

مقایسه فراوانی و عوامل مرتبط با افسردگی در بیماران دیابتی و افراد غیر دیابتی

اعظم محمودی^۱، دکتر اصغر شریفی^۲

تاریخ دریافت ۸۶/۱۲/۵، تاریخ پذیرش ۸۷/۵/۵

چکیده

پیش زمینه و هدف: بیماری دیابت به واسطه طبیعت مزمن و عوارض طولی‌مدت خود که سبب کاهش قدرت سازگاری فرد می‌گردد، دارای عوارض خلقی است. تحقیقات نشان می‌دهد که مشکلات روانی اجتماعی و ناتوان کننده‌هایی نظیر احساس خستگی، کاهش تحریک‌پذیری، عصبانیت، افسردگی و اضطراب در مبتلایان به دیابت بیش از افراد دیگر جامعه است و شیوع افسردگی در بیماران دیابتی نوع دو، سه برابر نوع یک است. هدف از این مطالعه بررسی فاکتورهای مرتبط با افسردگی در بیماران نوع دو دیابت می‌باشد و این که آیا عوامل مربوط به افسردگی در بیماران دیابتی از افراد غیر دیابتی متفاوت است یا خیر؟

مواد و روش کار: در این پژوهش تعداد ۲۲۷ بیمار دیابتی و ۱۵۱ غیر دیابتی به روش تصادفی مورد مطالعه قرار گرفتند. مقیاس مورد استفاده در بررسی افسردگی آزمون بک و به صورت خود گزارشی بوده است. نمونه‌های دیابتی پژوهش باید دیابت شناخته شده داشته باشند، درمان آن‌ها حداقل از ۶ ماه قبل آغاز و افسردگی شناخته شده نداشته باشند. اطلاعات دموگرافیکی و عوامل مؤثر بر بروز افسردگی (سن، جنس، طول مدت دیابت و تعداد خانوار) با استفاده از یک پرسشنامه جمع‌آوری گردید. نمونه‌ها پس از اولین ملاقات پرسشنامه‌ها را در مرکز دیابت تکمیل نمودند. گروه غیر دیابتی نیز به صورت تصادفی از بین مراجعین مرکز بهداشت انتخاب شده و پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. تجزیه و تحلیل اطلاعات در چند مرحله انجام شد. با استفاده از آمار توصیفی اطلاعاتی در مورد متغیرها به دست آمد و ارتباط بین متغیرها با استفاده از آزمون‌های آماری فیشر، مجذور کای و من-ویتنی بررسی شد. کلیه تجزیه و تحلیل‌ها با $P < 0/05$ انجام شد.

یافته‌ها: افسردگی در دیابتی‌ها شایع‌تر از غیر دیابتی‌ها بود (۷۷٪ در مقابل ۳۷٪). آزمون فیشر تفاوت معنی‌داری بین دو گروه نشان داد. افسردگی شدید در بیماران دیابتی شایع‌تر بود. زنان و افراد کمتر از ۴۰ سال در هر دو گروه افسردگی بیشتری داشتند لیکن بین وضعیت تاهل، تعداد خانوار، وضعیت مسکن، سن شروع بیماری، درآمد و منبع حمایتی هیچ رابطه معنی‌داری با افسردگی دیده نشد.

بحث و نتیجه‌گیری: افسردگی در بیماران دیابتی نوع دو، دو برابر غیر دیابتی‌ها می‌باشد اما عوامل مرتبط با افسردگی در هر دو گروه یکسان است. از بین عوامل، فاکتور سن و جنس نقش بیشتری در بروز افسردگی دارد.

واژه‌های کلیدی: دیابت، افسردگی

فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره ششم، شماره دوم، ص ۹۳-۸۷، تابستان ۱۳۸۷

آدرس مکاتبه: اصفهان، دهاقان، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد پرستاری

Email: Mahmoodi53@yahoo.com

مقدمه

افراد غیر دیابتی بوده است (۱). افسردگی کیفیت زندگی

بیماران دیابتی را کاهش داده و با میزان بالای ناتوانی، مرگ و

میر و هزینه‌های بهداشتی همراه است (۷).

افسردگی مشکل شایع در میان بیماران دیابتی است. در

بررسی‌های اخیر شیوع افسردگی در بین بیماران دیابتی دو برابر

^۱ عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهاقان^۲ متخصص مغز و اعصاب دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

برساند و افسردگی نیز ممکن است خطر دیابت نوع دو را افزایش دهد. در واقع این دو یک چرخه معکوس را طی می‌کنند. پیشرفت عوارض باعث ایجاد افسردگی می‌شود و افسردگی انگیزه قبلی جهت درمان را از بیمار گرفته و باعث پیشرفت عوارض می‌شود (۲).

طبق ارزیابی‌های انجام شده در ۲۰ مطالعه طی ۱۰ سال گذشته شیوع افسردگی شدید همراه با دیابت ۴-۳ برابر نسبت به جمعیت عادی بیشتر است. انجمن دیابت آمریکا می‌گوید: درحالی‌که افسردگی ممکن است ۴-۳ درصد افراد را در هر زمان مبتلا کند این میزان در بیماران دیابتی ۲۰-۱۵ درصد است و زنان به ویژه در معرض خطر بیشتری هستند (۱۱). پاتریک لاستمن^۱ می‌گوید: هنگامی که دیابت و افسردگی با هم جمع می‌شوند یک به علاوه یک بیشتر از دو می‌شود. به علت واکنش‌های رفتاری و فیزیولوژیکی بین دیابت افسردگی کنترل بیماری مشکل‌تر شده و خطر بیماری‌های قلبی عروقی، رتینوپاتی دیابتی و کوری، نوروپاتی و سایر عوارض دیابت افزایش می‌یابد (۱۰).

این مطالعه به منظور دو هدف عمده انجام می‌شود:

- ۱- بررسی فراوانی علائم افسردگی در بیماران دیابتی و تعیین خصوصیات دموگرافیکی مرتبط با علائم افسردگی.
- ۲- مقایسه فراوانی افسردگی در افراد دیابتی و غیر دیابتی.

مواد و روش کار

این پژوهش یک مطالعه توصیفی (مورد - شاهدی) می‌باشد که در آن میزان فراوانی افسردگی در بیماران دیابتی و افراد غیردیابتی مورد مقایسه قرار گرفته است. نمونه‌های این پژوهش از میان بیماران دیابتی مراجعه کننده به مرکز دیابت شهرستان دهقان به روش تصادفی انتخاب شدند. نمونه‌های پژوهش باید بیمارانی

ارتباط بین افسردگی و میزان گلوکز خون به خوبی شناخته نشده است، لیکن این ارتباط بین آن‌ها وجود دارد. بیماران دیابتی که افسرده هستند سطح هموگلوبین A1c بالاتری داشته، عوارض دیابت بیشتر در آن‌ها وجود دارد و هزینه‌های بهداشتی بالاتری نسبت به سایر بیماران دیابتی پرداخت می‌کنند (۳). درمان افسردگی در بیماران دیابتی منجر به بهبود کنترل قند خون می‌شود (۱۰) اما این ارتباط در بیماران دیابتی که سطح هموگلوبین پایین‌تری دارند مشاهده نشده است (۱۹).

در سال‌های اخیر مطالعات زیادی پیرامون اختلالات روانی در بیماران دیابتی انجام شده است و برخی مطالعات شیوع بیشتر افسردگی و اضطراب را در بیماران دیابتی در مقایسه با افراد غیر دیابتی نشان داده اند. ارزیابی این مطالعات نتایج متفاوتی را نشان می‌دهد به طوری که شیوع افسردگی در بیماران دیابتی را از ۳/۸ تا ۴۹/۵ درصد گزارش کرده اند (۹).

در زمینه ارتباط بین دیابت و افسردگی سه فرضیه مطرح شده است: ۱- افسردگی پاسخی به استرس‌های روانی ایجاد شده توسط دیابت می‌باشد. ۲- افسردگی نتیجه تغییرات بیوشیمیایی مربوط به بیماران و درمان دیابت می‌باشد. ۳- به علت شیوع بالای هر دو اختلال دیابت و افسردگی، این دو بیماری به‌صورت اتفاقی با هم به‌وجود می‌آید.

نقش عوامل روانی اجتماعی در ایجاد افسردگی در بیماران دیابتی به طور گسترده‌ای مورد مطالعه قرار گرفته است. برخی از این عوامل شامل جنس، سن کمتر، عدم تأهل، وضعیت اقتصادی پایین، ضعف قوای جسمانی، فقدان منابع حمایتی، طول مدت دیابت، داشتن عوارض بیشتر، کنترل ضعیف قند خون، سیگار کشیدن و نوع درمان دیابت می‌باشد (۳).

افسردگی و دیابت گاهی اوقات دست به دست هم داده و شرایط بدتری برای بیمار فراهم می‌آورد. اول اینکه دیابت ممکن است خطر افسردگی را افزایش دهد و حتی ممکن است به دو برابر

¹ Lustman

باشند که ۱- دیابت شناخته شده دارند و دارای پرونده فعال باشند.
 ۲- روش درمان دیابت حداقل از ۶ ماه پیش شروع شده باشد.
 ۳- بیمار دیابتی، افسردگی شناخته شده نداشته باشد (هدف، بررسی مواردی از افسردگی می باشد که در اثر دیابت ایجاد شده باشد).
 حجم نمونه با توجه به مطالعات انجام شده و شیوع افسردگی در بیماران دیابتی و افراد غیر دیابتی با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه ۲۲۷ نفر برای گروه دیابتی و ۱۵۱ نفر برای گروه غیر دیابتی در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

پرسشنامه انجام شد. بیماران دیابتی با توجه به دارا بودن شرایط شرکت در پژوهش به مرکز دیابت دعوت شده و پرسشنامه‌ها را خود و یا افراد نزدیک آن‌ها تکمیل می‌نمود. در گروه افراد غیر دیابتی نیز نمونه‌ها به صورت کاملاً تصادفی از بین افراد مراجعه کننده به مراکز بهداشت انتخاب شده و پرسشنامه را تکمیل می‌نمودند. پس از اتمام کار با استفاده از آزمون‌های آماری فیشر، مجذور کای و من - ویتنی داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

در این پژوهش ابزار گردآوری اطلاعات شامل: ۱- پرسشنامه اطلاعات دموگرافیکی و عوامل مؤثر بر بروز و یا شدت افسردگی (شامل سن، جنس، وضعیت اقتصادی و شغلی، مسکن، تعداد افراد خانواده، طول مدت دیابت، سن شروع دیابت، وجود منبع حمایتی)
 ۲- پرسشنامه آزمون افسردگی بک شامل ۲۱ پرسش می‌باشد که حداکثر ۶۳ امتیاز و حداقل صفر امتیاز دارد. (بیمارانی که امتیاز ۹-۰ را کسب می‌کنند افسرده نیستند و امتیازات بالاتر از آن شامل افسردگی خفیف ۲۰-۱۰، افسردگی متوسط ۳۰-۲۱، افسردگی شدید ۶۳-۳۱). به منظور تعیین اعتبار علمی ابزار از روش اعتبار صوری استفاده شد. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیکی با مطالعه منابع معتبر و با توجه به عوامل مؤثر بر افسردگی در بیماران دیابتی تهیه گردید و مورد تأیید افراد متخصص در این زمینه قرار گرفت. پرسشنامه افسردگی بک، یک آزمون استاندارد جهانی است که مورد استفاده قرار می‌گیرد. اعتماد علمی این پرسشنامه نیز از طریق آزمون مجدد سنجیده شد. بدین منظور برای ۳۰ نفر از نمونه‌ها پرسشنامه تکمیل شد و دو هفته بعد، تکمیل پرسشنامه‌ها مجدداً تکرار شد و پس از جمع آوری داده‌ها و تعیین ضریب همبستگی آلفای کرونباخ ۰/۸۸ پرسشنامه نهایی تنظیم شد. در هر دو گروه پس از معرفی و تشریح روند کار و جلب همکاری بیماران جمع آوری اطلاعات دموگرافیک و تکمیل

در این پژوهش دو گروه دیابتی و غیر دیابتی از نظر ویژگی‌های فردی و متغیرهای مؤثر بر بروز افسردگی شامل سن، جنس، تحصیلات، مسکن، وضعیت اقتصادی و منبع حمایتی همگون بوده و آزمون آماری مجذور کای و فیشر تفاوت معنی‌داری بین دو گروه نشان نداد.

بر اساس تجزیه و تحلیل داده‌ها و در راستای اهداف پژوهش میزان افسردگی در گروه دیابتی ۷۷٪ و در افراد سالم ۳۷٪ به دست آمد. آزمون فیشر ($p=0.00$) رابطه معنی‌داری بین آن‌ها نشان داد، هم چنین افسردگی شدید در گروه دیابتی ۳۳٪ بیشتر از گروه سالم ۹٪ می‌باشد (جدول شماره ۱).

جدول شماره (۱): میزان فراوانی افسردگی در بیماران دیابتی و

افراد غیر دیابتی

نمونه افسردگی	دیابتی		سالم		جمع (درصد)
	نسبی	درصد	نسبی	درصد	
دارد	۱۷۵	۷۷	۵۷	۳۷	۶۱
ندارد	۵۲	۲۳	۹۴	۶۳	۳۹
جمع	۲۲۷	۱۰۰	۱۵۱	۱۰۰	۱۰۰

افسردگی در بیماران دیابتی نوع دو در مقایسه با گروه کنترل به طرز قابل توجهی بالاتر بوده است و به طور کلی ۱/۵ برابر در گروه دیابتی بیشتر از غیر دیابتی بوده است (۱۷/۶٪ در مقابل ۱۱/۹٪ با $p < 0.001$). هم چنین نتایجی مشابه این نتایج توسط آندرسون و همکارانش^۳ به دست آمد. در این مطالعه شیوع افسردگی در بیماران دیابتی ۲۶/۱-۹ درصد و در غیر دیابتیها ۱۴/۴-۵ درصد به دست آمد (۱۳).

دیابت خطر بروز افسردگی را دو برابر می کند (۱۵). بنابراین چنین تصور می شود که علایم افسردگی، اگر در اثر وجود یک بیماری طبی به وجود آمده باشد، باید بیماران طبی را با جدیت بیشتری درمان کرد. حداقل در نیمی از بیماران علائم افسردگی با درمان مؤثر بیماری طبی زمینه ای بهبود می یابد. هر چند شروع درمان افسردگی هم حتماً لازم است (۱۲).

در این پژوهش عوامل مرتبط با افسردگی در بیماران دیابتی مورد بررسی قرار گرفت و با بررسی مواردی مثل عوامل فردی (سن، جنس، وضعیت تاهل) و بررسی برخی عوامل اجتماعی، اقتصادی (مسکن، محل سکونت، وضعیت تحصیلی، شغل، رضایت از درآمد ماهیانه، سن ابتلا به دیابت و وجود منبع حمایتی) و برخی عوامل خانوادگی مثل تعداد افراد خانوار مشخص شد که در برخی موارد مثل سن و جنس رابطه معنی داری مشاهده می شود.

در این پژوهش بروز افسردگی در مردان دیابتی ۷۶/۱٪ و در مردان سالم ۲۹/۲٪ می باشد. این رقم در بین زنان گروه دیابتی ۷۷/۶٪ و زنان گروه سالم ۴۱/۷٪ می باشد ($p = 0.000$). بنابراین مردان و زنان دیابتی در معرض خطر بیشتری برای بروز افسردگی می باشند و با توجه به احتمال بیشتر افسردگی در جنس مؤنث نسبت به جنس مذکر این خطر برای زنان دیابتی به مراتب بیشتر است. یک مطالعه در بین مردان و زنان ۷۴-۴۵ ساله نشان داد میزان افسردگی در مردان ۱۷/۲٪ و

نتایج پژوهش نشان می دهد که افسردگی در گروه سنی بالای ۴۰ سال هم در گروه دیابتی و هم در گروه سالم بیشتر از گروه سنی پایین تر از ۴۰ سال دیده می شود و تفاوت بین آنها معنی دار است. این رابطه در مورد جنس نیز دیده می شود به طوری که افسردگی در زنان دیابتی و سالم بیش از مردان دیابتی و سالم دیده می شود. لیکن در ارتباط با محل سکونت، وضعیت تاهل، تعداد خانوار، وضعیت سواد، وضعیت مسکن، وضعیت درآمد و وجود منبع حمایتی در این پژوهش رابطه معنی داری بین گروه دیابتی و سالم به دست نیامد. نتایج پژوهش نشان می دهد کنترل ضعیف تر قند خون نیز با میزان هموگلوبین A1c بالاتر منجر به افسردگی بیشتری ۸۲/۲٪ نسبت به کنترل بهتر قند خون ۷۰/۴٪ می گردد (جدول شماره ۲).

جدول شماره (۲): میزان فراوانی افسردگی در بیماران دیابتی بر

حسب میزان هموگلوبین ای وان سی

جمع	>7		<7		HbA1c افسردگی
	درصد	نسبی	درصد	نسبی	
۱۷۵	۸۲/۲	۱۰۶	۷۰/۴	۶۹	دارد
۵۲	۱۷/۸	۲۳	۲۹/۶	۲۹	ندارد
۲۲۷	۱۰۰	۱۲۹	۱۰۰	۹۸	جمع

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش نشان داد ۶۱٪ کل نمونه های پژوهش افسرده می باشند و تنها در ۳۹٪ واحدهای پژوهش افسردگی دیده نشد. بیماران دیابتی ۷۷٪ افسردگی داشتند. گیلدن و همکارانش^۱ نیز طی تحقیقی بر روی بیماران دیابتی نوع دوم پی بردند که ۷۵٪ آنها به افسردگی مبتلا می باشند (۶). گریگوری نیکولس^۲ نیز در تحقیق خود نشان داد با کنترل متغیرهای سن و جنس شیوع

¹ Gilden & etal

² Nichols GA

³ Anderson & etal

در زنان ۲۰/۲٪ می‌باشد (۱۶). پالینکاس و همکارانش^۱ (۱۹۹۱) شیوع افسردگی در زنان را ۱۳/۶٪ و در مردان ۸/۸٪ نشان دادند (۱۴).

ارتباط بین سن و بروز علائم افسردگی به خوبی شناخته نشده است. میزان بیشتر افسردگی در افراد سالخورده ممکن است مربوط به عوامل دیگری از قبیل ایزوله اجتماعی، محدودیت منابع و امکانات و ضعف جسمانی باشد (۱۷). همه مطالعات انجام شده میزان بالای افسردگی در بین بالغین را نشان نداده اند. همان طور که اگید و زینگ^۲ نشان داده اند افسردگی در بین افراد بالای ۶۵ سال دیابتی ۴/۵٪ می‌باشد که این رقم در مقایسه با گروه‌های سنی دیگر رقم پایین تری بوده است. البته ابزار مورد استفاده در تحقیق وی بیشتر در مورد اختلالات افسردگی شدید بوده است (۳). در پژوهش حاضر نیز شیوع افسردگی در گروه سنی بالای ۴۰ سال هم در گروه دیابتی و هم در گروه سالم بیشتر از گروه سنی پایین‌تر از ۴۰ سال بوده است. با بالا رفتن سن احتمال بروز افسردگی بیشتر می‌شود و این احتمال در صورت داشتن دیابت باز هم افزایش می‌یابد (۷۸/۹٪ در گروه دیابتی در مقابل ۴۲/۹٪ در گروه سالم).

مطالعه کورس و شی میتز^۳ نشان داد ویژگی‌های شخصیتی در دستیابی به کنترل قند خون اهمیت دارد. ویژگی‌های شخصیتی مضطرب، خشن، افسرده و خودآگاه کنترل قند خون ضعیف تری دارند. این افراد انگیزه پایین تری برای نگهداری رژیم خود مراقبتی دارند و منجر به کاهش کنترل متابولیک قند خون می‌گردد. نتایج چندین مطالعه ارتباط بین سطح هموگلوبین A1c و افسردگی را نشان می‌دهد لیکن این ارتباط در بیماران با افسردگی شدید نسبت به بیماران با افسردگی خفیف بیشتر دیده می‌شود (۹).

انگیوم و همکاران^۴ در تحقیق خود ارتباط متقابلی بین میزان هموگلوبین A1c و افسردگی در هر دو نوع دیابت نوع ۱ و ۲ نشان داد در حالی که در مطالعه کراس رابطه مثبتی بین میزان هموگلوبین A1c و افسردگی پیدا نشد (۴،۹).

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بین هموگلوبین A1c و افسردگی رابطه معنی‌داری وجود دارد و میزان هموگلوبین A1c بالاتر منجر به افسردگی بیشتری نسبت به هموگلوبین A1c پایین‌تر می‌شود. هم چنین افسردگی شدید در گروهی که کنترل قند خون ضعیف تری داشته اند ۲۲/۶٪ بیشتر از گروهی است که کنترل قند خون بهتری، ۱۳٪ داشتند.

در مطالعه‌ای که توسط توماس و جونز^۵ روی بیماران دیابتی و غیر دیابتی انجام یافته، مشخص شد که سطح تحصیلات، فاکتور مهمی در بروز افسردگی است به طوری که سطح تحصیلات بالاتر با میزان کمتری افسردگی همراه است (۱۸). در مطالعه حاضر میزان افسردگی در گروه دیابتی و سالم در افراد بی سواد درصد بالایی داشته است (۸۳/۳٪ در گروه دیابتی و ۴۴/۶٪ در گروه سالم) لیکن آزمون فیشر (p=۱) رابطه معنی‌داری بین دو گروه نشان نداد.

در بخشی دیگر از یافته‌های این پژوهش مشخص می‌شود که در گروه دیابتی بیمارانی که بیش از ۱۰ سال از مدت ابتلا آن‌ها به دیابت می‌گذرد ۹۰/۷٪ افسردگی دارند که این رقم در بیمارانی که کم‌تر از ۱۰ سال از سابقه ابتلا آن‌ها به دیابت می‌گذرد ۷۳/۹٪ می‌باشد. هم چنین افسردگی شدید در بیماران دیابتی که بیش از ۱۰ سال از سابقه ابتلا آن‌ها به دیابت می‌گذرد ۲۸/۲٪ بیش از بیمارانی است که سابقه ابتلا آن‌ها کم‌تر از ۱۰ سال ۱۶/۲٪ است. البته آزمون فیشر (p=۰/۱۵) رابطه معنی‌دار بین آن‌ها نشان نداد.

^۴ Engom & etal

^۵ Thomas & Jones

^۱ Palinkas & etal

^۲ Egede & Zheng

^۳ Kruse & Schmitz

مدت ابتلا به دیابت بیشتر می‌شود. بیمارانی که دیابت آن‌ها سال‌های قبل تشخیص داده شده است نسبت به بیمارانی که اخیراً دیابت آن‌ها مشخص شده است به میزان بیشتری دارای علائم افسردگی هستند (۸).

لذا در بیماران دیابتی علاوه بر کنترل وضعیت قند خون باید به وضعیت روحی - روانی و عاطفی بیمار هم توجه نمود. همان طور که بیمار از نظر وجود یا عدم وجود عوارض کوتاه مدت یا طولانی مدت دیابت بررسی و پیگیری می‌شود باید به بررسی وجود یا عدم وجود علائم افسردگی در این بیماران پرداخت تا از عوارض آن پیشگیری کرد.

تشکر و قدردانی

این طرح از محل بودجه پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهقان تأمین اعتبار شده است، از کلیه مسئولین محترم در حوزه پژوهشی دانشگاه کمال تشکر و قدردانی را دارم.

References:

1. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE and Lustman PJ: prevalence of co morbid depression in adults with diabetes: a Meta analysis. *Diabetes care*, 2001; 24, pp: 1069-1078.
2. Epidemiology of Diabets. [Serial on line] 2001. 2w 1. Jun; 21(9) Available from, [http://Diabetes, about. Com](http://Diabetes.about.Com), Diabetes and depression – Atrocious cycle.
3. Egede LE, Zheng D, Simpson K. Co morbid depression is associated with increased health care use and expenditures in individuals with diabetes. *Diabetes care*, 2002; 25, pp: 464-470.
4. Engum A, Mykletun A, Midthjell K, Holen A

در یک بررسی که توسط فریز^۱ انجام شد ارتباط بین دیابت، افسردگی و وضعیت شغلی مورد بررسی قرار گرفت. فرض بر این بود که بیکاری با دیابت مرتبط خواهد بود و مشکلات کاری با افسردگی بیشتری در بین بیماران دیابتی نسبت به اشخاص غیر دیابتی همراه است. در این بررسی نیز که شامل ۵۶ بیمار دیابتی و ۵۶ بیمار غیر دیابتی بود، میزان افسردگی با استفاده از مقیاس CES-D، اندازه گیری شد و نتایج نشان داد دیابت، افسردگی و بیکاری با هم مرتبط بوده و وضعیت شغلی نسبت به داشتن دیابت، تحصیلات، نوع دیابت، سطح قند خون و نوع درمان عامل مؤثرتری در بروز افسردگی می‌باشد (۵).

همان طور که یافته‌های این پژوهش نشان داد عوامل مرتبط با افسردگی در دیابتی‌ها متفاوت از غیر دیابتی‌ها نمی‌باشد، تاکنون هیچ دلیل واضحی وجود ندارد که نشان دهد چرا این عوامل در بیماران دیابتی اثرات ویژه ای دارد؟ آنچه مسلم است این است که بیماران دیابتی با تشخیص دیابت به تدریج مبتلا به عوارض جسمی و روحی می‌شوند. احتمال ابتلا به عوارض با افزایش طول

and Dahl A. Depression and diabetes, *Diabetes care*, 2005; 28(8), pp: 1904-9.

5. Fris R. Diabetes, depression and employment status's. *Sci- MED*, 1986; 23(5), pp: 471-475.
6. Gilden Ganice. Diabetes support groups improve health care of diabetic patients. *JAGS*, 2003; 40(20), pp: 145-50.
7. Goldeney RD, Phillips P J, Fisher LJ. Diabetes depression and quality of life. *Diabetes care*, 2004; 27, pp: 1066-1070.
8. Grauw WJ. The impact of type 2 diabetes mellitus on daily functioning. *Fam pract*, 1999; 16, pp: 133-139.
9. Kruse J, Schmitz N, There'd W. German national health interview and examination survey on

¹ Fris

- association between diabetes and mental disorders in a community sample: results from the German national health interview and examination survey. *Diabetes care*, 2003; 26, pp: 1841-1846.
10. Lustman PJ, Anderson RJ, Freedland KE, Groot M, Carney RM and Clouse RE. Depression and poor glysemic control: a meta- analytic review of the literature. *Diabetes care*, 2000; 23, pp: 934-942.
11. Manamy JMC. Depression and diabetes. *Diabetes care*, 2006; 7, pp: 1044-1048.
12. Marcus M. Life time prevalence major depression its effect on treatment outcome in obese type II diabetic patients. *Diabetes care*, 2001; 15(2), pp: 253-255.
13. Nichols GA, Brown JB. Unadjusted and adjusted prevalence of diagnosed depression in type 2 diabetes. *Diabetes care*, 2003; 26(3), pp: 744-9.
14. Palinkas LA, Barret CE, Wingard DL. Type 2 diabetes and depressive symptoms in older adults: a population based study. *Diabete-Med*, 1991; 8(6), pp: 532-9.
15. Ronny A, Bell Smith SL, Arcury T, Snively B, Stafford JM and Quandt S: Prevalence and correlates of depressive symptoms among rural older African Americans native Americans, and whites with diabetes. *diabetes care*, 2005; 28, pp: 823-829.
16. Sing PK, Looker HC, Honson RL. Depression diabetes and glycemic control in Pima India. *Diabetes care*, 2004; 27, pp: 618-619.
17. Swenson CJ. Depressive symptom in Hispanic and non- Hispanic white rural elderly. *Am j Epidemiol*, 2000; 152, pp: 1084-1055.
18. Thomas J, Jones G, Scarinci I. A descriptive and comparative study of the prevalence of depressive and anxiety disorders in low income adults with diabetes and other chronic illness. *Diabetes care*, 2003; 26, pp: 2311-2317.
19. Williams JW, Katon WJ, Lin EHB. The effectiveness of depression care management on diabetes- related outcomes in older patients. *Ann Intern med*, 2004; 140, pp: 1015-1024.