

واکاوی تجارب بیماران مزمن از تداوم پیروی از رژیم درمانی در شرایط ناامیدی: یک مطالعه کیفی پدیدارشناختی

تاریخ ارسال: ۳ مرداد ۱۴۰۳

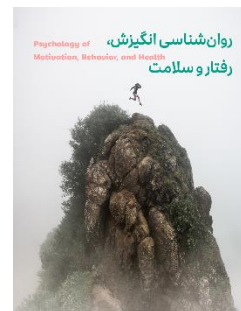
تاریخ بازنگری: ۸ شهریور ۱۴۰۳

تاریخ پذیرش: ۳۰ شهریور ۱۴۰۳

تاریخ چاپ: ۱۲ مهر ۱۴۰۳

۱. مهدیه سلطانی: گروه روان‌شناسی رشد، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران
۲. محسن نادری*: گروه روان‌سنجی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

* ایمیل نویسنده مسئول: naderi.mohsen@yahoo.com



چکیده

هدف این پژوهش، واکاوی تجربه زیسته بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن از تداوم پیروی از رژیم درمانی در شرایط ناامیدی و شناسایی عوامل مؤثر بر پایداری یا قطع روند درمان بود. این پژوهش به روش کیفی و با رویکرد پدیدارشناسی انجام شد. مشارکت‌کنندگان شامل ۱۸ بیمار مبتلا به بیماری‌های مزمن ساکن تهران بودند که به صورت هدفمند و تا رسیدن به اشباع نظری انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل مضمون و بهره‌گیری از نرم‌افزار NVivo نسخه ۱۲ تحلیل گردید. یافته‌ها نشان‌دهنده سه مقوله اصلی بودند: (۱) تجربه زیسته ناامیدی، شامل احساس بی‌کفایتی درمانی، فقدان حمایت اجتماعی، فشار اقتصادی، ترس از آینده و بی‌اعتمادی به نظام سلامت؛ (۲) عوامل پنهان پایداری در پیروی درمانی نظیر معنابخشی به رنج، حمایت افراد نزدیک، امید به تغییر، مسئولیت‌پذیری خانوادگی و معنویت؛ و (۳) راهبردهای مقابله‌ای شامل پذیرش فعال بیماری، تنظیم احساسات، اصلاح سبک زندگی و مشارکت در گروه‌های حمایتی. نقل‌قول‌های بیماران نشان از فرآیند پویا، پیچیده و چندبعدی در تصمیم‌گیری برای ادامه درمان داشت. تجربه بیماران مزمن از تداوم پیروی درمانی در بستر ناامیدی، متأثر از عوامل روانی، اجتماعی و فرهنگی است. شناخت این عوامل می‌تواند به طراحی مداخلات جامع‌نگر و انسان‌محور برای افزایش تاب‌آوری و پیروی درمانی در بیماران مزمن منجر شود.

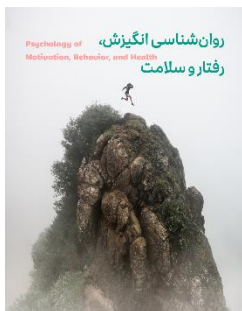
کلیدواژه‌گان: بیماری مزمن، ناامیدی، پیروی درمانی، مطالعه کیفی، تحلیل مضمون، پدیدارشناسی

شیوه استناددهی: سلطانی، مهدیه، و نادری، محسن. (۱۴۰۳). واکاوی تجارب بیماران مزمن از تداوم پیروی از رژیم درمانی در شرایط ناامیدی: یک مطالعه کیفی پدیدارشناختی. *روانشناسی انگیزش، رفتار و سلامت*، ۲(۳)، ۸-۱.



۱۴۰۳ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

Exploring the Experiences of Chronic Patients in Sustaining Treatment Adherence Amid Hopelessness: A Qualitative Phenomenological Study



1. Mahdiah Soltani: Department of Developmental Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran
 2. Mohsen Naderi*: Department of Psychometrics, University of Tabriz, Tabriz, Iran
- *Corresponding Author's Email: naderi.mohsen@yahoo.com

Submit Date: 24 July 2024

Revise Date: 29 August 2024

Accept Date: 21 September 2024

Publish Date: 3 October 2024

Abstract

This study aimed to explore the lived experiences of patients with chronic illnesses in sustaining treatment adherence under conditions of hopelessness and to identify key factors influencing their therapeutic persistence. This qualitative study adopted a phenomenological approach. Eighteen chronic patients residing in Tehran were selected through purposive sampling until theoretical saturation was achieved. Data were collected using semi-structured interviews and analyzed through thematic analysis with the aid of NVivo 12 software. Thematic analysis revealed three main categories: (1) Lived experiences of hopelessness, including perceived therapeutic inefficacy, lack of social support, financial burdens, fear of the future, and distrust in the healthcare system; (2) Hidden motivators for treatment adherence, such as meaning-making, emotional support from close individuals, hope for change, family responsibility, and religious faith; and (3) Coping strategies like active illness acceptance, emotional regulation, lifestyle modification, and engagement in support groups. Patient narratives demonstrated the complex and dynamic nature of maintaining treatment amidst psychological adversity. The experiences of chronic patients in adhering to treatment despite hopelessness are shaped by intertwined psychological, social, and cultural factors. Recognizing these dimensions is essential for developing human-centered, integrative interventions aimed at enhancing resilience and treatment adherence.

Keywords: *Chronic illness, hopelessness, treatment adherence, qualitative study, thematic analysis, phenomenology*

How to cite: Soltani, M., & Naderi, M. (2024). Exploring the Experiences of Chronic Patients in Sustaining Treatment Adherence Amid Hopelessness: A Qualitative Phenomenological Study. *Psychology of Motivation, Behavior, and Health*, 2(3), 1-8.



© 2024 the authors. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

بیماری‌های مزمن، به‌عنوان یکی از چالش‌های جدی نظام‌های سلامت در قرن بیست‌ویکم، پیامدهایی فراتر از مسائل جسمی برای بیماران به‌همراه دارند. این بیماری‌ها که شامل دیابت، بیماری‌های قلبی-عروقی، سرطان‌ها، نارسایی‌های کلیوی و سایر اختلالات درازمدت می‌باشند، نیازمند پیروی مداوم از رژیم‌های درمانی سخت‌گیرانه و چندوجهی هستند (Sabaté, 2003). در چنین شرایطی، پیروی از درمان، نه تنها یک الزام پزشکی بلکه یک فرایند پیچیده روانی-اجتماعی محسوب می‌شود که تحت تأثیر عوامل مختلفی چون انگیزش درونی، حمایت اجتماعی، باورهای سلامت و شرایط روانی فرد قرار دارد (Kirkman et al., 2015). یکی از موانع جدی در تداوم پیروی درمانی، تجربه ناامیدی است؛ احساسی که اغلب در بستر فرسایشی بیماری‌های مزمن شکل می‌گیرد و می‌تواند عواقب جبران‌ناپذیری برای سلامت جسمی و روانی بیماران داشته باشد.

ناامیدی مفهومی پیچیده در روان‌شناسی سلامت است که به‌عنوان حالتی از بی‌اعتمادی نسبت به آینده، کاهش انگیزه، احساس بی‌معنایی و ناتوانی در کنترل شرایط تعریف می‌شود (Cheavens et al., 2006). مطالعات متعدد نشان داده‌اند که ناامیدی می‌تواند عامل کاهش کیفیت زندگی، افزایش خطر افسردگی، کاهش انگیزه برای مراقبت از خود و نهایتاً قطع درمان در بیماران مزمن باشد (Aflakseir & Abbasi, 2012; van der Lee & Garssen, 2012). در واقع، بیمارانی که درگیر ناامیدی می‌شوند، به تدریج احساس می‌کنند درمان بی‌فایده است، تلاش‌ها بی‌نتیجه است و حمایت کافی وجود ندارد. در نتیجه، مسیر بهبودی را رها کرده و وارد چرخه‌ای معیوب از وخامت جسمی و روانی می‌شوند (Schulman-Green et al., 2012).

با وجود شناخت کلی از پیامدهای ناامیدی، هنوز درک ما از تجربه زیسته‌ی بیماران مزمن از این پدیده محدود است. مطالعات کمی به بررسی عمیق تجربه شخصی بیماران از مواجهه با ناامیدی در بستر بیماری‌های مزمن پرداخته‌اند؛ آن‌هم در شرایطی که روند درمان به‌صورت بلندمدت و طاقت‌فرسا بوده و فرد در برابر انتخاب مداوم میان «ادامه» یا «رها کردن» قرار می‌گیرد. پژوهش‌های کیفی، با تمرکز بر معناها و ادراکات درونی افراد، می‌توانند شناختی ژرف از چگونگی تجربه ناامیدی، راهبردهای مقابله‌ای و منابع پنهان انگیزشی بیماران فراهم آورند (Tong et al., 2007). از سوی دیگر، مفهومی به نام «تاب‌آوری درمانی» در ادبیات نوین سلامت روان مطرح شده است؛ به معنای توانایی افراد برای حفظ پیروی درمانی در برابر فشارهای روانی و اجتماعی. این تاب‌آوری، تحت تأثیر عوامل متعددی از جمله حمایت اجتماعی، باورهای معنوی، اهداف زندگی، تجربه‌های موفق قبلی از درمان و معنابخشی به رنج قرار دارد (Stewart & Yuen, 2011). در همین راستا، درک اینکه چگونه برخی بیماران با وجود ناامیدی‌های مکرر، همچنان به درمان پایبند می‌مانند، می‌تواند سرنخ‌هایی کاربردی برای طراحی مداخلات بالینی فراهم سازد.

مطالعاتی مانند پژوهش Schulman-Green et al. (۲۰۱۲) و McCorkle et al. (۲۰۱۱) نشان داده‌اند که پیروی درمانی در بیماران مزمن، نه یک پدیده منفعل بلکه نوعی انتخاب آگاهانه و پویا است که به‌شدت متأثر از تجربه زیسته فرد است. عواملی چون «احساس مسئولیت خانوادگی»، «حمایت معنوی»، «پذیرش بیماری» و «امید به آینده» می‌توانند همچون منابع پنهان در برابر ناامیدی عمل کرده و بیمار را به تداوم مسیر درمان تشویق کنند (Cohen et al., 2014). از این رو، شناسایی این منابع و راهبردها از دیدگاه خود بیماران، ضرورتی انکارناپذیر برای طراحی مراقبت‌های جامع‌نگر و انسان‌محور است.

همچنین، نقش فرهنگ در تجربه ناامیدی و تداوم درمان، بسیار پررنگ است. در جوامعی چون ایران که هویت‌های دینی و خانوادگی نقش محوری در زندگی افراد دارند، ممکن است عوامل مؤثر بر مقابله با ناامیدی در بیماران مزمن، با نمونه‌های غربی تفاوت داشته باشد (Aflakseir, 2010).

بنابراین، انجام پژوهش‌هایی با رویکرد کیفی که در بستر اجتماعی-فرهنگی ایران صورت گیرند، می‌تواند شناخت ما را از این تجربه انسانی پیچیده ارتقا دهد.

در سال‌های اخیر، پژوهش‌هایی محدود در ایران به تجربه بیماران مزمن از مواجهه با بیماری پرداخته‌اند، اما عمدتاً بر ابعاد پزشکی یا روان‌پزشکی تمرکز داشته‌اند و کمتر به تحلیل پدیدارشناختی تجربه ناامیدی در روند درمان پرداخته‌اند (Goudarzian et al., 2020). همچنین، شکاف بزرگی میان گزارش‌های بالینی از قطع درمان و فهم عمیق از «چرایی» آن در زندگی واقعی بیماران وجود دارد. در اینجاست که پژوهش کیفی، به‌ویژه با بهره‌گیری از مصاحبه‌های عمیق و تحلیل مضمون، می‌تواند جایگاه خود را به‌عنوان ابزاری نیرومند در پر کردن این شکاف نشان دهد.

بر همین اساس، پژوهش حاضر با هدف واکاوی تجربه زیسته بیماران مزمن از تداوم پیروی از رژیم درمانی در شرایط ناامیدی انجام شده است. تلاش شده است تا از طریق گفت‌وگوهای عمیق و تحلیل معنایی، پاسخ به این سؤال اساسی داده شود که «بیماران مزمن چگونه در شرایط ناامیدی، همچنان پیروی از رژیم درمانی خود را حفظ می‌کنند یا آن را رها می‌کنند؟». این پژوهش با تمرکز بر روایت‌های شخصی بیماران، به دنبال شناسایی مضامین اصلی، راهبردهای مقابله‌ای و منابع انگیزشی نهفته‌ای است که در فرآیند تصمیم‌گیری درمانی آنان نقش دارند.

روش‌شناسی

این پژوهش از نوع کیفی با رویکرد پدیدارشناسی تفسیری است که با هدف شناسایی عوامل انگیزشی مؤثر در اتخاذ سبک زندگی مینیمالیستی و بررسی اثرات روانی آن بر سلامت روان افراد انجام شده است. مشارکت‌کنندگان شامل ۲۹ نفر از شهروندان تهرانی بودند که حداقل یک سال تجربه زیستن با اصول سبک زندگی مینیمالیستی را داشتند. انتخاب نمونه‌ها به‌صورت هدفمند انجام شد و معیار ورود شامل تمایل به مشارکت، آشنایی با مفهوم مینیمالیسم، و تجربه عملی در این زمینه بود. فرایند نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت، به‌طوری‌که پس از مصاحبه با ۲۹ نفر، داده‌های جدیدی حاصل نشد.

داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته عمیق گردآوری شدند. راهنمای مصاحبه شامل سؤالات باز در زمینه انگیزه‌های شخصی، اجتماعی، و روانی برای انتخاب سبک زندگی مینیمالیستی، تغییرات ادراک‌شده در سلامت روان، و چالش‌ها و مزایای این سبک زندگی بود. مدت زمان هر مصاحبه بین ۴۵ تا ۷۰ دقیقه متغیر بود و تمامی مصاحبه‌ها با رضایت شرکت‌کنندگان ضبط و سپس به‌صورت کلمه‌به‌کلمه پیاده‌سازی شد. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل مضمون (Thematic Analysis) استفاده شد. مراحل تحلیل شامل کدگذاری اولیه، استخراج مضامین اولیه، بازنگری مضامین، نام‌گذاری و تعریف مضامین نهایی بود. به‌منظور سازمان‌دهی و تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار Nvivo استفاده شد. اعتبار یافته‌ها از طریق بازبینی مشارکت‌کنندگان، هم‌سنجی تحلیل توسط دو پژوهشگر مستقل، و تنوع نمونه تضمین شد. در نهایت، مضامین استخراج‌شده منعکس‌کننده دیدگاه‌ها، تجربیات، و انگیزه‌های زیسته افراد نسبت به سبک زندگی مینیمالیستی و اثرات آن بر سلامت روان بودند.

یافته‌ها

مقوله اول: تجربه زیسته ناامیدی

احساس بی‌کفایتی درمانی:

بسیاری از مشارکت‌کنندگان بیان کردند که پس از گذشت ماه‌ها یا حتی سال‌ها از درمان، هیچ بهبودی احساس نکرده‌اند و همین مسئله حس بی‌فایده بودن درمان را در آنان تقویت کرده است. یکی از بیماران اظهار داشت: «هر بار که می‌رم دکتر، فقط دارو عوض می‌کنه، اما حالم فرقی

نمی‌کنه. حس می‌کنم هیچ کس واقعاً نمی‌دونه باید چیکار کنه.» این احساس ناتوانی، اغلب با مقایسه خود با دیگر بیماران و بی‌نتیجه بودن روند درمان تشدید می‌شد.

فقدان حمایت اجتماعی:

مشارکت کنندگان تأکید داشتند که نبود حمایت عاطفی و توجه کافی از سوی اطرافیان یکی از عوامل تشدید ناامیدی آنان بوده است. یکی از آنها گفت: «وقتی بیمار شدم، کم‌کم همه ازم فاصله گرفتن. انگار دیگه آدم مفیدی نیستم.» این طردشدگی اجتماعی باعث افزایش حس بی‌پناهی و بی‌ارزشی در بیماران شده بود.

فشارهای اقتصادی:

هزینه‌های سنگین دارو و درمان از موضوعات پرتکرار در صحبت‌های شرکت کنندگان بود. یکی از بیماران به صراحت اشاره کرد: «چند بار مجبور شدم دارو رو قطع کنم چون پول نداشتم. باید بین دارو و اجاره یکی رو انتخاب می‌کردم.» این فشار مالی، گاه بیماران را به ترک کامل رژیم درمانی واداشته بود.

ترس از آینده:

نگرانی از وخامت بیماری و آینده‌ای نامشخص، یکی دیگر از تجارب غالب بود. بسیاری از بیماران از ترس فلج شدن، ناتوانی کامل یا مرگ زودهنگام صحبت می‌کردند. یکی از آنها بیان کرد: «هر شب با این فکر می‌خوابم که نکنه فردا دیگه نتونم از تخت بلند شم.» بی‌اعتمادی به نظام سلامت:

تجربه‌های منفی مکرر از مراجعه به مراکز درمانی و تغییر پزشک باعث شکل‌گیری حس بی‌اعتمادی نسبت به نظام سلامت شده بود. یکی از مشارکت کنندگان گفت: «پزشک اول می‌گفت مشکلی نیست، دومی یه چیز دیگه گفت، سومی یه داروی دیگه داد. اعتمادم کامل از بین رفت.» بی‌هدفی و فقدان انگیزه:

برخی بیماران در شرایط ناامیدی دچار نوعی سردرگمی معنایی و از دست دادن هدف زندگی شده بودند. «وقتی می‌بینی قرص‌ها هم جواب نمی‌ده، به خودت می‌گی اصلاً چرا باید زنده بمونم؟» این جمله نشان‌دهنده حس بی‌معنایی و کاهش شدید انگیزه برای ادامه درمان است.

مقوله دوم: عوامل پنهان پایداری در پیروی درمانی

معنابخشی به رنج:

برخی از بیماران با نگاه معنوی و فلسفی به رنج خود، آن را به‌عنوان بخشی از رشد درونی پذیرفته بودند. «احساس می‌کنم خدا داره با این بیماری امتحانم می‌کنه. اگه صبر کنم، شاید یه هدفی پشتشه.» این نگاه معنابخش کمک کرده بود تا روند درمانی را با امید بیشتری ادامه دهند.

حمایت عاطفی افراد خاص:

وجود یک فرد حامی مانند همسر یا فرزند برای بسیاری از بیماران نقش حیاتی در تداوم درمان داشت. «شوهرم همیشه کنارمه، دارو هامو یادآوری می‌کنه، بهم روحیه می‌ده.» این نوع حمایت باعث حفظ انگیزه در شرایط دشوار شده بود.

امید به تغییر:

برخی بیماران با دیدن بهبود در دیگران یا تغییر درمان‌گر، امید به بهبودی در آنها احیا شده بود. «وقتی دیدم یکی با همین بیماری دوباره برگشته سرکار، به خودم گفتم چرا من نتونم؟» همین الگوهای مثبت نقش موثری در بازگشت به پیروی درمانی داشتند.

پایبندی به مسئولیت خانوادگی:

نگرانی برای فرزندان یا همسر، عاملی قوی برای ادامه درمان در برخی بیماران بود. «نمی‌تونم بچه‌هامو تنها بذارم. باید قوی بمونم براشون.» این حس مسئولیت‌پذیری، انگیزه‌ای قدرتمند برای تحمل سختی‌های درمان فراهم کرده بود.

تجربه قبلی از نتیجه مثبت درمان:

خاطرات بهبودی‌های گذشته، برخی بیماران را به ادامه مسیر درمان تشویق می‌کرد. یکی از آنها گفت: «قبلاً به بار تونستم بهتر شم، الانم شاید دوباره بتونم.» این یادآوری موفقیت‌های قبلی، نقش مهمی در بازگرداندن باور به درمان داشت.

نقش مذهب در تاب‌آوری:

برخی شرکت‌کنندگان با بهره‌گیری از آموزه‌های دینی، احساس آرامش و قدرت بیشتری برای ادامه مسیر تجربه کرده بودند. «هر وقت دعا می‌خونم، حس می‌کنم سبک‌ترم، انگار خدا کنارمه.» این اتصال معنوی به آنان در مقابله با ناامیدی کمک کرده بود.

تصویر ذهنی از آینده بهتر:

داشتن اهداف آینده‌نگر مانند بازگشت به شغل، سفر یا تحقق رویاها، عاملی برای پایداری در درمان بود. «برنامه‌ریزی کردم که اگه بهتر شدم، به سفر برم شمال با خانواده. این فکر بهم انگیزه می‌ده.»

مقوله سوم: راهبردهای مقابله‌ای برای تداوم درمان

پذیرش فعال بیماری:

بیماران موفق، بیماری را بخشی از زندگی خود پذیرفته بودند و به جای انکار، با آن کنار آمده بودند. «به جای ناراحتی، سعی می‌کنم بینم چطور می‌تونم با این وضعیت بهتر زندگی کنم.»

تنظیم احساسات منفی:

برخی با نوشتن احساسات، صحبت با دوستان یا استفاده از تکنیک‌های آرام‌سازی سعی در کاهش فشار روانی داشتند. «وقتی خیلی ناراحتم، احساساتم رو تو دفترچه می‌نویسم، انگار سبک می‌شم.»

استفاده از منابع اطلاعاتی:

جمع‌آوری اطلاعات درباره بیماری و درمان از منابع مختلف به بیماران احساس کنترل و توانمندی می‌داد. «خیلی درباره بیماری خوندم. حالا دیگه می‌دونم چی بخورم، چی نخورم، چطور مراقب باشم.»

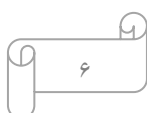
اصلاح سبک زندگی:

بسیاری از بیماران از رژیم غذایی مناسب، ورزش، خواب منظم و مراقبت‌های روزمره برای تقویت وضعیت جسمی استفاده می‌کردند. «صبح‌ها پیاده‌روی می‌کنم، غدامو عوض کردم، حالم به کم بهتره.»

مشارکت در گروه‌های حمایتی:

عضویت در انجمن‌های بیماران یا گروه‌های حمایتی برای برخی بیماران تجربه‌ای مثبت و دلگرم‌کننده بود. «با بقیه بیمارا صحبت می‌کنم. وقتی می‌شنوی تنها نیستی، راحت‌تر تحمل می‌کنی.»

بحث و نتیجه‌گیری



پژوهش حاضر با هدف واکاوی تجارب بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن از تداوم پیروی از رژیم درمانی در شرایط ناامیدی انجام شد. یافته‌ها نشان دادند که بیماران مزمن، حتی در موقعیت‌های دشوار روحی و اجتماعی، همواره درگیر فرآیند پیچیده‌ای از تصمیم‌گیری برای ادامه یا قطع درمان هستند و این تصمیم‌گیری تحت تأثیر مؤلفه‌های مختلفی از جمله ناامیدی، عوامل روان‌شناختی، حمایت اجتماعی، معنابخشی به رنج، و راهبردهای مقابله‌ای قرار دارد. تحلیل مضمون مصاحبه‌ها سه مقوله اصلی را نشان داد: «تجربه زیسته ناامیدی»، «عوامل پنهان پایداری در پیروی درمانی»، و «راهبردهای مقابله‌ای برای تداوم درمان». این مضامین هر کدام شامل زیرمقوله‌هایی بودند که زوایای متفاوتی از تجربه بیماران را روشن می‌ساختند. در بخش نخست یافته‌ها، احساس بی‌کفایتی درمانی، نبود حمایت اجتماعی، فشارهای اقتصادی، ترس از آینده، بی‌اعتمادی به نظام سلامت، و بی‌هدفی به‌عنوان مؤلفه‌های ناامیدی شناخته شدند. این نتایج با مطالعات پیشین همخوانی دارد که نشان داده‌اند عوامل روانی و اجتماعی مانند احساس درماندگی و تنهایی، پیروی بیماران از درمان را کاهش می‌دهد (Sabaté, 2003; Schulman-Green et al., 2012). به‌ویژه در مطالعه‌ی Abbasi و Aflakseir (۲۰۱۲)، ناامیدی به‌عنوان یک عامل مهم در پیش‌بینی افسردگی و کاهش انگیزه برای مراقبت از خود در بیماران مزمن معرفی شده بود. همچنین، فشار اقتصادی و عدم دسترسی به داروهای مورد نیاز، در تحقیق Kirkman et al (۲۰۱۵) یکی از مهم‌ترین دلایل ترک درمان در بیماران دیابتی عنوان شده بود، که با یافته‌های این پژوهش نیز مطابقت دارد.

در بخش دوم یافته‌ها، بیمارانی که در برابر ناامیدی مقاومت کرده و به درمان پایبند مانده بودند، از منابع معنوی، اهداف خانوادگی، تجربه‌های مثبت گذشته و حمایت اطرافیان بهره‌مند بودند. این نتایج با مطالعاتی چون Cohen et al (۲۰۱۴) و Yuen و Stewart (۲۰۱۱) همخوان است که در آن‌ها تاب‌آوری روانی و معنابخشی به بیماری، به‌عنوان عوامل کلیدی در بهبود کیفیت زندگی بیماران مزمن مطرح شده است. همچنین، یافته‌های مطالعه McCorkle et al (۲۰۱۱) نشان می‌دهد که تفسیر معنوی از بیماری و احساس مسئولیت نسبت به خانواده، بیماران را به ادامه درمان ترغیب می‌کند. این هم‌راستایی میان یافته‌های پژوهش حاضر و مطالعات پیشین، اعتبار نتایج را تقویت می‌کند و نقش مهم عوامل درونی و فرهنگی را در تصمیم‌گیری بیماران برجسته می‌سازد.

در بخش سوم، راهبردهای مقابله‌ای نظیر پذیرش فعال بیماری، تنظیم احساسات منفی، استفاده از منابع اطلاعاتی، اصلاح سبک زندگی و مشارکت در گروه‌های حمایتی، به‌عنوان ابزارهایی برای مقابله با ناامیدی و حفظ پیروی از درمان شناسایی شدند. این نتایج با دیدگاه Schulman-Green et al (۲۰۱۲) درباره فرایندهای خودمدیریتی بیماران مزمن مطابقت دارد، جایی که بیماران با فعال‌سازی توانمندی‌های فردی و اجتماعی خود، در تلاش برای کنترل وضعیت بیماری هستند. نقش مشارکت در گروه‌های حمایتی، نیز در مطالعات Tong et al (۲۰۰۷) و van der Lee & Garssen (۲۰۱۲) تأیید شده است، به‌ویژه زمانی که بیماران از طریق اشتراک تجربیات با دیگران، احساس تعلق و انگیزه بیشتری برای ادامه درمان پیدا می‌کنند.

یکی دیگر از نکات مهم یافته‌ها، نقش فرهنگ و دین در معنابخشی به رنج و تداوم درمان است. بسیاری از بیماران شرکت‌کننده، تجربه بیماری را در چارچوب باورهای مذهبی تفسیر کرده و آن را به‌عنوان آزمونی الهی یا فرصتی برای رشد روحی در نظر گرفته بودند. این یافته‌ها با پژوهش Aflakseir (۲۰۱۰) همخوانی دارد که در آن، معنویت و باورهای دینی به‌عنوان منابع حمایتی روان‌شناختی برای بیماران مسلمان معرفی شده‌اند. در فرهنگ ایرانی که خانواده و دین از جایگاه بالایی برخوردارند، به نظر می‌رسد حمایت عاطفی نزدیکان و پناه بردن به اعتقادات دینی، دو ستون اصلی در تداوم درمان و مقابله با ناامیدی هستند.

با تحلیل یافته‌ها می‌توان به این جمع‌بندی رسید که پیروی از درمان، صرفاً یک کنش فیزیولوژیک یا ناشی از توصیه‌های پزشکی نیست، بلکه ریشه در سازوکارهای روانی، اجتماعی و فرهنگی بیماران دارد. بیماران مزمن، به‌ویژه در شرایط ناامیدی، با چالش‌های چندلایه‌ای مواجه‌اند که عبور از

آن‌ها نیازمند برخورداری از منابع حمایتی چندبعدی، درک شخصی از معنا، و توانایی مدیریت هیجانات است. این موضوع، ضرورت توجه به ابعاد روانی-اجتماعی درمان را برجسته می‌سازد و ضرورت طراحی مداخلاتی جامع و انسان‌محور را یادآور می‌شود.

موازن اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازن و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

References

- Aflakseir, A. (2010). Religiosity, personal meaning, and psychological well-being: A study among Muslim students in England. *Pakistan Journal of Social and Clinical Psychology*, 8(1), 27–33.
- Aflakseir, A., & Abbasi, P. (2012). The role of social support and coping strategies on mental health of a group of Iranian disabled war veterans. *Iranian Journal of Psychiatry*, 7(2), 73–79.
- Cheavens, J. S., Feldman, D. B., Gum, A., Michael, S. T., & Snyder, C. R. (2006). Hope therapy in a community sample: A pilot investigation. *Social Indicators Research*, 77(1), 61–78.
- Cohen, S. R., Mount, B. M., Tomas, J. J., & Mount, L. M. (2014). Existential well-being is an important determinant of quality of life: Evidence from the McGill quality of life questionnaire. *Journal of Palliative Care*, 15(2), 40–49.
- Goudarzian, A. H., Rezaei, K., & Moogahi, S. (2020). Lived experiences of patients with heart failure: A phenomenological study. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*, 9(3), 243–254.
- Kirkman, M. S., Rowan-Martin, M. T., Levin, R., Fonseca, V. A., Schmittiel, J. A., Herman, W. H., & Young, B. R. (2015). Determinants of adherence to diabetes medications: Findings from a large pharmacy claims database. *Diabetes Care*, 38(4), 604–609.
- McCorkle, R., Ercolano, E., Lazenby, M., Schulman-Green, D., Schilling, L. S., Lorig, K., & Wagner, E. H. (2011). Self-management: Enabling and empowering patients living with cancer as a chronic illness. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 61(1), 50–62.
- Sabaté, E. (2003). Adherence to long-term therapies: Evidence for action. World Health Organization.
- Schulman-Green, D., Jaser, S. S., Martin, F., Alonzo, A., Grey, M., McCorkle, R., & Whittemore, R. (2012). Processes of self-management in chronic illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(2), 136–144.
- Stewart, D. E., & Yuen, T. (2011). A systematic review of resilience in the physically ill. *Psychosomatics*, 52(3), 199–209.
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357.
- van der Lee, M. L., & Garssen, B. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy reduces chronic cancer-related fatigue: A treatment study. *Psycho-Oncology*, 21(3), 264–272.