

مشکلات روانی- اجتماعی زنان سوری مبتلا به دیابت

سوزان زمزم^۱، منیره انوشه*^۱، فضل‌ا... احمدی^۱

چکیده

مقدمه: دیابت، از مهمترین بیماری‌های مزمن و شایع در جهان است. یکی از مسایل مهمی که بیماران به ویژه زنان میانسال دیابتیک با آن مواجه هستند، مشکلات روانی- اجتماعی ناشی از دیابت است که کنترل قند خون آنان را تحت تاثیر قرار می‌دهد. مطالعات بسیاری در مورد تجربیات زنان مبتلا به دیابت در زمینه مشکلات روانی اجتماعی در دنیا انجام شده، اما نتایج حاصل از این تجربیات به دلیل زمینه‌های فرهنگی مختلف، متفاوت بوده است. هدف از این تحقیق تبیین مشکلات روانی- اجتماعی زنان سوری مبتلا به دیابت است.

روش‌ها: در این مطالعه کیفی، ۱۶ شرکت کننده ساکن شهر لاذقیه در کشور سوریه با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف مورد مطالعه قرار گرفتند. جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از مصاحبه نیمه ساختار و تجزیه و تحلیل داده‌ها به روش تحلیل محتوای کیفی (قراردادی) انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌ها از مفاهیم چهار محور مربوط به مشکلات روانی- اجتماعی در زنان مبتلا به دیابت شامل: "واکنش‌ها و پاسخ‌های روحی روانی بیماران"، مشکلات مرتبط به خانواده"، "مشکلات مرتبط به جامعه" و "مشکلات ناشی از ماهیت دیابت" استخراج گردید.

نتیجه‌گیری: مشکلات روانی- اجتماعی ناشی از دیابت فشار قابل توجهی را بر زنان سوری و خانواده آنها تحمیل کرده است، اجرای مداخلات بهداشتی با تاکید بر مراقبت‌های روحی- روانی جهت پیشگیری از بروز مشکلات روانی- اجتماعی یک امری ضروری به نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: مشکلات اجتماعی، روانی، دیابت نوع ۲، زنان، مطالعه کیفی، سوریه

۱- دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

*نشانی: تهران، تقاطع بزرگراه جلال آل احمد و چمران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده پزشکی، صندوق پستی: ۳۳۱-۱۴۱۱۵، تلفن: ۸۲۸۸۳۵۹۰، نمابر: ۸۲۸۸۴۵۵۵، پست الکترونیک: anoosheh@modares.ac.ir

مقدمه

دیابت یک بیماری شایع و یکی از بزرگترین مشکلات بهداشتی در همه کشورهای جهان است [۱]، به طوری که سازمان بهداشت جهانی از آن به عنوان یک اپیدمی خاموش نام می‌برد [۲]. در حال حاضر بیش از ۲۳۰ میلیون فرد مبتلا به دیابت در سرتاسر جهان وجود دارد و پیش بینی می‌شود این تعداد تا سال ۲۰۲۵ به ۳۰۰ میلیون نفر افزایش یابد که در این میان سهم کشورهای در حال توسعه بیشتر است [۳].

همچنین گزارش شده است که این بیماری در کشورهای در حال توسعه در سنین پایین‌تر رخ می‌دهد. به طوری که در کشورهای توسعه یافته، بسیاری از افراد مبتلا به دیابت بیش از ۶۵ سال سن دارند در حالی که در اکثر کشورهای در حال توسعه گروه سنی ۶۴-۴۵ سال به دیابت مبتلا شده‌اند [۴]. در عین حال، شیوع دیابت در خاورمیانه و به ویژه در کشورهای عربی در حال افزایش است به طوری که طبق آمار شیوع دیابت در کشور اردن ۱۷/۱٪ [۵] ۱۸٪ بزرگسالان در عمان، ۱۲/۸ درصد در کویت، ۲۰/۱ درصد در امارات متحده عربی و ۱۴/۹ درصد در بحرین و نزدیک به ۲۴ درصد در عربستان سعودی مبتلا به دیابت هستند [۶]. همچنین مطالعه ملی در سال ۲۰۰۶ در کشور امارات متحده عربی، نشان داد که نزدیک به ۲۵ درصد از بالغین اماراتی مبتلا به دیابت هستند یعنی یک نفر از هر چهار نفر به دیابت مبتلا است [۷].

دیابت جدی‌ترین مشکل پزشکی است که کشور سوریه با آن روبروست، تخمین زده می‌شود که در میان ۲۰ میلیون نفر جمعیت سوریه بین ۳ تا ۳/۵ میلیون نفر به این بیماری مبتلا هستند [۸]. براساس گزارش وزارت بهداشت سوریه در سال ۲۰۰۳ دیابت مهمترین بیماری مزمن در جامعه سوریه است [۹]. دیابت به تدریج در سوریه و کشورهای همسایه آن در حال گسترش است که به علت تغییرات در شیوه زندگی و عادات غذایی می‌باشد. اما نرخ بالای عوارض دیابت در سوریه ممکن است به دلیل عدم کنترل و نظارت صحیح، و پیگیری ناکافی بیماران باشد [۱۰]. دیابت یکی از بلایای قرن اخیر است، که به افزایش بیماری‌های قلبی-عروقی، عروق مغزی، عروق محیطی،

رتینوپاتی، نوروپاتی [۱۱]، پای دیابتی، آمپوتاسیون [۱۲] و افسردگی [۱۳] منجر می‌شود. از سوی دیگر دیابت یک بیماری کشنده خاموش است که سالانه مسوول مرگ ۴ میلیون نفر در جهان به شمار می‌رود [۱۴]. به طور کلی دیابت به ویژه دیابت نوع ۲ از جمله بیماری‌های شایع در زنان می‌باشد [۱۵] و عوارض عروقی و نشانه‌های مرتبط با آن در میان زنان دیابتی بیش از مردان دیابتی بروز پیدا می‌کند [۱۶]. عوارض و مشکلات ناشی از دیابت، تاثیر زیادی بر کیفیت زندگی فرد و خانواده گذاشته [۱۷] هزینه زیادی را بر فرد و اقتصاد جامعه تحمیل می‌کند [۱۸]. به جرأت می‌توان گفت بستری شدن های مکرر، شیوع بالای عوارض و کیفیت زندگی پایین مبتلایان به دیابت، پیامد کنترل نامناسب دیابت است. این در حالی است که بسیاری از صاحب نظران، کنترل و مراقبت از دیابت را وظیفه اصلی فرد و خانواده وی می‌دانند و معتقدند مددجویان باید مسوولیت کنترل بیماری خود را بپذیرند [۱۹].

مدیریت دیابت مسئله طولانی مدت است و نیازمند تعهد به رفتارهای بهداشتی با هدف کاهش خطرات، و عوارض بیماری است. اغلب مسوولیت مدیریت آن با فردی مبتلا است که باید تصمیم بگیرد برنامه درمانی خود را دنبال نماید [۲۰].

به طور کلی مشکلات روانی-اجتماعی در بین بیماران دیابتی در سرتاسر جهان شایع است [۲۱]. پیامد اصلی مشکلات روانی مانند افسردگی و استرس که در میان مبتلایان به دیابت شیوع بالایی دارد باعث کنترل نامناسب دیابت می‌گردد [۲۲]، مطالعات نشان می‌دهند نرخ افسردگی در همراهی با دیابت دو برابر است و به طور قابل توجهی در زنان دیابتی در مقایسه با مردان مبتلا به دیابت بالاتر می‌باشد [۲۳]. در سال ۲۰۰۸ Song و Lipman در مطالعه خود تاکید کردند که توجه به تجارب ذهنی زندگی بیمار و زمینه فرهنگی وی برای داشتن تصویر جامع‌تری از کنترل و پایش فردی دیابت نوع ۲ مهم است [۲۴]. مطالعه‌ای Ciecchanowski et al در سال ۲۰۰۱ نشان داد عوامل متعددی پیروی از رژیم درمانی را متاثر می‌سازند از جمله: عوامل اجتماعی-اقتصادی، ادراک فردی، خانوادگی و فرهنگی [۲۵]. همچنین یافته‌های

مطالعه Abate & Chandalia بر اهمیت انجام مداخلات غذایی و فعالیت فیزیکی مناسب از لحاظ اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی تاکید داشت [۲۶]. در نتیجه دیابت فشار قابل توجهی به بیماران، خانواده آنها، نظام سلامت و جامعه وارد می‌آورد. به دلیل منحصر به فرد بودن شرایط زیستی، فرهنگی و اجتماعی و اقتصادی زنان، دیابت به ویژه در دوره سنی ۴۰-۶۵ سالگی زنان را به شدت تحت تاثیر قرار می‌دهد. در جهان تحقیقات بسیاری در مورد تجربیات زنان مبتلا به دیابت انجام شده اما این تجربیات از کشوری به کشور دیگر متفاوت بوده است.

مطالعه حاضر به این دلیل انجام شده است که تاکنون مطالعه‌ای برای تبیین تجارب و مشکلات روانی زنان مبتلا به دیابت در سوریه انجام نشده به طوری که تجارب و مشکلات آنان ناشناخته مانده است. اطلاع از مشکلات روانی آنها، توانایی ما را در یاری رساندن به این گروه در امر درمان و خود مراقبتی افزایش خواهد داد و در نتیجه باعث بهبود فرایند کنترل بیماری خواهد شد. علت انتخاب روش کیفی برای این مطالعه بررسی عمیق و گسترده ابعاد مختلف مشکلات روحی- روانی، رفتارهای زمینه‌ای، نگرش‌ها و ادراکات زنان مبتلا است. هدف اصلی این پژوهش، تبیین مشکلات اجتماعی زنان سوری مبتلا به دیابت می باشد.

روش‌ها

رویکرد مورد استفاده در این پژوهش یک مطالعه کیفی بود. این نوع مطالعات، روی تجربه زندگی و تفاسیر و معانی‌ای که افراد با آن برخورد می‌کنند متمرکز شده‌اند [۲۷]. هدف تحقیقات کیفی، درک وضعیت و رفتار مردم از دیدگاه ذهنی و درونی آنها است. در این نوع مطالعات، ارزش‌ها، اعتقادات و هنجارها از دیدگاه مطالعه شونده‌گان استنباط می‌گردد [۲۸]. تحقیقات کیفی در مراقبت‌های بهداشتی به میزان وسیعی کاربرد دارند از جمله این موارد می‌توان به سوال در باره بررسی علل رفتارهای انسانی از قبیل چگونگی پذیرش درمان از سوی بیمار، تصمیم‌گیری، چگونگی سازماندهی برنامه‌های حفظ و ارتقای سلامتی توسط متخصصین، مراقبین بهداشتی و ... اشاره نمود [۲۹].

نمونه‌گیری به صورت مبتنی بر هدف آغاز و تا اشباع داده‌ها به طوری که اطلاعات جدیدی از مصاحبه‌ها و داده‌های موجود به دست نیامد [۳۰] ادامه یافت. نمونه‌های پژوهش شامل، زنان میانسال (۴۰-۶۵ سال) که حداقل ۲ سال به دیابت مبتلا باشند، و بتوانند تجارب خود را بیان نمایند می‌باشند. اما نمونه‌های غیر مستقیم شامل اعضای خانواده بیماران خصوصاً همسران بیماران، همچنین درمانگران این بیماران اعم از پرستاران و پزشکان که حداقل ۲ سال در درمان این بیماران تجربه داشتند و مایل به ارائه تجربیات خود باشند بود. در مجموع شمار شرکت کنندگان در پژوهش به ۱۶ نفر رسید (۹ زن مبتلا به دیابت نوع ۲ - ۳ نفر عضو خانواده - ۳ پرستار و ۱ پزشک). فرایند نمونه‌گیری شرکت کنندگان از اسفند سال ۱۳۸۸ تا دی ۱۳۸۹ ادامه داشت. از آن جا که محیط تحقیق کیفی عرصه واقعی است یعنی محلی که افراد در آن زندگی می‌کنند و تجربه‌های آنها در آن رخ می‌دهد [۳۱]، انتخاب شرکت کنندگان در انجمن دیابت سوریه شهر لاذقیه، درمانگاه‌های بهداشت و مطب‌ها بر اساس هدف پژوهش انجام شد و پس از موافقت شرکت کنندگان، مصاحبه در منزل، محیط کار یا هر مکان دیگری که توسط آنها انتخاب می‌گردید، انجام شد.

در این مطالعه برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه‌های نیمه ساختار استفاده شد. مدت زمان مصاحبه‌ها از ۲۰ تا ۴۰ دقیقه بود. هر مصاحبه متن آن کلمه به کلمه برگردانده شد و پس از تجزیه و تحلیل، مصاحبه بعدی انجام گرفت. برای تحلیل داده‌ها گردآوری شده از روش تحلیل محتوی قراردادی^۱ استفاده شد. این روش برای تعیین توصیف پدیده مورد بررسی، مفاهیم عینی را از واژه‌ها، جمله‌ها و بیان استخراج می‌نماید. هدف از تحلیل محتوی، بررسی شمار، ترتیب و شدت واژه، جملات و عبارات برای شناسایی موضوعات بیان شده توسط شرکت کنندگان است [۳۲، ۳۳]. در کدگذاری، واحدهای معنایی از بیان و گفته‌های مشارکت کنندگان که نشان دهنده تجربیات آنها بود، استخراج گردید. سپس کدهایی که براساس تشابه و تناسب، بیان کننده موضوع واحدی بودند، در یک دسته یا

¹ conventional content analysis

کتبی جهت شرکت آگاهانه و رضایت‌مندانه شرکت کنندگان تهیه شد که پس از توضیح مختصر و روشن در مورد پژوهش، فرم رضایت‌نامه توسط شرکت کنندگان تکمیل و امضا شد. به علاوه در مورد هدف استفاده از ضبط صوت به آنها توضیحات لازم ارائه شد. به طوری که جهت ضبط گفته‌های شرکت‌کنندگان از آنها اجازه گرفته می‌شد و به آنها اطمینان داده شد که گفته‌های آنها به صورت محرمانه حفظ می‌شود و در اختیار کسی به جز محقق قرار نمی‌گیرد. تسهیلات لازم جهت دسترسی همه مشارکت کنندگان به مشاور نیز فراهم شد.

یافته‌ها

در مجموع، مصاحبه با ۱۶ نفر موجب دستیابی به غنایی اطلاعاتی، اشباع و تکرار داده‌ها شد. براساس داده‌ها، ۴۳۷ کد اولیه استخراج شد که به دقت بررسی و در چهار درونمایه و ده گروه طبقه‌بندی شدند. طبقات و زیر طبقات مرتبط با مشکلات روانی-اجتماعی که چهار طبقه اصلی و هر کدام دو یا چهار زیر طبقه را شامل می‌شوند در جدول ۲ آورده شده‌اند.

طبقه قرار گرفتند و طبقات و زیر طبقات با هم مقایسه شدند. از تحلیل و تفسیر این داده‌ها، درون مایه‌ها یا مقوله‌های انتزاعی‌تر استخراج گردید [۳۴]. از "یادآورها" به منظور تکمیل طبقات و فرآیند تجزیه و تحلیل مداوم داده‌ها استفاده شد. روند آنالیز یک در جدول ۱ آمده است. جهت اطمینان از روایی و پایایی داده‌ها در طول مطالعه از روش‌های گوناگونی استفاده شد. برای تایید صحت داده‌ها و کدهای استخراج شده، از بازنگری شرکت کنندگان استفاده شد. کدهایی که از نظر شرکت کنندگان بیانگر دیدگاه آنان نبود، اصلاح گردید. برای بازنگری ناظرین، متن برخی از مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج شده علاوه بر محققان، توسط ۲ نفر از اعضای علمی مورد بررسی قرار گرفتند. برای جلوگیری از سوگیری نیز محقق در طول تحقیق نظرات خود را درباره پدیده مورد بررسی یادداشت می‌کرد و از این طریق سعی می‌نمود آنها را از دیدگاه مشارکت کنندگان متمایز کند. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، مجوز انجام تحقیق در کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه تربیت مدرس صادر و معرفی‌نامه کتبی برای انجمن دیابت در شهر لاذقیه گرفته شد. و مسوولین انجمن دیابت در شهر لاذقیه به محقق اجازه دادند که کار پژوهش را شروع کند. رضایت‌نامه‌ای

جدول ۱- روند آنالیز متغیر واکنش‌ها و پاسخ‌های روحی روانی زنان

تم	طبقه	واحد معنایی تلخیص شده (کد)	واحد معنایی
واکنش‌ها و پاسخ‌های روحی روانی بیماران	احساس خجالت	احساس خجالت هنگام رد تعارف دیگران در مورد مواد غذایی ممنوع برای دیابت	احساس خجالت دارم وقتی که مهمان هستم و به من میوه یا قهوه تعارف می‌کنند، و من می‌گویم نه اصلاً این چیزها برایم خوب نیست، برای سلامتی‌ام مضر است، واقعا از گفتن آن شدیداً احساس خجالت می‌کنم.
	استرس	استرس و ناراحتی روانی ناشی از تشخیص دیابت	به نظرم مهمترین چیز برای کنترل دیابت آرامش روانی است، بعد از ابتلا به دیابت آرامش روانی نداشتم. در واقع استرس مداوم دارم، از هر چیزی عصبانی می‌شوم، و من مطمئنم همه عوارض دیابت برایم از استرس و ناراحتی روانی ایجاد شده است.
	افسردگی	احساس غم و افسردگی در اثر شنیدن تشخیص دیابت	البته شنیدن خبر ابتلایم به دیابت باعث شد به شدت افسرده و غمگین شوم، سلامتی آدم مهمترین چیز در زندگی است.
	ترس	ترس از بدتر شدن بیماری هنگام تعویض رژیم دارویی با انسولین	من با قرص و دارو خیلی راحت‌تر از انسولین هستم و نمی‌خواهم از انسولین استفاده کنم، که واقعا از انسولین می‌ترسم، چون استفاده کردن از انسولین به معنی بدتر شدن بیماریم تلقی می‌شود، و این باعث ترس است.

جدول ۲- طبقات اصلی و زیر طبقات مرتبط با مشکلات روانی-اجتماعی

واکنش‌ها و پاسخ‌های روحی روانی بیماران

افسردگی

احساس خجالت

استرس

ترس

مشکلات مرتبط به خانواده

مشکلات زناشویی

کمبود حمایت خانواده

مشکلات مرتبط به جامعه

محدود شدن روابط اجتماعی

واکنش‌های نامناسب دیگران

مشکلات ناشی از ماهیت دیابت

نقش منفی دیابت بر زندگی

تهدید درک شده نسبت به دیابت

واکنش‌ها و پاسخ‌های روحی روانی بیماران

این طبقه اصلی دارای چهار زیر طبقه "افسردگی"، "احساس خجالت"، "استرس" و "ترس" بود.

در ابتدای تشخیص دیابت تعداد زیادی از شرکت کنندگان تحقیق از افسردگی و غمگینی شدید شکایت می‌کردند و دچار احساس از دست رفتن سلامتی بودند، به دنبال آن احساس خجالت از بیماری دیابت و خصوصا از رژیم غذایی و علائم دیابت مانند پر ادراری ابراز می‌کردند. همچنین استرس و ناراحتی روانی مداوم ناشی از افزایش قند خون توسط شرکت کنندگان تحقیق ذکر شد.

شرکت کننده شماره ۵ یک، زن ۵۳ ساله: "البته شنیدن خبر ابتلا به دیابت باعث غمگینی و افسردگی شدید شد چون سلامتی آدم مهمترین چیز در زندگی است".

شرکت کننده شماره ۲ یک، زن ۵۲ ساله: "در ابتدا بعد از تشخیص آن بیماری ... خیلی خسته شدم و افسردگی داشتم... احساس خجالت نیز دارم وقتی من مهمان هستم و دیگران به من میوه یا قهوه تعارف می‌کنند، و من می‌گویم نه اصلا این چیزها برایم خوب نیست، برای سلامتی ام مضر است، واقعا گفتن اینها برایم باعث خجالت شدید است".

شرکت کننده شماره ۱ یک زن ۵۴ ساله: "والله دیابت باعث احساس خجالت من از دیگران می‌شود برای این که همیشه من نیاز دارم به توالت برم".

شرکت کننده شماره ۱۴ یک زن ۵۵ ساله: "به نظرم مهمترین چیز برای کنترل دیابت آرامش روانی است، بعد از ابتلا به دیابت آرامش روانی نداشتم. در واقع استرس مداوم دارم از هر چیزی عصبانی می‌شوم، و من مطمئنم همه عوارض دیابت برایم از استرس و ناراحتی روانی ایجاد شده است".

شرکت کننده شماره یک ۶ پرستار ۴۰ ساله: "در واقع بیماران دیابتی تقریبا همیشه بی حوصله هستند و از هر چیزی ... مثل انتظار نوبت عصبانی می‌شوند".

شرکت کنندگان در تحقیق احساس ترس از ابتلا به عوارض، مرگ، و تزریق انسولین را نیز بیان کردند. شرکت کننده شماره ۱۶ یک زن ۶۱ ساله: "من در واقع از ابتلا به عوارض دیابت خیلی می‌ترسم چون برای زندگی خیلی خطرناک است".

شرکت کننده شماره ۴ یک زن ۶۰ ساله: "من باقرص دارم خیلی راحتتر از انسولین هستم و نمی‌خواهم از انسولین استفاده کنم، که واقعا از انسولین می‌ترسم، چون استفاده

مشکلات مرتبط به جامعه:

این طبقه اصلی داری دو زیر طبقه "محدود شدن روابط اجتماعی" و "واکنش‌های نامناسب دیگران" بود. شرکت‌کننده‌های تحقیق به محدود شدن روابط اجتماعی به دلیل رژیم غذایی و پر اداری اشاره نمودند. همچنین واکنش‌های نامناسب دیگران مانند تعارف زیاد و سپس احساس ترحم از جمله مشکلاتی بودند که شرکت‌کننده‌گان آنها را برشمردند.

شرکت‌کننده شماره ۲ یک زن ۵۲ ساله: "والله به دلیل افزایش ادرار ناشی از بیماری دیابت نمی‌توانم با دیگران رفت و آمد داشته باشم به طوری که حتی به خانه همسایه‌ام هم نمی‌توانم بروم چون مرتباً نیاز دارم که چند بار به توالت برم، علاوه بر این موقع مهمانی رفتن به من تعارف زیاد می‌کنند و بعد که متوجه می‌شوند من به دلیل افزایش قند خون نمی‌توانم از آن مواد غذایی بخورم می‌گن .. آخی .. شما نمی‌توانید میوه و شیرینی بخورید. در واقع تکرار این جمله هر بار باعث ناراحتیم میشه".

مشکلات ناشی از ماهیت دیابت:

این طبقه اصلی داری دو زیر طبقه "نقش منفی دیابت بر زندگی" و "تهدید درک شده نسبت به دیابت" بود. مشارکت‌کننده‌های تحقیق به نقش منفی دیابت بر زندگی از قبیل عدم لذت بردن از زندگی، دشواری زندگی با دیابت و تاثیر دیابت بر تمام زندگی اشاره نمودند. در خصوص تهدید درک شده نسبت به دیابت شرکت‌کننده‌ها در دیابت را به عنوان بیماری سخت و مخفی، بیماری ترسناک و خطرناک، عامل مرگ، بیماری غیر قابل درمان قطعی، مزمن و مادام‌العمر معرفی کردند.

شرکت‌کننده شماره یک ۱۵ زن ۴۹ ساله: "در واقع تقریباً از هیچی لذت نمی‌برم همیشه به مشکلات زندگی فکر می‌کنم و به خودم می‌گیم امروز توانایی انجام کارهای خانه و زندگی را دارم ولی فردا اگر این توانایی به دلیل بالا رفتن قند خون و عوارض دیابت از بین رفت خانوادم چه کار کنن".

شرکت‌کننده شماره یک ۱۳ دختر ۳۰ ساله: "همیشه مادرم به آینده ما فکر می‌کنند و به من می‌گن اگر کور شوم، شما

کردن از انسولین به معنی بدتر شدن بیماریم تلقی می‌شود، و این باعث ترسم است".

شرکت‌کننده شماره یک ۴ زن ۶۰ ساله: "والله از مرگ به علت دیابت می‌ترسم مخصوصاً بعد از مادر بزرگم و مادرم که به علت دیابت فوت شدند، دیابت در خانواده‌ام ارثی است و خواهرم از عوارض دیابت خیلی زیاد شکایت می‌کند و هر چند وقت یکبار در بیمارستان بستری میشه".

شرکت‌کننده شماره ۱۲ یک پزشک ۴۰ ساله: "معمولاً بیماران دیابتی از تزریق انسولین به جایی قرص خیلی ناراحتی می‌شوند چرا که آنها معتقدند به این شکل نزدیک مرگ می‌شوند".

مشکلات مرتبط به خانواده:

این طبقه اصلی دارای ۲ زیر طبقه "مشکلات زناشویی" و "کمبود حمایت خانواده" بود.

شرکت‌کننده‌های تحقیق مشکلات زناشویی که ناشی از ناتوانایی جنسی می‌باشد را دلیل اصلی عصبانیت همسر و ازدواج مجدد همسر بیان کردند.

شرکت‌کننده شماره ۱۶ یک زن ۶۱ ساله: "به دلیل مشکلات زناشویی، شوهرم مرا طلاق داد و دوباره با زن دیگری ازدواج کرد، خیلی برایم سخت بود چون شوهرم از این موضوع همیشه عصبانی بود".

شرکت‌کننده شماره ۵ یک زن ۴۵ ساله: "از روابط جنسی اصلاً احساس لذت نمی‌کنم و از این روابط اکراه دارم و با شوهرم سر این مساله مشکل دارم".

در این تحقیق یک نفر از شرکت‌کنندگان مجرد بود به کمبود حمایت اعضای خانواده اشاره نمود، و بیان کرد که فقدان حمایت اعضای خانواده دلیل اصلی مشکلات روانی از قبیل افسردگی است و به دنبال آن فرد رژیم‌های درمانی را رعایت نمی‌کند بنابراین حمایت خانواده عاملی مثبت برای کنترل قند خون است.

شرکت‌کننده شماره ۱ یک خانم ۵۴ ساله: "البته، همیشه اعضای خانواده ام مشغول اند... همیشه احساس تنهایی دارم ... که این احساس خیلی تلخ است و باعث افسردگی مهم شد و به این دلیل زیاد به رژیم‌ها پای بند نیستم ... قند خونم بالا می‌ره".

نمی‌کنند [۳۶]. Weiler & Crist نیز اظهار کرده‌اند که، بالغین مبتلا به دیابت احساس خجالت و شرم اجتماعی داشته‌اند که این مسئله بر فرآیند مراقبت از خود تأثیر بسزایی دارد [۳۷]. همچنین زنان در این مطالعه بیان می‌کردند که وجود استرس مداوم ناشی از ابتلا به دیابت بر کنترل بیماری آنها اثر منفی گذاشته است، در این مورد Peyrot et al و همکاران نیز گزارش کرده‌اند تعداد زیادی از مبتلایان به دیابت از سلامت روحی روانی ضعیفی برخوردارند که این بر مراقبت از خود اثرات منفی و محدود کننده‌ای دارد [۲۱]. Herpertz et al و همکاران در این زمینه بیان می‌کنند که استرس‌های روحی در بین بیماران دیابتی خیلی شایع است که معمولاً با کنترل ضعیف دیابت همراه است [۳۸]. شرکت کنندگان از داشتن ترس مداوم و ترس از مرگ به دلیل ابتلا به دیابت شکایت می‌کردند، گزارش کیفیت مراقبتی بهداشتی ملی^۱ بیان می‌کند که عوارض دیابت و تهدید ناشی از این عوارض می‌تواند تنش قابل توجهی در بیماران مبتلا به این بیماری ایجاد کند [۳۹]. و در این مورد Fox et al و همکاران اظهار می‌دارند که دیابت یکی از مسائل عمده سلامت جامعه است که سبب مرگ و میر بسیاری می‌شود [۴۰]. Albert et al و همکاران نیز گزارش کرده‌اند که دیابت از جهت بیماری‌زایی و مرگ‌ومیر همراه آن، بار بهداشتی سنگینی را بر جامعه تحمیل می‌کند [۴۱]. به علاوه زنان به ترس از تزریق انسولین اشاره کردند، در این زمینه Matsushima et al و همکاران ذکر کرده‌اند که تزریق انسولین بعد از تشخیص دیابت برای برخی از بیماران عواقب ناگواری درمانی داشته و حتی آنها اقدام به خودکشی کرده‌اند. این محققان تأکید می‌کنند که انجام مداخلات و توجه به مسائل روانی برای شروع و انجام تزریق انسولین در بیماران یک امری ضروری است [۴۲]. زنان در این مطالعه از مشکلات مرتبط به خانواده که تأثیر بدی بر کنترل دیابت آنها دارد شکایت می‌کردند. از جمله مشکلات زناشویی، و ازدواج مجدد شوهرانشان. در این مورد Alavia در مطالعه خود ذکر کرده است که بیماران دیابتی از ناتوانایی جنسی و نداشتن لذت جنسی شکایت

چطور برخورد می‌کنید و یا کلیه اگر بخواهد دیالیز شود، کمی می‌برد و کمی می‌آورد و چطور خواهد شد". شرکت کننده شماره ۲ یک زن ۵۲ ساله: "زندگی با بیماری مزمنی مثل دیابت خیلی سخت است، چون به خاطر دیابت حرکت و نشاط بدنم خیلی کم شده مخصوصاً وقتی که قند خونم زیاد میشه همیشه توانایی انجام هیچ کاری را ندارم حتی توانایی جابجا کردن چیزی را هم ندارم". شرکت کننده شماره ۱۴ یک زن ۵۵ ساله: "والله دیابت اثر خیلی بدی بر همه امور زندگی گذاشته و حتی اثر بدی بر انجام مسوولیت هایم خانه گذاشته است". شرکت کننده شماره ۹ یک شوهر ۵۵ ساله: "دیابت بیماری مزمن و قابل درمان قطعی نیست یعنی مادام العمر است. علاوه بر اینکه دیابت بیماری سخت و ترسناک است، که عوارض زیادی دارد و آن عوارض دلیل اصلی بد شدن حال بیمار و در نهایت مرگ است".

بحث

در این مطالعه مشکلات روانی-اجتماعی در زنان سوری مبتلا به دیابت توصیف شده است. یافته‌های این تحقیق در بردارنده چهار طبقه اصلی: "واکنش‌ها و پاسخ‌های روحی روانی بیماران"، مشکلات مرتبط به خانواده"، "مشکلات مرتبط به جامعه" و "مشکلات ناشی از ماهیت دیابت" بود.

شرکت کنندگان در این مطالعه احساس افسردگی ناشی از ابتلا به دیابت را نشان دادند که با یافته‌های مطالعات دیگری مانند Manuel و همکاران و Anderson و همکاران که گزارش کرده‌اند میزان افسردگی در همراهی با دیابت دو برابر است و به طور قابل توجهی در زنان دیابتی در مقایسه با مردان مبتلا به دیابت بیشتر است همخوانی دارد [۲۳،۳۵]. همچنین نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که زنان از داشتن ویژگی‌های بیماری دیابت مانند داشتن محدودیت‌های غذایی و پر ادراری ناراحت و از ابراز آن خجالت می‌کشند، در این زمینه Sullivan گزارش کرده است که شرکت کننده‌ها در مطالعه خود از نخوردن غذاهای معمولی احساس شرم داشته و در برخی شرایط برای متوجه نشدن دیگران، از رژیم غذایی خود تبعیت

را مجبور به پیروی از رژیم درمانی طولانی مدت می‌سازد [۴۸]. به علاوه Sullivan گزارش کرده است که توانایی و اختیار بیماران دیابتی در فعالیت‌های زندگی روزانه‌شان محدود می‌شود [۳۶]. و از سوی دیگر Wary et al و همکاران گزارش کرده است ناتوانی، مشکل بهداشتی عمده دیابت در سنین میانسالی و سالمندی است که باید از آن به طریق مناسب و اختصاصی پیشگیری شده یا به تسکین آن پرداخت [۴۹].

یافته‌های این مطالعه می‌تواند در راستای طراحی مداخلات بهداشتی مربوط به وضعیت روانی در مراقبت از افراد مبتلا به دیابت به کار گرفته شود. دیابت، و بویژه مشکلات روانی-اجتماعی ناشی از آن فشار قابل توجهی بر زنان و خانواده آنها تحمیل کرده است، لذا شناسایی مشکلات روانی-اجتماعی به عنوان عوامل تاثیرگذار بر فرایند کنترل دیابت، پرستاران و سایر مراقبان بهداشتی در سوریه و سایر نقاط جهان که با بیماران دیابتی سوری سر و کار دارند در راستایی شناخت منابع آن مشکلات در افراد مبتلا به بیماری و تسهیل کنترل دیابت یاری رساندن می‌باشد.

سپاسگزاری

این تحقیق حاصل پایان‌نامه دکتری رشته پرستاری و با حمایت مالی دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس انجام شده است. نویسندگان مقاله مراتب تشکر و قدردانی خود را از همیاری دانشگاه تربیت مدرس، انجمن دیابت شهر لاذقیه، و زنان مبتلا به دیابت ساکن شهر لاذقیه در کشور سوریه که بدون همراهی آنها انجام این پژوهش ممکن نبود، اعلام می‌دارند.

می‌کنند که این موارد منجر به وجود آمدن مشکلات زناشویی و مشکلات روانی آنها می‌گردد [۴۳]. همچنین شرکت کننده‌ها به اهمیت و ضرورت حمایت خانواده به عنوان عامل عمده برای کنترل قند خون اشاره نمودند. Raket & Weiss بر نقش حمایت اجتماعی در مسیر توانمندی افراد مبتلا به دیابت تاکید می‌کنند و می‌نویسند بیمارانی که از حمایت یک دوست یا عضو خانواده برخوردار بوده‌اند، حرکت رو به جلو داشته‌اند [۴۴]. Delamater نیز نشان داد، ارتباط خانواده، خصوصاً حمایت همسر بسیار کمک کننده می‌باشد [۴۵].

شرکت کنندگان در این مطالعه، از محدود شدن روابط اجتماعی آنها به دلایل خجالت از علایم دیابت و رژیم غذایی و واکنش‌های نامناسب دیگران به عنوان مشکلات مرتبط به جامعه نام برده‌اند. در این زمینه Sullivan و Weiler و همکاران نیز اشاره دارند که بیماران دیابتی بیان می‌کنند که مردم به خاطر دیابت نسبت به آنها احساس ترحم می‌کنند [۳۶،۳۷].

شرکت کنندگان این مطالعه، از دشواری زندگی با دیابت و عدم لذت بردن از زندگی و به ویژه اینکه این بیماری یک بیماری مزمن بوده و تا پایان زندگی همراه آنها است، شکایت کرده‌اند. در این زمینه Sridhar & Madhu گزارش کرده‌اند دیابت پیچیده‌ترین بیماری مزمنی است که اثرات متعددی بر زندگی داشته و مدیریت آن نیازمند اقدامات متعددی است [۴۶]. Anderson & Funnell نیز بیان کرده‌اند که دیابت نه تنها برای خانواده بار اقتصادی دارد، بلکه از نظر عاطفی اثرات بدی بر کیفیت زندگی آنان می‌گذارد [۴۷]. همچنین Van den Arend et al و همکاران در این مورد ذکر کردند که دیابت بیماری مزمنی است که جنبه‌های مختلف زندگی را تحت تاثیر قرار می‌دهد و افراد

مأخذ

1. Larijani B, Bagher M, Zahed F. Epidemiology of diabetes mellitus in Iran. *Iranian Journal of Diabete and Lipid Disorders* 2001-2002; 1(1):1-8.
2. Khorasani P, Eskandari M, editors. *Comprehensive Epidemiology in Health Sciences*. Tehran: Kankash Co; 2004.
3. Wild S, Roglic G, Green A. Global prevalence of diabetes, estimates of the year 2000 & projections for 2030. *Diabetes Care* 2004; 27(5): 1047-51.
4. Mitra A, Bhattacharya D, and Roy S. Dietary influence on type 2 Diabetes (NIDDM). *J. Hum. Ecol* 2007; 21(2): 139-147.
5. Ajlouni K, Khader Y, Batiha A, et al. An increase in prevalence of diabetes mellitus in Jordan over 10 years. *J. Diabetes Complications* 2008; 22(5): 317-324.

6. International Diabetes Federation. *Diabetes Atlas*. 2nd ed, 2003.
7. Malik M, Bakir A, Abi Saab B, King H. Glucose intolerance and associated factors in the multi-ethnic population of the United Arab Emirates: Results of a national survey. *Diabetes Res Clin Pract* 2005; 69(2):188-195.
8. Ohanion L, Aljabi M. GenereX Biotechnology Submits Syrian Dossier. *Generex*. 2008.
9. Shaban I. Intra II Project. *S.A.R – MOH – PHC Directorate – Elderly Health Department* 2003; P11.
10. Albach N. Epidemiological studies lay the ground for syrian diabetes campaign. *Diabetes Voice* 2001; 46(3): 18-21.
11. McDuffie RH, Struck L, Burshell A. Empowerment for diabetes management: integrating true self- management into the medical treatment & management of diabetes mellitus. *Ochsner J* 2001; 3(3): 149-57.
12. Larijani, b, Frozandeh, F. Diabetes Foot Disorders. *Iranian Diabetes and Lipid Journal* 2002; 2(2): 103-93.
13. Azizi F, Guoya MM, Vazirian P, Dolatshati P, Habbibian S. Screening for types of diabetes in the Iranian national programme a preliminary report. *La revue de sante dela mediterranee orientable* 2003; 9 (5-6): 1122-7.
14. Delavari A, Mahdavi Hazaveh A, Norozi Nejad A, Yarahmadi Sh, Taghipour M, editors. *The National Diabetes Prevention and Control Programme*. Iranian Health Ministry. Diseases Management Centre. Tehran: Seda Co; 2003.
15. Ozcan S and Sahin N. Reproductive health in women with diabetes – the need for pre-conception care and education. *Diabetes Voice* 2009; 54(Special Issue): 21-24.
16. Barrett-Connor E, Giardina E, Gitt A, Gudat U, Steinberg H, Tschoepe D. Women and heart disease: the role of diabetes and hyperglycemia. *Arch Intern Med* 2004; 164(9): 934-42.
17. Funnell MM, Anderson RM. Empowerment and selfmanagement of diabetes. *Clinical Diabetes* 2004; 22 (3): 123-7.
18. Hogan P, Dall T, Nikolov P; American Diabetes Association. Economic costs of diabetes in the U.S in 2002. *Diabetes Care* 2003; 26 (3): 917-32.
19. Heisler M. Helping your patients with chronic disease. Effective physician approaches to support selfmanagement. *Semin Med Pract*. 2005; 8: 43-54.
20. Schlundt DG, Pichert JW, Gregory B, Davis D. Eating and Diabetes: A Patient Centered Approach. In: Anderson B, Rubin R, editors. *Practical Psychology for Diabetes Clinicians: Effective Techniques for Key Behavioral Issues*. American Diabetes Association; 2003. p 73-82.
21. Peyrot M, Rubin R, Lauritzen T, Snoek FJ, Matthews DR, Skovlund SE. 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), 1379-1385.
22. Lustman PJ, Anderson RJ, Freeland KE, De Groot M, Carney R, Clouse RE. Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care* 2000; 23(7): 934-942.
23. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a metaanalysis. *Diabetes Care* 2001; 24(6): 1069-1078.
24. Song MK, Lipman TH. Concept analysis: Self-monitoring in type 2 diabetes mellitus. *Int J Nurs Stud* 2008; 45(11): 1700-1710.
25. Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE, Walker EA. The patient-provider relationship: attachment theory and adherence to treatment in diabetes. *Am J Psychiatry* 2001; 158(1): 29-35.
26. Abate N, Chandalia M. The impact of ethnicity on type 2 diabetes. *J Diabetes Complications* 2003; 17: 39-58.
27. Baker R. Qualitative Method in Research on Health Quality. *J Health Care* 2002; 11: 148-152.
28. Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative Research in Nursing*. 3rd ed.: Philadelphia: Lippincott Williams& wilkins, 2002; pp. 280-310.
29. Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative Research in Nursing*, 4th Ed. Philadelphia: Lippincott Co, 2003.
30. Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
31. Strauss A, Corbin J, editors. *Basics of Qualitative Research, Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Thousand Oaks: SAGE Publications; 1998.
32. Guthrie J, Petty R, Yongvanich K, Ricceri F. Using content analysis as a research method to inquire into intellectual capital reporting. *Journal of intellectual capital* 2004; 5: 282-293.
33. Kyngas H, Vanhanen L. Content analysis as a research method. *Hoitotiede* 1999; 11: 3-13.
34. Sandelowski M. Whatever happened to qualitative description. *Res Nurs Health* 2000; 23(4):334-40.
35. Manuel DG, Schultz SE. Diabetes Health Status and Risk Factors. In: Hux JE, Booth GL, Slaughter PM, Laupacis A (eds). *Diabetes in Ontario: An ICES Practice Atlas*. Toronto: Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2003. p 4.80.
36. Sullivan BJ. Adjustment in diabetic adolescent girls: I. Development of the diabetic adjustment scale. *Psychosom Med* 1979; 41(2):119-26.
37. Weiler D, Crist J. Diabetes Self-management in a Latino Social Environment. *Diabetes Educ* 2009; 35 (2): 285-292.
38. Herpertz S, Kraemer-Paust R, Paust R, Schulze Schleppinghoff B, Best F, Bierwirth R, Senf W. Association between psychosocial stress and psychosocial support in diabetic patients.

- International Congress Series* 2002; 1241 (September): 51-58.
39. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. *National Healthcare Quality Report: Summary*. AHRQ Publication No. 04-RG003. December 2003.
 40. Fox C, Coady S, Sorlie P. Increasing cardiovascular disease burden due to diabetes mellitus: the Framingham Heart Study. *Circulation* 2007; 115 (12): 1544-1550.
 41. Alberti KG, Zimmet P, Shaw J. International Diabetes Federation: a consensus on type 2 diabetes prevention. *Diabet. Med* 2007; 24(special report): 451-463.
 42. 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.
 43. Alavia MN. *Designing and testing the caring Model in diabetes mellitus* [doctoral dissertation]. Tehran. Tarbiat Modares University; 2004.
 44. Rakel RE, Weiss MA. *Diabetes Care: Are We Asking the Right Questions?*. Consultant. 2007; 47. Available from: URL: <http://www.consultantlive.com/display/article/10162/37074>. [Cited 10 Apr 2010.]
 45. Delamater A.M. Improving patient adherence. *Clinical Diabetes* 2006; 24(2): 71-77.
 46. Sridhar GR, Madhu K. Psychosocial and cultural issues in diabetes mellitus. *Curr Sci* 2002; 83(Special Section):1556-64.
 47. Anderson RM, Funnell MM. *The art of empowerment: psychology in diabetes care*. American Diabetes Association; 2000.
 48. Van den Arend IM, Rutten GEHM, Schrijvers GJP, Stolk RP. Experts' opinions on the profile of optimal care for patients with diabetes mellitus type 2 in the Netherlands. *The Dutch Journal of Medicine* 2001; 58 (6), 225-23.
 49. Wray LA, Ofstedal MB, Langa KM, Blaum CS. The Effect of Diabetes on Disability in Middle-Aged and Older Adults. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 2005; 60(9): 1206-1211.