

## رابطه مولفه های سلامت روان و کنترل متابولیکی قند خون در بیماران دیابتی

### سالومه سرتیپ زاده<sup>۱</sup>، فرامرز سهرابی<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد روان شناسی شخصیت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، گروه روان شناسی، تهران، ایران (نویسنده مسؤل)

<sup>۲</sup> استاد گروه روان شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

#### چکیده:

در زمینه کنترل بیماری دیابت به عنوان یک بیماری مزمن با شیوع بالا، همواره عوامل متعددی دخیل می باشد. در این پژوهش سعی بر این بود که رابطه سلامت روان در گروه بیماران دیابتی از نظر کنترل قند خون (خوب یا ضعیف) مورد بررسی قرار گیرد.

پژوهش حاضر یک مطالعه از نوع همبستگی است که با هدف بررسی رابطه مولفه های سلامت روان و میزان کنترل قند خون بر روی ۸۰ بیمار دیابتی که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شده بودند، انجام شد. ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه سلامت عمومی GHQ-28 بود. داده های پژوهش با استفاده از ضریب همبستگی و تحلیل واریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج بدست آمده نشان داد که میانگین نمرات سلامت عمومی گروه با کنترل قند ضعیف میانگین بالاتر از میانگین نمرات گروه با کنترل قند خوب می باشد و همچنین در تمام زیر مولفه های سلامت عمومی اعم از علایم جسمانی، علایم اضطرابی و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی و علایم افسردگی تفاوت معنادار بوده به طوری که بیماران با کنترل ضعیف قند خون نمرات بالاتری در مقایسه با کنترل خوب قند خون بدست آوردند که نشان دهنده آن است که بیماران با کنترل ضعیف قند خون از سلامت عمومی کمتری به نسبت بیماران با کنترل خوب در زیر مولفه های مذکور برخوردار می باشند.

پژوهش حاضر نشان داد که بیماران دیابتی با کنترل ضعیف قند خون با توجه به نمرات زیر مولفه های آن و همچنین نمره کل سلامت عمومی، از سلامت عمومی کمتری در مقایسه با بیماران دیابتی با کنترل خوب قند خون برخوردار می باشند که این امر نشان می دهد طبق نظریه های اسنادی، هر چه فرد احساس کنترل بیشتری بر روی یک موقعیت (مانند بیماری) داشته باشد از سلامت روان بهتری نیز برخوردار خواهد بود.

**کلید واژه ها:** سلامت روان، بیماری دیابت، کنترل خوب و ضعیف قند خون

**۱. مقدمه:**

دیابت یکی از شایع ترین بیماری های مزمن در جوامع بشری است. تعداد مبتلایان به این بیماری بالغ بر ۳۰۰ میلیون نفر می باشد که انتظار می رود این تعداد به ۵۰۰ میلیون نفر طی ۳۰ سال آینده برسد (باهندکا<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت تعداد مبتلایان به این بیماری در سال ۲۰۰۰، صد و هفتاد و یک میلیون نفر بوده که در صورت عدم به کارگیری راهبردهای مناسب پیشگیری و درمان، این میزان در سال ۲۰۳۰ به ۳۶۶ میلیون نفر افزایش خواهد یافت. همچنین بسیاری از موارد جدید ابتلا به دیابت مربوط به کشورهای در حال توسعه است که به نظر می رسد خاورمیانه بیشترین افزایش را در شیوع دیابت در سال ۲۰۳۰ خواهد داشت (به نقل از فرهاد ملاشاهی، ۱۳۹۰).

از جمله عوامل موثر در دیابت می توان به عوامل شناختی، رفتاری، اجتماعی و هیجانی که در سیر برقراری دیابت، تنظیم و کنترل آن نقش دارد، اشاره نمود (به نقل از مهرابی زاده، ۱۳۹۱) که عدم درمان قطعی این بیماری و عوارض کشنده آن، این بیماری را جزء بیماری های با اهمیت دسته بندی نموده است.

از سوی دیگر، سلامت روانی به نحوه تفکر، احساس و عمل اشخاص بستگی دارد. به طور کلی افرادی که از سلامت روانی برخوردار هستند، نسبت به زندگی نگرش مثبت دارند. آماده برخورد با مشکلات زندگی هستند. در مورد خود و دیگران احساس خوبی دارند. در محیط کار و روابطشان مسئولیت پذیر می باشند؛ زیرا وقتی از سلامت روانی برخوردار باشیم انتظار بهترین چیزها را در زندگی داریم و آماده برخورد با هر حادثه ای هستیم. ما با آموختن ویژگی های سلامت روانی بهتر می توانیم به روح و روان متعادل و شاد دست یابیم. سلامت روانی در بسیاری از موارد مانند سلامت جسمی است و باید به آن توجه کافی داشت. سلامت روانی برای خوشبختی انسان ضروری اند. رسیدن به سلامت روانی به هیچ وجه تصادفی نیست، نیل به این هدف با صرف زمان و زحمت محقق می شود. همچنین نباید فراموش کرد که اعتماد به نفس، کلید سلامت روانی است (رحیمی نیا، ۱۳۸۴).

از سلامت روانی تعاریف زیادی به عمل آمده که هر کدام با توجه به شرایط فرهنگی و اجتماعی هر جامعه ای با دیگری متفاوت است با این وجود روانشناسان و روانپزشکان فردی را از نظر روانی سالم می دانند که تعادلی بین رفتارها و کنترل او در مواجهه با مشکلات اجتماعی وجود داشته باشد. کارشناسان سازمان بهداشت جهانی<sup>۲</sup> سلامت فکر و روان را اینطور تعریف می کنند: «سلامت حالت کامل آسایش و کامیابی زیستی، روانی و اجتماعی است و صرف فقدان بیماری یا معلولیت (ناتوانی) سلامت نیست» (کرتیس، ۲۰۰۰، ترجمه سهرابی، ۱۳۸۴).

با توجه به اهمیت کنترل بیماری دیابت و تاثیر آن بر سلامت روان افراد درگیر و یا احتمال وجود برچسب بیماری دیابتی که می تواند بر مسایل روانشناختی فرد تاثیر بگذارد، لزوم این تحقیق بر اساس زیر مولفه های فوق الذکر احساس می شود و همچنین با عنایت به خلاء تحقیقاتی در زمینه سلامت روان بیماران با توجه به کنترل قند خون، مطالعه ای در این زمینه طراحی گردید با آن امید که نتایج حاصل بتواند در زمینه ارتقاء سطح سلامت روان بیماران این گروه مفید واقع شود.

**۲. مواد و روش ها:**

این مطالعه از نوع همبستگی بوده و بر روی ۸۰ نفر از بیماران مراجعه کننده به درمانگاههای سطح دو دیابت واقع در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بوده و از نمونه گیری در دسترس استفاده شده است. به لحاظ رعایت موازین اخلاقی شرکت بیماران واجد شرایط کاملا اختیاری بود. ابزار جمع آوری اطلاعات در این مطالعه پرسشنامه سلامت عمومی GHQ 28 جهت بررسی سلامت روان و برای تشخیص میزان کنترل قند خون، با توجه به آخرین نتایج آزمایش خون بیمار، شاخص هموگلوبین گلیکوزیله Hb A1C در نظر گرفته شد.

۱- Bahendeka S.

۱-WHO (World Health Organization)

پرسشنامه سلامت عمومی شامل چهار مقیاس است که هر مقیاس حاوی ۷ سوال می باشد که مقیاس های آن عبارتند از (۱) علائم جسمی (۲) اضطراب و اختلال خواب (۳) اختلال در کارکرد اجتماعی (۴) افسردگی شدید. همچنین نمره کل سلامت روان دامنه آن حداقل ۰ و حداکثر ۸۴ است؛ بنابراین نمره پایین تر از ۲۳ نشانه سلامت روانی و نمره بالاتر از آن نشانه عدم سلامت روان می باشد (هومن، ۱۳۷۶).

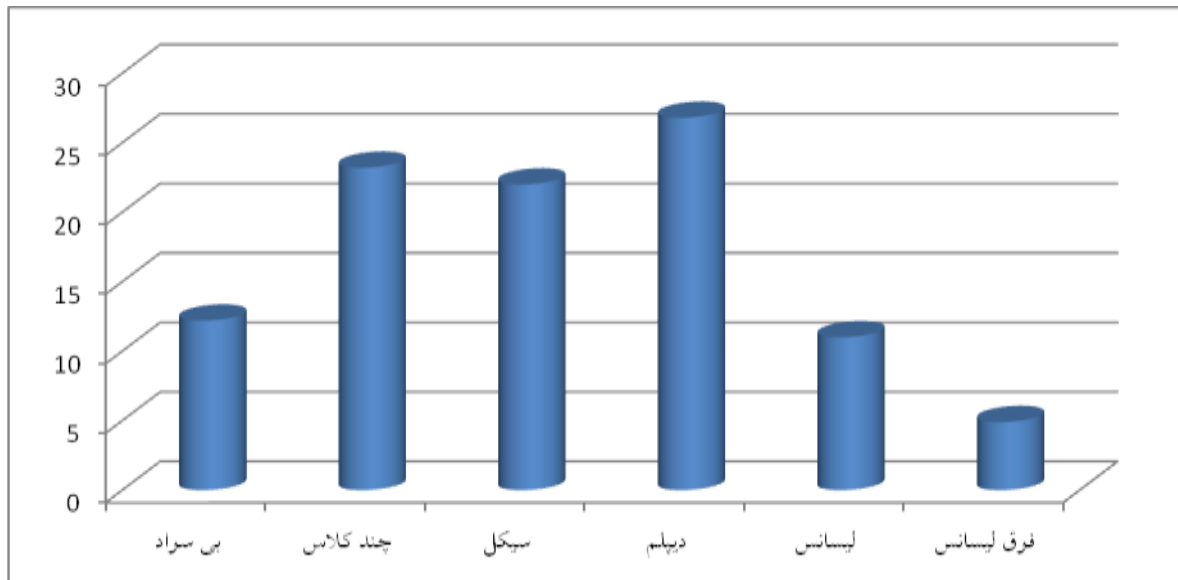
### ۳. یافته ها:

در این پژوهش، میانگین سنی افراد نمونه ۵۹/۶۷ با انحراف معیار ۹/۴ محاسبه شده است و در این میان کمترین سن افراد نمونه ۲۶ و بیشترین سن افراد نمونه نیز ۷۸ بوده است.

جدول ۱. شاخصه های توصیفی سن افراد نمونه

متغیر	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف معیار
سن	۲۶	۷۸	۵۹/۶۷	۹/۴۲

طبق داده های موجود ۲۶/۸٪ از افراد نمونه دیپلم بودند که بیشترین درصد از افراد نمونه را به خود اختصاص داده اند؛ و افراد با مدرک تحصیلی فوق لیسانس با ۴/۹٪ نیز کمترین درصد را به خود اختصاص داد.



شکل ۱. نمودار میله ای

بر اساس جدول شماره ۲ توزیع فراوانی نمونه های تحقیق را از نظر گروه بندی از نظر کنترل قند خون نشان می دهد. طبق داده های موجود ۴۷/۶٪ از افراد نمونه در گروه با کنترل قند خون خوب و ۵۲/۴٪ نیز در گروه با کنترل قند خون ضعیف هستند.

## جدول ۲. توزیع نمونه‌ها از نظر گروه بندی کنترل قند خون

متغیر	فراوانی	درصد
گروه بندی از نظر کنترل قند خون	خوب	۴۰
	ضعیف	۴۲
جمع	۸۲	۱۰۰/۰

بر اساس نتایج حاصل از شاخصه های توصیفی در نمرات سلامت عمومی و مولفه های آن بین دو گروه مورد بررسی مشاهده می گردد میانگین نمرات گروه با کنترل قند ضعیف میانگین نمرات بالاتر از میانگین نمرات گروه با کنترل قند خون خوب می باشد و همچنین مقایسه میانگین دو گروه نشان داد که در تمام زیر مولفه های سلامت عمومی (علایم جسمانی، علایم اضطرابی و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی و علایم افسردگی) بین دو گروه در سطح  $\alpha=0.05$  معنادار بوده به طوری که در زیر مولفه های مذکور بیماران دیابتی با کنترل خوب قند خون میانگین کمتری در مقایسه با بیماران با کنترل ضعیف داشته که نشان میدهد سلامت روان بهتری به نسبت گروه دوم برخوردار می باشند. از سوی دیگر باتوجه به نمره برش در پرسشنامه سلامت عمومی که ۲۳ می باشد نمره کل افراد هر دو گروه بیشتر از این مقدار بوده که نشان دهنده آن است که هر دو گروه افراد دیابتی (کنترل خوب و کنترل ضعیف قند خون) از سلامت روان کمتری به نسبت افراد سالم برخوردار بودند.

## جدول ۳. داده های توصیفی نمرات متغیر سلامت روانی

متغیر	گروه	شاخص های آماری	
		تعداد	میانگین
علایم جسمانی	کنترل خوب	۴۰	۱۲/۵۰
	کنترل ضعیف	۴۲	۱۷/۱۶
علائم اضطرابی و اختلال خواب	کنترل خوب	۴۰	۱۲/۹۷
	کنترل ضعیف	۴۲	۱۷/۶۹
کارکرد اجتماعی	کنترل خوب	۴۰	۱۲/۹۲
	کنترل ضعیف	۴۲	۱۷/۰۰
علایم افسردگی	کنترل خوب	۴۰	۹/۰۰
	کنترل ضعیف	۴۲	۱۱/۹۰
نمره کل متغیر	کنترل خوب	۴۰	۴۷/۲۳
	کنترل ضعیف	۴۲	۶۳/۷۶

همچنین مقایسه بیماران دیابتی با کنترل خوب قند خون بر اساس جنسیت با توجه به داده های جداول ۴ و ۵ چون مقدار  $F$  با درجات آزادی (۱ و ۳۷) در مولفه علایم جسمانی با مقدار  $۰/۷۰۳$  در علایم اضطرابی و اختلال خواب با مقدار  $۰/۶۷۳$  در مولفه کارکرد اجتماعی با مقدار  $۰/۱۳۹$  و نیز نمره کل مقیاس سلامت روان با مقدار  $۰/۲۰۴$  در سطح  $۰/۰۵$  معنادار نمی باشد. فقط در مولفه علایم افسردگی چون مقدار  $F = ۴/۷۳۷$  در سطح  $۰/۰۵$  معنادار است، لذا می توان چنین نتیجه گرفت که بین سلامت روان افراد با کنترل خوب قند خون از نظر جنسیت تفاوت وجود دارد و مقایسه میانگین دو گروه نشان داد که در زیر مولفه افسردگی وضعیت سلامت روان مردان بهتر از زنان می باشد.

جدول ۴. داده های توصیفی نمرات متغیر سلامت روان در گروه کنترل خوب قند خون به تفکیک جنسیت

شاخص های توصیفی		متغیر	
انحراف معیار	میانگین		
۰/۵۷۶	۱۲/۰۵۶	مرد	علائم جسمانی
۰/۵۳۴	۱۲/۷۱۴	زن	
۰/۳۸۳	۱۲/۶۶۷	مرد	علائم اضطرابی و اختلال خواب
۰/۳۵۵	۱۳/۰۹۵	زن	
۰/۲۸۱	۱۳/۰۰۰	مرد	کارکرد اجتماعی
۰/۲۶۰	۱۲/۸۵۷	زن	
۰/۳۸۳	۸/۳۸۹	مرد	علائم افسردگی
۰/۳۵۴	۹/۵۲۴	زن	
۱/۱۸۰	۴۶/۱۱۱	مرد	نمره کل متغیر
۱/۰۹۲	۴۸/۱۹۰	زن	

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره در مورد مقایسه سلامت روان به تفکیک جنسیت در گروه با کنترل خوب قند خون

سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجات آزادی	مجموع مجذورات	شاخص منابع تغییرات	
۰/۴۰۷	۰/۷۰۳	۴/۲۰۶	۱	۴/۲۰۶	علائم جسمانی	اثر جنسیت
۰/۴۱۷	۰/۶۷۳	۱/۷۸۰	۱	۱/۷۸۰	علائم اضطرابی و اختلال خواب	
۰/۷۱۱	۰/۱۳۹	۰/۱۹۸	۱	۰/۱۹۸	کارکرد اجتماعی	
۰/۰۳۶	۴/۷۳۷	۱۲/۴۸۴	۱	۱۲/۴۸۴	علائم افسردگی	
۰/۲۰۴	۱/۶۷۳	۴۱/۹۰۷	۱	۴۱/۹۰۷	نمره کل مقیاس	
		۵/۹۷۹	۳۷	۲۲۱/۲۳۰	علائم جسمانی	خطا
		۲/۶۴۴	۳۷	۹۷/۸۱۰	علائم اضطرابی و اختلال خواب	
		۱/۴۲۱	۳۷	۵۲/۵۷۱	کارکرد اجتماعی	
		۲/۶۳۶	۳۷	۹۷/۵۱۶	علائم افسردگی	
		۲۵/۰۵۴	۳۷	۹۲۷/۰۱۶	نمره کل مقیاس	
			۳۹	۶۲۳۲/۰۰۰	علائم جسمانی	کل
			۳۹	۶۵۸۷/۰۰۰	علائم اضطرابی و اختلال خواب	
			۳۹	۶۵۶۶/۰۰۰	کارکرد اجتماعی	
			۳۹	۳۲۶۹/۰۰۰	علائم افسردگی	
			۳۹	۸۷۹۶۸/۰۰	نمره کل مقیاس	

**۴. بحث و نتیجه گیری:**

این مطالعه، مبنی بر این بود که بین سلامت روان و کنترل خوب قند خون از نظر جنسیت تفاوت وجود دارد با توجه به اینکه میانگین نمره در مردان دیابتی با کنترل خوب قند خون، برابر با ۴۶/۱۱ و انحراف معیار ۱/۱۸۰ بوده و در زنان میانگین برابر ۴۸/۱۹۰ و انحراف معیار ۱/۰۹۲ می باشد، در نتیجه بین دو گروه زنان و مردان تفاوت معنی داری وجود دارد ( $P < ۰/۰۵$ ) به طوری که زنان این گروه از سلامت روان کمتری به نسبت مردان برخوردارند و از سوی دیگر در زیر مولفه افسردگی سلامت روان در این گروه، چون مقدار  $F$  در مولفه علایم افسردگی  $F = ۴/۷۳۷$  در سطح  $۰/۰۵$  معنادار است، بنابراین، می توان چنین نتیجه گرفت که بین سلامت روان افراد با کنترل خوب قند خون از نظر جنسیت تفاوت وجود دارد و مقایسه میانگین دو گروه نشان داد که وضعیت سلامت روان مردان بهتر از زنان می باشد. همچنین بررسی رابطه سلامت روان و کنترل ضعیف قند خون از نظر جنسیت نشان داد که سلامت روان در همین گروه با توجه به نتایج جدول ۳ چون مقدار  $F$  در مولفه علایم جسمانی با مقدار ۲/۴۸۱ در علائم اضطرابی و اختلال خواب با مقدار ۳/۱۶۱، در مولفه کارکرد اجتماعی با مقدار ۳/۷۸۴ و علایم افسردگی با مقدار ۳/۶۷۷ در سطح  $۰/۰۵$  معنادار نمی باشد؛ اما در نمره کل مقیاس سلامت روان چون مقدار  $F = ۵/۶۱۶$  در سطح  $۰/۰۵$  معنادار است، بنابراین، می توان چنین نتیجه گرفت که بین سلامت روان افراد با کنترل ضعیف قند خون از نظر جنسیت تفاوت وجود دارد و مقایسه میانگین دو گروه نشان داد که وضعیت سلامت روان مردان بهتر از زنان می باشد. این یافته با نتایج پژوهش های انجام گرفته در جهان و ایران مانند پژوهش نوربالا و همکاران، فونز<sup>۳</sup> و همکاران (۱۹۹۸)، روکا<sup>۴</sup> و همکاران (۱۹۹۹)، همخوانی دارد. شواهد نشان می دهند که شیوع بالای اختلال های روانی در زنان قبل از همه به نقش های جنسیتی و زناشویی آنها مربوط می شود (لازاروس، ۱۹۸۴). اندرسون و همکاران (۲۰۰۱) در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که افسردگی در زنان دیابتی بیشتر از مردان دیابتی است. دلایل آنرا می توان اینطور تبیین کرد که اکثر زنان به یک نقش خانوادگی یعنی خانه داری مشغول هستند و در صورت شاغل بودن، کارهای روزمره خانه داری نیز بر عهده آنان می باشد، لذا نسبت به مردان و در مقایسه با آنان تحت تنش و فشار بیشتری هستند و همچنین می توان بیان کرد که بیماری های جسمانی برای زنان به نسبت مردان مشکلات روانشناختی بیشتری می تواند ایجاد نماید.

همچنین این پژوهش نشان داد که نتایج حاصل از شاخصه های توصیفی در نمرات سلامت روانی و مولفه های ان بین دو گروه مورد بررسی تفاوت مشاهده می گردد به طوری که میانگین نمرات گروه با کنترل ضعیف بالاتر از میانگین نمرات گروه با کنترل خوب قند خون می باشد که می توان این طور تبیین نمود که با توجه به نظریه های اسنادی زمانی که فرد کنترل بیشتری بر روی موقعیت های مختلف داشته باشد احساس اضطراب کمتری داشته و عدم کنترل موقعیت باعث می شود فرد احساس درماندگی و بی کفایتی کرده و دچار درماندگی آموخته شده گردد و به همین دلیل ممکن است آگاهی بیمار از عدم کنترل قند خون باعث شود که سلامت روان فرد به خطر بیفتد و یا بیمارانی که قند خون آنها کنترل شده است از اضطراب کمتری برخوردار باشند.

این یافته ها تلویحات مهمی در حوزه سلامت دارد بدین معنی که آگاهی بیمار دیابتی از وجود کنترل بر قند خون می تواند از اضطراب ناشی از داشتن یک بیماری مزمن که فرد را تا پایان عمر درگیر می نماید، بکاهد و تفکر داشتن یک بیماری قابل کنترل که کنترل آن تا حدود زیادی وابسته به رعایت برنامه درمانی منظم توسط خود بیمار و زیر نظر پزشک متخصص، سبک زندگی و رژیم غذایی مناسب با بیماری است را برای فرد فراهم سازد که هم سلامت جسمانی و هم سلامت روانی فرد را تامین نماید. از سوی دیگر با توجه به وجود نقطه برش در این پرسشنامه که ۲۳ می باشد در این تحقیق بیماران دیابتی با کنترل خوب و ضعیف قند خون نمره کل سلامت عمومی آنها بیش از این مقدار می باشد که نشان دهنده این مورد است که بیماران دیابتی از سلامت روان کمتری به نسبت افراد سالم برخوردار می باشند. این نتیجه با پژوهش مهرابی زاده هنرمند و همکاران

۱-Fones CS.

۲-Roca M.

(۱۳۹۱)، همخوانی دارد و همان طور که اشاره شد، دلیل آن را می توان اینطور تبیین کرد که داشتن یک بیماری مزمن همچون دیابت که گاه تا پایان عمر همراه بیمار خواهد بود می تواند علاوه بر اینکه سلامت جسمانی فرد را تهدید می کند، اضطراب ناشی از داشتن چنین بیماری با طیف گسترده عوارض جسمانی، سلامت روان فرد رانیز تحت تاثیر قرار دهد. از محدودیت های این مطالعه می توان به پایین بودن سطح آگاهی بیماران از سیر بیماری دیابت، کم سواد بی سوادی برخی بیماران جهت مطالعه پرسشنامه اشاره نمود.

### سپاسگزاری:

در پایان نویسندگان لازم می دانند از مسؤولین و کادر درمانی علوم پزشکی شهید بهشتی و همچنین جناب آقای دکتر عظمایان که در اجرای این تحقیق صمیمانه همکاری نمودند، تشکر و قدردانی نمایند.

### منابع:

۱. احمدوند، ع. (۱۳۸۴). «بهداشت روانی»، تهران: انتشارات رشد.
۲. آزاد، ح. (۱۳۷۶). «آسیب شناسی روانی»، تهران: انتشارات بعثت. چاپ سوم.
۳. پورافکاری، ن. (۱۳۸۵). «فرهنگ جامع روان شناسی و روان پزشکی»، تهران: انتشارات فرهنگ معاصر پورافکاری.
۴. دلاور، ع. (۱۳۸۵). «احتمالات آمار کاربردی در روان شناسی و علوم تربیتی»، تهران: انتشارات رشد.
۵. علی نیا کسروئی، ر. (۱۳۸۲). «بررسی رابطه بین خودکارآمدی عمومی و سلامت روان دانش آموزان پایه سوم مقطع متوسطه شهر بابل در سال تحصیلی ۸۲-۸۱». پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
۶. فرهاد ملاشاهی، ل؛ کده، ح؛ سراوانی، ش؛ داشی پور، ع. «بررسی سطح کنترل قندخون بیماران دیابتیک مراجعه کننده به دانشکده دندانپزشکی زاهدان (ایران) در سال ۱۳۸۴». *مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد* ۳. ۱۹۵-۲۰۴.
۷. قدی، ع. (۱۳۹۱). «ارتباط سبک های مقابله با بیماری و حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت»، پایان نامه کارشناسی رشته روان شناسی عمومی منتشر نشده، دانشگاه پیام نور تالش.
۸. کرتیس، جی، آ. (۲۰۰۰). «روان شناسی سلامت». ترجمه سهرابی، ف. (۱۳۸۴). تهران: انتشارات طلوع دانش.
۹. کوپر، ک.ا. (۱۳۷۳). «فشار روانی و راه های شناخت و مقابله»، تهران: انتشارات رشد.
۱۰. مولوی، پ. (۱۳۸۹). «بررسی ارتباط شیوه های مقابله ای و سلامت روانی در بیماران دیابتی». اصول بهداشت روانی، ۴۶.
۱۱. مهربانی زاده هنرمند، م؛ عیدی بایگی، م؛ داوودی، ا. (۱۳۹۱). «مقایسه کیفیت زندگی و سلامت روان در بیماران دیابتی نوع ۲، ۱ و افراد غیر دیابتی شهر اهواز». تحقیقات علوم رفتاری، ۱۰.
۱۲. میرخشتی، ف. (۱۳۷۵). «بررسی رابطه میان رضایت از زندگی و سلامت روان». پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن.
۱۳. هریسون. (۱۳۸۴). «اصول طب داخلی هریسون ۲۰۰۵»، ترجمه لاریجانی، ب و همکاران، تهران: انتشارات تیمورزاده. ۲۷۵-۳۱۱.
۱۴. هومن، ع. (۱۳۷۶). «هنجاریابی پرسشنامه سلامت روان در دانشجویان کارشناسی دانشگاه تربیت معلم تهران». موسسه تحقیقات تربیتی دانشگاه تربیت معلم تهران.

15. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. (2001) The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*. 24(6): 1069-1078

16. Attributional Style in Youth with Diabetes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. Vol 30. Pp:921-925

17. Brading C. Gamsa DS. (1994). Guidelines for encouraging psychological Well-being: report of a working group of WHO regional office for Europe & IDF European

- region st. vincent declaration action program for diabetes. *Diabetes Med*; 11(5): 510-6.
18. Brown R. Kaslow N. Sansbury L. Meacham L. Culler F. (1991).
  19. Chun-Jen Huang Shing-Yaw Wang. Mei-Hsuan Lee. Heng-Chia Chiu. (2011). Prevalence and incidence of mental illness in diabetes: A national population-based cohort study. *Diabetes Research and Clinical Practice*. Vol 93. PP:106-114.
  20. Kaholokula JK, Haynes SN, Grandinetti A, Chang HK. (2003). Biological, psychosocial, and sociodemographic variables associated with depressive symptoms in persons with type 2 diabetes. *J Behav Med*; 26(5): 435-58.
  21. Kimberly G. (2009). The influence of parent attributional style and family structure on adolescent adjustment to chronic illness. *THE University Of Alabama at Birmingham*. 55 pages
  22. Lin E. H. B. Kroff M. Mental disorders among persons with diabetes Results from the World Mental Health Surveys. *Journal of Psychosomatic Research*. Vol 65. PP: 571-580
  23. Nichols GA, Brown JB. (2004). Functional status before and after diagnosis of Type 2 diabetes. *Diabet Med*; 21(7): 793-7.
  24. Pena MM, Hernandez B, V, Fernandez C, X, Gil De MA, Rodriguez PM, Lopez-de AA, et al. (2010). Self-perception of health status, mental health and quality of life among adults with diabetes residing in a metropolitan area. *Diabetes Metab*; 36(4): 305-11



## Relationship between mental health and Blood Glucose metabolic control in diabetics

Salomeh Sartip Zadeh<sup>1</sup>, Doctor Faramarz Sohrabi<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Master of personality psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch of Tehran, Department of Psychology, Tehran, Iran (corresponding author)

<sup>2</sup>Professor, Department of Clinical Psychology, Allameh Tabatabaee University, Tehran, Iran

---

### Abstract

There are always several factors involved in the field of controlling diabetes as a chronic disease with high prevalence. It was trying to examine the relationship between mental health in diabetic patients in terms of controlling Blood Glucose in this research (good or bad).

This research is a correlation study, which was done with the purpose to examine the relationship between mental health and controlling Blood Glucose, on 80 diabetic patients that were selected with the available sampling method. The instrument used in this study was the General Health Questionnaire GHQ-28. Data were analyzed by using correlation coefficient and multivariate variance analysis.

The results showed that the average of general health scores in the group with poor glucose control is higher than the average scores for the group with good blood glucose control and also the difference was significant in all sub-components of public health, including somatic symptoms, anxiety symptoms and sleep disorders, social function and depression symptoms, so that patients with poor glucose control obtained higher scores compared to good glucose control, indicating that patients with poorly glucose control have a lower public health compared to patients with good control in sub-components.

This study showed that diabetics with poorly glucose control have lower public health compared to diabetic patients with good blood glucose control, according to the sub-components scores as well as total score of public health and it indicates that according to the document theories, if the person has more control over a situation (such as illness), he has better mental health.

**Keywords:** mental health, diabetes, poor and good blood glucose control

---