

Frequency of Psychiatric and Psychological Disorders in Patients with Type II Diabetes

Molod Eskandari Khanghahi¹,
Seyyed Hamzeh Hosseini²,
Ozra Akha³, Mahdie Nasiri⁴

¹ General Practitioner, Islamic Azad University, Tonekabon Branch, Tonekabon, Iran

² Professor, Department of Psychiatry, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

³ Assistant Professor, Department of Endocrinology, Diabetes Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁴ MA in Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran

(Received March 25, 2017 Accepted November 18, 2017)

Abstract

Background and purpose: Evidence shows many kinds of psychological disorders and problems in interpersonal and social communications associated with diabetes. Such problems reduce the quality of life of people involved. The aim of this study was to investigate the prevalence of psychiatric disorders in patients with type II diabetes.

Materials and methods: This cross-sectional study was conducted in 202 type II diabetic patients with at least one year experience of the disease attending endocrine clinic in Sari, Iran 2015. Data collection was carried out using a demographic questionnaire, the SCID-I and General Health Questionnaire (GHQ-28). Data was analyzed in SPSSV20.

Results: The mean duration of diabetes was 9.67 ± 6.6 years. Among the patients 25.4% had major depressive disorder, 34% had obsessive-compulsive disorder, and 4.6% were found with generalized anxiety disorder. According to SCID-I, 9.57% had at least one psychiatric disorder and based on GHQ-28, 37% had mental health problems.

Conclusion: High prevalence of mental disorders was found in patients with type II diabetes. These disorders have negative impacts on the control and treatment of diabetes, therefore, psychiatric consultations on a regular basis are necessary to avoid further problems.

Keywords: diabetes, psychiatric disorders, mental health

بررسی فراوانی اختلالات روان پزشکی و روان شناختی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

مولود اسکندری خانقاهی^۱

سید حمزه حسینی^۲

عذرا اخی^۳

مهديه نصیری^۴

چکیده

سابقه و هدف: پژوهش‌ها همراهی انواع اختلالات روان شناختی، اشکال در ارتباطات بین فردی و اجتماعی، و کاهش کیفیت زندگی را با بیماری دیابت نشان داده‌اند. هدف این پژوهش بررسی شیوع اختلالات روان پزشکی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم می‌باشد.

مواد و روش‌ها: گروه نمونه در این پژوهش که از نوع مقطعی در سال ۱۳۹۴ است، ۲۰۲ نفر از بیماران دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به کلینیک غدد شهرستان ساری و دارای حداقل یک سال سابقه بیماری بودند. بیماران پس از تکمیل فرم مشخصات جمعیت شناختی، تحت مصاحبه بالینی SCID-I قرار گرفتند و سپس به پرسشنامه GHQ-28 پاسخ دادند. داده‌ها با نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین مدت ابتلا به دیابت ۹/۶۷ با انحراف استاندارد ۶/۶ سال بود. ۲۵/۴ درصد افراد دارای اختلال افسردگی اساسی، ۳۴ درصد اختلال وسواسی-جبری و ۴/۶ درصد اختلال اضطراب منتشر بودند. بر اساس مصاحبه بالینی SCID-I ۹/۵۷ درصد افراد دارای حداقل یک اختلال روان پزشکی و بر اساس پرسشنامه GHQ-28، ۳۷ درصد دارای مشکلاتی در سلامت روان بودند.

استنتاج: با توجه به شیوع قابل توجه اختلالات روانی در بیماران دیابتیک نوع دوم، و تأثیر منفی اختلالات روانی بر روند کنترل و درمان بیماری، لازم است مشاوره روان پزشکی به صورت منظم برای آنها در نظر گرفته شود.

واژه های کلیدی: دیابت، اختلالات روان پزشکی، سلامت روان.

مقدمه

دیابت هستند (۴). براساس مطالعات مختلف حدود ۴/۵ تا ۵ میلیون نفر در کشورمان مبتلا به دیابت هستند که نیمی از آن‌ها از بیماری خود بی اطلاعاند (۵، ۶). عوامل شناختی، رفتاری، هیجانی و اجتماعی در سیر برقراری، تنظیم و کنترل دیابت نقش دارند. دیابت مانند دیگر بیماری‌های مزمن و ناتوان کننده برای فرد مشکلاتی به وجود می‌آورد که در نتیجه‌ی آن تمام

بیماری دیابت به عنوان اپیدمی قرن ۲۱ شناخته شده و یک نگرانی عمده‌ی سلامت عمومی می‌باشد (۱). شکل ۲ نوع I و II دارد که تقریباً ۹۰ تا ۹۵٪ افراد به نوع II مبتلا هستند (۲). تعداد مبتلایان به دیابت نوع II در همه کشورهای جهان در حال افزایش است. در ایران نیز شیوع نسبتاً بالایی دارد (۳) به طوری که مبتلایان به دیابت در ایران ۷/۷٪ از جمعیت ۲۵ تا ۶۰ سال کشور مبتلا به

Email: dr_m_ eskandari@yahoo.com

مؤلف مسئول: عذرا اخی - ساری، بلوار امیر مازندرانی مرکز آموزش و درمانی امام خمینی

۱. دکترای حرفه ای پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن، ایران

۲. استاد، گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۳. استادیار، گروه غدد، مرکز تحقیقات دیابت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۴. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشکده الزهراء، تهران، ایران

© تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱/۱۵ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۶/۶/۱۰ تاریخ تصویب: ۱۳۹۶/۸/۲۷

جنبه‌های زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۷). بیش تر مسائل روان‌شناختی بیماران به دلیل مشکلات تحمیل شده از طرف دیابت مانند رژیم غذایی، محدودیت فعالیت، پایش تهاجمی قند خون، تزریق روزانه‌ی انسولین، عوارض مزمن جسمی، بستری شدن در بیمارستان و کوتاه‌شدن متوسط عمر می‌باشد (۸). افراد مبتلا به دیابت ممکن است دچار تغییرات کامل در روابط خانوادگی، کار، ارزش‌ها، توانایی جسمی و اجتماعی و هم‌چنین توانایی مراقبت از خود گشته و به نوعی سلامت وی دچار تزلزل شود (۹). از آنجا که علی‌رغم تلاش‌های فرد برای کنترل سطح قند خون، هایپرگلیسمی و هیپوگلیسمی می‌تواند به دفعات روی دهد، به‌طور معمول منابع روان‌پزشکی در زمینه مشکلات روانی افراد دیابتیک، به هیپوگلیسمی اشاره می‌کنند که می‌تواند حالات اضطرابی حاد و علائم افسردگی ایجاد نماید (هم‌چنین هیپرگلیسمی که علائم مشابهی تولید می‌کند) (۱۰)؛ با توجه به اینکه ماهیت مزمن و ناتوان‌کننده دیابت تمام حوزه‌های زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد دور از انتظار نیست که مشکلات روان‌شناختی در آن‌ها شایع باشد (۱۱).

در ابتدای تشخیص بیماری پاسخ هیجانی به صورت اضطراب ظاهر می‌شود ولی با پیشرفت بیماری اختلالات روان‌شناختی بارزتر می‌شوند (۱۲، ۱۳) اختلالات روان‌شناختی در بیماران دیابتی نسبت به جمعیت عمومی شایع‌تر هستند این در حالی است که غالباً از سوی پزشکان مورد توجه و تشخیص قرار نگرفته و مشکلات روان‌شناختی به‌طور نامناسبی به بیماری‌های جسمی نسبت داده می‌شود (۸).

Nichols و Brown نشان دادند که افراد دیابتی در مقایسه با افراد غیر دیابتی از سلامت روان کمتری برخوردارند (۱۴). Pena و همکارانش نیز در پژوهشی به منظور ادراک از وضعیت سلامتی، سلامت روان و کیفیت زندگی در بین بیماران دیابتی، نشان دادند که در بین بیماران دیابتی، سلامت روان به‌طور معنی‌داری

پایین‌تر از گروه شاهد بود (۱۵). پژوهش‌های مختلفی در زمینه‌ی بررسی وضعیت سلامت در بیماران دیابتی انجام گرفته که در آن‌ها معمولاً برای ارزیابی از پرسشنامه استفاده شده و نیز تمام اختلالات روانی مورد بررسی قرار نگرفته است از جمله Sultan و همکاران در یک پژوهش مقطعی با استفاده از پرسشنامه IPQ-R به بررسی ادراک بیماری با توجه به فهم دیدگاه‌های بیماران پرداختند (۱۶)، Lin و همکاران در یک مطالعه‌ی طولی ۴۶۲۳ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ را برای دریافت مراقبت‌های اولیه ثبت نام کردند و بعد از یک دوره‌ی ۵ ساله پیگیری کردند. مدارک پزشکی با استفاده از کدهای تشخیصی ICD-9 و اطلاعات گواهی فوت برای تعیین نتایج در ۵ سال پیگیری استفاده شد و به بررسی مدل تحلیلی برای ارتباط بین افسردگی پایه و خطرات پیامدهای جانبی دیابت پرداختند (۱۷)، Katon و همکارانش نیز به تعیین ویژگی‌های بالینی و رفتاری بیماری دیابت پرداختند که پس از کنترل متغیرهای مخدوش‌کننده با افسردگی همراه بود. در این پژوهش برای سنجش افسردگی از پرسشنامه سلامت استفاده شد (۱۸)، Kruse و همکاران با استفاده از نسخه اصلاح‌شده‌ی مصاحبه بین‌المللی تشخیصی (CIDI) به بررسی رابطه بین اختلالات روانی و دیابت پرداختند و به یک الگوی تشخیصی متفاوت نسبت به جمعیت عمومی برخوردند؛ به‌طوری‌که نسبت شانس برای اختلالات اضطرابی در بیماران دیابتیک بالاتر بود (۱۹)، سجادی و همکاران در یک مطالعه‌ی توصیفی به بررسی شیوع اختلالات روان‌پزشکی بر روی بیماران دیابتیک با استفاده از پرسشنامه‌ی سلامت عمومی و در صورت لزوم با مصاحبه‌ی روان‌پزشکی پرداختند و نشان دادند که در ۴۳/۷۵٪ افراد نوعی اختلال روان‌پزشکی وجود دارد (۲۰)؛ بنابراین خلأ یک پژوهش ساختارمند براساس مصاحبه‌ی بالینی که تمام اختلالات روانی را شامل شود حس می‌شد که این پژوهش با استفاده از مصاحبه‌ی بالینی که می‌تواند ارزیابی ساختارمندی را موجب و

ابعاد گسترده‌ای از سلامت روان را شامل شود برای پاسخ دادن به این خلأ پژوهشی انجام گرفته است.

مواد و روش ها

مطالعه فوق از نوع کاربردی و در زمره‌ی طرح‌های مقطعی می‌باشد. جامعه‌ی آماری در این پژوهش، کلیه‌ی بیماران دیابتی نوع ۲ مراجعه کننده به کلینیک غدد شهرستان ساری بودند. تعداد شرکت کنندگان در پژوهش ۲۰۲ نفر بود که با در نظر گرفتن شیوع ۰/۳۶ درصد اختلالات روانی در افراد دیابت نوع ۲ بر اساس یک مطالعه پیشین (۲۰)، سطح اطمینان ۰/۹۵ و میزان خطای ۰/۰۶ (d)، بر اساس فرمول زیر ۲۰۰ نفر محاسبه گردید (۲۱):

$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

این بیماران در صورت داشتن تشخیص دیابت نوع ۲، و داشتن حداقل یک سال سابقه‌ی ابتلا وارد پژوهش شدند. آزمودنی‌ها ابتدا پرسشنامه‌ی جمعیت‌شناختی شامل (جنسیت، وضعیت تاهل، تحصیلات، اعتیاد به مواد مخدر، مصرف سیگار و الکل، سابقه‌ی دیابت، مدت ابتلا به دیابت، سابقه‌ی مصرف داروهای روانپزشکی، سابقه‌ی مراجعه به روانپزشک، سابقه‌ی بیماری شناخته شده روانپزشکی، نام بیماری روانپزشکی) بود را تکمیل کرده و سپس بیماران از حیث داشتن اختلالات محور یک روانپزشکی توسط روانپزشک مورد بررسی قرار گرفتند. برای این منظور از مصاحبه‌ی نیمه ساختاریافته SCID استفاده شد. شریفی و همکاران این مصاحبه را پس از ترجمه به زبان فارسی بر روی نمونه‌ی ۲۹۹ نفری اجرا کردند و توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی متوسط تا خوب بود (کاپای بالاتر از ۰/۶). توافق کلی (کاپای

مجموع) برای تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ بود (۲۲).

پرسشنامه‌ی سلامت روانی ۲۸ (GHQ): یک پرسشنامه‌ی غربالگری مبتنی بر خود گزارش دهی است که برای جدا کردن افراد سالم از بیمار به کار می‌رود و برای همه‌ی افراد جامعه طراحی شده است. این پرسشنامه‌ی ۲۸ ماده‌ای دارای ۴ خرده‌مقیاس علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال کنش اجتماعی و افسردگی و خیم است (۲۳). پالانگ، اعتبار این پرسشنامه را به کمک روش بازآزمایی با فاصله‌ی زمانی ۷ روز بر روی یک گروه ۸۰ نفری ۰/۹۱ برآورد نموده است (۲۴).

پس از جمع‌آوری داده‌ها، با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۰، فراوانی و درصد فراوانی داده‌ها بررسی شده و تفاوت میزان شیوع اختلالات روانی با آزمون مجذور کای مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

جدول شماره ۱ وضعیت آزمودنی‌ها را از لحاظ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نشان می‌دهد.

جدول ۱: وضعیت متغیرهای جمعیت شناختی

طبقه	فراوانی	درصد فراوانی
جنسیت	۵۵	۲۷/۱
مرد		
زن	۱۴۷	۷۲/۴
وضعیت تاهل	۱۷۶	۸۶/۷
متاهل		
غیر متاهل	۲۶	۱۳/۳
تحصیلات	۳۴	۱۶/۷
بیسواد		
زیر دیپلم	۷۹	۳۸/۹
دیپلم	۴۹	۲۴/۱
تحصیلات عالی	۴۰	۱۹/۷
دانه	کمینه	بیشینه
سن	۲۲	۸۲
۶۰	۵۵/۸۷	۱۰/۸۳
مدت ابتلا به دیابت	۱	۹/۶۷
۳۳	۳۴	۶/۶۰

چنان که ملاحظه می‌شود ۷۲/۴ درصد (معادل ۱۴۷ نفر) زن هستند و ۲۷/۱ درصد (۵۵ نفر) مرد می‌باشند. سن این افراد دامنه‌ای از ۲۲ تا ۸۲ سال را دربرمی‌گیرد و میانگین سنی گروه برابر ۵۵/۸۷ سال با انحراف استاندارد ۱۰/۷۳ سال است. میانگین مدت‌زمان ابتلای این افراد به

گزارش شده در پیمایش ملی سلامت روان به طور معناداری بیش تر از کل جامعه است.

جدول ۳: آزمون مجذور کای برای بررسی تفاوت شیوع اختلالات روانی، افسردگی و اضطراب در نمونه حاضر با کل جامعه

متغیر	مقدار	درجه آزادی	معناداری
آماره مجذور کای اختلالات روانی	۳۳/۳۱	۱	۰/۰۰۰۱
تعداد موارد معتبر	۲۰۰		
آماره مجذور کای افسردگی	۲۸/۶۰	۱	۰/۰۰۱
تعداد موارد معتبر	۲۰۰		
آماره مجذور کای اضطراب	۱۰۷/۰۱	۱	۰/۰۰۱
تعداد موارد معتبر	۲۰۰		

بحث

همان‌طور که یافته‌های آزمون GHQ28 نشان می‌دهد، ۳۷ درصد افراد گروه نمونه حاضر دارای مشکلاتی در سلامت روان از حد خفیف تا شدید هستند که به شکل معناداری بالاتر از میزان شیوع جامعه (۲۲/۷ درصد) است. این یافته با نتایج پژوهش سجادی و همکاران (۲۰) و موسوی و همکاران (۲۵) که نشان دادند میزان شیوع اختلالات سلامت روان در افراد دیابتیک بیشتر از میزان شیوع جامعه است هماهنگ است. همچنین این نرخ شیوع (۳۷ درصد)، بسیار بیشتر از شیوعی است که درباره افراد دیابتیک از جامعه آلمان گزارش شده است (۲۶/۶ درصد) (۱۹).

به نظر می‌رسد افراد مبتلا به دیابت نوع دو، در ابعاد مختلف زندگی دچار مشکلاتی هستند که سلامت روانی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. عوارضی که دیابت به همراه دارد، فعالیت‌های فرد را محدود کرده و به حضور رنجی مزمن در زندگی فرد می‌انجامد. این افراد عوارض جسمی، محدودیت رژیم غذایی، تحرک و فعالیت کم، نیاز به اندازه‌گیری دائمی قند خون، تزریق روزانه انسولین یا مصرف داروهای خوراکی پایین آورنده قند خون، عفونت‌های مکرر، بستری شدن در بیمارستان، هزینه‌های تحمیل شده و شاید آگاهی از ماهیت دیابت به عنوان کاهنده‌ی عمر، علاوه بر فرسودن

دیابت ۹/۶۷ سال با انحراف استاندارد ۶/۶۰ سال است. مدت ابتلا دامنه‌ای از ۱ تا ۳۳ سال را شامل می‌شود. از کل افراد گروه نمونه، ۲۴/۹ درصد افراد (۴۹ نفر) سابقه مراجعه به روان‌پزشک، ۸/۶ درصد (۱۷ نفر) دارای سابقه بیماری روان‌پزشکی و ۱۴/۲ (۲۸ نفر) سابقه مصرف داروهای روان‌پزشکی دارند. وضعیت سایر متغیرهای روان‌شناختی در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲: وضعیت فراوانی متغیرهای موجود در پژوهش

متغیر	طبقه	فراوانی	درصد
وابسته به دارو	+	۱۹۶	۹۹/۵
	-	۱	۰/۵
سیگاری	+	۲	۱/۰
	-	۱۹۵	۹۹/۱
الکل	+	۰	۰
	-	۲۰۰	۱۰۰
وسواسی-جبری	+	۶۷	۳۳/۵
	-	۱۳۰	۶۶/۵
پانیک	+	۶	۳/۰
	-	۱۹۱	۹۷/۰
فوبی	+	۱۶	۸/۱
	-	۱۸۱	۹۱/۹
اضطراب منتشر	+	۹	۴/۵
	-	۱۸۸	۹۵/۴
مواد	+	۰	۰
	-	۲۰۰	۱۰۰
استرس پس از سانحه	+	۷	۳/۵
	-	۱۹۰	۹۶/۴
سایکوز	+	۰	۰
	-	۲۰۰	۱۰۰
افسردگی مینور	+	۱۹	۹/۵
	-	۱۷۸	۹۰/۴
اختلال اضطراب	+	۱۳	۶/۵
	-	۱۸۳	۹۲/۹
افسردگی اساسی	+	۵۰	۲۵/۴
	-	۱۴۷	۷۴/۶
عدم سلامت روان (GHQ)	+	۷۴	۳۷/۰
	-	۱۲۶	۶۳/۰
اختلال روانی (SCID)	+	۱۱۴	۵۷/۹
	-	۸۳	۴۲/۱

برای مقایسه وضعیت سلامت روانی، اختلال افسردگی و اضطرابی نمونه‌ی حاضر با کل جامعه، از یافته‌های پژوهش رحیمی و همکاران طی پیمایش ملی سلامت روان (۱۳۸۹-۱۳۹۰) استفاده شده است (۲۵). همان‌طور که در جدول ۳ قابل مشاهده است، مقایسه به‌وسیله آزمون مجذور کای نشان می‌دهد که میزان شیوع اختلالات روانی، اختلال افسردگی اساسی و اختلالات اضطرابی در نمونه‌ی حاضر، با توجه به نتایج

انرژی و سلامت روانی فرد، روابط شغلی، اجتماعی و عاطفی او را متأثر می‌کند و از کیفیت زندگی او می‌کاهد (۲۶، ۲۲).

در عین حال ارتباط دیابت و مشکلات روانی، رابطه‌ای دوسویه است؛ عدم سلامت روانی و اختلالات روان‌شناختی خود می‌تواند زمینه‌ساز بروز دیابت باشد. به عنوان مثال بعضی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که انواع افسردگی تا حدود ۶۰ درصد بر ریسک ابتلا به دیابت می‌افزاید و یا اضطراب، زمینه‌ای معمول برای آغاز دیابت است (۲۷).

۲۵/۴ درصد افراد نمونه به اختلال افسردگی اساسی مبتلا هستند که شیوع بالاتری را در مقایسه با کل جامعه (۱۲/۷ درصد) نشان می‌دهد. این یافته با نتایج مطالعه‌ی سجادی و همکاران (۲۰) و Kruse و همکاران (۱۹) که شیوع نسبتاً برابری را بین بیماران دیابتی و کل جامعه نشان می‌دهند متفاوت است.

نتایج بیان‌گر شیوع بالای اختلالات افسردگی در افراد دیابتیک می‌باشد. بیش‌تر بیماران دیابتی نگرش منفی در مورد بیماری داشته و دغدغه‌های بسیاری در مورد کنترل و درمان و عوارض درازمدت آن دارند (۶۲). به نظر می‌رسد مشابه سایر اختلالات طبی مزمن، کاهش انگیزه و خلق و افسردگی در دیابت، می‌تواند پاسخی به رنج مداوم ناشی از عوارض بیماری و درماندگی و ناامیدی از درمان و رهایی از این عوارض باشد. فرد مبتلا به دیابت احساس می‌کند کنترل عوارض بیماری در دست او نیست و دچار درماندگی می‌شود. این درماندگی می‌تواند یکی از ابعاد عمده‌ی افسردگی در این افراد باشد. پیش‌روی عوارض جسمی که گهگاه در بعضی از معاینه‌های پزشکی مشخص می‌شود، می‌تواند برای فرد به منزله‌ی سوگی باشد که به تدریج با آن مواجه می‌گردد؛ سوگ از دست دادن سلامتی و کوتاه شدن زندگی. سوگ از دست دادن سلامتی و لذت‌های گذشته، فرد را به سمت افسردگی پیش می‌برد.

طبق نتایج این پژوهش، ۴۰/۱ درصد افراد مبتلا به دیابت نوع دو، دارای حداقل یکی از اختلالات اضطرابی هستند که به طور معناداری بیشتر از شیوع اختلالات اضطرابی در جامعه (۱۵/۶ درصد) است. این نتایج هم‌راستا با سایر پژوهش‌هایی است که رابطه اختلالات اضطرابی و دیابت را مطالعه کرده‌اند و نشان داده‌اند که شیوع اختلالات اضطرابی در بیماران دیابتی بیشتر از شیوع آن در جامعه است (۲۷، ۲۸، ۱۹).

با وجود تلاش‌های فرد برای کنترل سطح قند خون، هایپرگلیسمی و هیپوگلیسمی می‌تواند به دفعات روی دهد که می‌تواند حالات اضطرابی حاد و علائم افسردگی ایجاد نماید (۹)؛ چنین علائمی نمای مشابه نشانه‌های اختلال‌های خلقی و نیز اختلالات اضطرابی حادی هم‌چون پانیک و استرس پس از سانحه را تولید می‌کند. در واقع بر اساس نتایج، شیوع دو اختلال اخیر در افراد دیابتیک بالاتر از جمعیت کلی است؛ شیوع اختلال پانیک در نمونه حاضر ۳ درصد و اختلال استرس پس از سانحه ۳/۶ درصد است. این در حالی است که شیوع این دو اختلال در جامعه به ترتیب ۱/۹ و ۲/۱ می‌باشد. یک موضوع قابل ملاحظه در میان نتایج این است که در میان اختلالات اضطرابی در نمونه حاضر، بیشترین شیوع مربوط به اختلال وسواسی - جبری است که ۳۴ درصد افراد را درگیر کرده است. این میزان شیوع به طور قابل توجهی بیشتر از شیوع جامعه (۵/۱ درصد) می‌باشد. به نظر می‌رسد احتمال ایجاد عوارض شدید در صورت عدم مراقبت و عدم رعایت برنامه‌های خاص غذایی و رفتاری، اهمیت مراقبت و توجه به وضعیت بدن را در فرد دیابتیک به طور قابل ملاحظه‌ای افزایش داده و زمینه‌ساز بسط افکار و رفتارهای وسواسی مرتبط گردد. هم‌چنین شیوع اضطراب منتشر در گروه نمونه حاضر ۴/۶ درصد است که کم‌تر از آمار شیوع این اختلال در جامعه (۵/۲ درصد) می‌باشد. در عین حال این یافته تفاوتی را با بعضی گزارش‌ها که اضطراب منتشر را در افراد دیابتیک

تعدیل کننده‌ای برای نتایج موجود در نظر گرفت. به این ترتیب احتمالاً مقداری از تفاوت شیوع اختلالات میان نمونه حاضر و جامعه، به خاطر بیشتر بودن تعداد زنان در نمونه حاضر است که با وجود تأثیر گذاری آن در نتیجه‌ی پژوهش می‌تواند به عنوان محدودیت مطالعه نیز در نظر گرفته شود؛ اما آنچه که می‌توان به عنوان نتیجه‌گیری نهایی از این پژوهش در نظر گرفت شیوع بالاتر مشکلات و اختلالات روانی در افراد دیابتیک نسبت به کل جامعه است.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی دانشجویی در مقطع دکترای حرفه‌ای در دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن است؛ بدین وسیله از کلیه‌ی اساتید و پرسنل دانشگاه و نیز از پرسنل و مراجعین کلینیک غدد شهرستان ساری که در اجرای این پژوهش همکاری کردند سپاسگزاری می‌شود.

بالاتر از جمعیت عادی گزارش کرده‌اند نشان می‌دهد (۲۹). به نظر می‌رسد میانگین سنی بالای گروه نمونه حاضر (حدود ۵۷ سال) می‌تواند تبیینی برای این تفاوت کوچک باشد؛ احتمالاً در سنین بالاتر، افراد نسبت به استرس‌ها و مشکلات و بیماری خود تا حدی کنترل بیشتری پیدا کرده‌اند و در نتیجه نگرانی و اضطراب از رویدادهای مبهم و ناگوار کاهش یافته است.

علیرغم آنکه نتایج این پژوهش نشان می‌دهد شیوع مشکلات و اختلالات روانی در افراد دیابتیک به میزان قابل توجهی بالاتر از کل جامعه است و این با پژوهش‌های موجود نیز هماهنگ است؛ اما توجه به این نکته ضروری است که در حدود ۷۳ درصد از گروه نمونه حاضر را زنان تشکیل می‌دهند. از آنجا که بر اساس آمارهای مختلف موجود در منابع علمی، به طور کلی اختلالات روانی و مشکلات سلامت روان در زنان بیشتر از مردان است (۲۰)، باید این واقعیت را به عنوان

References

1. Mufunda E, Albin B, Hjelm K. Differences in health and illness beliefs in zimbabwean men and women with diabetes. *Open Nurs J*. 2012; 6: 117-125.
2. Egede LE, Dismuke CE. Serious psychological distress and diabetes: a review of the literature. *Curr Psychiatry Rep*. 2012; 14(1):15-22.
3. Zagarins SE, Allen NA, Garb JL, Weleh 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.
4. 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):571-576.
5. 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 disease of iran. *Diabetes Care*. 2008; 31(1):96-98.
6. 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). *Behood J*. 2003; 21(8):57-64. (persian)

7. Kaholokula JK, Haynes SN, Grandinetti A, Chang HK. Biological, psychosocial, and sociodemographic variables associated with depressive symptoms in persons with type 2 diabetes. *J Behav Med.* 2003; 26(5): 435-458.
8. Koopmanschap M, CODE-2 Advisory Board. Coping with Type II diabetes: The patient's perspective. *Diabetologia.* 2002; 45(7): 18-22.
9. Polonsky WH. Emotional and quality-of-life aspects of diabetes management. *Curr Diab Rep.* 2002; 2(2): 153-159.
10. Sadock B, Sadock V, Ruiz P. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 11th ed. Wolters Kluwer. 2015.
11. Khamseh ME, Monavari A, Malek M, Shafiee G, Baradaran H. Health-related quality of life in patients with type 1 diabetes. *Iran J Endocrinol Methab.* 2011; 13(3): 249-255. (persian)
12. Sridhar Gr. Psychiatric co-morbidity & diabetes. *Indian J Med Res.* 2007; 125(3): 311-320.
13. 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.
14. Nichols GA, Brown JB. Functional status before and after diagnosis of Type 2 diabetes. *Diabet Med.* 2004; 21(7): 793-797.
15. Esteban y Peña MM1, Hernandez Barrera V, Fernández Cordero X, Gil de Miguel A, Rodríguez Pérez M, Lopez-de Andres A, et al. Self-perception of health status, mental health and quality of life among adults with diabetes residing in a metropolitan area. *Diabetes Metab.* 2010; 36(4): 305-311.
16. 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): 101-117.
17. Lin EHB, Rutter CM, Katon W, Heckbert SR, Ciechanowski P, Oliver MM, et al. Depression and advanced complications of diabetes. *Diabetes Care.* 2010; 33(2): 264-269.
18. Katon W, Kroff VM, Ciechanowski P, Russo J, Lin MDE, Simon G, et al. Behavioral and clinical factors associated with depression among individuals with diabetes. *Diabetes Care.* 2004; 27(4): 914-920.
19. Kruse J, Schmitz N, Thefeld W. On the association between diabetes and mental disorders in a community sample: Results from the German National Health Interview and Examination Survey. *Diabetes Care.* 2003; 26(6): 1841-1846.
20. Sajjadi SA, Bakhshani NM, Lashkaripour K, Baghban-Haghighi M, Samadi R, Safarzai M. Prevalence of psychiatric disorders in patients with diabetes type 2. *Zahedan J Res Med Sci (ZJRMS).* 2012; 14(1): 82-85. [Persian]
21. Hooman HA. Cognition of the scientific method in the behavioral

- sciences.Tehran: Samt Pub. 2012. [Persian]
22. Sharifi V, Asadi SM, Mohammadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. Cost evaluation of a two - echelon inventory system with lost sales and approximately normal demand. *Advances in Cognitive Science*. 2004; 22(1): 10-22. [Persian]
23. Westerink J, Giarratano L. The impact of posttraumatic stress disorder on partners and children of Australian Vietnam veterans. *Aust N Z J Psychiatry*. 1999; 33(6):841-847.
24. Palahang H, Nasr M, Barahani MN, Shah Mohammadi D. An epidemiological study of mental disorders in Kashan. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 1995; 2(8):19-27. [Persian].
25. Mousavi I, Alizadeh Chahar-Borj T, Sheikh MR, Yavari Kermani M. Frequency of psychiatric symptoms in diabetic patients. *Journal of Diabetes Nursing*. 2015; 3(1): 51-58. [Persian]
26. Nouhjah S, Fayazi F, Afshinfar A, Hazbaiepur F. A qualitative study to define diabetic women,s views about health, illness, complications and experienced restrictions, attending Ahvaz diabetes clinic. *Iran J Endocrineol Metab*. 2014; 16(4): 224-235.(persian)
27. Balhara YP. Diabetes and psychiatric disorders. *Indian J Endocrinol Metab*. 2011; 15(4): 274-283.
28. 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):543-550.
29. Shafiei K, Amini M. Psychological problems in diabetic patients . *Res Med Sci* . 1999;4(2-3):94- 96. [persian]