

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 روانشناختی بیماران دیابتی و ارتباط آن با حمایت اجتماعی

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

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

*نویسنده مسئول: تلفن: ۰۹۱۴۴۵۲۹۶۱۲، فاکس: ۰۴۵۱۵۵۱۰۱۳۲، پست الکترونیک: ak_atadokht@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: دیابت قندی یک بیماری متابولیک شایع است که روی عملکرد فیزیکی، وضعیت روانی، ارتباطات بین فردی، خانوادگی و اجتماعی و به طور کلی سلامت عمومی و بهزیستی روانشناختی بیماران تأثیر منفی دارد. هدف پژوهش حاضر بررسی روانشناختی مبتلایان به دیابت و رابطه‌ی 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 وسواس، ۷۵ نفر (۶۲/۵٪) در بعد حساسیت در روابط متقابل، ۸۷ نفر (۷۲/۵٪) در افسردگی، ۷۵ نفر (۶۲/۵٪) در اضطراب، ۶۶ نفر (۵۵٪) در خصومت، ۳۳ نفر (۲۷/۵٪) در ترس مرضی، ۸۱ نفر (۶۷/۵٪) در افکار پارانوییدی و ۷۲ نفر (۶۰٪) در بعد روان‌پریشی با داشتن نمره‌ی بالاتر از ۱ مشکل‌دار می‌باشند. همچنین نتایج نشان داد که حمایت اجتماعی با ابعاد شکایت جسمانی، وسواس، 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 روانشناختی متعددی دارند و علایم و اختلالات روانشناختی آنها با میزان حمایت اجتماعی‌شان رابطه‌ی معنی‌دار دارند. از این رو، توجه به ابعاد مختلف سلامت روانشناختی ضروری است و مداخلات مبتنی بر حمایت اجتماعی می‌تواند مؤثرتر باشد.

کلمات کلیدی: نيمرخ روانشناختی، حمایت اجتماعی، دیابت

دریافت: ۹۰/۵/۱۰ پذیرش: ۹۱/۵/۱۵

مقدمه

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 [۳،۲]. ایران نیز جزء کشورهای 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

ابتلا به یک بیماری مزمن موجب تحمیل 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 ابتدایی بیماری دیابت با علائم و اختلالات روانشناختی تأثیر بسیار منفی روی تشدید علائم، بروز عوارض جانبی مختلف، کاهش پاسخگویی به درمان و حتی افزایش مرگ و میر بیماران دیابتی دارد. به عنوان مثال می توان به اثر منفی اختلالات روانی در کنترل قند خون [۲۲]، دریافت بیشتر نسخه های درمانی، نیاز بیشتر به استفاده از مراقبت های سرپایی و افزایش ۴/۵ برابر هزینه های مراقبتی بیماران دیابتی افسرده در مقایسه با غیر افسرده ها [۲۳]، تأثیر منفی اختلالات روانی روی پیش آگهی بیماران [۲۴]، و افزایش عوارض بیماری و میزان مرگ و میر در بیماران دیابتی در نتیجه ی ابتلا به افسردگی [۲۶،۲۵] اشاره نمود. بنابراین تلاش ها برای شناسایی علائم اختلالات روانی و همچنین شناسایی عوامل مرتبط با علائم روانشناختی بیشتر شده است.

بر اساس بررسی های انجام شده، یکی از عوامل اصلی مرتبط با علائم روانشناختی دیابت، حمایت اجتماعی است که تعیین کننده ی مستقل اضطراب و افسردگی در آنها محسوب می شود [۱۸]. رابطه ی منفی و معکوس بین علائم روانشناختی به ویژه علائم 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 می تواند به سازگاری بهتر بیماران دیابتی، افزایش رفتارهای خودمراقبتی و تصمیم گیری مبتنی بر اطلاعات کمک کند [۳۱].

بنابراین اکثر تحقیقات انجام شده در زمینه ی علائم روانشناختی دیابت، عمدتاً روی افسردگی و اضطراب متمرکز شده و در زمینه ی بررسی جامع تر نیمرخ روانشناختی دیابتی ها خلاء مطالعاتی دیده می شود. 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 می شوند [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 می تواند علاوه بر ایجاد عوارض فیزیکی و جسمی، علائم روانپزشکی متعددی را نیز ایجاد نموده [۶] و حتی احتمال ابتلا به اختلالات روانی را نیز افزایش دهد [۷].

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

شایع ترین نوع اختلال روانی در بین دیابتی ها، افسردگی می باشد [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 بیماری های مزمن [۱۱] گزارش کرده اند. بنابراین اختلال افسردگی هم ابتدایی بالایی با بیماری دیابت دارد [۱۶] که هم در دیابت نوع ۱ و هم در دیابت نوع ۲ شایع است و تأثیرات قابل ملاحظه ای روی دوره ی بیماری و پیامدهای آن دارد [۱۷].

مطالعات دیگر نشان می دهند که اختلالات اضطرابی با میزان شیوع ۴۱/۷٪، از دیگر اختلالات روانی شایع در بیماران دیابتی است [۱۸]. شایع ترین نوع اختلال اضطرابی نیز اضطراب تعمیم یافته است که در ۱۴ درصد بیماران دیده می شود. میزان شیوع علائم اضطراب در بین بیماران دیابتی نوع ۱ و ۲ تفاوتی نداشته ولی در زنان شایع تر از مردان می باشد [۱۹]. اختلال خوردن [۲۰] و اختلال پانیک [۲۱] نیز از دیگر اختلالات روانشناختی شایع در بین مبتلایان به دیابت محسوب می شود.

¹ Impaired Glucose Tolerance

روانشناختی 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 روانشناختی 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 جهت 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 نوشتن 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 علایم 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 رضایت‌نامه‌ی 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 نمونه‌گیری تصادفی تعداد ۱۲۰ نفر (۳۹ نفر مذکر و ۸۱ نفر مونث؛ ۵۴ نفر دیابت نوع یک و ۶۶ نفر دیابت نوع دو) انتخاب شدند.

برای جمع‌آوری داده‌ها از دو نوع ابزار استفاده شد: ۱- آزمون SCL-90-R^۱: این آزمون که توسط درآگوتیس^۲ و همکاران در سال ۱۹۷۳ تهیه گردیده شامل ۹۰ سوال پنج درجه‌ای (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، وسواس، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، خصومت، ترس مرضی، افکار پارانوییدی، و روانپریشی. ضرایب پایایی سلامت روانی کلی و هر یک از ابعاد نه‌گانه‌ی این آزمون با روش‌های بازآزمایی، آلفای کرونباخ و کودرریچاردسون ۲۰، بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ گزارش گردیده و رضایی (۱۳۷۶) ضرایب اعتبار همزمان 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 ۲۸ 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، عامل حمایت اجتماعی مربوط به دوستان، ۰/۶۳ و عامل حمایت اجتماعی مربوط به خانواده، ۰/۸۹ می‌باشد. ضریب همبستگی بین نمرات کل مقیاس با تعریف عملیاتی از حمایت اجتماعی ۰/۶۱ می‌باشد. هم‌چنین 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

^۱ Symptom Chek-List

^۲ Deragotis

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 $53/04 \pm 15/83$ بوده و میانگین سابقه‌ی بیماری آنها نیز $6/37 \pm 7/57$ سال بود. از لحاظ وضعیت تأهل نیز تعداد ۵ نفر (۴/۱۷٪) مجرد، ۱۰۳ نفر (۸۵/۸۳٪) متأهل و ۱۲ نفر (۱۰٪) بیوه و مطلقه بودند. تعداد ۶۲ نفر (۵۱/۶۷٪) از بیماران مورد مطالعه دارای تحصیلات سیکل، ۵۱ نفر (۴۲/۵٪) دبیرستانی و دیپلم و ۷ نفر (۵/۸۳٪) تحصیلات بالاتر از دیپلم داشتند.

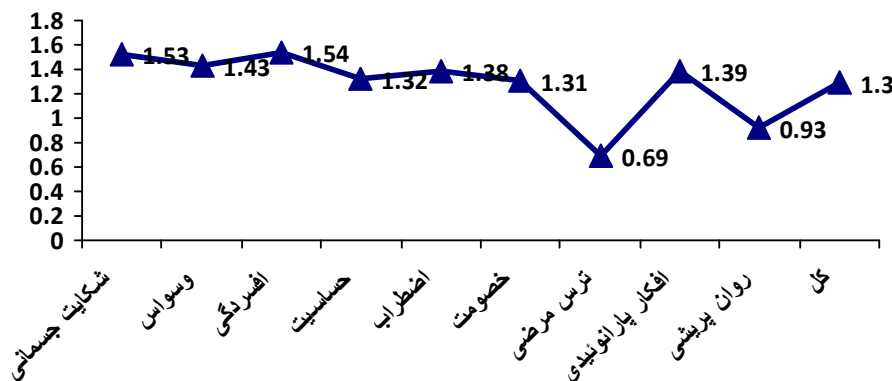
جدول ۱ فراوانی و درصد شیوع اختلالات مختلف روانی را در بین بیماران دیابتی نشان می‌دهد. همان طوری که در این جدول مشاهده می‌شود بیشترین فراوانی اختلالات مربوط به اختلال افسردگی (۸۷ نفر، ۷۲/۵٪) و کمترین فراوانی مربوط به اختلال ترس مرضی (۳۳ نفر، ۲۷/۵٪) می‌باشد (ملاک تشخیص وجود اختلال نمره‌ی GSI^۱ یک و بالاتر می‌باشد).

در نمودار ۱ نیمرخ روانشناختی بیماران مبتلا به دیابت آورده شده است. همان طوری 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

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

شاخص آماری	شکایت جسمانی	وسواس	افسردگی	حساسیت در روابط متقابل	اضطراب	خصوصیت مرضی	ترس پارانوئیدی	افکار پریشی	روان پریشی	نمره‌ی کل
فراوانی	۸۴	۸۴	۸۷	۷۵	۷۵	۶۶	۳۳	۸۱	۴۵	۷۲
درصد	۷۰	۷۰	۷۲/۵	۶۲/۵	۶۲/۵	۵۵	۲۷/۵	۶۷/۵	۳۷/۵	۶۰



نمودار ۱. نیمرخ روانشناختی مبتلایان به بیماری دیابت

^۱ General Symptom Index

جدول ۲. مقایسه‌ی 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	۰/۹	۰/۱۲	۱۱۸	۰/۹
	دیابت نوع ۲	۱/۵۲	۰/۹۴			
GSI وسواس	دیابت نوع ۱	۱/۴۸	۰/۸۳	۰/۴۶	۱۱۸	۰/۶۴
	دیابت نوع ۲	۱/۳۹	۰/۸۵			
GSI افسردگی	دیابت نوع ۱	۱/۶۵	۰/۸۹	۱/۰۲	۱۱۸	۰/۳۱
	دیابت نوع ۲	۱/۴۵	۰/۸۷			
GSI حساسیت در روابط متقابل	دیابت نوع ۱	۱/۳۴	۰/۸۷	۰/۱۸	۱۱۸	۰/۸۶
	دیابت نوع ۲	۱/۳۱	۰/۷۹			
GSI اضطراب	دیابت نوع ۱	۱/۵۱	۰/۹۴	۱/۰۵	۱۱۸	۰/۲۹
	دیابت نوع ۲	۱/۲۸	۰/۸۹			
GSI خصومت	دیابت نوع ۱	۱/۴۶	۰/۹۱	۱/۱۹	۱۱۸	۰/۲۴
	دیابت نوع ۲	۱/۲	۱			
GSI کترس مرضی	دیابت نوع ۱	۰/۸۴	۰/۷۷	۱/۵	۱۱۸	۰/۱۴
	دیابت نوع ۲	۰/۵۷	۰/۷۶			
GSI افکار پارانوئیدی	دیابت نوع ۱	۱/۳۵	۰/۸۲	۰/۳۶	۱۱۸	۰/۷۲
	دیابت نوع ۲	۱/۴۲	۰/۹۸			
GSI روان پریشی	دیابت نوع ۱	۱	۰/۷۱	۰/۷۴	۱۱۸	۰/۴۶
	دیابت نوع ۲	۰/۸۸	۰/۷۲			
GSI کل	دیابت نوع ۱	۱/۳۷	۰/۷۱	۰/۷۲	۱۱۸	۰/۴۷
	دیابت نوع ۲	۱/۲۶	۰/۷۲			
حمایت اجتماعی دوستان	دیابت نوع ۱	۸	۳/۲۳	۰/۶	۱۱۸	۰/۵۵
	دیابت نوع ۲	۸/۴۳	۳/۰۷			
حمایت اجتماعی خانواده	دیابت نوع ۱	۱۰/۶۷	۲/۷۹	۱/۰۴	۱۱۸	۰/۳۰
	دیابت نوع ۲	۱۱/۳۴	۲/۸۳			
حمایت اجتماعی کل	دیابت نوع ۱	۱۸/۶۷	۴/۷۶	۰/۹۸	۱۱۸	۰/۳۳
	دیابت نوع ۲	۱۹/۷۷	۵/۰۱			

جدول ۴ مقایسه‌ی 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 مقایسه‌ی میانگین‌ها حاکی از بالاتر بودن نمرات بیماران دیابتی زن می‌باشد ولی در بقیه متغیرها، تفاوت معنی‌دار وجود نداشت.

مربوط به دوستان با هیچ‌کدام 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 کلی نیز با همه‌ی ابعاد SCL-90-R به جز بعدهای شکایت جسمانی و روان‌پریشی رابطه‌ی منفی معنی‌دار دارد ($P < 0/05$). جدول ۳ مقایسه‌ی 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. مقایسه‌ی نمرات GSI و مقیاس‌های حمایت اجتماعی در بیماران دیابتی مرد و زن

متغیرها	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	T	درجه آزادی	سطح معنی داری																																																																																																																				
GSI شکایت جسمانی	مرد	۱/۲۲	۰/۷۹	۲/۰۷	۱۱۸	۰/۰۴																																																																																																																				
	زن	۱/۶۶	۰/۹۴				GSI وسواس	مرد	۱/۲۶	۰/۷۴	۱/۰۲	۱۱۸	۰/۳۱	زن	۱/۴۷	۰/۸۷	GSI افسردگی	مرد	۱/۲۴	۰/۷۵	۱/۹۶	۱۱۸	۰/۰۵	زن	۱/۶۴	۰/۸۹	GSI حساسیت در روابط متقابل	مرد	۱/۱۵	۰/۷۷	۱/۱۲	۱۱۸	۰/۲۶	زن	۱/۳۷	۰/۸۳	GSI اضطراب	مرد	۰/۹۷	۰/۶	۲/۶۸	۱۱۸	۰/۰۰۹	زن	۱/۵۳	۰/۹۷	GSI خصومت	مرد	۱/۴۳	۰/۹۳	۰/۸	۱۱۸	۰/۴۲	زن	۱/۲۵	۰/۹۷	GSI ترس مرضی	مرد	۰/۴۵	۰/۴۲	۱/۹۲	۱۱۸	۰/۰۵۸	زن	۰/۷۹	۰/۸۵	GSI افکار پارانوئیدی	مرد	۱/۲۷	۰/۹۴	۰/۶۶	۱۱۸	۰/۵۱	زن	۱/۴۲	۰/۸۹	GSI روان پریشی	مرد	۰/۸۲	۰/۶۷	۰/۹	۱۱۸	۰/۳۷	زن	۰/۹۷	۰/۷۲	GSI کل	مرد	۱/۱	۰/۶۱	۱/۰۵	۱۱۸	۰/۱۱	زن	۱/۳۸	۰/۷۴	حمایت اجتماعی دوستان	مرد	۸/۸۸	۲/۷۴	۰/۶	۱۱۸	۰/۳	زن	۸/۰۹	۳/۲۶	حمایت اجتماعی خانواده	مرد	۱۱/۴۸	۲/۶۲	۱	۱۱۸	۰/۳۲	زن	۱۰/۸	۲/۹۱	حمایت اجتماعی کل	مرد	۲۰/۳۶	۴/۷۹	۱/۲۵	۱۱۸
GSI وسواس	مرد	۱/۲۶	۰/۷۴	۱/۰۲	۱۱۸	۰/۳۱																																																																																																																				
	زن	۱/۴۷	۰/۸۷				GSI افسردگی	مرد	۱/۲۴	۰/۷۵	۱/۹۶	۱۱۸	۰/۰۵	زن	۱/۶۴	۰/۸۹	GSI حساسیت در روابط متقابل	مرد	۱/۱۵	۰/۷۷	۱/۱۲	۱۱۸	۰/۲۶	زن	۱/۳۷	۰/۸۳	GSI اضطراب	مرد	۰/۹۷	۰/۶	۲/۶۸	۱۱۸	۰/۰۰۹	زن	۱/۵۳	۰/۹۷	GSI خصومت	مرد	۱/۴۳	۰/۹۳	۰/۸	۱۱۸	۰/۴۲	زن	۱/۲۵	۰/۹۷	GSI ترس مرضی	مرد	۰/۴۵	۰/۴۲	۱/۹۲	۱۱۸	۰/۰۵۸	زن	۰/۷۹	۰/۸۵	GSI افکار پارانوئیدی	مرد	۱/۲۷	۰/۹۴	۰/۶۶	۱۱۸	۰/۵۱	زن	۱/۴۲	۰/۸۹	GSI روان پریشی	مرد	۰/۸۲	۰/۶۷	۰/۹	۱۱۸	۰/۳۷	زن	۰/۹۷	۰/۷۲	GSI کل	مرد	۱/۱	۰/۶۱	۱/۰۵	۱۱۸	۰/۱۱	زن	۱/۳۸	۰/۷۴	حمایت اجتماعی دوستان	مرد	۸/۸۸	۲/۷۴	۰/۶	۱۱۸	۰/۳	زن	۸/۰۹	۳/۲۶	حمایت اجتماعی خانواده	مرد	۱۱/۴۸	۲/۶۲	۱	۱۱۸	۰/۳۲	زن	۱۰/۸	۲/۹۱	حمایت اجتماعی کل	مرد	۲۰/۳۶	۴/۷۹	۱/۲۵	۱۱۸	۰/۲۱	زن	۱۸/۸۹	۴/۸۹						
GSI افسردگی	مرد	۱/۲۴	۰/۷۵	۱/۹۶	۱۱۸	۰/۰۵																																																																																																																				
	زن	۱/۶۴	۰/۸۹				GSI حساسیت در روابط متقابل	مرد	۱/۱۵	۰/۷۷	۱/۱۲	۱۱۸	۰/۲۶	زن	۱/۳۷	۰/۸۳	GSI اضطراب	مرد	۰/۹۷	۰/۶	۲/۶۸	۱۱۸	۰/۰۰۹	زن	۱/۵۳	۰/۹۷	GSI خصومت	مرد	۱/۴۳	۰/۹۳	۰/۸	۱۱۸	۰/۴۲	زن	۱/۲۵	۰/۹۷	GSI ترس مرضی	مرد	۰/۴۵	۰/۴۲	۱/۹۲	۱۱۸	۰/۰۵۸	زن	۰/۷۹	۰/۸۵	GSI افکار پارانوئیدی	مرد	۱/۲۷	۰/۹۴	۰/۶۶	۱۱۸	۰/۵۱	زن	۱/۴۲	۰/۸۹	GSI روان پریشی	مرد	۰/۸۲	۰/۶۷	۰/۹	۱۱۸	۰/۳۷	زن	۰/۹۷	۰/۷۲	GSI کل	مرد	۱/۱	۰/۶۱	۱/۰۵	۱۱۸	۰/۱۱	زن	۱/۳۸	۰/۷۴	حمایت اجتماعی دوستان	مرد	۸/۸۸	۲/۷۴	۰/۶	۱۱۸	۰/۳	زن	۸/۰۹	۳/۲۶	حمایت اجتماعی خانواده	مرد	۱۱/۴۸	۲/۶۲	۱	۱۱۸	۰/۳۲	زن	۱۰/۸	۲/۹۱	حمایت اجتماعی کل	مرد	۲۰/۳۶	۴/۷۹	۱/۲۵	۱۱۸	۰/۲۱	زن	۱۸/۸۹	۴/۸۹																
GSI حساسیت در روابط متقابل	مرد	۱/۱۵	۰/۷۷	۱/۱۲	۱۱۸	۰/۲۶																																																																																																																				
	زن	۱/۳۷	۰/۸۳				GSI اضطراب	مرد	۰/۹۷	۰/۶	۲/۶۸	۱۱۸	۰/۰۰۹	زن	۱/۵۳	۰/۹۷	GSI خصومت	مرد	۱/۴۳	۰/۹۳	۰/۸	۱۱۸	۰/۴۲	زن	۱/۲۵	۰/۹۷	GSI ترس مرضی	مرد	۰/۴۵	۰/۴۲	۱/۹۲	۱۱۸	۰/۰۵۸	زن	۰/۷۹	۰/۸۵	GSI افکار پارانوئیدی	مرد	۱/۲۷	۰/۹۴	۰/۶۶	۱۱۸	۰/۵۱	زن	۱/۴۲	۰/۸۹	GSI روان پریشی	مرد	۰/۸۲	۰/۶۷	۰/۹	۱۱۸	۰/۳۷	زن	۰/۹۷	۰/۷۲	GSI کل	مرد	۱/۱	۰/۶۱	۱/۰۵	۱۱۸	۰/۱۱	زن	۱/۳۸	۰/۷۴	حمایت اجتماعی دوستان	مرد	۸/۸۸	۲/۷۴	۰/۶	۱۱۸	۰/۳	زن	۸/۰۹	۳/۲۶	حمایت اجتماعی خانواده	مرد	۱۱/۴۸	۲/۶۲	۱	۱۱۸	۰/۳۲	زن	۱۰/۸	۲/۹۱	حمایت اجتماعی کل	مرد	۲۰/۳۶	۴/۷۹	۱/۲۵	۱۱۸	۰/۲۱	زن	۱۸/۸۹	۴/۸۹																										
GSI اضطراب	مرد	۰/۹۷	۰/۶	۲/۶۸	۱۱۸	۰/۰۰۹																																																																																																																				
	زن	۱/۵۳	۰/۹۷				GSI خصومت	مرد	۱/۴۳	۰/۹۳	۰/۸	۱۱۸	۰/۴۲	زن	۱/۲۵	۰/۹۷	GSI ترس مرضی	مرد	۰/۴۵	۰/۴۲	۱/۹۲	۱۱۸	۰/۰۵۸	زن	۰/۷۹	۰/۸۵	GSI افکار پارانوئیدی	مرد	۱/۲۷	۰/۹۴	۰/۶۶	۱۱۸	۰/۵۱	زن	۱/۴۲	۰/۸۹	GSI روان پریشی	مرد	۰/۸۲	۰/۶۷	۰/۹	۱۱۸	۰/۳۷	زن	۰/۹۷	۰/۷۲	GSI کل	مرد	۱/۱	۰/۶۱	۱/۰۵	۱۱۸	۰/۱۱	زن	۱/۳۸	۰/۷۴	حمایت اجتماعی دوستان	مرد	۸/۸۸	۲/۷۴	۰/۶	۱۱۸	۰/۳	زن	۸/۰۹	۳/۲۶	حمایت اجتماعی خانواده	مرد	۱۱/۴۸	۲/۶۲	۱	۱۱۸	۰/۳۲	زن	۱۰/۸	۲/۹۱	حمایت اجتماعی کل	مرد	۲۰/۳۶	۴/۷۹	۱/۲۵	۱۱۸	۰/۲۱	زن	۱۸/۸۹	۴/۸۹																																				
GSI خصومت	مرد	۱/۴۳	۰/۹۳	۰/۸	۱۱۸	۰/۴۲																																																																																																																				
	زن	۱/۲۵	۰/۹۷				GSI ترس مرضی	مرد	۰/۴۵	۰/۴۲	۱/۹۲	۱۱۸	۰/۰۵۸	زن	۰/۷۹	۰/۸۵	GSI افکار پارانوئیدی	مرد	۱/۲۷	۰/۹۴	۰/۶۶	۱۱۸	۰/۵۱	زن	۱/۴۲	۰/۸۹	GSI روان پریشی	مرد	۰/۸۲	۰/۶۷	۰/۹	۱۱۸	۰/۳۷	زن	۰/۹۷	۰/۷۲	GSI کل	مرد	۱/۱	۰/۶۱	۱/۰۵	۱۱۸	۰/۱۱	زن	۱/۳۸	۰/۷۴	حمایت اجتماعی دوستان	مرد	۸/۸۸	۲/۷۴	۰/۶	۱۱۸	۰/۳	زن	۸/۰۹	۳/۲۶	حمایت اجتماعی خانواده	مرد	۱۱/۴۸	۲/۶۲	۱	۱۱۸	۰/۳۲	زن	۱۰/۸	۲/۹۱	حمایت اجتماعی کل	مرد	۲۰/۳۶	۴/۷۹	۱/۲۵	۱۱۸	۰/۲۱	زن	۱۸/۸۹	۴/۸۹																																														
GSI ترس مرضی	مرد	۰/۴۵	۰/۴۲	۱/۹۲	۱۱۸	۰/۰۵۸																																																																																																																				
	زن	۰/۷۹	۰/۸۵				GSI افکار پارانوئیدی	مرد	۱/۲۷	۰/۹۴	۰/۶۶	۱۱۸	۰/۵۱	زن	۱/۴۲	۰/۸۹	GSI روان پریشی	مرد	۰/۸۲	۰/۶۷	۰/۹	۱۱۸	۰/۳۷	زن	۰/۹۷	۰/۷۲	GSI کل	مرد	۱/۱	۰/۶۱	۱/۰۵	۱۱۸	۰/۱۱	زن	۱/۳۸	۰/۷۴	حمایت اجتماعی دوستان	مرد	۸/۸۸	۲/۷۴	۰/۶	۱۱۸	۰/۳	زن	۸/۰۹	۳/۲۶	حمایت اجتماعی خانواده	مرد	۱۱/۴۸	۲/۶۲	۱	۱۱۸	۰/۳۲	زن	۱۰/۸	۲/۹۱	حمایت اجتماعی کل	مرد	۲۰/۳۶	۴/۷۹	۱/۲۵	۱۱۸	۰/۲۱	زن	۱۸/۸۹	۴/۸۹																																																								
GSI افکار پارانوئیدی	مرد	۱/۲۷	۰/۹۴	۰/۶۶	۱۱۸	۰/۵۱																																																																																																																				
	زن	۱/۴۲	۰/۸۹				GSI روان پریشی	مرد	۰/۸۲	۰/۶۷	۰/۹	۱۱۸	۰/۳۷	زن	۰/۹۷	۰/۷۲	GSI کل	مرد	۱/۱	۰/۶۱	۱/۰۵	۱۱۸	۰/۱۱	زن	۱/۳۸	۰/۷۴	حمایت اجتماعی دوستان	مرد	۸/۸۸	۲/۷۴	۰/۶	۱۱۸	۰/۳	زن	۸/۰۹	۳/۲۶	حمایت اجتماعی خانواده	مرد	۱۱/۴۸	۲/۶۲	۱	۱۱۸	۰/۳۲	زن	۱۰/۸	۲/۹۱	حمایت اجتماعی کل	مرد	۲۰/۳۶	۴/۷۹	۱/۲۵	۱۱۸	۰/۲۱	زن	۱۸/۸۹	۴/۸۹																																																																		
GSI روان پریشی	مرد	۰/۸۲	۰/۶۷	۰/۹	۱۱۸	۰/۳۷																																																																																																																				
	زن	۰/۹۷	۰/۷۲				GSI کل	مرد	۱/۱	۰/۶۱	۱/۰۵	۱۱۸	۰/۱۱	زن	۱/۳۸	۰/۷۴	حمایت اجتماعی دوستان	مرد	۸/۸۸	۲/۷۴	۰/۶	۱۱۸	۰/۳	زن	۸/۰۹	۳/۲۶	حمایت اجتماعی خانواده	مرد	۱۱/۴۸	۲/۶۲	۱	۱۱۸	۰/۳۲	زن	۱۰/۸	۲/۹۱	حمایت اجتماعی کل	مرد	۲۰/۳۶	۴/۷۹	۱/۲۵	۱۱۸	۰/۲۱	زن	۱۸/۸۹	۴/۸۹																																																																												
GSI کل	مرد	۱/۱	۰/۶۱	۱/۰۵	۱۱۸	۰/۱۱																																																																																																																				
	زن	۱/۳۸	۰/۷۴				حمایت اجتماعی دوستان	مرد	۸/۸۸	۲/۷۴	۰/۶	۱۱۸	۰/۳	زن	۸/۰۹	۳/۲۶	حمایت اجتماعی خانواده	مرد	۱۱/۴۸	۲/۶۲	۱	۱۱۸	۰/۳۲	زن	۱۰/۸	۲/۹۱	حمایت اجتماعی کل	مرد	۲۰/۳۶	۴/۷۹	۱/۲۵	۱۱۸	۰/۲۱	زن	۱۸/۸۹	۴/۸۹																																																																																						
حمایت اجتماعی دوستان	مرد	۸/۸۸	۲/۷۴	۰/۶	۱۱۸	۰/۳																																																																																																																				
	زن	۸/۰۹	۳/۲۶				حمایت اجتماعی خانواده	مرد	۱۱/۴۸	۲/۶۲	۱	۱۱۸	۰/۳۲	زن	۱۰/۸	۲/۹۱	حمایت اجتماعی کل	مرد	۲۰/۳۶	۴/۷۹	۱/۲۵	۱۱۸	۰/۲۱	زن	۱۸/۸۹	۴/۸۹																																																																																																
حمایت اجتماعی خانواده	مرد	۱۱/۴۸	۲/۶۲	۱	۱۱۸	۰/۳۲																																																																																																																				
	زن	۱۰/۸	۲/۹۱				حمایت اجتماعی کل	مرد	۲۰/۳۶	۴/۷۹	۱/۲۵	۱۱۸	۰/۲۱	زن	۱۸/۸۹	۴/۸۹																																																																																																										
حمایت اجتماعی کل	مرد	۲۰/۳۶	۴/۷۹	۱/۲۵	۱۱۸	۰/۲۱																																																																																																																				
	زن	۱۸/۸۹	۴/۸۹																																																																																																																							

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

متغیرها	شکایت جسمانی	وسواس	افسردگی	حساسیت در روابط متقابل	اضطراب	خصومت	ترس مرضی	افکار پارانوئیدی	روان پریشی	نمره‌ی کل
حمایت اجتماعی دوستان	ضریب همبستگی	۰/۰۰۰	۰/۰۷۵	۰/۱۳	۰/۱۸	۰/۱۱	۰/۱۸	۰/۱۱	۰/۱۳	۰/۱
	سطح معنی داری	۰/۹۲	۰/۵۱	۰/۲۶	۰/۱۱	۰/۳۴	۰/۱	۰/۷۶	۰/۲۳	۰/۴۸
حمایت اجتماعی خانواده	ضریب همبستگی	۰/۲۲	۰/۲۹	۰/۳۳	۰/۲۸	۰/۳۰	۰/۳۳	۰/۴۱	۰/۳۸	۰/۳۷
	سطح معنی داری	۰/۰۴۹	۰/۰۰۹	۰/۰۰۳	۰/۰۰۱	۰/۰۰۷	۰/۰۰۲	۰/۰۰۳	۰/۰۰۵	۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی کل	ضریب همبستگی	۰/۱۳	۰/۲۲	۰/۲۷	۰/۳۳	۰/۲۴	۰/۳۱	۰/۳۲	۰/۳۱	۰/۲۸
	سطح معنی داری	۰/۲۶	۰/۰۵	۰/۱۵	۰/۰۰۳	۰/۰۰۳	۰/۰۰۵	۰/۰۰۶	۰/۰۰۳	۰/۰۱۲

بحث

هدف این پژوهش بررسی نیمرخ روانشناختی 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 وسواس، ۷۲/۵٪ در افسردگی، ۶۲/۵٪ در اضطراب و حساسیت در روابط متقابل، ۵۵٪ در خصومت، ۲۷/۵٪ در ترس مرضی، ۶۷/۵٪ در افکار پارانوئیدی 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 روان‌پریشی (که میانگین GSI پایین‌تر از ۱ داشتند و نشانگر عدم وجود مشکل بود) در بقیه‌ی ابعاد مانند شکایت جسمانی، وسواس، افسردگی، حساسیت در روابط متقابل، اضطراب، خصومت، و افکار پارانوئیدی دچار مشکل بودند (نمره‌ی GSI بالاتر از ۱).

این یافته که علایم روانشناختی 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 علایم روان‌پزشکی و روانشناختی مختلف در بیماران دیابتی همخوانی داشته و به صورت جزئی نیز با یافته‌های تحقیقات زیادی از جمله گراندینتی^۳ و همکاران، هریس^۴، ظهیرالدین و صدیقی، گلدنی^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

مشکلاتی مانند شکایت جسمانی، حساسیت در روابط بین فردی، افکار پارانوئیدی، خصومت و وسواس، 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، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، خصومت و افکار پارانوئیدی 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 تعدیل 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].

¹ Moussa

² Sadock

³ Grandinetti

⁴ Harris

⁵ Goldney

⁶ Ludman

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 خصومت و زنان دیابتی نیز در شکایت جسمانی داشتند و بالاخره بیشترین نمره‌ی کل بیماران تحت بررسی در بعد افسردگی بود.

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

نتیجه‌گیری

بیماران مبتلا به دیابت، در تابلوی بالینی خود اختلالات و علایم روانشناختی متعددی مانند شکایت جسمانی، وسواس فکری عملی، افسردگی، حساسیت در روابط متقابل، اضطراب، خصومت و افکار پارانوئیدی 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 پارانوئیدی، خصومت، وسواس، 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، خرده‌مقیاس 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 عمده‌ای 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.

مقایسه‌ی 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 مذکر و مونث 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, Jameson J. *Harrison's 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 Psychiat*. 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.