مقاله پژوهشی

شیوع اختلالات روان‌شناختی در مبتلایان به دیابت: اهمیت جنسیت و تحرک جسمانی

بهروز بهروز[1]*، مهران فرهادی[2]، نسیم بخت[3]، فاطمه اکبری[4]، نسرین حیدری‌زاده[5]

تاریخ دریافت 1393/02/25 تاریخ پذیرش 1393/05/23

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: مشکلات مزمن پزشکی خاصه دیابت با اختلالات روان‌شناختی همراه هستند و به نظر می‌رسد فقدان تحرک جسمانی کافی یکی از عوامل واسطه‌ای است که دیابت و مشکلات روان‌شناختی را توأماً تحت تأثیر قرار می‌دهد. هدف این پژوهش بررسی اختلالات روان‌شناختی در مبتلایان به دیابت و رابطه‌ی آن‌ها با کمبود تحرک جسمانی بود.

مواد و روش کار: این پژوهش توصیفی- مقطعی جهت بررسی اختلالات روان‌شناختی در بیماران دیابتی نوع II انجام شده است. تعداد ۲۱۰ بیمار (۱۱۰ زن و ۱۰۰ مرد) مراجعه‌کننده به بیمارستان تخصصی دیابت طالقانی شهر کرمانشاه به‌صورت در دسترس انتخاب و پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و پرسشنامه SCL-90-R روی آنان اجرا شد.

یافته‌ها: بررسی داده‌ها نشان داد شیوع اختلالات روان‌شناختی در بیماران دیابتی بیش از ۳۶درصد است. آزمونتی مستقل نشان داد بیماران مرد خصومت و پارانویای بالاتر و زنان بیمار، وسواس، افسردگی، (all Ps<۰/۰۱) و روان‌پریشی بالاتری داشتند (P<۰/۰۱)، اما در سایر ابعاد تفاوتی دیده نشد. تحلیل واریانس یک‌راهه نشان داد افراد خانه‌دار وسواس و افسردگی بیشتری از افراد دارای مشاغل آزاد (Ps<۰/۰۱) و دولتی داشتند و حساسیت بین فردی و روان‌پریشی آن‌ها تنها نسبت به مشاغل آزاد بالاتر بود (Ps<۰/۰۵). افراد خانه‌دار خصومت کمتری نسبت به افراد دارای مشاغل آزاد (P<۰/۰۱) و دیگر گروه داشتند (P<۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: درمجموع نتایج نشان داد شیوع مشکلات روان‌شناختی در بیماران دیابتی بالا بود و شدت آن در زنان و افراد خانه‌دار بالاتر بود. با توجه به اینکه بیشتر خانه‌داران را زنان تشکیل می‌دهند، ممکن است یکی از دلایل مشکلات روان‌شناختی بالاتر در زنان، تحرک جسمانی پایین آنان باشد. این یافته بر نقش متغیر واسطه‌ای تحرک جسمانی در رابطه دیابت و مشکلات روان‌شناختی صحه می‌گذارد.

کلید واژگان: اختلالات روان‌شناختی، دیابت، جنسیت، تحرک جسمانی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و پنجم، شماره هفتم، ص ۵۷۰-۵۶۱، مهر ۱۳۹۳

آدرس مکاتبه: کرمانشاه، شهرستان سرپل ذهاب، تازه‌آباد، خ شهید باهنر، کوچه ۸ متری، پلاک ۴۸۶۷- کد پستی: ۶۷۷۱۹۴۶۸۳۹، تلفن: ۰۹۱۸۵۵۲۲۰۶۲

Email: behrouz.psycho64@yahoo.com

مقدمه

بیماری دیابت که از آن با عنوان "اپیدمی خاموش" نام برده می‌شود (۱)، شایع‌ترین بیماری ناشی از اختلالات متابولیسمتی است (۲). دیابت نوع I و II دو شکل اصلی این بیماری هستند، تقریباً ۹۰درصد تا ۹۵درصد درصد افراد دیابتی به دیابت نوع II مبتلا می‌باشند (۱). دیابت ملیتوس نوع II (T2DM) به گروهی از بیماری‌های سوخت و سازی اطلاق می‌شود که ویژگی مشترک آن‌ها افزایش سطح قند خون به علت نقص در ترشح انسولین، نقص در عملکرد آن و یا هر دو می‌باشد (۳). این بیماری از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن در کل کشورهای جهان می‌باشد که همزمان با تغییر سبک زندگی افراد و کاهش فعالیت جسمی شیوع آن به‌طور چشمگیری رو به افزایش بوده (۴) و تخمین زده می‌شود تا سال ۲۰۳۰ تعداد افراد مبتلا به آن به بیش از ۳۶۶ میلیون نفر برسد (۵). در کشور ما نیز شیوع نسبتاً بالایی دارد (۶). بطوریکه تعداد مبتلایان به دیابت در ایران ۷/۷ درصد و در جمعیت شهری و روستایی بالای ۳۰ سال استان

[1]. مدرس، گروه روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور (نویسنده مسئول)

[2]. استادیار، گروه روان شناسی، دانشکده اقتصاد و علوم اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینای همدان.

[3]. کارشناس ارشد روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات زنجان.

[4]. مدرس، گروه روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور.

[5]. مربی، گروه علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور.

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

کرمانشاه ۶/۸ درصد گزارش شده است (۷، ۸). در سبب‌شناسی دیابت نوع I بیشتر عفونت‌ها، ژنتیک و اختلال سیستم ایمنی مطرح است درحالی‌که، در بروز نوع II، نقش عوامل محیطی نظیر چاقی، تحرک بدنی کم، مصرف غذاهای با کالری و چربی بالا، فشارخون و کلسترول بالا، استرس و وضعیت روان‌شناختی برجسته می‌باشد (۹). همچنین، مطالعات نشان داده‌اند که بروز عوارض در این بیماران شایع است، به‌ویژه عوارض بلندمدت همانند؛ عوارض قلبی، چشمی، کلیوی، عصبی و روان‌شناختی، ارتباطات فردی، خانوادگی و اجتماعی؛ درمان تمامی این مشکلات، بیماران و دولت را با هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم سنگینی مواجه می‌سازد (۱۰، ۱۱).

ازجمله مهم‌ترین عوارض مذکور، بیماری‌های روان‌شناختی می‌باشد که بر توانایی بیمار در انجام و تداوم مراقبت‌های پزشکی توصیه‌شده تأثیر منفی دارند (۱۲). استرس روان‌شناختی قادر است با فعال کردن محور هیپوتالاموس- هیپوفیز- آدرنال (HPA)[1] افزایش قند خون را آغاز یا تشدید کند (۱۳). اگرچه بیماری‌های مزمن با افزایش شیوع افسردگی همراه می‌باشند اما در مورد بیماران دیابتی این مسئله ۳ برابر شایع‌تر و شیوع افسردگی در آن‌ها ۶۳/۳ درصد می‌باشد (۱۴). پاسخ هیجانی معمول در ابتدای تشخیص بیماری، اضطراب است اما با پیشرفت بیماری، اختلالات روان‌شناختی بارزتر می‌گردند (۱۵). اختلالات روان‌شناختی در بیش از یک‌چهارم بیماران بستری در بخش‌های داخلی دیده می‌شود و در بیماران دیابتی نیز نسبت به جمعیت عمومی شایع‌تر هستند، این در حالی است که غالباً از سوی پزشکان موردتوجه و تشخیص قرار نگرفته و یا مشکلات روان‌شناختی‌شان به‌طور نامناسبی به بیماری‌های جسمی نسبت داده می‌شود (۱۵، ۱۶).

بیشتر مسائل روان‌شناختی بیماران به دلیل مشکلات تحمیل‌شده از طرف دیابت مانند؛ رژیم غذایی، تحرک و فعالیت کم، پایش تهاجمی قند خون، تزریق روزانه انسولین، عوارض مزمن جسمانی، بستری شدن در بیمارستان و کوتاه شدن متوسط عمر می‌باشد (۱۷). اختلالات روان‌شناختی درمان نشده در طولانی‌مدت به‌جز اختلالات خاص خویش می‌تواند باعث ایجاد و تشدید بیماری و سایر اختلالات جسمانی شده همچنین، از اثربخشی درمان کاسته و به بقا و طول عمر بیماران مرتبط باشد (۱۸).

پژوهش‌های متعددی ازجمله گزارش اتحادیه‌ی جهانی سلامت روان WFMH[2] نشان می‌دهند که از هر چهار بیمار دیابتی یک نفر از علائم افسردگی رنج می‌برد و در این بیماران ۳ برابر افراد عادی اختلالات روان‌شناختی مشاهده می‌شود (۱۹-۲۱)؛ و میزان اضطراب با سن افراد دیابتی ارتباط دارد و با افزایش سن این ارتباط نیز کم می‌شود (۲۳، ۲۲). Hermanns و همکاران نشان دادند که در بیماران دیابتی شیوع اختلالات خلقی ۱۲،۶درصد و اختلالات اضطرابی ۵،۹درصد بود (۲۴).

Pouwer و همکاران نیز شیوع افسردگی را در بزرگسالان دیابتی نوع I و II سنجیدند. یک‌سوم مبتلایان به دیابت نوع I و ۳۷-۴۳ درصد مبتلایان به دیابت نوع II گزارش کردند که افسرده هستند. این میزان برای زنان و مردان مبتلا به دیابت نوع I به ترتیب ۳۰ و ۲۵ درصد و برای زنان و مردان مبتلا به دیابت نوع II به ترتیب ۳۸ و ۳۵ درصد گزارش شد (۲۵). همچنین، نتایج مطالعه Gili و همکاران نشان داد که شیوع بیماری‌های روانی در بیماران مزمن جسمی ۵۶/۸ درصد است و شیوع افسردگی و اختلالات اضطرابی در میان بیماران اعصاب (نورولوژی)، سرطان‌ها و بیماری‌های کبدی بیشتر بود (۲۶). Tilley، Tilton و Sandel دریافتند که اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)[3] مانند سایر علائم منفی با افزایش خطر ابتلا به دیابت همراه است (۲۷). همچنین، Schoepf و همکاران نشان دادند که در بین بیماران اسکیزوفرنیک شیوع دیابت II بیشتر است و این عامل باعث افزایش میزان مرگ در این جمعیت نسبت به گروه گواه می‌شود (۲۸). Becker و Hux نیز نشان دادند که امکان وقوع عواقب حاد بیماری دیابت در مبتلایان به اسکیزوفرنیا[4] از جمعیت کلی بالاتر است (۲۹). اختلالات روان‌شناختی در دیابت نتایج چندی در پی دارد از آن جمله می‌توان به افسردگی اشاره کرد. این افسردگی همبود، خطر ابتلا به دمانس (زوال عقل) را در طول زمان افزایش می‌دهد، بنابراین افراد دیابتی در معرض این خطر قرار می‌گیرند (۳۰). همچنین، کیفیت زندگی این بیماران را پایین می‌آورد و افزایش استفاده از خدمات مربوط به سلامت و متعاقب آن افزایش در هزینه‌های این بیماران را در پی دارد (۳۱).

با توجه به شیوع بالا و روزافزون دیابت و نیز اهمیت مشکلات روان‌شناختی همراه باآنکه علاوه بر اثرات جسمانی، دارای عوارض روان‌شناختی نامطلوبی است که درمان و کنترل دیابت را دشوار می‌سازد. بنابراین شناخت مشکلات روان‌شناختی این بیماران و رفع یا کاهش آن‌ها، بخش مهمی از درمان جامع دیابت را تشکیل می‌دهد. لذا پژوهش حاضر، جهت تعیین اختلالات روان‌شناختی همراه با دیابت، بررسی شیوع آن‌ها و توصیف خصوصیات فردی بیماران اعم از زنان و مردان دیابتی و رابطه آن‌ها با کمبود تحرک جسمانی انجام گردید.

[1] Hypothalamic-Pituitary-Adrenal
[2] World federation for mental health
[3] Post-Traumatic Stress Disorder
[4] Schizophrenia

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

مواد و روش کار

این پژوهش توصیفی- مقطعی جهت بررسی شیوع اختلالات روان‌شناختی در بیماران دیابتی انجام شده است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران دیابت نوع II (۴۹۶ نفر) از مراجعه‌کنندگان به بیمارستان تخصصی دیابت طالقانی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۱ می‌باشد که بنا بر تشخیص قطعی پزشکان حاضر در مرکز دارای دیابت نوع II بودند. تعداد ۲۱۰ بیمار زن و مرد (۱۰۰ نفر مرد و ۱۱۰ نفر زن) مبتلا به دیابت نوع II از میان آن‌ها به مدت ۸ ماه و با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. تعداد نمونه‌ها با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه و بر اساس جدول کرجسی و مورگان[1] (32)(با سطح اطمینان[2] ۹۵درصد و خطای نمونه‌گیری[3] ۵درصد) و نیز با در نظر گرفتن اختلاف میانگین و واریانس مربوطه در پژوهش‌های مشابه (حداقل سه پژوهش مربوطه) ۲۱۰ بیمار محاسبه گردید (۳۳)؛ و در مرحله اجرای پژوهش پس از ارائه توضیحات مقدماتی درباره پرسشنامه‌ها و هدف از اجرای پژوهش، نحوه پاسخگویی به پرسشنامه‌ها برای آزمودنی‌ها شرح داده می‌شد و پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی و SCL-90-R[4] بر روی افراد اجرا گردید. در خصوص ملاحظات اخلاقی پس از کسب رضایت‌نامه از بیماران و دادن آگاهی‌های لازمه، به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات دریافت شده فقط در پژوهش حاضر استفاده خواهد شد و از هرگونه سوءاستفاده محفوظ خواهند بود.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل؛ تکمیل رضایت‌نامه کتبی به‌وسیله آزمودنی‌ها و تمایل خود آن‌ها به همکاری، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، دریافت تشخیص قطعی بیماری دیابت نوع II حداقل به مدت یک سال از جانب متخصص مربوطه، سن بین ۲۰- ۶۰ سال، ساکن استان کرمانشاه (و شهرستان‌های آن) بود.

ملاک‌های خروج نیز شامل؛ ابتلا به دیابت نوع I، ابتلا به بیماری‌های مزمن نظیر بیماری‌های کلیوی، کبدی، قلبی- عروقی، سکته مغزی همراه با عوارض، عفونت‌های حاد و مزمن (با توجه به آزمایشات خون مندرج در پرونده و شرح‌حال بیمار)، داشتن هرگونه بیماری سیستمیک دیگر و بیماری‌های نورولوژیک و ناتوان‌کننده (سرطان، هپاتیت، ایدز)، مصرف دخانیات و مواد مخدر یا الکل، معلولیت جسمی و ذهنی، عدم تمایل و رضایت آزمودنی برای مشارکت، نداشتن سواد لازم و سکونت در خارج از استان بود. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های ذیل صورت گرفت:

پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی: این پرسشنامه محقق ساخته به‌منظور تعیین مشخصات جمعیت شناختی آزمودنی‌ها ازجمله جنسیت، وضعیت تحصیلی و شغل تهیه گردید.

پرسشنامه SCL-90-R: فهرست وارسی علائم تجدیدنظر شده ۹۰ سؤالی به‌عنوان یک ابزار غربالگری و جهت تأیید سلامت روان‌شناختی آزمودنی‌ها در این پژوهش مورداستفاده قرار گرفت. این ابزار مشتمل بر ۹ بعد و ۹۰ سؤال است.

ابعاد ۹ گانه عبارت‌اند از: اضطراب، پرخاشگری، افسردگی، حساسیت در روابط متقابل، شکایت‌های جسمانی، وسواسی- اجباری، ترس مرضی، روان‌پریشی و پارانوئید. همچنین، در این پرسشنامه ۷ سؤال اضافی وجود دارد که تحت هیچ‌یک از ابعاد ۹ گانه فوق دسته‌بندی نشده است و ازنظر بالینی دارای اهمیت بوده و به شاخص‌های کلی آزمون کمک می‌کنند. نمره‌گذاری این پرسشنامه ۹۰ سؤالی شامل پنج درجه (هیچ، کمی تا حدی، زیاد، خیلی زیاد) بوده که هیچ، نمره (۰) و خیلی زیاد، نمره (۴) می‌گیرد و علاوه بر ابعاد ۹ گانه فوق، ۳ معیار کلی نیز در این آزمون گنجانده شده که شامل علائم مرضی (GSI)، معیار ضریب ناراحتی (PSDI) و جمع علائم مرضی (PST) می‌باشد و نمره‌گذاری و تفسیر آزمون بر اساس ۳ شاخص صورت می‌گیرد. برای تعیین شیوع علائم روان‌شناختی در هر بعد، از نقطه برش ۲/۵ استفاده می‌شود و میانگین نمره‌های ۲/۵ و بالاتر در هر بعد به‌عنوان حالت مرضی به شمار می‌رود. در شاخص علائم مرضی (GSI)، نقطه برش ۱/۳ به‌کاررفته است. در اغلب پژوهش‌های انجام شده در ایران نیز همین نقطه برش بکار رفته است. مطالعات زیادی پایایی و روایی مطلوب این آزمون را تأیید می‌کنند (۳۴). همچنین، نتایج محاسبه پایایی در ایران بر پایه روش بازآزمایی ۰/۹۷ گزارش شده است (۳۵).

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-18 تجزیه‌وتحلیل شد.

نتایج

جامعه آماری شامل ۱۰۰ مرد و ۱۱۰ زن مبتلا به دیابت نوع دوم (n=۲۱۰) بود. حداقل سن مردان ۲۴ و حداکثر ۵۳ سال و در مورد زنان به ترتیب؛ ۲۶ و ۵۳ سال بود. میانگین و انحراف معیار سن مردان به ترتیب؛ ۴۰/۵۳ و ۶/۶۹ و برای زنان ۴۰/۴۵ و ۶/۸۱ سال بود. بیشترین و کمترین فراوانی تحصیلات در مردان به ترتیب لیسانس (۳۳ نفر) و دکتری (۸ نفر) و بیشترین و کمترین فراوانی تحصیلات در زنان، دیپلم و کمتر (۵۳ نفر) و دکتری (۲ نفر) بود. بیشترین فراوانی شغل در مورد مردان، مربوط به شغل دولتی (۵۲ نفر) و برای زنان، خانه‌داری (نفر ۷۰) بود.

[1] Krejcie & Morgan
[2] Confidence level
[3] Errore sampling
[4] Symptom Checklist-90-R

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

جدول (۱): فراوانی شرکت‌کنندگان بر اساس جنسیت و سطح تحصیلات

	مرد	زن	مجموع
دیپلم و کمتر	۲۰	۵۳	۷۳
کاردانی	۱۶	۱۲	۲۸
کارشناسی	۳۳	۳۱	۶۴
کارشناسی ارشد	۲۳	۱۲	۳۵
دکترا	۸	۲	۱۰
مجموع	۱۰۰	۱۱۰	۲۲۰

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، بیشترین آمار افراد ازنظر تحصیلی در گروه دیپلم و کمتر و کمترین آمار مربوط به گروه دکترا است. در گروه مردان بیشترین فراوانی مربوط به افراد دارای مدرک کارشناسی و کمترین مربوط به مدرک دکترا است.

جدول (۲): فراوانی و درصد شیوع مشکلات روان‌شناختی در مبتلایان به دیابت (با نقطه برش ۲/۵ برای هر اختلال)

متغیر	مرد	زن	مجموع
شکایات جسمانی	(%۴۹)۴۹	(%۴۴)۴۸	(%۴۶)۹۷
وسواس	(%۳۷)۳۷	(%۶۳)۶۹	(%۵۰)۱۰۶
حساسیت بین فردی	(%۴۸)۴۸	(%۵۰)۵۵	(%۴۹)۱۰۳
افسردگی	(%۴۹)۴۹	(%۶۲)۶۸	(%۵۶)۱۱۷
اضطراب	(%۶۴)۶۴	(%۵۵)۶۰	(%۵۹)۱۲۴
خصومت	(%۵۲)۵۲	(%۲۸)۳۱	(%۴۰)۸۳
فوبیا	(%۱)۱	(%۰)۰	(%۰/۰۵)۱
پارانویا	(%۱۷)۱۷	(%۱۴)۱۵	(%۱۵)۳۲
روان‌پریشی	(%۱۳)۱۳	(%۱۵)۱۶	(%۱۴)۲۹
میانگین	(%۳۶/۶۷)	(%۳۶/۷۸)	(%۳۶/۵۶)

در جدول ۲ فراوانی و درصد شیوع حالات مرضی (اختلالات روان‌شناختی) مبتلایان به دیابت به تفکیک زن و مرد و کل گروه نمونه اراده شده است. میزان شیوع اختلالات روانی (حالات مرضی) در کل نمونه و نیز به تفکیک زن و مرد بیش از ۳۶درصد می‌باشد. بیشترین شیوع مربوط به اضطراب (۵۹درصد) و کمترین شیوع مربوط به فوبیا (۰/۰۵درصد) با میانگین شیوع (۳۶/۵۶درصد) است. در گروه مردان بیشترین شیوع مربوط به اضطراب (۶۴درصد) و کمترین شیوع مربوط به فوبیا (۱درصد) با میانگین (۳۶/۶۷درصد) است. در زنان بیشترین میزان شیوع مربوط به وسواس (۶۳درصد) و افسردگی (۶۲درصد) و کمترین شیوع مربوط به فوبیا (۰درصد) با میانگین (۳۶/۷۸درصد) است.

جدول (۳): میانگین، انحراف معیار و آزمون تی مستقل برای مقایسه میزان مشکلات روان‌شناختی زنان و مردان مبتلا به دیابت

متغیر	مرد (n=۱۰۰)	زن (n=۱۱۰)	Pvalue
شکایات جسمانی	۲/۴۴±۰/۴۷	۲/۳۸±۰/۴۹	۰/۲۷
وسواس	۲/۲۷±۰/۳۲	۲/۶۱±۰/۳۶	۰/۰۰۱
حساسیت بین فردی	۲/۴۸±۰/۶۲	۲/۵۳±۰/۵۷	۰/۵۶
افسردگی	۲/۴۱±۰/۳۹	۲/۸۲±۰/۴۲	۰/۰۰۱
اضطراب	۲/۵۷±۰/۳۲	۲/۵۳±۰/۳۳	۰/۴۲
خصومت	۲/۳۹±۰/۴۶	۲/۱۲±۰/۴۶	۰/۰۰۱
فوبیا	۰/۰۵±۰/۲۷	۰/۱۱±۰/۳۷	۰/۲۳
پارانویا	۱/۷۷±۰/۶۳	۱/۳۶±۰/۷۳	۰/۰۰۱
روان‌پریشی	۱/۶۶±۰/۵۱	۱/۸۰±۰/۵۰	۰/۰۴۵

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

در جدول ۳ اختلالات روان‌شناختی در زنان و مردان مبتلا به دیابت مقایسه شده است. در ابعاد وسواس (P<۰/۰۰۱)، افسردگی (P<۰/۰۰۱) و روان‌پریشی (P<۰/۰۴۵) زنان به‌طور معنی‌دار مشکلات روان‌شناختی بیشتری نسبت به مردان نشان داده‌اند. در ابعاد خصومت (P<۰/۰۰۱) و پارانویا (P<۰/۰۰۱) مردان مشکلات بیشتری نسبت به زنان داشته‌اند. در سایر ابعاد تفاوتی بین زنان و مردان دیده نمی‌شود.

جدول (۴): تحلیل واریانس (مقایسه‌های زوجی) میزان مشکلات روان‌شناختی بر اساس وضعیت شغلی

متغیر	شغل (M±SD)		Pvalue
وسواس	خانه‌دار (۲/۶۲±۰/۳۸)	آزاد (۲/۳۷±۰/۳۱)	۰/۰۰۱
		دولتی (۲/۳۵±۰/۳۸)	۰/۰۰۰
حساسیت بین فردی	خانه‌دار (۲/۶۲±۰/۵۳)	آزاد (۲/۳۵±۰/۶۴)	۰/۰۲۳
افسردگی	خانه‌دار (۲/۷۶±۰/۴۷)	آزاد (۲/۵۲±۰/۴۲)	۰/۰۱۲
		دولتی (۲/۵۶±۰/۴۵)	۰/۰۲۲
خصومت	خانه‌دار (۲/۰۹±۰/۴۵)	آزاد (۲/۳۸±۰/۴۸)	۰/۰۰۲
		دولتی (۲/۳۰±۰/۴۷)	۰/۰۱۲
روان‌پریشی	خانه‌دار (۱/۸۲±۰/۵۳)	آزاد (۱/۵۶±۰/۵۱)	۰/۰۱۰

* در جدول فوق جهت کاهش اندازه جدول تنها به ذکر مقایسه‌های زوجی معنی‌دار اکتفا شده است.

در جدول ۴ مشکلات روان‌شناختی افراد در گروه‌های شغلی آزاد، دولتی و خانه‌دار مقایسه شده است. در بعد وسواس افراد خانه‌دار نسبت به افراد دارای شغل آزاد (P<۰/۰۰۱) و دولتی (P<۰/۰۰۰) مشکلات بیشتری داشته‌اند. در حساسیت بین فردی افراد خانه‌دار تنها نسبت به افراد دارای مشاغل دولتی (P<۰/۰۲۳) مشکل بیشتری داشته‌اند. در افسردگی (P<۰/۰۱۲) و روان‌پریشی (P<۰/۰۱۰) نیز افراد خانه‌دار مشکلات بیشتری نسبت به افراد دارای مشاغل آزاد داشته‌اند. همچنین، افسردگی افراد خانه‌دار بیش از افسردگی افراد دارای مشاغل دولتی (P<۰/۰۲۲) است. افراد خانه‌دار در بعد خصومت مشکلات کمتری نسبت به افراد دارای مشاغل آزاد (P<۰/۰۰۲) و دولتی (P<۰/۰۱۲) داشته‌اند.

بحث

پژوهش حاضر باهدف بررسی میزان شیوع مشکلات روان‌شناختی در مبتلایان به دیابت و تفاوت‌های جنسیتی و شغلی در میزان مشکلات روان‌شناختی انجام گردید. نتایج نشان داد که مشکلات روان‌شناختی در میان مبتلایان به دیابت (زن و مرد) از شیوع بالایی برخوردار است (بیش از ۳۶درصد). شیوع بالای مشکلات روان‌شناختی در بیماری‌های طبی مزمن و به‌ویژه دیابت در بررسی‌های متعدد نشان داده شده است (۱۷، ۱۳-۱۴). تغییرات سبک زندگی به‌ویژه کاهش تحرک و فعالیت جسمی پایین شیوع دیابت را روز به روز افزایش داده است (۴). در مورد علت شیوع بالای دیابت علاوه بر تحرک جسمانی پایین، عوامل دیگری مانند چاقی، مصرف غذاهای چرب و پرکالری، فشارخون و کلسترول بالا ذکر شده است (۹).

بااین‌حال، عوامل روان‌شناختی که خود شیوع بالایی در مبتلایان به دیابت دارند، در شیوع بالای دیابت نقش دارند (۹). Atlantis و همکاران (۳۶) نشان داده‌اند که افراد مبتلا به مشکلات بالینی افسردگی و اضطراب با خطر بیشتر برای ابتلا به دیابت مواجه هستند. محققان معتقدند که بیشتر مشکلات روان‌شناختی بیماران ناشی از مشکلات تحمیل‌شده به‌وسیله دیابت مانند رژیم غذایی، پایش تهاجمی قند خون، تزریق روزانه انسولین، عوارض مزمن جسمانی، بستری شدن در بیمارستان و کوتاه شدن متوسط عمر می‌باشد (۱۷). این مشکلات می‌توانند در بیماران ناامیدی و درماندگی، افسردگی، اضطراب و سایر مشکلات روان‌شناختی را افزایش داده و امید به زندگی را کاهش دهند.

زنان مبتلا به دیابت وسواس، افسردگی و روان‌پریشی بیشتر و مردان مبتلا خصومت و پارانویای بیشتری داشتند، ولی در سایر ابعاد تفاوتی بین زنان و مردان دیده نشد. به‌طورکلی، در جمعیت عمومی نیز افسردگی زنان نوجوان و بزرگ‌سال (۲۱) بیش از افسردگی مردان است. برخی این مسئله را ناشی از تفاوت‌های بیولوژیکی و هورمونی می‌دانند و برخی نیز به عوامل فرهنگی، فعالیت جسمی و اجتماعی پایین‌تر زنان نسبت به مردان اشاره می‌کنند. Afifi (۳۷) معتقد است سطح مهارت پایین یکی از عوامل تبیین‌کننده افسردگی می‌باشد و افسردگی می‌تواند نشخوار فکری و ازاین‌رو وسواس را افزایش دهد. برخی تحقیقات به شیوع

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

بالاتر وسواس در زنان اشاره دارند (۲۴). همچنین Afifi (۳۷) معتقد است برای بسیاری از زنان تجربه خود ارزشمندی، صلاحیت و شایستگی، خودمختاری، درآمد کافی، احساس امنیت و سلامت روان‌شناختی، جسمانی و جنسی که برای سلامت روانی بسیار ضروری است مورد بی‌توجهی و مسامحه قرار گرفته است. همه این مسائل می‌تواند مشکلات روان‌شناختی در زنان به‌ویژه مبتلایان به دیابت را افزایش دهند. به نظر می‌رسد به دلیل اینکه، اغلب زنان فعالیت جسمی پایین‌تری نسبت به مردان دارند، تحرک جسمی پایین یکی از عوامل مهمی است که مشکلات روان‌شناختی بیشتری را در زنان ایجاد می‌کند. داشتن مشغله، درگیر شدن با تفکر وسواسی را کاهش می‌دهد و افراد خانه‌دار بیش از افرادی که درگیر کار در بیرون هستند گرفتار مشکلات وسواس می‌شوند. خصومت بالاتر در مردان ممکن است به دلیل مشکلات و رقابت کاری در بیرون از منزل و نیز عوامل هورمونی خاص مردان مانند تستوسترون بالا، یا عامل فرهنگی باشد که خصومت و پرخاشگری را به‌عنوان واکنش به ناکامی (در اینجا بیماری) از کودکی تشویق می‌کند.

همچنین، افراد خانه‌دار وسواس و افسردگی بیشتری نسبت به افراد دارای مشاغل آزاد و دولتی داشتند و در حساسیت بین فردی و روان‌پریشی تنها نسبت به مشاغل آزاد مشکلات بیشتری داشتند. خصومت افراد خانه‌دار نسبت به افراد دارای مشاغل آزاد و دولتی پایین‌تر بود. با توجه به اینکه وضعیت شغلی بیماران در تحقیق حاضر تا حد قابل‌توجهی تابع جنسیت بیماران است و اغلب زنان خانه‌دار هستند (تنها ۶ نفر از مردان خانه‌دار بودند)، از یک‌سو تبیین مشکلات روان‌شناختی بیشتر در افراد خانه‌دار را می‌توان به همان عوامل مربوط به جنسیت مرتبط دانست و از سوی دیگر با توجه به اینکه، مشکلات روان‌شناختی افراد خانه‌دار اغلب از افراد دارای مشاغل آزاد بالاتر بوده است و تحرک جسمی در مشاغل آزاد احتمالاً بیش از مشاغل دولتی است، میزان تحرک جسمی می‌تواند یکی از عوامل مهم نه‌تنها در ارتباط با دیابت بلکه در ارتباط با مشکلات روان‌شناختی آنان باشد.

نتیجه‌گیری

با توجه به اینکه در این پژوهش، وضعیت شغلی به‌عنوان ملاکی برای تحرک جسمانی در نظر گرفته شده بود و این ملاک نمی‌تواند برآورد دقیقی از میزان تحرک جسمی افراد باشد، نتایج این یافته را باید بااحتیاط بیشتری تفسیر کرد و لازم است بررسی‌های بیشتری در این خصوص انجام پذیرد. آموزش‌های لازم برای ایجاد تحرک و شادابی به‌ویژه در زنان، ارائه خدمات روان‌شناختی به این دسته از بیماران و کمک در جهت رفع مشکلات درمانی افراد می‌تواند مشکلات روان‌شناختی این افراد را کاهش دهد.

در این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌هایی که در حوزه علوم رفتاری و روان‌شناسی صورت می‌گیرند، محدودیت‌هایی وجود داشت. ازجمله اینکه، برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه استفاده شد. با توجه به اینکه پرسشنامه جنبه‌ی خود گزارش دهی دارد و بیماران با تمایل خود به پرسشنامه پاسخ می‌دهند، ممکن است در پاسخ‌هایشان به دلیل دفاع‌های ناخودآگاه، تعصب در پاسخ‌دهی و شیوه‌های معرفی شخصی سوگیری و تحریف وجود داشته باشد. بنابراین پیشنهاد می‌گردد که این پژوهش تکرار و برای ارزیابی متغیرها به‌غیراز پرسشنامه از ابزارهای سنجشی دیگری همچون، مصاحبه نیز استفاده و با یک گروه از افراد سالم (زن و مرد)، یا سایر بیماری‌های مزمن مقایسه شود.

همچنین، می‌توان به عدم استنباط علی از نتایج به دلیل روش مورداستفاده در پژوهش، انتخاب نمونه پژوهش به‌صورت در دسترس و عدم کنترل و بررسی کامل بعضی از متغیرها (مانند وضعیت فرهنگی) و اینکه، نتایج پژوهش حاضر تنها مربوط به بیماران دیابتی نوع II می‌باشد، اشاره کرد. ازاین‌رو تعمیم‌یافته‌ها به همه‌ی بیماران ازجمله دیابت نوع I و سایر بیماری‌های مزمن با محدودیت روبه‌رو بوده و باید جانب احتیاط را رعایت کرد؛ و برای افزایش دقت در نتیجه‌گیری، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی از شیوه نمونه‌گیری بهتری استفاده شود.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از زحمات یکایک عزیزان شرکت‌کننده در این پژوهش و کارکنان بیمارستان آیت‌الله طالقانی کرمانشاه که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، صمیمانه تشکر و سپاسگزاری می‌کنند.

References:

1. Ahmadi A, Hassan zadeh J, Rahimi M, Lashkary L. Factors influencing quality of life in patients with type 2 diabetes and bakhtiari province. J North Khorasan Univ Med Sci 2011;3(1): 7-13. (Persian)

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

2. Egede LE, Dismuke CE. Serious psychological distress and diabetes: a review of the literature. Curr Psychiatry Rep 2012;14(1): 15-22.
3. Holbrook A, Thabane L, Keshavjee K, Dolovich L, Bernstein B, Chan D, et al. Individualized electronic decision support and reminders to improve diabetes care in the community: COMPETE II randomized trial. CMAJ 2009;181(1-2): 37-44.
4. Haji Hosseini F, SHarifnia SH, Rezaee R, Nazari R, Molukzadeh S. Cerebro-vascular risk factors in type 2 diabetic patients at short term. J Ilam Univ Med Sci 2011;3(72): 41-56.(Persian)
5. Zagarins SE, Allen NA, Garb JL, Welch G. Improvement in glycemic control following a diabetes education intervention is associated with change in diabetes distress but not change in depressive symptoms. J Behav Med 2012;35(3): 299-304.
6. Azimi-Nezhad M, Ghayour-Mobarhan M, Parizadeh MR, Safarian M, Esmaeili H, Parizadeh SM, et al. Prevalence of type 2 diabetes mellitus in iran and its relationship with gender, urbanization, education, marital status and occupation. Singapore Med J 2008;49(7): 571-6.
7. Esteghamati A, Gouya MM, Abbasi M, Delavari A, Alikhani S, Alaedini F, et al. Prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in the adult population of Iran: national survey of risk factors for non-communicable diseases of iran. Diabetes Care 2008;31(1): 96-۹8.
8. Mansoori F, Namdari Tabar H, Shahrezaei AR, Rezaei R, Alikhani A, Montazer MJ, et al. Diabetes mellitus in over-thirty-year old individuals in kermanshah province,2002. Behbood J 2003;21(8): 57-64.(Persian)
9. Sultan S, Attali C, Gilberg S, Zenasni F, Hartemann A. Physicians' understanding of patients' personal representations of their diabetes: accuracy and association with self-care. Psychol Health 2011;26(1): 101-17.
10. Sadeghnezhad M, Vanaki Z, Memarian R. The effect of nursing care plan based on “Roy’s adaptation model” on physiological adaptation in patients with type II diabetes. Daneshvar Med 2011;18(92): 25-34.(Persian)
11. Ghazi A, Landerman LR, Lien LF, Colon-Emeric CS. Impact of race on the incidence of hypoglycemia in hospitalized older adults with type 2 diabetes. Clinical Diabetes 2013;31(2): 66-72.
12. Khamseh M, Monavari A, Malek M, Shafiee G, Baradaran H. Health- related quality of life in patients with type 1 diabetes. IJEM 2011;13(3): 249-55.(Persian)
13. Sridhar GR. Psychiatric co-morbidity & diabetes. Indian J Med Res 2007;125(3): 311-20.
14. Tellez-Zenteno JF, Cardiel MH. Risk factors associated with depression in patients with type II diabetes mellitus. Arch Med Res 2002;33(1): 53-60.
15. Das-Munshi J, Stewart R, Ismail K, Bebbington PE, Jenkins R, Prince MJ. Diabetes, common mental disorders, and disability: findings from the uk national psychiatric morbidity survey. Psychosom Med 2007;69(6): 543-50.
16. Failde I, Ramos I, Fernandez-Palancin F. Comparison between the GHQ-28 and SF-36 (MH 1±5) for the assessment of the mental health in patients with ischaemic heart disease. Eur J Epidemiol 2000;16(4): 311-6.
17. Koopmanschap M. Coping with type II diabetes: the patient's perspective. Diabetologia 2002;45(7): 18-22.
18. Ziegelstein RC, Kim SY, Kao D, Fauerbach JA, Thombs BD, McCann U, et al. Can doctors and nurses recognize depression in patients hospitalized with an acute myocardial infarction

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

in the absence of formal screening? Psychosom Med 2005;67(3): 393-97.

19. Weissberg-Benchell J, Nansel T, Holmbeck G, Chen R, Anderson B, Wysocki T, et al. Generic and diabetes-specific parent-child behaviors and quality of life among youth with type 1 diabetes. J Pediatr Psychol 2009;34(9): 977-88.
20. Safren SA, Gonzalez JS, Wexler DJ, Psaros C, Delahanty LM, Blashill AJ, et al. A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for adherence and depression (CBT-AD) in patients with uncontrolled type 2 diabetes. Diabetes Care, 2014;37(3): 625-33.
21. Ali S, Stone MA, Peters JL, Davies MJ, Khunti K. The prevalence of co-morbid depression in adults with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. Diabet Med, 2006;23(11): 1165-73.
22. Trento M, Raballo M, Trevisan M, Sicuro J, Passera P, Cirio L, et al. A cross-sectional survey of depression, anxiety, and cognitive function in patients with type 2 diabetes. Acta Diabetol 2012;49(3): 199-203.
23. Sadeghi Movahhed F, Molavi P, PSharghi A, Narimani M, Mohammadnia H, Deilami P,et al. On the relationship between coping strategies and mental health of diabetic patients. J Fundam Ment Health 2010;12(46): 480-87.(Persian)
24. Hermanns N, Kulzer B, Krichbaum M, Kubiak T, Haak T. Affective and anxiety disorders in a German sample of diabetic patients: prevalence, comorbidity and risk factors. Diabet Med 2005;22(3): 293-300.
25. Pouwer F, Geelhoed-Duijvestijn PH, Tack CJ, Bazelmans E, Beekman AJ, Heine RJ, et al. Prevalence of comorbid depression is high in out-patients with Type 1 or Type 2 diabetes mellitus. Results from three out-patient clinics in the Netherlands. Diabetic Med 2010:27(2): 217-24.
26. Gili M, Comas A, García-García M, Monzón S, Antoni SB, Roca M. Comorbidity between common mental disorders and chronic somatic diseases in primary care patients. Gen Hosp Psychiatry 2010;32(3): 240-45.
27. Scott-Tilley D, Tilton A, Sandel M. Biologic correlates to the development of post-traumatic stress disorder in female victims of intimate partner violence: implications for practice. Perspect Psychiatr Care 2010;46(1):26-36.
28. Schoepf D, Potluri R, Uppal H, Natalwala A, Narendran P, Heun R. Type-2 diabetes mellitus in schizophrenia: increased prevalence and major risk factor of excess mortality in a naturalistic 7-year follow-up. Eur Psychiatry 2012;27(1): 33-42.
29. Becker T, Hux J. Risk of acute complications of diabetes among people with schizophrenia in Ontario, Canada. Diabetes Care 2011;34(2): 398-402.
30. Katon WJ, Lin EH, Williams LH, Ciechanowski P, Heckbert SR, Ludman E, et al. Comorbid depression is associated with an increased risk of dementia diagnosis in patients with diabetes: a prospective cohort study. J Gen Intern Med 2010;25(5): 423-29.
31. Eren I, Erdi O, Sain M. The effect of depression on quality of life of patients with type II diabetes mellitus. Depress Anxiety, 2008;25(2): 98-106.
32. Kerjcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research. Educ Psychol Measur 1970;30:607–10.
33. Biabangard A. Research Methods in Psychology and Education. 1volume. Tehran: Publication Duran; 2011.P:125-31.(Persian)
34. Hamidi Bagejan S, Poursharifi H, Mahmood Alilou M, Shirvani A. Thought-action fusion and thought Suppression in People with Obsessive-Compulsive Symptoms, High Schizotypy and Overlapping Symptoms. Research in Psychological Health 2011;5(1): 12-22.(Persian)
35. Bayany AA, Koocheky AM, Koocheky GM. An inquiry into teacher's mental health by using the

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

symptom checklist (SCL.90.R) questionnaire in Golestan province. J Gorgan Uni Med Sci 2007;9(2): 39-44.(Persian)

36. Atlantis E, Vogelzangs N, Cashman K, Penninx BJ. Common mental disorders associated with 2-year diabetes incidence: The Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). J Affect Disord 2012;142(12): 30-49.
37. Afifi M. Gender differences in mental health. Singapore Med J 2007;48 (5): 385-91.

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

Original Article

THE PREVALENCE OF PSYCHOLOGICAL DISORDERS IN PATIENTS WITH TYPE II DIABETES: THE IMPORTANCE OF GENDER AND PHYSICAL ACTIVITY

Behrouz Behrouz[1], Mehran Farhadi[2], Nassim Bakht[3], Fatemeh Akbari[4], Nasrin Heidarizadeh[5]*

Received: 15 May, 2014; Accepted: 14 Aug , 2014

Abstract

***Background & Aims*:** Chronic medical problems, especially diabetes, are associated with psychiatric disorders and seemingly lack of sufficient physical activity is one of the mediating factors that simultaneously affect diabetes and psychological problems. The aim of this study was to investigate psychological disorders in people with diabetes and their relation to the lack of physical activity.

***Materials & Methods*:** This research was done with quasi-experimental method to study the psychological disorders in patients with type II diabetes on 210 patients (110 females and 100 males) who referred to Taleghani Diabetes Hospital in Kermanshah and completed demographic questionnaire and SCL-90-R questionnaire.

***Results*:** T-test showed that the prevalence of psychiatric disorders in patients with diabetes is over 36%. Male patients and female patients at higher hostility and paranoia, obsession, depression, and psychosis were higher, but no difference was observed in other domains. ANOVA showed housewives had more obsession and depression than self-employed people and governmental jobs. Also, their interpersonal sensitivity and psychoticism were higher than the self-employed participants. The other two groups were less hostile than housewives.

***Conclusion*:** The results show high prevalence of psychological problems in patients with diabetes and its severity was higher in women and housewives. Given that most home owners are women, there must be a relationship between their higher psychological problems and lower body mobility.

***Keywords*:** Psychological disorders, Diabetes, Gender, Physical activity

Address: 4867, Bahonar St, New Blvd, Sarpool Zahab, Kermanshah, Iran PO Box: 6771946839
Tel:+989185522062
Email:Behrouz.psycho64@yahoo.com

SOURCE: URMIA MED J 2014: 25(7): 570 ISSN: 1027-3727

[1]. *Instructor, Department of Psychology and Educational Sciences, University of Payame Noor (Corresponding Author)*
[2]. *Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Economics and Social Sciences, Bu-Ali Sina University, Hamadan, Iran*
[3]. *Master of Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Zanjan Science and Research Branch, Zanjan, Iran*
[4]. *Instructor, Department of Psychology and Educational Sciences, University of Payame Noor*
[5]. *Instructor, Department of Educational Sciences, University of Payame Noor*

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]