

Study of the Psychological Profile in Diabetic Patient and its Relationship with their Social Support

Atadokht A^{*1}, Narimani M¹, Ahadi B¹, Abolghasemi A¹, Zahed A¹, Iranparvar M²

¹ Department of Psychology, School of Psychology, University of Mohaghegh ardabili, Ardabil, Iran

² Department of Internal Medicine, School of Medicine, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

*Corresponding Author. Tel: +989144529612 Fax: +984515510132 E-mail: ak_atadokht@yahoo.com

Received: 1 Aug 2011 Accepted: 5 Aug 2012

ABSTRACT

Background & objectives: Diabetes mellitus is a common metabolic disorder that has negative effect on physical function, psychological condition, interpersonal, family and social relationship and in general, on psychological well being. The aim of this study was to investigate of psychological profile in diabetic patients and it's relationship with social support.

Methods: In this descriptive-correlational study, 120 diabetic patients have been selected among of those that systematically referred to Diabetes Clinic of Emam Khomeini Hospital in order to follow their therapeutic process in Ardabil. Data gathering was accomplished by two tests: SCL-90-R and Social Support Scale. Finally data were analyzed by Pearson correlation coefficient and T-test on SPSS-17 software and p-value less than 0.05 considered as significant.

Results: Results showed that 70% of diabetic patients had problems in somatic complaint and obsession, 62.5% in sensitivity, 72.5% in depression, 62.5% in anxiety, 55% in hostility, 67.5% in paranoid thoughts, 27.5% in phobia and 37.5% in psychosis. Correlations between social support with somatic complaint, obsession, sensitivity, depression, anxiety, hostility and paranoid thoughts were negatively significant. Family support associated significantly with all of the psychological variables but friend Support had no significant correlation with them.

Conclusion: The range of psychological problems experienced by diabetic patients is more extensive and these problems have significant relationship with social support. Thus, attention to different dimensions of psychological health is necessary and social support-based interventions can be more effective.

Key words: Psychological Profile; Social Support; Diabetes

بررسی روانشناسی بیماران دیابتی و ارتباط آن با حمایت اجتماعی

اکبر عطادخت^{*}، محمد نریمانی^۱، بتول احمدی^۲، عباس ابوالقاسمی^۱، عادل زاهد^۱، منوچهر ایران پرور^۲

^۱ گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه حقوق اردبیلی، اردبیل، ایران
^۲ گروه بیماریهای داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

*نویسنده مسئول: ak_atadokht@yahoo.com | تلفن: ۰۹۱۴۴۵۲۹۶۱۲ | فاکس: ۰۹۱۴۱۵۵۱۰۱۳۲

چکیده

زمینه و هدف: دیابت قندی یک بیماری متابولیک شایع است که روی عملکرد فیزیکی، وضعیت روانی، ارتباطات بینفردى، خانوادگی و اجتماعی و به طور کلی سلامت عمومی و بهزیستی روانشناسی بیماران تأثیر منفی دارد. هدف پژوهش حاضر بررسی روانشناسی مبتلایان به دیابت و رابطه آن با حمایت اجتماعی بود.

روش کار: در این مطالعه‌ی توصیفی- همبستگی، از بین بیمارانی که جهت پیگیری روند درمانی خود به طور منظم به کلینیک دیابت بیمارستان امام خمینی اردبیل مراجعه کرده بودند، تعداد ۱۲۰ نفر با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شد. برای جمع آوری داده‌ها از آزمون‌های SCL-90-R و مقیاس حمایت اجتماعی استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز از ضریب همبستگی پیرسون و آزمون T مستقل استفاده شد ($P < 0.05$).

یافته‌ها: نتایج نشان داد که ۸۴ نفر (۷۰٪) از بیماران مورد مطالعه در بعد شکایت جسمانی، ۸۴ نفر (۷۰٪) در وسوسات، ۷۵ نفر (۶۲٪) در بعد حساسیت در روابط متقابل، ۸۷ نفر (۷۲٪) در افسردگی، ۷۵ نفر (۶۲٪) در اضطراب، ۶۶ نفر (۵۵٪) در خصومت، ۳۳ نفر (۲۷٪) در ترس مرضی، ۸۱ نفر (۶۷٪) در افکار پارانوییدی و ۷۲ نفر (۶۰٪) در بعد روانپریشی با داشتن نمره‌ی بالاتر از ۱ مشکل دار می‌باشند. همچنین نتایج نشان داد که حمایت اجتماعی با ابعاد شکایت جسمانی، وسوسات، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، خصومت و افکار پارانوییدی رابطه‌ی منفی معنی‌دار داشته ($P < 0.05$) ولی با ترس مرضی و روانپریشی رابطه‌ی معنی‌دار نداشت.

نتیجه‌گیری: بیماران مبتلا به دیابت، در تابلوی بالینی خود اختلالات و علایم روانشناسی متعددی دارند و علایم و اختلالات روانشناسی آنها با میزان حمایت اجتماعی‌شان رابطه‌ی معنی‌دار دارند. از این رو، توجه به ابعاد مختلف سلامت روانشناسی ضروری است و مداخلات مبتنی بر حمایت اجتماعی می‌تواند مؤثرتر باشد.

کلمات کلیدی: نیمرخ روانشناسی، حمایت اجتماعی، دیابت

دریافت: ۹۰/۵/۱۰ | پذیرش: ۹۱/۵/۱۵

مختلف گزارش شده است [۱]. این میزان شیوع، روند رو به رشدی دارد به طوری که طبق برآورد سازمان جهانی بهداشت، تعداد مبتلایان به دیابت در سال ۲۰۲۵ به ۳۳۳ میلیون نفر در جهان خواهد رسید. از طرف دیگر منطقه‌ی آسیای میانه یکی از مراکز رشد اپیدمیک سریع دیابت در جهان می‌باشد [۲،۳]. ایران نیز جزء کشورهایی است که به میزان زیاد در معرض افزایش خطر ابتلا به دیابت قرار دارد به طوری که بر اساس مطالعات اخیر ۱۴ تا ۲۳ درصد ایرانیان بالغ بالای ۳۰ سال دیابتی بوده و یا

مقدمه

ابتلا به یک بیماری مزمن موجب تحمل هزینه‌های فراوان بر بیماران و خانواده‌هایشان می‌شود. یکی از بیماریهای مزمن شایع که از دسته‌ی اختلالات متابولیک محسوب شده و توجه پزشکان و روانشناسان را به خود جلب کرده، بیماری دیابت شیرین^۱ است که به عنوان ششمین و یا هفتمین عامل مرگ و میر در آمریکا معرفی شده و میزان شیوع آن در جهان بین ۷/۸٪ تا ۱۵/۵٪ در گروه‌های نژادی

^۱ Mellitus Diabetes

هم ابتلایی بیماری دیابت با عالیم و اختلالات روانشناختی تأثیر بسیار منفی روی تشدید عالیم، بروز عوارض جانبی مختلف، کاهش پاسخگویی به درمان و حتی افزایش مرگ و میر بیماران دیابتی دارد. به عنوان مثال می‌توان به اثر منفی اختلالات روانی در کنترل قند خون [۲۲]، دریافت بیشتر نسخه‌های درمانی، نیاز بیشتر به استفاده از مراقبت‌های سرپایی و افزایش ۴/۵ برابر هزینه‌های مراقبتی بیماران دیابتی افسرده در مقایسه با غیر افسردها [۲۳]، تأثیر منفی اختلالات روانی روی پیش‌آگاهی بیماران [۲۴]، و افزایش عوارض بیماری و میزان مرگ و میر در بیماران دیابتی در نتیجه‌ی ابتلا به افسردگی [۲۶، ۲۵] اشاره نمود. بنابراین تلاش‌ها برای شناسایی عالیم اختلالات روانی و همچنین شناسایی عوامل مرتبط با عالیم روانشناختی بیشتر شده است.

بر اساس بررسی‌های انجام شده، یکی از عوامل اصلی مرتبط با عالیم روانشناختی دیابت، حمایت اجتماعی است که تعیین کننده مستقل اضطراب و افسردگی در آنها محسوب می‌شود [۱۸]. رابطه‌ی منفی و معکوس بین عالیم روانشناختی به ویژه عالیم افسردگی و حمایت اجتماعی، هم در مطالعات مقطعی و هم در مطالعات طولی تایید شده است [۲۸، ۲۷]. عملکرد روانشناختی افراد دیابتی با احساس حمایت اجتماعی آنها رابطه دارد و احساس حمایت نیز به صورت مستقیم یا غیر مستقیم با کنترل قند خون مرتبط است [۲۹، ۳۰]. بنابراین حمایت اجتماعی می‌تواند به سازگاری بهتر بیماران دیابتی، افزایش رفتارهای خودمراقبتی و تصمیم گیری مبتنی بر اطلاعات کمک کند [۳۱].

بنابراین اکثر تحقیقات انجام شده در زمینه‌ی عالیم روانشناختی دیابت، عمدتاً روی افسردگی و اضطراب متمرکز شده و در زمینه‌ی بررسی جامعتر نیمرخ روانشناختی دیابتی‌ها خلاصه مطالعاتی دیده می‌شود. در مورد نقش حمایت اجتماعی در بیماران دیابتی نیز کارهایی انجام شده ولی ارتباط آن با نیمرخ

مبتلا به اختلال عدم تحمل گلوکز (IGT)^۱ هستند و تقریباً ۲۵٪ موارد IGT در آینده به دیابت مبتلا می‌شوند [۴].

بیماری دیابت روی عملکرد فیزیکی، وضعیت روانی، ارتباطات بین فردی، خانوادگی، اجتماعی و به طور کلی روی سلامت عمومی و بهزیستی روانشناختی بیماران تأثیر منفی دارد [۵] و می‌تواند علاوه بر ایجاد عوارض فیزیکی و جسمی، عالیم روانپزشکی متعددی را نیز ایجاد نموده [۶] و حتی احتمال ابتلا به اختلالات روانی را نیز افزایش دهد [۷].

تحقیقات انجام شده نشان می‌دهند که میزان شیوع اختلالات روانی در بین بیماران دیابتی بیشتر از آزمودنی‌های غیر دیابتی است [۸] و این میزان شیوع تا ۴۱/۵٪ در بیماران دیابتی تازه مبتلا شده گزارش شده است [۹].

شایع‌ترین نوع اختلال روانی در بین دیابتی‌ها، افسردگی می‌باشد [۱۰-۱۳] که میزان شیوع آن را تا دو برابر افراد عادی [۱۳، ۱۴]، بیشتر از دو برابر [۱۵] و حتی تا سه برابر سایر بیماریهای مزمن [۱۱] گزارش کرده‌اند. بنابراین اختلال افسردگی هم ابتلایی با بیماری دیابت دارد [۱۶] که هم در دیابت نوع ۱ و هم در دیابت نوع ۲ شایع است و تأییرات قابل ملاحظه‌ای روی دوره‌ی بیماری و پیامدهای آن دارد [۱۷].

مطالعات دیگر نشان می‌دهند که اختلالات اضطرابی با میزان شیوع ۴۱/۷٪ از دیگر اختلالات روانی شایع در بیماران دیابتی است [۱۸]. شایع‌ترین نوع اختلال اضطرابی نیز اضطراب تعمیم یافته است که در ۱۴ درصد بیماران دیده می‌شود. میزان شیوع عالیم اضطراب در بین بیماران دیابتی نوع ۱ و ۲ تفاوتی نداشته ولی در زنان شایع‌تر از مردان می‌باشد [۱۹]. اختلال خوردن [۲۰] و اختلال پانیک [۲۱] نیز از دیگر اختلالات روانشناختی شایع در بین مبتلیان به دیابت محسوب می‌شود.

^۱ Impaired Glucose Tolerance

برای جمع‌آوری داده‌ها از دو نوع ابزار استفاده شد: ۱- آزمون SCL-90-R^۱: این آزمون که توسط دراگوتیس^۲ و همکاران در سال ۱۹۷۳ تهیه گردیده شامل ۹۰ سوال پنج درجه ای (هیچ، کمی، تا حدی، زیاد و خیلی زیاد) است که به ترتیب امتیازات صفر تا ۴ را می‌گیرند. سوالات این آزمون ۹ بعد مختلف را مورد سنجش قرار می‌دهد که عبارتند از: شکایت جسمانی، وسوسات، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، خصومت، ترس مرضی، افکار پارانوییدی، و روانپریشی. ضرایب پایایی سلامت روانی کلی و هر یک از ابعاد نه گانه‌ی این آزمون با روش‌های بازآزمایی، آلفای کرونباخ و کوئریچاردسون ۰/۷۷، بین ۰/۹۰ تا ۰/۹۰ گزارش گردیده و رضایی (۱۳۷۶) ضرایب اعتبار همزمان بر اساس تحلیل عوامل ساخت و اعتباریابی شده ۰/۳۸ تا ۰/۶۶ را برآورد کرده‌اند [۳۳]. ۲- مقیاس حمایت اجتماعی: این مقیاس که توسط ثامنی (۱۳۷۴) بر اساس تحلیل عوامل ساخت و اعتباریابی شده آیتم دارد که از سوی آزمودنی به صورت درست و نادرست پاسخ داده می‌شود. به این گزینه‌ها نمرات ۱ و ۰ اختصاص می‌یابد. ۱۴ آیتم این مقیاس حمایت اجتماعی مربوط به دوستان و ۱۴ آیتم دیگر حمایت اجتماعی مربوط به خانواده را می‌سنجد. ضریب پایایی از طریق آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۳، و عامل حمایت اجتماعی مربوط به دوستان، ۰/۶۳ و ۰/۸۹ عامل حمایت اجتماعی مربوط به خانواده، می‌باشد. ضریب همبستگی بین نمرات کل مقیاس با هم چنین همبستگی بین نمره‌های عامل مربوط به حمایت اجتماعی دوستان و حمایت اجتماعی مربوط به خانواده با سوالات مربوط به اعتبار سازه حمایت اجتماعی به ترتیب ۰/۵۱ و ۰/۵۷ می‌باشد [۳۳]. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز از ضریب همبستگی

روانشناسی خیلی کمتر مورد توجه قرار گرفته و محدود مطالعاتی که در این زمینه انجام شده عمدتاً رابطه‌ی آن را با افسردگی بررسی کرده‌اند. بنابراین این مطالعه با هدف بررسی کامل‌تر نیمرخ روانشناسی مبتلایان به دیابت و رابطه‌ی آن با حمایت اجتماعی انجام گرفت.

روش کار

جامعه‌ی آماری این پژوهش که از نوع توصیفی همبستگی بود، متشکل از کلیه‌ی بیماران دیابتی بودند که در کلینیک دیابت بیمارستان امام خمینی اردبیل تشکیل پرونده داده و جیت پیگیری روند درمانی خود در فاصله‌ی ماههای اردیبهشت، خرداد و تیر ۱۳۹۰، به این کلینیک مراجعات منظم داشتند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: داشتن سابقه‌ی دیابت به مدت حداقل یک سال، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتمن به طوری که قادر به پاسخگویی به سوالات آزمون باشد، عدم ابتلا به عقب‌ماندگی ذهنی، عدم ابتلا به اختلال روانپریشی شدید که بر اساس وجود یا عدم وجود علیم و نشانه‌های آزمون واقعیت مختل قبل از اجرای آزمون مشخص می‌شدند، عدم وجود مشکلات جسمانی شدید بر اساس اطلاعات پزشکی موجود در پرونده تشخیص داده می‌شدند، داشتن پرونده در درمانگاه دیابت بیمارستان و ارائه‌ی رضایت نامه‌ی مکتوب برای شرکت در پژوهش و تکمیل فرم مربوطه برای رعایت اصول اخلاقی.

از بین جامعه‌ی آماری مذکور، با توجه به حداقل نمونه‌ها که در تحقیقات توصیفی ۱۰۰ نفر می‌باشد [۳۲]، با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی تعداد ۱۲۰ نفر (۳۹ نفر مذکر و ۸۱ نفر موئث؛ ۵۴ نفر دیابت نوع یک و ۶۶ نفر دیابت نوع دو) انتخاب شدند.

¹ Symptom Chek-List

² Deragotis

جدول ۱ فراوانی و درصد شیوع اختلالات مختلف روانی را در بین بیماران دیابتی نشان می‌دهد. همان طوری که در این جدول مشاهده می‌شود بیشترین فراوانی اختلالات مربوط به اختلال افسردگی (۷۲/۵٪) و کمترین فراوانی مربوط به اختلال ترس مرضی (۳۳٪) می‌باشد (ملاک تشخیص وجود اختلال نمره‌ی GSI^۱ یک و بالاتر می‌باشد). در نمودار ۱ نیمرخ روانشناختی بیماران مبتلا به دیابت آورده شده است. همان‌طوری که در نمودار مشاهده می‌شود، شدیدترین اختلال در بین بیماران دیابتی افسردگی (۱/۵۴) بوده و پایین‌ترین نمره نیز مربوط به ترس مرضی (۰/۶۹) می‌باشد که چون زیر ۱ است اختلال محسوب نمی‌شود.

در جدول ۲ رابطه‌ی بین مقیاس‌های حمایت اجتماعی و ابعاد SCL-90-R نشان داده شده است. یافته‌های این جدول نیز نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی

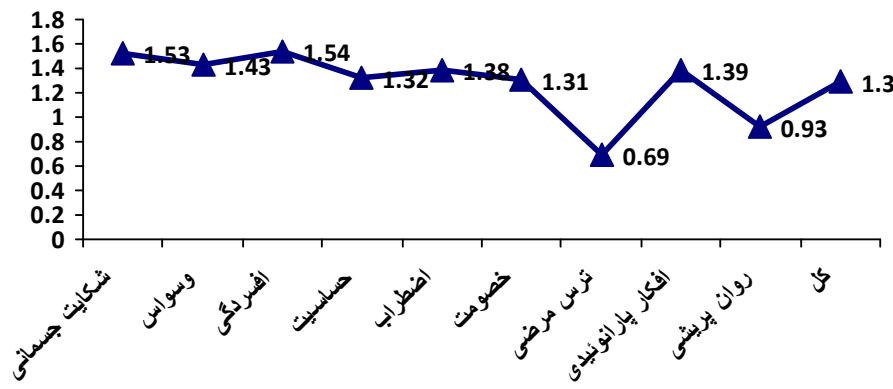
پیرسون و آزمون T مستقل در نرم افزار SPSS-17 استفاده شد ($P < 0.05$).

یافته‌ها

از کل بیماران دیابتی مورد مطالعه، تعداد ۳۹ نفر (۳۲/۵٪) مرد و تعداد ۸۱ نفر (۶۷/۵٪) زن بودند، تعداد ۵۴ نفر (۴۵٪) مبتلا به دیابت نوع یک و ۶۶ نفر (۵۵٪) مبتلا به دیابت نوع دو بودند. میانگین سنی بیماران $۱۵/۰\pm ۱/۵$ بوده و میانگین سابقه‌ی بیماری آنها نیز $۳/۷\pm ۰/۷$ سال بود. از لحاظ وضعیت تأهیل نیز تعداد ۵ نفر (۱۷٪) مجرد، ۱۰۳ نفر (۸۳٪) متتأهیل و ۱۲ نفر (۱۰٪) بیوه و مطلقه بودند. تعداد ۶۲ نفر (۵۱/۶٪) از بیماران مورد مطالعه دارای تحصیلات سیکل، ۵۱ نفر (۴۲/۵٪) دبیرستانی و دیپلم و ۷ نفر (۵/۸٪) تحصیلات بالاتر از دیپلم داشتند.

جدول ۱. فراوانی و درصد شیوع اختلالات مختلف روانی در بین بیماران دیابت

شاخص	شکایت	وسواس	افسردگی	حساست	اضطراب	خصوصت	ترس	پارانوییدی	افکار	روان	نمره‌ی
آماری	جسمانی			در روابط				پریشی			کل
۰.۶۰	۰.۳۷/۵	۰.۶۷/۵	۰.۲۷/۵	۰.۵۵	۰.۶۲/۵	۰.۱۲/۵	۰.۶۲/۵	۰.۵۵	۰.۳۳	۰.۸۱	۰.۴۵
درصد											۷۲



^۱ General Symptom Index

جدول ۲. مقایسه نمرات GSI و مقیاس‌های حمایت اجتماعی در بیماران دیابتی نوع ۱ و ۲

متغیرها	گروهها	میانگین	انحراف معیار	T	درجه آزادی	سطح معنی داری	GSI
شکایت جسمانی	دیابت نوع ۱	۱/۵۴	.۹/	.۱۲	۱۱۸	.۹/	.۹/
	دیابت نوع ۲	۱/۵۲	.۹۴				
GSI وسوسات	دیابت نوع ۱	۱/۴۸	.۸۳	.۴۶	۱۱۸	.۶۴	.۶۴
	دیابت نوع ۲	۱/۳۹	.۸۵				
GSI افسردگی	دیابت نوع ۱	۱/۶۵	.۸۹	.۱۰۲	۱۱۸	.۳۱	.۳۱
	دیابت نوع ۲	۱/۴۵	.۸۷				
GSI حساسیت در روابط متقابل	دیابت نوع ۱	۱/۳۴	.۸۷	.۱۸	۱۱۸	.۸۶	.۸۶
	دیابت نوع ۲	۱/۳۱	.۷۹				
GSI اضطراب	دیابت نوع ۱	۱/۵۱	.۹۴	.۱۰۵	۱۱۸	.۲۹	.۲۹
	دیابت نوع ۲	۱/۲۸	.۸۹				
GSI خصومت	دیابت نوع ۱	۱/۴۶	.۹۱	.۱۱۹	۱۱۸	.۲۴	.۲۴
	دیابت نوع ۲	۱/۲	۱				
GSI ترس مرضی	دیابت نوع ۱	۱/۸۴	.۷۷	.۱۵	۱۱۸	.۱۴	.۱۴
	دیابت نوع ۲	۰/۵۷	.۷۶				
GSI افکار پارانوییدی	دیابت نوع ۱	۱/۳۵	.۸۲	.۳۶	۱۱۸	.۷۲	.۷۲
	دیابت نوع ۲	۱/۴۲	.۹۸				
GSI روان پریشی	دیابت نوع ۱	۱	.۷۱	.۷۴	۱۱۸	.۴۶	.۴۶
	دیابت نوع ۲	۰/۸۸	.۷۲				
GSI کل	دیابت نوع ۱	۱/۳۷	.۷۱	.۷۲	۱۱۸	.۴۷	.۴۷
	دیابت نوع ۲	۱/۲۶	.۷۲				
حمایت اجتماعی دوستان	دیابت نوع ۱	۸	.۲۳	.۶	۱۱۸	.۵۵	.۵۵
	دیابت نوع ۲	۸/۴۳	.۰۷				
حمایت اجتماعی خانواده	دیابت نوع ۱	۱۰/۶۷	.۷۹	.۰۴	۱۱۸	.۳۰	.۳۰
	دیابت نوع ۲	۱۱/۳۴	.۸۳				
حمایت اجتماعی کل	دیابت نوع ۱	۱۸/۶۷	.۷۶	.۹۸	۱۱۸	.۳۳	.۳۳
	دیابت نوع ۲	۱۹/۷۷	.۰۱				

جدول ۴ مقایسه نمرات GSI و مقیاس‌های حمایت اجتماعی را در دو گروه از بیماران دیابتی مرد و زن با رعایت پیش فرض تساوی واریانس لوین نشان می‌دهد. سطوح معنی‌داری به دست آمده نشانگر آن است که بین دو گروه از لحاظ متغیرهای شکایت جسمانی، افسردگی و اضطراب تفاوت معنی‌دار وجود دارد و مقایسه میانگین‌ها حاکی از بالاتر بودن نمرات بیماران دیابتی زن می‌باشد ولی در بقیه‌ی متغیرها، تفاوت معنی‌دار وجود نداشت.

مربوط به دوستان با هیچ کدام از ابعاد SCL-90-R رابطه‌ی معنی‌دار ندارد ولی حمایت اجتماعی مربوط به خانواده با همه‌ی آنها رابطه‌ی معنی‌دار دارد ($P < 0.05$). مقیاس حمایت اجتماعی کل نیز با همه‌ی ابعاد SCL-90-R به جز بعدهای شکایت جسمانی و روان پریشی رابطه‌ی منفی معنی‌دار دارد ($P < 0.05$). جدول ۳ مقایسه نمرات GSI و مقیاس‌های حمایت اجتماعی را در دو گروه از بیماران دیابتی نوع ۱ و ۲ با رعایت پیش فرض تساوی واریانس لوین نشان می‌دهد. سطوح معنی‌داری به دست آمده نشانگر عدم وجود تفاوت بین دو گروه از لحاظ متغیرهای مورد بررسی است.

جدول ۳. مقایسه نمرات GSI و مقیاس‌های حمایت اجتماعی در بیماران دیابتی مرد و زن

متغیرها	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	T	درجه آزادی	سطح معنی داری
شکایت جسمانی GSI	مرد	۱/۲۲	.۰/۷۹	۱۱۸	۲/۰۷	.۰/۰۴
	زن	۱/۶۶	.۰/۹۴			
وسواس GSI	مرد	۱/۲۶	.۰/۷۴	۱۱۸	۱/۰۲	.۰/۳۱
	زن	۱/۴۷	.۰/۸۷			
افسردگی GSI	مرد	۱/۲۴	.۰/۷۵	۱۱۸	۱/۹۶	.۰/۰۵
	زن	۱/۶۴	.۰/۸۹			
حساسیت در روابط متقابل GSI	مرد	۱/۱۵	.۰/۷۷	۱۱۸	۱/۱۲	.۰/۴۶
	زن	۱/۳۷	.۰/۸۳			
اضطراب GSI	مرد	.۰/۹۷	.۰/۶	۱۱۸	۲/۶۸	.۰/۰۹
	زن	۱/۵۳	.۰/۹۷			
خصوصیت GSI	مرد	۱/۴۳	.۰/۹۳	۱۱۸	.۰/۸	.۰/۴۲
	زن	۱/۲۵	.۰/۹۷			
ترس مرضی GSI	مرد	.۰/۴۵	.۰/۴۲	۱۱۸	۱/۹۲	.۰/۰۵۸
	زن	.۰/۷۹	.۰/۸۵			
افکار پارانوییدی GSI	مرد	۱/۲۷	.۰/۹۴	۱۱۸	.۰/۶۶	.۰/۵۱
	زن	۱/۴۲	.۰/۸۹			
روان پریشی GSI	مرد	.۰/۸۲	.۰/۶۷	۱۱۸	.۰/۹	.۰/۳۷
	زن	.۰/۹۷	.۰/۷۲			
کل GSI	مرد	۱/۱	.۰/۶۱	۱۱۸	۱/۰۵	.۰/۱۱
	زن	۱/۳۸	.۰/۷۴			
حمایت اجتماعی دوستان	مرد	۸/۸۸	۲/۷۴	۱۱۸	.۰/۶	.۰/۳
	زن	۸/۰۹	۳/۲۶			
حمایت اجتماعی خانواده	مرد	۱۱/۴۸	۲/۶۲	۱۱۸	۱	.۰/۳۲
	زن	۱۰/۸	۲/۹۱			
حمایت اجتماعی کل	مرد	۲۰/۳۶	۴/۷۹	۱۱۸	۱/۲۵	.۰/۲۱
	زن	۱۸/۸۹	۴/۸۹			

جدول ۴. رابطه‌ی بین نمرات ابعاد SCL-90-R و مقیاس‌های حمایت اجتماعی

متغیرها	شکایت	وسواس	افسردگی	حساسیت در روابط متقابل	اضطراب	خصوصیت	ترس	افکار پارانوییدی	روان پریشی	نمره‌ی
جسمانی	جسمانی	جسمانی	جسمانی	جسمانی	جسمانی	جسمانی	جسمانی	جسمانی	جسمانی	کل
ضریب همبستگی جذب دوستان	۰/۰۰۰	۰/۰۷۵	۰/۰۱۳	۰/۰۳۵	۰/۰۱۸	۰/۰۱۱	۰/۰۱۸	۰/۰۱۳	۰/۰۷۸	۰/۰۱
	۰/۹۲	۰/۵۱	۰/۴۶	۰/۴۴	۰/۱۱	۰/۱۱	۰/۱۱	۰/۹۳	۰/۴۳	۰/۳۸
ضریب همبستگی کل خانواده	۰/۰۲۲	۰/۰۲۹	۰/۰۳۳	۰/۰۳۰	۰/۰۳۸	۰/۰۳۳	۰/۰۳۸	۰/۰۴۱	۰/۰۴۳	۰/۰۳۷
	۰/۴۹	۰/۰۹	۰/۰۰۴	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۵	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
ضریب همبستگی کل اجتماعی	۰/۰۱۳	۰/۰۲۲	۰/۰۲۷	۰/۰۲۷	۰/۰۲۴	۰/۰۳۳	۰/۰۳۳	۰/۰۳۲	۰/۰۳۱	۰/۰۲۸
	۰/۴۶	۰/۰۵	۰/۰۱۵	۰/۰۱۵	۰/۰۰۳	۰/۰۰۳	۰/۰۰۳	۰/۰۰۳	۰/۰۰۳	۰/۰۱۲

بحث

هدف این پژوهش بررسی نیمرخ روانشنختی بیماران دیابتی و رابطه‌ی آن با حمایت اجتماعی بود. نتایج تجزیه و تحلیل (جدول ۱) نشان داد که بر اساس ملاک GSI بالاتر از یک در آزمون SCL-90-R، ۷۰٪ بیماران مورد مطالعه در ابعاد شکایت جسمانی و وسوسات، ۷۲/۵٪ در افسردگی، ۶۲/۵٪ در اضطراب و حساسیت در روابط مقابله، ۵۵٪ در خصوصت، ۴۷/۵٪ در ترس مرضی، ۶۷/۵٪ در افکار پارانوییدی و ۳۷/۵٪ در بعد روانپریشی دچار مشکل بودند. محاسبه‌ی میانگین GSI (نمودار ۱) نیز نشان داد که از بین ابعاد نه گانه‌ی آزمون SCL-90-R بیماران دیابتی به جز ترس مرضی و روان پریشی (که میانگین GSI پایین‌تر از ۱ داشتند) و نشانگر عدم وجود مشکل بود) در بقیه‌ی ابعاد مانند شکایت جسمانی، وسوسات، افسردگی، حساسیت در روابط مقابله، اضطراب، خصوصت، و افکار پارانوییدی دچار مشکل بودند (نمره‌ی GSI بالاتر از ۱).

این یافته که عالیم روانشنختی در بیماران دیابتی دیده می‌شود به صورت کلی با یافته‌های تحقیقات زیادی از جمله مطالعه‌ی موسا^۱ و همکاران [۳۴]. نوروزی نژاد و همکاران، سادوک^۲ و سادوک و نیز اسکندریان و همکاران مبنی بر وجود عالیم روانپزشکی و روانشنختی مختلف در بیماران دیابتی همخوانی داشته و به صورت جزئی نیز با یافته‌های تحقیقات زیادی از جمله گراندینیت^۳ و همکاران، هربیس^۴، ظهیرالدین و صدیقی، گلدن^۵ و همکاران، نوروزی نژاد و همکاران و لودمن^۶ و همکاران که افسردگی را شایع‌ترین اختلال روانی در بین دیابتی‌ها گزارش کرده‌اند، همخوانی دارد. وجود و شیوع

¹ Moussa

² Sadock

³ Grandinetti

⁴ Harris

⁵ Goldney

⁶ Ludman

مشکلاتی مانند شکایت جسمانی، حساسیت در روابط بین فردی، افکار پارانوییدی، خصومت و وسوسات، از یافته‌های جدید این پژوهش است که به دلیل در دسترس نبودن تحقیقات مشابه، امکان مقایسه با یافته‌های قبلی ندارد.

شیوع بالای اختلالات روانی در بین بیماران دیابتی می‌تواند ناشی از چالش‌های بیشماری باشد که زندگی کردن با دیابت آنها را به همراه دارد که این چالش‌ها از موارد جزئی روزمره مانند یافتن زمانی برای کنترل قند خون در وسط یک روز شلوغ گرفته تا چالش‌های اساسی‌تر مانند آموختن نحوه‌ی زندگی با واقعیت عوارض جدی دیابت امتداد دارد. این چالش‌ها همراه با استرس برخاسته از افزایش یا کاهش قند خون می‌تواند زمینه را برای بروز اختلالات متعدد روانی آماده کند [۳۵].

نتایج (جدول ۲) همچنین نشان داد که بین نمره‌ی کل حمایت اجتماعی با شکایت جسمانی، وسوسات و اجبار، حساسیت در روابط مقابله، افسردگی، اضطراب، خصومت و افکار پارانوییدی رابطه‌ی منفی معنی‌دار وجود دارد. از آنجا که تحقیقات انجام شده در این زمینه، بیشتر به رابطه‌ی بین حمایت اجتماعی و افسردگی پرداخته‌اند، بخشی از این یافته‌ها مانند رابطه‌ی بین افسردگی و حمایت اجتماعی با نتایج تحقیقات قبلی مانند پراچاکول^۷ و همکاران، ژانگ و همکاران، یو لینگ بای^۸ و همکاران [۳۶] و غفاری و همکاران مبنی بر وجود ارتباط منفی و معکوس بین افسردگی و حمایت اجتماعی همخوانی دارد. این رابطه را می‌توان با فرضیه‌ی سپر^۹ و یا اثر تعديل کننده‌ی حمایت اجتماعی تبیین نمود. طبق این فرضیه حمایت اجتماعی دریافتی از طریق کمک به افراد برای کنار آمدن موثرتر با استرس، اثرات استرس‌زدایی خود را به طور غیر مستقیم اعمال می‌کند [۳۷].

⁷ Prachakul

⁸ Yu-L. Bai

⁹ Buffering hypothesis

و اضطراب خانم‌ها، بیشتر از آقایان است. بین دو جنس از لحاظ سایر متغیرهای مورد بررسی تفاوت معنی‌دار یافت نشد. این یافته نیز با نتایج تحقیقات گریسبی و همکاران و ژانگ و همکاران مبنی بر وجود تفاوت معنی‌دار بین میزان اضطراب بیماران دیابتی زن و مرد همخوان است. این یافته با در نظر گرفتن میزان شیوع متفاوت اختلالات مختلف از جمله اضطراب و افسردگی در بین دو جنس و تفاوت‌های جنسیتی موجود به راحتی قابل تبیین است. مردان دیابتی، بیشترین مشکل را در بعد خصوصت و زنان دیابتی نیز در شکایت جسمانی داشتند و بالاخره بیشترین نمره کل بیماران تحت بررسی در بعد افسردگی بود.

از محدودیت‌های عمدی این پژوهش می‌توان به استفاده صرف از پرسشنامه، انتخاب نمونه‌ها از بین مراجعه‌کنندگان به درمانگاه دیابت بیمارستان و عدم استفاده از افراد سالم برای مقایسه متغیرها اشاره نمود بنابراین به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات بعدی ضمن استفاده از ابزارهای تکمیلی مانند مصاحبه‌ی تشخیصی جهت بررسی جامعتر و ضعیت روانی مبتلایان به دیابت، از آزمودنیهای سالم جهت مقایسه نتایج استفاده نموده و در نمونه‌گیری از جامعه‌ی آماری گستردگتری استفاده نمایند.

نتیجه‌گیری

بیماران مبتلا به دیابت، در تابلوی بالینی خود اختلالات و علایم روانشناختی متعددی مانند شکایت جسمانی، وسوسات فکری عملی، افسردگی، حساسیت در روابط متقابل، اضطراب، خصوصت و افکار پارانوییدی داشته و شدت این علایم و اختلالات با میزان حمایت اجتماعی دریافتی مخصوصاً حمایت خانواده ارتباط منفی دارند.

رابطه‌ی منفی مشاهده شده بین حمایت اجتماعی و افکار پارانوییدی، خصوصت، وسوسات، حساسیت در روابط بین فردی و شکایت جسمانی به دلیل عدم انجام تحقیقات مشابه و یا در دسترس نبودن آنها قابل مقایسه نمی‌باشد. همچنین نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل نشان داد که از بین خرده‌مقیاس‌های حمایت اجتماعی، خرده مقیاس حمایت خانواده علاوه بر متغیرهای فوق، با ترس مرضی و روانپریشی نیز رابطه‌ی منفی معنی‌دار دارد ولی خرده‌مقیاس حمایت دوستان با هیچ‌کدام از متغیرهای ذکر شده رابطه‌ی معنی‌دار نداشت. این یافته اهمیت زیاد حمایت خانواده را در کنترل بیماری دیابت نشان می‌دهد. از آنجا که بخش عمدی‌های از مراقبت بیماران دیابتی در منزل و در داخل محیط خانواده انجام می‌گیرد، بنابراین حمایت دریافتی از اعضای خانواده در مقایسه با دوستان، بیشتر می‌تواند به بهبود علایم روانشناختی و از این طریق کنترل مناسب‌تر قند خون کمک نماید.

مقایسه میانگین نمرات GSI و خرده‌مقیاس‌های حمایت اجتماعی بیماران دیابتی نیز به تفکیک نوع دیابت و جنسیت (جدول ۳) نشان داد که بین بیماران دیابتی نوع ۱ و ۲، از لحاظ متغیرهای مورد بررسی تفاوت معنی‌دار وجود ندارد. بخشی از این یافته‌ها با نتایج تحقیقات گریسبی^۱ و همکاران و ژانگ^۲ و همکاران مبنی بر عدم وجود تفاوت معنی‌دار بین میزان اضطراب بیماران دیابتی نوع ۱ و ۲ همخوان است. بیشترین مشکل مبتلایان به دیابت نوع یک، در افسردگی بوده و مشکل مبتلایان به دیابت نوع دو نیز در شکایت جسمانی شدیدتر بوده است همچنین نتایج (جدول ۴) نشان داد که بین بیماران دیابتی مذکور و موئث از لحاظ متغیرهای شکایت جسمانی، افسردگی و اضطراب تفاوت معنی‌دار وجود دارد یعنی میانگین نمرات شکایت جسمانی، افسردگی

¹ Grigsby

² Zhang

تشکر و قدردانی

پرسنل محترم کلینیک دیابت آن بیمارستان و همچنین بیماران عزیزی که در این پژوهش همکاری کردند نهایت تشکر و قدردانی را داریم.

از مسئولین محترم دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، معاونت آموزشی و پژوهشی، حراست محترم دانشگاه و حراست بیمارستان امام خمینی و به ویژه

References

- 1- Kasper D, Braunwald E, Fauci S, Hauser S, Longo D, Jemeson J. Harrisons principles of internal medicine, 16th ed. New York: McGraw-Hill. 2005; 2152-80.
- 2- Amos A, McCarty D, Zimmet P. The rising global burden of diabetes and its complications: estimates and projections to the year 2010. Diabet Med. 1997; 14 (suppl 5): 5-7.
- 3- King H, Aubert R, Herman W. Global burden of diabetes, 1995-2025: prevalence, numerical estimates, and projections. Diabetes Care. 1998 Sep; 21(9): 1414-31.
- 4- Larijani B, Abolhassani F, Mohajeri MR, Tabatabaei O. Epidemiology of type 2 diabetes in Iran. Iranian Journal of Diabetes & Lipid. 2005; 4(3): 75-83. (Full text in Persian)
- 5- Skandarian R, Rashidipour A, Ghorbani R, Malek M. Epidemiology of diabetes and impaired fasting glucose in adults of Semnan province. Iranian Journal of Diabetes & Lipid. 2009 Summer; 8(4): 375-82. (Full text in Persian)
- 6- Sadock B, Sadock V. Synopsis of psychiatry, 10th ed. Philadelphia: lipincott Williams & Wilkins, 2007: 179-185.
- 7- Norouzinajhad GH, Boustani H, Nematpoor S, Behroozian F. Comparison of the depression in diabetic and nondiabetic patients. Sci Med J. 2006 Spring; 5(1): 390-96. (Full text in Persian)
- 8- Jimenez-Garcia R, Martinez Huedo MA, Hernandez-Barrera V, Andres AL, Martinez D, Jimenez-Trujillo I, et al. Psychological distress and mental disorders among Spanish diabetic adults: A case- control study. Primary Care Diabetes. 2012 Jul; 6(2): 149-56.
- 9- Rane K, Wajngot A, Wandell PE, Gafvels C. Psychosocial problems in patients with newly diagnosed diabetes: Number and characteristics. Diabetes Res Clin Pract. 2011 Jun; 93(3): 371-378.
- 10- Grandinetti A, Kaholokula J, Crabbek M, Kenui C, Chen R, Changh K. Relationship between depressive symptoms and diabetes among native Hawaiians. Psychoneuroendocrinology. 2000 Apr; 25(3): 239-46.
- 11- Harris MD. Psychosocial aspects of diabetes with an emphasis on depression. Curr Diab Rep. 2003 Feb; 3(1): 49-55.
- 12- Zahiroddin A, Sadighi G. Depression among 100 diabetic referring to university hospitals. Res Med. 2003 Sep-Dec; 27(3): 203-7. (Full text in Persian)
- 13- Goldney R, Phillips P, Fisher L, Wilson D. Diabetes, depression, and quality of life: A population study. Diabetes Care. 2004 May; 27(5): 1066-70.
- 14- Anderson R. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: A meta analysis. Diabetes Care. 2001 Jun; 24(6): 1069-78.
- 15- Khalida I. Depression and diabetes. Psychiatry and Medicine. 2009 May; 79(3): 523-530.
- 16- Egede LE, Ellis C. Diabetes and depression: Global perspectives. Diabetes Res Clin Pract. 2010 Mar; 87(3): 302-12.
- 17- Lustman PJ, Clouse RE. Depression in diabetic patients: The relationship between mood and glycemic control. J Diabetes Complicat. 2005 Mar-Apr; 19(2): 113-122.
- 18- Zhang CX, Chen YM, Chen WQ. Association of psychosocial factors with anxiety and depressive symptoms in Chinese patients with type 2 diabetes. Diabetes Res Clin Pract. 2008 Mar; 79(3): 523-30.
- 19- Grigsby AB, Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. Prevalence of anxiety in adults with diabetes: A systematic review. J Psychosom Res. 2002 Dec; 53(6): 1053-60.
- 20- Khalida I. Eating disorders and diabetes. Psychiatry. 2008 Apr; 7(4): 179-182.

- 21- Ludman E, Katon W, Russo J, Simon G, Korff MV, Lin E, et al. Panic episodes among patient with diabetes. *Gen Hosp Psychiatr.* 2006 Nov; 28(6): 475-81.
- 22- Koracs M, Mukerji P, Iyengar S, Drash A. Psychiatric disorder and metabolic control among youths with IDDM. *Diabetes Care.* 1996 Apr; 19: 318- 23.
- 23- Egede L, Zheng D, Simpson K. Comorbid depression is associated with increased health care use and expenditures in individuals with diabetes. *Diabetes Care.* 2002 Mar; 25: 464-70.
- 24- Husaini B, Hull P, Sherkat D, Emerson J, Overton M, Craun C. Diabetes, depression, and health care utilization among African Americans in primary care. *J Natl Med Assoc.* 2004 Apr; 96(4): 476-84.
- 25- Katon W, Rutter C, Simon G. The association of comorbid depression with mortality in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care.* 2005 Nov; 28(11): 2668-72.
- 26- Zhang X, Norris S, Gregg E. Depressive symptoms and mortality among persons with and without diabetes. *Am J Epidemiol.* 2005 Apr; 161(7): 652-60.
- 27- Prachakul W, Grant JS & Keltner NL. Relationships among functional social support, HIV-related stigma, social problem-solving, and depressive symptoms in people living with HIV: A pilot study. *J Assoc Nurses AIDS Care.* 2007 Nov-Dec; 18(6): 67-76.
- 28- Ghaffari SM, Shahbazian H, Kholghi M, Haghdoost MR. Association of social support and depression in diabetic patients. *Scient Med J.* 2009 Winter; 8(4): 383-88. (Full text in Persian)
- 29- Brody GH, Kogan SM, Murry VM, Chen Yi-fu, Brown AC. Psychological functioning, support for self-management, and Glycemic control among rural African American adults with diabetes mellitus type 2. *Health Psychology.* 2008 Jan; 27(1): 83-90.
- 30- Osborn ChY, Egede LE. Validation of an Information-Motivation-Behavioral Skills model of diabetes self-care (IMB-DSC). *Patient Educ Couns.* 2010 Apr; 79(1): 49-54.
- 31- Van Dam HA, Horst FG, Knoops L, Ryckman RM, Crebolder FJM, Borne BHW. Social support in diabetes: A systematic review of controlled intervention studies. *Patient Education and Counseling.* 2005 Oct; 59(1):1-12.
- 32- Delavar A. Research method in psychology, 8th ed. Tehran: Virayesh, 2000: 112-113. (Full text in Persian)
- 33- Abolghasemi A, Narimani M. Psychological tests, 1st ed. Ardabil: Baghe Rezvan, 2005: 85-93. (Full text in Persian)
- 34- Moussa MAA, Alsaeid M, Abdella N, Refai N, Al-Sheikh N, Gomez JE. Social and psychological characteristics of Kuwaiti children and adolescents with type 1 diabetes. *Social Science & Medicine.* 2005 Apr; 60(8): 1835-44.
- 35- Snoek FJ, Skinner TC. Psychology in diabetes care. New York: John Wiley & Sons, 2005: 235-39.
- 36- Bai YL, Chiou CP, Chang YY, Lam HC. Correlates of depression in type 2 diabetic elderly patients: A correlational study. *Int J Nurs Stud.* 2008 Apr; 45(4): 571-79.
- 37- Straub RO. Health psychology, 1st ed. New York: Worth Publishers, 2001:190-191.