pISSN:2345-5020
eISSN:2423-5571

مقاله اصیل پژوهشی

بررسی نقش سبک و کیفیت زندگی در پیش بینی افسردگی در مبتلایان به دیابت نوع ۲

اکرم دهقانی*[1]

۱. گروه روانشناسی بالینی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران (نویسنده مسئول)

نویسنده مسئول: اکرم دهقانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد ddehghani55@yahoo.com

چکیده

مقدمه و هدف: در قرن بیست و یکم صنعتی شدن، جهانی شدن و تغییر در سبک زندگی مردم سراسر جهان را شاهد هستیم. یکی از نتایج این تغییرات دگرگونی در الگوی بیماریها و شایع شدن بیماریهای مزمن از قبیل دیابت است. سبک زندگی و کیفیت زندگی تأثیر بسزایی در تشدید علائم دیابت دارند، که به نوبه خود شرایط روحی و روانی فرد بیمار را نیز به مخاطره خواهند انداخت. هدف از پژوهش حاضر پیش بینی افسردگی بر اساس سبک زندگی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ بود.

مواد و روش ها: روش پژوهش حاضر از نوع همبستگی می باشد. جامعه آماری شامل کلیه افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ در مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم در شهر اصفهان در تابستان ۱۳۹۵ بود. تعداد ۱۰۰ نفر از طریق نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند.کلیه مراجعه‌کنندگان پرسشنامه‌های سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت والکر و همکارانش (۱۹۸۷)، پرسشنامه کیفیت زندگی (فرم کوتاه SF۳۶) وار و شربون (۱۹۹۲) و افسردگی بک را تکمیل نمودند.

یافته ها: تجزیه و تحلیل یافته‌ها با استفاده از نرم افزار Spss-20 و با استفاده از رگرسیون چند متغیره انجام شد. یافته‌ها نشان داد بین سبک زندگی با کیفیت زندگی و افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ رابطه معناداری وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$). نتایج روش رگرسیون حاکی از آن بود که دو متغیر کیفیت زندگی و سبک زندگی هر دو توان پیش بینی افسردگی در بیماران را داشتند.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به نتایج بدست آمده پیشنهاد می شود که توجه به مسائل روحی و روانی و کیفیت زندگی بیماران مراجعه کننده به کلینیکها، مورد توجه و اولویت قرار گیرد، که این امر کمک شایانی در پیشگیری از شدت علائم آنها خواهند داشت.

کلید واژه ها: افسردگی، سبک زندگی، کیفیت زندگی، دیابت نوع ۲

Access This Article Online	
Quick Response Code:	Website: www.zbmu.ac.ir/jdn
	How to site this article: Dehghani A. Investigation of Life Style and Quality of Life in Predicting Depression in Type II Diabetic Patients. J Diabetes Nurs. 2017; 5 (4) :320-331

تاریخ دریافت: ۹۶/۳/۱۰

تاریخ پذیرش: ۹۶/۹/۲۰

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.4.2.2]

مقدمه و هدف

دیابت نوع ۲ از جمله بیماری های متابولیکی است که با کمبود نسبی یا مطلق انسولین، افزایش گلوکز خون و اختلال در متابولیسم کربوهیدرات، چربی و پروتئین همراه است (۱). این بیماری در میان افراد چاق و بالای ۳۰ سال بسیار شایع است. به طور کلی شیوع دیابت در ایران بسیار بالا (۴/۵ – ۴ درصد) و در جمعیت بالای ۳۰ سال بیش از ۱۴ درصد بوده و در تمام استانها در زنان بیشتر از مردان است (۲). سازمان بهداشت جهانی پیش بینی کرده است دیابت در ایران تا سال ۲۰۲۵ حدود ۶/۸ درصد جمعیت را درگیر خواهد کرد. دیابت نوع ۲ شایع ترین علت بیماریهای کلیوی، موارد جدی نابینایی و قطع اندام غیر ترومایی است (۱). سالیانه در کشور بیش از ۲۵۰ نفر از مشکلات ناشی از دیابت فوت میکنند و دو برابر این تعداد نیز در خطر بروز حملات قلبی و سکته قرار دارند. با توجه به آمارهای جهانی در زمینه درصد بیماران دیابتی و متغیرهای مؤثر در ابتلا به آن به نظر می رسد در ایران بیش از ۴ درصد جمعیت یعنی بالغ بر ۳ میلیون نفر مبتلا به دیابت وجود داشته باشند (۳). مسائل یاد شده ضرورت تامین امکانات درمانی مناسب در زمینه کنترل هر چه مطلوب تر بیماری دیابت را تأیید می نماید.

سبک زندگی؛ فعالیت عادی و معمول روزانه است که افراد آنها را در زندگی خود به طور قابل قبول پذیرفتند، بطوریکه این فعالیتها روی سلامت افراد تأثیر می گذارد (۴). فرد با انتخاب سبک زندگی برای حفظ و ارتقاء سلامتی خود و پیشگیری از بیماریها اقدامات و فعالیت هایی را انجام می دهد از قبیل رعایت رژیم غذایی مناسب، خواب و استراحت، ورزش و کنترل وزن بدن، عدم مصرف سیگار و الکل و ایمن سازی در مقابل بیماریها. این مجموعه سبک زندگی را تشکیل می دهند (۵). سبک زندگی اثرات تعیین کننده بر عوامل یاد شده دارد و هر شخص با داشتن الگوی زندگی روزانهٔ مطلوب میتواند از رفاه جسمی-روانی برخوردار باشد (۶). امروزه اکثر صاحب نظران، اصول اساسی درمان دیابت را به داشتن سبک زندگی سالم‌تر و استفاده از رژیم غذایی، فعالیت جسمانی و داروهای مناسب می دانند، به گونه ایی که فعالیت جسمانی منظم کاهش معنادار هموگلوبین گلیکوزیله و کاهش هایپرلیپیدمی و عوامل خطر بیماری قلبی و نیز مزایای روانشناختی را برای بیمار به همراه دارد (۷). این بیماری نیازمند پایش روزانه قند خون، تزریق های مکرر، دیدار مداوم با پرسنل درمانی، برنامه دقیق ورزشی و غذایی برای دستیابی به کنترل رضایتمندانه است. این بیماری علاج قطعی ندارد و مهم ترین درمان آن پیشگیری است که با شناسایی به موقع و مراقبت صحیح بر پایه آموزش بیماران می توان از عوارض حاد و مزمن آن پیشگیری کرد، یا بروز آن را به تعویق انداخت (۸). مارکر و همکاران[1] (۹) معتقدند بیماران دیابتی سبک زندگی ناصحیحی دارند. فعالیت های مرتبط با سبک زندگی مانند فعالیت جسمانی، تغذیه و استراحت، کنترل و پایش قند خون، نحوه ارتباط با افراد متخصص و سایر افراد تاثیرگذار بر فرد، فعالیت های خودکنترلی و تبعیت از رژیم درمانی اغلب بعنوان متغیرهای سبک زندگی مورد استفاده قرار می گیرند که بیماران دیابتی این اعمال را بطور مطلوب انجام نمی دهند. سبک زندگی روشی است که فرد در طول زندگی انتخاب کرده و زیربنای آن در خانواده پی ریزی می شود، و در واقع متأثر از فرهنگ، نژاد، مذهب، وضعیت اقتصادی و اجتماعی است. دی گروت و همکاران[2] (۱۰) در تحقیق خود نشان دادند که بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ سبک زندگی ناصحیح دارند و رژیم غذایی مناسب و ورزش در زندگی آنها کم رنگ است. همچنین در طی سه دهه اخیر توجه به کیفیت زندگی به عنوان یک عامل مهم در ارزیابی نتایج درمانی و اثر بخشی درمان در بیماری های جسمانی و روانی افزایش پیدا کرده است (۱۱). کیفیت

[1] Marcer & et al.,

[2] De Groot & at el.,

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.4.2.2]

زندگی به روش های گوناگون تعریف شده است. سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را به عنوان ادراک فرد از وضعیت زندگی در عرصه فرهنگ و سیستم ارزشی که فرد در آن زندگی می کند در ارتباط با اهداف، انتظارات، معیارها و امور تلقی می کند (۱۲). در مجموع کیفیت زندگی دارای ابعاد مختلف فیزیکی – روانی و اجتماعی است که گستره وسیعی از طیف زندگی فرد را در بر می گیرد. طبق نظر فلانگان[۳] (۱۹۹۷) تأثیر این ابعاد روی کل کیفیت زندگی به درک منحصر به فرد هر شخص وابسته است (۱۲). سبک زندگی و کیفیت زندگی خلق فرد را تحت تاثیر قرار می دهند. یکی از حالتهای روانی مهم در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ افسردگی است.

افسردگی یکی از نابسامانی های بنیادین روانی است. حالتی است که بر احساسات، افکار، رفتار و سلامت جسمانی فرد تاثیر ژرفی می گذارد (۱۳). سازمان بهداشت جهانی، افسردگی را در ردیف چهارمین و حادترین مشکلات بهداشت عمومی در سراسر جهان قرار داده است (۱۴). افراد افسرده از لحاظ هیجانی ناامید و منزوی، از لحاظ ویژگیهای شناختی دچار کندی فرآیندهای تفکر، نگرانی وسواسی، ناتوانی در تصمیم گیری، دارای خودپنداره منفی، سرزنش خود و هذیانهای گناه و بیماری و از نظر ویژگیهای حرکتی دچار خستگی مفرط، کاهش اشتها و خواب و کاهش فعالیت حرکتی هستند (۱۵). بیماران مبتلا به دیابت سطوح بالایی از افسردگی را تجربه می کنند (۱۵). لیرو و همکاران[۴] (۱۶) در پژوهش خود عنوان کردند که بیماران دیابتی نوع ۲ از سطوح بالای افسردگی رنج می برند. در همین راستا تحقیقات کوگان و همکاران[۵] (۱۷) و اسماعیلی و همکاران (۱۸) نشان داد که بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ افسردگی بالایی را گزارش می کنند. بنابراین شناسایی عوامل اثرگذار بر افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت ضروری به نظر میرسد. با شناسایی عوامل و تلاش برای رفع آن عوامل میتوان از ایجاد افسردگی در بیماران پیشگیری و به افزایش سلامت روان آنان کمک نمود. با توجه به مطالب ذکر شده پژوهش حاضر با هدف بررسی سهم سبک زندگی و کیفیت زندگی در پیش بینی افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت طرح ریزی و اجرا شد.

مواد و روش ها

طرح پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر شیوه طرح تحقیق از نوع مطالعات همبستگی و پیش بینی بود

جامعه ی آماری این پژوهش، شامل کلیه بیمارانی بود که به تشخیص متخصص غدد و متابولیسم و بر اساس آزمایشات بالینی، تشخیص بیماری دیابت نوع ۲ دریافت و به مرکز غدد و متابولیسم در تابستان ۱۳۹۵مراجعه کرده بودند. در مطالعات همبستگی به ازای هر متغیر حداقل ۱۵ نفر نمونه پیشنهاد می‌شود (۱۹). در این پژوهش سه متغیر اصلی وجود داشت، اما به منظور کفایت حجم نمونه در روشهای آماری ۱۰۰ نفر بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ به شیوه نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از: حداقل سن ۳۰ و حداکثر سن ۵۰ سال، دارا بودن حداقل سواد خواندن و نوشتن، حداقل دو سال از زمان تشخیص قطعی بیماری دیابت نوع ۲ گذشته باشد، محل زندگی و سکونت در شهر اصفهان. ملاکهای خروج شامل ابتلا به بیماری روانی شدید مطابق با DSM-5 و دیگر بیماریهای صعب العلاج جسمی دیگر از قبیل سرطان، ام اس، معلولیت جسمی، نابینایی و ناشنوایی. از هیچ یک از بیماران شرکت کننده در پژوهش هیچ گونه اطلاعات شخصی و خصوصی اخذ نگردید و به آنها اطمینان داده شد که از اطلاعات بدست آمده صرفاً برای انجام پژوهش استفاده خواهد شد.

[3] .Flangan
[4] -Liro & et al.,
[5] Kogan & et al.,

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.4.2.2]

در این پژوهش به منظور اندازه گیری متغیرهای پژوهش از سه پرسشنامه هنجاریابی شده به شرح زیر استفاده شد:

پرسشنامه سبک زندگی

پرسشنامه سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت را والکر و همکارانش[6] (۲۰) طراحی کردند. این پرسشنامه شامل ۵۲ عبارت و ۶ زیرمقیاس است. این شش بعد عبارتند از: تغذیه، ورزش، مسئولیت پذیری در مورد سلامت، مدیریت استرس (شناسایی منابع استرس و اقدامات مدیریت استرس)، حمایت بین فردی (حفظ روابط همراه با احساس نزدیکی)، خودشکوفایی (داشتن حس هدفمندی، به دنبال پیشرفت فردی بودن) و تجربه خودآگاهی و رضایتمندی. نحوه ی پاسخ دهی به این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرتی ۴ نقطه ای (هرگز، گاهی اوقات، اغلب و به طور معمول) است. در پژوهش والکر و همکارانش (۲۰) ضریب آلفای کرنباخ برای نمره کلی این پرسشنامه ۰/۹۴ گزارش شد. در پژوهش محمدی زیدی و همکاران (۲۱) ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۸۲ درصد و برای زیرمقیاس ها از ۶۴ تا ۹۱ درصد بود و تعداد گویه های این مقیاس از ۵۲ به ۴۹ تقلیل پیدا نمود که تعداد ۳ سوال در پژوهش آنها از نسخه اصلی حذف شد زیرا بار عاملی پایینی داشتند. برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سوالات با هم جمع خواهند شد. در این پرسشنامه نمرات بالاتر نشانگر سبک ارتقاء سلامت مثبت بالاتر است.

پرسشنامه کیفیت زندگی

پرسشنامه کیفیت زندگی(فرم کوتاه SF۳۶) توسط وار و شربون[7](۲۲) در آمریکا طراحی شد. در این پژوهش از نسخه فارسی فرم کوتاه ۳۶ سوالی که توسط منتظری و همکاران به زبان فارسی ترجمه شده است، استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۸ مقیاس چند آیتمی است که عبارتند از: کارکرد جسمی، اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی، اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی، انرژی/خستگی، بهزیستی هیجانی، کارکرد اجتماعی، درد، سلامت عمومی. برای به دست آوردن ۸ زیر مقیاس باید سوالات مربوط به هر زیرمقیاس را جمع کنیم و سپس تقسیم بر تعداد سوالات نماییم. بنابراین نمرات هر زیر مقیاس بین ۰ تا ۱۰۰ خواهد بود. پایایی و روایی نسخه فارسی این پرسشنامه به ترتیب ۰/۹۰ و- ۰/۷ در ایران تأئید شده است (۳۲).

پرسشنامه افسردگی بک

پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۹۶) شامل ۲۱ سؤال است که علایم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه گیری می کند. هر ماده دارای ۴ گزینه است که بر مبنای صفر تا ۳ نمره‌گذاری می شود. نمره‌های بدست آمده بر اساس هنجاریابی به این صورت است که ۰ تا ۱۳ (هیچ یا کمترین افسردگی)، ۱۴تا۱۹ (افسردگی خفیف)، ۲۰ تا۲۸ (افسردگی متوسط) و۲۹ تا ۶۳ (افسردگی شدید). پایایی این پرسشنامه از طریق ضریب همسانی درونی بر حسب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و همبستگی حاصل از روش تصنیف بر اساس سؤال‌های زوج و فرد برابر ۰/۷۰ = r گزارش شده است (۲۴).

یافته ها

در جدول ۱ ویژگیهای جمعیت شناختی افراد نمونه ذکر گردیده است.

[6] Walker & et al.,

[7] Ware & Sherburne

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.4.2.2]

جدول شماره۱: ویژگیهای جمعیت شناختی افراد نمونه

متغیرها		بیماران دیابتی	
		فراوانی	درصد
سن	۳۰ تا ۳۴ سال	۱۴	۱۴
	۳۵ تا ۳۹ سال	۲۲	۲۲
	۴۰ تا ۴۴ سال	۲۸	۲۸
	۴۵ سال تا ۵۰	۳۶	۳۶
تحصیلات	دیپلم و کمتر	۲۴	۲۴
	فوق دیپلم	۳۴	۳۴
	لیسانس	۲۸	۲۸
	تحصیلات تکمیلی	۱۴	۱۴
سابقه بیماری	کمتر از ۵ سال	۱۶	۱۶
	۵ تا ۱۰ سال	۲۴	۲۴
	۱۱ تا ۱۶ سال	۳۲	۳۲
	۱۷ تا ۲۲ سال	۱۸	۱۸
	۲۳ سال به بالا	۱۰	۱۰

با توجه به جدول ۱ بیشترین افراد شرکت کننده در دامنه سنی ۴۵ تا ۵۰ سال بوده اند. از نظر میزان تحصیلات کمترین میزان مربوط به تحصیلات تکمیلی است و اکثریت افراد شرکت کننده بین ۱۱ تا ۱۶ سال از بیماری آنها می گذرد. به منظور بررسی پیش بینی افسردگی بر اساس کیفیت زندگی در مبتلایان به دیابت نوع ۲ از روش رگرسیون استفاده گردید.

جدول شماره ۲: پیش بینی افسردگی بر اساس کیفیت زندگی با رگرسیون به شیوه ورود

مدل	R	مربع R	خطای استاندارد براورد	ضرایب استاندارد (بتا)	T	معنا داری
کیفیت زندگی	۰/۴۷	۰/۲۲	۷/۰۹۴	-۰/۴۷۱	-۵/۲۸۶	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۲ نشان می دهد که مقدار بتا برای ضرایب استاندارد ۰/۴۷۱- است که بیانگر رابطه معنادار($p< ۰/۰۰۰$) و منفی بین کیفیت زندگی و افسردگی است. بدین معنی که هر چه کیفیت زندگی بالاتر، میزان افسردگی در مبتلایان به دیابت نوع ۲ کمتر است. با توجه به نتایج رگرسیون با روش ورود می توان نتیجه گرفت که کیفیت زندگی توان پیش بینی افسردگی در مبتلایان دیابت نوع ۲ را دارد. در جدول ۳ توان پیش بینی زیر مقیاسهای کیفیت زندگی برای افسردگی نشان داده شده است.

جدول شماره ۳: پیش بینی افسردگی بر اساس زیر مقیاسهای کیفیت زندگی با رگرسیون به شیوه گام به گام

مدل	R	مربع R	خطای استاندارد براورد	ضرایب استاندارد (بتا)	T	معنا داری
اختلال نقش بعلت سلامت جسمی	۰/۳۱۱	۰/۰۹۷	۷/۶۴۳	-۰/۲۷۰	-۲/۷۹۶	۰/۰۰۶
اختلال نقش بعلت سلامت هیجانی	۰/۳۶۵	۰/۱۳۳	۷/۵۲۵	-۰/۱۹۶	-۲/۰۲۴	۰/۰۴۶

با توجه به نتایج رگرسیون گام به گام فقط زیر مقیاسهای اختلال نقش به علت سلامت جسمی و اختلال نقش به علت سلامت هیجانی توان پیش بینی افسردگی در مبتلایان به دیابت نوع ۲ را دارند؛ و بقیه زیرمقیاسها وارد معادله نشده اند. در ادامه نتایج بررسی پیش بینی افسردگی بر اساس سبک زندگی در مبتلایان به دیابت نوع ۲ از روش رگرسیون گزارش شده است.

جدول شماره۴: پیش بینی افسردگی بر اساس سبک زندگی با رگرسیون به شیوه ورود

مدل	R	مربع R	خطای استاندارد براورد	ضرایب استاندارد (بتا)	T	معنا داری
سبک زندگی	۰/۳۳۸	۰/۱۱۴	۷/۵۶۹	-۰/۳۳۸	-۳/۵۵۴	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۴ بیانگر رابطه معنادار منفی سبک زندگی و افسردگی است ($p< ۰/۰۰۱$). این نتیجه بدین معنی است که هر چه سبک زندگی بهتر میزان افسردگی پایین تر است. همچنین نتایج رگرسیون به روش ورود نشان دهنده توان پیش بینی سبک زندگی برای افسردگی است. نتایج

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.4.2.2]

تحلیل رگرسیون گام به گام برای زیر مقیاسهای سبک زندگی در جدول ۵ نشان داده شده است.

جدول شماره۵: پیش بینی افسردگی بر اساس زیر مقیاسهای سبک زندگی با رگرسیون به شیوه گام به گام

مدل	R	مربع R	خطای استاندارد براورد	ضرایب استاندارد (بتا)	T	معنا داری
تغذیه	۰/۲۵۹	۰/۰۶۷	۷/۷۹	-۰/۲۵۹	-۲/۶۵۰	۰/۰۰۹

با توجه به نتایج جدول بالا نتیجه گرفته می شود که فقط زیرمقیاس تغذیه توان پیش بینی افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ را دارد. در جدول بالا مقدار بتا برای معادله پیش بینی افسردگی از کیفیت زندگی (۰/۲۵۹-) برآورد شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به ویژگیهای جمعیت شناختی گروه نمونه مشخص شد اکثریت افراد در رده سنی ۴۰ تا ۵۰ سال قرار داشتند. تحصیلات افراد نمونه از دیپلم تا لیسانس بیشترین درصد را به خود اختصاص داده بود و بیشترین سابقه بیماری بین ۵ تا ۱۰ سال بود. نتایج نشان داد بین افسردگی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ رابطه معناداری وجود دارد. همچنین بر اساس مدل رگرسیونی نتیجه گرفته شد که کیفیت زندگی، توان پیش بینی افسردگی در مبتلایان را دارد. در تحلیل رگرسیون گام به گام مشاهده گردید که فقط دو زیر مقیاس محدودیت در ایفای نقش به علل جسمی و محدودیت در ایفای نقش به علل هیجانی، توان پیش بینی افسردگی را در مبتلایان به دیابت نوع ۲ داشتند؛ و بقیه زیر مقیاسها (کارکرد جسمی، انرژی/خستگی، بهزیستی هیجانی، کارکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی) وارد معادله نشدند. بطور کلی با توجه به نتایج استنباط می شود که هر چه کیفیت زندگی بیماران پایین تر باشد، میزان افسردگی در آنها بالاتر است. نتایج تحقیق ادلمن[8] و همکاران (۲۴)، صادقیه اهری و همکاران (۱۲) و وودوک و همکاران[9] (۲۶) نشان داد که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ متوسط و پایین است. در تحقیق صادقیه و همکاران همسو با پژوهش حاضر مشاهد شد که محدودیت نقش به علل هیجانی و کارکرد جسمانی باعث افت کیفیت زندگی بیماران شده است. همچنین وجود بیماریهای همراه با دیابت بطور معناداری موجب کاهش کیفیت زندگی در شاخص های سلامت عمومی، درد جسمانی، محدودیت نقش به علل جسمانی و محدودیت نقش به علل هیجانی گردیده است، که همگی دلیلی بر تأثیر عوارض و بیماریهای همراه بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی می باشد و بهترین راه مقابله با آن اقدامات پیشگیرانه و مداخلاتی است که از بروز این عوارض جلوگیری نماید. سعادتجو و همکاران نیز در تحقیقی نشان دادند که جنس، وضعیت اقتصادی نامناسب، عوارض دیابت و مدت زمان مبتلا به این بیماری به عنوان عامل خطر در کیفیت زندگی آنان می باشد. (۲۷) ارن[10] و همکاران نیز در پژوهشی یافتند که بین ابعاد کیفیت زندگی و افسردگی در مبتلایان به دیابت رابطه وجود دارد (۲۸). اسماعیلی و همکاران نیز دریافتند شدت افسردگی باعث پایین آمدن کیفیت زندگی در این افراد می شود (۱۵). صادقیه اهری و همکاران در بررسی ابعاد کیفیت زندگی دریافتند که شاخص محدودیت در ایفای نقش به علل جسمی، شاخص سلامت عمومی و کارکرد اجتماعی پایین ترین سطح کیفیت زندگی را داشته اند که نشان دهنده تاثیر بیماری دیابت بر هر دو سطح جسمی و اجتماعی است و توجه بر هر دو نوع موضوع را در درمان بیماران طلب می کند (۱۲).

[8] Edelman & et al.
[9] Wood cock & et al.
[10] Eren & et al.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.4.2.2]

در پژوهش حاضر پیش بینی افسردگی بر اساس سبک زندگی نیز مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاکی از رابطه معنادار سبک زندگی و افسردگی در مبتلایان به دیابت نوع ۲ بود. همچنین نتایج تحلیلی رگرسیون نشان داد که سبک زندگی توان پیش بینی افسردگی در بیماران را دارد. البته با توجه به رگرسیون گام به گام مشاهده گردید که فقط زیر مقیاس تغذیه توان پیش بینی افسردگی را داشت. نتایج پژوهش بطور مستقیم و غیر مستقیم همسو با نتایج پژوهش بیات و همکاران (۲۹)، ویلیامز و همکاران[11] (۳۰) و شجاعی زاده و همکاران (۳۱) بود. در تبیین این یافته می توان گفت دیابت یکی از بیماریهای شایع مزمن، پیشرونده و پرهزینه است و عوارض متعددی ایجاد می کند. فرد مبتلا به دیابت می داند که این بیماری عوارض کشنده ایی دارد و علت اصلی قطع اندام، نابینایی، نارسایی مزمن کلیه، و بیماریهای قلبی می باشد. بیماری زایی و مرگ و میر ناشی از عوارض بیماری دیابت، فرد را در معرض بیماریهای روانی همچون افسردگی قرار می دهد. دیابت یک استرس روانی مزمن محسوب می‌شود و تحقیقات پزشکی نشان می دهند که مشکلات روانی – اجتماعی ناتوان کننده‌ای چون عصبانیت، تحریک پذیری، کاهش انرژی، احساس خستگی که از علائم افسردگی تلقی می‌شوند، در مبتلایان به دیابت بیشتر از سایر افراد جامعه است. همچنین از انجا که برای شخص دیابتی ممکن است به دلایلی همچون عوارض جسمی جدی و محدودیت رژیم غذایی و فعالیت و نیاز به مراقبت دقیق از خود، مسائل روانشناختی و اجتماعی پیش آید و از سویی نداشتن آگاهی کافی از اصول خود مراقبتی و نحوه جلوگیری از عوارض بیماری منجر به بالا رفتن میزان افسردگی در بیماران دیابتی می شود (۱۰). بیماران مبتلا به دیابت لازم است رژیم غذایی مناسبی را به منظور جلوگیری از پیشرفت بیماری داشته باشند. آنها از بسیاری مواد غذایی لذیذ و شیرین خودداری می کنند. در پژوهش حاضر دیده شد که زیر مقیاس تغذیه می تواند میزان افسردگی را در بیماران پیش بینی کند. به نظر می رسد محدودیت در انواع غذاها و غیر قابل تحمل بودن پرهیز از برخی غذاها فرد را مستعد ناراحتی و افسردگی بیشتری خواهد کرد. با توجه به این نتایج باید ترتیبی اتخاذ شود که تاثیر این موضوع در تنظیم سبک زندگی به حداکثر برسد و استفاده از مشاوره تغذیه پیشنهاد می شود. همچنین همبودی مشکلات روانشناختی باعث کاهش کنترل متابولیکی، کیفیت زندگی و عدم پیروی از دستورات درمانی و رژیم غذایی مطلوب، افزایش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی، مصرف بیشتر انسولین، بروز عوارض مهلک دیابت، ناتوانی و مرگ و میر می‌شود. با توجه به یافته‌های غربالگری بیماران دیابتی از نظر مشکلات روانشناختی شایعی چون استرس، افسردگی و اضطراب و اجرای راهکارهایی نظیر آموزش مدیریت استرس همگام با درمان افسردگی و اضطراب به منظور ارتقاء توان سازگاری و انطباق و بهبود سبک زندگی در این بیماران ضروری به نظر می رسد.

بنابراین با توجه به نتایج پژوهش می توان نتیجه گرفت که سبک زندگی و کیفیت زندگی با افسردگی در بیماران رابطه دارند. از نشانه های اصلی افسردگی خلق پایین، عدم انگیزه و تلاش و ناامیدی نسبت به آینده است. در بسیاری از افراد مبتلا به دیابت علائم افسردگی باعث می شود، فرد نسبت به درمان خود ناامید شود و مراحل درمانی را ادامه ندهد. بسیاری از تحقیقات از جمله صمیمی (۳۲)، پتراک و هرپتز[12] (۳۳)، رحیمی (۳۴)، سلا[13] (۳۵)، ولسچن و همکاران[14] (۳۶)، اعظمی و همکاران (۳۷)، اسنوک و همکاران[15] (۳۸) و مارکر و همکاران(۹) نشان داده اند که آموزش به افراد بیمار می تواند سبک زندگی و کیفیت

[11] Williams & et al.,
[12] Petrak & Herpets
[13] Sela
[14] Welschen & et al.,
[15] Snoek & et al.,

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.4.2.2]

زندگی آنها را تغییر دهد، که به نوبه خود این تغییرات باعث افزایش خلق و کاهش افسردگی شده و افراد با انگیزه بالاتری به درمان بیماری خود خواهند پرداخت و نتایج درمانی بهتری عایدشان خواهد شد. افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت ممکن است در پاسخ به استرسهای روانی – اجتماعی ناشی از بیماری پدید آمده باشد. ضرورت محدودیت در رژیم غذایی و نخوردن بسیاری از غذاها و الزام برای انجام دادن تمرینات فیزیکی ممکن است برای فرد بیمار دیابتی استرس آور باشد و این استرسورهای روانی فرد دیابتی را به افسردگی بکشاند. بالا رفتن مدت زمان بیماری و ناتوانی در انجام بعضی کارها و کاهش برخی رفتارها در زندگی و ایجاد محدودیت در برخی مسائل، منجر به ظهور عوارض بیماری و ناامیدی از بهبودی در بیماران دیابتی می شود که به شکل افسردگی بروز می کند. بنابر آنچه گفته شد منطقی به نظر می رسد تلاش برای افزایش سبک زندگی (در غالب آموزش سبک زندگی سالم) و کیفیت زندگی (در غالب آموزش و طرح های مداخله ایی) می‌تواند تاثیر زیادی بر کاهش افسردگی این بیماران داشته باشد. در همین راستا واتانابه، یوکوتسوکا، یاماوکا، آداچی، نموتو و تانگو (۳۹) نشان دادند که آموزش شیوه سبک زندگی سالم و صحیح می‌تواند از بروز بسیاری بیماری‌ها به‌ویژه بیماری دیابت نقش مهمی ایفا کند.

لازم به ذکر است که تحقیقاتی که عوامل روانی از جمله افسردگی، اضطراب، خشم و غیره را در بیماران مبتلا به دیابت در ایران بررسی کرده باشند، محدود بود؛ و به همین دلیل امکان مقایسه نتایج با دیگر تحقیقات کمتر وجود داشت. همچنین این پژوهش در بین بیماران شهر اصفهان انجام شد، بنابراین تعمیم نتایج به دیگر بیماران در شهرهای دیگر وجود ندارد. علی رغم محدودیت های ذکر شده و با عنایت به نتایج تحقیق، پیشنهاد می شود که در تحقیقات آینده سایر متغیرهای روانشناختی در بیماران مبتلا به دیابت بررسی شود و از درمانهای روانشناختی جهت کاهش مشکلات روانشناختی و در نتیجه بهبود سبک زندگی و کیفیت زندگی و در نتیجه کنترل بهتر بیماری اقدام نمود.

تشکر و قدردانی

در این قسمت لازم است از تمامی پزشکانی که برای معرفی نمونه همکاری نمودند و همچنین از بیماران عزیزی که در تکمیل پرسشنامه ها در پیشبرد این پژوهش مساعدت نمودند قدردانی شود.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.4.2.2]

References

1. Namazi N, Tarighat Esfanjani A, Avari M, Heshmati J. Effect of Hydroalcholic nettle extract on insulin sensitivity and some inflammatory indicator in type 2 diabetic patients. University of Medical Sciences Hamadan . 2012; 18(4): 10-4.
2. Zanboori V, Kalantari S, Sharifi F. Effect of oral triple therapy on glycemic control in patients with type 2 diabetes and Lppyd. Zanjan Medical of Journal. 2008; 15(1): 17-26 [Persian]
3. Shamsi M, Sharifirad G, Kacholi A, Hasanzadeh A. The effect of educational program walking based on health belief mode and control sugar in women by type 2 diabetes. Iranian Journal of indocrinol Metabolic. 2010;11(5): 490-99. [Persian].
4. Delauns SC, Lander PK. Fundamental of nursing. 4 th ed. USA: College Bookstore, 2011.
5. Phipps WJ, Sands JK, Marek JF. Medical-Surgical Nursing. Journal of Clinical Nursing. 2000; 9(4): 649–50
6. Egede LE, Ellis C. Diabetes and depression: Global perspectives. Diabetes Research and Clinical Practice. 2010; 87(3): 302-12.
7. Borhani F, Abbaszadeh A, Ghaebi M, Kohan S. Relationship between efficiency and individual health belief in patients with type 2 Diabetes. Payesh. 2010; 10(4): 371-83. [Persian].
8. Sabet R, Hadyan Z. Indicators of diabetes and self- efficacy in patient with diabetes. Parastari Journal. 2009; 14(5): 15-21. [Persian].
9. Marker f, Craren jl, Roding E. Relationship of self afficyand binging to adherence to diabetes regimen among adolescence diabetes care. Eur J public health. 2012; 45(1): 90-102.
10. De Groot M, Doyle T, Kushnick M, Shubrook J, Merrill J, Rabideau E, et al. Can lifestyle intervention do more than reduce diabetes risk? Treating depression in adult with type 2 diabetes with exercise and cognitive behavioral therapy. Curr Diab Rep. 2012; 12(2): 157-66.
11. Borzuo SR, Salavati M, Safari M, Hadadinejad SH, Zandieh M, Torkaman B. Quality of life in type II diabetic patients referred to Sina Hospital Hamadan. Zahedan Journal of Research in Medical Science. 2011; 13(4): 43-6. [Persian]
12. Sadegie Ahari S, Arshi S, Iranparvar Alamdari M, Amani F, Siahpoush H. The effect of complication of type 2 diabetes on patients' quality of life. Journal of Ardabil University of Medical Science. 2009; 8(4): 394-402. [Persian].
13. Ganji M. Abnormal psychology based on DSM-5. 2013. 1st ed. Tehran: Savalan publication. [Persian].
14. Word Health Organization: Seedentary lifestyle is a global public health problem. WHONCD prevention and health problem; 2003.
15. Egede LE, Ellis C. Diabetes and depression: global perspective. Diabetes Res Clin Pract. 2010; 87(3): 302-12.
16. Liro N, Boconegra A, Azhan S, Wang S, Stols N, Acosta I, et al. Clinical depressive symptoms. Nurs Res. 2008; 21(3): 223-33.
17. Kogan M, Brody C, Crawley P, Logan W. Correlates of elevated depressive symptom among ruler African adults with type 2 diabetes. Affect Disorder. 2007; 17(1): 106-12.
18. Esmaeli A, Asadnia S, Easazadeh A, Amirsardari L, Issazadegan A, Ansari B. Evaluation of the effectiveness of cognitive behavioural therapy on decreasing depressuion levels and

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.4.2.2]

improving the lifestyle on patients with type 2 diabetes. The Journal of Urmia University of Medical Sciences. 2013; 24(10): 812-22. [Persian].

19. Molavi H. Satistical methods for psychology. Isfahan: Poyesh andishe; 2006. [Persian].

20. Walker SN, Sechrit KR, Pender NJ. The health promoting lifestyle profile, development and psychometric characteristics. Nurs Res. 1987; 36(2): 76-81.

21. Mohammadizeidi I, Pakpor Hajiagha A, Mohammadizeidi B. Relibility and validity of Persian version of the health promoting lifestyle profile. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2012; 21(1): 103-13. [Persian].

22. Ware JE, Sherbourn CD. The MOS 36-item short-form healthy survey(SF-36). Conceptual framework and item selection. Med care. 1992; 30(6): 473-83.

23. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The short form Heailt survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. Quality of life research: an international Journal of Quality of life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation. 2005; 14(3): 875-82.

24. Ghasemzadeh H. CBT. Tehran: Arjmand Press; 2005. [Persian].

25. Edelman D, Olsen MK, Dudley TK. Impact of diabetes screening on quality of life. Diabetes care. 2002; 25(6): 1022-6

26. Woodcock A, Bradley C, Plowright R, Fytche T, Kennedy T, Hirsch A. The influence of diabetes retinopathy on quality of life. Patient Educ Couns. 2004; 53(3): 365-83.

27. Saadatjoo SA, Rezvanee MR, Tabyee SH, Oudi D. Life quality comparison in type 2 diabetic patients and non diabetic persons. 2012; 9(1): 24-31.

28. Eren I, Erdio O, Sahin M. The effect of depression on quality of life of patients with type 2 diabetes mellitus. Depress Anxiety. 2008; 25(2): 98-106.

29. Bayat F, Shojaeizadeh D, Hossani SM, Sadeghi R, Tol A. Effectiveness of educational program on life style modification among type 2 diabetic patients. 2013; 8(7): 1235-44.

30. Williams S, Gray M, Katon W, Ehlinp H, Noel J, Worche J, et al. The effectiveness of depression ceramanagement on the diabetes – related outcomes in order patients. Diabet and physical activity. Diabetes care. 2004; 140(12): 1015-24.

31. Shojaeizadeh D, Stebsari F, Azam K, Batebi A, Mostafaee D. Comparative of effective factor on lifestyle in type 2 diabetic patients and health persons in Tonekabon hospital. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. 2008; 16(2): 71-9.

32. Samimi R. The relationship between lifestyle and mental health of college student. Hamedan Medical Journal. 2007; 7(15): 54-65. [Persian].

33. Petrak F, Herpets S. Treatment of depression in diabetes. Psychiatry. 2009: 22(2): 211-7

34. Rahimi M. The effectiveness of cognitive behavioral therapy to improve high school student's lifestyle. Zabol Medical Journal. 2010; 9(16): 33-43. [Persian].

35. Sela RA. Chronic low back pain and cognitive – behavioral therapy [dissertation]. Edmonton: University of Alberta; 1990.

36. Welschen LMC, Van oppen P, Dekker JM, Bouter LM, Stalman WAB, Nijpels G. The effictiveness of adding cognitive

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.4.2.2]

behavioral therapy aimed at changing diabetes care for patients with type 2 diabetes: design of a randomaised controlled trail. BMC Public Health. 2007; 8(7): 74.

37. Tel A, Azam K, Shahmirzadi S, Shojaeezadeh D, Mohebi B, Khani H. Relation between empowerment of diabetes control and adoption of self-management behaviors and its related factors among type 2 diabetic patients. Razi Med J. 2012; 19(98): 11-8. [Persian].

38. Snoek FJ, Van der van Nc, Lubach CH, Chatruo M, Ader HJ, Heine RJ, et al. Effect of cognitive behavioral group training in adult patients with poorly controlled insulin-dependent diabetes: a pilot study. Patient Educ Couns. 2001; 45(2): 143-8.

39. Watanabe M, Yokotsuka M, Yamoaka K, Adachi M, Nemoto A, Tango T. Effects of a lifestyle modification programme to reduce the number of risk factors for metabolic syndrome: A randomized controlled trial. Public Health Nutr. 2017; 20(1): 142 – 53.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.4.2.2]

Journal of Diabetes Nursing
pISSN: 2345-5020
eISSN: 2423-5571
Received: 2017/05/31
Accepted: 2017/12/11
Volume **5** Number **4** p: **320-331**

Investigation of Life Style and Quality of Life in Predicting Depression in Type II Diabetic Patients

Dehghani Akram[1] *

1. Department of Clinical Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

***Corresponding Author**: Akram Dehghani, Islamic Azad University, Najafabad Branch. Email: ddehghani55@yahoo.com

Abstract

Introduction: In the 21st century, industrialization, globalization, increased life expectancy, and lifestyle changes are evident all over the world. One of the outcomes of these changes is alteration in disease pattern and enhanced prevalence of chronic diseases such as diabetes. Lifestyle and quality of life have a significant impact on exacerbation of diabetes symptoms, which in turn, will undermine the patient's psychological condition. We sought to predict depression based on lifestyle and quality of life in patients with type 2 diabetes.

Materials and Methods: The target population in this correlational study was all the type 2 diabetic patients visiting the Endocrinology and Metabolism Research Institute of Isfahan, Iran, during 2016. One hundred subjects were selected by using the purposive sampling method. All the participants completed a set of questionnaires including Health-Promoting Lifestyle Profile (Walker et al., 1987), Quality of Life (36-item short-form version; Ware and Sherbourne, 1992), and Beck Depression Inventory. To analyze the data, multivariate regression was performed in SPSS, version 20.

Results: The relationship of lifestyle with quality of life and depression was significant among the type 2 diabetic patients ($P<0.001$). Lifestyle and quality of life variables could predict depression in these patients

Conclusion: Psychological issues and quality of life of patients visiting healthcare centers should be considered to prevent aggravation of their symptoms.

Keywords: Depression, Lifestyle, Quality of life, Type II diabetes mellitus

Access This Article Online	
Quick Response Code:	Website: www.zbmu.ac.ir/jdn
	How to site this article: Dehghani A. Investigation of Life Style and Quality of Life in Predicting Depression in Type II Diabetic Patients. J Diabetes Nurs. 2017; 5 (4) :320-331

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.4.2.2]