

مفهوم سلامت از دیدگاه بیماران دیابتی: یک مطالعه کیفی

سینا ولیئی^۱، گلرخ مریدی^۲، محمد فتحی^۳، دکتر علیرضا نیکبخت نصر آبادی^۴ مصطفی رضائی فریمانی^۵

۱. کارشناس ارشد پرستاری، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران
۲. مربی، گروه کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
۳. مربی، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
۴. دانشیار، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۵. مربی آموزشی، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: احساس سلامتی ذهنی و منحصر به فرد است و معیارهای سلامتی در بین گروه‌های سنی، فرهنگی و طبقات اجتماعی متفاوت می باشد. یکی از مهمترین شرایط، ابتلا به بیماری است که ادراک از سلامتی را تحت تاثیر قرار می دهد. این مطالعه با هدف تبیین مفهوم سلامت دیدگاه از بیماران مبتلا به دیابت انجام شد.

مواد و روش ها: این پژوهش یک مطالعه کیفی بود که پس از نمونه گیری مبتنی بر هدف، اطلاعات با انجام مصاحبه های عمیق و نیمه ساختار با ۲۰ بیمار دیابتی مراجعه کننده به درمانگاه دیابت بیمارستان توحید شهر سنندج جمع آوری گردید. مصاحبه ها با روش آنالیز محتوی قراردادی (Conventional) رویکردی که در آن نتایج مستقیماً از بیانات شرکت کنندگان در پژوهش بدست می آید مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و در نهایت درونمایه های اولیه و نهایی حاصل گردید.

یافته ها: بر اساس یافته ها در این پژوهش پنج درونمایه نهایی پیرامون مفهوم سلامت بیماران مبتلا به دیابت شامل: تن سالم و دل خوش، زندگی بدون محدودیت، آرامش خاطر، معنویت و عدم وجود عوارض بیماری به دست آمد.

نتیجه گیری: در هر اجتماع و گروهی سلامتی بر اساس شرایط خاص آن گروه تعریف می شود. لذا با توجه به درونمایه های حاصل شده، ارائه دهندگان مراقبت های سلامتی باید با در نظر گرفتن این ابعاد در جستجوی راه‌های دستیابی به سلامت در بیماران مبتلا به دیابت باشند و این ابعاد را در برنامه مراقبتی استفاده نمایند.

کلید واژه ها: سلامت، دیابت، مطالعه کیفی، آنالیز محتوی، پرستاری

مقدمه

وسیعی دارد و تعریف آن تحت تاثیر آگاهی و طرز تلقی جوامع در شرایط گوناگون جغرافیایی و فرهنگی قرار می‌گیرد (Naidoo & Wills, ۲۰۰۰). سلامتی روندی پویا است و با گذشت زمان نیز مفهوم آن تغییر خواهد کرد (Kerr, ۲۰۰۰). امروزه سلامتی به عنوان یک مفهوم چند بعدی مورد توجه قرار گرفته که مفهوم آن مستقل از صرف بیمار نبودن است. امروزه دیدگاه عمومی در مورد سلامتی از مدل زیستی پزشکی غالب به سمت یک دیدگاه کل نگر حرکت کرده و بر اساس آن سلامتی و بیماری هر دو می توانند در یک زمان حضور داشته باشند. در این دیدگاه سلامتی چیزی نیست که فرد دارد بلکه

سلامت بزرگترین سرمایه بشر است و سلامتی مطلوب برای توسعه و بهره وری انسان ضروری است (Stanhope & Lancaster, ۲۰۰۰). در طی چند دهه گذشته سلامت به عنوان یک حق بشری و یک هدف اجتماعی در جهان شناخته شده است (Giger&Davidhizar, ۲۰۰۴). سلامت مفهوم

*نویسنده مسئول مکاتبات: سینا ولیئی، سنندج، خیابان پاسداران، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان. ایران
آدرس پست الکترونیک: valiee@muk.ac.ir

سپس راه‌های دستیابی به سطح تعیین شده برای سلامتی باشد (Giger & Davidhizar, ۲۰۰۴). مطالعات انجام شده قبلی نشان می‌دهد مفهوم سلامت در بیماران دیابتی به خوبی مورد بررسی قرار نگرفته است و با توجه به تاثیر دیابت بر روی جنبه‌های زیادی از زندگی فرد بدست آوردن دیدگاه کلی (Holistic) در مورد بیماران دیابتی لازم می‌باشد (Abazari و همکاران، ۲۰۰۸). با توجه به اهمیت این موضوع در برنامه ریزی سلامت افراد در ابتدا نیاز به واضح سازی و تبیین عمیق تر پدیده مورد نظر وجود دارد. لذا این پژوهش با هدف تعیین مفهوم سلامت از دیدگاه بیماران مبتلا به دیابت انجام شد.

مواد و روش‌ها

از آنجا که هدف تبیین مفهوم سلامت از دیدگاه بیماران دیابتی بود از روش کیفی که موجب کسب اطلاعات با ارزش و عمیق می‌شود استفاده شد (Lichman, ۲۰۱۰). مطالعه حاضر پژوهش کیفی از نوع تحلیل محتوایی بود. تحلیل محتوای روش مناسبی برای پژوهش کیفی می‌باشد (Krippendorff, ۲۰۰۴).

در این مطالعه بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به درمانگاه دیابت بیمارستان توحید شهر سنندج که تجربه کافی زندگی با دیابت را داشته؛ و ۵ سال از تشخیص بیماری آنها گذشته بود، به روش نمونه گیری مبتنی برهدف انتخاب شدند. پس از ارائه معرفی نامه، توضیح هدف پژوهش و نحوه انجام آن، اطمینان از محرمانه ماندن اطلاعات، داشتن حق کناره گیری و کسب رضایت آگاهانه اطلاعات با انجام مصاحبه‌های عمیق و نیمه ساختار جمع آوری گردید. مصاحبه‌ها به زبان کردی انجام شد و تا رسیدن به غنای لازم و تکرار اطلاعات بدست آمده بعد از مصاحبه با ۲۰ بیمار ادامه یافت تا پژوهشگر اصلی به اشباع داده‌ها رسید. مصاحبه با طرح یک سوال کلی و عمومی در مورد مفهوم سلامت آغاز و به بررسی عمیق آن پرداخته شد. تعدادی از سوالات که به منزله راهنمای مصاحبه در نظر گرفته شده بود عبارت بودند از: چه موقع احساس سلامتی می‌کنید؟ به نظر شما فرد سالم چه مشخصاتی دارد؟ چه عواملی در سلامتی شما مشارکت دارند؟ چه زمانی فکر می‌کنید که سلامتی تان تحت تاثیر قرار گرفته است؟ در حال حاضر چه احساسی نسبت به سلامتی تان دارید؟ و از شرکت کنندگان درخواست می‌گردید که موارد دیگری که به ذهن شان می‌رسید و در طی مصاحبه از آنها سوال نشده بود ارائه نمایند. مصاحبه در مدت ۳۰-۴۵ دقیقه انجام شد سپس مصاحبه‌ها بر روی نوار ضبط و بلافاصله محتوای مصاحبه‌ها

محصول فرآیندی مداوم می‌باشد. سلامت مفهومی انتزاعی، چند بعدی و مرتبط با ذات، ماهیت، مشکل برای اندازه گیری و مشکل تر برای تعریف کردن می‌باشد (Almqvist و همکاران، ۲۰۰۶).

بیماری دیدگاه بیماران را در رابطه با سلامت تحت تاثیر قرار خواهد داد. به طور مثال دیابت از شایع ترین بیماری‌های مزمن عصر حاضر می‌باشد (Bloom & Ireland, ۱۹۹۲). که بروز و شیوع این بیماری به طور فزاینده ای در حال افزایش است (King و همکاران، ۱۹۹۸) بیش از ۱۷۱ میلیون بیمار دیابتی در تمام دنیا وجود داشته و پیش بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰ به ۳۶۶ میلیون برسد (Wild و همکاران، ۲۰۰۴) این بیماری مرگ بالایی دارد و سومین علت مرگ ناشی از بیماری‌ها می‌باشد (Smeltzer و همکاران، ۲۰۰۷) و هر ساله هزینه‌های زیادی صرف درمان و مراقبت از آن می‌شود (Center for Diseases Control and Prevention, ۲۰۰۸). تاثیر دیابت محدود به عوارض زودرس و دیررس آن از قبیل هیپوگلیسمی، عوارض عروقی کوچک و بزرگ و ... نشده بلکه بیمار را با چالش‌های متعددی از قبیل فشارهای ناشی از کنترل در درمان بیماری، رعایت برنامه‌های درمانی- مراقبتی پیچیده و هزینه بردار، نیاز به مراجعات متعدد، نگرانی در مورد آینده و حتی اختلال در روابط خانوادگی و... روبرو خواهد ساخت (Elsy و همکاران، ۲۰۰۰).

مطالعات نشان داده اند که وجود یک بیماری مزمن مانند دیابت بر روی درک از سلامت بیماران تاثیر می‌گذارد (Tennvall & Alpelqvist, ۲۰۰۰). دیابت بیماری است که نیازمند خود مراقبتی است (Lin و همکاران، ۲۰۰۴) لذا شکی نیست که باورها و نگرش‌های بیمار نقش تعیین کننده ای در رفتارهای حاکی از سلامت دارد (Snoek, ۲۰۰۲). آگاهی از درک بیماران دیابتی در توسعه برنامه‌های پیشگیری از دیابت نیز موثر می‌باشد (Taylor و همکاران، ۲۰۰۴) هرچند که امروزه مفهوم سلامت در بیمارهای مختلف بسیار مورد توجه قرار گرفته است، اما مفهوم سلامت دائماً در حال رشد و یا تغییر بوده و هنوز این مفهوم در بسیاری از بیماری‌ها به خوبی بررسی نشده است (Lindsey, ۱۹۹۶).

از آنجا که سلامت مفهومی است نسبی و معیارهای سلامتی در بین گروه‌های سنی، فرهنگی و طبقات اجتماعی متفاوت است، باید در هر اجتماع و گروهی تعریف سلامتی از نظر شرایط مخصوص آن انجام شود، یعنی به جای تعیین استانداردهای جهانی برای سلامتی، هر جامعه ای باید با توجه به مجموعه شرایط موجود خود در جستجوی تبیین مفهوم سلامت و

بطور مثال یکی از مشارکت کنندگان سلامتی را این گونه تعریف کرد «... سلامتی یعنی سلامتی جسم (قلب ساقی)، روشنی چشم، دل خوشی داشته باشی ... (ب۶)» بیماران اغلب از واژه هایی که در زبان بومی آنها برای سلامتی رایج بوده و نوعی دعا محسوب می شود، استفاده می کردند به طور مثال «... سلامتی به معنی سالم بودن تن (قلب ساقی، بی وی بودن)، خوش اخلاق بودن و خوش رو بودن... (ب۱۰)» که این واژه ها هر چند که دارای معانی گسترده ای هستند اما بیشتر به جنبه جسمی و روانی سلامتی و یکپارچگی آن ها مربوط می شوند. یکی دیگر از مشارکت کنندگان سلامتی را این گونه تعریف نمود «... سلامتی یعنی آدم سالم باشد و دل خوشی داشته باشد، فقط تن سالم مهم نیست باید روح آدم هم سالم باشد، آدمی که قلب و روحش با هم سالم باشد احساس سلامتی می کند... (ب۷)»

زندگی بدون محدودیت

مشارکت کنندگان در این پژوهش یکی دیگر از دلایل سلامتی را نداشتن محدودیت در زندگی روزمره دانسته و از آن به طرق مختلفی مانند خوردن مواد غذایی دلخواه، شرکت در مجالس مختلف، همسو بودن با دیگران و غیره اشاره کردند. از دید خانم ۴۳ ساله اینگونه به این مسئله اشاره شده است «... وقتی که برنج زیادی می خورم آب زیادی هم دنبالش می خورم بعدش می دانم که سالم نیستم، بدنم خسته می شود، آنقدر خسته که انگار رفته ام بالای کوه آبیتر و برگشته ام، خوابم می گیرد اما بیدارم، فقط بدنم بی حال است و دیگه نمی تونم کارم انجام بدم... (ب۱۳)»، «... بعضی وقت ها دلم می خواهد که از چیزی که بچه ها خریدن بخورم و دور هم باشیم ولی نمی تونم دلم می خواد ولی سخته دیگه بعضی وقتا منم مجبور می شم برا دل بچه ها یه کم از اون بخورم... (ب۳)»، «... وقتی که در مجالس شادی باشی بتوانی در میهمانی و شب نشینی شرکت کنی، پیش همسر و خانواده ات باشی، رفت و آمد با قوم و خویش، اینکه آنها هر کاری می کنند ما هم بتوانیم بکنیم و مانند همه پذیرایی شوی و بتوانی مواد غذایی مختلف را بخوری و از جمع جدا نباشی... چیزی که می آورند تو هم بتوانی بخوری یا جایی که می روند بری یا تو ساعت های خاص که همه جمع می شن تو مجبور نباشی که خونه بمونی و حواست به مصرف داروهات باشه... (ب۱۵)»

آرامش خاطر

مشارکت کنندگان هم چنین به آرامش توجه زیادی داشته و آرامش را بصورت آرامش داشتن، شاد بودن، نداشتن مشکل و ناراحتی، نداشتن گرفتاری در خانواده و راحتی می دانستند.

برای تحلیل به زبان فارسی ترجمه و بر روی کاغذ پیاده شده و به عنوان راهنما برای مصاحبه های بعدی استفاده گردید.

جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات در این مطالعه از روش تحلیل محتوای قراردادی (Conventional) استفاده شد. در این روش پژوهشگر از بکارگیری طبقات از قبل تعیین شده اجتناب می ورزد و در عوض اجازه می دهد که طبقات و نامشان از درون داده ها بیرون آیند. بنابراین پژوهشگر به بررسی عمیق پرداخته تا به یک درک یا بصیرت جدیدی دست پیدا کند. ابتدا تحلیل داده ها با خواندن مکرر متن برای غوطه ور شدن در آنها و یافتن یک حس کلی شروع می شود. سپس متون کلمه به کلمه خوانده می شود تا کدها استخراج شوند. این فرآیند پیوسته و مداوم از استخراج کدها تا نام گذاری آن ها است سپس کدها بر اساس تفاوت ها و یا شباهت هایشان به داخل طبقات دسته بندی می گردند و نهایتاً در پایان مثال هایی برای هر مفهوم از داده ها آماده می شود. از مزایای این رویکرد این است که نتایج مستقیماً از داده های منتج از مشارکت کنندگان در پژوهش بدون تحلیل عقیده منتهی می گردد (Hsieh & Shannon, ۲۰۰۵؛ Eto & Kyngns, ۲۰۰۸).

در مطالعه حاضر برای افزایش اعتبار و پایایی داده ها از اختصاص مکان مناسب و زمان کافی برای جمع آوری داده ها، حسن ارتباط با مشارکت کنندگان، استفاده از نظرات تکمیلی همکاران، مرور دست نوشته ها برای مشارکت کنندگان، بررسی داده ها توسط سایر پژوهشگران برای افزایش مقبولیت داده ها استفاده گردید.

یافته ها

مشارکت کنندگان در این پژوهش ۷ نفر مرد با میانگین سنی $۶۸ \pm ۱۱/۴۸$ سال و ۱۳ نفر زن با میانگین سنی $۹/۰۹ \pm ۴۳/۵۴$ سال بودند. از تجزیه و تحلیل داده های بدست آمده پنج درونمایه اصلی پیرامون مفهوم سلامت استحصال گردید که شامل تن سالم دل خوش، زندگی بدون محدودیت، آرامش خاطر، معنویت و عدم وجود عوارض بیماری بود.

تن سالم دل خوش

بسیاری از مشارکت کنندگان در این مطالعه با این سوال که سلامتی یعنی چه؟ به طرق مختلف اما همسو با همدیگر پاسخ گفته که در نهایت درون مایه ای تحت عنوان تن سالم دل خوش بدست آمد. بدین ترتیب که مشارکت کنندگان در این پژوهش سلامتی خود را معادل سلامت قلب، بدن سالم داشتن، نداشتن بیماری، دلخوش داشتن و غیره می دانستند.

احساس سلامتی می دانستند. «... خودم در وجودم احساس سلامتی خودم را می دانم، فشار داشته باشم می دانم، نداشته باشم می دانم، وقتی سالم نباشم معلوم است بدن آدم می لرزد، ناراحت و عصبی است در منزل، زانوها و پاهام درد می کند، انگشت های دست و پام درد می کند... (ب۱)»، «... از وقتی که بیمار شدم کمتر احساس سلامتی می کنم، بدنم لرزش دارد و عصبانی می شوم، بعضی روزها که عصبانی نیستم، سالم هستم، بعضی روزها که وضعیتم خوب نیست... لرزش دارم، سردرد، سرگیجه، چشمم درد می کند این حالتها می فهمم که حالم خوب نیست... (ب۲)»

بحث و نتیجه گیری

همانگونه که در قسمت یافته ها مشخص گردید برای این گروه از بیماران دیابتی سلامتی به معنای تن سالم دل خوش، زندگی بدون محدودیت، آرامش خاطر، معنویت و عدم وجود عوارض بیماری بود. اصولاً منظور از درک سلامتی راه هایی است که افراد سلامت خود را درک می کنند و بازتاب می دهند. مطالعات زیادی نشان داده اند که درک سلامت آینه ای است که نه فقط به طور صحیح سلامت را نشان داده بلکه جنبه های فرهنگی سلامت را نیز نشان می دهد (Mahasneh, 2001). درک سلامتی رفتارهای بهداشتی افراد و تصمیمات را در رابطه با درخواست کمک تعیین می کند. سلامتی و بیماری می توانند در یک زمان حضور داشته باشند و بسیاری از افراد سلامتی خود را در زمان بیماری با گذشته خود مقایسه می نمایند (Lindsey, 1996) درونمایه های بدست آمده در این پژوهش نیز حاکی از این مورد بود.

در این مطالعه مشارکت کنندگان در مورد جنبه های مختلف جسمی و روانی سلامت صحبت کرده اند که با مطالعات دیگر نیز مشابه بود. به نظر پژوهشگران مهمترین درون مایه پژوهش حاضر تن سالم دل خوش بود که اکثر بیماران دیابتی در طی صحبت های خود به این بعد از سلامتی اشاره کرده و آن را به عنوان بخش مهمی از تجربه سلامتی خود می دانستند. اغلب آنها به این بعد در ابتدای صحبت های خود اشاره می کردند که نشانگر اهمیت بالای آن در تجربه این افراد می باشد. مشارکت کنندگان در این قسمت از واژه های عامیانه مانند «قلب ساقی و لش ساقی» استفاده می کردند که هر چند در فرهنگ این بیماران دارای معانی گسترده ای می باشد اما بیشتر به جنبه حس درونی سلامتی و ارزشمندی سلامتی و هماهنگی سلامت جسم و ذهن مربوط می باشد که در نهایت به عنوان تن سالم دل خوش معرفی گردید. سلامت احساسی است که روابط درونی جنبه های فیزیکی، روانی، اجتماعی، عاطفی و

بطور مثال «... سلامتی یعنی اینکه انسان آرامش داشته باشد در خانه و خانواده اش، خانواده اش انسان باشند و خوب باشند سلامتی این است، سلامتی این است که اولاد با پدر و مادر جور باشند و پدر و مادر با اولاد جور باشند و اگر تکه نانی خدا به آنها داد با آرامش و استراحت بخورند، سلامتی انسان همین است (ب۱۱)» یکی دیگر از مشارکت کنندگان به این ترتیب به آرامش خاطر اشاره کرد «... یعنی اینکه مشکلی، ناراحتی، گرفتاری و بیماری نداشته باشی (ب۶)» این آرامش از دیدگاه یکی دیگر از شرکت کنندگان در این پژوهش به این ترتیب اشاره گردید «... سلامتی یعنی شفا، آرامش، انسان قبل از هر چیزی دل به خدا بدهد آرامش است، اگر انسان به فکر فرو نرود، احساس ناامیدی نکند هی چکار کنم چکار نکنم نکند (ب۱۸)».

معنویت

کدهای ابتدایی مربوط به درونمایه معنویت بصورت راضی بودن دیگران از فرد، خدمت کردن به دیگران، راحت بودن وجدان و یاد خدا و... اشاره شده بود. خانم ۵۲ ساله عنوان کرد: «... کسانی که همیشه قلبشان پیش خداست، سالم هستند چون روح انسان با یاد خدا شفا می گیرد و وقتی روح سالم باشد جسم هم سالم است، روح سالم در جسم سالم است یعنی دوباره می آید سر اینکه خدا می فرماید "الا بذكر الله تطمئن القلوب" ای بندگان من به یاد من بایستید، بنشینید و بخوانید و همه اینها یاد خداست... زمانی که قادر به ذکر باشم و یا خدا را فراموش نکنم، یاد خدا باشم سالم هستم. کلاً یاد خدا آرامش می آورد... (ب۱۸)»، «... افراد سالم کسانی هستند که اهل تقوا و ایمان به خدا باشند و درست و خدانشناس باشند، خدا و پیغمبر خود و راه دین را گم نکنند به این فرد می گویند سالم حالا اگر مریض باشد خدا آن را می فرستد ولی آدم تا آنجایی که می تواند انسانیت کند، بزرگی و کوچکی در خانواده باشد... وقتی که در خانه باشم عبادت بکنم، مسجدی بروم و... (ب۱۱)». یکی دیگر از مشارکت کنندگان به این سوال که چه وقت احساس سلامتی می کنی اینگونه پاسخ داد. «... هر وقت که چهار رکعت نماز می خوانم، چند صلوات می فرستم احساس می کنم الان به این دنیا آمده ام و خوشحالم و خدا را شکر می کنم که سالم ترم و حالم بهتره... (ب۶)»

عدم وجود عوارض بیماری

یکی از قسمت های مهم که توسط مشارکت کنندگان به عنوان دلیل عدم احساس سلامتی اشاره شد وجود عوارض بیماری دیابت بود و آنها نداشتن این عوارض را یکی از دلایل اصلی

که نشانگر اهمیت بالای این مسئله در تجربه سلامتی بصورت روزمره می باشد چرا که این بیماران حتی در صورت نبود مشکلات و عوارض بیماری آرامش نداشتن را دلیلی بر عدم احساس سلامتی خود می دانستند. نتایج مطالعه Ailinger & Causey (۱۹۹۵) بر روی مهاجران اسپانیایی برخوردار از سلامت روان و هماهنگی با خانواده را به عنوان مفاهیم مورد توجه نشان داد نیز بدست آمده بود. Pinar و همکاران (۲۰۰۳) خودکارآمدی و روابط درونی با اعضای خانواده را در جوانان مبتلا به دیابت نوع یک را در ترکیه بررسی نمود. مطالعه آن ها نشان داد که وجود آرامش و عواملی مانند صمیمیت بین اعضای خانواده، وجود یا عدم وجود تضاد در خانواده و شرایط عاطفی حاکم بر آنها بر خودکارآمدی بیماران تأثیر داشته و نهایتاً بر تنش در خانواده تأثیر می گذارد. لذا با توجه به اهمیت آرامش داشتن در تجربه سلامت بیماران دیابتی و تأکید آنان بر اهمیت آرامش روانی به ویژه در مورد خود و خانواده این مسئله باید هر چه بیشتر در مراقبت از این بیماران لحاظ شده و تا حد ممکن اعضای خانواده را نیز از اهمیت این مسئله در زندگی بیماران دیابتی آگاه و همکاری آنان را در این زمینه جلب نمود.

در این مطالعه مشارکت کنندگان علاوه بر جنبه های مختلف جسمی به بعد معنوی سلامت نیز پرداختند و برای آنها از اهمیت بالایی برخوردار بود. آنها بارها به اعتقادات، ایمانشان به خدا، انجام اعمال مذهبی اشاره کرده و عمل کردن به آنها را نشانه سلامت خود می دانستند. مطالعات مختلف معنویت را به عنوان یک عامل مهم در سلامت همه افراد می دانند و نشان داده اند که معنویت نقش مهمی را در بیماری های مزمن ایفا می کنند چرا که به بیماران کمک می کند بهتر با تغییرات سازگار شده و راهکارهای حمایتی مناسبی برای اداره بیماری مزمن می باشد (Flannelly & Inouye, ۲۰۰۱). این مفهوم در جامعه ایران با دیدگاه اسلامی بصورت معنویت و پرداختن به اعمال مذهبی مورد اشاره قرار گرفته است. در سال های اخیر اهمیت نقش معنویت در مراقبت های پرستاری در بیماری های مزمن مورد توجه قرار گرفته و معنویت به عنوان یک عامل مهم در اداره بیماری و نهایتاً بهبود کیفیت زندگی شناخته شده است. راههای استفاده از منابع معنوی متعدد هستند از جمله عضویت در گروه های مذهبی، نماز خواندن، دعا خواندن و مدیتیشن؛ معنویت به عنوان اتصال فرد با دیگری یا با چیزی بزرگتر از خود فرد می باشد که به او اجازه می دهد وضعیت بیماری را پشت سر بگذارد و احساس بهتری در مورد معنا و هدف زندگی داشته باشد (Hampton & Weinert, ۲۰۰۶).

معنوی را در برمی گیرد. این دیدگاه در مورد سلامتی بطور عمده در رابطه با اداره دیابت پذیرفته شده است چرا که دیابت بر تمامی جنبه های زندگی فرد تأثیر می گذارد (Pinar و همکاران، ۲۰۰۳). با توجه به اینکه این درونمایه براساس واژگان معمول در فرهنگ بیماران مورد مطالعه بدست آمده بود به نظر می رسد مد نظر قرار دادن این درون مایه و حتی بررسی بیشتر آن از دیدگاه این بیماران و سایر افراد در فرهنگ های موجود مفید باشد و با مشخص کردن ابعاد آن در برنامه ارتقاء سلامت مدنظر قرار گیرد.

از نکات جالب دیگر در طی مصاحبه نداشتن محدودیت در ابعاد مختلف زندگی بود که بسیار مورد توجه مشارکت کنندگان قرار گرفت. اشاره به محدودیت های ایجاد شده در اثر بیماری به ویژه در زمینه تغذیه بیماران، فعالیت و روند عادی زندگی آنها بود این مسئله بویژه در همراهی با اطرافیان مهم بوده و متفاوت بودن روند زندگی آنها به ویژه در امر تغذیه با اطرافیان در مجامع گوناگون از دیدگاه آنها اهمیت بالایی داشت. محدودیت در بسیاری از بیماری ها برای بیماران ایجاد می گردد در مطالعه Miklaucich (۱۹۹۸) محدودیت در زندگی به عنوان یکی از درونمایه های اصلی در تجربه بیماران مبتلا به آنژین صدری گزارش شده است. در مطالعه ابازری و همکاران (۲۰۰۸) نیز بیماری دیابت از سوی مشارکت کنندگان به عنوان عامل محدود کننده در مورد تغذیه و بچه دار شدن مطرح شده بود. آنچه برای ارائه دهندگان مراقبت از اهمیت بالایی برخوردار است آن است که تا حد ممکن زندگی فرد را در روال عادی حفظ کرده و این احساس را در فرد بوجود آورند که تفاوت چندانی با افراد دیگر ندارند در این زمینه به نظر می رسد مشاوره با متخصص تغذیه بتواند قسمتی از محدودیت های ایجاد شده را برطرف نماید همچنین داشتن برنامه منظم فعالیت، پیگیری منظم درمان، مشاوره با افراد سایر حرفه های بهداشتی می تواند به آنها در رفع این محدودیت ها کمک نماید.

یکی دیگر از موارد مهم تجربه سلامتی از دیدگاه بیماران آرامش خاطر بود. این بیماران داشتن آرامش خاطر را از جنبه های مختلف نداشتن مشکل و نگرانی خود و خانواده، داشتن ارتباط خوب با دیگران و اعضای خانواده و امنیت مالی و اقتصادی را مورد توجه قرار دادند. لذا ارائه دهندگان مراقبت و اعضای خانواده این بیماران همواره باید این مسئله را مد نظر داشته که فارغ بودن از نگرانی یکی از جنبه های مهم تجربه سلامت است که در این گروه از بیماران به این مسئله قبل از مواردی از جمله مشکلات جسمی و عوارض بیماری اشاره شد

استرالیا تلاش برای حفظ تعادل به عنوان معنای سلامت و دیابت گزارش شده است (Thompson & Gifford, ۲۰۰۰). علت انتخاب این گروه از بیماران دیابتی شهر سندج برای بررسی مفهوم سلامت کشف دیدگاه آنها در شرایط خاص قومی و اجتماعی شان بود. شکی وجود ندارد که هدف از ارائه مراقبت از بیماران حفظ و ارتقا سطح سلامت آنها می باشد در این زمینه آنچه که برای تیم سلامت و ارائه دهندگان مراقبت از بیماران مهم است این است که در ابتدا معنا و مفهوم سلامت را از دیدگاه گیرندگان مراقبت دریابند تا بتوانند بطور مناسب تری برای ارتقاء سلامتی آنان برنامه ریزی نمایند با توجه به ابعاد مشخص شده توسط این گروه از بیماران و اشاره به بعد معنوی، محدودیتها و عوارض بیماری و آرامش خاطر در زندگی باید به این موارد توجه خاص داشت. پرستاران و سایر اعضای تیم بهداشت باید که نسبت به پدیده های مختلف از جمله سلامت در بیماری ها به ویژه بیماری های مزمن و پدیده های مشابه حساس تر باشند چرا که پزشکی و پرستاری بطور معمول بر تعیین مشکلات و تسکین علائم بیماری و درمان متمرکز شده و به سایر جنبه ها توجهی ندارند. نکته مهم دیگر نقش خانواده ها در احساس سلامت این گروه از بیماران و ایجاد آرامش خاطر آنان می باشد بنابراین، بایستی خانواده ها نیز در فرآیند درمان و مراقبت بیماران شرکت داده شوند. لذا به دست آوردن معنای سلامت از دیدگاه بیماران به ویژه بیماران مزمن نقش بسیار مهمی در ارتقاء سلامت آنها ایفا می کند که بر لزوم بررسی دقیق و عمیق این مفهوم مهم در پژوهش های مختلف صحه می گذارد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر حاصل طرح پژوهشی شماره ۵۷۲ پ ۱۴ پ مصوب شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان مورخه ۸۸/۱/۲۸ می باشد. از کلیه مشارکت کنندگان در این پژوهش سپاسگزاری می شود و از خداوند منان آرزومند سلامت روز افزون برای تک تک این عزیزان و کلیه افراد جامعه هستیم.

Hampton & Weinert (۲۰۰۶) در بررسی معنویت در زنان مبتلا به بیماری های مزمن نماز، ایمان و دعا خواندن را به عنوان جنبه های معنویت گزارش نمودند. به نظر می رسد نماز نقش مهمی را در بیماری های مزمن ایفا کرده و نه فقط موجب ارتباط با نیروی ماورائی بلکه موجب ارتباط بیماران با همدیگر هم می شود آنها نماز را بعنوان پاسخ به نگرانی های سلامتی خود و خانواده خود پیشنهاد می کردند. هم چنین نشان داده شده است که اعمال مذهبی از جمله نماز در اداره بیماری های مزمن کمک کننده است. Walton و همکاران (۲۰۰۴) نشان دادند که زنان مبتلا به بیماری های مزمن از نماز برای آرامش درونی و برای ارتباط با دیگران در یک راه حمایتی استفاده می کنند که به آنها احساس راحتی و توانایی سازگاری با بیماری را می دهد، لذا کارکنان نظام بهداشت و درمان باید نسبت به تأثیر معنویات در بیماری های مزمن آگاه باشند.

بر اساس یافته های پژوهش یکی از مهمترین موارد موثر بر تجربه سلامت وجود عوارض و مشکلات و پیامد بیماری بوده و در واقع هر قدر مقدار این عوارض برای این بیماران بیشتر بود آنها کمتر احساس سلامتی داشته و در واقع نبود عوارض را دال بر سلامتی می دانستند و در این زمان ها احساس سلامتی بیشتری داشتند. افراد مبتلا به بیماری های مزمن به دلیل تغییرات زندگی در رابطه با بیماری شان اغلب با مسائل اجتماعی و عاطفی مواجه می شوند (Hampton & Weinert, ۲۰۰۶). دیابت به علت عوارض متعدد بطور گسترده ای بر کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن از جمله بعد سلامتی تأثیر نامطلوب می گذارد (Tennvall & Alpelqvist, ۲۰۰۰). با توجه به وسیع بودن دامنه عوارض بیماری دیابت، عوارض حاد و مزمن آن، توجه به عوارض و آموزش به این بیماران در زمینه پیشگیری از بروز آنها اهمیت زیادی داشته و باید این مورد در زمینه آموزش و خودمراقبتی گنجانده شود. لذا هر چه بیشتر بتوانند از این عوارض پیشگیری کنند احساس سلامتی آنها افزایش پیدا می کند. در واقع برقراری تعادل قند خون و پیشگیری از بروز عوارض از جمله موارد مهم در تجربه سلامتی بیماران دیابتی می باشد به طوری که در بیماران دیابتی بومی

REFERENCES

- Abazari P et al (2008). [Can I do...? Life with type 2 Diabetes: A phenomenological study]. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 13(3) 94-99. (Persian)
- Ailinger R Causey M (1995) Health concept of older Hispanic immigrants. Western Journal of Nursing Research. 17(6) 605-613.
- Almqvist L et al (2006). "I can play!" Young children's perceptions of health. Pediatric Rehabilitation. 9 (3) 275-284.
- Bloom A Ireland J (1992). A Colour Atlas of Diabetes. 2nd edition. London, Wolfe Publishing Ltd.

- Centers for Disease Control and Prevention. National diabetes fact sheet: general information and national estimates on diabetes in the United States, 2007. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2008.
- Elsy T et al (2000) Development of a health status measure for older African-American women with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 23(3) 325-329.
- Eto S Kyngns H (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*. 62 (1) 107-115.
- Flannelly L Inouye J (2001). Relationships of religion, health status, and socioeconomic status to quality of life of individuals who are HIV positive. *Issues Mental Health Nursing*. 22(3) 253-272.
- Giger J Davidhizar R (2004). *Transcultural Nursing Assessment and Intervention*. 4th edition. St. Louis, Mosby Co.
- Hampton J Weinert C (2006). An exploration of spirituality in rural women with chronic illness. *Holistic Nursing Practice*. 20(1) 27-33.
- Hsieh H Shannon S (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*. 15(9) 1277-1288.
- Kerr J (2000). *Community Health Promotion Challenges for Practice*. China, Bailliere Tindall.
- King H Aubert R Herman W (1998). Global burden of diabetes, 1995-2025: Prevalence, numerical estimates and projection. *Diabetes Care*. 21 (9)1414-1431.
- Krippendorff K (2004). *Content Analysis: An Introduction to Its Methodology*. Okas, CA, Sage.
- Lichtman M (2010). *Qualitative Research in Education a User's Guide*. 2nd edition. USA, Sage Publication, Inc.
- Lin E H et al (2004). Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. *Diabetes Care*. 27 (9) 2154-2160.
- Lindsey E (1996). Health within illness: Experiences of chronically ill/disabled people. *Journal of Advanced Nursing*. 24 (3) 465-472.
- Mahasneh S M (2001). Health perceptions and health behaviors of poor urban Jordanian women. *Journal of Advanced Nursing*. 36 (1) 58-68.
- Miklaucich M (1998). Limitations on life: Women's lived experiences of angina. *Journal of Advanced Nursing*. 28(6) 1207-1215.
- Naidoo J Wills J (2000). *Health Promotion Foundations for Practice*. 2nd edition. London, Harcourt Publishers.
- Pinar R et al (2003). Self-efficacy and its interrelation with family environment and metabolic control in Turkish adolescents with type 1 diabetes. *Pediatric Diabetes*. 4(4) 168-173.
- Smeltzer S et al (2007). *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*. 11th edition. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Snoek F (2002). Breaking the barriers to optimal glycaemic control-what physicians need to know from patients' perspectives. *International Journal of Clinical Practice Supplement*. 129 (1) 80-84.
- Stanhope M Lancaster J (2000) *Community & Public Health Nursing*. 5th edition. New York, Mosby Co.
- Taylor C et al (2004). Social and cultural barriers to diabetes prevention in Oklahoma American Indian women. *Preventing Chronic Disease*. 1 (2) A06.
- Tennvall G Apelqvist J (2000). Health-related quality of life in patients with diabetes mellitus and foot ulcers. *Journal of Diabetes and Its Complications*. 14 (5) 235-241.
- Thompson S Gifford S (2000). Trying to keep a balance: The meaning of health and diabetes in an urban Aboriginal community. *Social Science & Medicine*. 51(10)1457-1472.
- Walton J et al (2004). I am not alone: spirituality of chronically ill rural dwellers. *Rehabilitation Nursing*. 29 (5) 164-168.
- Wild S et al (2004). Global prevalence of diabetes: Estimates for the year 2000 and projection for 2030. *Diabetes Care*. 27(5) 1047-1053.