Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2025, Volume 22, Issue 4

Illness Perception In Individuals With Chronic Diseases: A Qualitative Metasynthesis

Maryam Homayounpour[1], Sayed Reza Sepehr [1],Nikoo Pishkari[1], Fereshte Sadat Mortazavi Nasiri[1], Sajad Sohrabijam[1], Fariba Zarani[2]

1. PhD Student in Health Psychology, Department of Educational Sciences and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

2. (Corresponding author) * Associate Professor of Health Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

Abstract

Aim and Background: Chronic illnesses exert long-lasting impacts on an individual's life. Throughout this journey, a person's perception of their illness directly influences their health behaviors and outcomes. Recognizing the significance of this concept, this study aimed to explore the perception of illness among individuals with chronic diseases.

Methods and Materials: Published qualitative studies focusing on illness perception from 2019 to 2024 were collected from international databases such as Google Scholar, PubMed, Sciencedirect, and domestic databases like Sid, Noormags, Elmnet, and Magiran. After a thorough review of full-text articles, those aligning with the research objectives were selected. Following the examination of titles, abstracts, full texts, and the removal of duplicate studies, a total of 29 full-text studies, 19 in English and 10 in Persian, were chosen for in-depth analysis and comparison using an interpretive approach.

Findings: Two main categories emerged from the selected studies: 1) illness perception and influencing individual factors, and 2) illness perception and influencing socio-cultural factors. The first category, encompassing illness perception and individual influencing factors, included: experiencing emotions, patient needs, controllability and consequences of the illness, impact on quality of life, beliefs about the causes of the illness, spiritual beliefs related to the illness, the dilemma of disclosing or concealing the illness and its consequences, illness as an opportunity for growth, limited knowledge about the illness and its consequences, positive and negative views towards treatment, and defense mechanisms in coping with the illness. The second category, illness perception and influencing socio-cultural factors, included identity (gender, religious, national, cultural, etc.) in coping with illness.

Conclusions: Illness perception is a significant factor in the diagnosis, follow-up, and treatment adherence of patients. Individual and socio-cultural factors drive individuals' perspectives on themselves, their illness, family history, and identity.

Keywords: Chronic disease, Illness perception, Qualitative metasynthesis.

Citation: Homayounpour M, Sepehr R, Pishkari N, Mortazavi Nasiri F, Sohrabijam S. **Illness Perception In Individuals With Chronic Diseases: A Qualitative Metasynthesis**. Res Behav Sci 2025; 22(4): 772-786.

* **Fariba Zarani**
Email: fzarani@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.48305/22.4.772]

ادراک بیماری در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن: فراترکیب کیفی

مریم همایون‌پور[1]، سید رضا سپهر[1]، نیکو پیشکاری[1]، فرشته سادات مرتضوی نصیری[1]، سجاد سهرابی‌جم[1]، فریبا زرانی[2]

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

۲- (نویسنده مسئول)* دانشیار گروه روانشناسی سلامت، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: بیماری مزمن تأثیرات طولانی‌مدتی در زندگی فرد دارد. در طول این مسیر، ادراک فرد از بیماری به‌طور مستقیم بر رفتار بیماری و نتایج سلامتی وی اثرگذار است. در این راستا، توجه به این مفهوم و پرداختن به آن از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و هدف از مطالعه حاضر، بررسی ادراک بیماری در افراد مبتلابه بیماری‌های مزمن بود.

مواد و روش‌ها: مطالعات کیفی منتشرشده درزمینه ادراک بیماری در سال‌های ۲۰۱۹ تا ۲۰۲۴ از پایگاه‌های خارجی Google Scholar، Pubmed، Sciencedirect و پایگاه‌های داخلی Sid، Noormags، Elmnet و Magiran جمع‌آوری و بررسی شدند. با مرور متن کامل مقاله‌ها، مواردی که باهدف پژوهش سازگار بود، انتخاب شدند. پس از بررسی عنوان، چکیده، متن و حذف مطالعات تکراری، ۲۹ مطالعه تمام متن به زبان انگلیسی (۱۹ مقاله) و فارسی (۱۰ مقاله) انتخاب شدند و با رویکرد تفسیری مورد تحلیل و مقایسه نهایی قرار گرفتند.

یافته‌ها: در میان مطالعات منتخب دو مقوله ۱- ادراک بیماری و عوامل فردی اثرگذار و ۲- ادراک بیماری و عوامل فرهنگی-اجتماعی اثرگذار استخراج گردید. مقوله اول، یعنی ادراک بیماری و عوامل فردی اثرگذار، شامل رویارویی باتجربه هیجانات، نیازهای بیمار، کنترل‌پذیری و پیامدهای بیماری، اثر بیماری بر کیفیت زندگی، باورهای مربوط به علل بیماری، باورهای معنوی مرتبط با بیماری، دوراهی‌های اعلام یا پنهان کردن بیماری و عواقب آن، بیماری فرصتی برای رشد، دانش محدود در خصوص بیماری و پیامدهای آن، دیدگاه‌های مثبت و منفی نسبت به درمان و مکانیسم‌های دفاعی در رویارویی با بیماری بود. مقوله دوم، یعنی ادراک بیماری و عوامل فرهنگی- اجتماعی اثرگذار شامل هویت (جنسی، دینی، ملی، فرهنگی و...) در رویارویی با بیماری بود.

نتیجه‌گیری: ادراک بیماری عاملی اثرگذار در تشخیص، پیگیری و تعهد درمانی بیماران است و عوامل فردی و فرهنگی-اجتماعی پیش‌برنده نوع نگاه افراد به خود، بیماری، سابقه خانوادگی و هویت است.

واژه‌های کلیدی: ادراک بیماری، بیماری مزمن، فراترکیب کیفی

ارجاع: همایون‌پور مریم، سپهر سیدرضا، پیشکاری نیکو، مرتضوی‌نصیری فرشته‌سادات، سهرابی‌جم سجاد، زرانی فریبا. **ادراک بیماری در افراد مبتلابه بیماری‌های مزمن: فراترکیب کیفی**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۳؛ ۲۲(۴): ۷۷۲-۷۸۶.

*- **فریبا زرانی،**

رایانامه: fzarani@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.48305/22.4.772]

مقدمه

بیماری‌های مزمن[1]، طولانی‌مدت بوده و حداقل یک سال افراد را درگیر می‌کنند، با واکسن پیشگیری نشده، اغلب غیرقابل درمان و عمدتاً بر مدیریت علائم متمرکز هستند. این نوع از بیماری‌ها به‌آرامی ایجاد می‌شوند و شدتشان باگذشت زمان افزایش می‌یابد. همچنین، به‌صورت خودبه‌خود برطرف نمی‌شوند و تأثیرات طولانی‌مدت و قابل‌توجهی بر کیفیت زندگی فرد دارند (۱). سازمان جهانی بهداشت، بیماری‌های مزمن را بیماری‌های غیرواگیر[2] می‌نامد و گزارش می‌دهد که این بیماری‌ها مسبب ۷۴ درصد از کل مرگ‌ومیرهای جهانی بودند و هرساله در حدود ۴۱ میلیون نفر در سراسر جهان را از بین می‌برند. علل اصلی این مرگ و میرها، بیماری‌های قلبی–عروقی، سرطان‌ها، بیماری‌های مزمن تنفسی و دیابت است (۲). از سوی دیگر، با توجه به طولانی‌مدت بودن درگیری با بیماری‌های مزمن، سال‌های زیادی از زندگی فرد تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳).

هنگامی‌که بیماری تشخیص داده می‌شود، بیماران الگویی از باورها درباره وضعیت سلامتی خود ایجاد می‌کنند که این باورها، ادراک بیماری نامیده می‌شوند و رفتار آینده بیماران را در مورد مدیریت بیماری تعیین می‌کنند و شامل فرایندی است که افراد در پاسخ به یک تهدید درک شده برای سلامتی از آن استفاده می‌کنند (۴). مدل خودتنظیمی که توسط لونتال و همکاران (۵) پیشنهادشده است، یک چارچوب کلی ارائه می‌دهد که عوامل اجتماعی و زمینه‌ای را با احساسات و افکار فرد ادغام می‌کند. در این مدل، بیماران ادراک یا مدل‌های خاص خود را می‌سازند که به آن‌ها کمک می‌کند تا تجربیات بیماری خود را معنا دهند و پایه‌ای برای پاسخ‌های خود فراهم کنند. ولز–ولز و بوش (۶) نشان دادند که درک فرد از بیماری بر اساس عناصر مختلفی ازجمله علت، پیامدها و مزمن بودن بیماری، پتانسیل بهبودی و علائم بیماری است. تصور می‌شود که ادراک بیماری حاوی اطلاعات و باورهای افراد در مورد بیماری، علائم، درمان‌های پزشکی یا عوامل تهدیدکننده سلامت است (۴).

شیوه‌ای که فرد بیمار در مورد بیماری خود می‌اندیشد، پیش‌بینی کننده مهمی برای کیفیت زندگی و مقابله با بیماری در طیف گسترده‌ای از بیماری‌ها است. بازنمایی‌های شناختی و عاطفی بیمار درباره وضعیت خود، او را در مدیریت کوتاه‌مدت و بلندمدت بیماری راهنمایی می‌کند. بازنمایی‌های شناختی بیماری پیچیده هستند و شامل جنبه‌های متفاوتی ازجمله باورهای فرد درباره علائم، علت بیماری، پیامدها، مدت‌زمان درگیری با بیماری و باورهای مرتبط با کنترل می‌شود. همچنین، بازنمایی‌های عاطفی شامل واکنش‌های عاطفی به بیماری مانند ترس، خشم، احساس گناه و غم است (۷، ۸). این بازنمایی‌ها می‌توانند تحت تأثیر عوامل فردی، اجتماعی و فرهنگی نیز قرار بگیرند. برای مثال فرهنگ، قومیت، متغیرهای جمعیت‌شناختی، نگرش‌های والدین و اعضای خانواده می‌توانند بر باورهای فرد بیمار در مورد بیماری و شرایط خود اثرگذار باشند (۷، ۸). بازنمایی‌های بیماری بسته به نوع بیماری و مدت‌زمان آن تغییرات قابل‌توجهی دارند و باگذشت زمان تغییر می‌کنند. برای مثال، افراد مبتلابه فشارخون بالا و سکته قلبی احساس می‌کنند که کنترل شخصی بر بیماری خوددارند؛ در مقابل، بیماران مبتلابه سرطان ریه کنترل شخصی کم، اما کنترل درمانی بالایی را گزارش می‌کنند (۸). علاوه بر نوع تشخیص، سن و جنس می‌توانند عوامل میانجی برای درک بیماری باشند. ویستینگ و همکاران (۹) تفاوت‌های جنسیتی در درک بیماری در نوجوانان مبتلابه دیابت نوع یک را بررسی کردند و دریافتند که زنان درک بیماری منفی‌تر و قابل‌توجهی نسبت به مردان برای همه ابعاد داشتند.

مفهوم ادراک بیماری در دهه‌های گذشته موردتوجه بسیاری از مطالعات برای ارزیابی و پیش‌بینی نتایج بیماری بوده است (۴، ۷، ۸). از آنجایی درک بیماری به‌طور مستقیم بر پاسخ عاطفی فرد به بیماری یا شکایت و رفتار مقابله‌ای او و تبعیت درمانی تأثیر می‌گذارد و می‌تواند نتایج سلامتی بیماران را تحت تأثیر قرار دهد، توجه به این مفهوم و پرداختن به آن از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. انجام مطالعات کیفی در این زمینه، کمک به درک چیستی پدیده کرده و فرصت شناسایی، مقایسه و درک بهتر آن را فراهم می‌کند. از آنجایی باورها و نگرش افراد به بیماری مزمن همراه با گذر زمان، تغییرات محیط اجتماعی، پیشرفت پزشکی و غیره همواره در حال دگرگونی و تحول هست، پس جستجوی این باورها برای رسیدن به شناخت افراد از بیماری و نحوه ادراک آن‌ها هم باید امری پویا باشد؛ چراکه متغیر (سازه) رفتار بیماری هم همراه با پویایی‌های جهان و انسان در حال تغییر است. همچنین، با تفسیر دیدگاه بیماران و ارائه الگویی از آن، ضمن ارتقای دانش در این حوزه می‌توانند شرایط را برای کمک شایان توجه به بیماران فراهم کند و در

[1] Chronic diseases
[2] noncommunicable diseases

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]
[DOI: 10.48305/22.4.772]

تهیه و تدوین پروتکل‌های درمانی مناسب، مدنظر قرار گیـرد. در همین راستا، هدف از پژوهش حاضر، بررسـی ادراک بیمـاری در بیماران مبتلابه بیماری‌های مزمن است تا تفسیر واحدی از ایـن مفهوم فراهم شود.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر در قالب فراترکیب انجام‌شده است. فراترکیب یک روش کیفی است که در آن مطالعات کیفی مختلف باهم ادغام‌شده، مورد مقایسه و بررسی قرار می‌گیرد. این فرآیند منجر به ارائه تفسیر جدیدی از مجموعه تحقیقات می‌شود و می‌تواند درک جامع‌تری از پدیده موردمطالعه ارائه دهد. این روش به تصمیم‌گیری‌های مبتنی بر شواهد کمک کرده و استفاده از تحقیقات کیفی در حوزه سلامت را تسهیل می‌کند (۱۰). در این پژوهش، از روش هفت مرحله‌ای ساندلوسکی و باروسو (۱۱) استفاده شد که پراستفاده‌ترین و جامع‌ترین الگوی فراترکیب بوده و شامل تنظیم سؤال پژوهش، مرور نظام‌مند، انتخاب پژوهش‌های مناسب، استخراج اطلاعات، تجزیه‌وتحلیل یافته‌های کیفی، کنترل کیفیت و ارائه یافته‌ها است.

به این منظور، پژوهش‌های کیفی مرتبط با مفهوم ادراک بیماری که بین سال‌های ۲۰۱۹ تا ۲۰۲۴ میلادی منتشرشده بودند، از پایگاه‌های اطلاعاتی خارجی Google Scholar، Pubmed، Sciencedirect و پایگاه‌های داخلی Sid، Noormags، Elmnet و Magiran جمع‌آوری و بررسی شدند. برای تسهیل جستجو، از واژگان کلیدی «ادراک بیماری، پژوهش کیفی بیماری مزمن، شناخت بیماری، بازنمایی ذهنی بیماری و سواد بیماری» در پایگاه‌های داخلی و واژگان کلیدی «Illness Cognition، Illness Representation، Illness Perception، Qualitative Health Beliefs، Patient Perceptions of Illness، Phenomenology، Grounded Theory، Content Analysis، Case Study، Discourse Analysis» در پایگاه‌های خارجی استفاده شد. در جستجوی اولیه، ۱۲۶۸ مطالعه کیفی مرتبط با مفهوم ادراک بیماری شناسایی شد که از این میان، ۷۵ مطالعه به‌طور مستقیم با موضوع پژوهش مرتبط بودند. درنهایت، از میان این ۷۵ پژوهش، پس از بررسی عنوان، چکیده و متن و حذف مطالعات تکراری، ۲۹ مطالعه تمام متن که به زبان انگلیسی (۱۹ مقاله) و فارسی (۱۰ مقاله) منتشرشده و مفهوم ادراک بیماری در بیماری‌های مزمن را به‌طور دقیق بررسی کرده بودند، انتخاب شدند و با رویکرد تفسیری مورد تحلیل و مقایسه نهایی قرار گرفتند. ملاک‌های ورود پژوهش عبارت‌اند از: کیفی بودن پژوهش، انتشار در بازه زمانی مشخص، زبان انگلیسی و فارسی و دسترسی به متن کامل پژوهش. ملاک‌های خروج از مطالعه نیز شامل مقاله‌های ارائه‌شده در کنفرانس‌ها، همایش‌ها و پایان‌نامه‌ها، پژوهش‌هایی که هدف و عنوان یکسان داشتند و عدم ارائه اطلاعات کافی در مورد اهداف پژوهش بود. عدم دسترسی به متن کامل پایان‌نامه‌ها و سایر منابع و همچنین اعتبار مقاله‌های چاپ‌شده در مجلات، به علت قرارگیری در فرایند داوری تخصصی، عاملی برای تعیین این ملاک بود. مطالعات کیفی انتخاب‌شده در کشورهای ایران، پاکستان، آمریکا، دانمارک، تایلند، ایتالیا، چین، غنا، قبرس، ازبکستان، اتریش و استرالیا انجام شدند و رویکرد مطالعات کیفی بررسی‌شده شامل پدیدارشناسی (۹ مطالعه)، تحلیل محتوا (۱۵ مطالعه)، مطالعه موردی (۱ مطالعه)، نظریه داده بنیاد یا زمینه‌ای (۳ مطالعه) و متاآگنوگرافی (۱ مطالعه) بود.

کیفیت مطالعات توسط دو نفر از اعضای گروه پژوهش با استفاده از مقیاس استاندارد درجه‌بندی‌شده برای مطالعات کیفی ارزیابی شد. بر اساس این مقیاس، مطالعات کیفی در ده حوزه مختلف مورد ارزیابی قرار گرفت: عنوان و چکیده، مقدمه و اهداف، روش و داده‌ها، نمونه‌گیری، تحلیل داده‌ها، اخلاقیات، سوگیری، یافته‌ها، قابلیت انتقال و کاربرد یافته‌ها (۱۰). برای هر یک از این موارد، چهار درجه ارزیابی شامل: خوب، متوسط، ضعیف و خیلی ضعیف وجود دارد که به ترتیب نمرات ۱، ۲، ۳ و ۴ را دریافت می‌کنند و حداکثر نمره ممکن ۴۰ است. به‌طورکلی، نمرات ۳۰–۴۰ نشان‌دهنده کیفیت خوب، ۲۰–۳۰ متوسط، ۱۰–۲۰ ضعیف و ۱–۱۰ بسیار ضعیف است. در پژوهش حاضر، از ۲۹ مطالعه بررسی‌شده، ۲۲ مطالعه کیفیت خوب و ۷ مطالعه کیفیت متوسط داشتند.

در فراترکیب، یافته‌های مطالعات گذشته به‌عنوان داده در نظر گرفته می‌شوند. به دلیل ماهیت کیفی داده‌ها، برای تحلیل از روش کدگذاری باز استفاده شد. کدها از متن پژوهش استخراج شدند و سپس مفاهیم مشخص‌شده و درنهایت مضامین نهایی تعیین شدند. برای تأیید صحت یافته‌ها، نتایج حاصل از فراترکیب در اختیار دو نفر از متخصصین حوزه روانشناسی سلامت قرار داده شد و در خصوص یافته‌ها توافق وجود داشت.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.48305/22.4.772]

یافته‌ها

مشخصات ۲۹ مقاله‌ای که پس از غربالگری در تحلیل نهایی مورد استفاده قرار گرفتند در جدول زیر ذکر شده است.

جدول ۱. مشخصات مقالات نهایی تحلیل‌شده

شماره مقاله	محقق	سال	کشور
۱	یوسفی و همکاران (۱۲)	۱۳۹۸	ایران
۲	خدابخشی کولایی و پورابراهیمی (۱۳)	۱۳۹۹	ایران
۳	عمادی و همکاران (۱۴)	۱۳۹۸	ایران
۴	افشاری و همکاران (۱۵)	۱۳۹۸	ایران
۵	عربی و اصغری (۱۶)	۱۴۰۰	ایران
۶	سعیدی و همکاران (۱۷)	۱۴۰۱	ایران
۷	سعیدی و همکاران (۱۸)	۱۳۹۶	ایران
۸	عباس‌زاده و همکاران (۱۹)	۱۴۰۱	ایران
۹	غضنفری و نیکوگفتار (۲۰)	۱۴۰۰	ایران
۱۰	فرحزادی و همکاران (۲۱)	۱۴۰۲	ایران
۱۱	گوکبی و همکاران (۲۲)	۲۰۲۰	غنا
۱۲	قین و همکاران (۲۳)	۲۰۲۲	چین
۱۳	لیو و همکاران (۲۴)	۲۰۲۰	چین
۱۴	کی‌سی و همکاران (۲۵)	۲۰۲۲	نپال
۱۵	کسکینداگ و همکاران (۲۶)	۲۰۲۰	قبرس
۱۶	ژانگ و همکاران (۲۷)	۲۰۲۴	چین
۱۷	مالیک و همکاران (۲۸)	۲۰۲۲	پاکستان
۱۸	روبیو (۲۹)	۲۰۱۸	آمریکا
۱۹	اینگ‌ژی‌جیه تسنگ (۳۰)	۲۰۲۳	آمریکا
۲۰	کوونتالی (۳۱)	۲۰۲۴	استرالیا
۲۱	مرسک و همکاران (۳۲)	۲۰۲۲	دانمارک
۲۲	پوزار و همکاران (۳۳)	۲۰۲۰	ایتالیا
۲۳	بوتسما و همکاران (۳۴)	۲۰۱۹	هلند
۲۴	سالزیری و مایرز (۳۵)	۲۰۲۲	آمریکا
۲۵	بانرجی و همکاران (۳۶)	۲۰۲۲	آمریکا
۲۶	الحداد و همکاران (۳۷)	۲۰۲۰	استرالیا
۲۷	برلند و همکاران (۳۸)	۲۰۲۲	آمریکا
۲۸	تروست و همکاران (۳۹)	۲۰۲۳	استرالیا
۲۹	کانینگهام و همکاران (۴۰)	۲۰۲۰	آمریکا

در نتیجه تحلیل صورت گرفته، دو مقوله اصلی شامل ۱- ادراک بیماری و عوامل فردی اثرگذار و ۲- ادراک بیماری و عوامل فرهنگی-اجتماعی اثرگذار استخراج گردید. مقوله اول، یعنی ادراک بیماری و عوامل فردی اثرگذار، شامل مفاهیم اصلی تجارب روانشناختی در رویارویی با بیماری، نیازهای بیمار، کنترل‌پذیری و پیامدهای بیماری، اثر بیماری بر کیفیت زندگی، باورهای مربوط به علل بیماری، باورهای معنوی مرتبط با بیماری، دوراهی‌های اعلام یا پنهان کردن بیماری و عواقب آن، بیماری فرصتی برای رشد، دانش محدود در خصوص بیماری و پیامدهای آن، دیدگاه‌های مثبت و منفی نسبت به درمان و مکانیسم‌های دفاعی در رویارویی با بیماری بود. همچنین، مقوله دوم، یعنی ادراک بیماری و عوامل فرهنگی- اجتماعی اثرگذار شامل مفاهیم اصلی هویت (جنسی، دینی، ملی، فرهنگی و...) در رویارویی با بیماری بود.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.48305/22.4.772]

هر یک از مفاهیم اصلی، چند مفهوم فرعی را دربرمی‌گیرد. برای مثال، مفهوم اصلی هویت در رویارویی با بیماری که در مقوله دوم جای گرفته، خود شامل مفاهیم فرعی هویت جنسی/جنسیتی، هویت ملی، هویت دینی و مذهبی، هویت فرهنگی و آثار تبعیض جنسیتی می‌شود. کدهای بازی که سازنده این مفاهیم فرعی و اصلی بوده‌اند نیز به این شرح است: وجود تفاوت‌های جنسیتی در رویارویی با بیماری، تاثیر معانی و نمادگذاری‌های جسمانی در رویارویی با بیماری، بیماری به مثابه از دست دادن هویت جنسی، ترس از کاهش جذابیت جنسی بر اثر بیماری، تاثیر بیماری در نگرانی‌های مرتبط با جنسیت، بدشکل‌انگاری بدن در بیماری مزمن تحت تاثیر هویت جنسی و فرهنگی، تغییر هویت جنسی/ اجتماعی/ فردی در بیماری، تاثیر تغییر شکل بدن بر روابط اجتماعی، اعتقاد بر عدم‌تاثیر دین و فرهنگ بر بیماری، تبعیض جنسیتی در جدی گرفته شدن بیماری و تاثیر بیماری بر هویت مادرانه.

در ادامه، در جدول شماره دو شرح کاملی از دو مقوله اصلی، مفاهیم اصلی و فرعی و کدهای باز آن ارائه شده است.

جدول ۲. کدهای باز، مفاهیم فرعی و اصلی و مقوله‌های به‌دست آمده

مقوله اول: ادراک بیماری و عوامل فردی اثرگذار		
مفاهیم اصلی	مفاهیم فرعی	کدهای باز
تجارب روانشناختی در رویارویی با بیماری	حالات هیجانی مرتبط با بیماری	✓ ترس از شکست درمان و پس زدن پیوند ۱ ✓ ترس در مورد عواقب بیماری ۱-۳ ✓ نگرانی از پیش آگهی بیماری ۲۹- ✓ ترس از مرگ زودرس ۱ ✓ ترس از تداوم بیماری ۵- ۱۶- ✓ ترس از متاستاز و عود ۵ ✓ ترس از انتقال وراثتی ۲۹ ✓ ترس از عوارض دارو و درمان ۱۳- ✓ ترس از وابستگی به دارو ۳- ✓ احساس گناه و ترس از آسیب رساندن در دریافت پیوند از اعضای خانواده ۱۵ ✓ بهت و شوک (بعدا توی مضمون مکانسیم ها داریم که میتونه منجر به انکار بشه) ۲۰- ✓ ناامیدی و درماندگی ۲-۳-۱۰
	حالات هیجانی-شناختی مرتبط با تاثیر بیماری بر ابعاد فردی-رابطه ای	✓ ترس از طرد شدن ۱۰ ✓ ترس از سربار دیگران شدن ۲ ✓ ترس از کاهش جذابیت جنسی بر اثر بیماری ۱۰ ✓ نگرانی بابت ناتوانی در انجام مراقبت های مورد نیاز ۲۲- ۲۳ ✓ ترس از محدود کننده بودن بیماری ۱۹- ۲۲- ۲۳ ✓ ترس از ناتوان شدن ۳- ۱۰- ۱۹ ✓ ترس و اضطراب از جاماندن از نقش های محوله ۳- ۱۹ ✓ احساس گناه و خودسرزشگری ۲- ۳- ۶- ۷- ۸-۱۳- ۱۸-۲۰- ۲۳- ۲۵ ✓ ترس از تنهایی ۱- ۱۰- ۱۸- ۲۳ ✓ احساس اضطراب ناشی از ابهام ۳- ۱۶- ۲۲- ۲۳ ✓ نگرانی بابت زندگی زناشویی ۵- ۱۰ ✓ احساس شرم بابت ناتوان شدن/وابستگی/سرباربودن۲- ۷- ۱۰- ۱۳-

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.48305/22.4.772]

جدول ۲. کدهای باز، مفاهیم فرعی و اصلی و مقوله‌های به‌دست آمده

مقوله اول: ادراک بیماری و عوامل فردی اثرگذار		
مفاهیم اصلی	مفاهیم فرعی	کدهای باز
		۱۴- ۱۸- ۱۹- ۲۲- ✓ احساس شرم و کافی نبودن و بی ارزشی بخاطر نقش بیمار ۷- ۱۰- ۱۹- ۲۳- ۲۵- ✓ حسرت خوردن گذشته ۲- ۲۸
نیازهای بیمار		✓ درک شدن و مراعات شدن توسط دیگران ۱ ✓ در اختیار داشتن اطلاعات پزشکی ۱۱-۱۲ -۱۷- ✓ نیاز به پیدا کردن استقلال و عاملیت و مشارکت در روند درمان ۲۸
پیامدهای بیماری	فقدان کنترل بر ابعاد جسمی و روانی خود محدود شدن در ابعاد مختلف ابهام و اضطراب درماندگی و افسردگی	✓ اثر بیماری بر احساس تسلط و کنترل روانی ۲- ۳- ۲۳- ۲۴- ۲۸ ✓ اثر بیماری بر احساس تسلط و کنترل جسمانی ۲- ۳- ۲۳- ۲۷ ✓ احساس از خودبیگانگی ۲- ۱۵- ۱۹- ۲۰- ۲۲- ۲۳ ✓ محدودکنندگی بیماری ۱-۲- ۳- ۱۹- ۲۰- ۲۲- ۲۳- ۲۴- ۲۵- ۲۷- ۲۸ ✓ تشدید بیماری در اثر ابهام و اضطراب ۲- ۳ ✓ جا ماندن از نقش های محوله روزمره ۲- ۳- ۱۰- ۱۹-۲۰- ۲۱- ۲۲- ۲۳- ✓ افسردگی ناشی از محدود شدن زندگی ۱-۲۵- ۲۷ ✓ غیر قابل پیش بینی بودن علائم ۳ ✓ افکار آزارنده مبنی بر مهارناپذیری و فقدان تسلط و کنترل ۲-۳-۲۴ ✓ ابهام در روند علائم و سیر بیماری ۲-۳- ۱۶- ۲۰- ۲۱- ۲۲- ۲۳ ✓ ناارزنده سازی توانایی خود در کنترل بیماری ۲- ۷- ۱۳- ۲۰- ۲۳ ✓ ناامیدی و درماندگی ناشی از فقدان کنترل ۲-۳-۱۰ ✓ درماندگی آموخته شده و افسردگی ناشی از فقدان شرایط بهبود بیماری مزمن ۳ ✓ ابهام درباره درمان پذیری ۳- ۱۰- ۱۱- ۱۶-۲۳ ✓ ارتباط دادن مدت بیماری با قابلیت درمان پذیری(کنترل داشتن) ۱۱- ۲۲ ✓ پیشگویی های ناکام بخش ۱۵ ✓ فقدان کنترل و از خودبیگانه شدن (هویتی) ۲- ۱۵-۱۹ – ۲۲- ۲۳- ✓ انتساب بیماری به عوامل غیر قابل کنترل (مثل آلودگی زیست محیطی) ۱۶ ✓ تغییر باور فرد نسبت به مدیریت بیماری در طول زمان ۱۳- ۲۱- ۲۲ ✓ خوشبینی نسبت به بازیابی کنترل روی بدن ۱۶-۲۷ ✓ فقدان کنترل و فقدان اعتمادبه نفس ۲۳ ✓ فقدان کنترل و از دست دادن فرصت های شغلی۲۳ ✓ فقدان کنترل و از دست دادن اهداف زندگی ۲۳- ✓ فقدان کنترل به مثابه راه رفتن روی لبه تیغ/غرق شدن ۲۳ ✓ احساس فشار برای خوب شدن ۲۳ ✓ کاهش کیفیت زندگی ۹- ۷ ✓ سرنوشت بیماری و فقدان کنترل ۱۵- ۲۸ ✓ سبب شناسی ناشناخته ۱۶
باورهای مربوط به علل بیماری	شانس	✓ ارتباط خشم و ستم در دوران کودکی با شانس ابتلا به بیماری های

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.48305/22.4.772]

جدول ۲. کدهای باز، مفاهیم فرعی و اصلی و مقوله‌های به‌دست آمده

مقوله اول: ادراک بیماری و عوامل فردی اثرگذار		
مفاهیم اصلی	مفاهیم فرعی	کدهای باز
	اضطراب های کودکی علل معنوی استرس فیزیولوژی و عوامل زیستی بهبود وضعیت اقتصادی (نقرس) فقر عدم مراقبت و کنترل سلامتی وسواس فکری بیماری بی مبالاتی پزشکان آلودگی های زیست محیطی دیدگاه های خرافی اعتقاد بر چند علتی بودن بیماری علل ناشناخته و غیرقابل کنترل	مزمن دوران بزرگسالی ۸ ✓ باور به تاثیر شانس در ابتلا به بیماری ۸ ✓ بیماری به عنوان تنبیه الهی ۳- ۱۱-۱۴ ✓ استرس به عنوان علت احتمالی بیماری ۱۱- ۲۷ ✓ فیزیولوژی به عنوان علت احتمالی بیماری ۱۱ ✓ دانش محدود درباره علل وقوع بیماری ۱۱- ۱۲ ۱۳- ۱۴- ۱۵- ۱۸- ۲۰- ۲۴ ✓ تاثیر بهبود اقتصادی در بروز بیماری نقرس ۱۳ ✓ فقدان مراقبت کافی از خود ۲۵ ✓ فکر کردن به بیماری برابر با بیمار شدن ۱۵ ✓ تاثیر آلودگی محیط زیست ۱۶ ✓ دیدگاه های خرافی (جادوگری-چشم زخم) ۱۷- ۲۰ ✓ بی مبالاتی پزشکان ۲۲ ✓ چندعلتی بودن بیماری ۲۷ ✓ تاثیر فشار اقتصادی بر بیمار شدن ۶ ✓ باور به اثر تجمعی مشکلات سلامتی قبلی بر مشکل فعلی ۱۵ ✓ علل ناشناخته و غیر قابل کنترل ۱۶
باورهای معنوی مرتبط با بیماری		✓ تاثیر عقاید معنوی در پذیرش و سازگاری با بیماری ۱۵ ✓ جستجو و ریشه یابی معنوی/مذهبی درد/بیماری ۳- ۵- ۶- ۱۱- ۱۴- ۱۵-۱۷ ✓ اعتقاد به تقدیر الهی در بیماری ۵- ۱۵-۱۷ ✓ درد/بیماری به مثابه تنبیه و کفاره گناهان ۳- ۱۱- ۱۴ ✓ بیماری وسیله ای برای نزدیک شدن به خدا ۳- ۶- ۸- ۱۱ ✓ امید و دیدگاه مثبت در خصوص کمک خداوند در روند درمان ۱۱- ۱۷ ✓ قدرشناسی از داشته ها ۱۰- ۲۲
دوراهی های اعلام یا پنهان کردن بیماری و عواقب آن	قضاوت و برچسب خوردن توسط خود فرد قضاوت و برچسب خوردن توسط دیگران	✓ ترس از قضاوت و برچسب زدن دیگران و انگ خوردن(بطور کلی) ۳- ۵- ۹-۱۱- ۱۸- ۱۹- ۲۷- ✓ ترس از درنظر گرفتن بیماری به مثابه بهانه یا نفع ثانویه ۳ ✓ دغدمندی بابت بزرگنمایی درد و کوچک جلوه دادن آن به دلیل ترس از قضاوت شدن ۳ ✓ درد: نماد ضعف و کم توانی ۳- ۱۹ ✓ خود سرزنشگری و به خود برچسب زدن ۲- ۳- ۶- ۷- ۸-۱۳- ۱۸- ۲۰- ۲۳- ۲۵ ✓ پنهان کردن بیماری و احساس تنهایی و دور ماندن از روابط اجتماعی ۱- ۳- ۵- ۶- ۱۱- ۱۸- ✓ آشکارسازی بیماری و رنج استیگما ۳- ۱۱ ✓ نگرانی بابت عینی نبودن سردرد و قضاوت دیگران ✓ دغدغه تصویر بدنی ۵- ۶- ۲۷ ✓ ترس از انگ/قضاوت های کادر درمان ۶ ✓ احساس شرم بابت وابستگی و سربار بودن ۲- ۷- ۱۳-۱۰- ۱۴- ۱۸- ۱۹- ۲۲-

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.48305/22.4.772]

جدول ۲. کدهای باز، مفاهیم فرعی و اصلی و مقوله‌های به‌دست آمده

مقوله اول: ادراک بیماری و عوامل فردی اثرگذار		
مفاهیم اصلی	مفاهیم فرعی	کدهای باز
		✓ قضاوت سرد شدن عاطفی ناشی از کاهش تماس بدنی بیمار۲۷ ✓ محدود کردن ارتباطات بخاطر ترس از قضاوت شدن (به ویژه در صورت داشتن نمود ظاهری) ۲۷
بیماری فرصتی برای رشد		✓ رشد پس از آسیب ۳ ✓ تغییر معنای زندگی ۳ ✓ بیماری و ارتقاء شخصیت ۳ ✓ بیماری و فرصتی برای رشد معنوی ۳ ✓ پذیرش و همزیستی با بیماری ۲۰– ۲۱ ✓ جنگجوی با اراده زندگی خود شدن ۱۸– ۲۱– ۲۲ ✓ قدردان تر شدن بابت داشته ها ۱۰– ۲۲
دانش محدود در خصوص بیماری و پیامدهای آن		✓ برابری نبود علامت با نبود بیماری ۶– ۱۳– ۱۸ ✓ ورزش: سپر قطعی در برابر بروز بیماری ۵ ✓ دخالت داشتن سن و سال در بیمار شدن ۱۱ ✓ دخالت داشتن تجربه زایمان در شانس بیمار شدن ۱۱ ✓ ارتباط دادن مدت بیماری با قابلیت درمان (در برخی هر چه درمان طولانی تر، خوش بین تر و در برخی برعکس) ۱۱ ✓ نبود علامت بیماری و سهل انگاری در مدیریت سلامتی (دمدمی مزاج بودن در مراقبت) ۱۳– ۱۶ ✓ فقدان آگاهی از عوامل زمینه ساز بیماری ۱۸ ✓ باور به بدتر شدن به دلیل برخورد داشتن با بیماران حادتر۱۴ ✓ فکر کردن به بیماری برابر با بیمار شدن ۱۵ ✓ دشواری ادراک علائم در هنگام فقدان توضیح بیولوژیکی قابل قبول ۱۸ ✓ غیرواقعی دانستن علائم ۱۸ ✓ ناارزنده سازی تجربه خود از بیماری ۱۸ ✓ عدم/ باور به وجود رابطه بین ذهن و بدن در بیماری (دو دستگی باور افراد) ۲۲ ✓ نداشتن دانش کافی از نشانه ها– دانش محدود ۶– ۱۱– ۱۲– ۱۳– ۱۴– ۱۶– ۱۸– ۲۰–
دیدگاه های مثبت و منفی نسبت به درمان		✓ بی‌اعتمادی بیماران به سیستم مراقبت‌های بهداشتی ۴– ۵– ۱۳–۱۷– ۲۰– ۲۲– ۲۵– ✓ اعتماد به بیماران به سیستم مراقبت‌های بهداشتی ۴– ۱۱– ۱۴– ۲۵ ✓ سمی و مضر بودن داروها ۱۳ ✓ ناکافی بودن اطلاعات پزشکان ۴– ۱۳ ✓ افزایش پایبندی و تبعیت درمانی در بیماران خوشبین به دارودرمانی ۱۴ ✓ قبول نداشتن درمان های پزشکی ۱۴ ✓ باور به بدتر شدن به دلیل برخورد داشتن با بیماران حادتر ۱۴ ✓ عدم آموزش صحیح و منحصر بفرد از سمت کادر درمان ۱۳–۱۷
مکانیسم های دفاعی در رویارویی با بیماری		✓ انکار بیماری ۵– ۱۵– ۲۰– ۲۱– ۲۷ ✓ نوعی حس همه توانی و قطعیت در کنترل یا پیشگیری از بیماری ۵ ✓ گسست از پذیرفتن هویت بیمار ۱۵– ۲۱–۲۷– ✓ اجتناب از کسب اطلاعات ۱۶

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.48305/22.4.772]

جدول ۲. کدهای باز، مفاهیم فرعی و اصلی و مقوله‌های به‌دست آمده

مقوله اول: ادراک بیماری و عوامل فردی اثرگذار		
مفاهیم اصلی	مفاهیم فرعی	کدهای باز
		✓ دفاع های خوش بینانه مثل دفاع مانیک در برخورد با بیماری ۱۶ ✓ جدا کردن خود از بیماری: وسیله ای برای تضعیف مفهوم بیماری ۱۶- ۲۷ ✓ عقلانی سازی مفهوم مرگ ۱۸ ✓ والایش مفهوم مرگ ۳ ✓ ناارزنده سازی خود ۷- ۲- ۲۰ ✓ کوچک انگاری بیماری ۲۲- ۲۴- ۲۷
مقوله دوم: ادراک بیماری و عوامل فرهنگی-اجتماعی اثرگذار		
هویت در رویارویی با بیماری	هویت جنسی/جنسیتی هویت ملی هویت دینی و مذهبی هویت فرهنگی آثار تبعیض جنسیتی	✓ وجود تفاوت های جنسیتی در رویارویی با بیماری ۹- ۱۹- ۵ ✓ تاثیر معانی و نمادگذاری های جسمانی در رویارویی با بیماری ۶- ۲۳ ✓ بیماری به مثابه از دست دادن هویت جنسی ۹ ✓ ترس از کاهش جذابیت جنسی بر اثر بیماری ۱۰ ✓ تاثیر بیماری در نگرانی های مرتبط با جنسیت ۹- ۲۷ ✓ بد شکل انگاری بدن در بیماری مزمن تحت تاثیر هویت جنسی فرهنگی ۹-۲۳ ✓ تغییر هویت جنسی/اجتماعی/فردی در بیماری ۹- ۱۵- ۱۹- ۲۲- ۲۳- ۲۷ ✓ تاثیر تغییر شکل بدن بر روابط اجتماعی ۹- ۲۷ ✓ اعتقاد بر عدم تاثیر دین و فرهنگ بر بیماری ۱۴ ✓ تبعیض جنسیتی در جدی گرفته شدن بیماری ۱۹ ✓ تاثیر بیماری بر هویت مادرانه ۱۹- ۲۳

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، مطالعه ادراک بیماری در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن بود. با مروری بر پژوهش‌های انجام‌شده مرتبط با ادراک بیماری در میان مطالعات منتخب دو مقوله به‌دست‌آمد که در ادامه مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرند.

ادراک بیماری مجموعه‌ای پیچیده از باورها، احساسات و برداشت‌های شخصی افراد نسبت به بیماری و بیماری‌زایی است. این مسئله می‌تواند تحت تأثیر عوامل فردی متنوعی همچون ویژگی‌های شخصیتی، تجارب روان‌شناختی افراد، نیازها و میزان کنترل‌پذیری بیماری (۱۲، ۱۳) قرار بگیرد. از طرفی، دانش محدود در خصوص بیماری، دیدگاه‌های افراد نسبت به درمان، مکانیسم‌های دفاعی و درنهایت باورهای فرهنگی و معنوی (۱۴، ۱۵)، بر نحوه برخورد فرد با بیماری، تصمیم‌گیری‌های درمانی و کیفیت زندگی وی تأثیرگذار است. ادراک منحصر به هر فرد هر شخص از بیماری، بر تبعیت درمانی، تعامل با پزشک و حتی نتایج درمان اثرگذار است. درواقع، ادراک بیماری یک عامل کلیدی در تجربه بیماری و سلامت روان فرد محسوب می‌شود (۱۶).

در مورد رابطه احساسات و ادراک بیماری که در پژوهش حاضر مورد توجه قرار گرفت، می‌توان گفت گرچه ممکن است بیماران درک کافی از بیماری نداشته باشند، اما احساسات آن‌ها نسبت به بیماری عمیق و پیچیده است (۱۷). به‌بیان‌دیگر، صحبت از بیماری به معنای صحبت از دردی است که توسط فرد احساس می‌شود (۱۹). به‌طور مثال در پژوهشی نشان داده شد در مراحل اولیه درمان دیالیز، بیماران احساس می‌کردند که همان فرد سابق نیستند و خشم به‌عنوان یکی از واضح‌ترین تغییرات عاطفی بیماران و در پاسخ به علائم بیماری و سایر محرک‌های محیطی تجربه شد (۲۰)؛ بنابراین همان‌طور که در پژوهش حاضر نیز مشخص شد، ادراک بیماری در تعامل با

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.48305/22.4.772]

هیجان‌های متعدد است و این نحوه ادراک بیماری مثلا بر روی هیجان ترس (به عنوان بیشترین هیجان شناخته شده در مقالات) تاثیرگذاشته و نشان می‌دهد احتمالاً بیماران از عواقب بیماری خود بیمناک گشته و در نهایت می‌تواند در نحوه مواجهه با بیماری، تعهد و روند درمانی تأثیرگذار باشد. البته هیجانات دیگری مانند شرم و گناه هم در این مطالعه شناسایی شدند.

از سوی دیگر، پاسخ‌های عاطفی به تهدیدهای سلامتی می‌تواند بر رفتارهای مواجهه با بیماری و خود مدیریتی تأثیر بگذارد (۲۱). مثلا تغییر نحوه ادراک بیماری از طریق ارزیابی مجدد و کشف معنای تازه در راستای پذیرش بیماری، می‌تواند سبک مقابله‌ای سازگارانه‌ای در نظر گرفته شود که در پاسخ به موقعیت استرس‌زا به صورت فعال بر تفسیر مثبت و بازسازی تجارب دشوار متمرکز است (۲۲).

یکی از تعیین‌کننده‌های چارچوب رفتار بیماری، کنترل‌پذیری است (۱۳). باور به این‌که وضعیت آن‌ها توسط چیزی بزرگ‌تر کنترل می‌شود، به بیماران کمک نموده تا بیماری خود را بپذیرند (۲۰). مؤلفه کنترل‌پذیری/قابل‌درمان بودن ادراک بیماری دارای دو بعد است: باورهای کنترل شخصی و خودکارآمدی و کنترل درمان (۲۱). ارزیابی باورهای خودکارآمدی شرکت‌کنندگان می‌تواند به دلیل آموزش کم یا عدم آموزش در خودمدیریتی یا استراتژی‌های محدود تنظیمات سبک زندگی در زندگی روزمره، به خطر بیفتد (۲۱) که بیمار را در معرض درماندگی ناشی از بیماری قرار می دهد (۲۳). در پژوهش حاضر نیز باور به عدم کنترل بیماری خطراتی مانند درماندگی، از خود بیگانگی، به هم خوردن نقش و کارکرد اجتماعی و پیشگویی ناکام‌بخش مشهود بودند. از طرفی، باید توجه داشت که احساس کنترل بیماران می‌تواند با سطح اطلاعات آن‌ها مرتبط باشد (۲۴).

در این مطالعه نیز یکی از مفاهیم اصلی تأثیرگذار بر عوامل فردی ادراک بیماری، دانش محدود نسبت به بیماری شناخته شد، به‌طوری‌که حتی با منابع مختلف اما ناکافی دانش نیز ممکن است اثرات یک بیماری صرفاً بر اساس تجربیات بیمار یا منابعی غیر اصیل و غیرقابل اطمینان درک شوند (۱۵) و ازآنجاکه نگرش به‌سلامتی، رفتارهای ارتقاء سلامت را تعیین می‌کند (۱۷)، بنابراین ضرورت آموزش سلامت الزامی می‌نماید (۲۰، ۲۵، ۱۷، ۱۵). به‌طور مثال در مطالعه‌ای بر روی بیماران مبتلابه هیپراوریسمی و نقرس در چین نشان داده شد، برخی از بیماران دانش خود را در مورد بیماری از طریق تجربیات دوستان به دست می‌آورند و در مواردی تجربیات ناکامی در درمان و توصیه‌های غیرحرفه‌ای دوستان باعث گمراهی آن‌ها شده بود (۱۷) که می‌تواند منجر به رفتارهای ضعیف مدیریت بیماری گردد، مانند بی‌توجهی به بیماری، تمرکز صرف بر درمان حاد و روش‌های نادرست مصرف دارو (۱۵). در مواردی نیز ممکن است بیماران حتی جرئت فکر کردن به بیماری را نداشته یا به منابعی مانند اینترنت نسبت به راهنمایی متخصصان اعتماد بیشتری پیدا کنند (۱۷)؛ بنابراین دانش به‌موقع ارائه‌شده توسط کارکنان حرفه‌ای می‌تواند نگرانی‌ها در مورد اثرات درمان را کاهش داده و پایبندی به درمان پزشکی را پس از رفع باورهای غلط تشویق کند (۲۲). می‌توان بیان داشت نه‌تنها دانش محدود بلکه اطلاعات دریافتی از افراد غیرحرفه‌ای می‌تواند باعث افزایش نگرانی یا نادیده گرفتن علائم گردد.

در این پژوهش باورهای بیماری (شامل علل بیماری، باورهای معنوی ودیدگاه های مثبت و منفی به درمان) نیز به‌عنوان مفاهیم اصلی در عوامل فردی ادراک بیماری شناسایی شدند. به نظر می‌رسد اگر باورهای بیماری و اهداف باهم هماهنگ شوند می‌توانند معنایی ایجاد کنند که دربردارنده معنای زندگی است (۲۲). درحالی‌که احساسات منفی مانند ترس، غم و گناه برای فردی که مثلاً با تشخیص سرطان مواجه است ممکن است آشکار به نظر برسد، آنچه در مورد بازماندگان می‌تواند منحصربه‌فرد باشد این است که چگونه درگیر فرآیند بازتعریف یا تنظیم مجدد احساسات خود شده‌اند تا بتوانند برای یک نتیجه و پیش‌آگهی خوب، خوش‌بین و امیدوار بمانند و از گروه پزشکی و پزشکان به خاطر دادن زندگی دوم به آن‌ها قدردانی کنند (۲۶). به‌طورکلی با توجه به باورهای بیماران نسبت به بیماری، احتمالاً ضروری است تا در مسیر درمانی به بیماران کمک نموده تا یک معنا و مفهوم جدیدی از زندگی کسب نمایند که این به‌نوبه خود می‌تواند به رشد پس از سانحه بینجامد (۲۲).

ازآنجاکه نحوه مواجهه افراد با بیماری به‌شدت تحت تأثیر عوامل فرهنگی، اجتماعی و هویتی قرار دارند، عوامل فرهنگی از یک سو می‌توانند زمینه‌ساز بروز بیماری‌ها شده و از سوی دیگر، بر تاب‌آوری روانی و معنوی و درمان بیماران تاثر بگذارد. برای مثال، در برخی فرهنگ‌ها، برخی اعضای بدن به‌عنوان نماد زیبایی یا هویت جنسیتی در نظر گرفته می‌شوند و بیماری‌هایی که این اعضا را درگیر می‌کنند، ممکن است به دلیل تهدید هویت فردی، اضطراب و نگرانی بیشتری را ایجاد کنند. از سوی دیگر، برخی فرهنگ‌ها ممکن است بر اهمیت روح و روان در

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]
[DOI: 10.48305/22.4.772]

برابر جسم تأکید بیشتری داشته باشند و درنتیجه، بیماری را به‌عنوان پیامد اعمال، آزمون الهی، قضا و قدر و فرصتی برای رشد معنوی تلقی کنند. هم‌چنین، تبعیض جنسیتی می‌تواند بر نحوه تشخیص، درمان و مدیریت بیماری‌ها تأثیرگذار باشد، به‌ویژه در مواردی که بیماری بر باروری یا نقش‌های جنسیتی تأثیر می‌گذارد. به‌عنوان‌مثال، بیماری‌هایی که بر ظاهر فیزیکی تأثیر می‌گذارند، ممکن است برای زنانی که زیبایی ظاهری در فرهنگ آن‌ها اهمیت بیشتری دارد، چالش‌برانگیزتر باشد. در پژوهش حاضر نیز مباحث مربوط به از دست دادن جذابیت‌های ظاهری، بدریخت انگاری و از دست دادن هویت، موضوعات پرتکراری در مقالات بررسی شده بودند که نشان دهنده تاثیرات ادارک بیماری بر ارزیابی بیماران از خود و احساس ارزشمندی در فرهنگ‌های مختلف می باشد و این مهم به‌خصوص باید در چهارچوب بیماری‌هایی که ممکن است احساس شرم و گناه را در بیماران افزایش دهد در نظر گرفته شده و کارکنان سلامت نیز در این راستا به پذیرش بیماری توسط بیمار بدون نگاه قضاوت‌گرانه یاری رسانند.

علاوه بر توجه به عوامل فرهنگی دخیل در پیدایش بیماری‌ها توجه به این نکته نیز حائز اهمیت است که جهت پذیرش و همراهی بیمار در مسیر درمان می‌بایست ارائه‌ی خدمات درمانی نیز با باورهای فرهنگی بیمار هم سو باشد (۲۷)؛ بنابراین از اصلی‌ترین عوامل تعیین‌کننده تمایل به جستجوی مراقبت پزشکی عوامل اجتماعی، فرهنگی و بین فردی هستند (۱۹).

در مورد تاثیر معنویت و مذهب بر ادراک بیماری باید بیان داشت، معنویت و مذهبی بودن اغلب به‌جای یکدیگر استفاده می‌شوند، اما مفاهیم جداگانه ولی مرتبطی هستند. درحالی‌که معنویت نشان‌دهنده آزادی درونی برای مشارکت در ایمان و ارتباط با یک موجود برتر مانند خدا است، دین به رعایت بیرونی باورها، اعمال و آیین‌های بسیار مشخص مرتبط با موجود برتر، مانند حضور در کلیسا و فعالیت‌های مرتبط اشاره دارد (۲۸). لذا، مذهب و معنویت به‌طور عمومی به‌عنوان مؤلفه هایی مهم از سیستم‌های باور بهداشت فردی در نظر گرفته می‌شوند که می تواند بر رفتارهای سلامت تأثیر بگذارد (۲۹)؛ مثلاً در پژوهشی در مالزی مسلمانان بیماری‌ها را فرصت‌هایی برای رشد روحانی و پاداش دانسته، بودائی‌ها، باور به کارما و تناسخ باعث می‌شد که بیماری‌ها و رنج‌ها را نتیجه گناهان در زندگی گذشته خود تلقی کنند و مسیحیان به‌طورکلی به این باور دینی اعتقاد داشته که رنج‌ها، ازجمله بیماری‌ها، ممکن است به دلیل گناهان شخصی، آزمایش از سوی خدا، ضعف ایمان و مجازات از سوی خدا باشد (۲۸). در این مطالعه نیز باورهای دینی و مذهبی در درک بیماری بسیار اثرگذار بودند، به‌طوری‌که بیماری می‌تواند به صورت نماد و نتیجه اعمال گذشته بیمار تلقی شده و نوعی تاوان گناه یا جبران خطا در نظر گرفته شود و در ادامه درمان از راه‌های غیرعلمی و گاهی خطرناک برای بیماری دنبال شود که این خود باعث از دست رفتن زمان طلایی درمان و ایجاد هزینه بیشتر گردد.

مطالعه حاضر در قالب فراترکیب جهت یافتن مفهوم ادراک بیماری در رابطه با بیماری‌های مزمن انجام شد. ازآنجاکه ادراک بیماری می‌تواند به‌عنوان عاملی تأثیرگذار جهت تشخیص، پیگیری و تعهد درمانی بیماران در نظر گرفته شود و عوامل فردی و فرهنگی–اجتماعی هم پیش‌برنده نوع نگاه افراد به خود، بیماری، سابقه خانوادگی و هویت خود باشد، لذا ضروری است مراکز درمانی و متخصصان سلامت توجه ویژه‌ای بر ادراک افراد از بیماری داشته باشند و آموزش ویژه‌ای برای متخصصان، پرستاران و کارکنان سلامت صورت گرفته تا سطح دانش نسبت به بیماری‌ها برای مراجع ارتقا یابد. چراکه نگاه منطقی و صحیح به بیماری می‌تواند در تشخیص زودرس و جلوگیری از پیشرفت بیماری کمک‌کننده باشد و با توجه به سیاست‌های سلامت مبنی بر پیشگیری و کاهش هزینه درمانی یک امر مطلوب برای سیاست‌گذاران سلامت باشد.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافعی بین نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

حمایت مالی

این مقاله بدون حمایت مالی نهادها و سازمان‌های پژوهشی و غیر پژوهشی انجام شده است.

ملاحظات اخلاقی

مشمول ملاحظات اخلاقی نمی‌شود.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان در تهیه این مقاله، مشارکت یکسانی داشته‌اند.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.48305/22.4.772]

تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله از تمامی افرادی که در اجـرای ایـن پـژوهش مـا را یاری نمودند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آوریم.

References

1. Centers for Disease Control and Prevention. About Chronic Diseases [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2022. Available from: https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm
2. World Health Organization. Noncommunicable diseases, fact sheets. World Health Organization. 2024. Available from: https://www.who.int/news-room/fact- sheets/detail/noncommunicable-diseases.
3. Prentice AN, Adams R, Porterfield DS, Daaleman TP. Population Health. InChronic Illness Care: Principles and Practice. Cham: Springer International Publishing. 2023 Jun 15; 459-467.
4. Taylor SE, Singer JE, Baum A. Handbook of Psychology and Health, Volume IV. Routledge; 2020.
5. Leventhal H, Leventhal EA, Cameron L. Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: A perceptual-cognitive model. Handbook of health psychology. 2001; 3:19-47.
6. Vélez-Vélez E, Bosch RJ. Illness perception, coping and adherence to treatment among patients with chronic kidney disease. Journal of advanced nursing. 2016 Apr; 72(4):849-63.
7. Leventhal H, Phillips LA, Burns E. The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. Journal of behavioral medicine. 2016 Dec; 39:935-46.
8. Szabo-Bartha A, Mirnics Z. Representations of chronic illness in patients and their partners. Psychiatria Danubina. 2021 Oct 19; 33(suppl 4):432-40.
9. Wisting L, Bang L, Skrivarhaug T, Dahl-Jørgensen K, Rø Ø. Psychological barriers to optimal insulin therapy: more concerns in adolescent females than males. BMJ Open Diabetes Research and Care. 2016 Jun 1; 4(1):e000203.
10. Barnett-Page E, Thomas J. Methods for the synthesis of qualitative research: a critical review. BMC medical research methodology. 2009 Dec; 9:1-1.
11. Sandelowski M, Barroso J. Handbook for synthesizing qualitative research. Springer publishing company; 2006 Jul 24.
12. Yousefie H, Khodabakhshi-Koolaee A, Falsafinejad M R. Psychological Challenges of Patients after of With Renal Disease after Transplantation: A Qualitative Study. J Arak Uni Med Sci 2020; 22 (6):204-217. [in Persian]
13. Khodabakhshi-Koolaee A, Pourebrahimi M. Analyzes of Life World of a Young Girl with Myasthenia Gravis: Qualitative Case Study. J Arak Uni Med Sci 2020; 23 (3):412-421. [in Persian]
14. Emadi S Z, Bahrami Ehsan H, Rostami R. The effective factors on pain experience in female patients with migraine: A qualitative study. Journal of Psychological Science. 2019. 18 (73), 1-16. [in Persian]
15. Afshari A, Homayounpoor M, Seraj poor N, Taheri Z. Exploring Lived Experience of Children with Cancer about thire disease and its consequences: A qualitative study. Journal title 2019; 13 (1):125-138. [in Persian]
16. Arabi S, Asghari B A. Stages Passing of Distress in Cancer Patients: A Narrative Research Study. JSSU 2022; 30 (4):4726-4739. [in Persian]
17. Saeedi H, Akbari H, Fooladian M, Varshovi F. Social Determinants Associated with Disease Diagnosis in Women with Breast Cancer. ijbd 2022; 15 (3) :45-66. [in Persian]
18. M. Saeedi, R. Ghafarzadeghan, D. Hekmatpou. Perception of Illness in Patients Undergoing Hemodialysis: A Qualitative Study, *Iran Journal of Nursing*, 2017; 30(108): 60-71. [in Persian]

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.48305/22.4.772]

19. Abbaszadeh, M., Golabi, F., Alizadehaghdam, M. B., Aghayari Hir, T., Ghasemi, M. Designing a Cognitive Model for Cancer Survivors with a Phenomenological Approach: A Case Study of Patients in Urmia. *Strategic Research on Social Problems*, 2022; 11(1): 109-136. [in Persian]
20. Ghazafari A, Nikoogoftar M. Women's Lived Experiences of Femininity after Mastectomy and Treatment: A Qualitative Study. ijbd 2021; 14 (1) :36-48. [in Persian]
21. Farahzadi Y, Esrfilian F, Bagheri Sheykhangafshe F. Discovering and Identifying the Lived Experience of the Affected Person and His Family in an Acute Encounter with One of the Types of Heart Diseases: A Phenomenological Study. TB 2023; 22 (5):43-66. [in Persian]
22. Kugbey N, Oppong Asante K, Meyer-Weitz A. Illness perception and coping among women living with breast cancer in Ghana: an exploratory qualitative study. BMJ Open. 2020 Jul; 10(7):e033019.
23. Li Q, Liu T, Zhang S, Miao X. Illness perception and treatment experience in patients with gout: a descriptive qualitative study. Clinical Rheumatology. 2022 Jan 11.
24. Liu L, Jia H, Zhou Y, Liu Y, Yin F, Liu X. The illness perception and health promotion behaviour of young and middle-aged patients with hyperuricaemia: A qualitative study. Nursing Open. 2022 Jan 28; 9(2):1343–52.
25. Keskindag B, Farrington K, Oygar DD, Mertan B, Hucker A, Sharma S. Illness perceptions of Turkish Cypriot patients receiving haemodialysis: A qualitative study. Journal of Renal Care. 2020 Oct 10.
26. Zhang Y, Wang Y, Li R, Sun Z, Li Q. The Illness Perceptions and Coping Experiences of Patients with Colorectal Cancer and Their Spousal Caregivers: A Qualitative Study. Healthcare. 2024 May 24; 12(11):1073–3.
27. Malik S, Allen RJ, Vachharajani TJ, Kluger B, Ahmad I, Saeed F. Dialysis Decision Making, Dialysis Experiences, and Illness Perceptions: A Qualitative Study of Pakistani Patients Receiving Maintenance Hemodialysis. Kidney Medicine. 2022 Sep; 100550.
28. Rubio M. Patient Perceptions of Life-limiting Chronic Obstructive Pulmonary Disease. The Journal for Nurse Practitioners. 2019 Feb;15(2):183–8.
29. Leslie Yingzhijie Tseng, Nükte Göç, Schwann AN, Cherlin E, Steffne Kunnirickal, Natalija Odanović, et al. Illness Perception and the Impact of a Definitive Diagnosis on Women With Ischemia and No Obstructive Coronary Artery Disease: A Qualitative Study. Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes. 2023 Aug 1;16(8):521–9.
30. Apinya Koontalay, Botti M, Hutchinson A. Illness perceptions of people living with chronic heart failure and limited community disease management. Journal of clinical nursing. 2024 Jun 24.
31. Maersk JL, Rosted E, Lindahl-Jacobsen L. "When I can ride my bike, I think, am I at all as sick as they say?" An exploration of how men with advanced lung cancer form illness perceptions in everyday life. European Journal of Cancer Care. 2022 Nov;31(6).
32. Pozzar M, Volpato E, Valota C, Pagnini F, Banfi PI. How people with chronic obstructive pulmonary disease perceive their illness: a qualitative study between mind and body. BMC Pulmonary Medicine. 2020 May 4;20(1).
33. Bootsma TI, Schellekens MPJ, Woezik RAM, Lee ML, Slatman J. Experiencing and responding to chronic cancer-related fatigue: A meta-ethnography of qualitative research. Psycho-Oncology. 2019 Sep 10;29(2):241–50.
34. Salsbury SA, Maiers M. Qualitative Analysis of Illness Representations and Coping Perceptions Among Older Adults With Chronic Spinal Disability: "A Thought in the Back of My Mind." Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics. 2021 Oct;44(8):652–62.
35. Banerjee SC, Camacho-Rivera M, Haque N, Flynn L, Thomas J, Smith P, et al. Understanding cognitive and emotional illness representations of South Asian head and neck cancer survivors: a qualitative study. Ethnicity and Health. 2019 Aug 26;27(1):119–36.
36. El-Haddad C. Understanding Patient Expectations of Health Care: A Qualitative Study. Journal of Patient Experience [Internet]. 2020 Apr 28;7(6).

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]
[DOI: 10.48305/22.4.772]

37. Breland JY, Dawson DB, Puran D, Rakshitha Mohankumar, Maguen S, Timko C, et al. Common Sense Models of Obesity: a Qualitative Investigation of Illness Representations. International Journal of Behavioral Medicine. 2022 Apr 20;30(2):190–8.
38. Trost C, Heisinger S, Funovics PT, Reinhard Windhager, Hobusch GM, Stamm T. Patients' perception of changes and consequences after tumor resection. Wiener klinische Wochenschrift. 2023 Jan 3;135(11-12):301–10.
39. Rivera E, Levoy K, Clark-Cutaia MN, Schrauben S, Townsend RR, Rahman M, Lash J, Saunders M, Frazier R, Rincon-Choles H, Hirschman KB. Content validity assessment of the revised illness perception questionnaire in CKD using qualitative methods. International journal of environmental research and public health. 2022 Jul 16;19(14):8654.
40. Moosa AS, Leng NSY, Kum CL, Tan NC. A qualitative research study on the illness perception of chronic pruritus in older Asian adults based on the Common-Sense Model of self-regulation. Health Expectations. 2021 Jul 26;24(5):1801–11.
41. Hoving JL, van der Meer M, Volkova AY, Frings-Dresen MHW. Illness perceptions and work participation: a systematic review. International Archives of Occupational and Environmental Health. 2010 Feb 4;83(6):595–605.
42. Agung Dwi Laksono, Ratna Dwi Wul, ari, Zainul Khaqiqi Nantabah, Zulfa Auliyati Agustina, Ira Ummu Aimanah, et al. The Concept of Illness among Ethnic Groups in Indonesia: A Meta-Ethnographic Study. 2020 Jan 1;11(9):584–91.
43. Saidi M, Ghafarzadegan R, Hikmat Po D. Explaining the perception of hemodialysis patients about their illness: a qualitative study. Iran Journal of Nursing. 2016; 30(108): 30-71. [in Persian]
44. Nouhravesh N, Sindet-Pedersen C, Kümler T, Schou M, Lamberts MK, Højen AA. "No one told me anything about it and I cannot explain it": Illness perception in symptomatic and asymptomatic patients with cancer-associated thrombosis. Thrombosis Research. 2022 Oct 27;220:125–30.
45. Kc D, Sharmila Poudel, Shrestha S, Surya. Illness Perception of Women Living with Hypertensive Condition: A Qualitative Study. PubMed. 2023 Mar 9;20(3):677–82.
46. Shamsai M, Taabi SD. Cultural Determinants of Health. Iranian Journal of Culture and Health Promotion. 2020 Sep 10.[in Persian]
47. Ting RSK, Aw Yong YY, Tan MM, Yap CK. Cultural Responses to Covid-19 Pandemic: Religions, Illness Perception, and Perceived Stress. Frontiers in Psychology. 2021 Jul 23;12.
48. Cluley V, Trivedi A, Burton JO. Chronic illness as cultural disruption: The impact of chronic illness on religious and cultural practice. Sociology of Health & Illness. 2024 Aug 14.

© 2022 The Author(s). Published by Isfahan University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.48305/22.4.772]