

مقایسه افسردگی بیماران دیابتی و افراد غیر دیابتی

غلامحسین نوروزی نژاد^{۱*}، دکتر حاتم بوستانی*

سرور نعمت پور^{**}، فروزان بهروزیان^{***}

چکیده

هدف: افسردگی یکی از مهمترین بیماریهای روانپزشکی است که ممکن است ناشی از یک بیماری جسمی مانند دیابت باشد. هدف از این مطالعه مقایسه میزان افسردگی در بیماران دیابتی با افراد غیر دیابتی است. **روش بررسی:** ۳۰۹ بیمار دیابتی که از طریق نمونه‌گیری آسان از بین بیماران کلینیک دیابت بیمارستان گلستان اهواز در سال ۸۲ انتخاب شده بودند با ۲۸۹ فرد غیر دیابتی که از لحاظ سن و جنس و تحصیلات با یکدیگر همسان شده بودند مقایسه شدند. از هر دو گروه خواسته شده که به پرسشنامه استاندارد افسردگی بک و یک پرسشنامه خود ساخته برای متغیرهای دموگرافیک پاسخ دهند.

یافته‌ها: نتایج شیوع بالای افسردگی را در گروه دیابتی (۷۲/۲ درصد) در مقایسه با گروه غیر دیابتی (۳۷ درصد) نشان داد. این مطالعه، ارتباط معنی‌دار آماری بین دیابت و شدت افسردگی را آشکار ساخت ($p < 0/001$). همچنین ارتباط معنی‌داری بین افسردگی و نوع دیابت و نیز بین افسردگی و درمان با انسولین بدست آمد.

نتیجه‌گیری: در کل با توجه به شیوع بالای افسردگی در بیماران دیابتی، بررسی و نیز مشاوره روانپزشکی در این بیماران برای تشخیص زودرس و در صورت لزوم درمان به موقع این بیماران، پیشنهاد می‌شود.

کلید واژه‌گان: افسردگی، دیابت نوع یک، دیابت نوع دو

مقدمه

بدتر می‌کند و از طرفی هزینه درمان را بالا می‌برد. از آنجا که این بیماران اغلب از عوارض کوتاه مدت و طولانی مدت بیماری اطلاع دارند واکنشهای عاطفی چون افسردگی در این افراد دور از ذهن نخواهد بود (۱). به همین جهت احساسات در دیابت نقشی تعیین کننده دارد و بر پاسخ بیمار در تمام سطوح از قبیل سیر بیماری، درمان و روند زندگی بیمار اثر می‌گذارد مطالعه پیروت و همکاران نشان داد

دیابت یکی از بیماریهای شایع در ایران و جهان می‌باشد که مزمن، پیشرونده و پر هزینه است و عوارض متعددی ایجاد می‌کند. برای فرد مبتلا به دیابت قبول و پذیرش این موضوع که بایستی روش زندگی خود را بر اساس بیماری تغییر دهد، همیشه مشکل می‌باشد. خصوصاً در ابتدای بیماری، بیمار از واکنش دفاعی انکار استفاده کرده و از قبول وضعیت جدید سرباز می‌زند که خود این امر سیر و پیش آگهی درمان را

*استادیار گروه روانپزشکی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

**مربی روانشناس بالینی و عضو هیئت علمی گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

***دستیار اعصاب و روان بخش روانپزشکی بیمارستان گلستان اهواز

۱- نویسنده مسؤل

دریافت مقاله: ۱۳۸۳/۴/۶ دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۸۴/۷/۱۹ اعلام قبولی: ۱۳۸۴/۱۰/۶

زیرا علائم و نشانه‌های افسردگی ممکن است به استرس ناشی از تطابق با بیماری، سیر بیماری مزمن و یا ناشی از عوارض داروهای مصرف شده، نسبت داده شود (۱).

در نتیجه عدم تشخیص و بالطبع عدم درمان به موقع افسردگی در بیماران دیابتی، مشکلات متعددی گریبانگیر این افراد که خود از عوارض عدیده دیابت نیز در رنج می‌باشند، می‌گردد. از جمله این مشکلات کاهش کیفیت زندگی است که در نتیجه آن انگیزه بیمار جهت کنترل قند خون و درمان بیماری کاهش می‌یابد. عدم پذیرش یا نقص در پذیرش دستورات رژیم غذایی یا دارویی توسط بیمار، افزایش نیاز به استفاده از مراقبت‌های بهداشتی و در نتیجه افزایش هزینه‌ها، کم‌توجهی به توصیه‌ها و مداخلات انجام شده جهت کنترل وزن، احتمال افزایش سوء مصرف الکل و داروها از مشکلات بیماران دیابتی افسرده، می‌باشد (۱۱).

با توجه به شیوع بالای دیابت در کشور، و اثرات سوء مشکلات روان شناختی، خصوصاً افسردگی همزمان با دیابت در کنترل قند خون و پیامدهای اجتماعی و روانی آن بر بیمار و خانواده وی به نظر می‌رسد تشخیص و درمان به موقع افسردگی در این بیماران که موجب کاهش هزینه‌های اقتصادی ناشی از عدم کنترل دیابت بدنال افسردگی و نیز کاهش مشکلات روانی اجتماعی آنان می‌شود، ضروری می‌باشد.

روش بررسی

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی - تحلیلی است که بر روی دو گروه شامل بیماران دیابتی (۳۰۹ نفر) و افراد غیر دیابتی (۲۸۹ نفر) انجام گردید در گروه اول، نمونه‌گیری به روش نمونه‌گیری آسان از میان بیماران سرپایی مراجعه کننده به درمانگاه دیابت بیمارستان گلستان اهواز که توسط متخصصین داخلی و یا فوق تخصص غدد

که دیابت با افزایش خطر اختلالات و علائم روان شناختی همراه است. مطالعه کرندین^۱ و کاهلولوا^۲ نشان داده است که شیوع افسردگی در بیماران دیابتی ۶۱/۳ درصد می‌باشد که ۴۰/۶ درصد از افسردگی متوسط تا شدید رنج می‌برند. مطالعه اندرسون^۳ و همکاران در یک متا آنالیز روی ۴۲ مطالعه مقایسه‌ای، شیوع اختلال افسردگی عمده در افراد دیابتی دو برابر بیشتر از افراد غیر دیابتی بدست آمد (۴). اگر چه هر بیماری مزمنی با افزایش شیوع افسردگی همراه است اما در مورد بیماران دیابتی این مسأله ۳ برابر شایعتر می‌باشد (۵). حتی برخی از مطالعات پیشنهاد می‌کنند که افسردگی یک عامل خطر مستقل برای بروز دیابت نوع دو می‌باشد (۶). نتایج مطالعات مختلف نشان می‌دهد که افسردگی و دیابت اغلب با هم اتفاق می‌افتند و در بیمارانی که از افسردگی نیز رنج می‌برند، بعضاً مقاومت به انسولین مشاهده می‌گردد (۷). بعلاوه وقتی بیمار دیابتی افسرده است اغلب دست به رفتارهای خود تخریبی مانند زیاد خوردن و زیاد نوشیدن می‌زند که همین رفتارها موجب می‌شود بیماری از کنترل خارج شود (۸). نتایج تحقیق گد^۴ و همکاران نشان داد که افراد دیابتی افسرده در مقایسه با افراد دیابتی غیر افسرده نسخه‌های بیشتری دریافت می‌کنند، از مراقبت‌های سرپایی بیشتری استفاده می‌کنند و هزینه‌های مراقبتی آنها ۴/۵ برابر بیشتر می‌باشد (۹). افسردگی خود باعث تشدید دیابت می‌شود و بنابراین پیش آگهی دیابت را بدتر می‌کند (۱) و این در حالی است که افسردگی در این بیماران به دلیل بی‌توجهی پزشک و یا به دلیل مشترک بودن برخی علائم و نشانه‌های جسمانی افسردگی با عوارض ناشی از دیابت، کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد و یا تشخیص داده نمی‌شود

- 1-Crandine
- 2-Kahololwa
- 3-Anderson
- 4-Egede

ناشی از عوارض خود دیابت می‌بود. بیماریها شامل موارد ذیل است: نارسایی کلیوی مزمن، نارسایی قلبی مزمن، سکته قلبی، فشار خون، آسم، بیماری تیروئید، سکته مغزی و نابینایی. جهت افتراق عارضه ناشی از دیابت و یا بیماریهای همراه در بیماران دیابتی از پرونده بیماران و در صورت کامل نبودن پرونده به گفته‌های بیماران و یا همراهان ایشان، استناد می‌گردید. قبل از پرسشنامه توضیحات لازم برای بیمار و یا همراه وی داده می‌شد و رضایت بیمار یا ولی وی کسب گردید، سپس پرسشنامه‌ها توسط آزمودنیها و در صورت بیسواد بودن آنها، توسط دستیار روانپزشکی و یا کارشناس تغذیه مرکز، برای بیماران خوانده شده و سپس تکمیل می‌گردید. در نهایت داده‌ها با استفاده از برنامه آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای مقایسه میانگینهای کمی دو گروه از آزمون t ، و برای مقایسه متغیرهای کیفی از آزمون مجذور کای استفاده گردید. سطح معنی دار آماری در این مطالعه ($p < 0.05$) در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۳۶۸ نفر در گروه دیابتی و ۳۶۸ نفر در گروه غیر دیابتی انتخاب شدند که ۵۹ نفر از گروه اول و ۷۹ نفر از گروه دوم به دلایل ذکر شده از مطالعه کنار گذاشته شدند. ۴۷/۲ درصد از شرکت کنندگان را مردان و ۵۲/۸ درصد از آنان را زنان تشکیل می‌دادند. گروه دیابتی شامل ۱۳۸ مرد (۴۴/۶ درصد) و ۱۷۱ زن (۵۵/۴ درصد) و گروه غیر دیابتی شامل ۱۴۴ مرد (۴۹/۸ درصد) و ۱۴۵ زن (۵۰/۲ درصد) بودند (جدول شماره یک).

مرکز، تشخیص قطعی دیابت و نوع آن را داشتند، انتخاب شدند. مدت زمان دیابت از اولین زمان تشخیص توسط پزشک معالج در نظر گرفته شد. اطلاعات با استفاده از پرونده‌های بیماران و در صورت ناقص بودن از بیمار یا همراه وی کسب می‌گردید. شرایط انتخاب در گروه غیر دیابتی، عدم ابتلا به دیابت بود که با استناد به گفته خود افراد، در کسانی که طی یکسال اخیر در آزمایش روتین، قند خون آنها در محدوده نرمال بود، در نظر گرفته شد. سپس این گروه متعاقباً از نظر سن و جنس و تحصیلات با گروه دیابتی همسان سازی شدند. حداقل سن ورود به مطالعه ۱۴ سال در نظر گرفته شد و مدت زمان جمع آوری نمونه‌ها حدود ۶ ماه به طول انجامید. (تابستان و پاییز ۸۲).

ابزارهای بکار رفته یک فرم ثبت اطلاعات شامل: مشخصات جمعیتی، سابقه افسردگی در فرد و خانواده، سابقه دیابت در افراد خانواده؛ و در صورت ابتلا به دیابت: نوع دیابت، مدت زمان ابتلا و درمان دیابت نوع درمان و عوارض ناشی از دیابت) و نیز تست ۲۱ سوالی افسردگی بک بود. آزمون بک شامل ۲۱ گروه جمله است که هر گروه شامل چهار گزینه می‌باشد که از صفر تا سه درجه بندی می‌شود. آزمودنی باید گزینه‌ای که با حال کنونی او بیشتر سازگار است را علامت بزند. امتیاز بالا نشانه شدت بیشتر افسردگی است. بر اساس سیستم نمره گذاری: به نمره ۰-۱۰: بدون افسردگی، ۱۱-۱۶: افسردگی خفیف، ۱۷-۲۰: نیاز به مشاوره، ۲۱-۳۰: افسردگی متوسط، ۳۱-۴۰: افسردگی شدید و > 41 : افسردگی خیلی شدید اطلاق می‌شود (۱۵ و ۱۳ و ۱۲). افرادی که پرسشنامه‌ها را ناقص تکمیل کردند و نیز افرادی که دچار بیماریهای مزمن زیر بودند از مطالعه کنار گذاشته شدند، مگر در مواردی که این بیماریها

جدول ۱: مشخصات جمعیت شناختی گروه دیابتی و غیر دیابتی.

غیر دیابتی (N=۲۸۹)		دیابتی (N=۳۰۹)		گروهها	
درصد	تعداد	درصد	تعداد	متغیرها	
۴۹/۸	۱۴۴	۴۴/۶	۱۳۸	جنسیت	مرد
۵۰/۲	۱۴۵	۵۵/۴	۱۷۱		زن
۲۲/۵	۶۵	۲۵/۲	۷۸	وضعیت تأهل	مجرد
۷۱/۳	۲۰۶	۶۰	۱۸۵		متأهل
۶/۲	۱۸	۱۴/۸	۴۶	میزان تحصیلات	بیوه
۲۶/۲۹	۷۶	۲۳/۶	۷۳		بیسواد
۲۹/۰۶	۸۴	۳۹/۸	۱۲۳		زیر دیپلم
۳۸/۷	۱۱۲	۳۱/۱	۹۶		دیپلم و فوق دیپلم
۵/۹	۱۷	۵/۵	۱۷		لیسانس و بالاتر
۱۵/۲۲	۴۴	۱۹/۱	۵۹	شغل	آزاد
۳۷/۷	۱۰۹	۱۴/۵	۴۵		کارمند
۱۱/۴۱	۳۳	۰/۳	۱		کارگر و کشاورز
۲۱/۱	۶۱	۴۵/۷	۱۴۱		خانه دار
۴۱/۱	۴۱	۹/۷	۳۰		دانش آموز و دانشجو
۰/۳	۱	۱۰/۷	۳۳		بیکار
۱۶/۲	۴۷	۱۸/۱	۵۶	سابقه افسردگی در خانواده	دارد
۸۳/۸	۲۴۲	۸۱/۹	۲۵۳		ندارد
		۴۳/۴	۱۳۴	نوع دیابت	نوع یک
		۵۶/۶	۱۷۵		نوع دو
		۵۱/۸	۱۶۰	نوع درمان دیابت	داروی خوراکی
		۴۵	۱۳۹		انسولین
		۳/۲	۱۰		هر دو

گروه زیر دیپلم مشاهده گردید. سابقه افسردگی در خانواده بیماران دیابتی در ۸۱/۱ درصد موارد وجود نداشت. در نمرات آزمون افسردگی بک، بیماران دیابتی به طور معنی داری نمرات بالاتری نسبت به گروه غیر دیابتی نشان دادند (با میانگین نمره بک ۱۹/۷۷ در بیماران دیابتی در مقابل ۱۰/۲۵ در بیماران غیر دیابتی) (جدول شماره ۲ الف)

میانگین سنی گروه دیابتی ۴۴/۴ سال (۸۲-۱۴ سال) و در گروه غیر دیابتی ۴۵/۳۶ سال (۷۹-۱۶ سال) بود اختلاف میانگین سنی بین دو گروه با $t = ۰/۶۶۹$ و $df = ۵۹۶$ معنی دار نبوده است از نظر تحصیلات در هر دو گروه بیشترین فراوانی مربوط به گروه دیپلم و فوق دیپلم (۳۴/۸ درصد) و کمترین فراوانی مربوط به گروه لیسانس و بالاتر (۵/۷ درصد) بود. به علاوه در گروه دیابتی، بیشترین میزان افسردگی در

جدول ۲: مقایسه میانگین نمرات افسردگی در گروه بیماران دیابتی و افراد غیر دیابتی

مقدار-P	انحراف معیار	میانگین	تعداد	گروه
۰/۰۰۱	۷/۸۴	۱۰/۲۵	۲۸۹	غیر دیابتی
	۱۲/۵۳	۱۹/۷۷	۳۰۹	دیابتی

ب. مقایسه میانگین نمرات افسردگی در بیماران دیابتی با و بدون عارضه

مقدار-P	انحراف معیار	میانگین	تعداد	عوارض دیابت
۰/۹۶۹	۱۲/۱۰	۱۹/۷۵	۱۷۸	دارد
	۱۳/۱۴	۱۹/۸۰	۱۳۱	ندارد

ج. مقایسه میانگین نمرات افسردگی در بیماران دیابتی با و بدون سابقه افسردگی

P	انحراف معیار	میانگین	تعداد	سابقه افسردگی
۰/۰۰۱	۷/۲۴	۴۶/۰۵	۱۷	دارد
	۱۰/۹۹	۱۸/۲۴	۲۹۲	ندارد

همچنین بیماران دیابتی نسبت به گروه غیر دیابتی به طور معنی داری افسردگی شدید بیشتری را تجربه می کنند (جدول شماره ۳).

جدول ۳: مقایسه شدت افسردگی در بیماران دیابتی و غیر دیابتی بر اساس آزمون افسردگی بک

شدت افسردگی	گروهها	دیابتی	غیر دیابتی
بدون افسردگی		۲۷/۸	۶۳
افسردگی خفیف		۱۷/۸	۱۵/۲
نیاز به مشاوره		۱۵/۹	۹/۳
افسردگی متوسط		۱۷/۲	۱۲/۵
افسردگی شدید		۱۶/۲	-
افسردگی خیلی شدید		۵/۲	-

P<0/0001

از طرفی شدت افسردگی در بیماران دیابتی نوع یک به طور معنی داری بیشتر از دیابت نوع دو بود (جدول شماره ۴).

جدول ۴: مقایسه شدت افسردگی در بیماران دیابتی نوع یک و دو

نوع دیابت	نوع ۱	نوع ۲
شدت افسردگی		
بدون افسردگی	۱۲/۷	۳۹/۴
افسردگی خفیف	۲۳/۱	۱۳/۷
نیاز به مشاوره	۱۹/۴	۱۳/۱
افسردگی متوسط	۲۶/۱	۱۰/۳
افسردگی شدید	۱۲/۷	۱۸/۹
افسردگی خیلی شدید	۶	۴/۶

$$X^2 = 38/32 \quad p < 0/001 \quad df = 5$$

عمده نشان داد که با نتایج تحقیقات قبلی هم خوانی دارد (۱۶ و ۴) به نظر می‌رسد با توجه به مشکلات عدیده بیماران دیابت نوع یک از جمله نیاز بیشتر این بیماران به تریق مکرر انسولین، وجود عوارض حاد مانند کتواسیدوز دیابتی و هیپوگلیسمی نسبت به دیابت نوع دو، وجود افسردگی بیشتر در این گروه قابل توجه باشد. نتایج همچنان نشان داد که بین مدت شروع بیماری و نمره افسردگی، همبستگی منفی ($-1/33$) وجود دارد که در سطح ۵ درصد معنی دار می‌باشد. به نظر می‌رسد در شروع بیماری تطابق کامل با بیماری صورت نگرفته و مکانیسمهای مدارای بیمار به خوبی عمل نکرده‌اند. به همین دلیل وجود افسردگی این زمان قابل توجه می‌باشد. نتایج تحقیقات قبلی نیز موید همین مطلب می‌باشد (۱۷). از سوی دیگر اگر چه به نظر می‌رسد عوارض ناشی از دیابت میزان و شدت افسردگی مشاهده شده را در این بیماران افزایش دهد، اما در مطالعه حاضر، چنین نتیجه‌ای حاصل نگردید که احتمال دارد با فاکتور عمل کردن مکانیسمهای مدارا با گذشته زمان در بیمار قابل توجه باشد. نتایج این پژوهش همچنین نشان داد که میانگین نمره افسردگی بیماران دیابتی با سابقه قبلی افسردگی، نسبت به بیماران دیابتی بدون سابقه قبلی افسردگی اختلاف معنی داری وجود دارد ($p < 0/001$) واضح است در فردی که خود از قبل زمینه افسردگی داشته، اضافه شدن بیماری دیابت که خود یک استرسور مهم، مزمن محسوب می‌شود، می‌تواند سبب عود افسردگی و یا افزایش شدت افسردگی وی شود. نیاز مکرر و دردناک تریق انسولین، نیاز بیشتر به تغییر شیوه زندگی و احتمال عوارض حاد و مشکل‌زا مانند کتواسیدوز دیابتی می‌تواند افسردگی بیشتری را در دیابت نوع یک ایجاد نماید و این همان یافته‌ای بود که در این تحقیق بدست آمد که در این گروه نمره افسردگی به طور معنی‌داری بالاتر از دیابت نوع دو

در بیماران دیابتی ۴۴/۴ درصد نوع یک و ۵۶/۶ درصد، دیابت نوع دو داشتند. ۵۱/۸ درصد از داروهای خوراکی، ۴۵ درصد از انسولین و ۳/۲ درصد از هر دو نوع درمان استفاده می‌کردند (جدول شماره یک). از مجموع ۳۰۹ بیمار دیابتی، ۱۷۸ بیمار (۵۷/۶ درصد) دچار عوارض ناشی از دیابت بودند و ۱۳۱ نفر (۴۲/۴ درصد) عارضه ناشی از دیابت را ذکر نمی‌کردند. اما نمره افسردگی بین این دو گروه اختلاف معنی داری را نشان نداد. (میانگین نمره بک در بیماران عارضه‌دار دیابتی ۱۹/۷۵ و در بدون عارضه‌های ۱۹/۸۰ بود جدول شماره ۲ (ب) در بیماران دیابتی میانگین نمره افسردگی بک در گروهی که قبلاً سابقه افسردگی داشتند بالاتر از گروهی بود که بدون سابقه قبلی از افسردگی نداشتند. (۴۶/۰۵ در مقابل ۱۸/۲۴) (جدول شماره ۲-ج) همچنین در بررسی توزیع سنی در بیماران دیابتی، بیشترین میزان افسردگی در گروه سنی ۶۵-۴۵ سال (۳۳/۵ درصد) و کمترین میزان در گروه سنی ۴۵-۲۶ سال (۵/۸ درصد) بدست آمد.

بحث

همانگونه که نتایج نشان داد در ۷۲/۲ درصد گروه دیابتی درجاتی از افسردگی خفیف، متوسط، شدید و خیلی شدید مشاهده گردید در حالی که در گروه غیر دیابتی تنها و در حدود ۳۷ درصد از افسردگی خفیف تا متوسط در رنج بوده‌اند. بیماران دیابتی از لحاظ شدت افسردگی بطور معنی داری افسردگی شدید و خیلی شدید بیشتری را نسبت به گروه غیر دیابتی تجربه می‌کنند. ($p < 0/001$) این یافته با نتایج تحقیقات قبلی هم خوانی دارد (۱۳ و ۹ و ۴ و ۳). بیشترین افسردگی در دیابت نوع یک از نوع متوسط و در دیابت نوع دو از نوع شدید گزارش گردید. نتایج پژوهش ارتباط معنی‌داری بین دیابت نوع یک و بروز افسردگی

دیگر افسردگی می تواند رفتارهای خود تخریبی مانند زیاد خوردن و یا نوشیدن را در بیمار دیابتی افزایش دهد که خود در سیکلی معیوب، دیابت و در نتیجه افسردگی ناشی از آن را شدت می بخشد. بررسی افسردگی در فردی که مبتلا به بیماری طبی می باشد مشکل است. زیرا علائم و نشانه های افسردگی ممکنست به استرس ناشی از بیماری طبی، روند بیماری مزمن و یا عوارض داروهای مصرفی نسبت داده شود. بنابراین بی توجهی به نشانه ها و علائم افسردگی و نسبت دادن همه این علائم به سیر مزمن بیماری دیابت، موجب می شود بیمار همزمان از دو بیماری مزمن و نسبتاً ناتوان کننده (یعنی دیابت و افسردگی) رنج ببرد، که این امر می تواند درمان بیمار را مختل کند. به همین دلیل ارجاع به موقع بیمار نزد روانپزشک و یا روانشناس بخصوص در مواقع بحرانی قابل پیش بینی در دیابت از جمله هنگام شروع بیماری، آغاز وابستگی به انسولین و یا نیاز به تغییر سبک زندگی و یا بروز ناتوانیهای جسمی، از جمله نیاز به قطع عضو، ضروری به نظر می رسد. با توجه به مسائل فوق، پیشنهاد می شود آشنایی و توجه بیشتر متخصصین داخلی و غدد با علائم و نشانه های افسردگی در بیماران دیابتی و نیز ارائه آموزشهای لازم برای شناخت و تعدیل موقعیتهای استرسزا در زندگی این بیماران توسط روانپزشک و یا روانشناس، مورد توجه ویژه قرار گیرد.

بوده است ($p < 0.001$) (مطالعات قبلی نشان داد که شیوع افسردگی در وابستگان درجه یک بیماران دیابتی بالاتر از جمعیت عمومی است (۷ و ۱۸) حال آنکه این تفاوت به لحاظ آماری در این پژوهش معنی دار نبود. با توجه به این امر که تشخیص افسردگی در وابستگان بیمار، تنها با استناد به گفته بیماران صورت گرفته است به نظر می رسد نیاز به بررسی دقیقتری در این زمینه ضروری است. مطالعه حاضر اختلاف معنی داری را در توزیع سنی ابتلا به افسردگی نشان داد ($p = 0.001$) همچنین بیشترین میزان افسردگی در گروه زیر دیپلم مشاهده گردید که با یافته های تحقیقات قبلی که میزان افسردگی در بیماران دیابتی را در گروه زیر دیپلم، سه برابر بیشتر از سایر گروههای تحصیلی بدست آورده بودند، همخوان بود (۸ و ۱۹) علت این امر که ممکن است با پایین بودن وضعیت اقتصادی اجتماعی در افراد کم سواد قابل توجه باشد. به طور کلی به نظر می رسد که با توجه به این مسئله که درصد بالایی از بیماران دیابتی دچار افسردگی می باشند، پیشگیری، شناخت و درمان به موقع افسردگی خصوصاً در سالهای اولیه شروع بیماری، نقش به سزایی در کنترل دیابت دارد. زیرا افسردگی نه تنها با تاثیر به هورمونهای مخالف انسولین مستقیماً بر وضعیت قند خون بیماران تاثیر می گذارد، بلکه می تواند از طریق اختلال در عادات غذایی، فعالیت فیزیکی و کارهای روزمره زندگی نیز بر درمان دیابت و وضعیت قند خون تاثیر گذارند. از طرف

منابع

- 1-Rosenthal MH. The challenge of comorbiddisorders in patients with depression . JAM Osteopath Assoc 2003 Aug; 103 (Suppl 4) : 510-5.
- 2- Peyrot MR. Levels and risks of depression and anxiety symptoms among diabetic adults. Diabetes care 1997; 20 (4): 585-90.
- 3-Crandinetti A.Kahololwajk. Relationship between depression symptoms and diabetes among native Hawaiians. Psychoneuro endo crinologl 2000;25 (3): 239-46 .

- 4-Anderson RJ, etal. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes : a meta analysis . *Diabetes Care* 2001;24 (6): 1069-78.
- 5- HarrisMD. Psycho social aspects of diabetes with an emphasis on depression . *cure Diab Rep* 2003; 3(1): 49-55.
- 6- Rbin .R.R.Was Willis right? Thoughts on the interaction of depression and diab etes. *Diabetes – Metab Res Rev.*2002.18 (3): 173-5.
- 7- Lustman PJ. Depression and poor glycemc control: a metaanalytic review of the literature. *Diabetes Care* 2002 3(7):934-42.
- 8- Gelder M. Oxford Text book of Psychiatry. 3rd ed. Oxford: Medical Publication Psychiatry; 1995.
- 9- Egede L. Comorbid depression is associated with increased health care ues and expenditures in individuals with diabetes. *Diabetes Care* 2002; 25 (3): –464-70.
- 10- Cienchanowski P.S. The Relation ship of depressive symptoms to symptom reporting, self, care and glucose control in diabetes. *Gen Hops Psychiatry* 2003 jul-Aug; 25 (4) : 246-52.
- 11- Finkeistein E.Prevalence and costs of major depression among elderly claimants with Diabetes. *Diabetes Care* 2002;25 (1): 30-4.
- ۱۲-شکری، شکراله؛ مهریار، امیر هوشنگ . استاندارد کردن آزمون بک، مجله علوم اجتماعی دانشگاه شیراز ۱۳۶۵(۴):۱۳۸-۴۷.
- ۱۳-تازیکی، صادق علی وهمکاران. رابطه علائم افسردگی با دیابت . مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان ۱۳۸۰ سال سوم (۸):۵۹-۶۲.
- ۱۴-کاویانی، حسین؛ موسوی، اشرف سادات؛ محیط، احمد. مصاحبه و آزمونهای روانی. نشر سنا، ۱۳۸۰.
- 15-Herssen M , Bellack A. Chinal behavior therapy with adults. Newyork : Plen um press.
- 16- Talbot F,Noowen A. A review of the relationship between depression and diabetes in adults : is there a link *Diabetes Care* 2000;23 (10) : 1556-62.
- 17- Espinosaj , CT; Zenteno JF.Frequency of depression in patients with diabetes mellitus type 2. *Rev Invest Clin* 1998 ; 50(4) : 287-91.
- 18- Lagre CA .M.,Rapaports. Emotions a critical factor in diabetes control in : *Diabetes Mellitus*. 3Th edition, Charchillca 1991 256-69.
- 19- Carnethon M R,etal . Symptoms of depression as a risk for incident diabetes : finding from the National Health and Nutrition examination epidemiologic follow –up study 1971-1992. *Am J Epidemiol* 2003;-158(5): 416-23.