

بررسی مشکلات روانی مبتلایان به دیابت شیرین

سرور نعمت پور^{*}، حاجیه بی بی شهبازیان^{**}، آمنه غلام پور^{***}

چکیده

زمینه و هدف: مسائل روانشناختی ممکن است به دنبال بیماری‌ها به خصوص بیماری‌های مزمنی مانند دیابت به وجود بیایند. به همین منظور مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان و انواع مشکلات روانی در بیماران دیابتی صورت گرفته است. **روش بررسی:** مطالعه از نوع تحلیلی-مقطعی می باشد. جمعیت نمونه شامل ۱۲۵ بیمار دیابتی (۷۵ زن و ۵۰ مرد) حاضر به همکاری مراجعه کننده به کلینیک های دیابت بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز بوده است. بیماران با روش نمونه گیری آسان انتخاب گردیدند و با تکمیل فرم ثبت اطلاعات و آزمون SCL-90-R مورد ارزیابی قرار گرفتند.

یافته ها: نتایج نشان داد که ۴۰ درصد جمعیت نمونه دارای مشکلات روانی می باشند. شکایات عمده به ترتیب شامل افسردگی (۰/۸۲)، وسواس و اجبار (۰/۷۸)، شکایات جسمانی (۰/۶۷) و اضطراب (۰/۶۷) گزارش گردید. بین مشکلات روانی و مدت زمان ابتلا به دیابت رابطه معناداری وجود داشت. بین مشکلات روانی و درمان با انسولین ($P < 0/016$) و عوارضی نظیر رتینوپاتی ($P < 0/007$) و نوروپاتی ($P < 0/020$) و HbA1c نیز رابطه معناداری وجود داشت ($P = 0/001$). اما بین مشکلات روانی با جنسیت، نوع دیابت و سابقه ابتلا به دیابت در خانواده ارتباط معنادار نبود.

نتیجه گیری: یافته ها نشان می دهد درصد قابل توجهی از بیماران دیابتی دچار مشکلات روانی همراه می باشند. یافته ها همچنین ضرورت ارزیابی روانشناختی این بیماران جهت تشخیص زودرس و در صورت لزوم اضافه نمودن درمان های روانشناختی به درمان های رایج را پیشنهاد می کند.

م ع پ ۹:۱۳۸۹ (۴): ۳۵۲-۳۴۵

کلید واژگان: دیابت، مشکلات روانی، SCL-90-R

* مربی گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

** دانشیار غدد و متابولیسم، مرکز تحقیقات دیابت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

*** کارورز پزشکی

۱- نویسنده مسؤل: Email: s_neamatpour@yahoo.com

مقدمه

دیابت یکی از بیماری‌های شایع جوامع بشری است که متأسفانه علیرغم پیشرفت‌های علوم پزشکی شیوع این بیماری نه تنها کاهش نیافته بلکه روز به روز در حال افزایش می‌باشد (۱). عوامل شناختی، رفتاری، هیجانی و اجتماعی در سیر ابتلا به دیابت، تنظیم و کنترل آن نقش دارند (۲) و از سوی دیگر این بیماری همانند هر بیماری مزمن و ناتوان‌کننده دیگر فرد مبتلا را با مشکلاتی مواجه می‌سازد که در نتیجه آن تمامی جنبه‌های زندگی روزمره فرد تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۳). برای فرد دیابتی مشکلات روانشناختی و اجتماعی ممکن است به دلیل محدودیت در رژیم غذایی و فعالیت، نیاز برای مراقبت دقیق و مداوم از خود و احتمال بروز عوارض جسمی جدی نظیر مشکلات کلیوی، چشمی، قلبی و مغزی، به وجود آید. هر چند اکثر این افراد به خوبی با محدودیت‌های بیماری خود کنار می‌آیند اما اقلیت مهمی از آنها در این زمینه مشکلاتی دارند که این موضوع مخصوصاً در مورد نوجوانان بارزتر می‌باشد. همکاری در انجام آزمایش خون، رعایت رژیم غذایی و مصرف انسولین غالباً رضایت بخش نیست و در نتیجه کنترل قند خون غالباً کمتر از حد بهینه می‌باشد (۴). قبول این موضوع برای فرد مبتلا که بایستی روش زندگی خود را براساس بیماری تغییر دهد همیشه آسان نمی‌باشد. علاوه بر این چون این بیماران اغلب از عوارض کوتاه مدت و بلند مدت بیماری خود تا حدودی اطلاع دارند افسردگی و انکار در این افراد دور از ذهن نخواهد بود (۵) این در حالی است که معمولاً اضطراب و افسردگی در این بیماران کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد (۴). در مطالعه گرانددیتسی و همکاران شیوع افسردگی در بیماران دیابتی ۶۱/۳ درصد (۶) و در مطالعه نوروزی نژاد و همکاران ۷۲/۲ درصد گزارش شده است (۵). مطالعات نشان می‌دهد که دیابت با افزایش خطر اختلالات و علائم روان شناختی همراه است (۸،۷). اختلال اضطراب فراگیر در ۱۳ درصد، ترس‌های مرضی در ۲۱/۶ درصد، و وسواس و اجبار در ۱/۳ درصد افراد مبتلا به

دیابت گزارش شده است (۹). افسردگی، اختلالات شکمبارگی، پراشتهایی و بی‌اشتهایی عصبی نیز در این افراد شایعتر از جمعیت عادی می‌باشد (۳). کنترل ضعیف قندخون و جنسیت مؤنث از عواملی است که با اضطراب بالا ارتباط دارد. در افرادی که از وضعیت اجتماعی و اقتصادی خوبی برخوردارند و همچنین سن بالایی دارند افسردگی و اضطراب کمتری گزارش شده است (۹). علائم افسردگی در افراد مبتلایی که به علت عوارض مزمن دیابت کارکرد فیزیکی کمتری داشته‌اند بیشتر گزارش شده است (۱۰). مدت زمان ابتلا به دیابت، تعداد عوارض مزمن دیابت، HbA1c و جنس مؤنث از فاکتورهای خطر برای علائم افسردگی گزارش شده است (۸، ۱۱). بهبودی افسردگی نیز با کنترل قند خون در ارتباط می‌باشد (۱۲، ۱۳). استراتژی درمان‌های ضد افسردگی در بیماران دیابتی بسیار تأثیرگذار گزارش شده است به گونه‌ای که کنترل خوب قند خون در بهبود خلق نیز موثر گزارش شده است (۱۴). با توجه به مطالعات انجام شده، مطالعه حاضر با هدف کلی بررسی مشکلات روان شناختی در بیماران مبتلا به دیابت و در صورت لزوم پیشنهاد بررسی بیشتر اختلالات روانشناختی بیماران دیابتی توسط سرویس روانپزشکی و ترکیب درمان‌های رایج با درمان‌های روانشناختی و رفتاری، انجام یافته است.

روش بررسی

مطالعه حاضر یک مطالعه تحلیلی-مقطعی می‌باشد. از میان بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های غدد بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز که توسط متخصصین غدد تشخیص قطعی دیابت و نوع آن را گرفته بودند ۱۲۵ نفر مبتلا و مایل به همکاری، با طیف سنی ۱۵ تا ۶۵ سال انتخاب گردیدند. افرادی که کمتر از ۱۵ سال سن داشتند و یا سابقه عقب ماندگی ذهنی داشتند در این مطالعه وارد نگردیدند. پس از توضیح هدف پژوهش و کسب رضایت از بیماران، فرم

یافته ها

مشخصات دموگرافیک جمعیت نمونه در جدول ۱ آمده است.

در پاسخ به سئوالات پژوهش، ۴۰ درصد جمعیت نمونه، نمره بالاتر از نقطه برش آزمون را دارا بودند (جدول ۲). میانگین نمرات خام مشکلات روانی آزمودنی ها به تفکیک نوع دیابت در جدول ۳ نشان داده شده است. همان گونه که مشاهده می شود بیشتر مشکلات آزمودنی ها افسردگی (۰/۸۲)، وسواس و اجبار (۰/۷۸)، شکایات جسمانی (۰/۶۷) و اضطراب (۰/۶۷) بوده است. افسردگی (۰/۸۴)، وسواس و اجبار (۰/۸۴) شایع ترین مشکلات افراد مبتلا به دیابت نوع ۱ و افسردگی (۰/۸۲) و شکایات جسمانی (۰/۸۲) شایع ترین مشکلات افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ گزارش گردید. در بررسی نتایج رابطه معنادار بین مشکلات روانی با جنسیت، نوع دیابت و سابقه ابتلا به دیابت در خانواده بدست نیامد. اما بین مشکلات روانی و موارد زیر ارتباط معنادار بود. مدت زمان ابتلا به دیابت ($P < 0/001$)، نوع درمان ($P < 0/016$)، وجود عوارض بیماری ($P < 0/014$)، وجود عارضه رتینوپاتی ($P < 0/007$)، وجود عارضه نوروپاتی ($P < 0/020$) و میزان کنترل بیماری (HbA1c) با ($P < 0/001$).

تجدید نظر شده چک لیست علائم ۹۰ سوالی (SCL-R-90) (۱۵) و یک فرم ثبت اطلاعات شامل جنسیت، سن، مدت زمان ابتلا به بیماری، نوع دیابت و نوع درمان، سابقه دیابت در خانواده، وجود و نوع عوارض ناشی از دیابت و میزان (HbA1c) جهت تکمیل به آنها داده شد.

آزمون SCL-90-R ۹ بعد مختلف شامل شکایات جسمانی (SOM)، وسواس و اجبار (OC) حساسیت در روابط متقابل (INT) افسردگی (DEP)، اضطراب (ANX)، خصومت و پرخاشگری (HOS)، فوبیا (PHOB)، پارانوئیا (PAR) و سایکوز (PSY) را ارزیابی نمود. هر یک از سوالات، از یک طیف ۵ درجه ای از میزان ناراحتی که نمره صفر تا چهار (هیچ تا به شدت) می باشد، تشکیل شده است. نقطه برش (R-SCL-90) برای ضریب کلی علائم مرضی (GSI) براساس مطالعات قبلی در ایران ۰/۴ منظور شده است (۱۶).

داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS و شیوه های آماری غیر پارامتریک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک جمعیت نمونه

درصد	شرح	درصد	شرح	درصد	شرح
	جنسیت:		نوع درمان:		جنسیت:
۳۰/۴	مدت زمان بیماری: کمتر از ۵ سال	۵۹/۲	خوراکی	۶۰	زن
۲۳/۲	۵-۱۰	۳۸/۴	تزریقی	۴۰	مرد
۱۲/۸	۱۱-۱۵	۲/۴	ترکیبی		سابقه خانوادگی دیابت:
۱۷/۶	۱۶-۲۰		نوع عارضه:	۶۴	دارد
۱۲/۸	۲۱-۲۵	۳۵/۷۱	رتینوپاتی	۳۶	ندارد
۰	۲۶-۳۰	۲۶/۹۸	نوروپاتی		وضعیت تأهل:
۳/۲	۳۱ و بیشتر	۱/۵۸	IHD	۷۷/۶	متأهل
		-	میکروآلبومینوریا	۲۲/۴	مجرد
		۹/۵۲	ESRD		نوع دیابت:
			عوارض ناشی از دیابت:	۱۶	نوع یک
		۵۷/۶	دارد	۸۴	نوع دو
		۴۲/۴	ندارد		

جدول ۲: توزیع فراوانی مشکلات روانی جمعیت مورد مطالعه به تفکیک نوع دیابت

نوع دیابت		نوع ۱		نوع ۲		جمع کل
نمره GSI (ضریب کلی علائم)		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
۰/۳۹ و کمتر (بدون مشکل)		۶۰	۶۳	۶۰	۷۵	۶۰
۰/۴ و بیشتر (دارای مشکل)		۴۰	۴۲	۴۰	۵۰	۴۰
جمع کل		۱۰۰	۱۰۵	۱۰۰	۱۲۵	۱۰۰

جدول ۳: میانگین نمرات خام مشکلات روانی جمعیت نمونه به تفکیک نوع دیابت

مقیاس	میانگین نمره خام	جمعیت نمونه	جمعیت دیابت نوع یک	جمعیت دیابت نوع دو
GSI	۰/۵۶	۰/۴۵	۰/۵۸	۰/۷۲
شکایات جسمانی	۰/۶۷	۰/۵	۰/۷۱	۰/۵۴
وسواس و اجبار	۰/۷۸	۰/۸۴	۰/۸۲	۰/۷۱
حساسیت در روابط متقابل	۰/۵۳	۰/۴۷	۰/۸۲	۰/۷۱
افسردگی	۰/۸۲	۰/۸۴	۰/۷۱	۰/۳۷
اضطراب	۰/۶۷	۰/۳۴	۰/۳۲	۰/۳۲
پرخاشگری	۰/۳۲	۰/۲۵	۰/۳۲	۰/۴۲
ترس مرضی	۰/۲۹	۰/۱۸	۰/۴۲	۰/۴
افکار پارانوئیدی	۰/۴۳	۰/۲۹	۰/۲۷	
روان پریشی	۰/۳۷	۰/۲۷		

بحث

افسردگی، وسواس و اجبار، شکایت جسمانی و اضطراب بوده است. در بیماری های ناتوان کننده مزمن، افسردگی و اضطراب در جمعیت عمومی شایع تر است (۴) مدت زمان طولانی بیماری، پی گیری های مکرر، محدودیت های غذایی، نگرانی از بروز عوارض، ناامیدی از بهبودی و درمان موجب بروز مشکلات روان شناختی می شود. نگرانی های این بیماران جهت کنترل هرچه دقیق تر قند خون گاهی باعث می شود که با این موضوع وسواس گونه برخورد نمایند. مدت زمان ابتلا به بیماری به عنوان فاکتور خطر برای افسردگی و سایر مشکلات روانشناختی مطرح شده است (۱۱،۱۰) این مسئله با توجه به عوارض مزمن بیماری در طول زمان، رژیم ها و

در مطالعه حاضر با استفاده از آزمون SCL-90-R، مشخص گردید که ۴۰ درصد جمعیت نمونه دارای مشکلات روانی می باشند. ضریب کلی علائم (GSI) در جمعیت مورد مطالعه ۰/۵۶ بوده است که از نقطه برش ۰/۴ (طبق مطالعات قبلی) بیشتر می باشد. این یافته که در صد قابل توجهی از مشکلات روانی را در بین جمعیت نمونه نشان می دهد با مطالعات مشابه قبل (۷، ۱۷، ۱۸، ۱۹) هم خوانی دارد. میزان افسردگی در مطالعات قبلی از ۲۰ تا ۷۰ درصد در نوسان بوده است (۲، ۵، ۱۱، ۲۰، ۲۱) که این تفاوت در نتایج، می تواند به دلیل تفاوت در ابزارهای پژوهشی و یا تفاوت در حجم نمونه ها باشد. در ابعاد تشخیصی SCL-90-R مهمترین شکایت های بیماران،

برای فرد مبتلا مشکلات روانی ایجاد می کند. همان گونه که در بخش نتایج ذکر شد بین مشکلات روانی و سابقه دیابت در خانواده رابطه معنادار به دست نیامد. به نظر می رسد دانستن اینکه عضو مبتلای خانواده چگونه با این بیماری کنار آید و به کارگیری تجربه های آنها در این زمینه دارای اهمیت است. از طرفی این افراد از همان ابتدای تشخیص بیماری خود با رژیم های غذایی و محدودیت های بیماری تا حدودی آشنا هستند و داشتن این آگاهی ها فرد مبتلا را برای رعایت دستورالعمل های درمانی تا حدود زیادی آماده می نماید. مطالعات متعدد اضطراب و افسردگی زنان دیابتی را در مقایسه با مردان دیابتی بیشتر گزارش کرده اند (۱۰،۱۱،۱۲،۲۰،۲۳) اما در این مطالعه این نتیجه به دست نیامد. به نظر می رسد به دلیل اینکه محدودیت های عملکردی و غذایی ناشی از دیابت، هزینه های مالی بیماری و متکی بودن به دیگران به دلیل عوارض دیابت برای مردان جامعه ما به مراتب سخت تر از خانم ها می باشد. وجود مشکلات روانی بیشتری در مردان گزارش شده است که البته این فرض نیاز به بررسی های دقیق تر دارد. بنابراین با توجه به این مسئله که درصد زیادی از بیماران دیابتی از مشکلات روانی رنج می برند پیش گیری و شناخت و یا درمان به موقع این مشکلات می تواند تاثیر به سزایی در کنترل دیابت داشته باشد؛ زیرا گاهی مشکلات روانی می توانند از طریق اختلال در عادات غذایی، کاهش فعالیت های فیزیکی و عدم پیروی از دستورالعمل های درمانی در درمان و کنترل قند خون تاثیر گذارند. پس پیشنهاد می شود که در تیم درمان بیماران دیابتی آموزش های کافی جهت شناخت زود هنگام مشکلات روانی و ارجاع به موقع بیمار نزد روانپزشک و یا روانشناس به خصوص در موقعیت های بحرانی قابل پیش بینی در دیابت از جمله هنگام آغاز بیماری، مراحل گذر تکاملی (مانند بلوغ، مراحل تحصیل، ازدواج، حاملگی،

محدودیت های غذایی و استفاده مکرر از داروها (تزریقی یا خوراکی)، نیاز به مراجعات مکرر به پزشک جهت پیگیری و کنترل بیماری، آزمایشات مکرر و متعدد خون و سایر آزمایش های لازم در طی مدت بیماری و ناتوانی های ایجاد شده در اثر عوارض مزمن دیابت در این افراد می تواند قابل توجه باشد. همانگونه که در بخش نتایج ذکر شد بین میزان مشکلات روانی و نوع درمان افراد مبتلا به دیابت رابطه معنادار می باشد که با مطالعات قبلی (۵،۷،۱۰) هم خوانی دارد. یعنی بیمارانی که از انسولین جهت کنترل بیماری خود استفاده می نمودند مشکلات روانی بیشتری داشتند که به نظر می رسد نیاز به تزریق مکرر و دردناک انسولین، وابستگی بیشتر به داروهای تزریقی و در نتیجه نیاز بیشتر به تغییر شیوه زندگی و احتمال بروز عوارض حاد و مشکل زا مانند DKA و هیپوگلیسمی می تواند از دلایل بالا بودن میزان مشکلات روانی در این گروه باشد. در این شیوه ی کنترل بیماری، این احساس به بیمار دست می دهد که با دیگران متفاوت است و با هممتایان خود تناسب ندارد (به ویژه در جوانان). از طرفی این افراد برای شرکت در مهمانی ها یا مسافرت، نیازمند راهکارها و تدابیر خاص می باشند. بعضی افراد به خصوص افراد مسن تر ممکن است جهت تزریق روزانه انسولین نیازمند کمک گرفتن از سایرین باشند که این مسائل می تواند در ایجاد مشکلات روانی در افراد دیابتی که از انسولین استفاده می کنند موثر باشد. نتایج پژوهش هم چنین نشان داد که بین مشکلات روانی و عوارض بیماری رابطه معناداری وجود دارد که این یافته ها با سایر مطالعات (۸،۱۱،۱۲،۱۳،۲۰،۲۲) همخوانی دارد. عوارض مزمن می تواند منجر به ناتوانایی های فیزیکی در فرد مبتلا شود و فعالیت های معمولی روزانه وی را محدود سازد. این مسائل می تواند مشکلات روانی خصوصاً افسردگی و اضطراب را برای آنها ایجاد نماید. از میان عوارض ناشی از دیابت، نوروپاتی و نفروپاتی بیشتر از عوارضی چون بیماری های ایسکمیک قلبی و ESRD

مطالعات بیشتر در زمینه تاثیر درمان های هم زمان روانشناختی بر رژیم درمانی این بیماران نیز توصیه می گردد. حجم کم نمونه و عدم بررسی و ارزیابی روانشناختی افراد مبتلا به دیابت کمتر از سن ۱۵ سال، از محدودیت های این مطالعه می باشد که پیشنهاد می گردد در مطالعات بعدی مورد توجه قرار گیرد.

سربازی و...)، شروع درمان با انسولین توسط بیمار، بروز ناتوانی های جسمی (بروز عوارض مزمن دیابت) گنجانیده شود. وجود مراکز مشاوره های روان درمانی جهت مداخله سریع برای جلوگیری از پیشرفت مشکلات روانی ایجاد شده، ضرورت برپایی سمینارهای بازآموزی روانپزشکی برای شناخت بیشتر مشکلات روانی در این بیماران، بدیهی به نظر می رسد. انجام پژوهش ها و

منابع

- 1-Shahbazian H, Amani R, Shahbazian H, Shahbazian N, Shahbazian M. What the diabetic patients must be know. Qom: Darolnashre Eslam press 2004. 10 (in Persian)
- 2-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):435-58.
- 3-Powers AC. Diabetes Mellitus. In: Kasper DL, Braunwald E, Hauser S, Longo D, Jameson JL, Fauci AS. *Harrison's principle of Internal Medicine* 16th ed. New York:Mc Graw – Hill companies 2005; 2152-80.
- 4-Gelder M, Mayou R, Cowen P. *The Shorter Oxford Textbook of Psychiatry*, 4th ed. New York:Oxford University Press, 2001;208-14.
- 5-Noroozi Nejad GH, Boostani H, Neamat pour S, Behrouzian F. Comparison Of Depression Among Diabetic And Non Diabetic Patients. *Scientific Medical Journal AJUMS* 2006;5(1):385-91.
- 6-Grandinetti A, Kaholokula JK, Crabbe KM, Kenui CK, Chen R, Chang HK. Relationship Between Depressive Symptoms and Diabetes among Native Hawaiians. *Psychoneuroendocrinology* 2000;25(3):239-46.
- 7-Peyrot M, Rubin RR. Levels and Risks of Depression and Anxiety Symptomatology among Diabetic Adults. *Diabetes Care*. 1997;20(4):585-90.
- 8-Ferguson SC, Blane A, Wardlaw J, Frier BM, Perros P, Mccrimmon RJ, et al. Influence of an Early-Onset Age of Type 1 Diabetes on Cerebral Structure and Cognitive Function. *Diabetes Care* 2005; 28(6):1431-7.
- 9-Grigsby AB, Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. Prevalence of anxiety in adults with diabetes: a systematic review. *Psychosom Res* 2002;53(6):1053-60.
- 10-Bell RA, Smith SL, Arcury TA, Snively BM, Stafford JM, Quandt SA. Prevalence and correlates of depressive symptoms among rural older African Americans, Native Americans, and whites with Diabetes. *Diabetes Care*. 2005;28(4):823-9.
- 11-Xu L, Ren J, Cheng M, Tang K, Dong M, Hou X, et al. Depressive Symptoms and Risk Factors in Chinese Persons with Type 2 Diabetes. *Arch Med Res* 2004;35(4):301-7.
- 12-Anderson, RJ, Freedland, KE, Clouse, RE, Lustman PJ. The Prevalence of Co-morbid Depression in Adults with Diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care* 2001; 24(6): 1069-78.
- 13-de Groot M, Anderson R, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. Association of Depression and Diabetes Complications: a meta-analysis. *Psychosom Med* 2001;63(4):619-30.
- 14-Lustman PJ, Clouse RE. Depression in Diabetic Patients: The Relationship Between Mood and Glycemic Control. *J Diabetes complications* 2005; 19(2): 113-22.
- 15-Derogatis LR. SCL-90-R administration, scoring, & procedures. Manual II. *Clinical Psychometric Research*, 1983.
- 16-Mirzaee R. Evaluation of Reliability & Validity SCL90-R in Iran . A theses presented for MS psychology & Behavioral Sciences Degree, Tehran University of Medical Sciences, Tehran,Iran.1980.[Unpublished]
- 17-Blumenfield M, Tiamson ML. *Consultation-Liaison Psychiatry. A Practical Guide*. 1st ed. Philadelphia :Lippincott Williams & Wilkins, 2002. Translated By: Noroozi Nejad GH, Shanehsaz A, Nazery Astaneh. 1st ed.: Ahvaz:Mardomak Press 2006;118-20 [In Persian]
- 18-Haghdady GH, Hosseiny A. Association of Diabetes Mellitus with Stress, Mood and Personality. *J Shaheed Sadoughi University of Medical Scienses. Yazd, Iran* 1993;65: [In Persian].
- 19-Leedom L, Meehan WP, Procci W, Zeidler A, Jalenques I, Traauveron I, et al. Symptoms of depression in patients with type II diabetes ellitus. *Psychosomatics* 1991;32(3):280-6.
- 20-Jalenques I, Tauveron I, Albuissou E, Lonjaret D, Thieblot P, Coudert AJ. Prevalence of Anxiety and Depressive Symptoms in Patients with Type 1 and 2 Diabetes [Article in French]. *Rev Med Siusse Romande* 1993; 113(8): 639-46.

- 21-Katon WJ, Rutter C, Simon G, Lin EH, Ludman E, Ciechanowski P, et al. The Association of Comorbid Depression with Mortality in Patients with Type 2 Diabetes. *Diabetes Care* 2005;28(11):2668-72.
- 22-Jacobson AM, The psychological care of patients with Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. *N Engl J Med* 1996;334(19):1249-53.
- 23-Doyle K. The psychosocial impact of diabetes in the family: A pilot study. Available from: [http:// www.anselm.edu/internet/psych/theses/2004/doyle/title page.htm](http://www.anselm.edu/internet/psych/theses/2004/doyle/title_page.htm)

Evaluation of Psychological Problems in Diabetic Patients

Neamat pour S*, Shahbazian HB, Gholam Pour A

Department of Psychiatry, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

Abstract

Background and Objective: Psychological problems can arise following a general medical condition, especially chronic diseases, such as diabetes mellitus. The purpose of the present study was to assess the prevalence and type of psychological problems in patients with diabetes mellitus.

Subjects and Methods: In this cross-sectional study, the subjects included 125 volunteers (75 female and 50 male) with diabetes referring to diabetes clinic of Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences. Patients completed symptoms checklist SCL-90-R and a demographic form.

Results: The results showed that 40% of patients suffered from a psychological disorder, including: depression (0.82), obsessive compulsive disorders(0.78), somatic disorders(0.67) and anxiety (0.67). There was a significant relationship between psychological disorders and duration of diabetes ($p<0/001$). A significant relationship was also observed between psychological problems and insulin dependent diabetes ($P<0.016$), complications of diabetes mellitus such as retinopathy ($P<0.007$), neuropathy ($P<0.020$) and HbA1c ($P<0.001$). Gender, diabetes type and family history of diabetes were not correlated with psychological problems.

Conclusion: Our finding indicates that psychological problems are common in patient with diabetes. Therefore, routine psychological assessment in patient with diabetes for early diagnosis is recommended.

Sci Med J 2010; 9(4):345-352

Keywords: Psychological Problems, Diabetes, SCL-90-R.

Received: Sep 27, 2009

Revised: May 30, 2010

Accepted: June 1, 2010

*Corresponding author email: s_neamatpour@yahoo.com