افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت: یک مقاله مروری

دکتر احمد ایزدی طامه [۱]، مهین نادری‌فر [۲*]، علیرضا نادری فر [۳]، ،رضا نیکبخت [۴]

۱- استادیار گروه علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه امام حسین (ع) تهران، ایران.
۲- عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی زابل، دانشجوی دکترای تخصصی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی تهران، ایران.
۳-دانشجوی دکترای مدیریت دولتی گرایش تطبیقی و توسعه دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان. ایران.
۴-دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

***نویسنده مسئول: مهین نادری فر - پست الکترونیکی:** mahin.naderifar@gmail.com

چکیده

مقدمه و هدف: دیابت یک بیماری متابولیک و یک مشکل بزرگ بهداشتی با شیوع رو به افزایش در جهان است که عوارضی نظیر نفروپاتی، نوروپاتی، رتینوپاتی و کوری را باعث می‌شود. افسردگی نیز از جمله اختلالات روانپزشکی است که با علائمی مانند کاهش علاقه و انرژی، احساس گناه، احساس شکست، گوشه‌گیری، اشکال در تمرکز، نفرت از خود، بی‌اشتهایی، افکار مرگ و خودکشی، بی‌خوابی یا پرخوابی و اختلال در عملکرد مشخص می-شود. بیماران دیابتی ممکن است به علت عوارض این بیماری دچار اختلالات خلقی و از جمله افسردگی شوند. هدف از این مطالعه، مروری بر افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت بود.

مواد و روش ها: مطالعه حاضر با جستجو به صورت مروری در متون موجود در پایگاههای اطلاعاتی فارسی و انگلیسی شامل Pubmed, Google scholars, Magiran, SID, Iran medex با کلید واژه های depression, diabetes و Patiant. مربوط به سال های ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۷ انجام گردید. در این مطالعه شیوع افسردگی در بیماران دیابتی و رابطه متغیرهای مختلفی مانند جنس، سن ابتلا ، وضعیت تأمل و غیره با افسردگی در بیماران دیابتی مورد بحث قرار گرفت.

یافته ها: دیابت شیوع بالایی در ایران دارد، ابتلای به افسردگی علاوه بر تشدید عوارض دیابت باعث بروز علائم خود تخریبی مانند پرخوری، پرنوشی، مصرف نکردن دارو ها و یا اقدام به خودکشی می‌شود که خود روند درمان دیابت را مختل می‌کند.

بحث و نتیجه گیری: تاکنون مطالعات زیادی درباره‌ی شیوع افسردگی در بیماران دیابتی انجام شده است که مشخص کرده است شیوع افسردگی در بیماران دیابتی بسیار بیشتر از افراد عادی است و نیز شیوع افسردگی در برخی افراد مانند زن‌ها، افراد مجرد، بیوه یا مطلقه، آنهایی که سابقه‌ی ژنتیکی ابتلا به افسردگی دارند بیشتر از سایرین است. پیشنهاد می‌شود بررسی و مشاوره روانپزشکی در این بیماران و بخصوص آن بیمارانی که بیشتر مستعد افسردگی هستند، انجام شود.

واژه های کلیدی: افسردگی، بیمار، دیابتی

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-11]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.2.7.2]

مقدمه

دیابت یک بیماری متابولیک و یک مشکل بزرگ بهداشتی با شیوع رو به افزایش در جهان است (۱). این بیماری به علت عدم جذب سلولی قند خون، ناشی از کاهش ترشح انسولین یا مقاومت سلول‌های بدن در برابر انسولین ایجاد می‌شود که عوارضی نظیر نفروپاتی، نوروپاتی، رتینوپاتی و کوری را باعث می‌شود (۲). دیابت با افزایش قند خون در بیمار مشخص می‌شود و همچنین نارسایی قلبی- عروقی، کلیوی و کاهش فعالیت عصبی از جمله عوارض طولانی مدت این بیماری است (۳). در حدود ۷ درصد بیماران دیابتی در سال اول تشخیص دچار اختلالات نوروپاتیک هستند (۴). با گذشت زمان عوارض مختلف نوروپاتی مانند اختلالات حافظه و یادگیری، انواعی از درد، اضطراب، ترس، اختلال رفتار تولید مثلی و افسردگی در بیماران دیابتی بروز می‌کند (۵). افسردگی نیز از جمله اختلالات روانپزشکی است که با علائمی مانند کاهش علاقه و انرژی، احساس گناه، احساس شکست، گوشه‌گیری، اشکال در تمرکز، نفرت از خود، بی‌اشتهایی، افکار مرگ و خودکشی، بی-خوابی یا پرخوابی و اختلال در عملکرد مشخص می‌شود (۶) که نوروترانسمیترهایی مانند سروتونین و نوراپی‌نفرین و همچنین رویدادهای مختلف زندگی و استرسورهای درونی مانند قندخون، کلسترول، تری گلیسرید و سایر فاکتورهای خونی و نیز بیماری‌های مزمن در ایجاد و عود آن نقش دارند (۷). دیابت یک اپیدمی خاموش در تمام نقاط جهان از جمله کشور ما است زیرا باعث تحمیل هزینه‌های مستقیم به میزان ۲/۵ تا ۱۵ درصد کل بودجه بهداشتی و هزینه غیر مستقیم تا چند برابر می‌شود و نیز باعث ۹ درصد کل مرگ‌ها در جهان است(۳و۸). شیوع دیابت در جوامع ۳ تا ۵ درصد است ولی در برخی از جوامع بطور قابل ملاحظه شیوع بالاتری دارد. در ایران دیابت با میزان شیوع ۷ درصد دیابت و ۱۳ درصد دیابت پنهان در جمعیت بزرگسال تقریباً ۲۰ درصد جمعیت ایرانی مبتلا به دیابت و یا مستعد آن هستند(۹). برای افراد مبتلا به دیابت پذیرش تغییر روش زندگی براساس بیماری بسیار مشکل است و از آنجا که این بیماران معمولاً از عوارض کوتاه مدت و بلند مدت بیماری اطلاع دارند و بیماری دیابت یک منبع استرس برای بیماران مبتلا می‌باشد ایجاد اختلالات خلقی بخصوص افسردگی در این افراد زیاد است (۱۰و۱۱) که مطالعات فراوانی در جهت تأیید این موضوع انجام شده است. مطالعه کرندین (۲۰۰۰) نشان داد که شیوع افسردگی در بیماران دیابتی ۶۱/۳ درصد می‌باشد که ۴۰/۶ درصد افسردگی متوسط تا شدید دارند(۱۲). در مطالعه‌ی دیگری توسط آندرسون و همکاران در یک متا آنالیز روی ۴۲ مطالعه‌ی مقایسه‌ای، شیوع اختلال افسردگی عمده در افراد دیابتی دو برابر بیشتر از افراد غیر دیابتی به دست آمد (۱۳). مطالعه ظهیرالدین و همکاران (۲۰۰۳) مشخص کرد که ۷۸ درصد بیماران دیابتی بر اساس تست بک، مبتلا به افسردگی بودند (۱۴). در مطالعه‌ای که در سمنان (۲۰۰۵) انجام شد، نیز شیوع افسردگی در بیماران دیابتی ۷۱/۶ درصد بود (۱۵). در مطالعه‌ی نجاتی صفا و همکاران که درسال ۱۳۸۶انجام شد، ۲۸ درصد از بیماران دیابتی از افسردگی رنج می‌بردند (۱۶). بطور کلی مطالعات نشان داده است که افسردگی در افراد دیابتی ۲ تا ۳ برابر بیشتر از افراد غیر دیابتی است (۱۷). با توجه به شیوع بالای دیابت در ایران و نیز شیوع بالای خودکشی که خود روند درمان دیابت را مختل می‌کند و به

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-11]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.2.7.2]

عوارض آن عـوارض بیمـاری افسـردگی را مـی‌افزایـد و اینکـه متاسفانه در بسیاری از کشـورها از جملـه کشـور ایـران علائـم افسردگی را جزء عـوارض طبیعـی بیمـاری دیابـت مـی‌داننـد، تشخیص و درمان سریع افسردگی درکنار بیماری دیابت اهمیت زیادی دارد (۱۸و۱۹). هدف از این مطالعه، مروری بر افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت بود.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر با جستجو به صورت مروری در متون موجود در پایگاههای اطلاعاتی فارسی و انگلیسی شامل Magiran, Pubmed, Google scholars, SID, Iran medex با کلید واژه های depression, diabetes و Patiant. مربوط به سال های ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۷ انجام گردید. مطالعات فراوانی در خصوص افسردگی در بیماران دیابتی و فاکتورهای تأثیرگذار در آن در پایگاههای اطلاعاتی وجود داشت که در این مطالعه با بررسی متون حاصل از پایگاههای اطلاعاتی شیوع افسردگی در بیماران دیابتی و رابطه ی متغیرهای مختلفی مانند جنس، سن ابتلا، وضعیت تأمل و غیره با افسردگی در بیماران دیابتی مورد بحث و بررسی قرار گرفت.

یافته ها

درصد افسردگی در زنان دیابتی بسیار بیشتر از مردان دیابتی است (۲۰) و نیز شانس ابتلا به افسردگی متوسط و شدید نیز در زنان بسیار بیشتر از مردان است که می‌تواند نتیجه محدود شدن روابط اجتماعی زنان بیمار و شرایط خاص زنان از نظر موقعیت‌های استرس‌زا و اضطراب آور خانوادگی باشد (۲۱). بین مدت ابتلا به بیماری و افسردگی رابطه‌ی مستقیم وجود دارد که مربوط به ظهور عوارض بیماری با گذشت زمان می‌باشد و نیز هر چه سطح سواد بیماران پایین‌تر باشد شانس ابتلا به افسردگی در آنان افزایش می‌یابد که این امر ممکن است بخاطر سطح پایین اقتصادی افراد کم سواد باشد (۲۰). بیمارانی که از نظر ژنتیکی مستعد ابتلا به افسردگی هستند بطور مضاعف در معرض ابتلا به افسردگی قرار می‌گیرند و نیز آنهایی که درگیر عوارض دیررس دیابت هستند بیشتر از افرادی که دارای عوارض نبودند، دچار افسردگی می‌شوند. بیماران دیابتی که از انسولین استفاده می‌کنند، بیشتر از سایرین به افسردگی دچار می‌شوند، افراد شاغل کمتر از افراد غیر شاغل و افراد بیوه، مطلقه یا ازدواج نکرده بیشتر از افراد متأهل دچار افسردگی می‌شوند (۲۲و۲۳). از آنجا که شیوع دیابت در ایران زیاد است پیشگیری، شناخت و درمان افسردگی در آنان خصوصاً درسال-های اولیه نقش مهمی در کنترل دیابت دارد، زیرا افسردگی با تأثیر بر هورمون‌های مخالف انسولین مستقیماً بر قندخون بیماران تأثیر می‌گذارد و نیز از طریق اختلال در عادات غذایی، فعالیت فیزیکی و کارهای روزمره زندگی، تبعیت نکردن از رژیم غذایی و مصرف داروها، افکار خودکشی، کاهش تحرک، انزوای اجتماعی و دیگر عوارض مربوطه نیز بر درمان دیابت تأثیر می-گذارد. از طرفی افسردگی ممکن است رفتارهای خود تخریبی مانند زیاد خوردن و یا نوشیدن را در بیمار افزایش دهد که خود با تاثیر گذاشتن بر وضعیت قندخون، دیابت و در نتیجه افسردگی ناشی از آن را شدت می‌بخشد (۱۹). یکی از احتمال‌هایی که برای شیوع بالای افسردگی در بیماران دیابتی وجود دارد اثرات فیزیولوژیکی مستقیم دیابت است و مطالعات نشان داده است که کاهش قندخون می‌تواند بصورت مستقیم باعث کاهش شیوع و یا عوارض افسردگی شود و نیز یک

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-11]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.2.7.2]

احتمال دیگر مبنی بر این است که نشانه‌های روانشناختی، برخاسته از استرس ناشی از مبتلا بودن به یک بیماری جسمی مزمن هستند و مشخص شده است که استرس‌های مربوط به دیابت رابطه‌ی مثبت معنی‌داری با میزان شیوع نشانه‌های افسردگی در بیماران دیابتی دارد، بنابراین آموزش مدیریت استرس می‌تواند نقش بسزایی در کاهش قندخون و در نتیجه افسردگی داشته باشد. مدیریت استرس به مجموعه تکنیک ها و روش هایی اطلاق می‌شود که برای کاهش استرس تجربه شده توسط افراد یا افزایش توانایی آنها در مقابله با استرسهای زندگی به کار گرفته می‌شوند (۲۴). مطالعه‌ی سورویت وهمکاران (۲۰۰۲) و نیز مک گینس وهمکاران (۲۰۰۵) نشان داد که آموزش مدیریت استرس به شیوه‌ی شناختی-رفتاری باعث کاهش قندخون و افسردگی در بیماران دیابتی می‌شود (۲۵و۲۶). هر عاملی که بتواند قندخون این بیماران را کنترل کند یا خلق و خوی آنان را بالا ببرد، باعث جلوگیری یا تخفیف علائم افسردگی درآنان می‌شود. تمرین‌های ورزشی هوازی باعث کاهش بروز افسردگی در بیماران دیابتی شده یا علائم آن را کاهش می‌دهد (۲۷).

بحث و نتیجه گیری:

با توجه به مطالعات مرور شده و شیوع بالای افسردگی در بیماران دیابتی و تأثیر آن بر سیر درمان بیماری و نیز شدت بخشیدن عوارض بیماری، بررسی و مشاوره روانپزشکی در این بیماران و بخصوص آن بیمارانی که بیشتر مستعد افسردگی هستند، مانند زنان و افرادی که سابقه‌ی افسردگی در خود یا خانواده‌ی خود داشته‌اند، برای تشخیص زودرس افسردگی و تنظیم برنامه‌های مربوط به پیشگیری و بهبود افسردگی در آنها ونیز ارائه‌ی آموزش‌های روان‌شناختی و تشویق به انجام اعمالی که باعث کنترل یا پیشگیری از افسردگی می‌شود، مانند ورزش‌های هوازی یا کنترل قندخون در حد طبیعی مهم و سودمند می‌باشد.

با توجه به کم بودن یا انجام نشدن مطالعه پیرامون بعضی از موضوعات از قبیل رابطه افسردگی با دوز انسولین دریافتی، کیفیت خود مراقبتی با میزان و نوع افسردگی و رابطه‌ی بین میزان هموگلوبین A_1C با افسردگی پیشنهاد می‌شود، تحقیقاتی پیرامون این موضوعات نیز انجام شود.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-11]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.2.7.2]

Depression in patiens with Diabetes: A Review Article

Izadi tameh A[1], Naderi Far M[2]*, Naderi Far A[3], Nikbakht R[4]

1. Assistant Professor, Department of Psychology & Education, Imam Hossein University, Tehran, Iran

2. Faculty members of Zabol University of Medical Sciences, Nursing PhD Student, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3. PhD Student of public administration comparative trends and development, Islamic azad university of kerman. Iran.

4. MSCN Student, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.

* **Corresponding author**: Mahin Naderi far **, E-mail:** mahin.naderifar@gmail.com

Abstract

Background: Diabetes is a metabolic disease and a major health concern, worldwide. The prevalence of diabetes is increasing rapidly, causing various complications including nephropathy, neuropathy, retinopathy, and blindness. Depression is a psychiatric disorder with symptoms such as loss of interest and energy, feelings of guilt, feelings of failure, isolation, concentration difficulties, self-hatred, and loss of appetite, suicidal thoughts, insomnia, and oversleeping. Patients with diabetes may develop mood disorders including depression. The aim of this review was to discuss depression in patients with diabetes.

Methodology: In the current study, English and Persian databases including Magiran, Iranmedex, SID, Google Scholar, and PubMed were searched, using keywords such as "diabetes", "depression", and "patient". Related articles published during 1995-2007 were assessed. Prevalence of depression in diabetic patients, as well as the relationship between depression and different variables including age, sex, and marital status, was evaluated.

Results: As the results indicated, the prevalence of diabetes is quite high in Iran. Depression not only exacerbates diabetes-associated complications, but also leads to self-destructive behaviors including overeating, polydipsia, non-use of medications, and suicidal attempts, which interrupt the process of diabetes treatment.

Discussion and Conclusion: Depression is more prevalent in diabetic patients, compared to the general population. Moreover, women, single individuals, widows (widowers), the divorced, and those with genetic backgrounds of depression are more susceptible to depression, compared to others. Therefore, assessment and psychiatric consultation are recommended for diabetic patients, especially those who are more prone to depression.

Keywords: Depression, Diabetes, Patient.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-11]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.2.7.2]

References

1. Atalay M ,Laaksonen DE .Diabetes, oxidative stress and physical exercise .J Sports Sci Med. 2002;1(1):1-14.
2. Brunner and Suddarths, Textbook of Medical – Surgical Nursing, 10thEdition, Williams & Wilkins.2004: 1203-1149.
3. Ahmann AJ. Guideline and Performance Measures for Diabetes. Am J Manag Care.2007; 13: 6-41.
4. Baydas G SE, Tuzcu M, Yaser A, Donder E. Novel, role for abapentin in neuroprotection of central nervous system in streptozotocine-induced diabetic rats. Acta Pharmacologica Sinica. 2005(26):417-22.
5. Leonard EE. Effects of depression on work lossand disability bed days in individuals with diabetes.Diabetes care. 2004; 27: 1751-753.
6. Sadock BJ. Mood disorders. In: Kaplan HI, Sadock BJ, editors. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry. 8th ed. Baltimore, MD: Williams & Wilkins; 1998.
7. Daulalas AD, Rallidis M. Association of depressive symptoms with coagulation factors in young healthy individuals. Atherosclerosis 2005 ;(91)1: 53-59.
8. Ahmadi A, Hasan zade J, Rajaefard AR. Metabolic control and care assessme in patients with type 2 diabetes in chaharmahal & bakhtiyari province 2008. Iranian journal of endocrinology Shahid Beheshti University of medical sciences and health services. 2009; 11(1):33-9.[Persian]
9. Brownell KD, Cohen LR. Adherence to dietary regimens: An overview of research .Behav Med.2002 ;20 :54-149.
10. Mohammadi M, Ghal-eriz P, Pahlevanzadeh S, Mosavei GA, Hamzeei M. Competitive prevalence incidence and severity of depression in diabetic patients treated by tablets and Insulin. Arak Medical University Journal. 2001; 14(4):25-9. [Persian]
11. Kasper Dl, Braunwald M, Fauci AS, HauserA, et al. Harrisons principles of internal medicine. 16th Ed. New York: McGraw – Hill; 2005.
12. Grandinetti A, Kaholokula JK, Crabbek M, Kenui C,Chen R, Changh K. Relationship between depressive symptoms and diabetes among native Hawaiians. Psychoneuroendocrinology.2000; 25(3): 239- 246.
13. 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):1069-78.
14. Zahiroddin AR ,Sadighi G. Depression among 100 Diabetics Referring to University Hospitals .Pejouhesh.2003 ;27 3:203-7. [Persian]
15. Behnam B, Ghorbani R. Epidemiologic features of depression in non–insulin dependent diabetic patient's inSemnan .Pejouhesh .2005 ;29(1):(45-9). [Persian]
16. Nejatisafa AA, Larijani B, Shariati B, Amini H, Rezagholizadeh A. Depression, quality of life & blood glucose control in diabetics. Iranian Journal of Diabetes & Lipid.2007; 7: 195-204.[Persian]
17. Leonard EE. Effects of depression on work loss and disability bed days in individuals with diabetes.Diabetes care.2004; 27: 1751-753.
18. Abasalli Zadeh A; Asadollah AH. "Answer to common patient's questions about depression". 1st ed. 1379: page 13.
19. Gelder M. Oxford text book of psychiatry. 3rd ed. Oxford: medical publication psychiatry: 1995.
20. Papadopoulos AA, Kontodimopoulos N, Frydas A, Ikonomakis E, Niakas D. Predictors of healthrelated quality of life in type II diabetic patients in Greece. BMC Public Health.2007; 7: 186.
21. Garduno- Espinosa J, Tellez- Zenteno JF, Hernandez-Ronquillo L. Frequency of depression in patients with diabetes mellitus type II. Rev Invest Clin.1998; 50(4):287.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-11]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.2.7.2]

22. Sevincok-L. Depression in a sample of Turkish type2 diabetes patients, Turkey: Adnan Menderes.Eur psychiatry.2001; 16:229-31.
23. Zahiroddin A, Sedighi G. Study of depression prevalence in diabetic patients referring to Emam Hosain and Loghman hospitals. Medical researches.2004; 27:203-207. [Persian]
24. Seaward B L. Managing stress: principles and strategies for health and wellbeing. Jonse and Bartlett publishers Inc. UK, 26Taylor S. Health Psychology. McGraw Hill; 2003.
25. Surwit R S, VanTilburg MA, Zucker N, McCaskill CC,Parekh P, Feinglos MN. et al. Stress management improves long-term glycemic control in type 2 diabetes. Diabetes Care.2002; 25: 30-4.
26. -McGinnis RA, McGrady A, Cox SA, Grower-dowling KA. Biofeedback- assisted relaxation in type 2 diabetes. DiabetesCare. 2005; 28: 2145- 9.
27. Diabetes Week. Depression: Mental health treatment extends lives of older patients with diabetes and depression. Atlanta 2007; p. 10

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-11]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.2.7.2]