

«دیابت در کودکان و انطباق با آن»

نسرین علانی^۱

نفر بیمار دیابتی یا مستعد به دیابت وجود دارد. گرچه بیماری دیابت در کودکان بدلیل مزمن بودن و احتمال بروز عوارض شدید، کودک مبتلا و خانواده وی را مورد تهدید قرار می‌دهد، کنترل نامطلوب میزان قند خون و بروز عوارض بیماری باعث افزایش هزینه‌های اقتصادی می‌شوند (با توجه به اینکه دفعات بستری شدن کودکان دیابتی ۵/۳ مرتبه بیش از جمعیت عمومی است). وقوع بیماری دیابت در دوران طفولیت همچون عامل تنش زائی است که به سازگاری^۲ (روانی و متابولیک) نیاز خواهد بود، لذا جهت دستیابی به سازگاری، انطباق^۳ مؤثر با این بیماری مزمن مطرح می‌شود. اصولاً واژه انطباق به منظور توصیف روش‌هایی استفاده می‌شود که حین افزایش تنیدگی، ثبات روانی را حفظ می‌نمایند مثل استفاده از مکانیسم‌های دفاعی (طرق ناآگاهانه انطباق) و یا استفاده از روش‌هایی نظیر صحبت کردن در باره مشکل، عدم مشارکت و همکاری در درمان و ... (طرق آگاهانه انطباق).

بیماری دیابت ملیتوس^۴ یا دیابت شیرین که یکی از رایج‌ترین بیماری‌های مزمن دوران کودکی و شایع‌ترین اختلال غددی - متابولیکی دوران کودکی و نوجوانی است، در اثر فقدان یا کمبود انسولین مترشحه از غده لوزالمعده ایجاد می‌شود. علت بروز این بیماری عمدتاً به عوامل ژنتیک وابسته به آنتی ژن لمفوسیت انسانی (HLA)^۵، عوامل محیطی نظیر عفونت‌های ویروسی، فشارهای عاطفی، عوامل سمی، عادات غذایی و عوامل ایمنولوژیک نسبت داده می‌شود.

آخرین آمار و اطلاعات منتشره از سوی فدراسیون جهانی دیابت گویای ابتلای ۶٪ از کل جمعیت جهان به بیماری دیابت است (رقمی معادل ۲۰۰-۱۰۰ میلیون نفر). از نظر شیوع تقریباً^۱ کودکان سن مدرسه گرفتار این بیماری هستند و میزان بروز سالانه بیماری دیابت تقریباً ۱۲ مورد جدید در ۱۰ هزار نفر افراد زیر ۲۰ سال است. در ایران نیز تخمین زده می‌شود که حدود دو میلیون و دویست هزار

۱ - کارشناس ارشد پرستاری - مربی و عضو هیئت علمی دانشگاه

2 - Mellitus 3 - Human Lymphocyte Antigen.

4 - Adaptation 5 - Coping

روشهای انطباقی و میزان کنترل متابولیک در کودکان دیابتی انجام شد. این تحقیق، پژوهش توصیفی-مقطعی بوده است. هدف از اجراء تعیین روشهای انطباقی اتخاذ شده توسط کودکان، تعیین کنترل متابولیک و بالاخره تعیین ارتباط بین روشهای انطباقی و چگونگی کنترل متابولیک بوده است. واحدهای مورد پژوهش کودکان ۱۲-۷ ساله دیابتی مراجعه کننده به دو مرکز درمانی واقع در شهر تهران^۳ بوده‌اند. کودکانی واجد شرایط تحقیق بوده‌اند که الف - حداقل یکسال به دیابت وابسته به انسولین مبتلا بوده‌اند، ب - ضایعات نابینایی، ناشنوایی، عقب ماندگی ذهنی، بیماریهای حاد و مزمن جسمی و روانی مبتلا نبوده‌اند. بدین ترتیب بر طبق روش نمونه گیری مبتنی بر هدف، مبتنی بر فواصل مراجعات کودکان به مراکز درمانی، یک دوره ۳ ماهه جهت نمونه گیری انتخاب گردید و ۶۲ کودک دیابتی واجد شرایط مورد مطالعه قرار گرفتند.

روشهای انطباقی اتخاذ شده توسط کودکان در ۵ روش توسعه حس شایستگی و خوشبینی، همکاری در درمان، طلب حمایت از دیگران (با ماهیت مثبت)، انزوایلی و حس متفاوت بودن، تحریک پذیری، خلق و اعمال (با ماهیت منفی) از طریق پرسشنامه‌ای که به روش «لیکرت»^۴ تنظیم شده بود - که توسط والد یا جانشین والد تکمیل می‌شد - مورد سنجش قرار گرفت. چگونگی کنترل متابولیک نیز از طریق HbA_{1c} اندازه‌گیری (هموگلوبین ای - وان - سی) به روش کالریمتریک^۵ و طبقه‌بندی نتایج، HbA_{1c} (۶-۱/۴ کنترل خوب ۷-۱/۶ متوسط - بالاتر از ۷ ضعیف) تعیین گردید.

انطباق غیر مؤثر با عامل تنبذگی به افزایش افسردگی و بروز رفتاری چون انزوا طلبی و ... می‌انجامد که تغییراتی را در رفتار بهداشتی درمانی فرد بیمار ایجاد خواهند کرد در حالیکه انطباق مؤثر تأثیر تنبذگی را بر سلامت جسم و روان تعدیل می‌کند.

در این مورد به تحقیقی تحت عنوان «انطباق و سازگاری کودکان دیابتی» اشاره می‌کنیم که در فیلادلفیا^۱ انجام شده است. در این بررسی ۱۰۳ کودک و نوجوان انگلیسی زبان مورد پژوهش قرار گرفته‌اند، نتایج نشان داد کودکان سن مدرسه نسبت به نوجوانان به طور معنی‌دار اضطراب و افسردگی کمتر، انطباق بهتر و کنترل متابولیک بهتری داشته‌اند ضمناً رفتارهای انطباقی نوجوانان رفتارهایی چون دوری از خانواده، سیگار کشیدن، خوابیدن و ... و رفتارهای انطباقی کودکان رفتارهایی چون سرزنش کردن دیگران، فریاد زدن و ... بوده است. بعلاوه کسانی که افسرده‌تر بوده‌اند در تطبیق با بیماری و کنترل متابولیک مشکلات بیشتری داشته‌اند. نتایج تحقیق «کواکرو دیگران»^۲ تحت عنوان تطابق و استراتژیهای انطباقی کودکان در اولین سال ابتلا به دیابت وابسته به انسولین نشان داد که استراتژی انطباق رفتاری نظیر کسب اطلاعات در آغاز بیماری مشهود بوده است و رفتار انطباقی آگاهانه‌ای نظیر ابراز کنترل بیماری به همسالان، نشاندن سازگاری فعالانه کودک با بیماری بوده است. بعلاوه کودکان در اولین سال ابتلا اعتماد به نفس و آرامش عاطفی دارند و تغییرات عاطفی ناچیزی را که تشخیص دیابت ایجاد کند در مدت ۶ ماه نا پدید می‌شود.

در سال ۱۳۷۲ تحقیقی تحت عنوان بررسی ارتباط بین

1 - Philadelphia 2 - Kovacs et al

4 - Likert Method 5 - Coulorimetric

دیگران ارتباط معنی دار $P=0/01$ داشته است به طوریکه پسران ($78/8$) بیش از دختران ($48/2$) از آن روش استفاده کرده‌اند. میانگین نمرات در روش تحریک پذیری، خلق و اعمال بین گروهی که والد آنها در کلاسهای آموزش بیماران دیابتی شرکت کرده‌اند به طور معنی دار کمتر از گروهی بوده است که والد آنها در آن کلاسها شرکت نکرده‌اند $P=0/04$ همچنین کودکانی که همراه والد در کلاسهای آموزشی بیماران دیابتی شرکت کرده‌اند میانگین نمراتشان در روش تحریک پذیری، خلق و اعمال به طور معنی دار کمتر و در روش همکاری در درمان به طور معنی دار بیشتر از میانگین نمرات کودکانی بوده که همراه والد در کلاسهای آموزشی شرکت نکرده‌اند ($P < 0/05$).

بر اساس میانگین نتایج آزمایش HbA1c که معادل $6/42\%$ بوده است کنترل متابولیک کودکان دیابتی مورد پژوهش در حد متوسط قرار داشته است. ($47/3$) کنترل خوب، $23/6\%$ کنترل متوسط و $29/1\%$ کنترل ضعیف داشته‌اند.

گرچه نتایج نشان داد که کودکان بخوبی از روشهای انطباقی در مقابل این بیماری مزمن استفاده نموده‌اند اما آزمون دقیق فیشر ارتباطی را بین روشهای انطباقی اتخاذ شده و چگونگی کنترل متابولیک نشان نداد.

با توجه به آنکه کودکان دیابتی بیش از سایر همسالان خود نیازمند همکاری و درک متقابل از جانب سایرین هستند و اصولاً کسانی که از دیدگاه اجتماعی بدون پشتیبان باشند از نظر سازگاری روانی با دیابت دچار دشواریهایی می‌شوند که به صورت عدم پذیرش بیماری و محدودیتهای ناشی از آن تظاهر می‌کند، بدین لحاظ از وظایف کادر درمان بخصوص پرستاران است که:

- ۱- به بیمار و والدین در تطبیق مؤثر با تشخیص اولیه و یادگیری اصول ویژه مراقبتی کمک نمایند.
- ۲- با تدارک کلاسهای آموزش جمعی، تهیه مجله

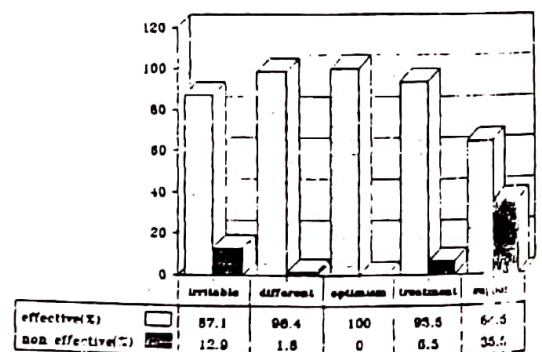
نتایج نشان داد: میانگین سن کودکان بر حسب سال $9/83$ بوده است. $30/6\%$ روزانه ۱ مرتبه و $1/6\%$ روزانه حداکثر ۳ مرتبه انسولین تزریق می‌کردند. حداکثر مدت ابتلا ۸ سال و ۸ ماه و میانگین مدت ابتلا بر حسب سال $3/7$ بوده است. بر اساس اهداف اکثر قریب به اتفاق کودکان در حد مطلوب و مؤثر از روشهای انطباقی استفاده کردند (به جدول و نمودار (۱) توجه شود)

جدول (۱)

استفاده مطلوب	استفاده غیر مطلوب	روشهای انطباقی
$78/8$	$48/2$	تحریک پذیری، خلق و اعمال
$78/8$	$48/2$	انزواطلبی و حس متفاوت بودن
$78/8$	$48/2$	حس شایستگی و خوشبینی
$78/8$	$48/2$	همکاری در درمان
$78/8$	$48/2$	طلب حمایت از دیگران

نمودار (۱)

effective and noneffective coping methods frequency



بعلاوه نتایج نشان داد که سن کودک و روشهای انطباقی اتخاذ شده از یکدیگر مستقل بوده‌اند، ولی براساس آزمون کای دره جنس کودک فقط با روش طلب حمایت از

مخصوص کودکان و نوجوانان دیابتی امکان برقراری ارتباط آنها و خانواده‌هایشان را فراهم نمایند (این اقدام احساس همکاری در درمان و همدردی با سایر بیماران را تقویت نموده و نیز احساس جدائی از جامعه را از بین می‌برد).

۳- آگاهی جامعه (بخصوص کادر آموزشی مدارس) را در مورد علت بروز بیماری و شناخت علایم هایپروهایپوگلیسمی و نیز نحوه اجرای اقدامات لازم بهنگام بروز عارضه هایپوگلیسمی را افزایش دهند.

منبع: بررسی ارتباط بین روشهای انطباقی و میزان کنترل متابولیک در کودکان دیابتی،

پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس ۱۳۷۲

ردیف	نام بیمار	میزان HbA1c	میزان گلوکز ناشناخته
۱	علیرضا	۱۰.۵	۱۸۰
۲	سپهر	۱۱.۰	۲۰۰
۳	پارسا	۱۰.۰	۱۶۰
۴	سپهر	۱۰.۵	۱۷۰
۵	پارسا	۱۱.۰	۱۹۰
۶	علیرضا	۱۰.۵	۱۸۰
۷	سپهر	۱۱.۰	۲۰۰
۸	پارسا	۱۰.۰	۱۶۰
۹	سپهر	۱۰.۵	۱۷۰
۱۰	پارسا	۱۱.۰	۱۹۰