[i] و همزمان با جمع‌آوری داده‌ها صورت گرفت.[۲۰] متن هر مصاحبه چندین بار توسط همه‌ی اعضای تیم پژوهش مطالعه می‌گردید و با شکستن هر متن، مضمون‌ها (درون مایه، تم) استخراج، کدبندی و طبقه‌بندی شدند. جلسـات بحث تیم تحقیقاتی به عنـوان راهنمای مصاحبه‌ی بعدی، در صورت نیاز مورد استفاده قـرار گرفت. لازم به یادآوری است برای رعایت اخلاق پژوهش به شرکت‌کنندگان در پژوهش در خصوص هدف مصاحبه‌ها و محرمانه ماندن داده‌های بیان شده از سوی آن‌ها توضیح کافی داده شد و رضایت آن‌ها قبل از شرکت در مصاحبه اخذ گردید.

با انجام مصاحبه‌های عمیق، تنوع آزمودنی‌ها در پژوهش از نظر گروه‌های سنی و قومی مختلف و تحصیلات، درگیری مستمر مجریان با داده‌ها، جمع‌آوری و آنالیز داده‌ها به صورت همزمان، چک داده‌ها و کدهای استخراج شده با همکاران با سابقه در تحقیقات کیفی و استفاده از نظرات اصلاحی مشارکت‌کنندگان، اعتبار و مقبولیت داده‌ها تامین گردید.

یافته‌ها

آزمودنی‌ها شامل ۴۰ زن مبتلا به دیابت با میانگین سنی ۴۳/۷۵ سال و دامنه‌ی سنی ۶۹-۱۹ سال بودند. مدت ابتلا به بیماری بین ۳۱-۳ سال بود. ویژگی‌های آمارنگاری بیماران در جدول ۱ ارایه شده است. پس از تجزیه و تحلیل داده‌ها در مجموع ۱۱۷ کد مفهومی اولیه به دست آمد. کدهای اولیه به دست آمده شامل ۱۴ زیر طبقه و ۳ طبقه اصلی بود. مفاهیم اصلی استخراج شده شامل احساسات متناقض بیماران در مورد وضعیت سلامت شخصی و بیماری دیابت، اثرات روحی و روانی تجربه شده و محدودیت‌های تجربه شده در کنترل و درمان بیماری بود (جدول ۲).

۱- احساسات متناقض در مورد وضعیت سلامت شخصی و بیماری دیابت

بیشتر آزمودنی‌ها خود را سالم نمی‌دانستند و اغلب دیدگاهی منفی در مورد بیماری داشته و آن را" بیماری جدی"، "ناتوان‌کننده"، "بدترین بیماری‌ها" و "بیماری همراه با محرومیت و محدودیت" توصیف نمودند. نگاه منفی به دیابت از مهم‌ترین موانع توانمندی در این بیماران می‌باشد.

تصویر هولناک از بیماری در اظهارات خانم ۵۳ ساله با ۱۷-۱۶ سال سابقه ابتلا به دیابت مشهود می‌باشد: «دیابت از سرطان بدتر است چون من هیچ جای بدنم سالم نیست و هر صبح یک درد دارم» ضمن تایید اظهارات فوق مشارکت‌کننده‌ی ۴۶ ساله می گوید: «یک زن دیابتی مشکلات زیادی داره دیابت از سرطان بدتره.»

جدول ۱- ویژگی‌های آمارنگاری مشارکت‌کنندگان

خصوصیات	تعداد (درصد)
وضعیت اشتغال	
خانه‌دار	۳۹(۹۷/۵)
شاغل	۱(۲/۵)
وضعیت تاهل	
مجرد	۳(۷/۵)
متاهل	۳۳(۸۲/۵)
بیوه	۴(۱۰/۰)
سطح سواد	
بی‌سواد	۵(۱۲/۵)
ابتدایی	۱۰(۲۵/۰)
راهنمایی	۹(۲۲/۵)
دبیرستانی	۹(۲۲/۵)
دانشگاهی تا مقطع لیسانس	۶(۱۵/۰)
دانشگاهی تا مقطع دکتری	۱(۲/۵)
قومیت	
لر	۱۰(۲۵/۰)
فارس	۱۲(۳۰/۰)
عرب	۱۸(۴۵/۰)

انواع محرومیت‌ها و محدودیت‌های فیزیکی و اجتماعی در اظهارات بیش از ۲۰ نفر از مشارکت‌کنندگان مورد اشاره قرار گرفته است. یکی از مشارکت‌کنندگان که خانم ۳۵ ساله‌ای است می‌گوید: «همه چیز ساعت دارد ساعت تزریق انسولین، ساعت غذا خوردن و.. بیماری خیلی بدیه و آدم نمی‌تونه بی‌خیال باشه همه چیز قانون دارد»، هم‌چنین خانم ۵۳ ساله که ۱۷-۱۶ ساله دیابت دارد می‌گوید: «خیلی کار

i - Constant Comparison

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-07]

است که فرد سالم انجام میده ولی من نمی‌تونم، زندگی از کنترل من خارج شده».

در مقابل تعداد کمتری از مشارکت‌کنندگان با دیدی مثبت به بیماری نگاه کرده‌اند و آن را در مقابل دیگر بیماری‌ها هیچ دانسته‌اند و به "پذیرش بیماری"،"مثبت فکر کردن"،" فکر نکردن به بیماری"، "ادامه زندگی مانند سایر افراد" و"امید به آینده و درمان‌های جدید" اشاره نمودند. پذیرش بیماری و امید از ارکان مهم خود مراقبتی و توانمندی بیماران دیابتی ذکر شده است. در این زمینه خانم ۵۰ ساله می‌گوید: «هیچ چیز تغییر نکرده، احساس بیماری نمی‌کنم چون دارم زندگیمو می‌کنم.» در راستای همین دیدگاه خانم ۵۸ ساله که ۱۵ سال سابقه ابتلا به دیابت را دارد می‌گوید: «بیماری‌هایی هست که دیابت در مقابل آن هیچه»

جدول ۲- مفاهیم استخراج شده از تجربه زندگی با دیابت

احساسات متناقض در مورد وضعیت سلامت شخصی و بیماری دیابت	الف ـ دیدگاه منفی
	۱ ـ بیماری جدی با عوارض کشنده و ناتوان کننده
	۲ ـ بدتر از سرطان
	۳ ـ بدترین بیماری‌ها
	۴ ـ بیماری لاعلاج
	۵ ـ بیماری که حتی با رژیم غذایی کنترل نمی‌شود
	۶ ـ بیماری همراه با محرومیت
	ب ـ دیدگاه مثبت
	۱ ـ پذیرش بیماری
	۲ ـ مثبت فکر کردن
	۳ ـ فکر نکردن به بیماری
	۴ ـ ادامه زندگی مانند سایر افراد
	۵ ـ امید به آینده
اثرات روحی و روانی تجربه شده	۱ ـ نگرانی از افت قند خون
	۲ ـ ترس از ناتوانی و از کارافتادگی در اثر عوارض بیماری
	۳ ـ نگرانی از پیشرفت عوارض
	۴ ـ ترس از ایجاد عوارض با توجه به سابقه بیماری در خانواده
محدودیت‌های تجربه شده در کنترل و درمان بیماری	۱ ـ کمبود دارو
	۲ ـ هزینه بالای درمان و کنترل بیماری
	۳ ـ ترس از تزریق انسولین
	۴ ـ عدم تمایل و یا خجالت کشیدن از تزریق انسولین
	۵ ـ درمان خودسرانه

بیشتر مشارکت‌کنندگان در توصیف سلامتی و فرد سالم از عباراتی نظیر "نداشتن محدودیت غذایی"، "توانایی انجام فعالیت‌های روزمره "و" عدم مصرف دارو" استفاده نمودند. در این زمینه خانم ۵۴ ساله که ۱۵ سال است دیابت دارد می‌گوید: «یک فرد سالم محدودیت نداره همه کاری می‌کنه ولی فرد بیمار محدودیت داره». در تایید همین نظر خانم ۳۶ ساله مجرد می‌گوید: «فرد سالم دارو مصرف نمی‌کنه یا محدودیت غذایی براش ایجاد نشده ولی فرد بیمار مشکل داره». باور منفی در مورد بیماری فرد را به جایی می‌رساند که بیماری و فکر به مرگ را مترادف توصیف می‌نماید. در این زمینه خانم ۵۵ ساله و بیوه می‌گوید: «فرد سالم حالش خوبه بدنش سالمه ولی فرد بیمار همیشه بی حاله و به مردن فکر می‌کنه».

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-07]

برخی مشارکت‌کنندگان بیشتر به جنبه روانی سلامتی توجه داشتند و آن را دارای اهمیت بیشتری می‌دانستند. به نظر این افراد اگر فرد از روحیه‌ای شاداب برخوردار باشد و خوشحال باشد سالم است. در این راستا خانم ۵۸ ساله و بیوه می‌گوید: «فرد سالم روحیه اش بهتره»، هم‌چنین خانم ۵۱ ساله مجرد می‌گوید: «فرد سالم شادابه انرژی داره خسته نمیشه»

۲- اثرات روحی و روانی تجربه شده

استرس‌ها و نگرانی‌های متعدد همراه با بیماری دیابت از جمله تجارب بیشتر مبتلایان به بیماری بود. طبقات فرعی استخراج شده شامل: نگرانی از افت قند خون، نگرانی ناشی از ناتوانی و از کار افتادگی در اثر عوارض بیماری، نگرانی از پیشرفت عوارض بیماری، ترس از ایجاد عوارض با توجه به سابقه‌ی بیماری در خانواده بود.

نگرانی از افت قندخون

بیشتر مشارکت‌کنندگانی که با انسولین درمان می‌شدند به نگرانی و ترس همیشگی از تغییرات قند خون به ویژه افت قند خون اشاره نمودند. نوسانات قند خون به عنوان تجربه‌ای تلخ و مرگبار توصیف شده بود. در این ارتباط خانم ۲۷ ساله می‌گوید: «انسولین استفاده می‌کنم. گاهی دچار افت قند میشم. شوهرم خیلی مواظبه افت قند منه حتی شب بیدارم می‌کنه که قندم افت نکرده باشه.» ۶ نفر از مصاحبه شوندگان علت بستری شدن متعدد در بیمارستان را افت قند خون ذکر نمودند. در این زمینه خانم ۶۳ ساله می‌گوید: «به علت افت قند چند بار بستری شده‌ام. فقط با افت قند مشکل دارم». وحشت از عوارض افت قند خون در اظهارات بسیاری از بیماران مصرف کننده‌ی انسولین مشهود بود. دختر ۱۹ ساله مجرد می‌گوید: «یک هفته پیش انسولین زدم شیر خوردم دیگه ناهار نخوردم و رفتم تو کما، حاضرم هر کاری کنم که دوباره تکرار نشود».

ترس از ناتوانی و از کارافتادگی در اثر عوارض بیماری

نگرانی و ترس از عوارض درازمدت بیماری، از کار افتادگی و ناتوانی در انجام کارهای شخصی در اظهارات بیماران مورد تاکید قرار گرفته است. ترس از تحلیل فیزیکی و وابستگی به دیگران به خصوص در مشارکت‌کنندگان مسن‌تر اظهار گردید. خانم ۴۶ ساله که مشکلاتی مانند پا درد، پوکی استخوان، بالا رفتن پروتئین کلیه و عصبی شدن را به بیماری دیابت نسبت داده، می‌گوید: «برایم با این بیماری ناتوانی ایجاد شده، نگرانم که سربار بچه‌ها بشوم»، بیمار دیگری که خانم ۳۱ ساله با سابقه ۳ سال ابتلا به بیماری است می‌گوید: «پاهایم سست شده و نمی‌توانم از پله بالا بروم نگرانم که بدتر شود و محتاج کمک دیگران شوم». در همین زمینه خانمی که مادر ۳ فرزند است اظهار کرد: «فعالیتم کم شده و روز به روز ناتوان‌تر می‌شوم، اگر همین‌طور ادامه پیدا کنه حتی نمی‌تونم کارهای شخصی‌ام رو انجام بدم». هم‌چنین خانم ۵۷ ساله که ۸ سال است دیابت دارد می‌گوید: «همیشه نگرانم که بدنم آسیب ببینه، عروس هام مراقبت می‌کنند، یک فرد دیابتی باید همیشه از خود مراقبت کنه دست و پایمان همیشه ناتوانه.»

نگرانی از پیشرفت عوارض بیماری

ترس از پیشرفت بیماری پاسخ شایعی است که بیمار را هم به صورت منفی و هم به صورت مثبت تحت تاثیر قرار می‌دهد. ترس از بیماری ممکن است سبب تغییرات رفتاری مثبت و یادگیری بیشتر مطالب مرتبط با بیماری می‌شود. گاهی این حساسیت‌ها سبب عصبانیت و ناامیدی در فرد می‌شود. در این زمینه خانم ۵۸ ساله که ۱۵ سال است دیابت دارد می‌گوید: «دیابت یک انگله اگه جلوگیری نشه مثل خوره می‌ره پایین و دست و پا را قطع می‌کنه». خانم ۳۸ ساله می‌گوید: «دایم باید مواظب باشم که زخم ایجاد نشه». در تایید همین نگرانی خانم ۵۱ ساله می‌گوید: «پیاده‌روی می‌کردم ولی احساس کردم پایم تاول میزنه و ترسیدم که زخم پا پیدا کنم»

ترس از ایجاد عوارض دیابت به علت سابقه آن در خانواده

سابقه‌ی خانوادگی بیماری در بیشتر مشارکت‌کنندگان و مشاهده‌ی عوارض بیماری در خانواده با اظهاراتی حاکی از ترس از تکرار عوارض همراه بود. در این زمینه خانم ۳۴ ساله که دیابت بارداری دارد می‌گوید: "به خاطر سابقه‌ی خانوادگی ترس دارم که بعد از بارداری دیابت ادامه داشته باشه دیابت بیماری سختیه به خاطر رژیم خاص و مشکلات زیاد چون مادرم که دیابتی بود درد عضلانی داشت چشم‌هاش ضعیف شد برادرم خیلی اذیت شد از این بیماری می‌ترسم". در همین راستا خانم ۵۸ ساله می‌گوید: "پدرم دیابت داشت انگشتای پاش قطع شد. اولین بار که فهمیدم دیابت دارم یاد پدرم افتادم که دیابت داشت که نکند مثل او بشم". هم‌چنین بیمار ۴۷ ساله که از ۴۱ سالگی به دیابت مبتلا شده اظهار می‌کند: "مادرم چشم‌هایش و کلیه‌هایش را در اثر دیابت از دست داده است. خیلی نگرانم".

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-07]

۳- محدودیت‌های تجربه شده در کنترل و درمان بیماری

مشکلات مربوط به کنترل و درمان بیماری از مهم‌ترین دغدغه‌های شرکت‌کنندگان در این مطالعه بود. طبقات فرعی استخراج شده شامل: کمبود دارو، هزینه بالای درمان و کنترل بیماری، ترس از تزریق انسولین، عدم تمایل و یا خجالت کشیدن از تزریق انسولین و درمان خودسرانه می‌باشد که هر کدام به نوعی می‌تواند در روند کنترل و درمان موثر باشند.

کمبود دارو

برخی از مشارکت‌کنندگان به نبود قرص خارجی و کم اثر بودن قرص‌های ایرانی در مقابل قرص‌های خارجی اشاره نمودند. در این زمینه خانم ۵۷ ساله و خانه‌دار می‌گوید: «با تهیه دارو مشکلی ندارم قبلا قرص خارجی می‌خوردم قرص خارجی گیرم نمیاد. الان ایرانی می‌خورم که فکر می‌کنم اثرش مثل قبل نیست.» در همین رابطه خانم ۵۱ ساله و خانه‌دار می‌گوید: «هزینه‌ها مهم نیست ولی گاهی داروها گیر نمی‌یاد.»

هزینه بالای درمان و کنترل بیماری

از دیگر نگرانی‌ها و دغدغه‌های مشارکت کنندگان در مطالعه پرهزینه بودن بیماری و ناتوانی در تامین هزینه بود که می‌تواند اثرات نامطلوبی بر جنبه‌های مختلف زندگی داشته باشد. خانم ۲۷ ساله و خانه‌دار که دیابت بارداری دارد می‌گوید: «شوهرم از هزینه‌ها گله می‌کنه بیشتر حقوق شوهرم برا دوا و درمون من میره». اغلب مشارکت‌کنندگان هزینه‌های تحمیل شده‌ی دیگر نظیر بستری در بیمارستان و تهیه نوار تست قند را خارج از توانایی مالی خانواده ذکر نموده‌اند. خانم ۳۷ ساله‌ی خانه‌داری می‌گوید: «با هزینه مشکل دارم هزینه دارو زیاده ولی مجبورم. یک ماه در بیمارستان بستری شدم هزینه نزدیک ۱۰۰ هزار تومن شد.» مشارکت‌کننده دیگری در تایید اظهار داشت: «در تامین هزینه مشکل دارم. تهیه نوار تست مشکله. تامین دارو و هزینه‌ی درمانگاه دولتی زیاد نیست. ولی جاهای خصوصی گرونه و نمی‌رم.»

ترس از تزریق انسولین

برخی مشارکت‌کنندگان مهم‌ترین مشکل خود را با درمان دیابت ترس از تزریق انسولین بیان کردند. ترس از سوزن و خون از کودکی، ترس از آسیب به خود در اثر عدم مهارت در تزریق، ترس از تزریق توسط خود شخص از طبقات فرعی ترس از تزریق انسولین بود. به عنوان مثال خانم ۵۳ ساله‌ای که ۱۷ سال است دیابت دارد اظهار داشت: «انسولین میزنم، دخترم تزریق میکنه و خودم جرات تزریق ندارم». مشارکت کننده‌ی دیگری ترس از صدمه به خود را این‌گونه بیان نمود: «انسولین می‌زدم، ولی الان میخوام قرص بخورم چون بلد نیستم انسولین بزنم می‌ترسم که خودم تزریق کنم و به عصب آسیب بزنم، کسی نیست هم برام تزریق کنه».

عدم تمایل و یا خجالت کشیدن از تزریق انسولین

بیشتر عواملی که در عدم تمایل به شروع درمان با انسولین نقش دارند ریشه در فرآیندهای روانشناختی دارند. عدم تمایل به تزریق انسولین و ترجیح روش‌های خوراکی توسط بیشتر بیماران بیان شد. دردسرهای مرتبط با وسایل مورد نیاز تزریق و تاریخ مصرف دارو، شرم از تزریق در حضور دیگران، باورهای منفی در مورد ارتباط تزریق انسولین با وخامت بیماری و نگرانی از نگاه اجتماع به فردی که روزانه و مادام العمر نیازمند تزریق می‌باشد از اظهارات بسیاری از بیماران استنباط گردید. برخی مشارکت‌کنندگان محدودیت‌های درمان با انسولین را مهم‌ترین عامل عدم تمایل به آن ذکر نمودند، یکی از مصاحبه‌شوندگان که خانم ۲۷ ساله‌ای اظهار می‌کند: «در هوای گرم همیشه نگران خرابی انسولین هستم. وسایل تزریق همیشه باید با من باشد، همیشه تزریق انسولین برام مشکل میشه چون دوست ندارم جلوی دیگران تزریق کنم. از تزریق انسولین حتی جلوی شوهرم خجالت می‌کشم». شرم از تزریق انسولین و ترجیح قرص‌های خوراکی کنترل قند خون در بیشتر مصاحبه‌ها مورد تاکید قرار گرفته بود. به عنوان نمونه خانم ۳۱ ساله با سابقه‌ی دیابت بارداری می‌گوید: «انسولین تزریق می‌کنم اما روش درمانم را دوست ندارم و دوست دارم با رژیم غذایی بیماری را کنترل کنم، البته در دوران بارداری هم انسولین می‌زدم. انسولین را خودم تزریق می‌کنم اما این کار را دوست ندارم و از دیگران خجالت می‌کشم.»

برخی مشارکت‌کنندگان بر این باور بودند که مصرف انسولین به نوعی اعتیادآور می‌باشد. نمونه‌ای از این باورها در اظهارات خانم ۶۴ ساله مبتلا به بیماری مشهود می‌باشد: «یک سال انسولین زدم ولی الان فقط قرص می‌خورم، احتیاج به انسولین دارم ولی نمی‌زنم به علت اینکه انسولین را دوست ندارم، همه می‌دانند که امکان ترک انسولین نیست.» مخفی کاری در نوع درمان به دلیل نگرانی از واکنش آن‌ها، در اظهارات بیشتر بیماران عنوان شده بود خانم ۲۸ ساله عرب زبان می‌گوید: «هیچ‌کس نمی‌داند که من انسولین

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-07]

استفاده می‌کنم، فقط به همسرم گفته‌ام، خانواده همسرم خبر ندارند، حتی نمی‌توانم به روزی فکر کنم که آن‌ها با خبر شوند.»

درمان خودسرانه

برخی بیماران دیابتی داروهای گیاهی متعددی را مورد استفاده قرار می‌دهند.

بسیاری از مشارکت‌کنندگان در این مطالعه به تجربه استفاده از درمان‌های گیاهی و خانگی اشاره نمودند. استفاده از داروهای گیاهی به عنوان یکی از عوامل عدم تمایل بیماران به استفاده از انسولین مطرح است. عوارض کمتر این ترکیبات در مقایسه با ترکیبات شیمیایی، تاثیر بالا و کمتر بودن هزینه‌ها از علل پذیرش درمان‌های گیاهی بود. بیمار ۶۱ ساله در این زمینه اظهار نمود: «بدون دارو کنترل می‌کنم، دارو و انسولین مصرف نمی‌کنم فقط خودم درمان می‌کنم، آب درمانی می‌کنم و هیچ دارویی استفاده نمی‌کنم داروها عوارض دارند.» در تایید این نظر مشارکت‌کننده‌ی دیگری می‌گوید: «داروی گیاهی از عطاری می‌گیرم و استفاده می‌کنم که معتقدم تاثیر خوبی داره».

بسیاری از این بیماران به ترکیباتی روی می‌آورند که کارآمدی آن‌ها به اثبات نرسیده و یا با عوارضی همراه هستند، در این راستا برخی مشارکت‌کنندگان به ناکارآمدی و عوارض این درمان‌ها اشاره داشتند. نمونه‌های زیر مثال‌هایی در تایید این نکته می‌باشد. خانم ۴۴ ساله می‌گوید: «۵ سال به صورت گیاهی کنترل کردم با شنبلیله و کندر بعد از پنج سال قندم ۴۰۰ بود و گفتند دیگر داروی گیاهی اثر نداره و الان قرص مصرف می‌کنم.» مشارکت‌کننده ۶۹ ساله می‌گوید: «بعضی موقع داروی گیاهی می‌خوردم ولی کنار گذاشتم دردسر داشت» و خانم ۵۵ ساله می‌گوید: «یک مدت داروی گیاهی مصرف کردم، کپسول بود معدم رو اذیت می‌کرد.»

بحث

پژوهش حاضر بخشی از یافته‌های بررسی تبیین تجربه‌ی زندگی با دیابت می‌باشد که منجر به استخراج سه مفهوم اصلی مرتبط با اهداف گردید. این مفاهیم شامل موارد زیر بود: ۱- احساسات متناقض بیماران در مورد وضعیت سلامت شخصی و بیماری دیابت، ۲- اثرات روحی و روانی تجربه شده، ۳- محدودیت‌های تجربه شده در کنترل و درمان بیماری، که به بحث پیرامون این درون مایه‌ها پرداخته می‌شود.

بیشتر مشارکت‌کنندگان در این مطالعه خود را سالم ندانسته، دیدگاه منفی در مورد بیماری داشته و دیابت را بیماری فرساینده و تحلیل برنده می‌دانستند و بیشتر آن‌ها تصویری ترسناک از دیابت داشتند. به منظور مراقبت و مدیریت موفق دیابت تشخیص باورها و نگرش‌های بیماران در مورد سلامت و بیماری بسیار مهم می‌باشد. جانز وبکر با استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی نشان دادند که دیدگاه افراد در مورد برخورداری از سلامتی روی رفتارهای فرد در پروسه‌ی درمان و مراقبت تاثیر به سزایی دارد. هم‌چنین ارکان خود مراقبتی کمتر، در بیماران دیابتی با دیدگاه منفی را در مقایسه با بیمارانی که نگرش مثبتی به بیماری داشتند گزارش نمود.[۲۱]

عبدلی[۲۲] و همکاران نگرش منفی افراد مبتلا به دیابت را از مهم‌ترین موانع توانمندی در خود مراقبتی این بیماران برشمردند. کوچ و همکاران دیدگاه منفی نسبت به بیماری را ناشی از مسئولیت سنگین بیمار در مدیریت پی‌گیری و کنترل بیماری می‌دانند.[۲۳] عبدلی و همکاران این دیدگاه منفی را ناشی از دیدگاه غالب بر جامعه در مورد این بیماری استدلال نموده‌اند.[۲۲]

بیشتر آزمودنی‌ها به ویژه بیماران مسن‌تر ترس از عوارض بیماری، از کارافتادگی و نیاز به سایرین را مطرح نمودند. عبدلی[۲۲] و همکاران ترس از عوارض بیماری را به عنوان یکی از شایع‌ترین واکنش‌های روحی ـ روانی این بیماران و ریشه‌ی آن را نگرانی افراد از تنهایی و ناتوانی ذکر نمودند. در مطالعه‌ی ولیزاده و همکاران نیز به طور تقریبی تمام بیماران، مهم‌ترین آرزوی خود را محتاج دیگران نشدن مطرح نمودند. عبدلی و همکاران زندگی بیماران را با سایه‌های ترس از نابینایی و قطع عضو و پیامدهای آن‌ها مانند ناتوانی و وابستگی به دیگران توصیف نمودند. راکل و وایس ترس از عوارض درازمدت دیابت را یکی از عوامل کاهش خود مراقبتی و کنترل بیماری گزارش نمودند. هم‌چنین فانل نشان داد مشکلات پذیرش دیابت و عوارض آن، حتی سال‌ها بعد از تشخیص بیماری وجود دارد.[۲۴]

بر عکس نتیجه‌ی مطالعه‌ی عبدلی و همکاران در کشور ما نشان داد ترس از ناتوانی در بیماران ایرانی یکی از عوامل تسهیل‌کننده‌ی توانمندی در خودمراقبتی می‌باشد. این پژوهش‌گران استدلال نمودند ایرانیان علی‌رغم ترس به دلیل تنفری که از ناتوانی دارند، به برنامه‌های خودمراقبتی اهمیت

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-07]

بیشتری می‌دهند. در حقیقت ترس این بیماران از وابستگی به دیگران بیش از ترس از بیماری است.[۲۲]

در مطالعه‌ی دوستی و همکاران[۲۵] ترس شرکت‌کنندگان از عوارض دیابت عاملی برای رعایت رژیم درمانی بود.

درون مایه‌های به دست آمده در زمینه‌ی اثرات روحی و روانی ناشی از بیماری شامل: نگرانی از افت قند خون، ترس از ناتوانی و از کار افتادگی در اثر عوارض بیماری، نگرانی از پیشرفت عوارض، ترس از ایجاد عوارض به علت وجود سابقه آن در خانواده بود.

نوسانات قند خون به ویژه کاهش آن، به عنوان یکی از عوامل استرس‌زا در بیماران دیابتی معرفی شده است. بیماران تجربه‌ی کاهش قند خون را وحشتناک و مانند مرگ توصیف نموده‌اند.[۲۲]

علوی دلیل اصلی رعایت نکردن دستورات غذایی را ترس از افت قند خون گزارش نموده است.[۲۶]

درون مایه‌های به دست آمده در زمینه‌ی محدودیت‌های تجربه شده در کنترل و درمان بیماری شامل: نگرانی از کمبود دارو، نگرانی در مورد هزینه‌ها، ترس از تزریق انسولین، عدم تمایل و یا خجالت کشیدن از تزریق انسولین، درمان خودسرانه می‌باشد.

یکی از درون مایه‌های به دست آمده نگرانی در مورد کمبود دارو می‌باشد. در این زمینه وینگر[i] و همکاران[۲۷] بیان کردند که والدین نوجوانان شرکت‌کننده در مطالعه در مورد درمان دیابت نگران هستند. در مطالعه همتی مسلک پاک[۲۸] ترس از کمیاب شدن انسولین از جمله نگرانی‌های والدین ذکر شده است. هم‌چنین، در مطالعه‌ی حبیبی[۲۹] نیز ترس از کمیاب شدن انسولین از مهم‌ترین عوامل موثر بر عدم پذیرش انسولین در بیماران ذکر شده است.

از دیگر درون مایه‌ها نگرانی در مورد هزینه‌های درمان می‌باشد در مطالعه همتی مسلک پاک[۲۸] هزینه‌های تامین هزینه‌های مربوط به بیماری، عامل نگرانی والدین و سبب ایجاد مشکلاتی در سطح خانواده بیان شده است. در مطالعه‌ی سولیوان[ii][۳۰] نیز به دیابت به عنوان یک بیماری پرهزینه اشاره شده است. هم‌چنین نتایج این مطالعه با یافته‌های به دست آمده در مطالعه موفاندا[iii] و همکاران در زیمباوه[۱] و نیز مطالعه هیلمک[iv][۶] که در اوگاندا انجام شده همخوانی داشت. در این مطالعات نیز هزینه تهیه دارو یکی از مشکلات مطرح شده‌ی افراد دیابتی بود. در مطالعه‌ی مسعودی علوی[۲۶] نیز گران بودن و پرهزینه بودن بیماری دیابت از جمله مواردی بود که بیماران به آن اشاره کرده‌اند.

از دیگر درون مایه‌های به دست آمده ترس از تزریق انسولین و عدم تمایل و یا خجالت کشیدن از تزریق انسولین می‌باشد. در این زمینه در مطالعه مولما[v][۳۱] از جمله عوامل عدم پذیرش انسولین به ویژه در جوامع زنان ترس از تزریق عنوان شده است. سیمونز[vi][۳۲] از مهم‌ترین عوامل عدم پذیرش انسولین، ترس از سوزن و تزریق انسولین می‌باشد. در مطالعه Haque و همکاران[۳۳] نیز ترس از تزریق و استفاده از داروی گیاهی از مهم‌ترین علل عدم تمایل بیماران به انسولین درمانی می‌باشد. هم‌چنین، در مطالعه علیزادجهانی[۳۴] یکی از دلایل عدم تمایل به تزریق انسولین که توسط مشارکت‌کنندگان بیان شد محدودیت‌های ناشی از تزریق می‌باشد.

از دیگر درون مایه‌ها درمان خودسرانه بیماری می‌باشد. در مطالعه مسعودی علوی[۲۶] از مهم‌ترین اشکال خود درمانی، مصرف خودسرانه دارو و مصرف مواد گیاهی ذکر شده که با یافته‌های مطالعه‌ی حاضر همخوانی دارد. زون[vii][۳۵] نیز در مطالعه‌ی خود به اشکال مختلف خود درمانی مانند مصرف داروهای گیاهی اشاره نموده است. هم‌چنین، در مطالعه‌ی جیروونگ[viii][۳۶] استفاده از داروهای گیاهی و مشاوره با اطرافیان از جمله رفتارهای گزارش شده در بیماران بوده است.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، مصاحبه با بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه دیابت بود که با توجه به دولتی بودن مرکز مربوطه بیشتر مراجعه‌کنندگان از طبقات پایین یا متوسط جامعه بوده و تنوع طبقات اجتماعی به طور کامل رعایت نشده است. هم‌چنین، از آنجا که هدف مطالعه تبیین تجربیات زنان مبتلا بود امکان مقایسه با دیدگاه‌های مردان مبتلا میسر نبود. در برخی مطالعات کیفی به جز بیماران، دیدگاه‌های اطرافیان بیماران نیز ثبت و مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد و به غنای داده‌ها کمک می‌کند که در این مطالعه مد نظر قرار نگرفته است.

i-Weinger
ii - Sullivan
iii- Mufunda
iv- Hielmk

v- Mollema
vi- Simmons
vii- Zun
viii- Jirojwong

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-07]

نتیجه‌گیری: بیماران دیابتی از زمان تشخیص دیابت در معرض سبک زندگی جدیدی قرار می‌گیرند. درک و شناخت تجارب بیماران می‌تواند نقش مهمی در برنامه‌ریزی‌های بعدی در راستای مداخلات و تغییرات در رفتار، بهبود کیفیت زندگی و موفقیت در کنترل بیماری ایفا نماید.

References

1. Mufunda E, Albin B, Hjelm K. Differences in health and illness beliefs in zimbabvean men and women with diabetes. Open Nurs J 2012; 6: 117-25.
2. Vares Z, Zandi M, Masoudi N, Mirzabegher N. Study the QOL and other associated factors in diabetes in Kashan diabetes center in 2006. IJNR 2010; 5: 14-22. [Farsi]
3. Tol A, Sharifirad GH, Eslami AA, Shojaeizadeh D, Alhani F, Mohajeri Thehrani M. Analysis of Some Predicting Factors of Quality of Life among Patients with Type 2 Diabetes. Health System Research Journal 2012; 7. [Farsi]
4. Valiee S. Moridi G. Fathi M. Nikbakht Nasrabadi A. R. Rezaei Farimani M. Concept of health in the view of diabetic patients: A qualitative study. Journal of Nursing and Midwifery 2011; 21: 1-7. [Farsi]
5. Masoodi Alavi N, Ghofrani poor F, Ahmadi F, Rajab A, Babaie GH. Experience of diabetic patients qualitative based theory study. Kowsar Medical Journal 2004; 9: 229-34. [Farsi]
6. Hjelm K1, Nambozi G. Beliefs about health and illness a comparison between Uganda men and women living with diabetes mellitus Int Nurs Rev 2008; 55: 434-41.
7. Lai WA, Chie WC, Lew-Ting CY. How diabetic patients' ideas of illness course affect non-adherent behavior: a qualitative study. Br J Gen Pract 2007; 57: 296-302.
8. Aghamohammadi- Kalkhoran M, Valizadeh S, Mohammadi E, Ebrahimi H, Karimollahi M. Aspects of health in experiences of Iranian diabetic women: A phenomenology study. Uromia Nursing and Midwifery School Journal 2013; 10: 450-57. [Farsi]
9. Monjamed Z, Ali asqharpoor M, Mehran A, Peimani T. The quality of life in diabetic patients with chronic complications. Hayat 2006; 12: 55-66. [Farsi]
10. Beckles GLA, Thompson-Reid PE, editors. Diabetes and Women's Health Across the Life Stages: A Public Health Perspective. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Division of Diabetes Translation, 2001.
11. Nouhjah S, Nadi-baghu M, Salehi M, Ghajari H. Prevalence of Overweight, Obesity and the Related Factors in Women Aged 35-57 Years in Khuzestan Province of Iran. Advanced Studies in Biology 2012; 4: 57-65.
12. Safiri KH, Imanian S. Sociological study of health and illness and related factors in female college students. Social Sciences Journal 2009; 1: 146-66. [Farsi]
13. Rebecca Mathew R, Gucciardi E, De Melo M, Barata P. Self-management Experiences Among Men and Women With Type 2 Diabetes Mellitus. BMC Fam Pract 2012; 13: 122.
14. Simmons RK, Singh G, Maconochie N, Doyle P, Green J. Experience of miscarriage in the UK: qualitative findings from the National Women's Health Study. Soc Sci Med 2006; 63: 1934-46.
15. Behjati Ardekani Z, Akhondi MM, Sadeghi MR, Sadri-Ardekani H. The necessity of a comprehensive study on abortion in Iran. J Reprod Infertil 2005; 6: 299-320. [Farsi]
16. Fathalla MF. A Practical Guide for Health Researchers. World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean: Cairo 2004. Available from: URL: http://www.who.int/emro/2004/9090213639
17. polit DF, Beck CT. Nursing Research: principle and methods. LippincottWilliams and Wilkins. Philadelphia. PA.USA.7th ed 2003: 107-284.
18. Nikbakht Nasrabadi AR, Saneie A. Qualitative research Methodology in Medical Sciences 2003: 83-106. [Farsi]
19. Egan TM, Grounded G. Theory Research and 18-Theory Building. Advances in Developing Human Resources 2002; 4: 3277-295.
20. Hunter A, Murphy K, Grealish A, Casey D, Keady J. Navigating the grounded theory terrain. Part 2. Nurse Res 2011; 19: 6-11.
21. Ağralı H, Akyar I. Older diabetic patients' attitudes and beliefs about health and illness. J Clin Nurs 2014 Jan 31.
22. Abdoli S, Ashktorab T, Ahmadi F, Parvizi S. Barriers to and Facilitators of Empowerment in People with Diabetes. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism 2009; 10: 455-64. [Farsi]
23. Koch T, Kralik D, Sonnack D. Women living with type II diabetes: the intrusion of illness. J Clin Nurs 1999; 8: 712-22.
24. Abdoli S, Ashktorab T, Ahmadi F, Parvizi S, Dunning T. The empowerment process in people with diabetes: an Iranian perspective. Int Nurs Rev 2008; 55: 447-53.
25. Doosti M, Abazari P, Babaee S, Shahgholian N. Facilitators of Adherence to Self-management in Type 2 Diabetic Patients: a Phenomenological Study. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism 2009; 11: 257-64. [Farsi]
26. Masoodi Alavi N, Izadi F, Abadi A. Haji Baghery A. Experience of self-treatment in diabetic patients. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism 2008; 10: 581-8. [Farsi]
27. Weinger K, O'Donnell KA, Ritholz MD. Adolescent views of diabetes-related parent conflict and support: a focus group analysis. J Adolesc Health 2001; 29: 330-6.
28. Hemmati Maslakpak M, Ahmadi F, Feizi A. Parents' Worries about Life Problems of Adolescent Girls with Diabetes: a Qualitative Study. Hayat 2010; 17: 5-15. [Farsi]
29. Habibi R, Soltani M, Habibi GH. Factors affecting the rejection of insulin therapy in diabetic patients. Iranian Journal of Diabetes and Lipid 2012; 11: 367-76. [Farsi]
30. Sullivan BJ. Adjustment in diabetic adolescent Girls: I. Development of the Diabetic Adjustment Scale. Psychosom Med. 1979 Mar; 41: 119-26.
31. Mollema ED, Snoek FJ, Heine RJ, van der ploeg HM. Phobia of self-injecting and selftesting in insulin-treated diabetes patients: opportunities for screening. Diabet Med 2001; 18: 671-4.
32. Simmonsjill H, Mcfannkim K, BrownAlex C, Rewers Amanda, Donna Follansbee, Georgeanna J. Klingensmith. Reliability of the Diabetes Fear of injecting and self-Testing Questionnaire in pediatric patients with Type1Diabetes. Diabetes care Journal 2007; 30: 987-8.

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-07]

33. Haque M, Emerson SH, Dennison CR, Navsa M, Levitt NS. Barriers to initiating insulin therapy in patients with type 2 diabetes mellitus in publicsector primary health Care centers in Cape Town. S Afr Med J 2005; 95: 798-802.
34. Alizad Jahani S. Factors influencing the reluctance of diabetic patients to insulin therapy in attending diabetes centers of the country in 2011-2013: a qualitative study. Iranian Journal of Diabetes and Lipid 2011; 10: 520-27. [Farsi]
35. Zun LS, Gossman W, Lilienstein D, Downey L. Patients' self-treatment with alternative treatmeat before presenting to the ED. Am J Emerg Med 2002; 20: 473-75.
36. Jirojwong S, Maclennan R. Management episodes of incapacity by families in rural and remote Queensland. Aust J Rural Health 2002; 10: 249-55.

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-07]

Original Article

A Qualitative Study to Define Diabetic Women's Views about Health, Illness, Complications and Experienced Restrictions, Attending Ahvaz Diabetes Clinic

Nouhjah S[1], Fayazi F[2], Afshinfar A[2], Hazbaiepur F[2]

[1]Health Research Institute, Diabetes Research Center, & [2]Department of Public Health, Faculty of Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, I.R. Iran

e-mail: S_nouhjah@yahoo.com

Received: 08/12/2013 **Accepted**: 04/08/2014

Abstract

Introduction: Diabetes is a chronic, progressive illness with the potential for debilitating physical and mental complications. Patients' views about health, illness, control and treatment are predictive of the outcome of changes in lifestyle and treatment planning. The aim of this study was to explore diabetic women's views about the disease and the consequences experienced due to diabetes. Materials and Methods: A qualitative approach, thematic analysis method, semi-structured interview study was conducted in Ahvaz in 2013. Forty diabetic women were interviewed individually using purposeful sampling. Interviews were recorded and typed verbatim and analyzed using constant comparison simultaneously with data collection. Results: After collecting and analyzing the data, 117 initial codes, 14 second level codes and 3 main codes emerged. The main concepts were 1-different feelings about their health and illness status, 2- psychological and mental symptoms, 3- restrictions experienced due to the control and treatment of the disease. Diabetic women believed that diabetes is a serious illness and negative views about insulin were common. Subcategories were worried about hypoglycemia after insulin injections, fear of disability due to the disease, further progression of diabetes, fear and embarrassment of insulin injection and cost of follow-up and treatment of the disease. Conclusions: Negative attitudes towards diabetes were common. Contradictory patient views about health can play an essential role in self-care practice and since patients with diabetes experience many problems, a thorough understanding of these can contribute to planning health care for these patients.

Keywords: Qualitative study, Diabetes, Health and Illness, Ahvaz

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-07]