# شیوع افسردگی و اضطراب در بیماران دیابتی مراجعه کننده به بیمارستان‌های طالقانی آبادان و ولیعصر خرمشهر در سال ۱۳۹۰

**نویسندگان: نورالله طاهری[1*]، حمید حجتی[2]، مرضیه موسوی[3]، ارغوان افرا[4]، بی‌بی هاجر دهقان[5]**

۱- دانشجوی دکتری پرستاری، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری آبادان، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، اهواز، ایران

۲- دانشجوی دکتری پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علی آباد کتول، باشگاه پژوهشگران جوان، علی آباد کتول، ایران

۳-دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران پزشکی، دانشکده پرستاری مامایی، تهران، ایران

۴- کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری آبادان، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، اهواز، ایران

۵-دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی وتوانبخشی، گروه پرستاری ومامایی، تهران، ایران

*نویسنده مسئول: نورالله طاهری- پست الکترونیکی: nttahery@gmail.com

## چکیده

**مقدمه و هدف:** افسردگی و اضطراب از اختلالات روانی شایع در جوامع انسانی به شمار می‌رود که می‌تواند بر روی پیش-آگهی بیماران دیابتی تاثیر قابل توجهی بگذارد. لذا این مطالعه با هدف شیوع افسردگی و اضطراب در بیماران دیابتی مراجعه کننده به بیمارستان‌های طالقانی آبادان و ولیعصر خرمشهر در سال ۱۳۹۰ انجام شده است.

**مواد و روش ها:** این مطالعه از نوع توصیفی- مقطعی و نمونه‌گیری به روش نمونه در دسترس انجام گرفته است، حجم نمونه در این مطالعه شامل ۱۰۲ نفر بیمار دیابتی مراجعه کننده به بیمارستان طالقانی آبادان و ولیعصر خرمشهر بوده است. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بوده و از سه بخش اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه اضطراب اشپیل برگر تشکیل شده بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارspss ویرایش۱۷و آزمونهای آماری کای دو، t-test و آنالیز واریانس یکطرفه انجام شد.

**یافته ها:** از ۱۰۲ بیمار مبتلا به دیابت شرکت کننده در این مطالعه، ۶۰/۸ درصد مونث، ۷۵ درصد متاهل، ۴۵/۱ درصد بی سواد، ۵۴/۵ درصد غیرشاغل، ۸۷/۳ درصد مبتلا به دیابت نوع دو، میانگین مدت ابتلا به دیابت ۱۰/۱۳±۷/۱۰ سال بودند. در این مطالعه ۵۶/۹ درصد دارای اضطراب متوسط و ۴۲/۴ درصد دارای افسردگی شدید بودند. نتایج نشان داد که بین افسردگی با وضعیت تاهل (P<۰/۰۱)، سطح تحصیلات (P<۰/۰۱) و مدت ابتلا به دیابت (P=۰/۰۵) و همچنین بین اضطراب با جنس (P<۰/۰۱)، وضعت تاهل (P<۰/۰۱) و مدت ابتلا به دیابت (P<۰/۰۵) از نظر آماری ارتباط معنی-داری وجود دارد.

**بحث و نتیجه‌گیری:** نتایج این مطالعه نشان داد که میزان اضطراب و افسردگی در بیماران دیابتی شرکت کننده در این مطالعه بالا بوده که می‌تواند سلامت آنان را به مخاطره اندازد. با توجه به این موضوع، اهمیت وجود مراکز مشاوره و روان-درمانی در مراکز و کلینیک‌های دیابت روشن می‌گردد.

**واژه های کلیدی**: افسردگی، اضطراب، بیماران دیابتی.



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-11 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1392.1.2.3.1 ]

**مقدمه**

دیابت یک بیماری مزمن و شایعترین اختلال غدد درون ریز انسان است که از طریق ناهنجاری‌هایی در متابولیسم کربوهیدرات، پروتئین و چربی توصیف می‌شود (۱و۲). این بیماری از شیوع بالایی در ایران و جهان برخوردار است (۳). براساس مطالعات اخیر ۱۴ تا ۲۳ درصد ایرانی‌های بالای ۳۰ سال، دیابتی یا دچار اختلال عدم تحمل گلوکز هستند. که تقریبا ۲۵ درصد موارد عدم تحمل گلوکز، درآینده دچار دیابت می‌شوند (۴). بیماری دیابت همانند سایر بیماری‌های مزمن علاوه بر مرگ و میر بالا، گرفتاری‌های فردی و خانوادگی و مالی بسیاری همراه دارد مواردی چون افزایش و کاهش شدید قندخون، محدودیت‌های غذایی و ورزش، تزریقات مکرر انسولین، عوارض اسکلتی عضلانی، ناتوانی‌های فیزیکی، اختلالات جنسی، احساس عدم اطمینان، تغییر در تصویر ذهنی از جسم خویش و مشکلات عروقی می‌تواند آنقدر شدید باشد که سبب ساز افسردگی در بیماران دیابتی گردد که زندگی این بیماران را تحت تاثیر قرار می‌دهد (۸،۷،۶،۵). بنابراین برای فرد مبتلا به دیابت قبول و پذیرش این موضوع که بایستی روش زندگی خود را بر اساس بیماری تغییر دهد، همیشه مشکل می باشد (۳). افسردگی و اضطراب از جمله شایعترین اختلالات روانی در جوامع انسانی به شمار رفته و می‌تواند از طریق حوادث استرس‌زای زندگی به خصوص مشکلات طولانی مدت مانند برخی بیماری‌های جسمی آشکار شوند و به وسیله تداوم این استرسورها ادامه یابند (۹و۱۰). بیش از ۱۰-۲۰ درصد جمعیت عمومی افسردگی را تجربه می‌کنند. به طوری که ۱۵درصد افراد حداقل یک بار در طی زندگی به این اختلال مبتلا می شوند(۱۰). افسردگی غالبا وضعیت مزمن و فراگیری دارد و حیات روانی فرد مبتلا را در برمی‌گیرد (۱۱). شواهدی وجود دارد که فقدان حمایت اجتماعی و عدم صمیمیت با افراد مهم زندگی، نقش مهمی در شکل‌گیری افسردگی ایفا می-کند(۱۲). از علایم افسردگی می‌توان عدم انگیزش، بی‌اشتهایی، اختلالات خواب، کاهش قابل توجه وزن، احساس گناه، کاهش انرژی، خلق افسرده و احساس عدم لذت (۱۳،۵،۳و۱۴)، افت عملکرد اجتماعی، فردی و شغلی و افزایش خطر عوارض و مرگ و میر در بیماران دیابتی را نام برد، به همین علت شناخت افسردگی و علائم آن یک عامل مهم در تشخیص و درمان مناسب این بیماری می‌باشد (۶و۱۳). سازمان جهانی بهداشت (WHO) افسردگی را در رتبه چهارم مشکلات سلامتی قرار داده است (۱۵) و براساس پژوهش‌های انجام شده در دانشگاه هاروارد، پیش‌بینی می‌شود که در سال ۲۰۲۰، نخستین علت بیماری‌ها در جهان باشد (۱۶). شیوع افسردگی در افراد دیابتی متفاوت گزارش شده و از ۸/۵ تا ۲۸ درصد متغیر است (۵). افسردگی در بیماران دیابتی می‌تواند روی پیش آگهی دیابت تأثیر قابل توجهی بگذارد و برخی مطالعات نشان داده‌اند که عدم تشخیص و درمان پیش آگهی بیماران را بدتر می‌کند (۶). فقط حدود ۵۰ درصد از بیماران مبتلا به افسردگی، تشخیص درست و فقط نیمی از آنها درمانگری مناسب دریافت می‌کنند (۱۷). اضطراب یکی از علایم شایع افسردگی است (۹۰درصد) که می‌تواند تحت تاثیر رژیم غذایی و اختلالات طبی مانند دیابت قرار گیرد (۳). شیوع اضطراب در جامعه ایران نیز همانند افسردگی است (۱۸). در برخی پژوهش‌ها مشخص شده که نشانه‌های ترس و اضطراب و میزان شیوع اختلالات اضطرابی در بیماران دیابتی، بیش از جمعیت عمومی است (۱۹). کاهش انتظارات فرد از خود و انطباق با واقعیت در کاهش هیجان‌هایی مانند افسردگی واضطراب دارای اهمیت بسیار است (۲۰).



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-11 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1392.1.2.3.1 ]

رهنما (۲۰۰۲) به نقل لرنمارک می‌نویسد: علایم افسردگی سازگاری با دیابت و کنترل متابولیکی را تحت تأثیر قرار می-دهد (۵). همچنین موسوی (۲۰۰۸) به نقل از اگد بیان می‌کند افراد دیابتی افسرده در مقایسه با افراد دیابتی غیرافسرده نسخه‌های بیشتری دریافت و از مراقبت‌های سرپایی بیشتری استفاده می‌کنند و هزینه‌های آن‌ها ۴/۵ برابر بیشتر است (۳). بنابراین با توجه به شیوع بالای دیابت و تحمیل هزینه‌های گزاف ناشی از عوارض آن بر خانواده‌ها در کشور و اثرات سوء و مخرب مشکلات روان شناختی در بیماران افسرده و دو چندان کردن مشکل بیماران دیابتی، و لزوم توجه و حمایت بیماران دیابتیک و شناسایی و کنترل عوارض مهم این بیماران، این مطالعه با هدف تعیین میزان اضطراب و افسردگی در بیماران دیابتی مراجعه کننده به بیمارستان‌های طالقانی آبادان و ولیعصر خرمشهر در سال ۱۳۸۹ انجام شد.

## مواد و روشها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی- مقطعی بوده که در آن جامعه پژوهش را کلیه بیماران مراجعه کننده به مراکز مورد پژوهش (بیمارستان‌های طالقانی آبادان و ولیعصر خرمشهر) با تشخیص دیابت تشکیل دادند. نمونه‌گیری به روش آسان و غیرتصادفی صورت گرفت. نمونه‌گیری با استفاده از فرمول برآورد نسبت $n=\frac{z^2(1-\frac{\alpha}{2})\times p(1-p)}{d^2}$ که در آن $\alpha$=۰/۰۵، با توجه به مطالعه‌ی مدان لو(۱۰) p=۰/۱ و d=۰/۰۵ در نظر گرفته شد و در نهایت حجم نمونه ۱۰۲ نفر بدست آمد. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش، پرسشنامه‌ای شامل سه بخش است. بخش اول مشخصات دموگرافیک و اطلاعاتی در زمینه سن، جنس، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، نوع دیابت، رعایت کردن رژیم غذایی، مدت ابتلا و تعداد دفعات بستری بود. بخش دوم، پرسشنامه افسردگی بک بوده که یکی از روش‌های درجه بندی کلی افسردگی است و شامل ۲۱ سوال می‌باشد. ماده‌های آزمون در مجموع از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود که آزمودنی‌ها باید روی یک مقیاس چهار درجه‌ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند. این ماده‌ها در زمینه‌هایی مثل غمگینی، بدبینی، احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، آشفتگی خواب، از دست دادن اشتها، از خود بیزاری و... هستند. به‌این ترتیب این مقیاس، درجات مختلف افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید تعیین می‌کند و دامنه نمرات آن از حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ است. با ارزیابی جمع امتیازات آزمودنی در یکی از گروه‌های بدون افسردگی (۰-۹)، افسردگی خفیف (۱۰-۱۸)، افسردگی متوسط (۱۹-۲۹) و افسردگی شدید (۳۰-۶۳) قرار می‌گیرد. در داخل کشور پژوهش‌های مختلفی انجام گرفته است که به اندازه‌گیری ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار پرداخته‌اند. موسوی و همکاران در سال ۱۳۸۱، اعتبار پرسشنامه بک را بالا گزارش شده و از ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ متغیر بوده است (۳). بخش سوم پرسشنامه اضطراب اشپیل برگر شامل ۲۰ سوال می‌باشد. به هر کدام از عبارات این آزمون بر اساس پاسخ ارائه شده امتیازی بین یک تا چهار داده می‌شود که پایین‌ترین نمره اضطراب (۲۰) و بالاترین نمره اضطراب (۸۰) می‌باشد. پس از جمع‌بندی امتیازات کسب شده، واحدهای مورد پژوهش در سه گروه شامل اضطراب خفیف (۲۰-۴۰)، اضطراب متوسط (۴۱-۶۰) و اضطراب شدید (۶۱-۸۰) طبقه بندی می‌شوند. در مطالعه ناظمیان پایایی این آزمون۸۹٪ بدست آمد (۹). اطلاعات با استفاده از نرم‌افزارSPSS ویرایش۱۷و با دو روش آمار توصیفی شامل توزیع فراوانی مطلق و نسبی، میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی شامل



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-11 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1392.1.2.3.1 ]

آزمون‌های آماری تی و کای دو مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفت. درضمن سطح معنی‌داری کلیه آزمون‌های فوق برابر ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

## یافته ها

بیماران مورد پژوهش در این مطالعه دارای میانگین سنی ۱۴/۳۷±۵۴/۰۴ سال، میانگین مدت ابتلا به دیابت ۷/۱۰±۱۰/۱۳ سال و میانگین تعداد دفعات بستری ۱/۶۸±۱/۷۱ روز بودند. در این مطالعه ۸/۷ درصد افراد دارای اضطراب خفیف، ۵۶/۹ درصد دارای اضطراب متوسط و ۳۵/۳ درصد دارای اضطراب شدید بودند. همچنین در رابطه با افسردگی، ۱۴/۷ درصد افراد بدون افسردگی، ۱۷/۶ درصد دارای افسردگی خفیف، ۲۵/۵ درصد دارای افسردگی متوسط و ۴۲/۲ درصد دارای افسردگی شدید بودند. نتایج نشان داد که بین افسردگی با وضعیت تاهل ($P<۰/۰۱$)، سطح تحصیلات ($P<۰/۰۱$) و مدت ابتلا به دیابت ($P<۰/۰۵$) و همچنین بین اضطراب با جنس ($P<۰/۰۱$)، وضعت تاهل ($P<۰/۰۱$) و مدت ابتلا به دیابت ($P<۰/۰۵$) از نظر آماری ارتباط معنی‌داری وجود دارد ولی بین اضطراب و افسردگی با دیگر عوامل دموگرافیک از نظر آماری ارتباط معنی‌داری وجود ندارد (جداول۱و۲).

[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-11 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1392.1.2.3.1 ]

**جدول شماره ۱: فراوانی شیوع افسردگی در بیماران دیابتی برحسب مشخصات دموگرافیک**

| عوامل دموگرافیک | افسردگی | تعداد | درصد | نرمال (درصد) | خفیف (درصد) | متوسط (درصد) | شدید (درصد) | کل (درصد) | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| جنس | مرد | ۳۸ | ۳۹/۲ | ۷/۲ | ۸/۲ | ۸/۲ | ۱۵/۵ | ۳۹/۲ | P=0.532 |
| | زن | ۵۹ | ۶۰/۸ | ۶/۲ | ۱۰/۳ | ۱۸/۶ | ۲۵/۸ | ۶۰/۸ | |
| وضعیت تاهل | مجرد | ۹ | ۹ | ۰ | ۰ | ۰ | ۹ | ۹ | P=0.009 |
| | متاهل | ۷۵ | ۷۵ | ۱۱ | ۱۴ | ۲۴ | ۲۶ | ۷۵ | |
| | بیوه | ۱۶ | ۱۶ | ۴ | ۲ | ۲ | ۸ | ۱۶ | |
| سن(سال) | ۱۵-۳۱ | ۹ | ۸/۸ | ۰ | ۰ | ۲ | ۶/۸ | ۸/۸ | P=0.096 |
| | ۳۲-۴۸ | ۲۲ | ۲۱/۶ | ۰ | ۴/۹ | ۷/۸ | ۸/۸ | ۲۱/۶ | |
| | ۴۹-۶۵ | ۴۹ | ۴۸ | ۸/۸ | ۷/۸ | ۱۰/۸ | ۲۰/۶ | ۴۸ | |
| | ۶۶-۸۲ | ۲۲ | ۲۱/۶ | ۵/۹ | ۴/۹ | ۴/۹ | ۵/۹ | ۲۱/۶ | |
| سطح تحصیلات | بی سواد | ۴۶ | ۴۵/۱ | ۴/۹ | ۵/۹ | ۲۲/۸ | ۲۲/۵ | ۴۵/۱ | P=0.002 |
| | دبستان | ۱۹ | ۱۸/۶ | ۷/۸ | ۴/۹ | ۴/۹ | ۱ | ۱۸/۶ | |
| | راهنمایی | ۱۱ | ۱۰/۸ | ۰ | ۳/۹ | ۰ | ۶/۹ | ۱۰/۸ | |
| | دبیرستان | ۱۵ | ۱۴/۷ | ۱ | ۱ | ۶/۹ | ۵/۸ | ۱۴/۷ | |
| | دانشگاهی | ۱۱ | ۱۰/۸ | ۱ | ۲ | ۲ | ۵/۸ | ۱۰/۸ | |
| مدت ابتلا (سال) | کمتر از ۵ | ۳۶ | ۳۶ | ۹ | ۷ | ۸ | ۱۲ | ۳۶ | P=0.05 |
| | ۵-۱۰ | ۳۰ | ۳۰ | ۲ | ۴ | ۱۱ | ۱۳ | ۳۰ | |
| | ۱۱-۱۵ | ۱۰ | ۱۰ | ۳ | ۳ | ۲ | ۲ | ۱۰ | |
| | ۱۶-۲۰ | ۱۵ | ۱۵ | ۰ | ۴ | ۲ | ۹ | ۱۵ | |
| | بیشتر از ۲۰ | ۹ | ۹ | ۰ | ۰ | ۳ | ۶ | ۹ | |
| نوع دیابت | نوع ۱ | ۱۳ | ۱۲/۷ | ۱ | ۳/۹ | ۰ | ۷/۸ | ۱۲/۷ | P=0.06 |
| | نوع ۲ | ۸۹ | ۸۷/۳ | ۱۳/۷ | ۱۳/۷ | ۲۵/۵ | ۳۴/۳ | ۸۷/۳ | |
| رعایت رژیم غذایی | دارد | ۶۱ | ۵۹/۸ | ۷/۸ | ۸/۸ | ۱۴/۷ | ۲۸/۴ | ۵۹/۸ | P=0.557 |
| | ندارد | ۴۱ | ۴۰/۲ | ۶/۹ | ۸/۸ | ۱۰/۸ | ۱۳/۷ | ۴۰/۲ | |
| تعداد دفعات بستری در سال اخیر | کمتر از ۳ بار | ۸۲ | ۸۰/۴ | ۱۲/۷ | ۱۳/۷ | ۲۱/۶ | ۳۲/۴ | ۸۰/۴ | P=0.775 |
| | بیشتر از ۳ بار | ۲۰ | ۱۹/۶ | ۲ | ۳/۹ | ۳/۹ | ۹/۸ | ۱۹/۶ | |



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-11 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1392.1.2.3.1 ]

جدول شماره ۲: فراوانی شیوع اضطراب در بیماران دیابتی برحسب مشخصات دموگرافیک

| اضطراب / عوامل دموگرافیک | | خفیف (درصد) | متوسط (درصد) | شدید (درصد) | کل (درصد) | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **جنس** | مرد | ۸/۲ | ۲۲/۷ | ۸/۲ | ۳۹/۲ | P=0.001 |
| | زن | ۰ | ۳۲ | ۲۸/۹ | ۶۰/۸ | |
| **وضعیت تاهل** | مجرد | ۰ | ۱ | ۸ | ۹ | P=0.004 |
| | متاهل | ۸ | ۴۷ | ۲۰ | ۷۵ | |
| | بیوه | ۰ | ۱۰ | ۶ | ۱۶ | |
| **سن(سال)** | ۳۱-۱۵ | ۰ | ۲/۹ | ۵/۹ | ۸/۸ | P=0.378 |
| | ۳۲-۴۸ | ۱ | ۱۴/۷ | ۵/۹ | ۲۱/۶ | |
| | ۶۵-۴۹ | ۴/۹ | ۲۵/۵ | ۱۷/۶ | ۴۸ | |
| | ۶۶-۸۲ | ۲ | ۱۳/۷ | ۵/۹ | ۲۱/۶ | |
| **سطح تحصیلات** | بی سواد | ۱ | ۲۴/۵ | ۱۹/۶ | ۴۵/۱ | P=0.124 |
| | دبستان | ۳/۹ | ۱۱/۸ | ۲/۹ | ۱۸/۶ | |
| | راهنمایی | ۲ | ۴/۹ | ۳/۹ | ۱۰/۸ | |
| | دبیرستان | ۱ | ۷/۸ | ۵/۹ | ۱۴/۷ | |
| | دانشگاهی | ۰ | ۷/۸ | ۲/۹ | ۱۰/۸ | |
| **مدت ابتلا (سال)** | کمتر از ۵ | ۲ | ۲۱ | ۱۳ | ۳۶ | P=0.034 |
| | ۵-۱۰ | ۲ | ۱۸ | ۱۰ | ۳۰ | |
| | ۱۱-۱۵ | ۴ | ۴ | ۲ | ۱۰ | |
| | ۱۶-۲۰ | ۰ | ۹ | ۶ | ۱۵ | |
| | بیشتر از ۲۰ | ۰ | ۵ | ۴ | ۹ | |
| **نوع دیابت** | نوع ۱ | ۰ | ۵/۹ | ۶/۹ | ۱۲/۸ | P=0.232 |
| | نوع ۲ | ۷/۸ | ۵۱ | ۲۸/۴ | ۸۷/۲ | |
| **رعایت رژیم غذایی** | دارد | ۵/۹ | ۳۵/۳ | ۱۸/۶ | ۵۹/۸ | P=0.442 |
| | ندارد | ۲ | ۲۱/۶ | ۱۶/۷ | ۴۰/۲ | |
| **تعداد دفعات بستری در سال اخیر** | کمتر از ۳ بار | ۷/۸ | ۴۸ | ۲۴/۵ | ۸۰/۴ | P=0.07 |
| | بیشتر از ۳ بار | ۰ | ۸/۸ | ۱۰/۸ | ۱۹/۶ | |

## بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که درصد افسردگی در بیماران دیابتی تحت مطالعه ۸۵/۳ درصد می‌باشد و ۴۲ درصد آنان افسردگی شدید داشتند که با نتایج مطالعه موسوی و همکاران در بین بیماران دیابتی شهر شاهرود که شیوع دیابت را در بین ۱۰۰ بیمار دیابت برابر ۷۸ درصد گزارش نموده است، مشابه می‌باشد (۳). در مطالعه سپهرمنش شیوع افسردگی در بین ۳۰۰ بیمار دیابتی مراجعه کننده به مرکز دیابت بیمارستان اخوان کاشان برابر ۵۳/۳ درصد گزارش شده است (۲۱). همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که اکثر واحدهای مورد مطالعه دارای اضطراب آشکار در سطح متوسط بودند. این یافته



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-11 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1392.1.2.3.1 ]

با مطالعات تاکاکی (۲۲) و ناظمیان همخوانی دارد (۹). بیماری دیابت و عوارض آن و نیز آگاهی بیماران از عوارض مخرب بیماری تاثیر بسزایی بر روح و روان بیماران گذاشته و آنها را دچار مشکل کرده است. همچنین در مطالعات مختلف تقریبا در این مورد اتفاق نظر وجود داشته که شیوع افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت نسبت به جمعیت عمومی بیشتر می باشد (۲۱). شیوع اضطراب و افسردگی در زنان بیشتر از مردان بوده و بین جنسیت و شدت اضطراب ارتباط معنی‌دار بوده ولی بین جنسیت و افسردگی ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. اندرسون و همکاران (۲۴) در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که افسردگی در زنان دیابتی بیش‌تر از مردان دیابتی است. همچنین در مطالعه نیکبخت و همکاران شیوع اضطراب و افسردگی در زنان بیشتر از مردان بود. بررسی Lloyd و همکارانش در انگلستان نشان داد که بین جنسیت و بروز علایم افسردگی در بیماران مورد بررسی رابطه معنی‌داری وجود دارد (۲۵). این امر می‌تواند موید این امر باشد که زنان با تنش‌زاهای اجتماعی بیشتری مواجه‌اند یا اینکه بیماری‌های جسمی بیشتر از مردان می‌تواند بر روح و روان زنان تاثیر بگذارد. نتایج این تحقیق نشان داد که بین وضعیت تاهل و میزان اضطراب و افسردگی ارتباط معنی‌داری وجود داشت. بدین صورت که میزان اضطراب و افسردگی در افراد متاهل کمتر بود. در مطالعه نیکبخت (۲۹) نیز ارتباط معنی‌داری بین اضطراب و افسردگی با وضعیت تاهل مشاهده شد ولی در مطالعات ناظمیان (۹)، سلیمان (۳۰) و Roupa (۳۱) ارتباط معنی‌داری نبود. با توجه به حمایت موجود از طرف همسر برای افراد متاهل طبیعی بنظر می‌رسد که این افراد حالت روحی بهتری داشته باشند. در

مطالعه حاضر با افزایش سن اضطراب و افسردگی در بیماران دیابتی افزایش پیدا کرد ولی از نظر آماری معنی‌دار نبود که با نتایج به دست آمده در مطالعه نیکبخت (۲۹)، ناظمیان (۹) و سلیمان (۳۰) هم‌خوانی دارد. در حالی که در مطالعه وزیری (۱۴) و Mosaku و همکاران (۲۸) بین سن و میزان افسردگی ارتباط معنی‌داری یافت شد. با توجه به اینکه با افزایش سن شدت بیماری و عوارض آن بیشتر می‌شود همچنین شیوع اضطراب و افسردگی در بین سالمندان جامعه بیشتر است انتظار می‌رفت که در این مطالعه نیز چنین باشد. در مطالعه حاضر بین سطح تحصیلات و شدت افسردگی ارتباط معنی‌داری وجود داشت به طوری‌که با افزایش سطح تحصیلات افسردگی کاهش پیدا کرد. در مطالعه سپهرمنش (۲۱) بیشترین افسردگی مربوط به افراد بی‌سواد و در مطالعه بهنام (۲۶) بین سطح تحصیلات با شدت و شیوع افسردگی ارتباط معنی‌داری گزارش نشده است. درحالی که در این مطالعه بین سطح تحصیلات و شدت اضطراب ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. همچنین در مطالعات ناظمیان (۹) و Hermanns و همکاران (۲۷) بین سطح تحصیلات و شدت اضطراب ارتباط معنی‌داری گزارش نشده است که نشان دهنده عدم رعایت یا عدم آگاهی از اصول خودمراقبتی، حتی در بیماران با سطح تحصیلات بالا می‌باشد. در این مطالعه بین مدت ابتلا به بیماری با اضطراب و افسردگی ارتباط معنی‌داری یافت شد. بدین صورت که با افزایش مدت ابتلا به بیماری دیابت، میزان اضطراب و افسردگی افزایش پیدا کرد. در مطالعه بهنام (۲۶) و Mosaku و همکاران (۲۸) بین شدت افسردگی و طول مدت ابتلا به دیابت ارتباط معنی‌داری مشاهده شد. ولی در مطالعات Hermanns و همکاران (۲۷) و Mosaku و همکاران (۲۸) بین شدت اضطراب و طول مدت ابتلا به دیابت ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. بالا رفتن طول مدت بیماری منجر به ظهور عوارض بیماری و ناامیدی از بهبودی این بیماری می‌شود که به شکل



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-11 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1392.1.2.3.1 ]

اضطراب و افسردگی ظهور می‌کند. نتایج این مطالعه نشان می-دهد که افسردگی و اضطراب در بیماران دیابتی یافته شایعی محسوب می‌شود و می‌تواند سلامت بیماران را به مخاطره اندازد. پیشنهاد می‌شود برای تشخیص به موقع و در نهایت درمان افسردگی و اضطراب در بیماران دیابتی معاینات دوره‌ای روانپزشکی صورت گیرد.

**قدردانی**

این طرح با شماره 89S.161 در جلسه کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز به ثبت رسیده است و با همکاری‌های مالی معاونت تحقیقات و از مسولین دانشگاه قدردانی به عمل می‌آید. همچنین پژوهشگران از همکاری صمیمانه بیماران دیابتی در انجام این طرح تقدیر و تشکر می‌نمایند.

[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-11 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1392.1.2.3.1 ]

# The Survey of Anxiety and Depression Prevalence in Diabetic Patient Referred to Abadan Taleghani and Khorramshahr Valiasr Hospitals in 2011

**Taheri N[1], Hojjati H[2], Mousavi M[3], Afra A[4], Dehghan B[5]**

1. Nursing ph.D candidate, Member of faculty, Abadan School of Nursing and Midwifery.

2. Nursing ph.D candidate, Islamic Azad University, Ali-Abad Katool, Iran.

3. Post-graduate Student of Nursing, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

4. M.sc in Nursing, Abadan School of Nursing, Jondi shapour Medical University, Ahvaz, Iran.

5. Post-graduate Student of Nursing, Welfare Sciences University, Tehran, Iran.

***Corresponding author:** Taheri N**, E -mail:** nttahery@gmail.com

## Abstract

**Introduction**: Depression and anxiety is among the most common mental disorders in human societies and can have a significant impact on prognosis in diabetic patients. So this study was done with the aim to survey anxiety and Depression prevalence in diabetic patient referred to Abadan taleghani and khorramshahr valiasr hospital in 2011.

**Methodology**: This study is of a descriptive cross - sectional and sampling was done throngh available sampling method. Samples included 102 patients referred to taleghani and valeiasr Hospital in Abadan and khorramshahr. Data were collected by questionnaire formed from three segments: demographic questionnaires, Beck Depression and Anxiety Inventory eshpylberger. Data analysis using chi-square test and SPSS17 software, T-test and ANOVA.

**Results**: Among 102 diabetic patients participated in this study, 60.8% were female, 75% married, 5.1% percent illiterate, 54.5% percent unemployed, 87.3% of patients with type 2 diabetes, mean duration Diabetes 10.13 ± 7.10 years. In this study, 56.9 percent had moderate anxiety and 42.4 percent had severe depression. Results showed that between depression and marital status ($P<0.01$), education ($P<0.01$) and duration of diabetes ($P<0.01$) and between anxiety and sex ($P<0.01$), marital status ($P<0.01$) and duration of diabetes ($P<0.05$), there was a significant relationship statistically.

**Conclusion**: This study showed that anxiety and depression in diabetic patients participating in this study were high, which could jeopardize their health. Due to this, the importance of counseling and psychotherapy centers in diabetes centers is clear.

**Key words**: Anxiety, depression, diabetes

[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-11 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1392.1.2.3.1 ]

## References


1. Baghianimoghadam M, Afkhami Ardakani M, Mazloomi S.S, Saaidizadeh M. Quality of life in diabetes type ii patients in Yazd. Journal of Shaeed Sdoughi University of Medical Sciences Yazd .2007; 14(4): 49-54. [Persian]
2. 2.Darvish Poor Kakhaki A, Abed Saeidi J, Yaghmaei F, Alavi Majd H. Instrument development to measure diabetic clients quality of life (DCQOL). Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism .2005; 7(2): 149-155. [Persian]
3. Mousavi S.A, Aghayan SH, Razavianzadeh N, Nourouzi N, Khosravi A. Depression and general health status in type ii diabetic patients. Knowledge and Health .2008; 3(1):44-48. [Persian]
4. 4.Sardar M, Sohrabi M, Shamsian A, Aminzadeh R. Effects of aerobic exercise training on
5. the mental and physical health and social functioning of patients with type 2 diabetes mellitus. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism.2009; 11(3): 251-256. [Persian]
6. 5.Rahnama M, Pirayesh Far A, Mokhber N, Mazloom SR. Study of the relationship between self-care and depression in type II diabetic patients referring to the Diabetes Research Center. Quarterly Journal of Sabzevar University of Medical Sciences.2002; 9 (2): 74-81. [Persian]
7. 6.Sadegheih Ahari S, Arshi S, Iran Parvar M, Amani F, Siahposh H. The Effect of complications of type II diabetes on patients' quality of life. Journal of Ardabil University of Medical Sciences.2009; 8 (4): 402-394. [Persian]
8. 7.Nejati Safa A, Larijani B, Shariati B, Amini H, Rezagholizadeh A. Depression, quality of life and glycemic control in patients with diabetes. Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders. 2008; 7 (2): 204-195. [Persian]
9. 8.Meamarian R, Mirbagher N. The effect of regular walking on quality of life in copd patients. Iranian Journal of Nursing Research.2008; 2 (6, 7): 19-27. [Persian]
10. 9.Nazemian F, Ghafari F, Poorghaznein T. Evaluation of depression and anxiety in hemodialysis patients. Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences.2008; 51 (3): 171-176. [Persian]
11. Modan Lou M, Taziki SA, Khoddam H, Behnam Pour N. Relationship between depression and associated demographic factors in patients on hemodialysis. Journal of Gorgon University of Medical Sciences.2005; 7 (1): 47-50. [Persian]
12. Omidi A, Mohammad Khani P, Poorshahbaz A, Dolatshahi B. Efficacy of combined Cognitive Behavior Therapy and Mindfulness Based Cognitive Therapy in patients with Major Depressive Disorder.2008; 12(2): 9. [Persian]
13. Mousavi M, Mohammad Khani P, Sadat Mousavi A, Kaviani H, Delavar A. Effectiveness of systemic–behavioral couple therapy on depression and marital satisfaction of depressed wives. Advances in Cognitive Science. 2006; 8(2):12-20. [Persian]
14. Talaei A, Fayyazi Bordbar M.R, Samari A.A, Arshadi H.R, Salari E, Sadat Forghani M. Is there any difference between patients depression symptoms pattern that come to clinic in different seasons? The Journal of Fundamentals of Mental Health Spring.2005; 7 (25): 35-39. [Persian]
15. Vaziri S, Dehestani M, Soltani H.R. Surveying depression in asthmatic patients referred to Shohadaye Kargar hospital in Yazd. Medical Science Journal of Islamic Azad Univesity Tehran Medical Branch. 2007; 17 (3): 161-164. [Persian]
16. Sayyah Bargard M, Assadi S.M, Amini H, Sayyah M, Akhond Zadeh Sh, Kamali Nejad M. Efficacy of aqueous extract of Echium Amoenum L. in the treatment of mild to moderate major depressive disorder: A randomized double blind clinical trial. Journal of Medicinal Plants.2004; (10): 61-68. [Persian]
17. Ghaderi F, Khourdimoud M, Afshari R. The effect of mothers' depression on children's oral health. Journal of Dentistry (Shiraz University of Medical Sciences). 2009; 10(1):87-91. [Persian]
18. F. Rahmani F, Dadsetan P, Atef Waheed M, Omidi A. Efficacy of drug therapy in depressed patients, clinicians and short scanning. Journal of Psychology. 2005; 9(2): 114-138. [Persian]




[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-11 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1392.1.2.3.1 ]

19. Kaviani H, Javaheri F, Bahiray H. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in reducing automatic thoughts, dysfunctional attitude, depression and anxiety: a sixty day follow-up. Advances In Cognitive Science. 2005; 7(1):49-59. [Persian]
20. Mehrabi, Fati L, Davazdah ememi M, Rajab A. Effectiveness of stress management training based on the theory of cognitive - behavioral and emotional problems and low blood sugar control in diabetic patients type. Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders. 2009; 8 (2): 103-114. [Persian]
21. Posht Mashhadi M, Yazdan Doost R, Asghar Nejad A, Moridpoor D. The efficacy of cognitive-behavior therapy on perfectionism, need for approval and depressive symptoms in patients afflicted with pain disorder. Iranian Psychiatry and Clinical Psychology.2004; 9 (3): 22-32. [Persian]
22. Sepehr-Manesh Z, Sarmast H, Sadr SF, Sarbolooki SH. Prevalence and severity of depression in diabetic. Feyz 2003; 27: 69-75. [Persian]
23. lopes AA, Bragg J, Young E, Goodkin D, Mapes D, Combe C, et al. Depression as a predictor of mortality and hospitalization among hemodialysis patients in the united states and Europe. Kidney Int. 2002; 62: 199-207.
24. Goldney R, Phillips P, Fisher L, Wilson D. Diabetes, depression, and quality of life: a population study. Diabetes Care 2004; 27: 1066-1070.
25. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. Diabetes Care. 2001; 24(6): 1069-1078.
26. Lloyd CE, Dyer PH, Barnett AH. Prevalence of symptoms of depression and anxiety in a diabetes clinic population. Diabet Med. 2000; 17(3): 198-202.
27. Behnam B, Ghorbani R. Epidemiologic features of depression in non-insulin dependent diabetic patients in Semnan. Journal of the Faculty of Medicine 2005; 29(1):45-50. [Persian]
28. Hermanns N, Kulzer B, Krichbaum M, Kubiak T, Haak T. Affective and anxiety disorders in a German sample of diabetic patients: prevalence, comorbidity and risk factors. Diabetic Medicine.2005; 22: 293–300.
29. Mosaku K, Kolawole B, Mume C, Ikem R. Depression, Anxiety and Quality of Life among Diabetic Patients: A Comparative Study. J Nati Med Assoc. 2008; 100(1): 73-78.
30. Nikibakht A, Moayedi F, Zare SH, Mahboobi H, Banaei S, Khorgoei T, Jahanshahi KA. Anxiety and depression among diabetic patients in Bandarabbas, southern Iran. Australas Med J. 2009; 1(7): 25-28.
31. Sulaiman N, Hamdan A, Tamim A, Mahmood DA, Young D. The prevalence and correlates of depression and anxiety in a sample of diabetic patients in Sharjah, United Arab Emirates. BMC Family Practice. 2010; 2-7.
32. Roupa Z, Koulouri A, Sotiropoulou P, Makrinika E, Marneras X, Lahana I, Gourni M. Anxiety and depression in patients with type 2 diabetes mellitus, depending on sex and body mass index. Health science journal. 2009; 3(1): 32-40.

[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-11 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1392.1.2.3.1 ]