

مقایسه فراوانی و شدت افسردگی در بیماران بزرگسال دیابتی مصرف‌کننده قرص و انسولین

خدیجه رنجبر^۱ دکتر فرخنده شریف^۲ طاهره دژبخش^۱

^۱ مربی گروه پرستاری، ^۲ استادیار گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

مجله پزشکی هرمزگان سال دهم شماره چهارم زمستان ۸۵ صفحات ۳۶۹-۳۶۳

چکیده

مقدمه: محققین علوم روانی و رفتاری، بروز بیماری دیابت، عوارض حاد و یا مزمن و اولین تجربه احساس ناتوانی ناشی از آن را از جمله بحرانهای قابل پیش‌بینی قلمداد کرده و معتقدند که فرد مبتلا را با طیف وسیع مشکلات خلقی عاطفی منجمله افسردگی مواجه می‌سازد. این مطالعه به منظور بررسی مقایسه‌ای فراوانی و شدت افسردگی در بزرگسالان دیابتی مراجعه‌کننده به کلینیک دیابت درمانگاه نادر کاظمی شهر شیراز به انجام رسیده است.

روش کار: این پژوهش یک مطالعه توصیفی - تحلیلی به صورت مقطعی بوده که در سال ۸۲-۸۱ با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی مبتنی بر هدف تعداد ۱۰۰ نفر از بیماران بزرگسال مبتلا به دیابت که در مقطع زمانی انجام پژوهش به کلینیک دیابت نادر کاظمی شهر شیراز مراجعه و با مصرف قرص یا انسولین تحت کنترل و مداوا قرار داشتند، انتخاب گردیدند و از طریق تکمیل پرسشنامه سنجش افسردگی بک ۲۱ سؤالی و پرسشنامه بررسی مشخصات فردی مورد مطالعه قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آمار توصیفی و آزمونهای مجذور کای، من ویتنی و فیشر صورت گرفته و $P < 0/05$ معنی‌دار تلقی گردیده است.

نتایج: نتایج این بررسی نشان داد که بطور کلی ۷۱/۴٪ از کل جمعیت مورد مطالعه مبتلا به افسردگی می‌باشند. بدین مفهوم که ۷۷/۴٪ از مصرف‌کنندگان قرص و ۶۷/۲٪ از مصرف‌کنندگان انسولین به نوعی به افسردگی مبتلا می‌باشند. سایر یافته‌ها نشان داد که افسردگی در زنان مبتلا به دیابت بیش از مردان دیابتیک می‌باشد ($P < 0/05$). ارتباط معنی‌داری بین نوع درمان و شدت افسردگی در گروههای مورد مطالعه زن و مرد و در کل نمونه‌های مورد پژوهش مشاهده نشد، رابطه معنی‌داری بین میزان تحصیلات و فراوانی افسردگی ملاحظه گردید ($P < 0/02$). همچنین در افراد بیکار در مقایسه با شاغلین، درصد افسردگی بیشتری مشاهده شد. بین متغیر سن و افسردگی، وضعیت تأهل و وضعیت اقتصادی با افسردگی رابطه معنی‌داری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: با توجه به شیوع افسردگی در جمعیت مورد مطالعه در مقایسه با سایر اقشار جامعه و از آنجا که نوع داروی تنظیم‌کننده میزان قندخون بر فراوانی و شدت افسردگی تأثیرگذار نمی‌باشد، جهت پیشگیری از بروز عوارض دیابت و یا کنترل آن، اجرای تلفیقی از تدابیر دارویی و روان‌درمانی و مشاوره پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: دیابت ملیتوس - افسردگی - فراوانی - بالغین - انسولین

نویسنده مسئول:

خدیجه رنجبر

دانشکده پرستاری و مامایی -

دانشگاه علوم پزشکی شیراز

شیراز - ایران

تلفن: ۰۹۸۷۱۱۲۶۶۹۳۱

پست الکترونیکی:

Ranjbar_kh@yahoo.com

دریافت مقاله: ۸۴/۹/۶ اصلاح نهایی: ۸۴/۱۰/۲۰ پذیرش مقاله: ۸۵/۶/۲۳

مقدمه:

تحقیقاتی «بدفورد» انگلستان فراوانی دیابت را ۲۰۰ میلیون نفر در سراسر جهان اعلام می‌دارد (۱،۲) که ۸۰ تا ۹۰ درصد موارد از نوع غیر وابسته به انسولین و ۵ تا ۱۰ درصد موارد وابسته به انسولین می‌باشد (۳).

دیابت به عنوان یک بیماری متابولیک مزمن از شایعترین بیماری‌های غدد درون‌ریز و از جمله مشکلات عمده در علم روانپزشکی محسوب می‌شود، مؤسسه

منظور تعیین تأثیر بکارگیری آزمون غربالگری افسردگی بک جهت تشخیص افسردگی در بیماران دیابتیک بزرگسال در سال ۱۹۹۷ تحقیقی توسط لاستمن و همکاران در بخش روانپزشکی دانشگاه واشنگتن به انجام رسید، ابتدا آزمون افسردگی بک توسط ۵۹ بیمار دیابتی وابسته به انسولین و ۱۳ بیمار غیر وابسته به انسولین تکمیل گردید و علائم افسردگی از جنبه های مختلف جسمی، شناختی و خلقی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که تست بک توانسته است به روش بسیار مؤثر نمونه های افسرده را از غیر افسرده متمایز نماید ($P < 0/0005$). بدین مفهوم که ۷۰٪ بیماران دیابتی که آزمون بک در مورد آنها از لحاظ افسردگی مثبت بود علائم بالینی و تشخیصی مثبتی از افسردگی را از خود نشان دادند (۱۳). لذا از آنجائی که تعامل معنی دار این دو متغیر و اثرپذیری و اثرگذاری هر یک بر دیگری به گونه ای است که با کنترل افسردگی از طریق روان درمانی و مشاوره می توان تا حدودی از افزایش بی رویه قند خون و عوارض ناشی از آن کاست (۱۱)، بر آن شدیم تا این پژوهش را با استفاده از پرسشنامه سنجش افسردگی به انجام رسانیم.

روش کار:

این پژوهش یک مطالعه توصیفی - تحلیلی بوده و به منظور بررسی فراوانی و شدت افسردگی در بزرگسالان مبتلا به دیابت بالغین بر حسب نوع درمان در کلینیک دیابت نادر کاظمی شیراز انجام گرفت. جمعیت مورد مطالعه در برگیرنده ۱۷۵ نفر بیمار بزرگسال دیابتی بود که در مقطع انجام پژوهش (اردیبهشت ۱۳۸۱ تا اردیبهشت ۱۳۸۲) با مصرف قرص یا انسولین تحت کنترل و مداوا بودند. مضافاً به منظور حذف آن دسته از نمونه های مورد پژوهش که به دنبال وقایع ناگوار زندگی به افسردگی مبتلا شده اند، آزمون وقایع زندگی «همولمز راه» انجام و تعدادی از جامعه پژوهش حذف گردیدند (کسب امتیاز بالاتر از ۱۰۰ معیار حذف نمونه ها بوده است). تعدادی نیز بدلیل عدم استمرار همکاری

سایر آمارهای منتشره نیز بیانگر افزایش جهانی شیوع دیابت و عوارض سوء ناشی از آن خصوصاً در ممالک در حال توسعه می باشد (۳،۴). بررسی ها نشان می دهد ۲-۳/۵ میلیون نفر یا به عبارتی بیش از ۵٪ جمعیت کشور ایران نیز مبتلا به دیابت می باشند (۱،۵) که با گسترش شهرنشینی و تغییر هرم سنی جامعه بر شیوع آن افزوده خواهد شد. در این بیماری هورمون انسولین به درجاتی دچار اختلال شده، به افزایش میزان قند خون منتج گردیده، موجبات بروز اختلالات مختلف در سوخت و ساز بدن را فراهم آورده و در دراز مدت مبتلایان را بیش از افراد غیر دیابتی مستعد ابتلا به عوارض عروقی، بیماری ایسکمیک قلب، عوارض نوروپاتی، رتینوپاتی و گلوومرولواسکلروزیس و پیرو آن بروز عوارض اندام تحتانی، نایبایی، حملات قلبی و مغزی و نارسایی کلیوی می نماید (۶) که تحولات ناشی از تغییرات شیوه زندگی می تواند مبتلایان را با واکنش های عاطفی از قبیل انکار، خشم، پذیرش، افسردگی و عدم همکاری در رعایت تدابیر درمانی و متعاقباً عوارض بیشتر جسمی، روانی، اجتماعی، و اقتصادی مواجه نماید (۷-۹). اگر چه این افسردگی یک واکنش احساسی طبیعی محسوب می شود، ولی چنانچه شدید بوده و علائم آن بیش از دو هفته به طول انجامد، بیماری تلقی می شود. اضطراب نیز به عنوان یک حالت احساسی دیگر در بسیاری موارد همراه افسردگی به شخص هجوم می آورد (۸،۱۰). حاصل بررسی های آزمایشگاهی نیز نشان می دهد که واکنش های عاطفی از طریق مداخلات بیولوژیکی و مکانیسم های همیار از قبیل تراوش کاتکولامین ها، ACTH و کورتیزول سبب افزونی گلیکوژنولیز و نئوگلیکوژن زائی، کاهش تراوش انسولین و افزایش مقاومت محیطی نسبت به انسولین شده و مجموعاً قادرند در انسان سبب تظاهر دیابت شوند (۳،۸،۹،۱۱). در رده بندی های دانش روانپزشکی نیز دیابت در نمایه بیماری های روان - تنی جای دارد که در آن نقش الگوهای رفتاری و فشار روانی در بروز و تداوم بیماری های جسمی مورد بحث قرار می گیرد (۱۲). به

و استنباطی کای اسکور، من ویتنی و فیشر مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفته است.

نتایج:

از ۱۰۰ نفر بیمار دیابتیک مورد بررسی، ۵۴٪ زن و ۴۶٪ مرد بود که ۳۴٪ مصرف کننده قرص و ۶۶٪ مصرف کننده انسولین بودند. دامنه سنی جمعیت مورد مطالعه از ۱۵ سال تا ۷۲ سال با میانگین سنی ۳۹/۷۷ سال و انحراف معیار ۱۳/۴۸ بود. میانگین سنی در گروه افسرده و غیر افسرده به ترتیب ۴۱/۰۷ سال با انحراف معیار ۱۳/۶۴ و ۳۱/۱۴ سال با انحراف معیار ۱۲/۹۶ بود که مقایسه میانگین سنی این دو گروه با استفاده از آزمون t تفاوتی را نشان نداد (جدول شماره ۱). همچنین یافته ها نشان داد که ۷۱/۴٪ (۷۰ نفر) از کل نمونه های مورد پژوهش دچار افسردگی و ۲۸/۶٪ (۲۸ نفر) فاقد افسردگی بودند.

جدول شماره ۱- میانگین و انحراف معیار سن جمعیت

مورد مطالعه بر حسب وجود یا عدم افسردگی

افسردگی	فراوانی	تعداد	میانگین سنی	انحراف معیار
وجود دارد	۶۷	۴۱/۰۷	۱۳/۶۴	
وجود ندارد	۲۷	۳۶/۱۴	۱۲/۹۶	

مقایسه توزیع فراوانی افسردگی بر حسب نوع داروهای تنظیم کننده میزان قند خون نیز نشان داد که به طور کلی ۷۷/۴٪ (۲۴ نفر) از نمونه های مصرف کننده قرص و ۱۷/۲٪ (۴۳ نفر) از مصرف کنندگان انسولین دچار افسردگی می باشند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۲- مقایسه توزیع فراوانی افسردگی بر

حسب نوع داروهای تنظیم کننده قندخون در بیماران دیابتیک

مراجعه کننده به کلینیک دیابت نادر کاضمی سال ۸۲-۱۳۸۱

جمع کل	وجود ندارد		وجود دارد		افسردگی	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱۰۰	۳۱	۲۲/۶	۷	۷۷/۴	۲۴	۲۴
۱۰۰	۶۴	۲۲/۸	۲۱	۶۷/۲	۴۳	۴۳
۱۰۰	۹۵	۲۹/۵	۲۸	۷۰/۵	۶۷	۶۷

حذف و نهایتاً تعداد ۱۰۰ نفر بعنوان نمونه های مورد مطالعه انتخاب شدند. بحث در محدوده افرادی که در سنین کودکی تا جوانی به دیابت مبتلا می باشند، خارج از اهداف این پژوهش می باشد. گروه مورد بررسی در مطالعه حاضر مبتلایانی هستند که از سنین جوانی به بعد به عنوان گروه بزرگسال به دیابت مبتلا شده اند.

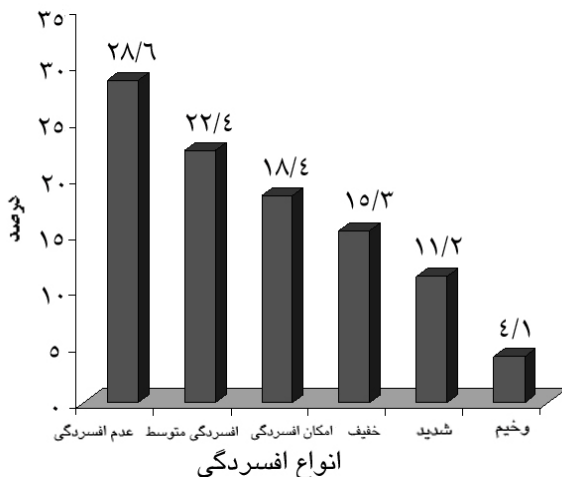
ابزار گردآوری داده ها نیز شامل پرسشنامه مشخصات فردی و آزمون سنجش افسردگی بک می باشد. اعتبار علمی پرسشنامه مشخصات فردی بر اساس اعتبار محتوایی توسط صاحب نظران مورد تأیید قرار گرفت. پرسشنامه مقیاس سنجش افسردگی بک نیز بعنوان یک آزمون استاندارد مورد تأیید مراکز پژوهشی ایران و جهان بوده و در مطالعاتی که بمنظور سنجش افسردگی و شدت آن انجام می شود، بکار می رود

ترجمه و انطباق این پرسشنامه در انستیتو روانپزشکی تهران به انجام رسیده و در مطالعه حاضر نیز بدون هیچگونه مداخله در روند درمانی بیماران جهت غربالگری افسردگی و سنجش شدت آن مورد استفاده قرار گرفته است. این پرسشنامه در برگیرنده ۲۱ سؤال چهار گزینه ای می باشد که بر اساس مقیاس لیکرت از صفر تا چهار امتیازبندی شده، کسب نمره (۹-۱) از این آزمون نشانگر فقدان افسردگی می باشد. کسب نمره (۱۴-۱۰) امکان وجود افسردگی خفیف، نمره ۱۵ تا ۲۰ افسردگی خفیف، نمره ۲۰-۳۰ افسردگی متوسط، نمره ۳۱-۴۰ افسردگی شدید و کسب نمره بالاتر از ۴۰ نشانگر افسردگی وخیم اعلام گردیده است. جهت گردآوری اطلاعات ابتدا توجه و شناخت کلی از اهداف و چگونگی مطالعه به واحدهای مورد پژوهش داده شد و چنانچه فردی تمایل به همکاری نداشت، مختار به عدم پاسخگویی به پرسشنامه اعلام گردید. سپس پرسشنامه اطلاعات فردی و آزمون افسردگی بک در اختیار آنان قرار داده شد و با فراهم نمودن موقعیت و با استفاده از روش نوشتاری اقدام به تکمیل پرسشنامه نمودند. یافته های این پژوهش نیز با بهره گیری از بسته های نرم افزاری (SPSS) و با استفاده از آزمون های توصیفی

بین متغیر سن، وضعیت تأهل، وضعیت اقتصادی و فراوانی افسردگی رابطه معنی‌داری مشاهده نشد، لیکن بین میزان تحصیلات و فراوانی افسردگی رابطه معنی‌داری مشاهده گردید ($P < 0.02$) (جدول شماره ۴). فراوانی افسردگی در افراد بیکار در مقایسه با شاغلین نیز به لحاظ آماری معنی‌دار نبود.

جدول شماره ۴- توزیع فراوانی افسردگی بر حسب میزان تحصیلات جمعیت مورد مطالعه مراجعه‌کننده به کلینیک دیابت نادر کاظمی، سال ۸۲-۱۳۸۱

جمع در گروه مورد مطالعه	افسردگی		عدم افسردگی		میزان تحصیلات
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۱۰۰	۲۹	۱۰/۳	۳	۸۹/۷	تحصیلات ابتدایی و زیر ابتدایی
۱۰۰	۵۴	۳۵/۲	۱۹	۶۴/۸	تحصیلات زیر دیپلم
۱۰۰	۱۲	۵۰	۶	۵۰	تحصیلات دانشگاهی



نمودار شماره ۱- توزیع فراوانی شدت افسردگی در جمعیت مورد مطالعه مراجعه‌کننده به کلینیک دیابت نادر کاظمی در سال ۸۲-۱۳۸۱

مقایسه فراوانی افسردگی بر حسب جنس و نوع درمان نیز نشان داد که ۸۱/۸٪ از زنان مورد مطالعه مصرف‌کننده قرصهای تنظیم‌کننده قند خون و همچنین ۷۶/۷٪ از زنان مصرف‌کننده انسولین به افسردگی مبتلا بودند. در مقایسه ۶۶/۷٪ از مردان مورد مطالعه مصرف‌کننده قرص تنظیم‌کننده قند خون و ۵۸/۸٪ از مردان مصرف‌کننده انسولین به افسردگی دچار بودند.

در مقایسه فراوانی افسردگی بر حسب جنس نیز یافته‌ها نشان داد که به طور کلی ۷۹/۶٪ (۴۳ نفر) از جمعیت زنان دیابتی و ۶۱/۴٪ (۲۷ نفر) از جمعیت مردان دیابتی مورد مطالعه به افسردگی مبتلا بودند که تفاوت آماری معنی‌داری می‌باشد ($P < 0.05$) (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳- مقایسه توزیع فراوانی افسردگی بر حسب جنس در بیماران دیابتیک مراجعه‌کننده به کلینیک دیابت نادر کاظمی، سال ۸۲-۱۳۸۱

جمع در گروه مورد مطالعه	وجود ندارد		وجود دارد		افسردگی فراوانی
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۱۰۰	۵۴	۲۰/۴	۱۱	۷۹/۶	زن
۱۰۰	۴۴	۳۸/۶	۱۷	۶۱/۴	مرد
۱۰۰	۹۸	۲۸/۶	۲۸	۷۱/۴	جمع کل

میانگین نمره افسردگی در گروه زنان و مردان دیابتیک نیز به طور کلی ۱۹/۷۹ و ۱۵/۱۹ بود. میانگین نمره افسردگی در زنان مصرف‌کننده قرص تنظیم‌کننده قند خون و انسولین به ترتیب ۱۹/۹ و ۱۹/۱۳ و میانگین نمره افسردگی در مردان مصرف‌کننده قرص و انسولین به ترتیب ۱۰/۵۴ و ۱۶/۴۱ بود که نتایج حاصل از آزمون من ویتنی تفاوتی را از لحاظ شدت افسردگی در زنان و مردان مصرف‌کننده قرص و انسولین نشان نداد. حاصل بررسی در کل نمونه‌های مورد پژوهش نیز بروز افسردگی در حد متوسط را ۲۲/۴٪، امکان وجود افسردگی را ۱۸/۴٪، افسردگی خفیف ۱۵/۳٪، افسردگی شدید ۱۱/۲٪ و افسردگی وخیم را ۴/۱٪ نشان داد (نمودار شماره ۱).

بحث و نتیجه‌گیری:

یافته‌های بدست آمده از پژوهش حاضر نشان می‌دهد که ۷۱/۴٪ از جمعیت مورد بررسی به افسردگی مبتلا می‌باشند، این نتیجه با پژوهشی که در سال ۱۳۷۷ توسط محمدی و همکاران در شهر کاشان بر روی ۸۰ بیمار دیابتی مصرف کننده قرص و انسولین به انجام رسید و فراوانی افسردگی را ۹۱٪ گزارش نمودند (۱۴) و تحقیقی که در سال ۱۹۹۹ توسط پیروت در کالج لیولای آمریکا انجام گرفت و رقم افسردگی نمونه‌های مورد پژوهش را ۷۳٪ اعلام نمود (۱۵)، همخوانی دارد. همچنین لاستمن طی مطالعات مشابه در مرکز درمانی بالتیمور ۲۸ بیمار دیابتیک را به مدت یکسال مورد بررسی قرار داد و فراوانی افسردگی آنان را ۶۸٪ گزارش نمود (۹)، که نزدیک به یافته پژوهش حاضر می‌باشد. این در حالی است که فراوانی افسردگی در جمعیت عمومی در ایران بین ۴/۲٪ تا ۳۷/۲٪ (۱۶)، و در بزرگسالان امریکائی بالای ۶۵ سال سن ۱۵-۱۰ درصد اعلام شده است (۱۷)، که مقایسه ارقام فوق گویای این واقعیت است که فراوانی افسردگی در جمعیت دیابتیک در مقایسه با سایر اقشار جامعه از اختلاف چشمگیری برخوردار می‌باشد. نتایج دیگر نشان داد که فراوانی افسردگی در زنان مورد مطالعه بیش از مردان می‌باشد که این یافته با آمارهای منتشره در کتب مرجع روان پزشکی مطابقت دارد (۱۸). بنابراین از آنجائی که افسردگی بیشترین کاندید خود را از بین زنان انتخاب می‌کند لزوم تأکید بر ابعاد روانی آنان در برنامه ریزی مراقبتی آشکارتر و ملموس‌تر می‌گردد. تجزیه و تحلیل داده‌ها در خصوص مقایسه توزیع فراوانی افسردگی بر حسب نوع داروهای تنظیم‌کننده میزان قند خون نمونه‌های مورد بررسی نشان داد که صرف نظر از نوع درمان (قرص یا انسولین) بروز افسردگی در این بیماران غیر قابل اجتناب می‌باشد، حاصل تحقیقات مشابهی که توسط محمدی و همکاران انجام گرفت نشان داد که ۹۰٪ از نمونه‌های مصرف کننده قرص و ۹۲٪ از مصرف کنندگان انسولین از افسردگی رنج می‌برند (۱۴). از دیگر یافته‌های قابل

تأمل پژوهش حاضر نزدیکی میانگین نمرات افسردگی در زنان و مردان مصرف کننده قرص و انسولین می‌باشد که حصول چنین نتایجی بیانگر آن است که نوع داروی تنظیم کننده قند خون بر شدت افسردگی تأثیر گذار نبوده و هر دو گروه مصرف کننده قرص و انسولین از شدت افسردگی تقریباً مشابهی برخوردارند. همچنین حاصل این بررسی نشان داد که ۲۲/۴٪ از کل نمونه‌های مورد پژوهش به افسردگی متوسط، ۱۵/۳٪ به افسردگی خفیف، ۱۱/۲٪ به افسردگی شدید و ۴/۱٪ به افسردگی وخیم مبتلا می‌باشند در این خصوص فورتیناش و همکاران اظهار می‌دارند که افسردگی خفیف و متوسط قادرند الگوی فکری غلطی را بر اساس ایجاد فرضیه‌های منفی و نادرست از خود در ذهن شکل دهند که شناخت درمانی و اصلاح دگرگونی‌های شناختی از طریق کنترل افکار و جایگزینی افکار مثبت و مؤثر بجای افکار منفی می‌تواند به تطابق فیزیکی - روانی بیمار کمک می‌نماید و همکاری وی را در امور درمانی بهبود بخشد (۲) نتایج تحقیقات گودنیک، در دانشگاه کالیفرنیا نیز نشان می‌دهد که شانس ابتلا به عوارض دیررس در آن دسته از بیماران دیابتی که از شدت افسردگی بیشتری رنج می‌برند بیشتر است، وی افسردگی را به عنوان عاملی خطر ساز و مستعدکننده در جهت بروز و یا تشدید عوارض دیابت قلمداد نموده است (۱۹) لاستمن نیز در تأیید این مطلب می‌افزاید اگر چه شدت بیماری عروق کرونر در بیماران دیابتیک افسرده و غیر افسرده یکسان است، ولی فراوانی بیماری فوق در بیماران دیابتیک افسرده سه برابر بیشتر از بیماران دیابتیک غیر افسرده می‌باشد. حاصل تحقیقات وی نشان داده است که با درمان مؤثر افسردگی میزان قند خون کاهش می‌یابد و بیماری بطور مؤثر کنترل می‌شود (۹). یافته‌های حاصل از پژوهش انجام شده توسط کلافی و همکاران نیز حاکی از آن است که ساختار روانی و الگوهای رفتاری در سیر بالینی بیماری دیابت تأثیرگذار می‌باشد که این یافته بر اهمیت جایگاه مداخلات روانشناختی در درمان دیابت تأکید دارد (۱۲). سایر مطالعات نشان می‌دهد که فراوانی

دیابتیک اکثراً به مراقبت‌های معمول دارودرمانی اکتفا می‌کنند و تنها یک سوم این بیماران به لحاظ افسردگی مورد شناسائی و مراقبت‌های روانی قرار می‌گیرند (۹). لذا از آنجایی که این بیماران جهت پیگیری امور درمانی به مطب‌ها و یا کلینیک دیابت مراجعه می‌نمایند، افزودن بخش مشاوره روانی به مراکز درمانی زیربند الزامی بنظر می‌رسد، امید است یافته‌های این تحقیق بتواند راهگشائی در مسیر توجه بیشتر به وضعیت روحی و روانی بیماران دیابتیک باشد.

سیاسگزاری:

دینوسیله از بیمارانی که در این پژوهش شرکت کردند و همچنین از پرسنل و مدیریت درمانگاه نادر کاظمی شهر شیراز، بخاطر همکاری صمیمانه آنها تشکر و قدردانی بعمل می‌آید.

افسردگی با برخی از مشخصات دموگرافیک مرتبط می‌باشد منجمله می‌توان به رابطه آماری معنی دار بین میزان تحصیلات و فراوانی افسردگی اشاره نمود، یعنی افرادی که از سطح تحصیلات پائین‌تری برخوردارند در مقایسه با افراد با سطح تحصیلات بالاتر، بیشتر دچار علائم افسردگی می‌شوند. در تحقیق مشابهی کرائیگ نیز به همین نتیجه دست یافت (۲۰) یافته‌های دیگر نشان داد که فراوانی افسردگی در افراد بیکار در مقایسه با شاغلین نیز بیشتر می‌باشد ولی تفاوت مزبور از نظر آماری معنی دار نبود. در مورد ارتباط وضعیت اقتصادی، سن و فراوانی افسردگی نیز ارتباط آماری معنی دار ملاحظه نشده است. نتایج این تحقیق و سایر مطالعات مبین این واقعیت است که اکثر بیماران دیابتیک به گونه‌ای به افسردگی مبتلا می‌باشند. از طرفی دیده می‌شود که دامنه بکارگیری روان درمانی و مشاوره روانی در امور مراقبتی و درمانی این بیماران بسیار ناچیز و محدود است، لاستمن در سال ۱۹۹۷ طی تحقیقی به این نتیجه دست یافت که پزشکان جهت کنترل قندخون افراد

References

منابع

- پناهی، الف. در ترجمه: روش زندگی با بیماری قند. دالجر، هنری. سیمن نیویورک، برنارد. تهران: انتشارات جاوید. ۱۳۶۸. ص ۱۳-۱۲ و ۲۴، ۱۶، ۳۰، ۳۵، ۱۴۶.
- Fortinash KM, Holoday-Worret PA. Psychiatric mental health nursing. 3rd ed. New York: Mosby; 2004.
- کرمی‌زاده، زهره. امیر حکیمی، غلام‌حسین. بیماریهای غدد درون‌ریز در کودکان و نوجوانان و روش تشخیص آزمایشگاهی بیماریهای غدد درون‌ریز. شیراز: انتشارات حوزه معاونت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس. ۱۳۷۵. ص ۱۰۷ و ۱۲۲.
- قدوسی، کاظم. دیابت شیرین. ماهنامه خبری علمی و آموزشی درد، تهران: چاپ الغدیر. مهرماه ۱۳۷۹. شماره یکم. ص ۳۱.
- شاه‌محمدی، داوود. شیوع دیابت. تهران: روزنامه کیهان. ۱۹ فروردین ۱۳۷۸. شماره ۱۶۴۷۸، ۱۵.
- روابط عمومی بنیاد امور بیماریهای خاص. خودآموز تزریق انسولین به مناسبت روز جهانی دیابت. تهران: مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران. انتشارات بنیاد امور بیماریهای خاص. ۱۳۷۷. ص ۲.
- Harrison's principles of internal medicine. 13th ed. Newyork: McGraw Hill; 1994.
- شورکی، مصطفی. رهایی از افسردگی. تهران: انتشارات ارجمند. ۱۳۷۹. ص ۱۳.
- Lustman PJ, Griffith LS, Clouse RE. Depression in adults with diabetes. *Semin Clin Neuropsychiatry*. 1997; 2(1):15-23.

10. Checkley S. The management of depression. Oxford: Blackwell Science; 1998.
- . مولوی، محمدعلی. راهنمای بیماران دیابتی مورد استفاده بیماران و پزشکان، تهران: شرکت سهامی چهر. ۱۳۷۲. ص ۲۷۳ - ۲۷۱.
- . کلافی، یونس. پیشداد، غلامرضا. باقری، صمد. بررسی و مقایسه الگوهای رفتاری در بیماران دیابتی نوع یک و دو. ۱۳۸۱، مجله غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران. ۱۳۸۱. شماره ۱۴. ص ۸۸-۸۵.
13. Lustman PJ, Clouse RE, Griffith LS, Carney RM, Freedland KE. Screening for depression in diabetes using the Beck Depression Inventory. *Psychosom Med.* 1997;59(1):24-31.
- . محمدی، محمدحسن. حمزه‌ای، معصومه. قلع‌ریز، پروین. پهلوان‌زاده، سعید. بررسی مقایسه‌ای فراوانی و شدت افسردگی در بیماران دیابتی مصرف‌کننده قرص و انسولین. مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی اصفهان. ۱۳۷۷. شماره ۱۱، ص ۹۸-۱۰۱.
15. Peyrot M, Rubin RP. Persistence of depressive symptoms in diabetic adults. *Diabetes Care.* 1999;22(3):448-452.
- . هاشمی، نذیر. زاده باقری، قادر. غفاریان شیرازی، حمیدرضا. بررسی عوامل مرتبط با افسردگی در دانشجویان دانشگاه‌های یاسوج در سال ۱۳۸۰. شیراز: مجله تحقیقات پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز. ۱۳۸۲، شماره ۱. ص ۲۷-۱۹.
17. Isaacs A. Mental health and psychiatric nursing. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott; 2001.
18. Varcarolis EM. Foundations of psychiatric mental health nursing: A clinical approach. 4th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2001.
19. Goodnick PJ, Jimenez I, Kumar A. Sertraline in diabetic neuropathy, preliminary results. *Ann Clin Psychiatry.* 1997;9(4):255-257.
20. Craig TJ, Van Natta PA. Influence of demographic characteristics on two measures of depressive symptoms, the relation of prevalence and persistence of symptoms with sex, age, education and marital status. *Arch Gen Psychiatry.* 1979; 36(2):149-154.