

تبیین تجربه بیماران دیابتی از شیوه‌های مقابله با بیماری: مطالعه گراند تئوری

فاطمه ابراهیمی صدرآبادی^۱، مسعود میرزایی^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: بیماری دیابت از شیوع بالایی در جهان و ایران برخوردار است. با وجود پیشرفت شیوه‌های پزشکی برای کنترل دیابت، اطلاعات اندکی از تجربه زندگی با دیابت در ایران وجود دارد. مطالعه حاضر با هدف بررسی عوامل مرتبط با شیوه‌های مقابله‌ای در سازگاری با بیماری دیابت بر اساس تجربه بیماران صورت گرفت.

روش: این مطالعه با رویکرد کیفی گراند تئوری انجام شد. نمونه‌گیری بر اساس روش هدفمند و تئوریک صورت گرفت. در این مطالعه با ۱۵ بیمار (۸ زن و ۷ مرد) با حداقل پنج سال سابقه ابتلا به دیابت مصاحبه نیمه ساختاریافته انجام شد. داده‌ها هم‌زمان با جمع‌آوری، به روش گراند تئوری کدگذاری و تحلیل گردید.

یافته‌ها: ۷۳ کد اولیه، ۲۲ طبقه اولیه و ۷ طبقه در فرآیند راهبردهای مقابله با بیماری دیابت استخراج گردید؛ که عبارت‌اند از مفاهیم: «مشکل درک شده»، «اعتماد به توصیه‌های درمانی»، «قابلیت پیش‌بینی آینده»، «جستجوی حمایت»، «نظریه شخصی»، «اولویت‌ها» و «رویدادهای زندگی» بود.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان داد که فرآیند راهبردهای مقابله با بیماری دیابت مفهومی پویا، پیچیده، مداوم، همبسته و متأثر از عوامل مؤثر بر بیمار و بیماری دارد؛ از یک سو اعتماد به توصیه‌های درمانی و قابلیت پیش‌بینی آینده و از سوی دیگر درک مشکلات واقع شده و جستجوی حمایت در راهبردهای مقابله با بیماری دیابت تأثیرگذار هستند. یافته‌های این پژوهش، می‌تواند به طراحی مداخلات کنترل دیابت و ارائه برنامه‌های آموزشی مقابله با دیابت به‌منظور دستیابی به نتایج بهتر درمانی کمک کند.

کلیدواژه‌ها: دیابت، رفتار مقابله‌ای، ایران

ارجاع: ابراهیمی صدرآبادی فاطمه، میرزایی مسعود. تبیین تجربه بیماران دیابتی از شیوه‌های مقابله با بیماری: مطالعه گراند تئوری. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۷؛ ۷(۴): ۴۱۷-۴۰۷.

تاریخ چاپ: ۹۷/۱۲/۲۸

تاریخ پذیرش: ۹۵/۲/۱۰

تاریخ دریافت: ۹۵/۱۰/۲۲

۱- دانشجوی دکترا، دانشگاه هومبولت برلین، آلمان

۲- استاد، مرکز تحقیقات قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران

Email: mmirzaei@ssu.ac.ir

نویسنده مسئول: مسعود میرزایی

مقدمه

بیماری‌های مزمن، به‌طور عمده بیماری‌های قلبی عروقی، بیماری‌های مزمن تنفسی و دیابت، تهدید جدی برای سلامت در کشورهای در حال توسعه محسوب می‌شوند. امروزه مرگ و ناتوانی ناشی از بیماری‌های مزمن از بیماری‌های مسری و سوانح و حوادث پیشی گرفته است؛ به‌طوری که در ایران، بیماری‌های مزمن عامل ۷۰ درصد از کل مرگ و میرها تخمین زده می‌شوند (۱).

در این مطالعه بیماری دیابت نوع دوم (Diabetes Mellitus) مورد بررسی قرار گرفت. این نوع از دیابت بیماری بسیار شایعی است و عامل ۵۴ درصد افزایش آمار جهانی دیابت تا سال ۲۰۳۰ خواهد بود (۲). عوامل زیادی از جمله رشد و پیر شدن جمعیت، تغییر سبک زندگی حاصل از افزایش شهرنشینی در بالا رفتن شیوع دیابت نوع دوم نقش بسزایی دارد. در ایران بین ۴ تا ۴/۵ درصد از جمعیت مبتلا به دیابت نوع دوم تخمین زده شده‌اند؛ که این رقم در جمعیت بالای ۳۰ سال بیشتر از ۱۴ درصد بوده است. یزد در بین استان‌های ایران، دارای بیشترین نرخ شیوع دیابت است (۳، ۴)؛ همچنین دیابت نوع دوم یک بیماری پرهزینه در سیستم سلامت ایران محسوب می‌شود؛ که بیش از ۸/۶۹ درصد از کل بودجه سلامت را به خود اختصاص می‌دهد (۵). بر اساس گزارش (International Diabetes Federation) IDF، ایران جزء ۵ کشور اول خاورمیانه، از لحاظ بالا بودن هزینه مربوط به بیماری دیابت است (۶).

کنترل و مدیریت بیماری دیابت از مهم‌ترین راه‌های پیشگیری؛ یا به تأخیر انداختن عوارض ناتوان کننده آن و در نتیجه کاهش بار بیماری بر جامعه و سیستم سلامت می‌باشد. کنترل نامناسب این بیماری مزمن، نه تنها فرد بیمار را از نظر جسمی متأثر می‌سازد؛ بلکه بر روابط اجتماعی و کاری فرد نیز تأثیر منفی خواهد گذاشت. سه سیستم تعاملی اصلی شامل سیستم شخصی، سیستم مراقبتی و سیستم اجتماعی در کنترل مؤثر دیابت پیشنهاد شده است؛ که سیستم شخصی مهم‌ترین نقش را داشته و از سوی سایر سیستم‌ها حمایت و تسهیل می‌شود (۷). رفتارهای خود مراقبتی نقش عمده‌ای در سیستم شخصی ایفا می‌کنند؛ از جمله این رفتارها می‌توان به

رژیم غذایی مناسب، فعالیت بدنی منظم، استفاده از دارو، کنترل سطح قند خون و مراجعه منظم به پزشک اشاره کرد. پایبندی به رفتارهای خود مراقبتی مستلزم سازگاری و انطباق مستمر و پویا با شرایط بیماری و رویارویی با چالش‌هایی است که در زندگی روزمره برای بیمار اتفاق می‌افتد (۸). استفاده از راه‌های مقابله‌ای نقش مهمی در دستیابی به این سازگاری دارد. روش مقابله‌ای بیماری، راهبردی است که فرد بیمار از نظر شناختی و رفتاری به‌منظور سازگاری با شرایط بیماری به کار می‌گیرد (۹)، تا از این طریق به تعادلی بین بیماری و زندگی روزمره دست یابد (۱۰).

شیوه‌های مقابله‌ای بیماری دیابت در ایران اغلب با روش کمی مورد بررسی قرار گرفته؛ و کمتر به بررسی آن از منظر تجربه بیماران پرداخته شده است (۱۱-۱۴). مطالعات کیفی اندکی در خصوص تجربیات افراد مبتلا به دیابت انجام شده؛ که به بررسی جنبه‌های روان‌شناختی تسهیل کننده کنترل دیابت پرداخته باشند (۱۵-۱۶)؛ لذا نیاز به انجام مطالعه‌ای کیفی از منظر تجربیات بیماران؛ که به بررسی عوامل مرتبط با شیوه‌های مقابله‌ای بیماری دیابت بپردازد، مشهود است. منظور از عوامل مرتبط با راه‌های مقابله‌ای، عواملی هستند که نقش مؤثر بازدارنده یا تسهیل کننده در شیوه‌هایی دارند که افراد برای مقابله و سازگاری با شرایط بیماری خود و مدیریت و کنترل آن بکار می‌گیرند. فهم چنین عواملی به تصمیم گیرندگان و سیاست‌گذاران عرصه سلامت کمک می‌کند تا مداخلات مؤثرتری در کنترل بیماری دیابت اعمال کنند؛ و بدین‌وسیله پایبندی بیماران به توصیه‌های درمانی را افزایش داده و از منابع محدود مالی و انسانی در جهت ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی بیماران دیابتی استفاده نمایند.

با توجه به نرخ شیوع بیماری دیابت و هزینه‌های درمان این بیماری، اهمیت راه‌های مقابله‌ای در کنترل و مدیریت مؤثر بیماری؛ و نیاز به مطالعه تجربیات بیماران، مطالعه حاضر به بررسی راه‌های مقابله‌ای با بیماری دیابت؛ در افراد مبتلا به دیابت مراجعه کننده به مرکز دیابت یزد پرداخته است.

روش

در این مطالعه به منظور بررسی عوامل مرتبط با شیوه‌های مقابله‌ای بیماری دیابت از روش کیفی گراند تئوری استفاده شد. نمونه‌ها با روش نمونه‌گیری هدفمند و نظری (Theoretical Sampling)، از میان بیماران مراجعه

کننده به مرکز دیابت یزد با سن بالای ۳۰ سال که حداقل ۵ سال از تشخیص بیماری ایشان توسط پزشک گذشته باشد، انتخاب شدند (جدول ۱).

جدول ۱. ویژگی‌های دموگرافیک بیماران مبتلا به دیابت مصاحبه شده

متغیرها	تعداد	درصد
جنس	زن	۵۴
	مرد	۴۶
سن	۳۱-۴۰	۲۰
	۴۱-۵۰	۲۷
	۵۱-۶۰	۴۰
	۶۱-۷۰	۱۳
تحصیلات	ابتدایی	۲۰
	دیپلم	۲۷
	فوق دیپلم	۱۳
	لیسانس	۳۳
	فوق لیسانس	۷
شغل	خانه دار	۲۷
	کارمند	۲۰
	کارگر	۱۳
	شغل آزاد	۳۳
	بازنشسته	۷
طول مدت بیماری	۵-۱۰	۳۳
	۱۱-۲۰	۴۰
	۲۰ <	۲۷

مرکز دیابت یزد، مهم‌ترین مرکز دولتی ارائه دهنده انواع خدمات مراقبتی و درمانی به بیماران دیابتی در این استان می‌باشد.

در ابتدای نمونه‌گیری هدفمند دو مصاحبه انجام گرفت؛ هم‌زمان داده‌ها مورد تحلیل قرار گرفتند؛ سپس بر اساس نمونه‌گیری نظری و به‌منظور دستیابی به تصویر غنی‌تری از مفاهیم و مقوله‌های حاصل، تعداد بیشتری بیمار انتخاب شد و مصاحبه تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت. نمونه‌گیری ابتدا به صورت هدفمند شروع شد؛ و به تدریج بر اساس کدها و طبقات به دست آمده، با نمونه‌گیری تئوریک تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. روش جمع‌آوری داده‌ها شامل مصاحبه

نیمه ساختاریافته، مشاهده و یادداشت‌های عرصه بود. مصاحبه‌ها در محلی ساکت و راحت انجام گرفت و از مشارکت‌کنندگان درخواست شد تا روش زندگی با دیابت و چالش‌های آن را توضیح دهند. گفتگو به تدریج بر فرآیند راهکارهای مقابله با بیماری دیابت متمرکز شد؛ و سؤالاتی مانند «لطفاً تجربیات خود را از زندگی با دیابت شرح دهید» و در صورت نیاز سؤالات کاوشی نظیر «می‌توانید بیشتر توضیح دهید؟» یا «یک مثال بزنید» مورد استفاده قرار گرفت. در طی مصاحبه یادداشت عرصه برداشته شد و پژوهشگر سعی کرد تا حد ممکن سخن مصاحبه‌شوندگان را قطع نکند. در پایان از ایشان تقدیر و تشکر به عمل آمد و از آن‌ها خواسته

شد اگر مطلبی باقی مانده است بیان کنند. هر مصاحبه کلمه به کلمه تایپ گردید و پژوهشگر آن را مورد نقد و بررسی قرار داد؛ تا نقاط مبهم و نیازمند توجه در مصاحبه‌های بعد مورد توجه قرار گیرند.

یادداشت‌های عرصه برای مستند کردن مشاهدات و در تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. پژوهشگر از آنچه دید، شنید یا فکر و تجربه کرد یادداشت برداشت و در اولین فرصت بعد از مصاحبه ثبت کرد. همچنین هر ایده‌ای که در حین خواندن مصاحبه‌ها یا کدها به ذهن او رسید را یادداشت و پس از تجزیه و تحلیل جهت بررسی صحت مطالب با مشارکت کنندگان در میان گذاشت؛ و در صورت نیاز تغییرات لازم به منظور حصول درک مشترک بین مشارکت کنندگان و پژوهشگر اعمال شد.

در این مطالعه با ۱۵ بیمار شامل ۸ زن و ۷ مرد با حداقل پنج سال سابقه ابتلا به دیابت در سال ۱۳۹۳ مصاحبه شد. داده‌ها هم‌زمان با جمع‌آوری، به روش مقایسه مستمر تحلیل گردید.

بعد از انجام پانزده مصاحبه اشباع نظری حاصل شد؛ به عبارتی نکته جدیدی از تحلیل داده‌ها به دست نیامد. تمام مصاحبه‌ها توسط فرد پژوهشگر انجام گرفت و هر مصاحبه بین ۴۰ تا ۹۰ دقیقه به طول انجامید. مصاحبه‌ها ضبط دیجیتال شده و با تایپ کلمه به کلمه، رونوشتی از آن تهیه شد. در کنار انجام مصاحبه، یادداشت‌های میدانی حاوی تفسیرها و برداشت‌های مصاحبه کننده از روند مصاحبه، محیط مصاحبه و واکنش‌های غیرکلامی فرد مصاحبه شونده در حین انجام مصاحبه تهیه و در حین تحلیل داده‌ها از آن استفاده گردید.

به این منظور با استفاده از نرم افزار MAXQDA داده‌ها کدگذاری شدند. با مقایسه مستمر کدها و همچنین یادداشت‌های عرصه فرایند تفسیر داده‌ها و مفهوم‌سازی انجام گرفت و مقولات انتزاعی‌تری به دست آمدند. به منظور پالایش و تفکیک مقوله‌های به دست آمده، از کدگذاری محوری (Axial Coding) و در نهایت کدگذاری انتخابی استفاده شد.

اطمینان از صحت و استحکام تحقیق با استفاده از معیارهای لینکلن و گوبا انجام گرفت. به منظور افزایش اعتبار داده‌ها، از تحلیل هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها و انجام نمونه‌گیری نظری با حداکثر تنوع تا رسیدن به اشباع نظری استفاده شد. این شیوه امکان این را فراهم ساخت؛ تا با وجود تعداد اندک شرکت کنندگان در این پژوهش، طیف متنوعی از بیماران دیابتی استفاده شود، که از تباین بالایی در برخی ویژگی‌ها با وجود تباین پایین در برخی دیگر برخوردار بودند. مقبولیت داده‌ها (Credibility) با مرور دست نوشته‌ها توسط مشارکت کنندگان؛ و درگیری طولانی مدت پژوهشگر و ارتباط وی با مشارکت کنندگان که سبب درک بهتر تجارب آنان توسط پژوهشگر و افزایش اعتماد شرکت کنندگان می‌شد، به دست آمد. قابلیت تأیید با رعایت بی‌طرفی پژوهشگر، توافق در کدها و درون مایه‌ها با کارشناسان مربوطه و بررسی متن مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج شده توسط هر دو نویسندگان (Peer Check) مورد تأیید واقع شد. اطمینان از ثبات یافته‌ها با پیاده‌سازی مصاحبه‌ها در اسرع وقت، استفاده از نظر کارشناسان (External Check) و مطالعه مجدد کلیه داده‌ها ممکن شد. بعلاوه، قابلیت انتقال یا تناسب از طریق مصاحبه با شرکت کنندگان متفاوت و استفاده از نقل قول‌های مستقیم و مثال‌ها، بیان بهتر داده‌ها را ممکن نمود.

در این مطالعه ملاحظات اخلاقی لازم از جمله حق مشارکت داوطلبانه، حفظ حریم شخصی مشارکت کنندگان و دادن اطمینان به محرمانه ماندن اطلاعات آنان رعایت شده است. در انجام این تحقیق با محدودیت‌هایی مواجه بودیم، از جمله این که مدت مصاحبه طولانی بود و در مواردی به دلایل مختلف مصاحبه قطع و با وقفه‌ای از سر گرفته می‌شد؛ که در این حالت زمانی صرف بازگشت به فضای مصاحبه و سیر روایی پاسخ می‌گردید. همچنین به دلیل این که مصاحبه در مورد یک بیماری بود، شرکت کنندگان در ابتدا در پاسخ به سؤالات به جواب‌های تلگرافی و دادن شرح حال بیماری اکتفا می‌کردند.

یافته‌ها

این در حالی است که تعدادی از بیماران با شیوه مقابله‌ای ناسالم، به توصیه‌های درمانی بی‌اعتماد بودند؛ و در مواردی آن را غیر مؤثر می‌دانستند. دختر یکی از شرکت‌کنندگان که یک زن ۵۶ ساله بود گفت: «این دکتر/هی قرصش میدن میخوره این قرص‌ها هم فایده‌ای نداشته، مثل گچ می‌مونه.»

«قابلیت پیش‌بینی آینده» مقوله‌ای است که تحت تأثیر باورهای مذهبی قرار داشت. مشارکت‌کنندگان را می‌توان از نظر باورهای مذهبی؛ به دو دسته معتقد به آینده غیرقابل پیش‌بینی (جبرگرا)؛ و آینده قابل تغییر مثبت (اختیارگرا) تقسیم کرد. بیماران با شیوه‌های مقابله‌ای سالم، از نظر باورهای مذهبی اغلب در گروه اختیارگرا قرار می‌گرفتند؛ آن‌ها باور داشتند که انسان در تعیین سرنوشت خود سهیم است. آن‌ها آینده بیماری خود را قابل پیش‌بینی و کنترل می‌دانستند؛ و بر این باور بودند که با توکل به خدا و تلاش و پیگیری می‌توانند بیماری خود را کنترل کنند. مصاحبه شونده‌ای گفت:

«از لحاظ معنویت اگه حساب کنیم، آینده دست کس دیگری هست. از لحاظ علمی و پزشکی و این دارو درمان و این‌ها، بله من پیش‌بینی دارم که خوبه رضایت بخشه. من شخصاً خودم نگرانی ندارم به اون صورت برای آینده.» (مرد، ۵۶ ساله)

در سوی دیگر، بیماران با سبک‌های مقابله‌ای ناسالم قرار داشتند که باورهای مذهبی تقدیرگرایانه داشته، آن‌ها برای خود نقشی در تعیین سرنوشت قائل نبودند و آینده را غیرقابل پیش‌بینی و کنترل می‌دانستند. یکی از بیماران در مورد آینده بیماری خود این‌گونه صحبت کرد:

«لا یعلم الا هو. هیچ‌کس جز خدا نمی‌دونه. خدا می‌دونه من که نمی‌دونم چی میشه. مثل این‌که جلوتر خبر نداشته‌م که بناست من از اینجا سر در بیارم، هیچ‌وقت باورم نمی‌شد. همیشه می‌گفتم ما بازنشست میشیم این بار اول راحتی مونه...» (مرد، ۶۳ ساله)

با این حال به‌جز یک نفر، بقیه شرکت‌کنندگان اعتقادات و انجام مناسک دینی را عامل آرامش خود می‌دانستند؛ به‌گونه‌ای که به آن‌ها کمک می‌کند تا با مشکلات حاصل از

شرکت‌کنندگان شامل هشت زن و هفت مرد مبتلا به بیماری دیابت به مدت حداقل ۵ سال با دامنه سنی ۳۸ تا ۶۳ سال بودند. ۷۳ کد اولیه، ۲۲ طبقه اولیه و ۷ طبقه در فرآیند راهبردهای مقابله با بیماری دیابت استخراج گردید؛ که عبارت‌اند از مفاهیم «مشکل درک شده»، «اعتماد به توصیه‌های درمانی»، «قابلیت پیش‌بینی آینده»، «جستجوی حمایت»، «نظریه شخصی»، «اولویت‌ها» و «رویدادهای زندگی»؛ هر یک از این طبقات دارای طبقات فرعی با ویژگی‌های اختصاصی بود؛ که بیشترین تأثیر را در راه‌هایی که فرد برای مقابله با بیماری مزمن در پیش می‌گیرد داشت. در ارتباط با «مشکل درک شده» اکثریت بیماران در گروه مقابله سالم، دیابت را به‌عنوان یک مشکل طولانی مدت درک کرده بودند؛ که در صورت عدم کنترل عواقب ناخوشایندی برای آن‌ها به همراه خواهد داشت. یکی از شرکت‌کنندگان گفت:

«بیماری من همین‌طور ادامه پیدا میکنه. همش می‌ترسم می‌گم مثلاً پام قطع نکن. چشمم کور نشه. از این دو تا می‌ترسم. میگم افتاده شدم... تا آخر باید به کنترل ادامه بدم وگرنه آخرش بد تموم میشه» (زن، ۵۳ ساله)

گروهی از بیماران با شیوه مقابله‌ای ناسالم بیماری دیابت را یک مشکل موقت می‌دانستند؛ که با مراقبت و استفاده از دارو رفع خواهد شد. یک مرد ۴۶ ساله گفت: «با توجه به این‌که من دارو هام رو سر وقت می‌خورم، مطمئنم اگر ده روز مرتب مثل قبل ورزش کنم مشکل دیابت من حل میشه.»

در مقوله «اعتماد»، مشاهده شد که بیماران با سبک مقابله‌ای سالم، تا حد زیادی به توصیه‌های پزشکی و درمانی اعتماد داشتند و آن را در کنترل بیماری‌شان مؤثر می‌دانستند. مرد ۵۶ ساله‌ای گفت:

«من میگم چیزی که خودم تجربه تو این مدت داشتم تا اونجا که برام امکان داشته و این دستوری که پزشک می‌داده من رعایت می‌کردم. وگرنه من به قول خودم اگه من آدم شکم شلی بودم و دستور دکتر رعایت نمی‌کردم و قرص به موقع نمی‌خوردم، هرچه می‌خواستم رعایت و پرهیز غذایی نمی‌کردم، مسلماً الآن خیلی مشکل داشتم.»

بیماری در زندگی خود راحت تر کنار بیايند. مرد ۳۸ ساله‌ای گفت:

«الآن احساس می‌کنم که می‌تونم باهائش (بیماری) مبارزه کنم و افسردگی هم یه مدت من گرفت، افسردگی خیلی شدید. من دکتر نرفتم به خاطر افسردگیم ولی شروع کردم به قران حفظ کردن و افسردگیم خوب شد.»

در مورد مقوله «جستجوی حمایت»، بیشتر بیماران با شیوه‌های مقابله‌ای سالم؛ به حمایتی که در خانواده برای آن‌ها فراهم می‌شد پاسخ مثبت داده و آن‌را پذیرا بودند و خود نیز به جستجوی منابع حمایتی موجود در جامعه می‌پرداختند؛ و از آن‌ها بهره می‌جستند. یکی از بیماران گفت: «من همش دنبال این هستم که اطلاعاتم را درباره دیابت زیاد کنم و در کلاس‌های مختلف آموزشی در این زمینه شرکت کرده‌ام» (مرد، ۳۸ ساله).

در حالی که گروهی از بیماران با شیوه‌های مقابله‌ای ناسالم، در موارد اجباری که شرایط بیماری سخت و ناتوان کننده‌ای را تجربه می‌کردند از حمایت فراهم شده از سوی خانواده بهره می‌جستند و به آن تن در می‌دادند. همچنین این افراد تلاشی برای یافتن حمایت‌های اجتماعی انجام نمی‌دادند. یکی از شرکت کنندگان که همسر وی نیز بیمار دیابتی بود گفت:

«حمایت خانواده هیچی. هیچی. ما خودمون صبح که میشه دو تایمون پا می‌شیم انسولین مون رو می‌زنیم شب هم انسولین می‌زنیم. گاهی وقت‌ها یکمی بی‌حال و ناراحتیم مثلاً من خودم ضعف می‌کنم بچه‌ها متوجه میشن، میگن بچه‌ها مثلاً بابا حالشون بده یا مامان قندشون پایین اومده حالا یه آب قندی درست کنن ولی حالا محیط خونه را اروم کنن کمک کنن، نه اصلاً. مثلاً گاهی وقت‌ها سر سفره می‌گن مامان نخورین بستونه دیگه مثلاً بابا چقد غذا می‌خورین دارین زیاده روی می‌کنین قند دارین. ولی در همین حده در حد تذکر. تذکری که گوش شنوایی نیست. همه چیز عادی عادی هست انگار که قند نداریم» (زن، ۴۷ ساله)

علاوه بر عوامل ذکر شده، عوامل مؤثر دیگری نیز در ارتباط با سبک‌های مقابله‌ای بکار رفته از سوی بیماران یافت شد. از جمله: «اولویت‌های زندگی» مثل اولویت‌های شغلی و

مسائل مربوط به فرزندان. داشتن چنین اولویت‌هایی در زندگی، بیماران را از به‌کارگیری شیوه‌های مقابله‌ای سالم باز می‌دارد. مرد ۵۰ ساله‌ای گفت: «من بیشتر نگران زن و بچم هستم. نگران خودم نیستم. من دو تا بچه دیگه خونه دارم این‌ها را عروس دامادشون بکنم دیگه ناراحتی ندارم. نگران هیچی نیستم.»

از دیگر عوامل مؤثر بر سبک‌های مقابله‌ای به کار گرفته شده «نظریه‌های شخصی» (Lay Theory) بود؛ که بیماران برای توضیح و تبیین بیماری دیابت و کنترل آن؛ و همچنین دلایل پدید آورنده این بیماری و بحران‌های حاصل از آن بکار می‌بردند. همواره میان نظریه‌های شخصی و نظریه پزشکی غالب در مورد بیماری و کنترل آن تفاوتی وجود دارد. در بیمارانی که راه‌های مقابله‌ای سالم برای سازگاری با بیماری بکار می‌بردند، این اختلاف کمتر بود. در مقابل، اختلاف زیادی میان نظریه شخصی در مورد بیماری دیابت و کنترل آن؛ و نظریه پزشکی غالب در این مورد در بیمارانی وجود داشت که سبک‌های مقابله‌ای ناسالم بکار می‌بردند. برای مثال زن ۵۳ ساله‌ای که از سبک‌های ناسالم برای مقابله با بیماری استفاده می‌کرد، گفت: «بیماری قند بدترین چیزه، همون سرطان. به قرآن بنده خدا می‌گفت سرطان دوم هست. الآن سرطان می‌گه که یه درمانی داره یه کاریش می‌کنن می‌برنش بیمارستان سوزنش می‌زنن دواش می‌زنن خوب میشه. بیماری قند چی چی داره هیچی. فقط پرهیز. هیچی نباید بخورن»

«رویدادهای زندگی» که شامل موارد مربوط به مسائل و مشکلات زندگی روزمره و همچنین دیگر بیماری‌های مزمنی که فرد به‌طور هم‌زمان با آن دست به‌گریبان می‌باشد؛ از دیگر مواردی بود که تأثیر قابل توجهی بر نحوه کنترل بیماری از سوی بیمار داشت. مشکلات و درگیری‌های متعدد زندگی روزمره، فرد را از به‌کارگیری شیوه‌ای سالم در مقابله با بیماری باز می‌داشت؛ درحالی‌که بیمارانی که از بیماری مزمن دیگری به غیر از دیابت به‌طور هم‌زمان رنج می‌بردند، سبک‌های مقابله‌ای سالم‌تری برای مقابله با دیابت در پیش می‌گرفتند. یکی از شرکت کنندگان گفت:

«شوهرم مریض بود. اعصابم خورد بود. مثلاً بچه کوچک داشتم. خیلی قدم بالا می‌رفت. دردسر، به‌شدت سر درد می‌شدم که بعداً فهمیدم قند دارم. قرصم مرتب نمی‌خوردم، قرصم مثلاً درست سر وقت بخورم و اینا. قدم بیشتر بالا می‌رفت. اون موقع بیشتر به شوهرم می‌رسیدم خودم نمی‌رفتم دکتر. اصلاً رعایت نمی‌کردم. اصلاً کاری به رژیم غذایی و خودم و به دارو و اینا نداشتم. فقط قالی می‌بافتم.» (زن، ۵۸ ساله)

با انجام گراند تئوری، مفاهیم اساسی مؤثر بر فرآیند راهبردهای مقابله با بیماری دیابت در بیماران دیابتی پدیدار گردید؛ که شامل: مفاهیم «مشکل درک شده»، «اعتماد به توصیه‌های درمانی»، «قابلیت پیش‌بینی آینده»، «جستجوی حمایت»، «اولویت‌های زندگی»، «نظریه شخصی» و «رویدادهای زندگی» با مفهوم مرکزی «قابلیت پیش‌بینی آینده» بود.

قابلیت پیش‌بینی آینده در این پژوهش، مهم‌ترین نقش را در بکارگیری شیوه‌های مقابله‌ای سالم داشت. این در حالی است که قابلیت پیش‌بینی آینده، بسیار متأثر از باورهای مذهبی بود. مطالعات انجام شده در زمینه تأثیر باورهای دینی بر کنترل بیماری‌های مزمن نشان می‌دهد، بیماران از اعتقادات مذهبی و انجام مناسک دینی؛ در جهت دستیابی به آرامش و همچنین به‌عنوان نوعی راهکار مقابله‌ای؛ برای سازگاری با شرایط بیماری خود یاری می‌جویند (۲۱-۱۷)؛ با این حال هماهنگ با نتایج به دست آمده در این مطالعه، باورهای دینی گاه به تقدیرگرایی فرد می‌انجامد؛ به این معنا که فرد سهم خود را در تعیین سرنوشت خود نادیده انگاشته؛ و یکسره به تقدیر از پیش معین سر می‌نهد. در این حالت بیمار تلاش اندکی جهت تغییر خودآگاهانه شرایط زندگی؛ و کنترل بیماری خود انجام می‌دهد (۲۲).

بحث

در مطالعه حاضر، اعتماد به توصیه‌های درمانی از عوامل مؤثر در به‌کارگیری شیوه‌های مقابله‌ای سالم معرفی شد. این یافته با نتایج مطالعات دیگر در این زمینه همخوانی دارد و نشان می‌دهد؛ بیمارانی که به پزشکان اعتماد بیشتری دارند از خود

کارآمدی بالاتر برخوردارند؛ و انتظار نتایج بهتری را از عمل به توصیه‌های درمانی دارند (۲۳). همچنین اعتماد به توصیه‌های درمانی، عامل تسهیل‌کننده‌ای در تکمیل فعالیت‌های مراقبتی (۲۴)؛ و خود مدیریتی بیماران می‌باشد (۲۵). به نظر می‌رسد عدم اعتماد به توصیه‌های درمانی، متأثر از عوامل فرهنگی از جمله باورهای خرافی و سنتی می‌باشد. بیماران، به‌ویژه افرادی باسواد سلامت اندک، بیماری و شرایط حاصل از آن در زندگی خود را بر اساس باورهای سنتی و خرافی تبیین می‌کنند؛ که در این تحقیق از آن با عنوان نظریه شخصی شد. داشتن چنین نگرشی نسبت به بیماری که از تبیین علمی و واقعی آن به دور است، از دلایل عدم اعتماد و در نتیجه عدم پایبندی بیماران به توصیه‌های درمانی می‌باشد؛ که منجر به استفاده از روش‌های نادرست، برای مقابله با بیماری می‌شود.

مطالعات بسیاری بر نقش مؤثر حمایت اجتماعی و خانوادگی؛ در کنترل بیماری دیابت تأکید داشته‌اند (۳۴-۲۶). همخوان با چنین نتایجی در مطالعه حاضر نیز حمایت فراهم شده از سوی خانواده و جامعه؛ به‌عنوان عامل مهمی در سازگاری فرد با بیماری مزمن و بکارگیری شیوه‌های مقابله‌ای سالم معرفی شد. علاوه بر این مشخص شد، پاسخ افراد بیمار به حمایت‌های خانواده و جامعه، متفاوت است. افرادی که بیماری خود را به‌درستی مدیریت و راهکارهای مقابله‌ای مناسبی را اختیار کرده‌اند، معمولاً از یک سو به جستجوی حمایت‌های بالقوه یا بالفعل می‌پردازند که در خانواده و جامعه فراهم است؛ و از سوی دیگر پذیرای حمایت‌هایی که در اختیار آن‌ها قرار می‌گیرد نیز هستند.

رویدادهای زندگی و بیماری‌های هم‌زمان؛ تأثیر زیادی بر شیوه‌ای که فرد برای کنترل بیماری خود در پیش می‌گیرد دارند. گاه رویدادهایی در زندگی باعث می‌شوند که اولویت فرد از وضعیت بیماری و سلامت وی به مسائل دیگری مثل شغل، مسائل مربوط به فرزندان یا بیماری دیگر افراد خانواده معطوف گردد. در نتیجه مسائل مربوط به مراقبت از بیماری از جمله منابع مالی، زمانی و نیروی انسانی مورد نیاز برای مقابله سالم با آن در حاشیه قرار می‌گیرد و در این حالت شرایط بیماری فرد، به‌مرور زمان رو به وخامت می‌گذارد (۳۵، ۳۶).

اعتماد بیماران به سیستم سلامت و توصیه‌های درمانی کمک می‌کند.

پرهیز از باور تقدیرگرایانه و این که فرد بیمار خود را در رقم زدن آینده بیماری‌اش مسئول بداند؛ و برای بهبود شرایط آن تلاش کند، امری است که علاوه بر آموزش نیاز به بهبود زیرساخت‌های فرهنگی دارد؛ بنابراین پیشنهاد می‌گردد که برنامه‌هایی جهت ارتقاء ابعاد فرهنگی مؤثر در این زمینه در دستور کار سیاست‌گذاران حوزه سلامت قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه دارای کد اخلاق IR.SSU.REC.1397.180377 از مرکز تحقیقاتی درمانی دیابت یزد مربوط به دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد می‌باشد. از کارکنان مرکز دیابت یزد که با این مطالعه همکاری کردند قدردانی می‌گردد.

تضاد منافع

در این مطالعه تعارض منافی وجود نداشت. این مطالعه با حمایت مالی مرکز تحقیقات دیابت یزد به اجرا درآمد.

نتایج حاصل از برخی مطالعات حاکی از این است؛ که ابتلا به سایر بیماری‌ها که فرد دیابتی به‌طور هم‌زمان از آن‌ها رنج می‌برد، کسب و حفظ تعادل در زندگی بیمار را با سختی همراه می‌سازد (۳۶،۳۷)؛ درحالی که در مغایرت با این نتایج، مطالعه حاضر نشان می‌دهد، ابتلا به چند بیماری مزمن به‌طور هم‌زمان؛ به فرد در به‌کارگیری شیوه‌ای سالم برای مقابله با دیابت کمک می‌کند؛ شاید به این دلیل که فرد در این حالت با بحران‌های بیشتر و حادثی دست به گریبان است، و بیمار را مجبور به پذیرش و سازگاری با بیماری می‌نماید.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر، تأکید دوجندانی بر اهمیت نقش آموزش به‌منظور بالا بردن سطح سواد سلامت افراد دیابتی دارد. بالا بردن دانش افراد در زمینه سلامت، فاصله میان نظریه شخصی و نظریه پزشکی یافته شده در مورد بیماری دیابت را کم می‌کند؛ و به بیماران کمک می‌کند تا به‌صورت واقع‌گرایانه‌ای به مسئله بیماری خود نگاه کرده؛ و بیماری خود را به‌صورت مشکلی طولانی‌مدت که نیاز به مراقبت پایدار و مستمر دارد درک کنند. از سوی دیگر این امر خود به افزایش

References

1. Mirzazadeh A, Baradaran HR, Haghdooost AA, Salari P. Related factors to disparity of diabetes care in Iran. Med Sci Monit 2009; 15(5): 32-6.
2. Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. Diabetes Res Clin Pract 2010; 87(1): 4-14.
3. Afkhami Ardakani M, Vahidi S, Vahidi A, Ahmadi M. Epidemiological survey of type 2 diabetes in people over 30 years old in Yazd Province. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences 2002; 9(1): 22-7. [In Persian].
4. Baghianimoghadam MH, Ardekani M, Baghianimoghadam B. Effect of education on improvement of quality of life by SF-20 in type 2 diabetes patients. Acta Med Indones 2009; 41(4): 175-80.
5. Javanbakht M, Baradaran HR, Mashayekhi A, Haghdooost AA, Khamseh ME, Kharazmi E, et al. Cost of illness analysis of type 2 diabetes mellitus in Iran. PLoS One 2011; 6(10): e26864.
6. Esteghamati A, Khalilzadeh O, Anvari M, Meysamie A, Abbasi M, Forouzanfar M, et al. The economic costs of diabetes: A population-based study in Tehran, Iran. Diabetologia 2009; 52(8): 1520-7.
7. Masoudi Alavi N, Ghofranipour F, Ahmadi F, Rajab A, Babaei Rochi G. Study of diabetic patients' experiences, a qualitative research. Kowsar Medical Journal 2004; 9(3): 229-34. [In Persian].
8. Desmond DM, Shevlin M, Maclachlan M. Dimensional analysis of the coping strategy indicator in a sample of elderly veterans with acquired limb amputations. Personality and Individual Differences 2006; 40(2): 249-59.
9. Gabe J, Monaghan LF. Key Concepts in Medical Sociology. US: SAGE Publications; 2013.
10. Corbin JM, Strauss A. Unending Work and Care: Managing Chronic Illness at Home. San Francisco: Jossey-Bass Inc; 1988.

11. Hamadzadeh S, Ezatti ZH, Abedsaeidi ZH, Nasiri N. Coping styles and self-care behaviors among diabetic patients. *Iran Journal of Nursing* 2013; 25(80): 24-33. [In Persian].
12. Hassanzadeh P, Aliakbari Dehkordi M, Khamseh M. The study of the relationship of social support and coping strategies in patients with diabetes type 2. *Health Psychology* 2012; 11(2): 12-21. [In Persian].
13. Sadeghi Movahhed F, Molavi P, Sharghi A, Narimani M, Mohammadnia H, Deilami P, et al. On the relationship between coping strategies and mental health of diabetic patients. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2010; 12(46): 480-7. [In Persian].
14. Bagherian Sararoudi R, Ahmadzadeh GH, Mahmmodi MA. Coping styles among diabetic patients. *Journal of Arak University of Medical Sciences* 2009; 12(1): 9-17 [In Persian].
15. 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 & Metabolism* 2009; 11(3): 257-64. [In Persian].
16. Alizad Jahani S, Majd Zade SR, Ghorbani M, Khosravi S, Bajori A, Ardeshtir Larijani M. The study of effective causes on diabetic patients' unwillingness to insulin treatment at diabetic centers in 2010-2011: A qualitative research. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism* 2011; 10(5): 520-7. [In Persian].
17. Abdoli S, Ashktorab T, Ahmadi F, Parvizy S, Dunning T. Religion, faith and the empowerment process: Stories of Iranian people with diabetes. *Int J Nurs Pract* 2011; 17(3): 289-98.
18. Hemmati Maslak pak M, Ahmadi F, Anooshe M. Spiritual beliefs and quality of life: A qualitative research about diabetic adolescent girls' perception. *Koomesh* 2011; 12(2): 144-51. [In Persian].
19. Lundberg PC, Thrakul S. Religion and self-management of Thai Buddhist and Muslim women with type 2 diabetes. *J Clin Nurs* 2013; 22(13-14): 1907-16.
20. Namageyo-Funa A, Muilenburg J, Wilson M. The role of religion and spirituality in coping with type 2 diabetes: A qualitative study among black men. *J Relig Health* 2015; 54(1): 242-52.
21. Sukeri S, Mirzaei M, Leeder SR. Life after myocardial infarction from the perspective of Muslim patients and carers in Malaysia. *Int J Cardiol* 2013; 168(4): 4512-3.
22. Naeem AG. The role of culture and religion in the management of diabetes: a study of Kashmiri men in Leeds. *J R Soc Promot Health* 2003; 123(2): 110-6.
23. Lee Y, Lin JL. The effects of trust in physician on self-efficacy, adherence and diabetes outcomes. *Soc Sci Med* 2013; 68(6): 1060-8.
24. Bonds DE, Camacho F, Bell RA, Duren-Winfield VT, Anderson RT, Goff DC. The association of patient trust and self-care among patients with diabetes mellitus. *BMC Fam Pract* 2004; 5:26.
25. Mirzaei M, Taylor R, Morrell S, Leeder SR. Predictors of blood pressure in a cohort of school-aged children. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007; 14(5): 624-9.
26. Pendley JS, Kasmen LJ, Miller DL, Donze J, Swenson C, Reeves G. Peer and family support in children and adolescents with type 1 diabetes. *J Pediatr Psychol* 2002; 27(5): 429-38.
27. Carter-Edwards L, Skelly AH, Cagle CS, Appel SJ. They care but don't understand": family support of African American women with type 2 diabetes. *Diabetes Educ* 2004; 30(3): 493-501.
28. Rosland AM, Kieffer E, Israel B, Cofield M, Palmisano G, Sinco B, et al. When is social support important? The association of family support and professional support with specific diabetes self-management behaviors. *J Gen Intern Med* 2008; 23(12): 1992-9.
29. Pereira MG, Berg-Cross L, Almeida P, Machado JC. Impact of family environment and support on adherence, metabolic control, and quality of life in adolescents with diabetes. *Int J Behav Med* 2008; 15(3): 187-93.
30. Mayberry LS, Osborn CY. Family support, medication adherence, and glycemic control among adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2012; 35(6): 1239-45.
31. Illas I, Hatzimichelakis E, Souvatzoglou A, Anagnostopoulou T, Tselebis A. Perception of family support is correlated with glycemic control in Greeks with diabetes mellitus. *Psychol Rep* 2001; 88(3 Pt 1): 929-30.
32. Heidari S, Noori Tajer M, Shirazi F, Sanjari M, Shoghi M, Salemi S. The study of family support and blood sugar control in type 2 diabetics. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism* 2008; 8(2): 93-102. [In Persian].
33. Zare Shahabadi A, Hajizade Meimandi M, Ebrahimi Sadrabadi F. Influence of social support on treatment of type II diabetes in Yazd. *Journal of Shaheed Sadoughi University of Medical Sciences* 2010; 18(3): 277-83. [In Persian].
34. World Health Organization (WHO). The impact of chronic disease in the Islamic republic of Iran, Chronic diseases are the major cause of death and disability worldwide; 2002 [cited 2019 Mar 16]. Available from: https://www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/impact/iran.pdf
35. Mogharab M, Hedayati H, Najafi R, Safari M, Amiri S, Adhami SH. Prevalence of depression and life events in hemodialysis patients in Vali-Asr hospital in Birjand. *Modern Care Journal* 2011; 8(3): 125-34.

36. Jeon YH, Jowsey T, Yen L, Glasgow NJ, Essue B, Kljakovic M, et al. Achieving a balanced life in the face of chronic illness. *Aust J Prim Health* 2010; 16(1): 66-74.
37. Rahimian Boogar I, Mohajeri tehrani M, Besharat M, Talepasand S. Psychological, social and structural determinants of self-management of diabetes. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism* 2012; 13(5): 467-78.

Diabetic Patients' Experience of Coping with Diabetes Mellitus: A Grounded Theory Study

Fatemeh Ebrahimi Sadrabadi ¹, Masoud Mirzaei ²

Original Article

Abstract

Introduction: Diabetes mellitus (DM) is a chronic disease with high prevalence in the world and Iran. Uncontrolled DM puts financial pressure on health system and society. It also affects patients physically and mentally, and changes their social relationship with others. In spite of advances in DM control, there is only a little information regarding patients' experience of living with DM and coping with this disease in Iran. This study aimed to explore diabetic patients' experience of coping with DM.

Method: This qualitative study was conducted using grounded theory and semi-structured interviews in Yazd, Iran, in 2013. Fifteen diabetic patients (8 females and 7 males) were selected using purposive sampling. Recorded interviews were transcribed verbatim and analyzed using Strauss and Corbin method simultaneous with data collection. Guba and Lincoln criteria were used to ensure credibility of the findings.

Results: In this study, 73 primary codes, 22 primary categories, and 7 main categories for strategies of coping with DM were extracted. The categories include: perceived problem, trust in treatment recommendations, ability to predict prognosis, subjective theory, family support, comorbidities and life events. According to diabetic patients' experience of living with DM, these factors have a key role in coping with diabetes.

Conclusion: According to the results, the coping strategy of diabetic patients is a correlated, dynamic, complex, and constant concept influenced by the factors affecting diabetic patients and the disease. On the one hand, trust in treatment recommendations and ability to predict prognosis, and on the other hand, life events and family support affect coping strategies for diabetes. The findings of this study can help health policy makers to introduce interventions and educational programs to improve DM control.

Keywords: Diabetes, Coping behavior, Iran

Citation: Ebrahimi Sadrabadi F, Mirzaei M. **Diabetic Patients' Experience of Coping with Diabetes Mellitus: A Grounded Theory Study.** J Qual Res Health Sci 2019; 7(4): 407-417.

Received date: 11.01.2017

Accept date: 21.01.2017

Published: 19.03.2019

1- PhD Student, Humboldt University of Berlin, Germany

2- Professor, Yazd Cardiovascular Research Centre, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

Corresponding Author: Masoud Mirzaei, **Email:** mmirzaei@ssu.ac.ir