

منابع

- احمدی، فضل‌اله. (۱۳۸۰). *طراحی و ارزشیابی مراقبت پی‌گیر برای کنترل اختلال عروق کرونر*. رساله‌ی دکتری، دانشگاه تربیت مدرس، تهران.
- Altman, D. G. (1990). *practical statistics for medical research*. Chapman & Hall/CRC.
- Braunwald, E. (2001). *Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine*. (pp.210-14). W. Saunders Company.
- Brunner, S., L., & Suddarth, S. (2000). *Text book of medical- surgical Nursing*. London: J. P. Lippincott, Epidemiologic Reviews., 1999, 14:154-176.
- Burke, L. E., & Scalgi, C. C. (1989). *Behavioral responses of the patient and family*. London: J. P. Lippincott, Statistics in Medicine., 1995, 14: 2685-2699
- Collen, K. (1995). Risk factor for coronary heart disease. *Cardio vascular nursing J*, National Academy Press., Washigton, 1998.
- Cynthial, R., & Pamela, S. (1998). *Quality of life from nursing and patient perspectives*. Canada: Jones and Bartlett., Meta-analysis in clinical trials., Controlled Clinical Trials., 1986, 7:177-188
- Nate, L., & Tanner, M. (2001). Coonary artery disease: Epidemiology and diagnosis. *West J of Medical.*, Br J Clin Pract Suppl., 1990, 69:7-11
- Pocock, S. J. (1994). *Clinical trials: A practiced approach*. New York: John Wiley & sons., 1999, 18:2620-2632

مقایسه‌ی افسردگی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی و افراد غیردیابتی

جعفر بهادری خسروشاهی^۱ / دکتر زینب خانجانی^۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۹/۰۴/۰۴ / تاریخ بررسی مقاله: ۱۳۸۹/۰۵/۲۲ / تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۰۶/۲۹

چکیده

هدف از این مطالعه مقایسه‌ی میزان افسردگی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی و افراد غیر دیابتی است. در این پژوهش مقطعی ۱۰۰ بیمار مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت شهر تبریز و ۱۰۰ نفر افراد غیر دیابتی و سالم به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و با استفاده از آزمون افسردگی بک و پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی بررسی شدند. داده‌ها توسط نرم افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ و با استفاده از آزمون تی مستقل تحلیل گردیدند. نتایج پژوهش نشان داد که بین زنان و مردان دیابتی در متغیر افسردگی و کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بین بیماران دیابتی و افراد غیردیابتی نیز این تفاوت مشاهده شد. در نهایت، بیماران دیابتی افسردگی و کیفیت زندگی نامطلوبی داشتند، بنابراین پیشگیری در جهت کاهش این عوامل می‌تواند برای این بیماران مفید باشد.

کلید واژه‌ها: افسردگی، دیابت، کیفیت زندگی

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه تبریز

ایمیل: Jafar.b2010@yahoo.com

^۲ دانشیار و عضو هیئت علمی گروه روانشناسی دانشگاه تبریز

مقدمه

دیابت یکی از بیماری‌های شایع مزمن، پیشرونده و پر هزینه در ایران و جهان است و عوارض متعددی ایجاد می‌کند. برای فرد مبتلا به دیابت پذیرش تغییر در روش زندگی ابر اساس بیماری، همیشه مشکل است (روزنتال^۱، ۲۰۰۳). دیابت شایع‌ترین بیماری غدد درون ریز است که شیوع آن در ایران بین ۴/۲ تا ۱۵/۹ گزارش شده است (درویش پور کاخکی، عابد سعیدی، یغمایی و همکاران، ۱۳۸۵). این بیماری مزمن است و عوارض کشنده‌ای دارد و علت اصلی قطع اندام، نابینایی، نارسایی مزمن کلیه و بیماری‌های قلبی شناخته می‌شود (مک دونالد^۲، ۱۹۹۹). دیابت عوارض متعدد کوتاه مدت و بلند مدتی به همراه دارد که در بسیاری از موارد برگشت ناپذیر است. بیماری زایی و مرگ و میر ناشی از این عوارض از عمده‌ترین مسائل بهداشتی - درمانی در دنیا محسوب می‌شود (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۴) و به همین دلیل امروزه توجهات ویژه‌ای به سرمایه گذاری برای کنترل دیابت معطوف شده است (فونل، براون، چیلدز^۳ و همکاران، ۲۰۰۸).

دیابت یک اختلال متابولیک است که با عدم ترشح یا ترشح ناکافی انسولین مشخص می‌شود. این بیماری شایع و از بزرگ‌ترین مشکلات بهداشتی کشورها ست، به طوری که سازمان جهانی بهداشت از آن به عنوان یک اپیدمی خاموش یاد می‌کند (میسرا و لاگر^۴، ۲۰۰۸). بیماری‌های صعب‌العلاج چون دیابت سالانه باعث مرگ ده‌ها میلیون نفر به ویژه در کشورهای جهان سوم می‌شوند. دیابت یا بیماری قند، سالیان درازی است در سراسر دنیا پراکنده و گریبان گیر بشر است و در تمام سنین دیده می‌شود. این بیماری انواع گوناگونی دارد که در صورت شناخت، کنترل پذیر و درمان پذیر است و در افراد شناخته شده مشکلات عمده‌ای ایجاد نمی‌کند. بیماری دیابت بر جسم، روان و عملکرد فردی و

¹ Rosenthal, M.H.

² McDonald, P.E.

³ Funnell, M.M., Brown, T.L., & Childs, B.P.

⁴ Misra, R., & Lager, J.

اجتماعی اثرات گسترده‌ای می‌گذارد و درمان‌های پزشکی هر چند علائم را کاهش می‌دهند، ولی خود باعث اختلال در الگوی زندگی می‌شوند (فیتزگرالد^۱، ۲۰۰۰).

افسردگی از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی در بیماران دیابتی است. افسردگی بیماری پر عارضه و ناتوان کننده‌ای است که شیوع آن در بیماران دیابتی بیشتر از جمعیت عمومی است (ظهیرالدین و صدیقی، ۱۳۸۲). افسردگی از جمله بیماری‌های خلقی است که با نشانه‌های خلق پایین، کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی‌اشتهایی، افکار مرگ و خودکشی، بی‌خوابی یا پر خوابی، کاهش قابل توجه وزن و اختلال عملکرد مشخص می‌شود (سادوک و کاپلان^۲، ۲۰۰۲).

افسردگی در برخی بیماران می‌تواند واکنش روانی نسبت به دردهای شدید ناشی از نوروپاتی باشد (کوراکس، موکرچی، اینگار^۳ و همکاران، ۱۹۹۶). میزان افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت بیشتر از سایر بیماری‌های طبی مزمن است. علت بروز افسردگی در بیماران دیابتی واضح نیست، اما عواملی چون دردهای ناشی از نوروپاتی، مکانیسم‌های نورواندوکراین و اختلالات محور هیپوفیز-هیپوتالاموس و ایسکمی مغزی ناشی از اختلالات عروقی را در ایجاد آن مؤثر می‌دانند (سادوک و همکاران، ۲۰۰۰).

مطالعات نشان داده‌اند که بین دیابت و عوارض آن با شیوع و شدت افسردگی ارتباط معناداری وجود دارد که این ارتباط با عوارض عروقی و اختلالات جنسی واضح‌تر می‌شود (دی گروت، اندرسون، فریدلند^۴ و همکاران، ۲۰۰۱). در مطالعه‌ی نشان داده شد که شیوع افسردگی در بیماران دیابتی ۶۱/۳ درصد است که ۴۰/۶ درصد افراد از افسردگی متوسط تا شدید رنج می‌برند (گردینتی، کهولکولا، کرابک^۵ و همکاران، ۲۰۰۰). نتایج تحقیق محققان

¹ Fitzgerald, M.Y.

² Sadock, B.J., & Kaplan, H.I.

³ Koracs, M., Mukerji, P., & Iyengar, S.

⁴ De Groot, M., Anderson, R., & Freedland, K.E.

⁵ Grandinetti, A., Kaholokula, J.K., & Crabbek, M.

نشان داد که افسردگی ارتباطی با رفتن قند خون ندارد، ولی در بستر بودن و عوارض روانی - اجتماعی بیماری در افسردگی مبتلایان به دیابت نقش داشته است (رجالا، کینن - کیوکانامی و کیولا^۱، ۱۹۹۷). همچنین مطالعات دیگری نشان داده است که افسردگی با افزایش خطر عوارض و مرگ و میر در بیماران دیابتی همراه است (زهانگ، نومیس، گریگ^۲ و همکاران، ۲۰۰۵). در پژوهشی که روی بیماران مراجعه کننده به درمانگاه دیابت بیمارستان گلستان اهواز انجام شد، شیوع افسردگی در بین این بیماران ۷۲/۲ درصد گزارش شد و شیوع افسردگی در زنان دیابتی بیشتر از مردان دیابتی بود (بهروزیان، ۱۳۸۱). در پژوهش دیگری که در مکزیک روی ۴۵۰ بیمار دیابتی انجام شد، ۶۳ درصد از بیماران دیابتی دچار افسردگی بودند و میزان شیوع افسردگی نیز در زنان دیابتی بیشتر از مردان بود (کولینا - رودیگرز، گریکا، سالازار و همکاران^۳، ۲۰۰۸). در مطالعه‌ی دیگری نیز نشان داده شد که بیماران دیابتی افسرده، کیفیت زندگی پایین تری از دیابتی‌های غیر افسرده دارند (گولدن، فیلیپس، فیشر^۴ و همکاران، ۲۰۰۴).

یکی از مفاهیم بسیار مهم در بیماران دیابتی مزمن کیفیت زندگی است. بیماری دیابت با ایجاد تغییرات دائمی در زندگی هر فرد باعث تأثیر در کیفیت زندگی می‌شود. کیفیت زندگی مربوط به درک ذهنی هر فرد از حس خوب بودن و رضایت از زندگی است (استرافیلد، ریلی و دروتار^۵، ۱۹۹۸). سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را به مفهوم درک برداشت هر فرد از موقعیت خود در زندگی با توجه به شرایط فرهنگی و نظام ارزشی اجتماعی که در آن زندگی می‌کند، می‌داند و این درک در ارتباط با اهداف اصلی، ادراکات و برداشت‌های فرد از حیات، مفهوم می‌یابد (لیننگر^۶، ۱۹۹۴).

¹ Rajala, U., Keinänen- Kiukaanniemi, S., & Kivela, S. L.

² Zhang, X., Norris, S. L., & Gregg, E. W.

³ Colunga-Rodriguez, C., Garcia, J. E., & Salazar- Estrada, J. G.

⁴ Goldney, R. D., Phillips, P. J., & Fisher, L. J.

⁵ Starfield, B., Riley, A., & Drotar, D.

⁶ Leininger, M.

محققانی چون (تستا، سیمینسون و تورنر^۱، ۱۹۹۸) ابعاد متأثر و سازنده‌ی کیفیت زندگی را چنین تعریف می‌کنند: حیطه‌های جسمی، اجتماعی و روانی سلامت که متأثر از تجارب، باورها، انتظارات و ادراکات فرد هستند. با این حال وصف کیفیت زندگی باید از زوایا و ابعاد مختلف جسمی، روانی و اجتماعی سنجیده شود. کیفیت زندگی، تأثیر فرایندهای بیماری و درمان‌ها بر جنبه‌های کلی زندگی شخص را نشان می‌دهد و برای پایش موفقیت درمان از دیدگاه بیمار، درک مشکل و ارائه‌ی خدمات بهداشتی درمانی مؤثر به این افراد و برنامه ریزی برای ارتقای کیفیت زندگی آنان می‌تواند سودمند باشد.

بیماران دیابتی از عوارض ناشی از دیابت رنج می‌برند و این عوارض سبب اختلال در عملکرد فرد، گسیختگی در زندگی فردی و خانوادگی و تأثیر آن بر تمام ابعاد کیفیت زندگی می‌شود. تحقیقات نشان داده است بیماری دیابت اثرات معکوس و معناداری بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران داشته است (کاسس، گمیسانس، لیچ^۲ و همکاران، ۲۰۰۳). در مطالعه‌ی دیگری نشان داده شد که ۶۰ درصد بیماران دیابتی کیفیت زندگی نامطلوب داشتند، در حالی که بیشتر افراد سالم کیفیت زندگی مطلوبی داشتند (قنبری، کاظم نژاد، ۱۳۸۳). در تحقیقی که در شاهرود انجام گرفت، نشان داده شد که وجود عوارض بیماری دیابت نه تنها بر کیفیت زندگی در ابعاد جسمی اثر دارد، بلکه روی ابعاد روانی و اجتماعی و اقتصادی کیفیت زندگی نیز تأثیر می‌گذارد (باقری، ابراهیمی، الاسادات نقوی و همکاران، ۱۳۸۴). در تحقیق دیگری در اردن بیماران دیابتی، کیفیت زندگی خود را نامطلوب ارزیابی کردند (آلاکور، خادر، شاتنوی^۳، ۲۰۰۹). همچنین در امریکا بیماران دیابتی تعداد روزهایی که از نظر جسمی و روانی احساس کسالت می‌کردند، دوبرابر سایر افراد بود (براون، بالوز، گیلز^۴ و همکاران، ۲۰۰۴). در مطالعه‌ی انجام شده دختران نوجوان مبتلا به

¹ Testa, M. A., Simonson, D. C., & Turner, R. R.

² Cases, M. M., Gamisans, R., & Liach, B. X.

³ Al-Akour, N., Khader, Y. S., & Shatnawi, N. J.

⁴ Brown, D. W., Balluz, L. S., & Giles, W. H.

به دیابت دارای مشکلاتی مربوط به آینده، درمان و مراقبت، خانواده، جامعه، امور آموزشی و تغذیه بودند (همتی، مسلکپاک، احمدی و همکاران، ۲۰۰۹). همچنین تحقیقات مختلف نشان می‌دهند نوجوانان دیابتی دارای مشکلات عاطفی، شامل خودکشی، اضطراب پنهان و آشکار، خشونت بودند و در درک از خود، هویت جنسی، تعادل بین استقلال و وابستگی مشکل دارند (سلیوان^۱، ۱۹۷۹).

دیابت به عنوان یک بیماری مزمن، از نظر مدیریت بیماری به عنوان پیچیده‌ترین بیماری شناخته شده است و با علم به اینکه مدیریت دیابت پیچیده است، عواملی می‌توانند در آن نقش داشته باشند. از سویی با توجه به شیوع بالای دیابت در ایران و اثرات و مشکلات روانشناختی به ویژه افسردگی و کیفیت زندگی پایین در این بیماران، به نظر می‌رسد با تشخیص و درمان به موقع افسردگی و بالا بردن کیفیت زندگی این افراد می‌توان به کاهش هزینه‌های اقتصادی این بیماری کمک کرد و مشکلات روانی - اجتماعی آن‌ها را کاهش داد. بنابراین مطالعه‌ی حاضر با هدف مقایسه‌ی افسردگی و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به دیابت با افراد سالم انجام شده است.

روش

مطالعه‌ی حاضر یک مطالعه‌ی توصیفی - تحلیلی (مقطعی) است که روی دو گروه، شامل بیماران دیابتی (۱۰۰ نفر) و افراد غیر دیابتی و سالم (۱۰۰ نفر) انجام شد. نمونه گیری به صورت در دسترس از میان بیماران مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت شهر تبریز در سال ۱۳۹۰ انتخاب گردید. شرایط ورود به مطالعه‌ی افراد دیابتی داشتن سن ۲۰ تا ۶۰ سال، متأهل، مدت زمان ابتلا به دیابت ۱ سال و عدم نارسایی کلیه بودند. شرایط انتخاب گروه غیر دیابتی نیز داشتن مدرک آزمایشگاهی مبنی بر طبیعی بودن قند خون این افراد در نظر

^۱ Sullivan, B.J.

گرفته شد. افراد انتخاب شده بر اساس خصوصیات چون جنسیت، سن، تحصیلات و شغل با نمونه‌ی افراد مبتلا به دیابت همتا شدند. برای جمع آوری داده‌ها از دو پرسش نامه استفاده شد.

پرسش نامه افسردگی بک (Beck): این پرسش نامه که برای سنجش شدت افسردگی تدوین شده است، از ۲۱ ماده تشکیل شده و هر پرسش دارای ۴ جمله است که هر کدام علامتی از افسردگی را از کم (نمره‌ی صفر) تا زیاد (نمره‌ی سه) نشان می‌دهد. برای تحلیل، نمرات با هم جمع می‌شوند، اگر نمره‌ی فرد بین ۰ تا ۹ باشد، بدون افسردگی، نمره‌ی ۱۰ تا ۱۸ افسردگی خفیف، ۱۹ تا ۲۹ افسردگی خفیف و ۳۰ تا ۶۳ افسردگی شدید در نظر گرفته می‌شود. این آزمون پایایی و روایی بالایی برای سنجش افسردگی دارد و سهولت اجرا از مزایای آن است. نمره‌ی کلی هر فرد با جمع نمرات در تمام جنبه‌ها به دست می‌آید. پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تصنیف به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۲ گزارش شده است (بک، استر و اپستین^۱، ۱۹۷۹).

پرسش نامه‌ی سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی (WHOQOL-26): پرسش نامه‌ی کیفیت زندگی شامل ۲۶ سؤال است. گویه‌هایی که مورد سؤال قرار می‌گیرند شامل سلامت جسمی، جنبه‌های روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط فیزیکی است. سؤالات بر اساس لیکرت پنج امتیازی است که در آن عدد یک، نمایانگر امتیاز حداقل و درک منفی و عدد ۵، نشانگر امتیاز حداکثر و درک مثبت است. پس از محاسبه‌ی امتیازات مربوط به کیفیت زندگی و بعدهای مختلف آن کلیه‌ی امتیازات بر اساس میزان ۱۰۰ محاسبه شد. روایی و پایایی ترجمه‌ی فارسی این پرسش نامه را نجات و همکاران در جمعیت عمومی و بیماران مولتیپل اسکلروزیس در ایران ارزیابی کردند و مورد تأیید قرار گرفته است (نجات، منتظری، هالاکوبی نایینی کورش و همکاران، ۱۳۸۵).

^۱ Beck, A.T., Steer, R.A., & Epstein, N.

همچنین بعد از صحبت با بیماران مراجعه کننده به درمانگاه، توضیحات لازم در خصوص پر کردن پرسش نامه‌ها به آن‌ها داده شد و رضایت بیماران نیز کسب شد. بعد از ارائه‌ی راهکارهای لازم، پرسش نامه‌ها در اختیار آن‌ها قرار گرفت تا به سؤالات پاسخ دهند. در ضمن، در صورت نداشتن سواد برخی بیماران، پرسش‌ها توسط پژوهش‌گر خوانده می‌شد و پاسخ‌های بیماران ثبت می‌گردید. داده‌های به دست آمده با استفاده از شاخص‌های مرکزی و آزمون t مستقل در نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

جدول ۱: نتایج آزمون t به منظور بررسی افسردگی و کیفیت زندگی در دو گروه زنان و مردان بیماران دیابتی

متغیرها	گروه	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	T	سطح معناداری
افسردگی	زنان	۴۴	۲۴/۷۰	۱۲/۸۸	۴/۲۶	۰/۰۰۰۱
	مردان	۵۶	۱۴/۴۸	۱۱/۰۸		
کیفیت زندگی	زنان	۴۴	۳۹/۶۳	۹/۶۷	۴/۰۱	
	مردان	۵۶	۵۳/۶۶	۲۱/۵۷		

چنانکه جدول ۱ نشان می‌دهد، بین دو گروه زنان و مردان دیابتی از لحاظ افسردگی تفاوت معنادار وجود دارد. به این معنی که زنان دیابتی در مقایسه با مردان دیابتی افسردگی بیشتری دارند. از آنجا که میانگین زنان ۲۴/۷۰ و میانگین مردان ۱۴/۴۸ است، نشان دهنده‌ی آن است که زنان دیابتی از افسردگی بیشتری رنج می‌برند.

هم چنین، بین زنان و مردان دیابتی از لحاظ متغیر کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد. یعنی میانگین کیفیت زندگی زنان ۳۹/۶۳ و میانگین کیفیت زندگی مردان ۵۳/۶۶ با سطح معناداری ۰/۰۰۰۱ است که نشان می‌دهد زنان دیابتی کیفیت زندگی پایین‌تری دارند.

جدول ۲: نتایج آزمون t به منظور بررسی افسردگی و کیفیت زندگی در دو گروه بیماران دیابتی و افراد سالم

متغیرها	گروه	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	T	سطح معناداری
افسردگی	سالم	۵۰	۱۵/۱۲	۱۲/۵۰	۳/۱۲	۰/۰۰۲
	دیابتی	۵۰	۲۲/۸۴	۱۲/۲۱		
کیفیت زندگی	سالم	۵۰	۵۲/۴۶	۲۱/۹۰	۲/۷۵	
	دیابتی	۵۰	۴۲/۵۲	۱۳/۱۶		

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که بین دو گروه افراد سالم و بیماران دیابتی از لحاظ متغیر افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد. به این معنی که بیماران دیابتی در مقایسه با افراد غیر دیابتی و سالم افسردگی بیشتری دارند. یعنی میانگین متغیر افسردگی در افراد سالم (۱۵/۱۲) و میانگین آن در افراد دیابتی (۲۲/۸۴)، نشان دهنده‌ی آن است میانگین افسردگی در افراد دیابتی بالاتر است و در سطح ۰/۰۰۲ معنادار است. هم چنین مندرجات این جدول نشان می‌دهد که بین دو گروه افراد سالم و دیابتی از لحاظ متغیر کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد. یعنی میانگین متغیر کیفیت زندگی در افراد سالم (۵۲/۴۶) و میانگین متغیر کیفیت زندگی در افراد دیابتی (۴۲/۵۲)، نشان دهنده‌ی آن است که افراد دیابتی در مقایسه با افراد سالم کیفیت زندگی پایین‌تری دارند که در سطح ۰/۰۰۷ معنادار است.

بحث

مطالعه‌ی حاضر نشان می‌دهد که بین زنان و مردان دیابتی از لحاظ متغیر افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد و زنان دیابتی افسردگی بیشتری دارند. این یافته با نتایج پژوهش (پوور و اسنوک^۱، ۲۰۰۱؛ زاووسنیویسکی، چانگ، کرافیک^۲ و همکاران، ۲۰۰۱) همخوانی دارد. در مطالعه‌ی دیگری ماثو و همکاران نشان دادند که افسردگی در بین بیماران مرد دیابتی نسبت به بیماران زن دیابتی شیوع کمتری دارد (انزلین، مچیو، دمیتتر^۳، ۲۰۰۲). بعضی عوامل اجتماعی مانند شغل و پایین بودن سطح تحصیل، بهره‌مندی از نظارت و سرپرستی بیشتر، پرداختن به فعالیت‌های تفریحی کمتر و ابتلا به بیماری دیابت باعث می‌شود که زنان دیابتی بیشتر دچار افسردگی شوند. از سویی امکان دارد افراد نسبت به رفتار افسرده‌ی زنان و مردان واکنش‌های متفاوت نشان دهند. در حالی که مردان دیابتی افسرده تمایل بیشتری به کناره‌گیری و شکایت از ناراحتی‌های بدنی دارند، زنان دیابتی بیشتر از خود انتقاد می‌کنند و احساس بی‌کفایتی می‌کنند (سنز، فلیکیولی، مرثو^۴ و همکاران، ۲۰۰۴). همچنین زنان دیابتی بیشتر از مردان دیابتی از تسهیلات دارویی برای بیماری خود استفاده می‌کنند و بیشتر از مردان برای نشانه‌های مرضی خفیف‌تر به پزشک مراجعه می‌کنند، به همین دلیل که ممکن است تعداد زنان دیابتی که برای معالجه به پزشک مراجعه می‌کنند، بیشتر از مردان دیابتی باشد. در این زنان افسردگی شیوع بیشتری دارد. رویدادهای منفی زندگی می‌تواند نقش بیشتری در مبتلا شدن فرد به افسردگی داشته باشد و از آنجا که زنان به مشکلاتی چون بیماری خود واکنش بیشتری نشان می‌دهند؛ این عامل باعث می‌شود که زنان دیابتی بیشتر به افسردگی مبتلا شوند.

¹ Pouwer, F., & Snoek, F. J.

² Zauszniewski, J. A., Chung, C., & Krafcik, K.

³ Enzlin, P., Mathieu, C., & Demyttenaere, K.

⁴ Senz, B., Felicioli, P., & Moreau, A.

یافته‌ی دیگر این پژوهش نشان داد که بین زنان و مردان در متغیر کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد و زنان دیابتی کیفیت زندگی پایین‌تری دارند. این یافته نیز با نتایج پژوهش (هونگ، پالتا، آلن^۱ و همکاران، ۲۰۰۴ و ربین^۲، ۲۰۰۲) همخوانی دارد. امتیاز کیفیت زندگی در زنان دیابتی پایین‌تر از مردان دیابتی است. زیرا عواقب دیابت مانند هیپوگلیسمی و دپرسیون، ممکن است روی کیفیت زندگی زنان بیشتر از مردان تأثیر بگذارد. علت دیگری که خطر بروز دیابت در زنان بیشتر از مردان است، می‌تواند کم‌تحرکی آنان باشد، زیرا زنان بیشتر وقت خود را در خانه صرف می‌کنند، در حالی که بیشتر مردان به دلیل اشتغال در بیرون از منزل تحرک بیشتری نسبت به زنان دارند. بنابراین زنان به دلیل شرایط ویژه‌ی فیزیولوژیک در دوره‌ی بیماری، به ویژه نیازهای جسمانی آن‌ها و عوارض ناشی از آن، در معرض آسیب بیشتری نسبت به مردان هستند.

یافته‌ی دیگر پژوهش حاضر نشان داد که بین افراد سالم و دیابتی در متغیر افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد. به این معنی که افراد دیابتی میزان افسردگی بیشتری نسبت به افراد سالم دارند. یافته‌ی حاضر با نتایج پژوهشی (راجالا و همکاران، ۱۹۹۷؛ بهروزیان، ۱۳۸۱ و ربین، ۲۰۰۲) همسو است. دیابت یک استرس روانی مزمن محسوب می‌شود و تحقیقات پزشکی نشان می‌دهند که مشکلات روانی-اجتماعی ناتوان‌کننده‌ای چون احساس خستگی، کاهش انرژی، تحریک‌پذیری، عصبانیت که از علائم افسردگی تلقی می‌شوند، در مبتلایان به دیابت بیشتر از سایر افراد جامعه است. همچنین از آنجا که برای شخص دیابتی ممکن است مسائل روانشناختی و اجتماعی به دلیل محدودیت رژیم غذایی و فعالیت و نیاز به مراقبت دقیق از خود و احتمال عوارض جسمی جدی پیش آید و از سویی سطح آگاهی از اصول خود مراقبتی، شاید ترس ایجاد شده به دنبال ناآگاهی از

¹ Huang, G. H., Palta, M., & Allen, C.

² Rbin, R. R.

محدودیت‌ها و نحوه‌ی جلوگیری از عوارض در بالا بردن میزان افسردگی این بیماران نقش داشته باشد (پالینکاس، بارت و وینگارد^۱، ۱۹۹۱). در تبیین این یافته نیز (راجالا و همکاران، ۱۹۹۷) معتقدند که افسردگی ممکن است در پاسخی به استرس‌های روانی-اجتماعی ناشی از بیماری باشد. ضرورت محدودیت در رژیم غذایی و نخوردن بسیاری از غذاها و انجام دادن تمرینات فیزیکی ممکن است برای فرد بیمار دیابتی استرس آور باشد که این عوامل ممکن است ریشه‌ی روانی-اجتماعی دیابتی‌ها را تبیین کند. از سوی دیگر به نظر می‌رسد افزایش عوارض ناشی از دیابت میزان و شدت افسردگی را در بیماران افزایش می‌دهد (سپهرمنش، سرمست، سید فخرالدین و همکاران، ۱۳۸۲). همچنین بالا رفتن مدت بیماری و ناتوانی در انجام بعضی کارها و کاهش بعضی رفتارها در زندگی و ایجاد محدودیت در برخی مسائل، منجر به ظهور عوارض بیماری و ناامیدی از بهبودی این بیماران می‌شود که به شکل افسردگی بروز می‌کند.

یافته‌ی دیگر پژوهش حاضر نشان داد که بین افراد سالم و دیابتی در متغیر کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد. یعنی افراد دیابتی کیفیت زندگی پایین‌تری دارند. این یافته نیز با نتایج پژوهش (کاسس و همکاران، ۲۰۰۳؛ هانگ و همکاران، ۲۰۰۴) همخوانی دارد. در بیماران دیابتیک میانگین دانش و آگاهی، توانایی تمرکز و سطح کیفیت زندگی پایین‌تر از افراد سالم است. این موارد همراه با بالا بودن میزان احساسات منفی مانند غمگینی، نگرانی و افسردگی در بیماران دیابتی درمقایسه با افراد سالم است. بیماری دیابت پیامد جسمی، روانی و اجتماعی ناگواری را به دنبال دارد که این پیامدها عبارت‌اند: ضعف عضلانی، درد بدنی، نداشتن ارتباط مناسب اجتماعی، افسردگی، اضطراب، سطح نامناسب کیفیت زندگی و رضایت از زندگی. بنابراین دیابت با ایجاد تغییر در رفتار، عزت نفس، تغذیه، کار و روابط اجتماعی، زندگی طبیعی فرد را کاملاً تغییر می‌دهد و این تغییرات به

^۱ Palinkas, L.A., Barrett, C.E., & Wingard, D.L.

کاهش کیفیت زندگی منجر می‌شود. افراد دیابتی در رابطه با افراد سالم برای کنترل محیط خود فاقد ابتکار هستند. انرژی جسمانی، احساس امیدواری به زندگی و رضایت از زندگی در آن‌ها کاهش می‌یابد. از آنجا کیفیت زندگی در افراد بیمار به حالتی از خوب بودن اطلاق می‌شود که منعکس‌کننده‌ی وضعیت جسمی روانی و اجتماعی است و اختلالات مزمن و طولانی مانند بیماری دیابت به عنوان یک بحران در زندگی این افراد می‌تواند منجر به کاهش کیفیت زندگی در بعد روحی و جسمانی شود؛ بنابراین افراد دیابتی نیازهای زیست‌شناختی، روانشناختی، اجتماعی و هیجانی دارند که در مقایسه با افراد سالم متفاوت است.

کیفیت زندگی در بیماران دیابتی دارای اهمیت است. مراقبت نکردن از خود، خوب کنترل نکردن قند خون و افزایش عوارض دیابت به کاهش کیفیت زندگی می‌انجامد. بنابراین اصلاح کیفیت زندگی نه تنها برای بیمار دیابتی سودمند و با ارزش است، بلکه هزینه‌های مراقبت بهداشتی و پزشکی مرتبط با آن‌ها نیز کاهش می‌یابد. دیابت و عوارض ناشی از آن را می‌توان از طریق مراقبت‌های بهداشتی پزشکی و آموزش بهداشت، پیشگیری و کنترل کرد، که آموزش بهداشت بیماران دیابتی شامل چگونه زیستن با دیابت و چگونگی اصلاح کیفیت زندگی آن‌هاست (منسینگ، بوچر، کیپرس^۱ و همکاران، ۲۰۰۱).

بنابراین با توجه به اینکه در بین عوامل تسریع‌کننده‌ی دیابت، کیفیت زندگی پایین و افسردگی مهم‌ترین نقش را دارند و از طرف دیگر کنترل شدنی و قابل پیشگیری‌اند؛ می‌توان با ایجاد تغییر در شیوه‌ی زندگی این افراد، از قبیل استفاده از یک رژیم غذایی مناسب و داشتن تحرک کافی برای افزایش کیفیت زندگی و همچنین کاهش افسردگی بیماران دیابتی، میزان بروز دیابت را در جامعه کاهش داد. همچنین پیشنهاد می‌شود که پزشکان در کنار بررسی مسائل جسمانی، به مشکلات روانشناختی و بهبود کیفیت زندگی و

^۱ Mensing, C., Boucher, J., & Cypress, M.

کاهش افسردگی این بیماران نیز توجه بیشتری داشته باشند. و در نهایت با توجه به نتایج به دست آمده، شناخت و خامت مشکلات روانی بیماران مبتلا به دیابت و توجه به ارتقای کیفیت زندگی و کاهش مشکلات افسردگی آنان، توجه بیشتر وزارت بهداشت و درمان را در خصوص برنامه‌های درمانی به طور جدی‌تر و گسترده‌تر می‌طلبد.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به پایین بودن سطح آگاهی مردم، وجود حالات تدافعی و پنهان کاری در برخی افراد مورد بررسی در استفاده از پرسشنامه‌های خود سنجی اشاره کرد. همچنین از آنجا که مطالعه‌ی حاضر با افراد اندک و در یک شهر انجام شده و با کنترل بسیاری از عوامل مخدوش‌گر صورت گرفته است، قابلیت تعمیم‌پذیری به افراد دیگر را ندارد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از ریاست و پرسنل محترم مرکز تحقیقات دیابت شهر تبریز به سبب کمک‌هایی که در انجام این پژوهش داشتند و نیز بیماران عزیز که با صبر و حوصله در این تحقیق شرکت کردند تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- باقری، حسین؛ ابراهیمی، حسین السادات؛ تقوی، زهت و حسنی، محمد رضا. (۱۳۸۴). بررسی کیفیت زندگی بیماران دیابتی بر اساس عوارض دیابت در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان امام حسین(ع)، شاهرود. *مجله‌ی دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد*، ۷(۲): ۵۰-۵۶.
- بهروزیان، فروزان. (۱۳۸۱). *بررسی مکانیسم های مدارای مادران کودکان مبتلا به تالاسمی ۱۶-۱۲ ساله و ارتباط آن با سلامت روان فرزندان*. پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد دانشگاه جندی شاپور اهواز، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روانشناسی.
- درویش پور کاخکی، علی؛ عابد سعیدی، ژیلا؛ یغمایی، فریده؛ علوی مجد، حمید و منتظری، علی. (۱۳۸۵). بررسی ارتباط کیفیت زندگی با مشخصات بیماری و فردی بیماران مبتلا به دیابت مراجعه کننده به بیمارستان‌های شهر تهران در سال ۱۳۸۳. *مجله‌ی غدد درون ریز و متابولیسم ایران*، ۸(۱): ۴۹-۵۶.
- سپهرمنش، زهرا؛ سرمست، حسین؛ صدر، سید فخرالدین و سربلوکی، شکوه. (۱۳۸۲). بررسی شیوع و نوع افسردگی و عوامل مرتبط با آن در افراد دیابتی. *فصلنامه‌ی فیض*، ۷(۳): ۶۹-۷۵.
- ظهیرالدین، علیرضا و صدیقی، گیتا. (۱۳۸۲). بررسی میزان علائم افسردگی درصد بیمار دیابتیک مراجعه کننده به بیمارستان های امام حسین و لقمان، در سال ۱۳۸۱. *پژوهش در پزشکی (مجله‌ی پژوهشی دانشکده‌ی پزشکی)*، ۲۷(۳): ۲۰۳-۲۰۷.
- قنبری، عاطفه؛ فقیه زاده، سقراط و کاظم نژاد، احسان. (۱۳۸۱). پیش بینی کننده‌های کیفیت زندگی در بیماران دیابتی غیروابسته به انسولین. *فصلنامه‌ی یافته*، ۳(۴): ۵۳-۵۹.
- نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکویی نایینی کورش، محمد کاظم و مجدزاده، سید رضا. (۱۳۸۵). استاندارد سازی پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF) ترجمه و روان سنجی گونه‌ی ایرانی. *مجله‌ی دانشکده‌ی بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۴(۴): ۱-۱۲.

Al-Akour, N., Khader, Y. S., & Shatnawi, N. J. (2009). Quality of life and associated factors among Jordanian adolescents with type 1 diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and Its Complications*.

Beck, A. T., Steer, R.A., & Epstein, N. (1979). Self - concept dimension cilinical depressed and anxious out patients. *J Clini Psy*, 48(3): 423-432.

- Palinkas, L. A., Barrett, C. E., & Wingard, D. L. (1991). Type 2 diabetes and depressive symptoms in older adults: a population-based study. *Diabet Med*, 8(6): 532-539.
- Pouwer, F., & Snoek, F. J. (2001). Association between symptoms of depression and glycemic control may be unstable across gender. *Diabetes Med*, 18(7): 595-8.
- Rajala, U., Keinänen-Kiukaanniemi, S., & Kivela, S. L. (1997). Non-insulin-dependent diabetes mellitus and depression in a middle-aged Finnish population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 32: 363-367.
- Rbin, R. R. (2002). Was willis right? Thoughts on the interaction of depression and diabetes. *Diabetes- Metab Res Rev*, 18(3): 173-5.
- Rosenthal, M. H. (2003). The challenge of comorbid disorders in patients with depression. *J Am Osteopath Assoc*, 103: 10-5.
- Sadock, B. J., & Kaplan, H. I. (2003). *Synopsis of psychiatry*. (9th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sadock, B. J., Sadock, V., & Kaplan, H. I. (2000). Editors. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. (7th ed). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Senez, B., Felicioli, P., Moreau, A., & LeGoaziou, M. F. (2004). Quality of life assessment of type 2 diabetic patients in general medicine. *Presse Med*, 33(3): 161-6.
- Starfield, B., Riley, A., & Drotar, D. (1998). *Measuring Health-related Quality of Life in Children and Adolescents: Implications for Research and Practice*. (pp. 85-104). Mahwah NJ: Lawrence Erlbaum Assoc.
- Sullivan, B. J. (1979). Adjustment in diabetic adolescent girls: I Development of the diabetic adjustment scale. *Psychosom Med*, 41: 119-126
- Testa, M. A., Simonson, D. C., & Turner, R. R. (1998). Valuing quality of life and improvement in glycemic control in people with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 21(supp 3): C44-52.
- World Health Organization and International Diabetes Federation. (2004). *Diabetes Action Now: An initiative of World Health Organization and International Diabetes Federation*.
- Zauszniewski, J. A., Chung, C., Krafcik, K., & Sousa, V. D. (2001). Psychometric testing of the depression condition scale in women with type 2 diabetes. *J Nurs Meas*, 9(1): 61-72.
- Zhang, X., Norris, S. L., Gregg, E. W., & et al. (2005). Depressive symptoms and mortality among persons with and without diabetes. *Am J Epidemiol*, 16(1): 652-60.

- Brown, D. W., Balluz, L. S., Giles, W. H., Beckles, G. L., Moriarty, D. G., Ford, E. S., & Mokdad, A. H. (2004). Diabetes mellitus and health-related quality of life among older adults Findings from the behavioral risk factor surveillance system (BRFSS). *Diabetes Research and Clinical Practice*, 65 (2): 105-15.
- Cases, M. M., Gamisans, R., Liach, B. X., Villar, A. F., & Alcazar, R. A. (2003). Effect of type 2 diabetes mellitus on the quality of life of patients treated at primary care consultations in Spain. *Aten Primaria*, 31(12): 1076-80.
- Colunga-Rodriguez, C., Garcia de Alba, J. E., Salazar-Estrada, J. G., & Angel-Gonzalez, M. (2008). Type 2 diabetes and depression in Guadalajara, Mexico, 2005. *Rev Salud Publica (Bogota)*, 10 (1):137-49.
- De Groot, M., Anderson, R., Freedland, K. E., Clouse, R. E., & Lustman, P. J. (2001). Association of depression and diabetes complications: meta-analysis. *Psychosom Med*, 63(4): 619-30.
- Enzlin, P., Mathieu, C., & Demyttenaere, K. (2002). Gender differences in the psychological adjustment to type 1 diabetes mellitus: An explorative study. *Patient Educ Couns*, 48(2):139-45.
- Fitzgerald, M. Y. (2000). *Coping with chronic illness*. Philadelphia: Davis Company.
- Funnell, M. M., Brown, T. L., Childs, B. P., Haas, L. B., Hoseney, G. M., Jensen, B., & et al. (2008). National standards for diabetes self-management education. *Diabetes Care*, 31(1): 97-104.
- Goldney, R. D., Phillips, P. J., Fisher, L. J., & Wilson, D. H. (2004). Diabetes, depression, and quality of life: a population study. *Diabetes Care*, 27: 1066-70.
- Grandinetti, A., Kaholokula, J. K., Crabbek, M., Kenui, C., Chen, R., & Changh, K. (2000). Relationship between depressive symptoms and diabetes among native Hawaiians. *Psychoneuroendocrinology*, 25(3): 239-246.
- Huang, G. H., Palta, M., Allen, C., Lecaie, T., & DAlessio, D. (2004). Self-rated health among young people with type 1 diabetes in relation to risk factors in longitudinal study. *American Journal of Epidemiology*, 159(4): 364-372.
- Koracs, M., Mukerji, P., Iyengar, S., & Drash, A. (1996). Psychiatric disorder and metabolic control among youths with IDDM. *Diabetes Care*, 19: 318-23.
- Leininger, M. (1994). Quality of life from a transcultural nursing perspective. *Nurs Sci Q*, 7(3): 22-28.
- McDonald, P. E. (1999). Nurses perception: Issues that arise in caring for patients with diabetes. *Journal of Advanced nursing*, 30(2): 425-430.
- Mensing, C., Boucher, J., Cypress, M., Weinger, K., Mulcahy, K., & et al. (2001). National standards of diabetes self management education. *Diabetes Care*, 24(supplement 1):126-49.
- Misra, R., & Lager, J. (2008). Predictors of quality of life among adults with type II diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 22: 217-223.

مقایسه‌ی جنبه‌های روانی اجتماعی در نوجوانان مبتلا

به تالاسمی و نوجوانان سالم

شراره ضیغمی محمدی^۱ / منصوره تجویدی^۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۹/۰۳/۰۷ / تاریخ بررسی مقاله: ۱۳۸۹/۰۴/۱۱ / تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۰۵/۰۶

چکیده

در این پژوهش احساس تنهایی، ناامیدی، عزت نفس و مهارت اجتماعی را در نوجوانان مبتلا به تالاسمی با نوجوانان سالم مقایسه کردیم. در این مطالعه ۱۰۰ نوجوان مبتلا به تالاسمی و ۱۰۰ نوجوان سالم شرکت کردند. نوجوانان مبتلا به تالاسمی به شیوه‌ی نمونه‌گیری آسان از مراکز بیماری‌های خاص، مرکز تالاسمی بزرگسالان ظفر و درمانگاه تالاسمی بیمارستان مفید و نوجوانان سالم به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای از مدارس راهنمایی و دبیرستان انتخاب شدند. این دو گروه از نظر سن، جنس، سطح تحصیلات و درآمد خانواده همگن شدند. داده‌ها به روش خودگزارشی جمع‌آوری شد. فرم انتخاب نمونه و فرم مشخصات دموگرافیک، مقیاس ناامیدی بک و مقیاس تنهایی، مقیاس عزت نفس کوپر اسمیت و پرسش‌نامه‌ی مهارت اجتماعی ماتسون ابزارهایی بودند که در این پژوهش به کار گرفته شد. اطلاعات به وسیله‌ی نرم افزار آماری SPSS ویرایش ۱۴ و با استفاده از آمار توصیفی کای - دو، تی تست، آنالیز واریانس یک طرفه و ضریب همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شد. یافته‌ها تفاوت آماری معناداری بین میانگین نمره‌ی ناامیدی ($P = 0/047$)، مهارت اجتماعی ($P = 0/033$) و عزت نفس ($P = 0/387$) در نوجوانان مبتلا به تالاسمی و نوجوانان سالم نشان داد. اما در احساس تنهایی بین نوجوانان مبتلا به تالاسمی و نوجوانان سالم تفاوت آماری معناداری وجود نداشت ($P = 0/387$). بر اساس نتایج این مطالعه مشکلات روانی اجتماعی در نوجوانان تالاسمی شایع است. شناسایی منابع امیدبخش، ارتقای سلامت روانی و آموزش مهارت‌های اجتماعی به نوجوانان مبتلا به تالاسمی، ضروری به نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها: تالاسمی، تنهایی، عزت نفس، مهارت اجتماعی، نوجوانان، ناامیدی

^۱ مربی گروه پرستاری دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران

ایمیل: zeighami@kiauo.ac.ir

^۲ مربی گروه پرستاری دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران