بررسی رابطه پریشانی روانشناختی و تحمل پریشانی روانشناختی در کودکان مبتلا به دیابت نوع۱ شهر زاهدان در سال ۱۴۰۲: یک مطالعه مقطعی

سمانه فلاح کریمی [۱]، نسرین رضائی [۲]، لیلا محمدی فرد [۳*]

۱. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.
۲. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران
۳. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.

نویسنده مسئول: لیلا محمدی فرد

ایمیل: leylamohammadifard@gmail.com

شماره تماس: ۰۹۱۶۴۶۱۰۶۱۸

بررسی رابطه پریشانی روانشناختی و تحمل پریشانی روانشناختی در کودکان مبتلا به دیابت نوع۱ شهر زاهدان در سال ۱۴۰۲: یک مطالعه مقطعی

چکیده

مقدمه: باشیوع روز افزون دیابت کودکان و فشارهای روانی ناشی از آن توجه به این بیماران به یک اولویت بهداشتی در دنیا تبدیل شده است. پریشانی روانشناختی از مشکلات این بیماران است که ابعاد مختلف زندگی آنان را تحت تاثیر قرار می دهد. به نظر می رسد تحمل پریشانی روانشناختی بتواند بر مشکلات روانشناختی این بیماران تاثیر گذار باشد. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط پریشانی روانشناختی و تحمل پریشانی روانشناختی درکودکان مبتلا به دیابت انجام شد.

روش ها: این یک مطالعه مقطعی است. نمونه ها شامل ۲۰۰ کودک مبتلا به دیابت مراجعه کننده به کلینیک دیابت بیمارستان علی ابن ابی طالب (ع) شهر زاهدان و دارای معیار های ورود بود. ابزار گرداوری داده ها شامل فرم اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه های پریشانی روانشناختی کسلر و تحمل پریشانی Gaher بود که به روش مصاحبه با کودک تکمیل شد. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری spss نسخه ۲۷ و با استفاده از شاخص های توصیفی (میانگین، انحراف معیار، درصد) و استنباطی (ضرایب همبستگی خطی پیرسن) تحلیل شدند.

یافته ها: از کل افراد مورد مطالعه ۵۲/۶ ٪ دخترو میانگین زمان ابتلا در افراد ۲۲/۶ ماه بود. بین پریشانی روانشناختی و تحمل پریشانی روانشناختی ارتباط معنادار دیده شد ($r = -۰/۶۵$ $p < ۰/۰۰۱$).

پذیرفته شده

[Downloaded from ijdld.tums.ac.ir on 2025-04-19]

نتیجه گیری: یافته نشان داد بین پریشانی روانشناختی و تحمل پریشانی همبستگی معنادارومعکوسی وجود داردو هرچه تحمل پریشانی روانشناختی بالاتر باشد فردپریشانی کمتری راتجربه میکند. بنابراین به نظر میرسد برای برخورداری از سلامت روان بالاتر در این بیماران باید به ارتقا تحمل پریشانی آنان توجه کرد.

کلیدواژه ها: پریشانی روانشناختی، تحمل پریشانی، دیابت، دیابت نوع ۱، کودکان

پذیرفته شده

The association of psychological distress and psychological distress tolerance in children with type 1 diabetes: a cross-sectional study

Abstract

Background and Objectives: With the increasing prevalence of diabetes in children and the resulting mental pressures, attention to these patients has become a health priority in the world. Psychological distress is one of the problems of these patients that affects different aspects of their lives. It seems that enduring psychological distress can affect the psychological problems of these patients. Therefore, the present study was conducted with the aim of determining the relationship between psychological distress and tolerance of psychological distress in children with diabetes in Zahedan city.

Methods: This is a cross-sectional study. The samples included 200 children with pediatric diabetes referred to the diabetes clinic of Ali Ibn Abi Talib (AS) hospital in Zahedan and met the inclusion criteria. The data collection tool included the demographic information form and Kessler's psychological distress and Gaher's distress tolerance questionnaires, which were completed by interviewing the child. Descriptive and analytical data analysis was done using spss27 software.

Results: 52.6% of all subjects studied were girls and the average duration of infection was 22.6 months. A significant relationship was found between psychological distress and tolerance of psychological distress ($r = -0.65$ $p < 0.001$).

Conclusions: The findings showed that there is a significant and inverse correlation between psychological distress and distress tolerance. In other words, the higher the psychological distress tolerance, the less distress a person experiences. Therefore, it seems that in order to enjoy higher mental health in these patients, attention should be paid to improving their distress tolerance.

Keywords: psychological distress, distress tolerance, type 1 diabetes, children

[Downloaded from ijdld.tums.ac.ir on 2025-04-19]

مقدمه

دیابت، بیماری متابولیکی است و شیوع آن در جهان رو به افزایش است(۱). دیابت نوع یک یا دیابت وابسته به انسولین، شایعترین بیماری غدد درون ریز در دوران کودکی و نوجوانی می باشد. و تقریبا یک کودک از هر ۳۰۰ تا ۵۰۰ کودک زیر ۱۸ سال را دچار می کند(۲) و از آن می توان به عنوان یک اپیدمی خاموش نام برد(۳). همچنین دیابت نوع یک به صورت بالقوه زندگی کودکان را تهدید کرده به طوری که همه ارگان های بدن، سبک زندگی، عاطفه و شخصیت کودکان و خانواده آن ها را تحت تاثیر قرار می دهد(۴). با شیوع دیابت در کودکان و فشار های جسمی و روانی ناشی از آن، این بیماری یک اولویت بهداشتی در جهان تبدیل شده است(۵). و یکی از عللی که امروزه مورد توجه بسیاری قرار گرفته است، عوامل روانی می باشد و تاثیر زیادی نیز بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی دارد(۶،۷). زندگی با دیابت نیازمند تغییرات مداوم در روند زندگی از جمله، نظارت بر قند خون، تزریق مکرر انسولین، کنترل تغذیه، تغییر دوز انسولین جهت تطابق با رژیم غذایی و داشتن فعالیت های ورزشی مناسب می شود که برای کودک و خانواده سخت و طاقت فرسا است (۸). بیشتر کودکان مبتلا به دیابت استرس و تنش های حاصل از مدیریت دیابت را درون ریزی کرده و به شکل اضطراب، شکایت های جسمی، افسردگی و گوشه گیری نمایان می سازند و یا اینکه برون ریزی کرده و به صورت پرخاشگری و خشم، کاهش توجه، اختلال سلوک و نافرمانی مقابله ای بروز می دهند(۹)

با توجه به این که ابتلای کودک به دیابت معمولاً به طور کاملا ناگهانی و بدون پیش بینی رخ می دهد. بنابراین زمانی که بیماری کودک تشخیص داده می شود، فرد و خانواده اش با مشکلات روانشناختی از جمله پریشانی روانشناختی مواجه میشوند(۱۰). پریشانی روانشناختی، حالت هیجانی است که توسط افراد به طور موقت و یا دائمی در پاسخ به تنیدگی های خاص و در خواست های آسیب زا اتفاق می افتد(۱۱). به علاوه پریشانی روانشناختی در سطوح بالا می تواند زمینه مرگ و میر زودرس را در افراد ایجاد کند (۱۲). میزان شیوع پریشانی روان شناختی مرتبط با دیابت نیز از ۱۸ تا ۳۵ درصد کل جمعیت دیابتی ها گزارش شده است(۱۳) پریشانی روانشناختی شامل مولفه های استرس عاطفی، استرس بین فردی، استرس پزشک و استرس رژیم می باشد (۱۴). مطالعات انجام شده توسط Brigida A Bruno و همکاران (۲۰۱۹)، نشان داد پریشانی روان شناختی ناشی از دیابت با رفتار های خود مراقبتی، تبعیت از رژیم درمانی، افزایش عوارض بیماری و کاهش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت ارتباط دارد (۱۵).

با این وجود تحمل پریشانی، توانایی فرد جهت تجربه و تحمل حالات عاطفی منفی است که بر ارزیابی و قضاوت فرد اثر گذار است. همچنین به عنوان یک عامل مهم در شروع، تداوم آسیب های روانی و پیشگیری و درمان بیماران شناسایی شده است (۱۶). نتایج

پذیرفته شده

[Downloaded from ijdld.tums.ac.ir on 2025-04-19]

نشان داده که افراد با تحمل پریشانی کمتر به استرس واکنش های شدیدتری نشان می دهند (۱۷). توانایی تحمل پریشانی سبب می گردد تا افراد بتوانند هیجانات خود را تسکین داده و بحران ها، آشفتگی و فشار های روانی را تحمل نمایند و این خود موجب ایجاد توانایی رویارویی با مشکلات و حل آنها می شود(۱۸). اشخاص دارای تحمل پریشانی پایین به این حقیقت پی برده اند که نمی توانند ناراحتی را تحمل کنند و فکر می کنند سایرین امکانات مطلوب تری جهت مقابله با هیجانات منفی دارند و از این رو احساس سر افکندگی می کنند(۱۹). این بیماری به عنوان منبعی از استرس برای افراد مبتلا به آن می باشد و موجب ایجاد مشکلات جسمی و روانی می شود. همچنین استرس سبب آزاد شدن قند در خون، اجتناب از پذیرش بیماری، حساس شدن به تغییرات قند خون، نیاز به مقاومت دقیق و مداوم و احتمال تظاهر علائم جسمانی موجب ایجاد پریشانی در این بیماران می شود(۲۰). لذا انجام این پژوهش ضرورت دارد زیرا دیابت یکی از بیماری های شایع در جامعه است و می تواند تاثیرات جسمی و روانی بسیاری را بر روی بیمار داشته باشد. برای بهبود کیفیت زندگی بیماران دیابتی، باید به عوامل روانشناختی و اجتماعی آنها توجه شود. با بررسی ارتباط پریشانی روانشناختی و تحمل پریشانی هیجانی درکودکان مبتلا به دیابت، می توان به برنامه ریزی های مناسبی در جهت اجرای برنامه هایی برای بهبود تحمل پریشانی هیجانی در این گروه از بیماران دست یافت. بنابراین این پژوهش با هدف بررسی ارتباط پریشانی روانشناختی و تحمل پریشانی هیجانی در کودکان مبتلا به دیابت مراجعه کننده به بیمارستان علی ابن ابیطالب شهر زاهدان انجام شد.

روش ها:

این پژوهش یک مطالعه توصیفی ـ مقطعی در سال ۱۴۰۲ بر روی ۲۰۰ کودک مبتلا به دیابت ۸ تا ۱۲ سال مبتلا به دیابت نوع یک در شهر زاهدان انجام گرفت. کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زاهدان (IR:ZAUMS.REC.1402.325) اخذ گردید. انتخاب نمونه ها به صورت در دسترس از بین کودکان با تشخیص قطعی دیابت مراجعه کننده به بخش غدد بیمارستان علی ابن ابی طالب زاهدان صورت گرفت. معیار های ورود کودکان سن ۸ تا ۱۲ سال، ابتلا به دیابت نوع یک، و حداقل ۶ ماه از تشخیص قطعی دیابت گذشته باشد، عدم مصرف هر گونه داروی روانپزشکی بود و معیار خروج از مطالعه سوء مصرف مواد، فوت یا بد حال شدن کودک، تجربه ترومای شدید برای کودک در طی ۶ ماه اخیر بود. با استفاده از فرمول دو مرحله ای کوکران حجم نمونه ۲۰۰ نفر برآورد گردید. برای اجرای پژوهش بر اساس ملاک های ورود، کودکان مبتلا به دیابت نوع یک مراجعه کننده به کلینیک غدد بیمارستان علی ابن ابیطالب (ع) شناسایی و ابتدا توضیحاتی در مورد پژوهش و اهداف آن در اختیار کودک و والدین قرار داده شد و در صورت رضایت مورد بررسی قرار گرفتند و فرم اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه های پریشانی روانشناختی و تحمل پریشانی هیجانی در اختیارشان قرار داده شد تا همانجا تکمیل نمایند. در صورت ایجاد ابهام در درک سوالات توضیحات یکسانی در ارتباط با معنا و مفهوم سوالات به همه داده شد. در زمان تکمیل پرسشنامه به آنها اطمینان داده شد که تمام اطلاعات خواسته شده در پرسشنامه به طور محرمانه استفاده می‌شود. در این مطالعه جهت سنجش پریشانی روانشناختی از پرسشنامه پریشانی روانشناختی کسلر و همکاران[1] (۱۹۹۲) استفاده شده است. این پرسشنامه شامل ۱۰ سوال با لیکرت ۵ درجه ای از صفر تا چهار می باشد. نمره بالاتر نشان دهنده پریشانی روانشناختی بالاتر است(۲۱). روایی و پایایی این ابزار در ایران توسط یعقوبی در سال ۲۰۱۶ بررسی و مورد تایید قرار گرفت(۲۲). و جهت سنجش تحمل پریشانی هیجانی از پرسشنامه simons و Gaher (۲۰۰۵) استفاده شده است.

[1] Kessler Psychological Distress Scale

[Downloaded from ijdld.tums.ac.ir on 2025-04-19]

این ابزار شامل ۱۵ سوال می باشد و روی یک مقیاس ۵ امتیازی پاسخ داده می شوند(۲۳). در ایران نیز علوی و همکاران (۱۳۸۸) گزارش کردند که کل مقیاس دارای پایایی همسانی بالا (a = ۰/۷۱) بود(۲۴). داده ها پس از جمع آوری با استفاده از نرم افزار spss نسخه ۲۷مورد تحلیل آماری قرار گرفت. جهت دستیابی به اهداف و پاسخ به سوالات تحقیق، از آمار توصیفی جهت تعیین میانگین و انحراف معیار، و ضرایب همبستگی خطی پیرسن برای بررسی همبستگی بین متغیر های کمی استفاده شد.

یافته ها:

در این مطالعه، ۲۰۰ کودک مبتلا به دیابت نوع یک در سن ۸ تا ۱۲ سال شهر زاهدان شرکت نمودند که در نهایت اطلاعات ۶ نفر به دلیل مخدوش بودن از تحلیل حذف شد. ۱۰۳ (۵۲/۶) نفر از این کودکان دختر و ۹۱ (۴/۴۶) نفر آنان پسر بودند. میانگین و انحراف معیار سنی کودکان ۱/۲۹ ± ۱۰/۰۶ بود. مدت زمان ابتلا به دیابت در این کودکان به طور متوسط ۲۲/۹۲ ماه بود.

نتایج نشان داد که میانگین نمره پریشانی روانشناختی کودکان ۵/۹۴ ± ۳۱/۵۴ و میانگین نمره تحمل پریشانی روانشناختی آنان ۱۳/۰۸ ± ۲۹/۹۲ بود. بر اساس ضریب همبستگی پیرسون، بین نمره پریشانی روانشناختی و تحمل پریشانی روانشناختی کودکان مبتلا به دیابت همبستگی منفی و معنا داری و جود داشت (**r = - ۰/۶۵ و p < ۰/۰۰۱**). بدین معنا که هرچه نمره پریشانی روانشناختی بالاتر باشد، تحمل پریشانی روانشناختی کاهش می یابد(جدول-۱)

جدول ۱- همبستگی بین متغیر پریشانی روانشناختی و تحمل پریشانی روانشناختی در کودکان

متغیر	تحمل پریشانی روانشناختی	سطح معناداری
پریشانی روانشناختی	**- ۰/۶۵**	**۰/۰۱**

پریشانی روانشناختی با جنسیت و قومیت اختلاف معنادار آماری داشت و در کودکان مبتلا به دیابت دختر و قومیت فارس میانگین پریشانی روانشناختی بالاتر از سایرین بود، اما با محل سکونت ارتباط آماری معناداری نداشت (جدول۲).

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات پریشانی روانشناختی در کودکان مبتلا به دیابت براساس متغیرهای دموگرافیک

متغیر		تعداد	درصد	میانگین ± انحراف معیار	p-value
جنسیت	دختر	۱۰۳	۵۱/۵	۳۲/۶۶ ± ۵/۸۰	P<۰/۰۰۱
	پسر	۹۱	۴۵/۵	۲۹/۸۹ ± ۵/۷۷	
قومیت	فارس	۱۱۸	۵۹	۳۳/۰۶ ± ۴/۷۲	P< ۰/۰۰۱
	بلوچ	۵۷	۲۸/۵	۲۷/۶۳ ± ۶/۴۹	
	سایر	۲۵	۱۲/۵	۳۱/۹۲ ± ۶/۰۹	
محل سکونت	شهر	۱۴۶	۷۳	۳۱/۶۵ ± ۵/۸۸	P=۰/۶۴
	روستا	۵۴	۲۷	۳۱/۱۹ ± ۶/۱۷	

[Downloaded from ijdld.tums.ac.ir on 2025-04-19]

تحمل پریشانی نیز با قومیت ارتباط معنا دار آماری داشت و در کودکان با قومیت بلوچ نمره تحمل پریشانی بالاتری مشاهده گردید. اما با متغیر های جنسیت و محل سکونت ارتباط معنا دار آماری نداشت (جدول۳).

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار نمرات تحمل پریشانی در کودکان مبتلا به دیابت براساس متغیرهای دموگرافیک

متغیر		تعداد	درصد	میانگین ± انحراف معیار	p-value
جنسیت	دختر	۱۰۳	۵۱/۵	۲۵/۵۷ ± ۱۰/۲۷	P=۰/۰۰۴
	پسر	۹۱	۴۵/۵	۲۹/۷۷ ± ۱۰/۱۳	
قومیت	فارس	۱۱۸	۵۹	۲۵/۳۷ ± ۱۰/۲۶	P<۰/۰۰۱
	بلوچ	۵۷	۲۸/۵	۳۲/۴۲ ± ۸/۶۰	
	سایر	۲۵	۱۲/۵	۲۶/۵۶ ± ۱۱/۳۶	
محل سکونت	شهر	۱۴۶	۷۳	۲۶/۹۴ ± ۱۰/۰۲	P=۰/۱۴
	روستا	۵۴	۲۷	۲۹/۵۹ ± ۱۱/۴۶	

جدول ۴- ضریب همبستگی سن با نمرات پریشانی روانشناختی و تحمل پریشانی در کودکان مبتلا به دیابت

		پریشانی روانشناختی	تحمل پریشانی
سن	ضریب پیرسون	۰/۱۶ -	۰/۱۰
	Sig (2-tailed)	۰/۰۲	۰/۰۴

بحث

این مطالعه با هدف تعیین ارتباط بین پریشانی روانشناختی و تحمل پریشانی روانشناختی کودکان مبتلا به دیابت انجام شد. نتایج نشان دهنده این بود که اکثر بیماران دارای نمره پریشانی روانشناختی و تحمل پریشانی در حد متوسط بودند و بین نمره پریشانی

پذیرفته شده

[Downloaded from ijdld.tums.ac.ir on 2025-04-19]

روانشناختی و تحمل پریشانی روانشناختی کودکان مبتلا به دیابت همبستگی منفی و معنادار وجود دارد. نتایج این مطالعه با مطالعه Delamater و همکاران (۲۰۱۸) همسو می باشد که بیان نمودند؛ کودکان مبتلا به دیابت نوع یک در مقایسه با کودکان سالم در خطر مشکلات روانشناختی بیشتری از جمله افسردگی، اضطراب، پریشانی و مشکلات رفتاری هستند(۲۵). همچنین یافته های این پژوهش با مطالعه دیگری که توسط Reynolds و همکاران (۲۰۱۱) با هدف بررسی مشکلات روانشناختی کودکان مبتلا به دیابت در مقایسه با گروه همسالان انجام دادند، همسو می باشد که بیان نمودند این کودکان در مقایسه با همسالان سالم خود مشکلات روان شناختی بیشتری از جمله پریشانی روانی و مشکلات رفتاری را تجربه می کنند(۲۶). از جمله نتایج دیگر همسو با مطالعه حاضر می توان به مطالعه ای که توسط Riitta Hannonen و همکاران (۲۰۱۵) تحت عنوان پریشانی روانی کودکان مبتلا به دیابت انجام دادند، اشاره نمود که نتایج نشان داد کودکان مبتلا به دیابت مشکلات درونی بیشتری نسبت به گروه کنترل داشتند و این مشکلات با کنترل ضعیف گلیسمی در مراحل اولیه بیماری و استفاده از پمپ های انسولین در دختران همراه بود(۲۷). پریشانی با انجام رفتار های ناسالم از سوی بیماران همراه است که عوارض بیماری دیابت و خطر مرگ را افزایش می دهد به گونه ای که بیماران دارای پریشانی و اضطراب استقبال پایینی از درمان و خود مراقبتی دارند(۲۸). Dybdal و همکاران (۲۰۱۷) بیان نمودند سال ها پس از شروع بیماری دیابت نوع ۱ در کودکان، خطر ابتلا به اختلالات خوردن، اختلالات اضطرابی و خلقی، سوء مصرف مواد و اختلالات شخصیتی افزایش می یابد. و نیاز به نظارت بر سلامت روان کودکان و نوجوانان پس از شروع دیابت نوع ۱ را برای شناسایی و درمان مشکلات روانپزشکی مرتبط با این بیماری را برجسته می کند(۲۹). در تفسیر یافته ها میتوان بیان نمود با توجه به اینکه کودکان مبتلا به دیابت در سن پایین مسائلی همچون تزریق روزانه انسولین، افزایش یا کاهش قند خون، منع مصرف برخی مواد خوراکی را تجربه می کنند و برایشان سخت و استرس زا است و در نهایت موجب بروز پریشانی و اضطراب در کودکان مبتلا به دیابت می گردد. همچنین این یافته ها حاکی از آن است که کودکانی که قادر به مدیریت و تحمل بهتر استرس های مرتبط با بیماری خود هستند، از سطح پایین تری از پریشانی روانشناختی رنج می برند. این مساله می تواند بیان کننده ی اهمیت آموزش مهارت های مقابله ای و مدیریت استرس در برنامه های درمانی و آموزشی برای این کودکان باشد. نتایج این مطالعه نشان داد که نمره تحمل پریشانی در کودکان مبتلا به دیابت نوع ۱ در قوم بلوچ نسبت به قوم فارس بالاتر است که عوامل متعددی می توانند این یافته را توجیه کنند از جمله خانواده محور بودن فرهنگ بلوچ، قوی بودن از نظر شخصیت و سازگاری با فشار های روانی می تواند به افزایش تحمل پریشانی کمک کند. همچنین نتایج مطالعه نشان داد که میانگین نمره پریشانی روانشناختی کودکان مبتلا به دیابت در جامعه دختران مورد مطالعه و قومیت فارس بالاتر بود. در توجیه این تفاوت شاید بتوان گفت که دختران بیشتر از پسران احساسات خود را بیشتر ابراز کرده و در نتیجه پریشانی روانشناختی بیشتری را تجربه کنند.

پذیرفته شده

[Downloaded from ijdld.tums.ac.ir on 2025-04-19]

تفاوت در مدت زمان ابتلا ، انجام پژوهش در منطقه ی جغرافیایی خاصی نسبت به کل کشور، از جمله محدودیت های این پژوهش بود. با توجه به درصد بالای کودکان مبتلا به دیابت و میزان پریشانی روانشناختی آن ها و نظر به شیوع روز افزون استفاده از گوشی های هوشمند، پیشنهاد می شود مطالعه ای با بررسی تاثیر آموزش از راه دور بر پریشانی روانشناختی کودکان مبتلا به دیابت طراحی و انجام شود.

در نهایت یافته های این پژوهش نشان داد با توجه به رابطه بین نمره پریشانی روانشناختی و تحمل پریشانی روانشناختی می توان با بالا بردن سطح تحمل پریشانی روانشناختی کودکان مبتلا به دیابت موجب کاهش پریشانی و مشکلات رفتاری این کودکان شد و اهمیت این یافته در جهت انجام اقداماتی برای افزایش میزان تحمل پریشانی بیماران مبتلا به دیابت می باشد و بر ضرورت گسترش برنامه های حمایتی و درمانی جهت بهبود سلامت روان کودکان مبتلا به دیابت تاکید می کند. همچنین پرستاران با ارائه آموزش، حمایت عاطفی و مداخلات مناسب می توانند به کاهش پریشانی روانشناختی در این گروه سنی کمک کنند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی خود را از معاونت تحقیقات و فناوری، پرستاران بیمارستان علی ابن ابی طالب (ع) ، و کودکان و خانواده های آنها که با مشارکت خود انجام این پژوهش را میسر کردند، اعلام می دارند.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ گونه تعارض منافعی ندارند.

ملاحظات اخلاقی

مطالعه حاضر به تایید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زاهدان با کد اخلاق ۳۲۵. ۱۴۰۲. IR.ZAUMS.REC رسیده. اطلاعات مربوط به اجرای پژوهش، مدت مطالعه، محرمانه بودن و ناشناس بودن داده ها و اختیاری بودن شرکت در مطالعه به طور کامل به شرکت کنندگان داده شد. رضایت آگاهانه ی کتبی از شرکت کنندگان گرفته شد.

سهم نویسندگان

تمام نویسندگان در نگارش مقاله سهیم بودند.

پذیرفته شده

[Downloaded from ijdld.tums.ac.ir on 2025-04-19]

حمایت مالی

مطالعه حاضر منتج از طرح تحقیقاتی دانشجویی به شماره ۱۱۱۴۵در دانشگاه علوم پزشکی زاهدان است.

References

1. Izadi tameh A, Naderi far M, Naderi Far A, Nikbakht R. Depression in patiens with diabetes: A review article.. Journal of Diabetes Nursing. 2015; 2(2): 77-83.
2. Baghaei N, Nandigam D, Casey J, Direito A, Maddison R. Diabetic Mario: Designing and evaluating mobile games for diabetes education. Games for Health Journal. 2016; 5(4): 270-8.
3. Moulin J, Castets S, Galon-Faure N, Jego M, Reynaud R. Hospital-based home care for young children newly diagnosed with type 1 diabetes: Assessing expectations and obstacles in families and general practitioners. Arch Pediatr. 2019 Sep;26(6):324-329. doi: https://doi.org/10.1016/j.arcped.2019.08.002
4. Najaf abadi Maryam M. Effectiveness of Acceptance & Commitment Therapy on School Phobia in Children with Type 1 Diabetes. JSSU 2016; 24 (4) :304-316 URL: http://jssu.ssu.ac.ir/article-1-3406-fa.html
5. Forouhi NG, Wareham NJ. Epidemiology of diabetes. Medicine (Abingdon). 2014 Dec;42(12):698-702. doi: https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2014.09.007
6. Nouwen A, Nefs G, Caramlau I, Connock M, Winkley K, Lloyd CE, Peyrot M, Pouwer F; European Depression in Diabetes Research Consortium. Prevalence of depression in individuals with impaired glucose metabolism or undiagnosed diabetes: a systematic review and meta-analysis of the European Depression in Diabetes (EDID) Research Consortium. Diabetes Care. 2011 Mar;34(3):752-62. doi: https://doi.org/10.2337/dc10-1414
7. Nejati Safa AA, Larijani B, Shariati B, Amini H, Rezagholizadeh A. Depression, quality of life and glycemic control in patients with diabetes. Iran J Diabetes Lipid Disord 2007; 7: 195-204. [Persian]
8. Grudziąż-Sękowska J, Zamarlik M, Sękowski K. Assessment of Selected Aspects of the Quality of Life of Children with Type 1 Diabetes Mellitus in Poland. Int J Environ Res Public Health. 2021 Feb 22;18(4):2107. doi: https://doi.org/10.3390/ijerph18042107
9. Shokrekhodayi N, Yoosefi Z. Comparison the Behavioral Disorders and Mother -Child Relationship in Diabetic and Normal Children of Isfahan City. Journal of Excellence in counseling and psychotherapy. 2020;9(35):1 -10. [In Persian].
10. Zysberg L, Lang T. Supporting parents of children with type I diabetes mellitus: A literature review. Patient Intelligence. 2015;7:21-31.
11. Choi NG, Sullivan JE, DiNitto DM, Kunik ME. Associations between psychological distress and health-related behaviors among adults with chronic kidney disease. Prev Med. 2019 Sep;126:105749. doi: https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.06.007
12. Novic AJ, Seib C, Burton NW. Longitudinal Association of Physical Activity, Mastery and Psychological Distress in Mid-Aged Adults over 9-Years. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022; 19(21):14052. https://doi.org/10.3390/ijerph192114052
13. Lipscombe C, Burns RJ, Schmitz N. Exploring trajectories of diabetes distress in adults with type 2 diabetes; a latent class growth modeling approach. J Affect Disord. 2015 Dec 1;188:160-6. doi: https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.08.003

[Downloaded from ijdld.tums.ac.ir on 2025-04-19]

14. Polonsky WH, Fisher L, Earles J, Dudl RJ, Lees J, Mullan J, Jackson RA. Assessing psychosocial distress in diabetes: development of the diabetes distress scale. Diabetes Care. 2005 Mar;28(3):626-31. doi: https://doi.org/10.2337/diacare.28.3.626
15. Conflict, Quality of Life, and Patient Perception of Chronic Illness Care in a Cohort of Patients With Type 2 Diabetes and Other Comorbidities. Diabetes Care. 2019 Jul;42(7):1170-1177. doi: https://doi.org/10.2337/dc18-1256
16. Potter CM, Vujanovic AA, Marshall-Berenz EC, Bernstein A, Bonn-Miller MO. Posttraumatic stress and marijuana use coping motives: the mediating role of distress tolerance. J Anxiety Disord. 2011 Apr;25(3):437-43. doi: https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.11.007
17. Keough ME, Riccardi CJ, Timpano KR, Mitchell MA, Schmidt NB. Anxiety symptomatology: the association with distress tolerance and anxiety sensitivity. Behav Ther. 2010 Dec;41(4):567-74. doi: https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.04.002.
18. Maleki, B. (2021). The relationship between cognitive regulation of emotion and anxiety of corona disease in the elderly: the mediating role of distress tolerance. Journal of Psychology of Aging. 7 (4): 317-330.
19. Roohi R, Soltani AA, Zinedine Meimand Z, Razavi Nematollahi V. The Effect of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Increasing the SelfCompassion, Distress Tolerance, and Emotion Regulation in Students with Social Anxiety Disorder. Journal of Childeren Mental Health 2019; 6 (3) :173-187.
20. Sadeghi M, Safari-Mousavi SS, Farhadi M, Amiri M. The Role of Psychological Flexibility and SelfCompassion in Predicting Depression, Anxiety and Stress in Patients with Type 2 Diabetes. Journal of Isfahan Medical School 2017; 35(452): 1468-75.
21. Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SL, Walters EE, Zaslavsky AM. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. Psychol Med. 2002 Aug;32(6):959-76. doi: https://doi.org/10.1017/s0033291702006074
22. Yaghubi H. Psychometric Properties of the 10 Questions Version of the Kessler Psychological Distress Scale (K-10). Applied Psychological Research Quarterly 2016, 6(4),45-57.
23. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and Validation of a self-report measure. Motivation and emotion 2005; 29(2):83-102.
24. Alavi Kh, Modarres Gharavi M, Amin-Yazdi SA, Salehi Fadardi J. Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students. Journal of Fundamentals of Mental Health 2011; 13(2): 124-35. [In Persian]
25. Delamater AM, de Wit M, McDarby V, Malik JA, Hilliard ME, Northam E, Acerini CL. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2018: Psychological care of children and adolescents with type 1 diabetes. Pediatr Diabetes. 2018 Oct;19 Suppl 27:237-249. doi: https://doi.org/10.1111/pedi.12736
26. Reynolds KA, Helgeson VS. Children with diabetes compared to peers: depressed? Distressed? A meta-analytic review. Ann Behav Med. 2011 Aug;42(1):29-41. doi: https://doi.org/10.1007/s12160-011-9262-4.
27. Hannonen R, Eklund K, Tolvanen A, Komulainen J, Riikonen R, Delamater AM, Ahonen T. Psychological distress of children with early-onset type 1 diabetes and their mothers' well-being. Acta Paediatr. 2015 Nov;104(11):1144-9. doi: https://doi.org/10.1111/apa.13144.
28. Mennin DS, Ellard KK, Fresco DM, Gross JJ. United we stand: Emphasizing commonalities across cognitivebehavioral therapies. Behav Ther 2013;44(2):234-48
29. Dybdal D, Tolstrup JS, Sildorf SM, Boisen KA, Svensson J, Skovgaard AM, Teilmann GK. Increasing risk of psychiatric morbidity after childhood onset type 1 diabetes: a population-based cohort study. Diabetologia. 2018 Apr;61(4):831-838. doi: https://doi.org/10.1007/s00125-017-4517-7

[Downloaded from ijdld.tums.ac.ir on 2025-04-19]