

بررسی ارتباط کیفیت مراقبت از خود با میزان افسردگی بیماران دیابتیک نوع دو

مژگان رهنا* - اقدس پیرایشفر*

دکتر نغمه مخبر* - سیدرضا مظلوم*

افسردگی یک وضعیت شایع در بیماران دیابتی نوع دو است که سبب کاهش میل، انگیزه و احساس توانایی افراد جهت پرداختن به فعالیت‌های خود مراقبتی می‌گردد. لذا این پژوهش برای تعیین ارتباط کیفیت خود مراقبتی با میزان افسردگی بیماران دیابتیک نوع دو مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت خراسان در سال ۱۳۷۹ انجام شده است. در این پژوهش همبستگی، ۹۶ بیمار دیابتی نوع دو به روش غیراحتمالی و مبتنی بر هدف مورد مطالعه قرار گرفتند. گردآوری داده‌ها با استفاده از فرم مشخصات فردی، مقیاس‌های حمایت اجتماعی و عزت نفس، فرم مشاهده پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه‌های سنجش آگاهی و تبعیت از رفتارهای خود مراقبتی و وسایل فشارسنج عقربه‌ای، ترازو، قدسنج و دستگاه اسپکتروفتومتر صورت گرفت و علاوه بر تکمیل پرسشنامه‌ها توسط واحدهای پژوهش اندازه‌گیری قد، وزن، سطح هموگلوبین گلیکوزیله و کنترل فشارخون نیز جهت آنها انجام شد. ۷۲/۹ درصد از واحدها از نظر خود مراقبتی در حد خوب و تنها ۴/۲ درصد در حد ضعیف بودند. آزمون کروسکال‌والیس نشان داد که میانگین نمره افسردگی بر حسب سطوح خود مراقبتی تفاوت معنی‌دار ندارد ($P > 0/356$). همچنین نتیجه آزمون آنالیز کواریانس نیز نشان داد که پس از حذف متغیرهای اثرگذار میانگین اصلاح‌شده نمره افسردگی بر حسب سطوح خود مراقبتی تفاوت معنی‌دار ندارد ($P > 0/529$). بین سطوح افسردگی و سطوح خود مراقبتی ارتباط معنی‌داری مشخص نگردید ($P > 0/125$). میانگین نمره خود مراقبتی در افراد افسرده و غیر افسرده تفاوت معنی‌دار نداشت ($P > 0/548$)؛ تنها بین میزان افسردگی و میزان خود مراقبتی رابطه خطی معنی‌دار معکوس ضعیفی مشخص گردید ($P < 0/045$ و $t = 0/13$). با توجه به یافته‌های فوق، فرضیه اصلی پژوهش مبنی بر ارتباط معکوس کیفیت مراقبت از خود و میزان افسردگی تأیید نمی‌گردد اما از آنجا که مشخص شد این بیماران از میزان افسردگی بالایی برخوردار هستند، احتمالاً عوامل دیگری بر افسردگی، خود مراقبتی و ارتباط این دو مؤثر می‌باشند که نیازمند مطالعات بیشتری است.

واژه‌های کلیدی : افسردگی؛ دیابت غیر وابسته به انسولین؛ خودمراقبتی.

- * - کارشناس ارشد پرستاری - عضو هیات علمی دانشکده پرستاری مامایی زابل
- * - کارشناس ارشد پرستاری - عضو هیات علمی دانشکده پرستاری مامایی مشهد
- * - دکترای تخصصی روانپزشکی - عضو هیات علمی دانشکده پرستاری مامایی مشهد
- * - کارشناس ارشد پرستاری - عضو هیات علمی دانشکده پرستاری مامایی مشهد

مقدمه

شیوع افسردگی در بیماران دیابتی متفاوت گزارش شده و از ۸/۵ تا ۲۷ درصد متغیر است (۱۳). این در حالی است که شیوع افسردگی در بیماران دیابتی نوع دو (NIDDM) سه برابر نوع یک است (۱۶). مسائل روانشناختی و اجتماعی در بیماران دیابتی که غالباً به شکل افسردگی و اضطراب تظاهر می‌کند، ممکن است بدلیل محدودیت رژیم غذایی و فعالیت، نیاز به مراقبت دقیق از خود و احتمال بروز عوارض جسمی بوجود آید (۵). همچنین ترس از آینده، وحشت از وخیم شدن بیماری و مرگ یا ناتوانی ممکن است آنقدر شدید باشد که سبب‌ساز افسردگی در بیماران دیابتی گردد (۱۴).

خودمراقبتی در بیماری دیابت، با توجه به مزمن بودن آن، از اهمیت خاصی برخوردار است و صاحب‌نظران همواره بر ضرورت آن تأکید داشته‌اند؛ از جمله الیوت جوسلین^۱ که یکی از کارشناسان بزرگ دیابت بود، نزدیک به ۷۵ سال پیش (۱۹۲۴) معتقد بود: «بیماران دیابتی باید شخصاً در درمان بیماری خود شریک باشند» (۷). اما میزان عدم تبعیت بیماران دیابتی از توصیه‌های تجویزی در زمینه اصول مراقبت از خود نوعاً بالاست (۲۳ تا ۹۸ درصد) (۸).

ناتوانی در تبعیت، علاوه بر عوارض جسمی دارای عوارض روحی نیز می‌باشد. در این رابطه لیتل فیلد^۲ (۱۹۹۲) می‌نویسد: «در بالغین دیابتی نقصان در تبعیت می‌تواند به نارضایتی از خود منتهی گردد و بصورت اعتماد به نفس پائین یا افسردگی بروز نماید» (۱۰). راجالا^۳ (۱۹۹۷) در این رابطه اظهار داشته: «افسردگی ممکن است پاسخی به استرس‌های روانی - اجتماعی ناشی از بیماری و همچنین نتیجه تغییرات بیوشیمیایی مربوط به بیماری یا درمان باشد» (۱۵) که منجر به تشدید ناتوانی در تبعیت می‌گردد. در این رابطه دواچی (۱۳۷۰) می‌نویسد: «بیماران افسرده دچار کمبود و ضعف فعالیت‌های مراقبت از خود هستند و انگیزه فعالیت برای دستیابی به نیازهای خویش را ندارند» (۳).

لرنمارک^۴ و همکارانش (۱۹۹۹) در واشنگتن پژوهشی را تحت عنوان «اهمیت علائم افسردگی برای سازگاری روانی و کنترل متابولیکی در کودکان مبتلا به دیابت» بر روی ۶۲ کودک ۱۸-۱۶ ساله انجام دادند. نتایج نشان داد که علائم افسردگی سازگاری با دیابت و کنترل متابولیکی را متأثر می‌کند و پیشنهاد گردید برای بیماران دیابتی دارای علائم افسردگی، جهت رفع مشکلات روانی، درمان‌هایی اتخاذ گردد تا توانایی کنترل بیماری خود را بدست آورند (۹).

با توجه به آمارهای موجود که حاکی از شیوع اختلالات روانی و خصوصاً افسردگی در این بیماران است و گزارشات موجود که افسردگی را به‌عنوان یکی از تبعات نقصان خودمراقبتی مطرح کرده‌اند، این سؤال برای پژوهشگران مطرح شد که آیا خودمراقبتی می‌تواند کاهش علائم افسردگی را در این بیماران بدنبال داشته باشد؟

روش پژوهش

در این پژوهش که از نوع همبستگی است، ۹۶ بیمار دیابتی نوع دو مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات دیابت خراسان به روش نمونه‌گیری غیراحتمالی مبتنی بر هدف انتخاب شده و مورد مطالعه قرار گرفتند. این بیماران بین ۶۰-۲۰ سال سن داشته، فاقد سابقه ابتلا و درمان افسردگی در خود و بستگان درجه یک بودند؛ همچنین مبتلا به بیماری‌ها و شرایط مؤثر بر

1. Juslin
2. Littlefield
3. Rajala
4. Lernmark

افسردگی نظیر اختلاف خانوادگی شدید، همسر یا فرزند معلول و عقب مانده ذهنی یا مبتلا به بیماری مزمن و لاعلاج، اختلال آندوکروینی، چاقی ارثی، سندرم پیش قاعدگی و فوت والدین قبل از ۱۱ سالگی نبودند.

برای سنجش افسردگی از تست بک^۵ و برای سنجش مراقبت از خود از پرسشنامه سنجش تبیعت از رفتارهای خود مراقبتی (شامل ۱۰ سؤال که در مقیاس لیکرت درجه بندی شده و نحوه تبیعت بیماران را در جنبه های مختلف خودمراقبتی می سنجد)، فرم مشاهده (شامل ۱۰ سؤال که جنبه های عینی خود مراقبتی را می سنجد)، وزنه، فشارسنج عقربه ای، قدسنج و دستگاه اسپکتروفتومتر برای سنجش HbA_{1c} استفاده گردید. لازم بذکر است منظور از مراقبت از خود در این پژوهش نمره ای است که واحدهای پژوهش پس از بررسی نتیجه آزمایش HbA_{1c}، کنترل فشارخون، قند، وزن، تکمیل فرم مشاهده و پرسشنامه سنجش تبیعت کسب می کنند. فرم مشخصات فردی و مقیاس های حمایت اجتماعی، عزت نفس و پرسشنامه سنجش آگاهی از اصول خود مراقبتی، از دیگر ابزار مورد استفاده در این پژوهش بودند.

روایی ابزار فوق از طریق روایی محتوی تأیید شد. پایایی فرم مشخصات فردی، پرسشنامه های سنجش آگاهی و تبیعت و دستگاه فشارسنج به روش آزمون مجدد، پایایی فرم مشاهده به طریق هم ارز و پایایی ترازو نیز به روش مقایسه با معیار تأیید شد. تمامی اندازه گیری های فشارخون، قند، وزن توسط شخص واحدی انجام شده است.

برای تأیید ابزار آزمایشگاهی، در هر مرحله آزمایش دستگاه در سه دامنه با استانداردهای پایین، متوسط و بالا تنظیم و کالیبره شده است؛ همچنین کلیه آزمایش ها در یک محیط و توسط فرد و دستگاه مشخصی انجام گرفته است.

روایی و پایایی پرسشنامه افسردگی بک و مقیاس های حمایت اجتماعی و عزت نفس در مطالعات داخل و خارج کشور تأیید شده است (۲ و ۴).

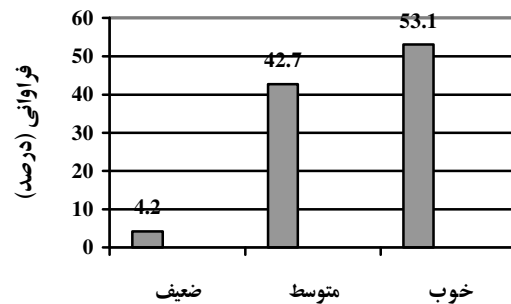
روش گردآوری داده ها بدین صورت بود که پس از توضیح هدف کلی و جلب رضایت، افراد از طریق مصاحبه و توسط فرم انتخاب نمونه انتخاب می شدند و پس از ارائه توضیحات تکمیلی، ابزار پژوهش شامل فرم مشخصات فردی، پرسشنامه های سنجش آگاهی و تبیعت و تست بک در اختیار آنها قرار می گرفت تا تکمیل نمایند (در مورد افراد بیسواد کم سواد به طریق مصاحبه این فرم ها تکمیل گردید). سپس فرم مشاهده توسط پژوهشگر و کمک پژوهشگر آموزش دیده تکمیل می شد. پس از آن کنترل فشارخون و اندازه گیری قند و وزن صورت می گرفت. کنترل فشارخون به کمک دستگاه فشارسنج عقربه ای در وضعیت نشسته و راحت و از بازوی چپ، در دو نوبت بفاصله ۱۵-۱۰ دقیقه صورت می گرفت. ضمن توجه به اینکه بیمار حداقل از ۱۵-۱۰ دقیقه قبل استراحت داشته باشد.

اندازه گیری وزن بیمار بدون کفش با کمترین لباس ممکن و کنترل قند بودن کفش در حالت صاف و ایستاده صورت گرفت. داده های بدست آمده با آزمون های ضریب همبستگی پیرسون، کراسکال والیس، من ویتنی، تی، آنالیز کواریانس و مجذورکای با استفاده از نرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

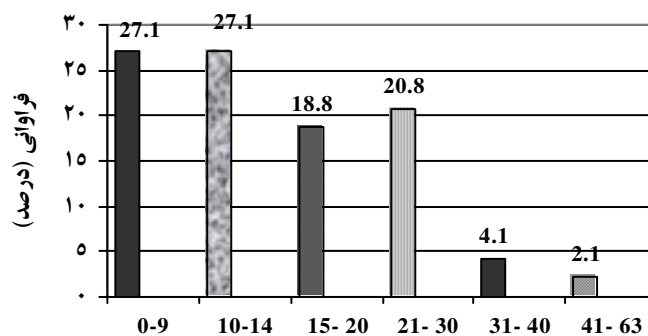
میانگین سن بیماران 46.9 ± 7.7 با دامنه ۶۰-۲۰ سال بود. ۶۶ نفر (۶۸/۸ درصد) آنان را زنان تشکیل می‌دادند. ۹۳/۷ درصد آنان متأهل، ۴/۲ درصد همسر فوت شده و ۲/۱ درصد مطلقه بودند. ۱۶/۷ درصد بیسواد و بقیه تحصیلاتی از ابتدایی تا عالی داشتند. ۹۶/۹ درصد شهری و بقیه روستایی بودند. بیشترین درصد بیماران (۴۴/۳ درصد) کمتر از یکسال تحت پوشش مرکز دیابت قرار گرفته بودند. ضمن اینکه ۴۴/۸ درصد، کمتر از ۴ سال بود که از ابتلای خویش به دیابت آگاه شده بودند. اکثریت (۶۳/۵ درصد) از نظر آگاهی از اصول خود مراقبتی در حد متوسط و ۳۳/۳ درصد در حد خوب قرار داشتند.

یافته‌های پژوهش نشان داد حدود نصف این افراد (۵۳/۱ درصد) از نظر خود مراقبتی در حد خوب و تنها ۴/۲ درصد در حد ضعیف بوده‌اند (نمودار شماره ۱).



نمودار ۱: توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب نمره مراقبت از خود

همچنین تنها ۲۷/۱ درصد بدون افسردگی بوده و مابقی دارای درجاتی از افسردگی بودند، ضمن اینکه میانگین افسردگی گروه‌ها در حد افسردگی خفیف بوده‌است (نمودار شماره ۲).



نمودار ۲: توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب نمره افسردگی

(میزان افسردگی)

میانگین نمره افسردگی از خود مراقبتی ضعیف به متوسط و خوب یک سیر نزولی دارد اما این تفاوت بر اساس آزمون کروسکال والیس معنی دار نمی‌باشد ($P > 0.356$) (جدول شماره ۱).

ضمن اینکه نتیجه آزمون آنالیز کواریانس، پس از حذف متغیرهای اثرگذار نشان داد، میانگین اصلاح شده نمره افسردگی از خود مراقبتی ضعیف به متوسط و خوب، سیر نزولی دارد (بترتیب ۱۸/۷، ۱۶/۱ و ۱۴/۱) اما این تفاوت از نظر آماری معنی دار نمی باشد ($P > ۰/۰۵۲۹$).

نتیجه آزمون تی نشان داد میانگین نمره خود مراقبتی در افراد افسرده ($۷۴/۴ \pm ۱۴/۰۲$) و غیر افسرده ($۷۶/۴ \pm ۱۴/۵$) تفاوت معنی داری ندارد ($P > ۰/۰۵۴۸$). بر اساس آزمون مجذور کای، بین سطوح افسردگی و سطوح خود مراقبتی، ارتباط معنی داری وجود ندارد ($P > ۰/۰۴۵$) و ($r = -۰/۲۳$).

جدول ۱: توزیع میانگین انحراف معیار نمره افسردگی واحدهای پژوهش بر حسب سطوح خود مراقبتی

تعداد	انحراف معیار	میانگین	نمره افسردگی سطوح خود مراقبتی
۴	۱۴/۱	۲۲/۳	ضعیف
۴۱	۹/۲	۱۶/۴	متوسط
۵۱	۸/۳	۱۴/۱	خوب
۹۶	۹	۱۵/۴	جمع کل

$$(X^2=2.1 / P > 0.356)$$

سایر یافته‌ها نشان داد بر طبق نتیجه آزمون همبستگی بین افسردگی با عوامل مراقبت از خود ($P < ۰/۰۴۵$ و $r = -۰/۱۳$ - آگاهی از اصول خود مراقبتی ($r = ۰/۲۳$ ، $P < ۰/۰۱۱$)، حمایت اجتماعی ($r = -۰/۲۴$ و $P < ۰/۰۱۰$) و عزت نفس ($r = -۰/۱۲$ و $P < ۰/۰۱۲$) رابطه خطی معنی دار معکوسی وجود دارد.

بر اساس آزمون کروسکال والیس، میانگین نمره خودمراقبتی بر حسب مدت زمان تحت پوشش مرکز دیابت تفاوت معنی دار دارد ($P < ۰/۰۴۹$) بطوری که افراد با مدت زمان تحت پوشش کمتر از ۱۲ ماه، میانگین نمره خود مراقبتی کمتری در مقایسه با افراد با مدت زمان تحت پوشش بیش از این مدت دارند. بر طبق نتیجه آزمون من ویتنی، میانگین نمره خود مراقبتی بر حسب سابقه بستری تفاوت معنی دار دارد ($P < ۰/۰۴۰$) بطوری که افراد دارای سابقه بستری، میانگین نمره خود مراقبتی کمتری دارند (۶۱/۶ در مقابل ۷۵/۸).

نتیجه آزمون همبستگی بین میزان خود مراقبتی و تعداد سال‌های آگاهی از ابتلا به دیابت رابطه خطی معنی دار معکوسی را نشان داد ($r = -۰/۱۷$ و $P = ۰/۰۵۰$). نتیجه آزمون من ویتنی نشان داد میانگین درصد هموگلوبین گلیکوزیله بر حسب سابقه بستری تفاوت معنی دار دارد ($P < ۰/۰۱۶$) بطوری که افراد با سابقه بستری میانگین درصد هموگلوبین گلیکوزیله بیشتری دارند (۱۰/۷ در مقابل ۹/۱).

بر اساس آزمون کروسکال والیس، میانگین درصد هموگلیکوزیله بر حسب مدت زمان آگاهی از ابتلا به دیابت تفاوت معنی دار دارد ($P < ۰/۰۱۶$) بطوری که افراد با طول مدت آگاهی از ابتلا کمتر از ۴ سال، میانگین درصد هموگلوبین گلیکوزیله کمتری در مقایسه با افراد با طول مدت آگاهی از ابتلا بیش از این مدت دارند. ضمن اینکه بر اساس آزمون

همبستگی، بین درصد هموگلوبین گلیکوزیله و مدت زمان آگاهی از ابتلا به دیابت نیز رابطه خطی معنی دار و مستقیمی وجود داشت ($r = 0/23$ و $P < 0/01$).

بر طبق نتیجه آزمون کروסקال والیس، میانگین نمره تبعیت بر حسب حمایت اجتماعی تفاوت معنی دار دارد ($P < 0/015$). ضمن اینکه بین میزان تبعیت و میزان حمایت اجتماعی نیز رابطه خطی معنی دار معکوسی وجود داشت ($r = -0/17$ و $P < 0/048$).

بحث

نتایج حاصل از پژوهش نشان داد حدود نیمی از واحدها ($53/1$ درصد) از نظر خود مراقبتی در حد خوب و تنها $4/2$ درصد در حد ضعیف قرار داشته‌اند. احتمالاً "بالا بودن حمایت اجتماعی و کم بودن طول مدت آگاهی از ابتلای واحدها در بدست آمدن این نتیجه مؤثر هستند، ضمن اینکه نقش کیفیت و کمیت بالای خدمات ارائه شده توسط مرکز دیابت را نیز نمی توان نادیده گرفت.

همچنین نتایج نشان داد که $72/9$ درصد از واحدها دارای درجاتی از افسردگی بوده‌اند. مخبر (۱۳۷۷) نیز شیوع افسردگی در بیماران دیابتی نوع دو مراجعه کننده به این مرکز را 87 درصد اعلام نمود (۶).

اسحق حسینی و افشار (۱۳۷۷) مطرح کردند که دیابت یک استرس روانی مزمن محسوب می شود و تحقیقات پزشکی نشان می دهد که مشکلات روانی - اجتماعی ناتوان کننده ای چون احساس خستگی، کاهش انرژی، تحریک پذیری، عصبانیت، افسردگی و اضطراب در مبتلایان به دیابت بیشتر از افراد جامعه است (۱).

به نظر می رسد دو عامل در بروز این میزان افسردگی مؤثر باشد: اول درگیری با محدودیت ها و فکر کردن زیاد به وضعیت سلامتی؛ در این رابطه گیلدر و همکارانش (۱۹۹۶) مطرح کردند: «برای شخص دیابتی مسائل روانشناختی و اجتماعی ممکن است بدلیل محدودیت رژیم غذایی و فعالیت و نیاز به مراقبت دقیق از خود و احتمال عوارض جسمی جدی بیش آید. علائم شایع روانشناختی در این بیماران شامل افسردگی و اضطراب می باشند» (۵)، دوم کم بودن سطح آگاهی از اصول خود مراقبتی؛ شاید ترس ایجاد شده بدنبال ناآگاهی از محدودیت ها و نحوه جلوگیری از عوارض در بالا بردن میزان افسردگی این بیماران نقش داشته باشد. در همین رابطه پالینکاس و همکاران (۱۹۹۱) مطرح کردند: «ترس از آینده، وحشت از وخیم شدن بیماری، مرگ یا ناتوانی ممکن است آنقدر شدید باشد که سبب ساز افسردگی در بیماران دیابتی گردد» (۱۴).

لرمارک و همکارانش (۱۹۹۹) نیز مطرح کردند بین افسردگی و ترس رابطه خطی معنی دار مستقیمی وجود دارد (۹) که می تواند تأیید کننده این نظر باشد. در این پژوهش، بین مراقبت از خود و افسردگی به جز یک رابطه خطی معنی دار معکوس ضعیف، ارتباط دیگری مشخص نگردید که آن هم بدون در نظر گرفتن متغیرهای اثرگذار بوده است. مصلح (۲۰۰۰)، مارکوس (۱۹۹۲) و راجالا (۱۹۹۷) نیز که از کنترل متابولیکی بعنوان یک شاخص خود مراقبتی استفاده کرده و به بررسی ارتباط علایم آن با افسردگی پرداخته بودند به ارتباط معنی داری بین این دو دست نیافتند (۱۲، ۱۳ و ۱۵). اما لوستمن و همکارانش ارتباط افسردگی و کنترل متابولیکی را قوی دانسته و مطرح کردند: «درمان افسردگی در بیماران دیابتی سبب بهبود کنترل متابولیکی می گردد» (۱۱).

شاید علل تفاوت نتیجه پژوهش حاضر با مطالعه لوستمن و همکارانش (۱۹۹۸) ناشی از تفاوت در جامعه و نوع پژوهش باشد؛ آنها این پژوهش را بر روی بیماران بستری در بخش روانی انجام داده بودند، احتمال دارد که ارتباط قوی تری

بین کنترل متابولیسی و سطوح بالاتر افسردگی وجود داشته باشد. در همین رابطه مصلح و همکارانش (۲۰۰۰) مطرح کردند: «در حقیقت دو گروه مجزاً از بیماران دیابتی نوع دو، یک گروه با کنترل متابولیسی خوب و سطح پایین افسردگی و گروه دیگر با کنترل متابولیسی ضعیف و افسردگی شدید وجود دارند» (۱۳).

به نظر می‌رسد دو احتمال دیگر در بدست آوردن این نتیجه مؤثر باشد: الف) از آنجایی که در پژوهش اخیر محدودده تغییر نمرات خود مراقبتی بین ۶۲/۶ تا ۸۱/۸ بوده (از ۱۰۰ نمره) و دامنه نوسان آن کم می‌باشد، احتمال دارد یکی از دلایل معنی‌دار نشدن میانگین نمره افسردگی در سطوح مختلف خود مراقبتی همین مسأله باشد. ب) از آنجایی که در پژوهش اخیر مشخص گردید بیماران افسرده نیز در فعالیت‌های خود مراقبتی درگیر بوده‌اند، احتمال دارد فکر کردن زیاد به وضعیت سلامتی و درگیری با محدودیت‌ها عاملی جهت افسردگی آنها باشد و در حقیقت این نتیجه به منشاء افسردگی در آنان مربوط باشد. در این رابطه راجالا (۱۹۹۷) می‌نویسد: «افسردگی ممکن است پاسخی به استرس‌های روانی-اجتماعی ناشی از بیماری باشد، ضرورت محدودیت در رژیم غذایی و تمرینات منظم فیزیکی و اطلاع از عوارض احتمالی بعدی ممکن است بوسیله بیمار دیابتی استرس آور احساس شده و تطبیق با آن مشکل دانسته شود. این عوامل ممکن است ریشه روانی - اجتماعی افسردگی در دیابتی‌ها را توضیح دهند» (۱۵).

با توجه به موارد فوق به نظر می‌رسد نیاز به انجام پژوهش‌های بیشتری برای بررسی رابطه افسردگی و مراقبت از خود در بیماران دیابتی می‌باشد. علی‌رغم اینکه فرضیه اصلی این پژوهش مبنی بر «کیفیت مراقبت از خود با میزان افسردگی بیماران دیابتیک نوع دو ارتباط معکوس دارد» پذیرفته نشد اما، نتایج پژوهش حاضر از طریق نشان دادن شدت و شیوع بالای افسردگی در بیماران دیابتی و همچنین مشخص کردن برخی عوامل مؤثر بر افسردگی و نیز مراقبت از خود می‌تواند مورد استفاده مراکز دیابت، بیماران دیابتی، اعضای تیم بهداشتی و پژوهشگران قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

پژوهشگران مراتب تشکر و قدردانی خود را از بیماران و پرسنل زحمتکش مرکز دیابت خراسان و نیز مسئولین و اساتید محترم دانشکده پرستاری و مامایی مشهد که در انجام این پژوهش همکاری صمیمانه‌ای داشتند، ابراز می‌دارند.

Abstract

Study of the Relationship between Self-Care and Depression in Type II Diabetic Patients Referring to the Diabetes Research Center

Depression is one of the most prevalent complications in diabetes mellitus leading to the reduction of willingness, motivation and feeling strength in self-caring. This correlational study was conducted to determine the relationship between the quality of self-care and depression in 96 diabetic patients referring to the Diabetes Research Center in Mashad in 2000, who were randomly selected for this study. Different forms and checklists were utilized to collect the relevant data including demographic, social support, self-esteem, Beck's depression inventory and self-care behavior forms; monometer, scale, height scaler, and spectrophotometer were the instruments we used. The findings indicated that 70 patients (70%) had some degree of depression; 53.1% had good self-care, while 4.2% were weak. No significant difference was found to exist between depression mean and self-care. Covariance analysis revealed no significant difference between the adjusted

depression mean and self-care levels ($P>0.529$) . No such relation was found between the self-care levels of the depressed and non-depressed subjects ($P<0.129$) . However , there was only a weak reversed linear relation ($r=0.13$, $P>0.045$) . Based on the findings , the principal hypothesis of the study was rejected but most of the subjects were highly depressed which may remind us of other factors affecting self-care , which in turn demand another comprehensive research .

key Words : *Depression ; NIDDM ; Self-care .*

منابع

- ۱ - اسحق حسینی، سید محمود و افشار، محمد. بیماری قند چیست؟. تهران: نشر مرسل، ۱۳۷۷.
- ۲ - سیاح، محمدتقی. بررسی رابطه تلاوت قرآن کریم با میزان افسردگی در دانشجویان علوم پزشکی مشهد، پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری. دانشکده پرستاری و مامایی مشهد. تابستان ۱۳۷۸.
- ۳ - فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ایران. سال پنجم، ۱۳۷۰.
- ۴ - کرکه آبادی، مریم. بررسی مقایسه‌ای میزان افسردگی در مادران شاغل و خانه‌دار مشهد، پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده پرستاری و مامایی مشهد. شهریور ۱۳۷۷.
- ۵ - گیلدر، مایکل، گات، دنیس، مه‌یو، ریچارد و کوون، فیلیپ. روانشناسی آکسفورد. ترجمه نصرت‌الله پورافکاری، تبریز: انتشارات علوم پزشکی، ۱۳۷۶.
- ۶ - مخبر، نغمه. بررسی نتایج تست SCL-90-R در بیماران NIDDM مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات دیابت مشهد. پایان نامه دکترای تخصصی، دانشکده پزشکی مشهد، آذر ماه ۱۳۷۷.
- ۷ - نشریه علمی-خبری مرکز تحقیقات دیابت خراسان. شماره اول، پاییز ۱۳۷۷.
8. Hernandez, C. A. The development pilot testing of the diabetes activities questionnaire (TDAQ): An instrument to measure adherence to the diabetes regimen. Applied nursing research, November 1997, 10(4): 202-211.
9. Lerenmark, B. Persson, B. Fishert, L. et al. Symptoms of depression are important to psychological adaptation and metabolic control in children with diabetes mellitus. Diabetic medicine, Jan 1999, 16(1):14-22.
10. Littlefield, C. H. Craven, J. L. Rodin, G. M. et al. Relationship of self-efficacy and adherence to diabetes regimen among adolescents". Diabetes Care, Jan 1992, 15(1): 90-4.
11. Lustman, P. J. Cognitive behavior therapy for depression in type 2 diabetes mellitus. Ann intern med, Oct 1998, 129(8): 613-21.
12. Marcus, M. D. Wing, R. R. Guare, J. Lifetime prevalence of Major depression and its effect on treatment outcome in obese type II diabetic patients. Diabetes Care, February 1992, 15(2): 253-255.
13. Mousleh, J, Lacovides, A. Yovos, J. et al. Psychiatric morbidity and metabolic control in diabetic Patients. German Journal of psychiatry, 2000.
14. Palinkas, L. A. Barrett, C. E. Wingard, D. L. Type 2 diabetes and depressive symptoms in older adults: a population-based study. Diabet Med. Jul 1991, 8(6): 532-539.
15. Rajala, U. Keinanen, K. S. Non-insulin-dependent diabetes mellitus and depression in a middle aged Finnish population. Soc Psychiat Epidemiol. 1997, 32: 363-367.
16. Warnock , J. K. and Mutzing, E. M. Diabetes Mellitus and major depression. J Okla State Med Assoc, Dec 1998, 9(9): 488-93.