Nursing Development in Health. 2026: 16 (2); 5_17 Journal Homepage: http://ndhj.lums.ac.ir

Orginal Article Open Access

Life experience with a view based on Rogers and Parse's nursing theory

Zahra Bagheri Amiri[1], Leila Jouybari[2], Fateme Sheikhnejad[3]*

1. Ph.D. student, Student Research Committee, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.
2. Professor, Nursing Department, Faculty of Nursing and Midwifery, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.
3. Ph.D. student, Faculty of Nursing and Midwifery, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.*

Article information

Article type:
Orginal Article

Received: 2025/11/18
Accepted: 2026/02/15

Keywords:
Diabetes, Nursing, Theory, Rogers, Parse

***Corresponding author:**
Fateme Sheikhnejad: Ph.D. student, Faculty of Nursing and Midwifery, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

Email:
fsheikhnejad@yahoo.com

Tel: 09111758550

Abstract

Backgrounds and objective: Diabetes is one of the most important health challenges of the present era, associated with numerous physical, psychological, and social complications that affect the quality of life of patients. Effective care for diabetic patients requires a comprehensive approach. Parse's "Human Becoming" theory and Rogers' "Unitary Human Beings" theory can provide a valuable framework for a deeper understanding of patients' lived experiences and the provision of evidence-based care. The purpose of this study is to investigate the successful experiences of elderly people with diabetes based on Parse and Rogers' theory.

Materials and Methods: This case study was conducted with a qualitative approach in 2025. The data were collected through semi-structured in-depth interviews conducted in person with a 67-year-old woman with type 2 diabetes in one of the cities in northern Iran. The interviews were designed based on the concepts of Rogers' and Parse's perspectives. Data analysis was performed using Graneheim and Lundman's inductive content analysis method.

Results: Data analysis led to the extraction of six main categories: "adaptation to lifestyle changes," "having social and family identity," "self-care," "effective support systems," and "self-care and disease acceptance." Additionally, each of these six categories was placed within one of the themes present in Rogers and Parse's theory.

Conclusion: The findings indicate that acceptance of the disease and the re-creation of meaning within patients lived experiences can enhance adaptation, satisfaction, and personal growth. Applying Rogers' and Parse's theoretical frameworks in diabetes care may provide valuable guidance for designing comprehensive, human-centered interventions.

How to Cite This Article: *Zahra Bagheri Amiri , Leila Jouybari , Fateme Sheikhnejad. Life experience with a view based on Rogers and Parse's nursing theory.*

Copyright © 2026 Nursing Development in Health, and Aligudarz College of Nursing.
ndhj@lums.ac.ir

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-26]

توسعه پرستاری در سلامت

دوره ۱۶ شماره ۲ نیمسال دوم۱۴۰۴

تجربه زندگی با دیابت بر اساس تئوری پرستاری راجرز و پارسه

زهرا باقری امیری[1]، لیلا جویباری[2]، فاطمه شیخ نژاد*[3]

۱. دانشجوی دکترای پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

۲. دکترای پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

۳. دانشجوی دکترای پرستاری ، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران*.

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:
مقاله اصلی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۸/۱۶
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۱/۲۷

واژه های کلیدی:
دیابت ، پرستاری،
نظریه راجرز، پارسه

***نویسنده مسئول:**
فاطمه شیخ نژاد: دانشجوی دکترای پرستاری ، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

ایمیل:
fsheikhnejad@yahoo.com

تلفن:
09111758550

چکیده

زمینه و هدف: دیابت یکی از مهمترین چالش‌های بهداشتی عصر حاضر است که با عوارض جسمی، روانی و اجتماعی متعددی همراه است و کیفیت زندگی بیماران را تحت تاثیر قرار می‌دهد. مراقبت موثر از بیماران دیابتی نیازمند رویکردی جامع است. نظریه"انسان شدن" پارسه و نظریه "انسان واحد" راجرز می‌توانند چارچوبی ارزشمند برای درک عمیق‌تر تجربیات زیسته بیماران و ارائه مراقبت‌های مبتنی بر شواهد فراهم آورند. هدف از انجام این مطالعه بررسی تجربیات موفق سالمند مبتلا به دیابت براساس نظریه پارسه و راجرز است.

مواد و روش ها: این مطالعه موردی با رویکرد کیفی در سال ۱۴۰۴ انجام شد. داده‌ها از طریق مصاحبه عمیق نیمه‌ساختار به صورت حضوری با یک خانم ۶۷ ساله مبتلا به دیابت نوع دو در یکی از شهرهای شمال ایران گردآوری شد. مصاحبه‌ها با راهنمایی مفاهیم نظریه‌های راجرز و پارسه طراحی گردید. تحلیل داده‌ها به روش تحلیل محتوای استقرایی گرانهایم و لاندمن انجام شد.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها منجر به استخراج ۶ طبقه اصلی "سازگاری با تغییرات سبک زندگی"، "داشتن هویت اجتماعی و خانوادگی"، "خودمراقبتی"، "سیستم های حمایتی موثر"، "خود مراقبتی و پذیرش بیماری" شناسایی گردید. همچنین هر یک از این شش طبقه در هر یک از مضامین موجود در نظریه راجرز و پارسه قرار گرفته‌است.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که پذیرش بیماری و باز آفرینی معنا در تجربه زیسته بیماران می‌تواند به ارتقای سازگاری، احساس رضایت و رشد فردی منجر شود. بهره‌گیری از چارچوب‌های نظری راجرز و پارسه در مراقبت از بیماران دیابتی، می‌تواند راهنمای ارزشمندی برای طراحی مداخلات جامع و انسان محور باشد.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-26]

مقدمه

دیابت به عنوان یکی از چالش‌های مهم و یکی از مسائل قابل توجه بهداشتی در این عصر تبدیل شده است که جهان را دچار نگرانی کرده‌است (۱). داده های جهانی نشان داده‌اند دیابت یکی از ۱۰ علت اصلی مرگ و میر در بزرگسالان بوده است (۲). در حال حاضر، ۵۳۷ میلیون بزرگسال در سراسر جهان به دیابت مبتلا هستند و پیش‌بینی می‌شود این تعداد تا سال ۲۰۳۰ به ۶۴۳ میلیون و تا سال ۲۰۴۵ به ۷۸۳ میلیون نفر افزایش یابد (۳).

این روند افزایشی در شیوع بیماری، نه‌تنها بار اقتصادی گسترده‌ای را بر نظام‌های سلامت تحمیل می‌کند، بلکه نشان‌دهنده ضرورت بازنگری در شیوه‌های مراقبتی و درمانی به‌ویژه در سطوح اولیه پیشگیری و آموزش سلامت است (۴).

دیابت به عنوان یک اختلال متابولیک مزمن، می‌تواند عوارض جدی و متعددی را به همراه داشته باشد (۵). دیابت با طیف وسیعی از عوارض، از جمله بیماری‌های قلبی عروقی، نفروپاتی، رتینوپاتی و نوروپاتی همراه است که همگی می‌توانند منجر به کاهش عملکرد و افزایش ناتوانی شوند(۶). علاوه بر عوارض جسمی، پیامدهای روانی دیابت نظیر اضطراب، افسردگی و استرس مزمن نیز در بیماران شایع است (۷). شیوه‌های مناسب خودمدیریتی برای بیماران مبتلا به دیابت جهت دستیابی به اهداف درمانی و پیشگیری از عوارض مهم است (۸).

این بیماران باید به طور مداوم از طریق تمرینات ویژه، ورزش‌های بدنی، رژیم غذایی، کنترل وزن بدن و مصرف منظم رژیم‌های دارویی قند خون خود را کنترل نمایند (۲). به منظور کنترل بیماری و کاهش بار بیماری و پیشگیری از بروز عوارض ناتوان کننده لازم است مداخلاتی متناسب با نیاز بیماران دیابتیک بر اساس اصول علمی و شواهد معتبر انجام شود. این مداخلات باید مبتنی بر رویکردهای فردمحور، فرهنگ‌محور و مبتنی بر تجربه زیسته بیمار باشند که بتوانند علاوه بر ارتقاء سلامت جسمی، به افزایش احساس کنترل و معنا در زندگی نیز کمک کنند (۹).

نظریه‌های پرستاری می‌توانند نقش مهمی در بهبود کیفیت خدمات و ارتقای سطح آگاهی بیماران ایفا کنند. در این راستا، استفاده از نظریه‌های کل‌نگر در پرستاری، که به جنبه‌های جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی بیمار به‌طور همزمان توجه دارند، می‌تواند ظرفیت نظام‌های مراقبتی را در پاسخ‌دهی مؤثر به نیازهای بیماران مزمن افزایش دهد (۱۰).

به منظور ارائه مراقبت پرستاری با کیفیت می توان از مدل‌ها و تئوری‌های موجود در پرستاری متناسب با نیاز بیماران ارائه نمود (۱۱). ارائه مراقبت مؤثر برای بیماران دیابتی نیازمند اتخاذ رویکردی کل‌نگر است که هم بیمار و محیط پیرامون بیمار را در نظر بگیرد. نظریه انسان واحد (Unitary Human Beings) راجرز (Rogers) و نظریه انسان شدن (human becoming) پارسه (Parse) می‌تواند به عنوان راهنمای بالینی برای ارائه مراقبت به این بیماران مفید واقع شود. این نظریه ها به طور معناداری از رویکردهای سنتی پرستاری فاصله می‌گیرد و انسان را به عنوان موجودی با اراده آزاد و در تعامل مداوم با محیط در نظر می‌گیرد. انتخاب نظریه‌های راجرز و پارسه به دلیل همگرایی مفهومی آن‌ها در تبیین انسان به‌عنوان یک کلِ تجزیه‌ناپذیر در تعامل پویا با محیط بوده است. هر دو نظریه بر فرایند غیرخطی تغییر، شکل‌گیری الگوها و خلق معنا در بستر هم‌ساختی انسان _ محیط تأکید دارند. همچنین مفاهیمی مانند شدن، تکامل و تحول مستمر در زمان حال در هر دو چارچوب برجسته است. بنابراین، این هم‌پوشانی نظری مبنای علمی استفاده هم‌زمان از آن‌ها در تحلیل داده‌ها بوده است (۱۲).

در این راستا، پرستار به عنوان تسهیل‌کننده‌ای عمل می‌کند که به بیماران کمک می‌کند تا بهترین تصمیمات را برای مدیریت سلامتی خود اتخاذ کنند. نظریه انسان شدن پارسه بر این باور است که انسان‌ها از طریق تجربیات و تعاملات خود با جهان، معانی جدیدی خلق می‌کنند (۱۳). در این راستا، الگوهای ارتباطی و ریتمیک میان انسان‌ها نقش مهمی در شکل‌دهی به تجربیات و معانی فردی ایفا می‌کند. نظریه پارسه همچنین بر مفهوم تعالی تأکید دارد که نشان‌دهنده توانایی انسان‌ها در ایجاد تغییرات مثبت در زندگی خود و دیگران است. نظریه راجرز انسان و محیط اطراف را به عنوان میدان‌های انرژی وابسته به هم معرفی می‌کند که به طور مداوم در حال تعامل هستند. این دیدگاه، بیماری را نه‌تنها به‌عنوان منبع رنج، بلکه به‌عنوان فرصتی برای بازنگری، رشد و کشف مجدد معنا در زندگی معرفی می‌کند (۱۴). در این نظریه، انسان و محیط اطراف او به عنوان میدان‌های انرژی در نظر گرفته می‌شوند که از طریق الگوهای انرژی در یک سیستم باز و چند بعدی با یکدیگر تعامل دارند. این میدان‌ها غیرقابل کاهش و

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-26]

چندبعدی هستندکه با میدان انسانی یکپارچه است. این نظریه بر اهمیت ارتباط متقابل انسان‌ها و محیط تأکید دارد و هدف آن ارتقاء سلامت و رفاه بیماران از طریق تعاملات هماهنگ است (۱۴). استفاده از این نظریه به پرستاران کمک می‌کند تا نیازهای بیماران را با در نظر گرفتن محیط اطرافشان به‌طور جامع برنامه‌ریزی کنند و در ارائه آموزش و مراقبت‌های پیشگیرانه مؤثرتر عمل کنند (۱۵). با وجود افزایش شیوع دیابت و تأکید بر رویکردهای خودمدیریتی، بسیاری از مطالعات در حوزه مراقبت از بیماران دیابتی عمدتاً بر مداخلات آموزشی، رفتاری یا دارویی تمرکز یافته‌اند و کمتر به تجربه زیسته بیماران در چارچوب نظریه‌های کل‌نگر پرستاری پرداخته‌اند. کاربرد هم‌زمان نظریه انسان واحد راجرز و نظریه انسان‌شدن پارسه در تحلیل سازگاری بیماران دیابتی، به‌ویژه سالمندان، در مطالعات ایرانی و بین المللی به‌صورت منسجم به دلیل بالابودن سطح انتزاع مفاهیم این دو نظریه گزارش و بررسی نشده است. همچنین، خلأ پژوهشی در زمینه تبیین چگونگی خلق معنا، تحول الگوهای زندگی و تعامل انسان ــ محیط در فرایند سازگاری موفق با بیماری‌های مزمن وجود دارد. بنابراین، مطالعه حاضر با ارائه یک نمونه بالینی موفق و تحلیل آن بر اساس مفاهیم این دو نظریه پرستاری، شواهدی برای بهره‌گیری از چارچوب‌های نظری کل‌نگر در مراقبت از بیماران دیابتی فراهم می آورد.

بنابراین کاربرد هردو نظریه در پرستاری می تواند به عنوان الگو و مدل‌های کاربردی جهت اتخاذ مفاهیم آن در آموزش بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن تاثیرگذار باشند. در همین راستا در این مطالعه به بررسی و معرفی الگوی موفق در سازگاری با دیابت در سالمند مبتلا به دیابت براساس مفاهیم پرستاری نظریه راجرز و پارسه پرداخته شده است. این مطالعه با هدف نشان دادن کاربرد عملی این دو نظریه در بستر بالینی، سعی دارد تا تصویری جامع از چگونگی ادغام معنا، انرژی و تجربه زیسته در مراقبت از بیماران دیابتی ارائه دهد.

مواد و روش ها

روش‌شناسی مورد استفاده در این مطالعه از نوع مطالعه موردی است. در این مطالعه خود مورد در مرکز قرار دارد و تمرکز آن بر درک این است که چرا یک فرد به شیوه‌ای خاص فکر می‌کند، رفتار می‌کند. مطالعات موردی می‌توانند دانش عمیقی از احساسات، اعمال و نیات یک فرد به دست آورند (۱۶).

در این مطالعه، از تئوری‌های پرستاری پارسه و راجرز به عنوان چارچوب نظری بهره گرفته شده است. این تئوری‌ها با ارائه ساختار مفهومی منسجم، به پرستاران کمک می‌کنند تا به‌طور مؤثرتری به نیازهای چندبعدی و پیچیده بیماران پاسخ دهند.

در این مطالعه، یک مورد از بیماران مبتلا به دیابت مورد بررسی قرار گرفت؛ مددجویی که با پذیرش و درک بیماری خود، موفق به سازگاری با شرایط بیماری، کنترل مؤثر قند خون، و غلبه بر محدودیت‌های ناشی از دیابت شده است. این فرد با اتخاذ شیوه‌های خودمراقبتی و ایجاد تغییر در سبک زندگی توانسته است فرآیند «رشد شخصی» را تجربه کرده و به احساس سلامت، رضایت از زندگی و معنا در تجربه بیماری دست یابد.

مفاهیم موجود در نظریه‌های راجرز و پارسه به دلیل برخی شباهت‌های مفهومی، از جمله نگاه کل‌نگر، تأکید بر تعامل انسان و محیط، و تمرکز بر معنا و تجربه شخصی از سلامتی، برای تحلیل تجربیات این مددجو در زمینه سازگاری با دیابت انتخاب شده‌اند. بهره‌گیری از این تئوری‌ها امکان درک عمیق‌تری از فرآیند درونی رشد، معناسازی، و مدیریت بیماری در بستر زندگی روزمره را فراهم می‌سازد.

شرکت‌کننده در این مطالعه، خانمی ۶۷ ساله، متأهل، با تحصیلات ششم ابتدایی، خانه‌دار و ساکن یکی از شهرهای شمالی ایران است.مشارکت کننده حدود ۱۵ سال به دیابت نوع ۲ مبتلا است. همسر وی حدود ۱۵ سال قبل درگذشته و در حال حاضر به‌تنهایی زندگی می‌کند. بیمار فاقد سابقه ابتلا به بیماری‌های مزمن یا حاد دیگر بود. این مشارکت‌کننده به‌طور هدفمند انتخاب شد زیرا به‌عنوان نمونه‌ای موفق در مدیریت دیابت نوع ۲ شناخته می‌شود. وی با وجود ابتلا به بیماری به مدت حدود ۱۵ سال، توانسته با محدودیت‌های ناشی از دیابت سازگار شود و کیفیت زندگی خود را ارتقا دهد. علاوه بر این، تجربه او در کنترل بیماری و ایجاد معنا و اهداف جدید در زندگی، او را به یک نمونه الگو تبدیل می‌کند. همچنین، مشارکت وی به‌عنوان همیار دیابت در یکی از مراکز بهداشت و فعالیت در آموزش همتایان، فرصت بررسی تجربیات بیماران موفق و انتقال این تجارب به دیگران را فراهم می‌کند. بنابراین، این انتخاب با هدف مطالعه تجارب بیماران موفق در مدیریت دیابت و کشف عوامل موثر در سازگاری و خودمراقبتی انجام شد.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-26]

پیش از آغاز پژوهش، پروتکل تحقیق توسط کمیته تحقیقات و اخلاق دانشگاه علوم پزشکی گلستان با شماره تأییدیه IR.GOUMS.REC.1403.463 مورد تصویب قرار گرفت. اطلاعات کامل و شفافی در خصوص اهداف، روش اجرا و روند مطالعه در اختیار شرکت‌کننده قرار داده شد و به وی اطمینان داده شد که مشارکت در پژوهش کاملاً داوطلبانه بوده و امکان انصراف در هر مرحله از مطالعه بدون هیچ‌گونه پیامد منفی وجود دارد. در طول فرآیند تحقیق، اصول اخلاقی از جمله صداقت در گزارش‌دهی نتایج، حفظ محرمانگی اطلاعات و تضمین ناشناس‌ماندن هویت شرکت‌کننده با دقت رعایت گردید.

پیش از آغاز فرایند گردآوری داده‌ها، مجوز های لازم برای انجام مطالعه توسط پژوهشگران اخذ شد. پس از آن تماس با شرکت کننده مورد نظر انجام شد و اهداف مطالعه به‌صورت روشن و قابل درک برای شرکت‌کننده توضیح داده شد و رضایت آگاهانه کتبی جهت مشارکت در پژوهش اخذ گردید. پس از آن با موافقت مشارکت کننده زمان و مکان مناسب برای انجام مصاحبه تعیین گردید. همچنین، در این مطالعه رضایت برای ضبط صوتی مصاحبه‌ها نیز از مددجو دریافت شد. به شرکت‌کننده اطمینان داده شد که کلیه اطلاعات جمع‌آوری‌شده محرمانه باقی خواهد ماند و در هر مرحله از پژوهش، در صورت عدم تمایل به ادامه همکاری، امکان انصراف بدون هیچ‌گونه پیامد منفی برای وی وجود دارد.

به‌منظور شناسایی نیازها، ادراکات، و تجربیات زیسته بیمار در سازگاری با دیابت، داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه‌ساختاریافته عمیق و به‌صورت حضوری و چهره‌به‌چهره گردآوری شد. این مصاحبه بر اساس مفاهیم نظریه‌های "انسان واحد" مارتا راجرز و "انسان شدن" روزماری پارسه طراحی و هدایت شد.

مصاحبه در اتاق آموزش به بیمار در یکی از پایگاه‌های بهداشت شهری شهرستان‌های شمال ایران انجام شد. گردآوری داده‌ها توسط دو پژوهشگر (دانشجویان دکترای پرستاری) که دارای سابقه بالینی در بخش‌های داخلی و جراحی مراکز درمانی بودند انجام شد. یک جلسه مصاحبه به مدت ۹۰ دقیقه انجام شد.

مصاحبه با استفاده از راهنمای نیمه‌ساختار انجام شد که سؤالات آن مبتنی بر مفاهیم کلیدی نظریه‌های راجرز و پارسه طراحی شده بود. در آغاز مصاحبه، سؤالات عمومی وکلی تر جهت ایجاد ارتباط، شناخت مقدماتی و راحتی بیشتر مددجو مطرح شد. پس از آن، سؤالات هدایت‌گر و کاوش‌محور به‌منظور دست‌یابی به درک عمیق‌تری از تجربه زیسته فرد در مواجهه با بیماری و فرایند سازگاری با آن، مورد استفاده قرار گرفت. به مددجو اجازه داده شد تا آزادانه به سوالات پاسخ دهند.از گوش دادن فعال و استفاده از بازخورد های کلامی و غیر کلامی برای تشویق بیان نظرات مددجو استفاده شد. بعد از اتمام سوالات از طرف پژوهشگر از مشارکت کننده خواسته شد تا اگر چیزی هست که نیاز است بیشتر توضیح داده شود را بازگو نماید. هم چنین در حین مصاحبه داده‌ها ، ارتباطات غیرکلامی مشاهده شده نیز حین مصاحبه یادداشت برداری شد. مصاحبه ها با استفاده از تلفن همراه محقق ضبط و ذخیره شدند.

نمونه‌ای از سوالات مصاحبه که براساس چارچوب مفهومی نظریه راجرز و پارسه طراحی شده است عبارتند از :

۱.در طول این سال‌ها، چه تغییراتی را در بدن، احساسات و سبک زندگی خود تجربه کرده‌اید؟

۲. از حمایت خانواده و اطرافیان خود از شروع بیماری و تا کنون برای ما بگویید

۳. وقتی می گویم دیابت چه به ذهن شما می آید؟ بیماری دیابت برای شما چه معنایی دارد؟

۴ . از چالش‌های زندگی با بیماری دیابت و چالش های کنترل بیماری دیابت در زندگی روزمره تان برای ما بگویید از امید، نگرانی ها و قدرت ها در زندگی روزمره تان با وجود این بیماری بگویید.

۵. برای یافتن آرامش در زندگی خود چه کرده اید ؟ برای پذیرش شرایط خود چه راه هایی را یافته اید. از تجربیات روزمره زندگی خود بگویید.

۶. تغییرات در نگرش و سبک زندگی خود در طول زندگی با این بیماری برای ما بگویید.

۷. از اثرات این بیماری بر ارتباط شما با محیط اطرافتان (اطرافیان و روابط اجتماعی و موقعیت های اجتماعی) برای ما بگویید.

جهت تجزیه و تحلیل داده ها از تحلیل محتوای کیفی استقرایی گرانهیم ولاندمن (۱۷) به منظور تحلیل داده های متنی حاصل از مصاحبه با مددجو صورت گرفت. جمع آوری داده ها و تحلیل آنها به صورت همزمان توسط دو پژوهشگراصلی این طرح انجام شد. مصاحبه پس از ضبط بلافاصله کلمه به کلمه دست نویس و محتوای کامل آنها نوشته شد. سپس واحدهای تحلیل مشخص و واحدهای معنایی استخراج و در ادامه به منظور متراکم سازی و

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-26]

فرایند تقلیل به هریک از واحد های معنایی کدهایی اختصاص داده شد و سپس کدهای مشابه از نظر مفهومی در یک زیر طبقه قرار گرفتند و برچسب معنایی برای آنها اختصاص داده شد. سپس زیر طبقات مشابه در یک طبقه قرار گرفتند و برای هر طبقه برچسب مفهومی زده‌شد. در انتها هر یک از طبقات نمایانگر یک یا تعدادی از مفاهیم کلیدی نظریه‌های راجرز و پارسه بودند. در این مطالعه به منظور استحکام و اعتبار داده‌ها از چهار معیار لینکلن و گوبا شامل؛ اعتبار، اعتماد، انتقال پذیری و تاییدپذیری استفاده شد (۱۸). به این منظور جهت تضمین اعتبار در این مطالعه پژوهشگر با مشارکت کننده، ارتباط صحیح و مناسب برقرارکرده و مفاهیم عمیقی که در فرآیند مطالعه آشکارشده است را به دست آورده است. هم‌چنین همکاری و تعامل با استاد راهنما که در زمینه مطالعه کیفی تجربه دارند جهت تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شد. هم چنینی تمامی مراحل انجام پژوهش از گردآوری داده‌ها تا ثبت و در نهایت تحلیل آنها به طور کامل و دقیق جهت افزایش اعتماد پذیری داده‌ها ثبت شد.

یافته ها

تحلیل داده های بدست آمده از تجربیات مشارکت کننده در ۶ طبقه اصلی و ۱۹ زیرطبقه قرار گرفتند (جدول شماره ۱).

طبقات اصلی	زیر طبقات	نقل قول
سازگاری با تغییرات سبک زندگی	آگاهی از محدودیت های رژیم غذایی	"قبلا همه چی میخوردم الان به خاطر دیابت پرهیز دارم، من به خاطر بیماری رعایت میکنم والان همه چی میخورم ولی کم به اندازه و مواظب هستم".
	اهمیت و توجه به دستورات پزشک	"به پیام های دکترم احترام میزارم و حرفش گوش میدم و هرچی به من بگه همون را انجام میدم".
	پیروی و تبعیت دارویی و کنترل علایم	"داروهام را به وقت میخورم. داروهام پس و پیش نمیخورم. یکی ده بخورم یکی ظهر بخورم. داروهام که دست خودمه مدیریت دارم. من دستگاه قند و فشار روی میزم هست.به محض اینکه بفهمم حالم دگرگون شد فوری فشارم میگیرم و قندم را میگیرم".
داشتن هویت اجتماعی و خانوادگی	فعالیت و تعاملات اجتماعی	"ورزش هفته ای سه روز میرم روزهای زوج.کانون سالمندان میرم. پیاده روی میکنم. در دورهمی‌های خانوادگی شرکت میکنم. مسافرت میروم. ارتباطم با دوستانم خوب است".
	داشتن مسئولیت در خانواده	"از بچه ها و نوه هایم مواظبت میکنم.کمک حال بچه ها هستم".
	پشتوانه خانواده بودن	"بچه هام را در مشکلات دلداری و امیدواری می‌دهم و سعی میکنم غصه گذشته نخورم. خودم و بچه‌ها را در سختی قرار نمی‌دهم".
خود مراقبتی	تلاش برای داشتن حال خوب	"هر کسی باید به فکر سلامتی خودش باشه .مواظب سلامتی خود هستم. مسافرت میرم و هرجا هم دورهمی باشه همه اینا رو میرم. کارهامو طوری تنظیم میکنم تا به من خوش بگذره و روحیم باز بشه. برای خودم تفریح و سرگرمی و اوقات فراغت ایجاد میکنم".
	برنامه ریزی جهت مدیریت بیماری	"به خودم فشار نمیارم. چون دیابتی هستم غش و ضعف نکنم.کارهایم را برنامه ریزی میکنم. تقسیم کار انجام میدهم".
	اولویت قراردادن سلامتی خود بر ترجیحات دیگران	"هرچی بهت میگیم نمیخوری.شیرینی میاریم ومیوه میاریم کم میخوری یا بچه ها اعتراض میکنن. من میگم چون وجود خودم برای خودم مهمه. من تا خودم یقین نکنم چیزی برای من خوبه یاخیر انجام نمیدهم .چون ممکنه خودم اذیت بشم".
	استفاده از روش های خودمدیریتی احساسات	"من اعصابم کنترل میکنم. چیزی باب دلم نباشه نادیده می‌گیرم.گذشت میکنم و احساسات خودم را کنترل میکنم. عصبانی نمی‌شوم و سعی میکنم با صحبت کردن مسئله را حل کنم".

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-26]

	پذیرش و به کارگیری آموزش	"در ابتدای تشخیص این بیماری در کلاس های آموزشی که بیمارستان پنجم آذر برای ما گذاشت شرکت کردم چون من هیچ آشنایی با دیابت نداشتم. کلاس برام خیلی نتیجه داشت و حرفاشون را با جان و دل گوش کردم و خریدم".
	آگاهی از پیامدهای منفی عدم کنترل بر روی احساسات	"از هر کاری گذشت میکنم. اگر هم مقصر طرف هست گذشت میکنم به خاطر سلامتی خودم. اگر ناراحت بشم از دخترم، دامادم و نوه ام اولین صدمه ای که میخوره به خودم میخوره. روحم آزرده باشه مجبورم پرخاش کنم ولی روحیاتم خوب باشه زندگیم به خوبی پیش میره".
قدرت درونی	تاب آوری	"هنوز بیماری محدودیتی ایجاد نکرده. باشگاه میرم. در خورد و خوراکم اصلا محدودیتی ایجاد نکرده است. من به خاطر بیماری رعایت میکنم و الان همه چی میخورم ولی کم به اندازه و مواظب هستم. در زندگی موفق بوده‌ام. خودم از خودم راضی ام. از رعایت و مراعات ایجادشده ناشی از این بیماری خسته نشدم و احساس محدودیتی درحال حاضر ندارم".
	استقلال و عدم وابستگی	"روی پای خودم هستم. به خودم تکیه میکنم. بدم نمیگذره. آرزو دارم افتاده نشم .دست نگاه کن نشم. از خدای خودم همیشه سر نمازام میگم افتاده و چشم به در نشم. اگه قرار بمیرم مثل شوهرم که بدون اینکه به کسی آزار برسونه ومحتاج بشه فوت کنم وکسی دردسر نندازم و توجا بیفتم و ترو خشکم کنند".
	امید به زندگی	"اول خدا .همه چی خدامیگم.خیلی اعتقاد دارم وبه او امید دارم. تا خدا هست نا امیدی معنی نداره. میگم خدایا همینقدر سلامتی به من دادی و من تنم سالمه و خودم میتونم استکان چای برای خودم بریزم میگم خدایا شکرت".
سیستم های حمایتی موثر	حمایت خانوادگی	"خانواده من را خیلی درک میکنند من را اذیت نمیکنن. حواسشون به من هست. اونطوری نیست اذیت کنن".
	دریافت حمایت های اجتماعی	"من تامین اجتماعیم و پول ویزیت و دارو نمیدهم و برای انسولین به من نامه دادند و انسولینم را دولتی کردند.هزینه داروهام خیلی کم و ناچیز میشه".
پذیرش بیماری	سازگاری با بیماری	"خودم اذیت نمیکنم و چون خودم خیلی روش تکیه دادم و مواظبت میکنم نه خودم اذیت میکنم و نه اطرافیان رامثل دوست میدانم".
	با تمام وجود قبول کردن بیماری	"این بیماری را مثل بچه دارم بزرگ میکنم و باهاش دارم کنار میام و پا به پا ازش مواظبت می کنم".

جدول ۱. طبقات و زیرطبقات بدست آمده از تجربیات مشارکت کننده مبتلا به دیابت

مضامین مرتبط با نظریه پارسه و راجرز	طبقات مرتبط با هریک از مضامین
کشف معنا (معنایابی در تجربه زیسته بیمار)	پذیرش بیماری
درک ریتم های زندگی (ریتمیک بودن زندگی و تغییرات آن)	سازگاری با تغییرات سبک زندگی
حمایت از رشد وتعالی فردی (فراتر رفتن از محدودیت‌ها و تبدیل شدن به بهترین نسخه خود)	قدرت درونی
اصل چرخش (Helicy)	خود مراقبتی–سازگاری با تغییرات سبک زندگی
اصل رزونانس	سازگاری با تغییرات سبک زندگی–خودمراقبتی
اصل یکپارچگی	سیستم های حمایتی موثر– قدرت درونی–داشتن هویت اجتماعی و خانوادگی

جدول۲. مضامین مرتبط با هر یک از نظریه پردازان راجرز و پارسه و تطبیق آن با طبقات حاصل

نظریه انسان شدن پارسه

کشف معنا (معنایابی در تجربه زیسته بیمار)

طبق نظریه پارسه معنا در پیام‌ها نهفته است و از طریق گفتار، حرکات، سکوت و سکون افراد با دیگران منتقل می‌شود. این معنا نشان‌دهنده اهمیت و ارزش چیزی است و توسط خود فرد انتخاب می‌شود. افراد بیرونی نمی‌توانند به درک دقیقی از معنا یا اهمیت چیزی که برای فرد دیگر دارد، برسند؛ زیرا این معنا وابسته به دیدگاه و تجربیات شخصی فرد است و از طریق تعامل با رویداد

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-26]

ها و موقعیت هایی که در آن قرار می گیرد تغییر می‌کند (۱۲). بنابراین هر پدیده و اتفاقی برای هر فردی یک معنا وتفسیر دارد که ریشه درتفکر و نگرش وی دارد که اعمال او را به صوت همه جانبه جهت می‌دهد. بنابراین کشف معنا یکی از مضامینی بود که از طبقه پذیرش بیماری از تجربه بیمار مبتلا به دیابت در طی مصاحبه با این بیمار بدست آمد. در این طبقه زیر طبقات سازگاری با بیماری و با تمام وجود قبول کردن بیماری قرار گرفته‌است. مطابق با این اصل از نظریه پارسه بیمار اظهار داشته است این بیماری را قبول کرده است و با این بیماری کنارآمده است و آن را مانند یک دوست و از اعضای خانواده اش می‌داند که همیشه با او همراه است و از آن مواظبت می‌کند.

در این مورد مشارکت کننده اظهار داشت : "تا حدودی مریضیم شناختم و درک میکنم. اگر رعایت نکنم خودم آسیب میبینم. این بیماری مثل بچه ام دارم بزرگش میکنم و باهاش کنار میام و پا به پا ازش مواظبت میکنم. تا این ساعت با این بیماری به مشکل نخوردم".

"به خاطر مراقبت هایی که انجام میدهم تا حالا قندم من را اذیت نکرده است و راضی ام از زندگی. معمولا عصبانی نمیشم و زندگی را خیلی راحت میگیرم".

درک ریتم های زندگی (ریتمیک بودن زندگی و تغییرات آن)

ریتم در مورد الگوها و احتمالات است. پارسه معتقد است که مردم الگوهای تکرارناپذیری از ارتباط با دیگران، ایده‌ها، اشیاء و موقعیت‌ها را زندگی می‌کنند. الگوهای ارتباطی آنها، اولویت‌های آنها را تجسم می‌بخشد و این الگوها دائماً در حال تغییر هستند. از نظر پارسه، انسان ها با الگوهای منحصر به فرد خود شناخته می‌شوند (۱۲). بنابراین درک ریتم های زندگی (ریتمیک بودن زندگی و تغییرات آن) یکی از مضامین بود که از طبقه سازگاری با تغییرات سبک زندگی در طی مصاحبه از بیمار بدست آمد. در این طبقه زیر طبقات آگاهی از محدودیت های رژیم غذایی، اهمیت و توجه به دستورات پزشک، پیروی و تبعیت دارویی وکنترل علایم به دست آمد. متناسب با این اصل از نظریه پارسه الگوهای شخصی سازی شده و فردی بیمار مبتلا به دیابت نسبت به دوران قبل دیابت تغییراتی پیدا کرده است که متناسب با شرایط و الگوهای ایجاد شده ناشی از این بیماری است. الگوهای تغذیه ای، سبک زندگی و توجه به سلامتی و آگاهی از علایم هشدار و خطر از جمله تغییراتی بوده که بیمار جهت مدیریت این بیماری آن را اتخاذ کرده است.

در این مورد مشارکت کننده اظهار داشت :

"قبل دیابت همه چی میخوردم. الان به خاطر دیابت پرهیز دارم ، همه چی میخورم ولی کم و به اندازه و مواظبم".

"من دستگاه قند و فشار روی میزم هست. به محض اینکه بفهمم حالم دگرگون شد فوری فشارم و قندم را میگیرم. انسولینم را بچه ها میزنن. داروهام را به وقت میخورم و آن ها را پس و پیش نمیخورم ".

حمایت از رشد وتعالی فردی (فراتر رفتن از محدودیت‌ها و تبدیل شدن به بهترین نسخه خود)

تعالی درباره تغییر و امکان است، امکان بی‌نهایت که همان انسان شدن است. انسان ، همزمان با ظهور امکانات، به صورت چندبعدی فراتر می‌رود که می تواند از محدودیت های خود فراتر برود و به تعالی دست یابد (۱۲). بنابراین حمایت از رشد و تعالی فردی (فراتر رفتن از محدودیت ها و تبدیل شدن به بهترین نسخه خود) یکی از مضامینی بود که از طبقه قدرت درونی در طی مصاحبه از بیمار بدست آمد. در این طبقه زیر طبقات تاب آوری،استقلال و عدم وابستگی و امید به زندگی بدست آمده است. مطابق با این اصل نظریه پارسه شرکت کننده محدودیتی با این بیماری نداشته و با شرایط ایجاد شده کنار آمده است و همزمان استقلال خود را حفظ کرده و به دیگران وابسته نیست. امید باعث افزایش استقلال و پایبندی به رفتارهای سالم مانند رعایت توصیه‌های پزشکی برای کنترل بهتر قند خون وی شده است. شرکت کننده اظهار داشته است که ایمان و امید به آینده به او توان سازگاری و مقابله با این بیماری را به او داده است و او را رشد داده‌است. این به روشنی نشان دهنده این است که شرایط ایجاد شده محدودیتی برای وی ایجاد نکرده و توانسته با ارائه بازتعریفی در هستی و وجود خود به رشد و تعالی شخصی برسد.

در این مورد مشارکت کننده اظهار داشت :

"خودم از خودم راضی ام. تا خدا هست نا امیدی معنی نداره. در حال حاضر محدودیت جدی این با این بیماری ندارم. از خدای خودم همیشه سر نمازام میگم افتاده و چشم به در نشم و محتاج بچه ها و کسی نباشم".

نظریه انسان واحد راجرز

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-26]

اصل چرخش

بر اساس بیان راجرز، این اصل نشان می‌دهد که تغییرات در سیستم‌ها از یک مسیر مارپیچی و حلزونی شکل پیش می‌روند، که در آن تحولات غیرقابل پیش‌بینی و در عین حال پیوسته و نوآورانه باقی می‌مانند. این الگو، تغییر را از حالت احتمالی و تصادفی به سمت یک تکامل مستمر و خلاقانه هدایت می‌کند (۱۲). این اصل یکی از مضامینی است که از طبقه خودمراقبتی و سازگاری با تغییرات سبک زندگی بدست آمده است. زیر طبقات خود مراقبتی تلاش برای داشتن حال خوب، برنامه ریزی جهت مدیریت بیماری، اولویت قرار دادن سلامتی خود بر ترجیحات دیگران، استفاده از روش های خودمدیریتی احساسات، پذیرش و به کارگیری آموزش و آگاهی از پیامدهای منفی عدم کنترل بر روی احساسات از این طبقه استخراج شد. زیر طبقات سازگاری با تغییرات سبک زندگی شامل آگاهی از محدودیت های رژیم غذایی، اهمیت و توجه به دستورات پزشک و پیروی و تبعیت دارویی و کنترل علایم بدست آمد. مطابق با این اصل از نظریه راجرز تغییر از یک رخداد تصادفی و پراکنده، به سمت سیر تکاملی هدفمند و نوآورانه سوق داده می شودکه در آن هر چرخش، بستری برای ظهور امکانات تازه و رشد چندبُعدی فراهم می‌کند.

شرکت کننده اظهار می‌دارد به منظور مدیریت وکنترل بیماری خود سعی کرده است بر روی افکار و احساساتش کنترل داشته باشد و تغییراتی در زندگی اش به عنوان یک سیستم چند بعدی جهت تغییر سازگارانه اعمال نماید. در جهت رسیدن به این هدف مددجو به سلامتی خود توجه کرده و آموزش های ارائه شده را پذیرفته و خود را مسئول داشتن حال خوب و سلامتی اش می‌داند.

در این مورد مشارکت کننده اظهار داشت :

"خودم برای خودم تفریح و سرگرمی و اوقات فراغت ایجاد میکنم. تا این ساعت مشکلی از دیابت برای من پیش نیومده. به خاطر دیگران خودم را در اضطرار قرار نمیدم و اگر حرف یا کاری به ضررم باشه گوش نمیکنم و میگذرم. من به خاطر رعایت هایی که خودم کردم مشکلی برام پیش نیومده".

"داروهام را به وقت میخورم. داروهام پس و پیش نمیخورم. یکی ده بخورم یکی ظهر بخورم. داروهام که دست خودمه مدیریت دارم. به خاطر بیماری رعایت میکنم".

اصل رزونانس

بر اساس اصل رزونانس، الگوها با توسعه از فرکانس پایین به فرکانس بالا تغییر می‌کنند، یعنی با درجات مختلفی از شدت. در حقیقت رزونانس به معنی هم نوا شدن ارتعاشات انرژی انسان با محیط اطرافش است (۱۲). این اصل یکی از مضامینی است که از طبقات سازگاری با تغییرات سبک زندگی و خودمراقبتی به‌دست آمده است. زیرطبقات خودمراقبتی شامل تلاش برای داشتن حال خوب، برنامه‌ریزی برای مدیریت بیماری، اولویت دادن به سلامتی خود بر ترجیحات دیگران، استفاده از روش‌های خودمدیریتی احساسات و پذیرش و به‌کارگیری آموزش و آگاهی از پیامدهای منفی عدم کنترل بر روی احساسات است. زیرطبقات تغییرات سبک زندگی نیز شامل آگاهی از محدودیت‌های رژیم غذایی، اهمیت و توجه به دستورات پزشک و پیروی از درمان دارویی و کنترل علائم می‌باشد. بر اساس این اصل از نظریه راجرز، شرکت کننده با تغییرات ناشی از بیماری، توانسته به عنوان یک مداخله‌گر انرژی، خود را با محیط اطراف سازگار نماید و روش‌های مثبت و سازگارانه‌ای را اتخاذ کند.

در این مورد مشارکت کننده اظهار داشت :

"دستگاه قند و فشار روی میزم هست. به محض اینکه بفهمم حالم دگرگون شد فوری فشارم میگیرم و قندم را میگیرم. به خاطر دیابت پرهیز میکنم .برنامه ریزی میکنم در انجام کارهای خانه و بیرون از خانه تا دچار ضعف نشم".

"احساسات خودم را کنترل میکنم. عصبانی نمی شوم و سعی میکنم با صحبت کردن مسئله را حل کنم. به پیام های دکترم احترام میگذارم و حرفش گوش میدم و هرچی به من بگه همون را انجام میدم".

اصل یکپارچگی

طبق نظر راجرز، یکپارچگی، وحدت یا کمال انسان‌ها و محیط آن‌ها را منعکس می‌کند(۱۲). این اصل یکی از مضامینی است که از طبقات قدرت درونی، سیستم‌های حمایتی مؤثر و داشتن هویت اجتماعی و خانوادگی به دست آمد. زیرطبقات قدرت درونی شامل تاب‌آوری، استقلال، عدم وابستگی و امید به زندگی است. زیرطبقات هویت اجتماعی و خانوادگی شامل فعالیت‌ها و تعاملات اجتماعی، مسئولیت‌پذیری در خانواده و پشتوانه خانواده بودن به دست آمده است. زیرطبقات سیستم‌های حمایتی مؤثر شامل حمایت خانوادگی و دریافت حمایت‌های اجتماعی است. طبق این اصل از نظریه راجرز، انسان و باورها و اعتقادات درونی‌اش،

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-26]

همچنین محیط اطرافش شامل خانواده و جامعه، می‌توانند به عنوان میدان‌های انرژی پویا عمل کنند و در جهت ایجاد کمال و تمامیت یکپارچه انسان هماهنگ شوند.

در این راستا، مشارکت کننده اظهار می‌دارد که در مواجهه با این بیماری از حمایت‌های مداوم خانواده بهره برده‌است. حمایت‌های جامعه نیز با ارائه امکانات متناسب و قابل دسترس در مسیر مدیریت و کنترل مؤثر بیماری به وی کمک کرده‌اند. داشتن احساس معنا در زندگی و ایمان به خدا توانسته است امید به زندگی، احساس استقلال و احساس کافی بودن را در بیمار ایجاد کند.

در این مورد مشارکت کننده اظهار داشت:

"من بیمه تامین اجتماعی هستم و پول ویزیت و دارو نمیدهم و برای انسولین به من نامه دادند و انسولینم دولتی شد".

"روی پای خودم هستم. اون موقع پشت گرمیم شوهرم بود. به خودم تکیه میکنم. بد هم نمیگذره. صبر و گذشت به من در کناراومدن با این بیماری کمک میکند. میگم خدایا همینقدر سلامتی به من دادی و من تنم سالمه شکرت. سطح هزار بار شکرت. ممنونم خدایا ازت".

بحث

مطالعه موردی حاضر به بررسی تجربیات موفق شرکت کننده مبتلا به دیابت بر اساس چارچوب نظری نظریه پارسه و راجرز پرداخته است. در این مطالعه، براساس مفاهیم بنیادی نظریه‌های راجرز و پارسه، فرآیند جمع‌آوری اطلاعات و هدایت مصاحبه و در ادامه، بررسی و تحلیل داده‌ها صورت گرفته است. مضامینی که بر اساس مفاهیم این دو نظریه استخراج و برای هر کدام از طبقات نام‌گذاری شده‌اند، نشان می‌دهند که این مضامین می‌توانند به عنوان مفاهیم کلیدی ناشی از این دو نظریه در تجارب زیسته بیمار دیابتی که با شناخت بیماری خود، تغییر در الگوها و سبک زندگی و بازتعریف معنای مثبت در زندگی به رشد و تعالی دست یافته‌است و احساس محدودیت نمی‌کند، کاربردی باشد. توصیفات مشارکت کننده مورد نظر درباره تجربیات زندگی با بیماری و سازگاری با محدودیت‌ها و چالش‌های آن به وضوح در نتایج نشان داده شده‌است.

استفاده از مفاهیم موجود در این نظریه در بالین، و آموزش آن به بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن در عمل می‌تواند به ارتقاء سلامت و تندرستی بیماران کمک کند. مطابق با اصل ریتم وارگی پارسه شرکت‌کننده با آگاهی از محدودیت‌های رژیم غذایی، تبعیت از داروها و توجه به دستورات پزشک توانسته است با الگوهای جدیدی که بیماری برای وی ایجاد کرده، سازگار شود. بنابراین، مطابق با اصل توانمندسازی و محدودسازی، او در درک ریتم‌های زندگی‌اش عادت‌های قدیمی و نامناسب خود را بازبینی کرده و آن‌ها را اصلاح نموده‌است (۱۹). این اقدام باعث توانمندسازی بیمار و افزایش اعتماد به نفس او در مسیر کنترل و مدیریت بیماری شده‌است. در همین راستا، مطابق با اصل کشف معنا، شرکت‌کننده از طریق تصویرسازی ذهنی مثبت به بیماری خود نگاه می‌کند و این تصویرسازی و برداشت وی از موقعیت قرارگرفته توانسته است بر پذیرش و درک او از این شرایط موثر باشد. او با خیالبافی و بزرگ‌نمایی نکردن شرایط و بیماری‌اش، خود را آزار نمی‌دهد و به افراد منفی در زندگی‌اش توجهی نمی‌کند. به‌علاوه، با عدم گلایه و شکایت، توانسته است با این بیماری سازگار شود و آن را بپذیرد. ارزشی که بیمار برای سلامتی و کنترل بیماری‌اش قائل است، به او کمک کرده است تا این بیماری را با تمام وجود قبول کند و آن را جزئی از وجود درونی خود بداند. او احساس می‌کند که این بیماری از او جدا نمی‌شود و مانند یک کودک به مراقبت از آن می‌پردازد و به رشد آن ادامه می‌دهد. در این مسیر، بیمار با پیروی از اصل تعالی پارسه، از لحظه‌ی حال فراتر رفته و توانسته است فرایند اجرایی انسان شدن را طی کند. او با تکیه بر امید در زندگی و معنویت، بر ناتوانی‌ها و محدودیت‌های این بیماری غلبه کرده و تجربیات مثبت و تحول‌آفرینی را در مسیر سازگاری با بیماری و دستیابی به استقلال فردی کسب کرده‌است. مطابق با اصل چرخش و رزونانس نظریه راجرز، بیمار با تغییرات و تحولات ناشی از بیماری سازگار شده و با انجام خودمراقبتی به این تغییرات واکنش نشان داده است. براساس این نظریه، تعامل بین میدان‌های انسانی و محیطی همواره باز و در حال جریان است (۱۳). بنابراین، تغییراتی که در میدان انرژی شرکت کننده به واسطه بیماری ایجاد شده، از طریق شناسایی الگوها و اتخاذ تغییرات کنترل‌شده و سازگارانه، شرکت کننده توسط خودش کنترل شده‌است. در حقیقت، انسان‌ها به عنوان میدان‌های انرژی، در صورت بروز اختلال یا نقص بر کل وجود خود آنها تأثیر می‌گذارند و بر روی تعابیر آنها از پدیده‌ها در محیط اطراف آنها تاثیرگذار است. در مدل راجرز انسان و محیط به‌عنوان میدان‌های انرژی غیرقابل تقلیل و یکپارچه با یکدیگر در نظر گرفته می‌شوند که به‌طور پیوسته در حال تکامل خلاقانه

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-26]

هستند (۱۶). بنابراین، بیمار با شناسایی تغییرات و کنترل و تنظیم آنها برای حفظ یکپارچگی خود استفاده کرده‌است. در نهایت، این اصول منجر به حفظ تمامیت او شده‌است. در این راستا، شرکت کننده با برقراری ارتباط و تعاملات اجتماعی مثبت در خانواده و جامعه، توانسته است با محیط اطراف خود سازگار شود و با امید به زندگی، تاب‌آوری و عدم وابستگی، به کمال دست یابد. با توجه به یافته های این مطالعه می‌توان نتیجه گرفت که نظریه‌های پرستاری و مفاهیم آنها خیلی دور از انتظار و انتزاعی نبوده و می‌تواند در بستر زندگی عادی افراد سالم و یا بیمار در جهت سازگاری با چالش ها و تغییرات ایجاد شده در زندگی کاربردی باشند. به طوری که مطالعه جویباری و همکاران(۲۰۲۱) نشان داده‌است استفاده از نظریه پارسه توانسته‌است در افزایش کیفیت زندگی و بهبودی سلامتی مددجو دچار بدشکلی ناشی از سوختگی موثر باشد (۲۰). همچنین نتیجه مطالعه Yu و همکاران (۲۰۲۴) نشان داده‌است اقدامات پرستاری مبتنی بر نظریه راجرز توانسته بر کاهش علائم مثبت و منفی بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا موثر باشد (۲۱). بنابراین مدل راجرز با تأکید بر کلیت تجربه و وجود، در نظام مراقبت سلامت امروزی که تداوم مراقبت بسیار مهم تر از درمان و بستری بیماران در مراکز درمانی است بسیار کاربردی است.

استفاده از هر کدام از نظریه های پرستاری بر اساس هدف و تشخیص پرستاری است که پرستار آن را شناسایی می‌کند. بنابراین جایگاه هر کدام از این نظریه ها به طور منفرد یا ترکیبی در موقعیت های بالینی متناسب می‌تواند به کاربرده شود. این امر مستلزم شناخت و آشنایی با اصول نظریه های پرستاری و چگونگی استفاده از آنها با هدف بهبود عملکرد پرستاری در جهت رفع نیاهای بیمار است (۲۲). شواهد به روشنی نشان می‌دهد که پرستاران می‌توانند نقش مهمی در پاسخگویی به نیازهای افراد دارای بیماری های مزمن از طریق آموزش و اجرای مراقبت مبتنی بر رویکرد شخص محور و فردی سازی شده ایفاکنند (۲۳). بنابراین انتظار می‌رود استفاده از مفاهیم نظریه های موجود در رشته پرستاری در جهت ارتقا کیفیت مراقبت پرستاری کمک کننده باشد. با توجه به اینکه نظریه‌های پرستاری پارسه و راجرز به دلیل ماهیت پیچیده و چندبعدی خود دارای سطح انتزاع بالایی هستند، توصیه می‌شود با به‌کارگیری این نظریه‌ها در بالین، آموزش و تحقیقات، درجه شفافیت و وضوح آن‌ها افزایش یابد وکاربردپذیری آنها در عمل در جهت ارتقا سلامت بیماران و افراد جامعه روشن شود. لازم به ذکر است که مطالعه حاضر صرفاً به بررسی تجربه موفق یک مددجوی مبتلا به دیابت در زمینه کنترل و مدیریت بیماری خود پرداخته است و در آن، نیازهای شرکت کننده و ارائه مداخلات مبتنی بر نظریه‌های راجرز و پارسه با هدف ارتقاء و توانمندسازی بیشتر مددجو مورد بررسی قرار نگرفته‌اند. از این‌رو، انتظار می‌رود در مطالعات آتی، با بهره‌گیری از مفاهیم و اصول موجود در نظریه‌های پرستاری، نیازهای بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، همچنین بیماران دچار بیماری‌های حاد و تحت درمان با مراقبت‌های تسکینی، به‌طور جامع بررسی شده و مداخلات حرفه‌ای و شخصی‌سازی‌شده متناسب با شرایط آنان ارائه گردد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد که زندگی با دیابت تنها به محدودیت‌ها ختم نمی‌شود، بلکه می‌تواند فرصتی برای رشد فردی و کشف معناهای تازه باشد. این تجربه می‌تواند به بیماران کمک کند تا احساس رضایت بیشتری از زندگی داشته باشند. نظریه‌های پرستاری پارسه و راجرز دیابت را بخشی از وجود فرد و نه صرفا یک بیماری می‌دانند. پذیرش بیماری و سازگاری با آن نقش مهمی در افزایش توانایی‌های فردی دارد. در نتیجه، این نگرش باعث ارتقای احساس سلامتی و کیفیت زندگی بیماران می‌شود. در این فرآیند، بازتعریف رابطه فرد با محیط اطراف خود نقش مهمی در ارتقای کیفیت زندگی دارد و مسیر دستیابی به آرامش و رشد فردی را هموار می‌کند. نظریه‌های پرستاری پارسه و راجرز چارچوبی فراهم می‌آورند که در آن پرستاران می‌توانند مراقبت‌هایی جامع، انسان‌محور و معنادار ارائه دهند. این رویکرد نه تنها به بعد جسمی، بلکه به جنبه‌های روانی و اجتماعی بیماران نیز توجه می‌کند و باعث می‌شود بیماران حمایت موثرتری دریافت کنند. استفاده از این نظریه‌ها در برنامه‌های آموزشی و مراقبتی دیابتی می‌تواند تغییرات مثبتی در سبک زندگی آنان ایجاد کند و مسیر مدیریت بهتر بیماری را فراهم آورد. پرستاران نیز با بهره‌گیری از این دیدگاه‌ها قادر خواهند بود نقش تسهیل‌گرانه خود را بهتر ایفا کرده و بیماران را در دستیابی به احساس تندرستی و کیفیت زندگی بالاتر یاری دهند.

تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله از شرکت‌کننده گرامی که با صبر، حوصله و همکاری ارزشمند خود، تجربیات شخصی‌اش را در اختیار تیم تحقیق قرار داد، صمیمانه قدردانی می‌نماییم. مشارکت ایشان

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-26]

نقش مهمی در پیشبرد اهداف این مطالعه داشته و موجب غنای نتایج تحقیق گردیده است.

حمایت مالی

این پژوهش هیچ کمک مالی از سازمان‌های مالی بخش دولتی، عمومی، تجاری یا غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله هیچ گونه تضاد منافعی را اعلام نمی کنند.

References

1. *Meo SA, Halepoto DM, Meo AS, Klonoff DC. Impact of green space environment on the prevalence of diabetes mellitus in European countries. J King Saud Univ Sci. 2022;34(7):102269.*
2. *Farmaki P, Damaskos C, Garmpis N, Garmpi A, Savvanis S, Diamantis E. Complications of the Type 2 Diabetes Mellitus. Curr Cardiol Rev. 2020;16(4):249-51.*
3. *Lee H, Chu HS. Moderating effect of health literacy on the relationship between diabetes self-management education and self-care monitoring activities among individuals with type 2 diabetes mellitus. BMC Public Health. 2025;25(1):1.*
4. *World Health Organization. Report of the WHO discussion group for people living with diabetes: virtual meeting, 30–31 March 2023. Geneva: WHO; 2023.*
5. *Magkos F, Reeds DN, Mittendorfer B. Evolution of the diagnostic value of "the sugar of the blood": hitting the sweet spot to identify alterations in glucose dynamics. Physiol Rev. 2022;102:1-35.*
6. *Wang Q, Miao G, Miao S, Li P, Chen J. Knowledge, attitudes and practices of healthcare professionals regarding diabetes self-management education and support. Sci Rep. 2025;15(1):21163.*
7. *Peyrot M, Rubin RR, Lauritzen T, Snoek FJ, Matthews DR, Skovlund S. Psychosocial problems and barriers to improved diabetes management: results of the Cross-National Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) Study. Diabet Med. 2005;22(10):1379-85.*
8. *Yimer YS, Ahmed AA, Addissie A, Kidane EG, Reja A, Abdela AA. Patients and healthcare providers needs and challenges in diabetes self-management and support in Ethiopian primary healthcare context. BMC Health Serv Res. 2025;25(1):774.*
9. *Beulens JW, Pinho MG, Abreu TC, den Braver NR, Lam TM, Huss A, et al. Environmental risk factors of type 2 diabetes—an exposome approach. Diabetologia. 2022;65(2):263-74.*
10. *Jebichii F, Kimaiyo D. Experiences of nurses in care of diabetic foot ulcers among the older persons. 2024.*
11. *Kaya A, Bozi. The development of the Professional Values Model in Nursing. Nurs Ethics. 2019;26(3):914-23.*
12. *12.Alligood MR. Nursing Theorists and Their Work-E-Book: Nursing Theorists and Their Work-E-Book: Elsevier Health Sciences; 2017.*
13. *13.Smith MC. Nursing theories and nursing practice. 4th ed. Philadelphia: FA Davis; 2019.*
14. *14.Parse RR. The human becoming school of thought: A perspective for nurses and other health professionals. 1998.*
15. *15.Alligood MR. Nursing Theorists and Their Work. 5th ed. St. Louis: Mosby; 2021.*

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-26]

16. 16.Polit DF, Beck CT. Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2022.
17. 17.Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today. 2004;24(2):105-12.
18. 18.Polit DF, Beck CT. Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2020.
19. 19.Mansouri F, Darvishpour A. Applying Parse's Human Becoming Theory for caring of an elderly with spontaneous pneumothorax following COVID-19: A case study. J Caring Sci. 2024;13(1):3-11.
20. 20.Jouybari L, Ahmadi Khatir M, Esfandiari M, Ashkpour Z. Applying Parse's Theory of Human Becoming in caring for a deformed burn client: A care case study. J Nurs Educ. 2022;10(6):1-10.
21. 21. Yu XL, Yu MY, Fang YX. Nursing experience of a schizophrenia patient using Rogers' theory: A case report. J Nurs Rep Clin Pract. 2023;2(3):180-5
22. 22.Younas A, Quennell S. Usefulness of nursing theory-guided practice: an integrative review. Scand J Caring Sci. 2019;33(3):540-55.
23. . Dufour E, Bolduc J, Leclerc-Loiselle J, Charette M, Dufour I, Roy D, et al. Examining nursing processes in primary care settings using the Chronic Care Model: an umbrella review. BMC Prim Care. 2023;24(1):176.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-26]