

## مشکلات روانی - اجتماعی دختران نوجوان مبتلا به دیابت Socio-psychological problems of adolescent girls with diabetes

تاریخ پذیرش: ۸۷/۱۰/۲۳

تاریخ دریافت: ۸۷/۶/۲۳

Hemmati M. M. *PhD*, Ahmadi F. *PhD*✉,  
Anoosheh M. *PhD*, Hajizadeh E. *PhD*,  
Asghar zadeh H. *MD*

معصومه همتی مسلک پاک<sup>۱</sup>، فضل اله احمدی<sup>۱</sup>✉،  
منیره انوشه<sup>۱</sup>، ابراهیم حاجی زاده<sup>۱</sup>، حمید اصغر زاده<sup>۲</sup>

### Abstract

**Introduction:** Adolescence is concerned as a developmental and crucial process. The majority of adolescents are experienced less or more some difficulties in emotional, behavioral, and social domains. Type I diabetes with permanently changes in a person's life, has negative effect on adolescent quality of life.

**Method:** In qualitative research, twenty adolescent girls with diabetes, members of the diabetes society in west Azerbaijan, selected purposively. Data collected using in-depth unstructured interviews and focus groups. Analysis of the transcripts was guided by qualitative content analysis.

**Results:** Seven categories of socio-psychological problems were found. Problems regard to future, treatment, family, society, education, nutrition and activity posed obstacles to the control of diabetes and well being.

**Conclusion:** The socio-psychological problems among adolescence girls are decreased by developing coping patterns in adolescents and suitable interventions.

**Keywords:** Type I Diabetes, Girl Adolescents, Socio-Psychological Problems, Qualitative Research

### چکیده

**مقدمه:** دوره نوجوانی از آن جهت یکی از بحرانی‌ترین دوره‌های زندگی فرد به‌شمار می‌رود که فرد در مرحله عبور از مرز کودکی به مرحله نوبنی است که عمیق‌ترین تغییرات شخصیتی و فیزیولوژیک را به‌همراه دارد. اغلب نوجوانان مشکلات هیجانی، رفتاری و اجتماعی را تجربه می‌کنند. دیابت نوع ۱ با ایجاد تغییرات دائمی در زندگی، تاثیر منفی در کیفیت زندگی نوجوانان دارد.

**روش:** در این مطالعه کیفی، تعداد ۲۰ دختر نوجوان مبتلا به دیابت عضو انجمن دیابت آذربایجان غربی مراجعه کننده به درمانگاه‌های دیابت شهر ارومیه با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف مورد مطالعه قرار گرفتند. جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از مصاحبه عمیق انفرادی و تشکیل گروه‌های متمرکز و تجزیه و تحلیل به‌روش تحلیل محتوای کیفی انجام شد.

**یافته‌ها:** یافته‌ها از مفاهیم هفت طبقه و محور مربوط به مشکلات روانی - اجتماعی استخراج گردید. این مشکلات مربوط به آینده، زندگی توام با دیابت، مراقبت و درمان، خانواده، جامعه، امور تحصیلی - آموزشی، تغذیه و فعالیت بوده و به‌عنوان مانعی در برابر کنترل دیابت و زندگی مطلوب عمل می‌کنند.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به ویژگی سنی نوجوانان و ماهیت مزمن بیماری و نگاه جامعه و خانواده به بیماری دیابت، ضروری است با مداخلات مناسب و اصلاح الگوهای سازگاری در این نوجوانان از مشکلات اجتماعی - روانی و بروز رفتارهای پاتولوژیک این نوجوانان آینده‌ساز جلوگیری نمود تا کیفیت زندگی آنها ارتقاء یابد.

**کلیدواژه‌ها:** دیابت نوع ۱، رفتار نوجوان، مشکلات اجتماعی - روانی، مطالعه کیفی

✉ **Corresponding Author:** Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran  
Email: ahmadif@modares.ac.ir

✉ دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران  
<sup>۱</sup> دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران  
<sup>۲</sup> انجمن دیابت ارومیه، ارومیه، ایران

دشوار بوده و بخشی از این دشواری به تغییرات طبیعی دوران نوجوانی مربوط می‌شود که با تغییرات سریع جسمی و هورمونی همراه است زیرا که برخی از این هورمون‌ها در هموستاز گلوکز خون نقش اساسی دارند و بخش دیگر ناشی از عوارض دیابت است. یکی از این هورمون‌ها که در دختران دیابتی بیشتر ترشح می‌شود هورمون رشد است که می‌تواند منجر به افزایش گلوکز خون و مقاومت انسولینی گردد [۱۲، ۱۳، ۱۴]. بررسی‌ها نشان داده‌اند که شیوع اضافه وزن در دختران دیابتی بالاست و این امر می‌تواند منجر به افزایش نیاز این نوجوانان به دوزهای بیش‌تر انسولین شود [۱۵]. خطر ابتلا دختران نوجوان دیابتی به بیماری‌های مقاربتی نیز نسبت به دختران سالم بیشتر است [۱۶].

مامی و همکاران گزارش کرده‌اند که مشکلات روان‌شناختی و اختلالات ذهنی دختران نوجوان ایرانی بیش از پسران همسن خود است [۱۷]. طبق تحقیقی که فخاری و همکاران در شمال غرب ایران با مصاحبه رودررو انجام دادند ذکر کردند که دختران نوجوان ۲/۷ برابر بیش از پسران از مشکلات روان‌شناختی رنج می‌برند [۱۸]. اطلاع از مشکلات روحی - روانی دختران نوجوان مبتلا به دیابت، توانایی ما در کمک به آنها در امر درمان و خودمراقبتی را افزایش خواهد داد و باعث ارتقاء کیفیت زندگی نوجوانانی خواهد شد که همزمان بار مسئولیت بیماری خود و وظایف تکاملی را به‌عهده دارند. علت انتخاب روش کیفی برای بررسی مشکلات روحی - روانی دختران نوجوان مبتلا به دیابت این است که در این نوع مطالعات با استفاده از روش‌های مختلف جمع‌آوری اطلاعات، می‌توان به‌صورت عمیق و گسترده ابعاد مختلف این پدیده را روشن ساخت. تحقیقات کیفی امکان بررسی عمیق رفتارهای زمینه‌ای، نگرش‌ها و ادراکات تعیین‌کننده وضعیت سلامت افراد را فراهم می‌سازد [۱۹]. بنابراین این رویکرد روشی مناسب برای توصیف مشکلات روحی - روانی است. هدف اصلی این پژوهش، روشن ساختن و مرتبط کردن نقطه نظرات مختلف در مشکلات روحی - روانی دختران نوجوان مبتلا به دیابت است که با این رویکرد محقق خواهد شد. لذا با توجه به مطالب فوق، مطالعه حاضر با سؤال پژوهشی "دختران نوجوان مبتلا به دیابت چه مشکلات روحی - روانی دارند؟" انجام گردید.

### روش

این پژوهش یک مطالعه کیفی است که با روش مصاحبه عمیق، مشکلات روحی - روانی دختران نوجوان دیابتی را بررسی کرد. مشارکت‌کننده‌های تحقیق از اعضای انجمن دیابت آذربایجان غربی و مراجعین به درمانگاه‌های دیابت بیمارستان‌های شهر ارومیه که دیابت نوع ۱ آنها توسط پزشک متخصص تایید شده و به بیماری‌های مزمن جسمی - روانی دیگر مبتلا نبودند، انتخاب شدند. نمونه‌گیری به‌صورت مبتنی بر هدف آغاز و تا اشباع اطلاعات (زمانی که ادامه مصاحبه هیچ داده جدیدی را به داده‌های قبلی

نوجوانان مبتلا به دیابت جهت انجام وظایف و مسئولیت‌های خود، مشکلات متعددی را تجربه می‌کنند. مراقبت و توجهات روزانه شامل تزریق انسولین، تدبیر رژیم غذایی، ورزش‌های درمانی و ثبت گلوکز خون با مسئولیت‌های نوجوانان تداخل دارد [۱]. برخی مطالعات، درجات بالایی از مشکلات عاطفی را در نوجوانان دیابتی گزارش کرده‌اند. این مشکلات شامل افسردگی، خودکشی، اضطراب پنهان و آشکار، خشونت و ... است. نوجوانان دیابتی در درک از خود، هویت جنسی، تصور از جسم، تعادل بین استقلال و وابستگی مشکل دارند [۲]. نوجوانان دیابتی مشکلاتی مانند فراموش کردن تزریق انسولین، گزارش اشتباه از نتیجه آزمون ادراری، دوره‌های کتواسیدوز ناشی از عدم رعایت رژیم غذایی و ... را تجربه می‌کنند [۳]. نوجوانی، یک مرحله بی‌نهایت مهم در ارتباط با سلامتی است زیرا بسیاری از عادات و رفتارهای بهداشتی که در این مرحله از زندگی تشکیل می‌گردد، تاثیر مهمی بر سلامت و رفتارهای سلامتی در بزرگسالی دارد [۴]. از این جهت، دوره نوجوانی یکی از بحرانی‌ترین دوره‌های زندگی فرد به‌شمار می‌رود که فرد در مرحله عبور از مرز کودکی به مرحله نوبنی است که عمیق‌ترین تغییرات شخصیتی و فیزیولوژیک را به‌همراه دارد [۵].

براساس تعریف سازمان جهانی، دوره نوجوانی به گروه سنی ۱۰ تا ۱۹ سال اطلاق می‌شود ولی واقعیت این است که آغاز و پایان و طول این دوره در دختران و پسران جوامع مختلف و طبقات گوناگون اجتماعی متفاوت است. این دوران در جوامع توسعه‌نیافته کوتاه و در جوامع پیشرفته صنعتی طولانی‌تر است. در اکثر کشورهای جهان به‌خصوص کشورهای در حال توسعه، بخش قابل‌توجهی از جمعیت را نوجوانان تشکیل می‌دهند [۶]. برطبق سرشماری سال ۱۳۸۵ جمعیت ایران به مرز ۷۰ میلیون نفر رسیده که از این تعداد کل افراد ۱۰-۱۹ ساله ۱۵،۴۳۵،۳۵۵ نفر بود که از این تعداد نوجوان ۷،۵۵۱،۲۰۹ نفر یعنی ۴۸/۹۲٪ را دختران تشکیل می‌دادند [۷]. از هر هزار نوجوان ایرانی یک نفر مبتلا به دیابت است [۸] و اگرچه تاثیر دیابت در کیفیت زندگی هر دو جنس مشهود است ولی این تاثیر در تمام جوانب زندگی دختران نوجوان برجسته‌تر است. دیابت روی عملکرد عاطفی و ذهنی دختران تاثیر دارد. بعلاوه دیابت، بلوغ و حاملگی دختران را تحت تاثیر قرار داده و می‌تواند باعث مشکلاتی برای مادر و کودک گردد [۹]. دیابت و سطح گلوکز کنترل نشده، باعث بروز مشکلات باروری می‌شود به‌طوری‌که حاملگی با گلوکز کنترل نشده عوارض خطرناکی برای مادر و نوزاد به‌دنبال خواهد داشت [۱۰]. دختران دیابتی اغلب دچار مشکلات بلوغ جنسی می‌شوند که به‌علت تاخیر در بلوغ تخمدان‌ها است. منارک در دختران دیابتی دیرتر از دختران سالم رخ می‌دهد که می‌تواند باعث عوارضی همانند استئوپوروز شود. پرئود نوجوانان دیابتی نیز نامنظم است [۱۱]. کنترل قندخون در دختران دیابتی در طی دوران بلوغ

## یافته‌ها

در مجموع، مصاحبه با ۲۰ نفر از نوجوانان دختر مبتلا به دیابت نوع ۱ موجب دستیابی به غنای اطلاعاتی، اشباع و تکرار داده‌ها شد. مشخصات فردی مشارکت‌کنندگان در جدول ۱ آمده است. براساس داده‌ها، ۴۶۷ کد اولیه استخراج شد که به دقت بررسی و در ۷ گروه طبقه‌بندی شدند.

جدول ۱) اطلاعات دموگرافیک مشارکت‌کنندگان	
تعداد مشارکت‌کنندگان	۲۰ نفر
میانگین سن (سال)	۱۶/۷۶
میانگین مدت ابتلا به دیابت (سال)	۸
میانگین سن ابتلا به دیابت (سال)	۸/۴۱
یک بار تزریق انسولین در روز	۱ نفر
دو بار تزریق انسولین در روز	۱۹ نفر

۱- مشکلات مربوط به آینده) مشکلات مربوط به شغل آینده و احتمال گرفتاری با عوارض دیابت از عواملی بودند که در این تحقیق، دختران مبتلا به دیابت آنها را برشمردند.

شرکت‌کننده ۱۳: "بر فرض که در کنکور قبول و جایی هم مشغول به کار شوی، محیط کار متفاوت است و نمی‌توان در مورد بیماری خود همه افراد را در جریان قرار داد. در ضمن، اختلال در خوردن یک وعده غذایی، آدم را زمین‌گیر می‌کند."

شرکت‌کننده ۲: "گاهی فکر می‌کنم اگر در بیمارستان بستری شوم خواهم مرد، چون اگر دیابت به قلب و کلیه آسیب بزند، دیگر نمی‌شود کاری کرد و منجر به مرگ آدم می‌شود."

۲- مشکلات ناشی از ماهیت دیابت) شرکت‌کنندگان در تحقیق چهار مشکل، اثرات منفی دیابت در زندگی، تاثیر دیابت در تصور از بدن، تاثیر دیابت در بلوغ، احساسات و نگرش منفی به دیابت را ذکر کردند.

شرکت‌کننده ۲: "خیلی عصبانی می‌شوم و این اثرات بیماری من است. سر پدر، مادر بزرگ و خواهرم خیلی داد می‌کشم، اینها تاثیر بیماری است، زود عصبانی می‌شوم."

شرکت‌کننده ۱۵: "با خود می‌گویم اگر این کار را انجام دهم قند خونم بالا می‌رود و این مسئله روی اعتماد به نفس من تاثیر می‌گذارد. همین فکر کردن زیاد در مورد بیماری، قند خون را بالا می‌برد و من عصبی می‌شوم"، "دیابت در زیبایی من تاثیر دارد مثلاً با تزریق انسولین به شکم خود، شکم ورم کرده و جلو می‌آید. با تزریق انسولین به دست‌هایم، آنها سیاه و کبود می‌شوند."

شرکت‌کننده ۱۲: "در حال حاضر پرپیود من نامنظم است. من از مهر پارسال تا خرداد امسال پرپیود نشده بودم."

شرکت‌کننده ۱۳: "در اوایل تشخیص نمی‌دانستم ولی بعداً متوجه شدم که چه مشکلاتی پیش روی من قرار دارد."

اضافه نکرد) ادامه یافت [۲۰]. در مجموع، شمار شرکت‌کنندگان در پژوهش به ۲۰ نفر رسید. مدت مصاحبه‌های نیمه‌ساختاردار ۳۰ تا ۸۰ دقیقه بود. مصاحبه‌ها ضبط شد و در پایان، کلمه به کلمه برگردانده شد و پس از تجزیه و تحلیل، مصاحبه بعدی انجام گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل محتوای کیفی انجام گرفت.

تحلیل محتوای کیفی، فرآیندی است که طی آن داده‌های خام بر اساس تفسیر و استنباط دقیق محقق به طبقاتی تبدیل می‌گردند. این فرآیند با استفاده از منطق استقراء صورت می‌گیرد که با بررسی دقیق محقق و مقایسه مداوم داده‌ها، طبقات و تم‌ها از داده‌های خام استخراج می‌گردد. در این مطالعه تحلیل محتوای کیفی بر اساس روش تحلیل محتوای عرفی صورت گرفت. تحلیل محتوای عرفی، فراتر از استخراج محتوای عینی برگرفته از داده‌های متنی است و از این طریق می‌توان تم‌ها و الگوهای پنهان را از درون محتوای داده‌های شرکت‌کنندگان در مطالعه آشکار کرد [۲۱، ۲۲، ۲۳]. بنابراین در این مطالعه با استفاده از این روش براساس دیدگاه شرکت‌کنندگان در مطالعه، مفاهیم آشکار و پنهان مشخص شد. سپس این مفاهیم کدبندی، خلاصه‌سازی و طبقه‌بندی شد و تم‌ها استخراج شدند. کدها براساس واحدهای معنا برگرفته از توصیفات شرکت‌کنندگان کشف و سپس بر اساس تفاوت‌ها یا شباهت‌ها در طبقات مختلف تقسیم‌بندی شد. طبقه‌بندی به‌نحوی صورت گرفت که هر گویه فقط در یک طبقه قرار گرفت [۲۱]. سپس علاوه بر مصاحبه‌های انفرادی، از گروه‌های متمرکز نیز برای تکمیل داده‌ها و تایید اعتبار داده‌ها استفاده شد. گویه‌ها و طبقات استخراج‌شده به‌منظور تصحیح گویه‌ها و اضافه کردن کدهای جدید با استفاده از نظر گروه‌های متمرکز ۳ و ۵ نفره (دختران نوجوان دیابتی که در گروه مصاحبه‌های انفرادی نبودند) مورد بررسی و بحث قرار گرفت [۲۴]. گروه‌ها با توجه به همگنی سن در یک جلسه مصاحبه شدند، که این تعداد از شرکت‌کنندگان جزو حجم نمونه مطالعه محسوب نگردید.

جهت اطمینان از روایی و پایایی داده‌ها در طول مطالعه از روش‌های گوناگونی استفاده شد. برای تایید صحت داده‌ها و کدهای استخراج‌شده، از بازنگری مشارکت‌کنندگان استفاده شد. کدهایی که از نظر مشارکت‌کنندگان بیانگر دیدگاه آنان نبود، اصلاح گردید. برای بازنگری ناظرین، متن برخی از مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج‌شده علاوه بر محققان، توسط ۲ نفر از اعضای هیات علمی مورد بررسی قرار گرفت. به‌منظور افزایش قابلیت انتقال موقعیت‌ها با گروه‌های دیگر، از شرکت‌کنندگانی که از نظر موقعیت اجتماعی - اقتصادی، تحصیلات و... متفاوت بودند، استفاده شد. برای جلوگیری از سوگیری نیز محقق در طول تحقیق نظرات خود را درباره پدیده‌ی مورد بررسی یادداشت می‌کرد و از این طریق سعی می‌نمود آنها را از دیدگاه مشارکت‌کنندگان متمایز کند.

۳- مشکلات متأثر از درمان و مراقبت) مشکلات مربوط به تزریق انسولین، امتناع و ترس از تزریق انسولین توسط خود و احساس منفی نسبت به آن، بستری شدن در بیمارستان، اجبار در رعایت بهداشت خاص، چهار مشکلی بودند که شرکت کنندگان در تحقیق به آن اشاره کردند.

شرکت کننده ۱: "مجبورم صبح زود بلند شده و انسولین تزریق کنم، من دوست ندارم انسولین را خودم تزریق کنم و برنامه انسولینم در دست مادرم است."

شرکت کننده ۴: "همیشه در زمان تزریق انسولین دعوا می‌کنم، وقتی انسولین را می‌بینم انگار یک اژدها دیده‌ام."

شرکت کننده ۱۶: "بیمارستان هوای مناسبی نداشته و آدم احساس می‌کند مثل پرنده در قفس است."

شرکت کننده ۱۳: "ما بایستی دمپایی بپوشیم و پابرهنه در خانه راه نرویم."

شرکت کننده ۱: "ناخن‌های پایم را بایستی صاف کوتاه کنم و بعضی اوقات دردناک می‌شوند."

۴- مشکلات مرتبط با خانواده) شرکت کنندگان در تحقیق واکنش‌ها و عملکرد منفی خانواده، ارتباط نامناسب خانواده، مقبولیت بیشتر فرزند پسر را از مشکلات روانی - اجتماعی ذکر کردند.

شرکت کننده ۶: "مادرم در مورد من خیلی سخت‌گیری می‌کند و نمی‌گذارد تنهایی به پارک بروم. برادرهایم مرا آزار می‌دهند و وقتی می‌گویم که دیابت دارم مرا اذیت نکنید، مرا مسخره می‌کنند."

شرکت کننده ۴: "پسرها آزادتر از دخترها هستند، ماتو نمی‌پوشند و وقتی موهایشان را درست می‌کنند به آنها سخت نمی‌گیرند؛ خانواده‌ها در مورد دخترها سخت‌گیرترند."

شرکت کننده ۱۳: "از وقتی مریض شدم، خانواده‌ام بیشتر امر و نهی می‌کنند؛ تمام وقت برایم نگرانم هستند و می‌گویند این برای تو خوب است و آن بد است"، "من همیشه فکر می‌کنم مادر بزرگم مقصر است؛ او دوست داشت من پسر می‌شدم ولی همیشه می‌پرسد چرا به‌خاطر ناشکری اون من باید مبتلا به دیابت شوم."

۵- مشکلات مرتبط با جامعه) چهار مشکل عکس‌العمل ناصحیح جامعه به دیابت، فرهنگ نامناسب و سنتی محله، نگرش و عکس‌العمل نامناسب دوستان و نگرش منفی فامیل از سوی شرکت کنندگان به‌عنوان عوامل مربوط به جامعه ذکر گردید.

شرکت کننده ۷: "من دوست ندارم افراد جامعه از بیماری من باخبر شوند. چون تمام افراد ظرفیت لازم را ندارند، مردم دیابت را بد توضیح داده و بزرگ جلوه می‌دهند."

شرکت کننده ۹: "فضای محله ما خوب نیست و همسایه‌ها بی‌فرهنگ و خبیث هستند و حرف را بزرگ می‌کنند."

شرکت کننده ۲: "بعضی از دوست‌هایم وقتی فهمیدند من مریض هستم زیاد با من صحبت نمی‌کردند، آنها می‌ترسیدند بیماری من مسری باشد و به آنها انتقال پیدا کند."

شرکت کننده ۴: "اقوام خیلی من را ناراحت می‌کنند. دایما می‌پرسند گرسنه‌ات نیست؟ آن را نخور. در حضور دیگران که نمی‌دانند من دیابت دارم، می‌گویند غذا کم ریختیم که قند تو بالا نرود."

۶- مشکلات مربوط به امور تحصیلی - آموزشی) اثرات منفی دیابت در درس خواندن، نگرش و ارتباط نامناسب برخی از دوستان مدرسه، معلم‌ها و مسئولین مدرسه، آموزش‌های نامناسب غیردرسی از مشکلاتی بودند که توسط مشارکت‌کننده‌های تحقیق بیان شدند. شرکت کننده ۴: "من اصلاً حواسم به درس نیست، درس می‌خوانم ولی یادم می‌رود. اصلاً فکرم آنجا نیست."

شرکت کننده ۱: "بعضی وقت‌ها قند خونم بالا یا پایین می‌شود و نمی‌توانم درس بخوانم و سر کلاس آماده نیستم."

شرکت کننده ۶: "در مدرسه به‌غیر از یک دوست صمیمی، دوست دیگری ندارم. بیشتر افراد من را اذیت می‌کنند و می‌خواهند از من مشکلی پیدا کنند و به معلم‌ها و مدیر بگویند. من از اخراج شدن می‌ترسم"، "همه معلم‌ها می‌دانند من دیابت دارم؛ بعضی‌ها خیلی مقرراتی و بداخلاق هستند و اجازه نمی‌دهند از کلاس بیرون بروم." شرکت کننده ۱: "اکثر افرادی که به کلاس‌های انجمن می‌آیند، هزار بار یک مساله را می‌پرسند و من نمی‌توانم تحمل کنم. اگر کلاس‌ها برحسب میزان تحصیلات تفکیک شوند بهتر است."

۷- مشکلات تغذیه و انجام فعالیت‌های بدنی) مشکلات مربوط به تغذیه و فعالیت از جمله عوامل دیگر بودند که دختران مبتلا به دیابت آنها را ذکر کردند.

شرکت کننده ۱: "تمام مواد تغذیه‌ای در مدرسه پر از قند و شکر و آرد هستند که مضر هستند. در مدرسه که نمی‌توانم همیشه نان و پنیر و میوه بخورم."

شرکت کننده ۱۴: "فکر می‌کنم دخترهای سالم که هر چیزی را می‌توانند بخورند راحت‌ترند ولی ما نمی‌توانیم. ما بایستی همیشه یک چیز مشخص بخوریم."

شرکت کننده ۱: "دوست ندارم آرام راه برم، می‌خواهم بدوم ولی اینکار باعث می‌شود قند خونم پایین بیاید و دست‌هایم بلرزد."

شرکت کننده ۶: "والیبال و بستکبال را دوست دارم ولی مادرم می‌گوید این ورزش‌ها برای تو سنگین هستند."

## بحث

نوجوانی دوره‌ای از تغییرات سریع زیستی بوده و با بلوغ جسمی، شناختی و احساسی همراه است و تنظیم دیابت را پیچیده می‌نماید. نوجوانان با دیابت نوع ۱ در مقایسه با سایر گروه‌های سنی بدترین گروه در ارتباط با کنترل قند خون هستند و این مشخصه، آنها را مستعد گسترش انواع عوارض می‌کند [۲۵].

مدیریت دیابت در دوران نوجوانی تنش جسمی، هیجانی و اجتماعی نوجوانان را افزایش می‌دهد [۲۶]. یافته‌های این مطالعه ما را در شناسایی مشکلات دختران نوجوان مبتلا به دیابت یاری می‌نماید.

بستری شدن در بیمارستان و انجام برخی مراقبت‌های خاص مربوط به دیابت مثل شستن مرتب پاها با آب ولرم را از مشکلات مربوط به زندگی خود برشمردند. ساتو و همکاران نیز ذکر کردند، اگرچه تزریق انسولین برای ادامه حیات بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ ضروری است ولی آنها با پذیرش این نوع از سبک زندگی مشکل دارند [۱]. تزریق انسولین بعد از تشخیص دیابت برای برخی بیماران تاثیر هولناکی داشته که منجر به اقدام به خودکشی گردیده است. شیوع اقدام به خودکشی در بیماران جوان مبتلا به دیابت در ژاپن، اروپا و امریکا بالا است و تزریق انسولین باید همراه با توجهات روانی باشد [۲۹]. در این مطالعه مشخص گردید که بستری شدن به علل مختلف (تنظیم دوز انسولین، عوارض حاد دیابت و ...) از مشکلات دیگری است که تاثیر منفی در زندگی دختران نوجوان دیابتی دارد. اسپیت و هاریس نیز معتقدند که بستری شدن‌های متعدد و انجام روش‌های پزشکی بدون اطلاع قبلی می‌تواند در نگرش و قضاوت نوجوان تاثیر سوء داشته باشد [۳۰]. عکس‌العمل و عملکرد منفی خانواده، ارتباط نامناسب خانواده و مقبولیت بیش‌تر فرزند پسر از عواملی بودند که نوجوانان دیابتی شرکت‌کننده در این مطالعه از مشکلات مربوط به خانواده برشمردند. آنان ذکر کردند که به دلیل جنسیت خود، از طرف خانواده بیش‌تر تحت کنترل هستند و فکر می‌کردند اگر آنها پسر بودند آزادتر بوده و استقلال بیشتری داشتند. شرکت‌کنندگان بیان کردند که خانواده نسبت به آنها حساسیت بیش از حد داشته و از طرف والدین امر و نهی می‌شوند و به علت بیماری از سوی خواهر و برادرها مسخره و اذیت می‌شوند. برخی از آنها ذکر کردند خانواده از تولد فرزند دختر ناراضی بوده و ناشکری می‌کنند. اماسی و همکاران نیز نشان دادند که در ایران، دختران نوجوان از طرف جامعه و خانواده به علت ویژگی‌های زندگی و رفتاری تحت کنترل و محدودیت بیش‌تری قرار دارند [۱۷].

واکنش‌های نامناسب جامعه مانند احساس ترحم، شایعه‌سازی توسط مردم و بزرگ جلوه‌دادن بیماری توسط جامعه همچنین برخورد ناراحت‌کننده برخی از افراد فامیل از مشکلاتی بودند که شرکت‌کننده‌های در این تحقیق آنها را برشمردند. سالیوان نیز اشاره دارد که شرکت‌کننده‌ها بیان کرده‌اند که مردم به خاطر دیابت نسبت به آنها احساس ترحم می‌کنند [۲].

شرکت‌کنندگان در این تحقیق ذکر کردند که دیابت در درس خواندن آنها تاثیر دارد، دیابت باعث حواس‌پرتی و خستگی زودرس آنها به هنگام مطالعه، غیبت‌های ناخواسته و عقب‌افتادگی از درس می‌شود. دختران نوجوان این تحقیق گفتند که آنها دوست ندارند دوستانشان در مدرسه از بیماری آنها باخبر شوند زیرا در صورت اطلاع، ارتباط آنها با برخی از دوستانشان کاهش می‌یابد و برخورد مناسبی نیز با آنها نمی‌شود. برخی از معلم‌ها دختران نوجوان دیابتی را درک نکرده و عملکرد درستی با آنها ندارند. همانند نتایج این تحقیق فقط برخی از دختران نوجوان دیابتی شرکت‌کننده در مطالعه

شاید شناخت این مشکلات اولین گام برای ارتقای کیفیت زندگی این نوجوانان باشد.

در این مطالعه از مهم‌ترین مشکلات روانی - اجتماعی دختران نوجوان دیابتی، مشکلات مربوط به آینده مانند آینده شغلی و عوارض دیابت بود. دختران نوجوان در این مطالعه بیان کردند که با تفکر به مشکلات احتمالی در آینده ناراحت شده و گهگاهی دچار یاس و ناامیدی می‌شوند. ساتو و همکاران نیز گزارش کرده‌اند که بیماران نوجوان دیابتی به‌طور کامل نمی‌توانند بیماری خود را بپذیرند و زندگی خود را با درگیری ذهنی همراه آن می‌گذرانند [۱].

شرکت‌کنندگان در این مطالعه گرفتاری با عوارض دیابت در آینده را از دغدغه‌های فکری خود ذکر کردند. مطالعات قبلی گزارش کرده‌اند که بیشترین ترس و واهمه بیماران دیابتی از عوارض حاد دیابت همانند کما، اثرات نامطلوب انسولین و سایر پدیده‌های غیرقابل کنترل مرتبط با عوارض مزمن است. طی یک تحقیق در بین دانشجویان ۱۸ تا ۳۵ ساله هیچکدام از آنها هیپوگلیسمی را قابل پیشگیری و قابل پیش‌بینی ذکر نکرده و سازگاری با آن را دشوار دانستند [۲۷].

نوجوانان دیابتی شرکت‌کننده در این تحقیق ذکر کردند که دیابت در زندگی آنها تاثیر منفی داشته است و آنها نسبت به بیماری خود نگرش و احساسی منفی دارند. سالیوان گزارش کرد که دختران نوجوانی که نگرش منفی نسبت به بیماری خود داشتند، اعتماد به نفسشان نیز مختل شده بود [۲]. دیابت، پیچیده‌ترین بیماری مزمن است که تاثیرات متعدد در زندگی داشته و مدیریت آن نیازمند اقدامات متعددی است [۲۸].

دختران نوجوان دیابتی شرکت‌کننده در این مطالعه عنوان کردند که دیابت در تصور از بدن آنها و بلوغ‌شان تاثیر داشته است. آنها بیان کردند که تزریق مکرر انسولین باعث سوراخ سوراخ شدن بدن آنها و ورم‌های مختلف بدنشان از جمله شکم آنها شده است. در تحقیق انجام شده توسط سالیوان نیز تقریباً ۱/۲ دختران نوجوان مبتلا به دیابت ذکر کردند که نقاط برآمده زیادی در بدن دارند که بایستی نواحی برآمده ناشی از تزریق انسولین را بپوشانند [۲]. برخی از دختران نوجوان دیابتی شرکت‌کننده در این مطالعه ذکر کردند که پرپودشان نامنظم بوده و گهگاهی با وقفه‌های طولانی در سیکل پرپود خود مواجه می‌شوند. بیماری‌های مزمن مانند دیابت منجر به تاخیر در جهش رشدی و تاخیر در بلوغ جنسی می‌شوند. این عوامل ممکن است با تاثیر عمیق در محور هیپوفیز - تخمدان باعث تاخیر در آزاد شدن گنادوتروپین‌ها شده و منجر به تاخیر بلوغ تخمدانی در نوجوانان دختر شود [۹].

جنسترل و همکاران نیز گزارش کرده‌اند که پرپود نوجوانان دیابتی همیشه نامنظم است [۱۱].

نوجوانان شرکت‌کننده در این مطالعه تزریق انسولین، امتناع و ترس از تزریق انسولین توسط خود و احساس منفی نسبت به آن،

6- Goodburn EA, Ross DA. A picture of health?: A review and annotated bibliography of the health of young people in developing countries. WHO; 1995.

۷- مرکز آمار ایران. آخرین آمار ملی از جمعیت ایران. دسترسی: [http://www.sci.org.ir/content/userfiles/\\_census85/natajey/jad\\_avel/4.xls](http://www.sci.org.ir/content/userfiles/_census85/natajey/jad_avel/4.xls)

۸- وزارت بهداشت و یونیسیف. میزان شیوع بیماری دیابت و درصد تیروئید قابل‌مشاهده در جامعه تحت پوشش دانشگاه؛ سیمای سلامت و توسعه در استان‌ها. پاییز ۱۳۷۹.

9- Jovanovic L. Advances in diabetes for the millennium: Diabetes in women. *Med Gen Med*. 2004;6(3):3-12.

10- Charron-Prochownik D, Hannan MF, Sereika SM, Becker D, Rodgers-Fischl A. How to develop CD-ROMs for diabetes education: Exemplar "Reproductive-health education and awareness of diabetes in youth for girls" (Ready-Girls). *Diabetes Spectrum*. 2006;19(2):110-15.

11- Jensterle M, Janez A, Vrtovec B, Meden-Vrtovec H, Pfeifer M, Prezelj J. Growth, development and the normal menstrual cycle. *MedGenMed*. 2004;6(3):3-11.

12- Halldin MU, Tylleskar K, Hagenas L, Tuvemo T, Gustafsson J. Is growth hormone hypersecretion in diabetic adolescent girls also a daytime problem? *Clin Endocrinol (Oxf)*. 1998;48(6):785-94.

13- Aman J, Kroon M, Jones I, Segnestam K, Snellman K. Urinary growth hormone excretion in post-menarcheal adolescent girls with type 1 diabetes. *Acta Paediatr*. 1998;87(2):149-53.

14- Halldin MU, Brismar K, Tuvemo T, Gustafsson J. Insulin sensitivity and lipolysis in adolescent girls with poorly controlled type 1 diabetes: Effect of anticholinergic treatment. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2002;57(6):735-43.

15- Domargard A, Sarnblad S, Kroon M, Karlsson I, Skeppner G, Aman J. Increased prevalence of overweight in adolescent girls with type 1 diabetes mellitus. *Acta Paediatr*. 1999;88(11):1223-8.

16- Falsetti D, Charron-Prochownik D, Serelka S, Kitutu J, Peterson K, Becker D, et al. Condom use, pregnancy and STDs in adolescent females with and without type 1 diabetes. *Diabetes Educ*. 2003;29(1):135-43.

17- Emami H, Ghazinour M, Rezaeishiraz H, Richter J. Mental health of adolescents in Tehran, Iran. *J Adolesc Health*. 2007;41(6):571-6.

18- Fakhari A, Ranjbar F, Dadashzadeh H. An epidemiological survey of mental disorders among adults in the north, west area of Tabriz, Iran. *Pak J Med Sci*. 2007;23:54-8.

19- Edwards TC, Huebner CE, Connell FA, Patrick DL. Adolescent quality of life, part I: Conceptual and measurement model. *J Adolesc*. 2002;25(3):275-86.

20- Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative. 4 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.

21- Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*. 2005;15(9):1277.

22- Spannagel C, Michaela GZ, Schroeder U. Application of qualitative content analysis in user-program interaction research. *FQS res*. 2005;6(2):1-15.

23- Mayring P. Qualitative content analysis. *FQS res* 2000;1(2):1-10.

24- McMillan CV, Honeyford RJ, Datta J, Madge NJ, Bradley C. The development of a new measure of quality of life for young people with diabetes mellitus: The ADDQoL-Teen. *Health Qual Life Outcomes*. 2004;2:(61).

انجام شده توسط *سالیوان*، بیماری خود را به دوستان و معلم‌های خود اطلاع داده بودند که آنها هم احساس می‌کردند اگر دیابت نداشتند دوستان‌شان آنها را بیش‌تر دوست داشته و آنها از مدرسه بیشتر لذت می‌بردند [۲].

شرکت‌کنندگان در این مطالعه ذکر کردند که مشکلات عدیده‌ای با رژیم غذایی خود دارند. آنها ذکر کردند که مواد غذایی رژیمی بی‌طعم و گران بوده و گهگاهی برای خوردن مواد شیرین غیررژیمی اشتیاق دارند. دختران اظهار داشتند که از بهانه آوردن برای نخوردن در حضور جمع خسته شده و برخی مواقع برای پنهان کردن از دیگران و کاهش فشار روحی، رژیم غذایی خود را به هم می‌زنند. *سالیوان* نیز گزارش کرده است که شرکت‌کننده‌های در مطالعه از نخوردن غذا احساس شرم داشته و برخی مواقع برای متوجه نشدن دیگران، رژیم غذایی خود را به هم می‌زدند [۲]. ودویک و همکاران معتقدند که بیماران درک کرده‌اند که باید تحت رژیم غذایی خاص باشند ولی این ضمانتی برای رعایت رژیم غذایی نیست [۲۷].

برخی از دختران شرکت‌کننده در این مطالعه ذکر کردند که به‌علت بیماری قادر به انجام فعالیت‌ها و ورزش‌های مورد علاقه خود نیستند. آنها اضافه کردند که در مواقعی حین انجام فعالیت، دچار افت قندخون شده و مجبور به قطع فعالیت می‌شوند. *سالیوان* نیز گزارش کرده است که توانایی و اختیار بیماران دیابتی در فعالیت‌های زندگی روزانه‌شان محدود می‌شود [۲].

### نتیجه‌گیری

در خاتمه با توجه به ویژگی سنی نوجوانان و ماهیت مزمن بیماری و نگاه جامعه و خانواده به بیماری دیابت، ضروری است با مداخلات مناسب و اصلاح الگوهای سازگاری در این نوجوانان از مشکلات اجتماعی- روانی و بروز رفتارهای آسیب‌رسان این نوجوانان آینده‌ساز جلوگیری کرد تا کیفیت زندگی آنها ارتقا یابد.

### منابع

1- Sato E, Ohsawa I, Kataoka J, Miwa M, Tsukagoshi F, Sato J, et al. Socio-psychological problems of patients with late adolescent onset type 1 diabetes-analysis by qualitative research. *Nagoya J Med Sci*. 2003;66(1-2):21-9.

2- Sullivan BJ. Adjustment in diabetic adolescent girls: I. Development of the diabetic adjustment scale. *Psychosom Med*. 1979;41(2):119-26.

3- Sullivan BJ. Adjustment in diabetic adolescent girls: II. Adjustment, self-esteem and depression in diabetic adolescent girls. *Psychosom Med*. 1979;41(2):127-38.

۴- رستمی فاطمه. بررسی تاثیر مشاوره گروهی بر کیفیت زندگی و عزت نفس دختران نوجوان قبل از تجربه قاعدگی در دانش‌آموزان مقطع راهنمایی شهر تبریز [پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد]. تهران: دانشگاه تربیت مدرس؛ ۱۳۸۴.

5- Holling H, Erhart M, Ravens-Sieberer U, Schlack R. Behavioural problems in children and adolescents. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2007;50(5-6):784-93.

28- Sridhar GR, Madhu K. Psychosocial and cultural issues in diabetes mellitus. *Curr Sci.* 2002;83:1556-64.

29- Matsushima M, Shimizu K, Maruyama M, Nishimura R, LaPorte RE, Tajima N. Socioeconomic and behavioural risk factors for mortality of individuals with IDDM in Japan: Population-based case-control study. *Diabetes Epidemiology Research International (DERI) US-Japan Mortality Study Group. Diabetologia.* 1996;39(6):710-6.

30- Spieth LE, Harris CV. Assessment of health-related quality of life in children and adolescents: An integrative review. *J Pediatr Psychol.* 1996;21(2):175-93.

25- De Wit M, Delemarre-van de Waal HA, Bokma JA, Haasnoot K, Houdijk MC, Gemke RJ, et al. Self-report and parent-report of physical and psychosocial well-being in Dutch adolescents with type 1 diabetes in relation to glycemic control. *Health Qual Life Outcomes.* 2007;5(10):1-8.

26- Cheung R, Young Cureton V, Canham DL. Quality of life in adolescents with type 1 diabetes who participate in diabetes camp. *J Sch Nurs.* 2006;22(1):53-8.

27- Wdowik MJ, Kendall PA, Harris MA. College students with diabetes: Using focus groups and interviews to determine psychosocial issues and barriers to control. *Diabetes Educ.* 1997;23(5):558-62.

