

The study amount of Anxiety and Depression among elderly Diabetic patients referred To Shahid Mostafa Khomeini in Ilam and shohada Ashayer Hospitals in khoramabad 2015

Azadi A¹, Taghinezhad H², *Bastami M³, Bastami AR⁴, Pashaei sabet⁵

- 1- Member of Faculty Ilam School of Nursing and Midwifery, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran.
- 2- Member of Faculty Ilam School of Nursing and Midwifery, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran.
- 3- Post-Graduate Student of Geriatric Nursing, Ilam university of Medical Sciences Ilam, School of Nursing and Midwifery, Ilam, Iran (**Corresponding author**)
Email: masumbastami100@gmail.com
- 4- MSc, Medical Surgical Nursing of University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
- 5- PhD Student of Nursing, Teacher of Qom university of Medical Sciences, School of Nursing and Midwifery, Qom, Iran.

Abstract

Introduction: Diabetes is a metabolic disorder which leads to chronic complications. Psychological disorders such as depression and anxiety are some of the most important complications of diabetes which also are common in elderly people. Therefore, understanding the psychological characteristics of the elderly population can be a background to improve the quality of considered group life. So the aim of this study was to investigate the prevalence of anxiety and depression among elderly diabetic patients.

Method: This study is a descriptive cross-sectional study which was performed on 102 elderly diabetic patients in shahid Mostafa Khomeini hospital in Ilam and shohadaieh Ashayer hospital in Khoramabad city. They were selected using Easy and non-random sampling. The instrument for data collection was questionnaire consist of three parts: Patients' demographic characteristic, anxiety 20 items eshpylberger questionnaire and anxiety of elderlies questionnaire (geriatric depression scale (GDS)). Data was analysed using SPSS 18 software and analysis such as independent t-test, ANOVA, Seheffe post test and Pearson correlation coefficient. In this study, a statistically significant level of $P < 0/05$ was considered.

Results: The mean age of participants was 66.7 ± 5.4 . 49% of them were female and 51% were male. 49% of patients live in Khorramabad and 51% of them in Ilam. The results showed that there were significant relationships between depression with age ($p=0.0001$), duration of diabetes ($p=0.0001$) and number of hospitalizations ($p=0/0001$), sex ($p=0.031$) and education level ($p=0.003$), employment ($p=0/0001$) and type of treatments ($p=0.0001$). In addition there were significant relationships between anxiety with age ($p=0.044$), duration of diabetes ($p=0.002$), number of hospitalizations ($p=0.0001$), type of diabetes ($p=0.04$) and employment ($p=0.011$). But between anxiety, depression and other demographic factors, there was no statistically significant relationship.

Conclusion: The results showed that with increasing age, duration of diabet, number of hospitalizations, job loss, depression and anxiety in elderly patients with diabetes increase. Therefore, due to increasing numbers of elderly people in the world and the prevalence of chronic diseases such as diabetes, particular attention to this group and psychiatric examinations for early detection and treatment of depression and anxiety in these patients is suggested.

Key words: Anxiety, depression, elderly, diabetes, Ilam, Khoramabad.

Received: 16 April 2016

Accepted: 14 May 2016

بررسی میزان افسردگی و اضطراب در سالمندان مبتلا به دیابت مراجعه کننده به بیمارستانهای شهید مصطفی خمینی ایلام و شهدای عشایر خرم آباد در سال ۱۳۹۴

آرمان آزادی^۱، حمید تقی نژاد^۲، *معصومه بستامی^۳، علیرضا بستامی^۴، فاطمه پاشایی ثابت^۵

- ۱- عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری ایلام، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.
- ۲- عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری ایلام، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.
- ۳- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، دانشکده پرستاری و مامایی، ایلام، ایران (نویسنده مسئول)
پست الکترونیکی: masumbastami100@gmail.com
- ۴- کارشناس ارشد پرستاری داخلی - جراحی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
- ۵- دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی قم، ایران.

نشریه پژوهش پرستاری دوره یازدهم، شماره ۳، مرداد و شهریور ۱۳۹۵، صفحات ۹-۱

چکیده

مقدمه: دیابت یا بیماری قند خون یک اختلال متابولیکی است که خود منجر به عوارض مزمن می شود. از مهمترین عوارض ناشی از دیابت، بیماریهای روانی از جمله افسردگی و اضطراب است که در دوران سالمندی نیز جزء اختلالات شایع می باشد. بنابراین شناخت ویژگیهای روانی جامعه سالمندان می تواند مقدمه ای جهت ارتقاء کیفیت زندگی این قشر محسوب شود. لذا این مطالعه با هدف بررسی میزان افسردگی و اضطراب در سالمندان مبتلا به دیابت انجام شد.

روش: این پژوهش یک مطالعه توصیفی مقطعی که بر روی ۱۰۲ سالمند مبتلا به دیابت بیمارستان های شهید مصطفی خمینی ایلام و شهدای عشایر خرم آباد است، که بر اساس نمونه برداری آسان و غیر تصادفی انتخاب شدند، انجام گرفت. ابزار گردآوری نمونه ها پرسشنامه متشکل بر سه بخش مشخصات دموگرافیک بیماران، پرسشنامه ۲۰ سوالی اضطراب اسپیل برگر و پرسشنامه ۱۵ سوالی افسردگی سالمندان GDS می باشد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۸ و روشهای آماری تحلیلی مانند آزمون های تی مستقل، تحلیل واریانس ANOVA، آزمون تعقیبی شفه، و ضریب همبستگی پیرسون، بود. سطح معنی دار آماری در این مطالعه $P < 0.05$ در نظر گرفته شد.

یافته ها: بیماران مورد پژوهش در این مطالعه دارای میانگین سنی $5/4 \pm 66/7$ و جنسیت (۴۹٪) مرد و (۵۱٪) زن و همچنین محل سکونت (۴۹٪) خرم آباد و (۵۱٪) ایلام بود. نتایج این مطالعه نشان داد که بین افسردگی با سن $p = 0/0001$ و مدت زمان ابتلا به دیابت $p = 0/0001$ و تعداد دفعات بستری در بیمارستان $p = 0/0001$ جنسیت $p = 0/031$ و سطح تحصیلات $p = 0/0003$ و سطح اشتغال $p = 0/0001$ و نوع درمان $p = 0/0001$ و همچنین بین اضطراب با سن $p = 0/044$ و مدت زمان ابتلا به دیابت $p = 0/002$ تعداد دفعات بستری در بیمارستان $p = 0/0001$ و نوع دیابت $p = 0/04$ و وضعیت اشتغال $p = 0/011$ از نظر آماری ارتباط معنی داری وجود دارد. ولی بین اضطراب و افسردگی با دیگر عوامل دموگرافیک از نظر آماری ارتباط معنی داری وجود ندارد.

نتیجه گیری: نتایج نشان داد که با افزایش سن، مدت زمان ابتلا به دیابت، تعداد دفعات بستری، از دست دادن شغل، میزان افسردگی و اضطراب سالمندان مبتلا به دیابت افزایش می یابد. لذا پیشنهاد می شود با توجه به افزایش جمعیت سالمندان و شیوع بیماریهای مزمن مانند دیابت توجه ویژه به این قشر و معاینات روانپزشکی برای تشخیص به موقع و در نهایت درمان افسردگی و اضطراب در این بیماران صورت بگیرد.

کلید واژه ها: افسردگی، اضطراب، سالمندی، دیابت، ایلام، خرم آباد.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۲/۲۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱/۲۷

مقدمه

دیابت یا بیماری قند خون، یک اختلال متابولیک (سوخت و ساز) در بدن است (۱). در این بیماری توانایی تولید انسولین در بدن از بین می رود و یا بدن در برابر انسولین مقاوم شده و بنابراین انسولین تولیدی نمی تواند عملکرد طبیعی خود را انجام بدهد (۲). نقش انسولین پایین آوردن قند خون توسط مکانیزم های مختلفی است. دیابت دو نوع اصلی دارد در دیابت نوع یک تخریب سلول های بتا در پانکراس منجر به نقص تولید انسولین می شود و در نوع دو مقاومت پیشرونده به انسولین ممکن است به تخریب سلول های بتای پانکراس و نقص کامل تولید انسولین منجر شود (۳).

عوامل مختلفی در افزایش شیوع این بیماری نقش دارند که از جمله می توان به زندگی شهر نشینی و افزایش کم تحرکی در جامعه اشاره کرد، پیش بینی می شود شیوع دیابت از ۱۷۱ میلیون نفر در سال ۲۰۰۰ به ۳۶۶ میلیون نفر در سال ۲۰۳۰ افزایش یابد (۴). علاوه بر آن مطالعات نشان داده اند که با افزایش سن، شیوع دیابت به طور متوسط ۲۰-۱۰ درصد افزایش می یابد (۵). به طوری که شیوع دیابت به ۴/۱ درصد در سنین ۴۰-۲۵ سالگی و نزدیک به ۱۰ درصد در سنین بالای ۶۵ سالگی می رسد. لذا مجامع بین المللی پیشنهاد می کنند که در افراد بالای ۴۵ سال، هر سه سال یک بار سنجش قند خون ناشتا صورت بگیرد (۶). بنابراین میزان افزایش شیوع دیابت در جمعیت سالمندان جهان بسیار بیشتر می باشد. مطالعه فرامینگهام نشان داد که افراد دیابتی با سن بیشتر از ۵۰ سال و بیشتر به طور متوسط ۷/۵ تا ۸/۲ سال کمتر از افراد غیر دیابتی زندگی می کنند (۷).

بیماری دیابت همانند سایر بیماری های مزمن، علاوه بر مرگ و میر بالا، گرفتاری های فردی و خانوادگی و مالی و آثار روانپزشکی برای فرد مبتلا به دیابت به همراه دارد (۸). یکی از واکنش های افراد مبتلا به دیابت به دنبال آگاهی از بیماری خویش و عوارض حاصل از بیماری و مبارزه با محدودیت ها، ایجاد افسردگی و اضطراب می باشد (۹).

افسردگی در بیماران سالمند مبتلا به دیابت می تواند روی پیش آگهی دیابت تاثیر قابل توجهی بگذارد (۱۰). از علائم افسردگی در سالمندان می توان به علائم فیزیکی، بی اشتها، مفرط، اختلالات خواب، احساس گناه، فراموشی و سردرگمی و اضطراب و فاصله گرفتن فرد سالمند از فعالیت ها و تماس های اجتماعی اشاره نمود (۱۱،۱۲). سازمان بهداشت جهانی (WHO) افسردگی را در رتبه چهارم مشکلات سلامتی قرار داده است (۱۳). افسردگی

در دوران سالمندی پس از علل جسمانی به عنوان دومین علت ناتوانی های این دوره به شمار رفته به طوری که در حدود ۵/۶ میلیون از آمریکایی های ۶۵ ساله را تحت تاثیر قرار داده است (۱۴). نتایج برخی پژوهش ها در ایران نیز نشان داده است که سرعت افسردگی، بعد از ۶۵ سالگی به طور مداوم با سن افزایش می یابد (۱۵).

همچنین مطالعات متعددی نشان داده است که ۸۰ درصد سالمندان بالاتر از ۶۵ سال، به انواع اختلالات جسمی و روانی مبتلا هستند (۱۶). برخی از تحقیقات نیز حکایت از آن دارند که ۸۵ درصد این کسالت ها و بیماریها در سالمندان جنبه اضطرابی داشته و در نتیجه محرومیت ها و ناتوانی ها می باشد (۱۷). اضطراب یکی از علائمی است که معمولاً همراه با افسردگی بروز می کند و این اضطراب می تواند تحت تاثیر رژیم غذایی و اختلالات طبی مانند دیابت قرار بگیرد (۱۸).

بر اساس آمار ۱۵ درصد زنان و ۵ درصد مردان سالمند مبتلا به اضطراب می باشند (۱۹). مطالعه لینز و همکاران (۲۰۰۵) نشان داد که شیوع اضطراب در بین سالمندان آمریکایی ۵۰ درصد می باشد (۲۰). برخی پژوهش ها در ایران نیز خاطر نشان ساخته اند که شیوع اختلالات اضطرابی در بیماران مبتلا به دیابت بیش از جمعیت عمومی است (۲۱).

بی قراری، غم و اندوه، افزایش فشار خون و طپش قلب و اختلال در به یادآوری مطالب از علائم و نشانه های اضطراب و استرس می باشد (۲۲). استرس و اضطراب در بسیاری از بیماران مبتلا به دیابت فرآیند کنترل قند خون را مختل می سازد و همچنین کنترل ضعیف دیابت و رویدادهای استرس آفرین زندگی، ارتباط معناداری با یکدیگر دارند (۲۳).

بنابراین از آن جا که افزایش جمعیت سالمندان، جامعه را با مشکلات و مسائل جدی روبه رو خواهد ساخت، بنابراین سالمندی و شرایط ویژه افراد سالمند و تامین بهداشت روانی آنها از جمله مسائلی است که توجه ویژه ای را می طلبد، شناخت ویژگیهای روانی جامعه سالمندان با توجه به موقعیت های زندگی متفاوت آنها می تواند مقدمه ای جهت ارتقا کیفیت زندگی آنها باشد. بنابراین ارزیابی سلامت روانی سالمندان دچار بیماری های مزمن برای تعیین نوع مداخله و پیش بینی اولویت ها و نیازهای اجتماعی، بهداشتی و روانی آنها بسیار حائز اهمیت می باشد (۲۴).

لذا با توجه به اهمیت بررسی اختلالات افسردگی و اضطراب در سالمندان مبتلا به دیابت و نبود مطالعات پیشین، این مطالعه با هدف تعیین میزان شیوع افسردگی و اضطراب در بیماران سالمند

سوالات پاسخ صفر یا یک یا به عبارتی همان بله یا خیر را در بر می گیرد. کسب نمره ۵ و یا بالاتر بدین معناست که احتمال افسردگی وجود دارد، ولی این احتمال کم است و کسب نمره ۱۰ و بالاتر بدین معناست که احتمال افسردگی وجود دارد و این احتمال زیاد است. در مطالعه حاضر بعلاوه پاسخ بله/خیر برای هر یک از سوالات، سهولت نمره گذاری و نیز حذف علایم جسمانی افسردگی، فرم ۱۵ سوالی GDS در سالمندان انتخاب شد.

این آزمون توسط ملکوتی و همکاران (۱۳۸۵) در ایران هنجار یابی شده است که نشان داد با نقاط برش ۵، ۶ و ۷ (سطح زیر منحنی ۰/۷۶ تا GDS-۱۵) ۰/۹۳ دارای حساسیت ۷۳٪ تا ۹۷٪ و ویژگی ۶۰٪ تا ۹۶٪ می باشد. فرم ایرانی کوتاه ۱۵ سوالی از فرم ۳۰ سوالی استخراج شد (۲۷). این آزمون در تحقیقات مختلفی در داخل و خارج از کشور مورد استفاده قرار گرفته است و اعتبار بالایی را نشان داده است. همسانی درونی این آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ در مطالعات مشابهی که در چین انگلستان و مالزی انجام گرفت. از ۰/۷ تا ۰/۹ متغیر بود پایایی آزمون - بازآزمون آن ۰/۷ تا ۰/۸۴ بود (۲۸، ۲۹، ۳۰). در مطالعات انجام شده در لهستان حساسیت از ۰/۵۲ تا ۰/۶۷ متغیر بود (۳۱).

جهت سالمندانی که سواد نداشتند پس از ارائه توضیحات اولیه در خصوص مطالعه، سوالات پرسش نامه توسط محقق قرائت و پاسخ مشارکت کننده علامت زده می شد. ۸ نفر از شرکت کنندگانی که به نصف سوالات پاسخ ندادند از مطالعه خارج شدند.

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۸ انجام شد. اطلاعات جمعیت شناختی و وابسته به بیماری نمونه ها با استفاده از روشهای آماری توصیفی مانند درصد، میانگین و انحراف معیار توصیف گردید. همچنین به منظور بررسی، مقایسه و تعیین ارتباط وضعیت افسردگی و اضطراب نمونه ها از روشهای آمار تحلیلی مانند آزمون های تی مستقل، تحلیل واریانس (ANOVA)، آزمون تعقیبی شفه و ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید. سطح معنی دار آماری در این مطالعه $P < 0.05$ در نظر گرفته شد.

یافته ها

در کل سالمندان شرکت کننده در پژوهش، شدت اضطراب ۴۸ نفر (۴۷/۱٪) خفیف و ۵۴ نفر (۵۲/۹٪) متوسط بوده است. در سالمندان مبتلا به دیابت مراجعه کننده به بیمارستان شهدای عشایر شهر خرم آباد، شدت اضطراب ۲۱ نفر (۴۲٪) خفیف و ۲۹ نفر (۵۸٪) متوسط بوده است. همچنین، در سالمندان مبتلا به دیابت مراجعه

مبتلا به دیابت مراجعه کننده به بیمارستانهای شهید مصطفی خمینی ایلام و شهدای عشایر خرم آباد انجام گرفت.

روشی مطالعه

این پژوهش یک مطالعه توصیفی از نوع مقطعی می باشد. جامعه پژوهش شامل سالمندان مبتلا به دیابت مراجعه کننده به بیمارستان های شهید مصطفی خمینی ایلام و شهدای عشایر خرم آباد بودند. نمونه های مطالعه شامل ۱۰۲ نفر از بیماران سالمند مبتلا به دیابت که با روش نمونه گیری آسان و غیر تصادفی انتخاب شدند، بود. حجم نمونه نیز به صورت تخصیص متناسب بین دو شهر توزیع شد.

معیار ورود به مطالعه نیز شامل سن بالای ۶۰ سال و ابتلا به دیابت نوع یک یا دو که توسط پزشک متخصص تشخیص داده شده است، بود. ابزار گرد آوری داده ها پرسشنامه بود که متشکل بر سه بخش است. بخش اول شامل مشخصات دموگرافیک در زمینه سن و جنس، محل سکونت، وضعیت تاهل، شغل، سطح تحصیلات و اطلاعات مرتبط با بیماری مانند مدت ابتلا به بیماری، نوع دیابت و درمانهای مربوطه می باشد.

بخش دوم شامل پرسش نامه اضطراب آشکار اشمیل برگر بود که شامل بیست سوال می باشد. به هر کدام از عبارات این آزمون بر اساس پاسخ ارائه شده امتیازی بین یک تا چهار تعلق می گیرد. بدین ترتیب کمترین ترین نمره اضطراب (۲۰) و بیشترین نمره اضطراب (۸۰) می باشد و پاسخ دهندگان در سه گروه شامل اضطراب خفیف (۲۰-۴۰) اضطراب متوسط (۴۰-۶۱) و اضطراب شدید (۶۱-۸۰) طبقه بندی می شوند. مطالعات مختلفی به بررسی پایایی این ابزار پرداخته اند. به عنوان مثال در مطالعه ناظمیان و همکاران (۲۰۰۸) پایایی آزمون با استفاده از روش همسانی درونی ۰/۸۹ به محاسبه شد (۲۴). کاظمی ملک محمدی (۱۳۸۲) و روحی (۱۳۸۴) نیز در مطالعه های مقدماتی میزان پایایی آزمون با استفاده از روش همسانی درونی را به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۹۰ محاسبه کردند (۲۵، ۲۶).

بخش سوم شامل پرسشنامه افسردگی در سالمندان^۱ می باشد. پرسشنامه افسردگی سالمندان، با هدف تشخیص علایم افسردگی در سالمندان طراحی گردیده است که در مطالعات بالینی و غربالگری، به طور وسیعی مورد استفاده قرار می گیرد. هر یک از

1- Geriatric Depression Scale

است. توزیع احتمال افسردگی سالمندان شرکت‌کننده در پژوهش با توجه به شهر و با استفاده از آزمون کای‌دو بررسی شد. تفاوت آماری معناداری در توزیع احتمال افسردگی سالمندان شرکت‌کننده در پژوهش با توجه به شهر، مشاهده نشد ($p=0/492$).

نتایج این مطالعه نشان داد که بین افسردگی با سن ($p=0/0001$) و مدت زمان ابتلا به دیابت ($p=0/0001$) و تعداد دفعات بستری در بیمارستان ($p=0/0001$) جنسیت ($p=0/031$) و نوع سطح تحصیلات ($p=0/003$) و سطح اشتغال ($p=0/0001$) و نوع درمان ($p=0/0001$) و همچنین بین اضطراب با سن ($p=0/044$) و مدت زمان ابتلا به دیابت ($p=0/002$) تعداد دفعات بستری در بیمارستان ($p=0/0001$) و نوع دیابت ($P=0/04$) و وضعیت اشتغال ($p=0/011$) از نظر آماری ارتباط معنی داری وجود دارد. ولی بین اضطراب و افسردگی با دیگر عوامل دموگرافیک از نظر آماری ارتباط معنی داری وجود ندارد. (جداول شماره ۱ و ۲)

کننده به بیمارستان شهید مصطفی خمینی شهر ایلام، شدت اضطراب ۲۷ نفر (۵۱/۹٪) خفیف و ۲۵ نفر (۴۸/۱٪) متوسط بوده است. توزیع شدت اضطراب سالمندان شرکت‌کننده در پژوهش با توجه به شهر و با استفاده از آزمون کای‌دو بررسی شد. تفاوت آماری معناداری در توزیع شدت اضطراب سالمندان شرکت‌کننده در پژوهش با توجه به شهر، مشاهده نشد ($p=0/316$). همچنین احتمال افسردگی در ۲۵ نفر (۲۴/۵٪) نبوده است، احتمال افسردگی در ۴۲ نفر (۴۱/۲٪) کم و در ۳۵ نفر (۳۴/۳٪) زیاد بوده است. در سالمندان مبتلا به دیابت مراجعه کننده به بیمارستان شهدای عشایر شهر خرم‌آباد، احتمال افسردگی در ۱۱ نفر (۲۲٪) نبوده است، احتمال افسردگی در ۱۹ نفر (۳۸٪) کم و در ۲۰ نفر (۴۰٪) زیاد بوده است. همچنین، در سالمندان مبتلا به دیابت مراجعه کننده به بیمارستان شهید مصطفی خمینی شهر ایلام، احتمال افسردگی در ۱۴ نفر (۲۶/۹٪) نبوده است، احتمال افسردگی در ۲۳ نفر (۴۴/۲٪) کم و در ۱۵ نفر (۲۸/۸٪) زیاد بوده

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار افسردگی سالمندان مراجعه کننده به بیمارستان های شهدای عشایر خرم آباد و شهید مصطفی خمینی ایلام بر حسب مشخصات

دموگرافیک

P value	انحراف معیار	میانگین افسردگی	درصد	تعداد	مشخصات دموگرافیک	
$p=0/031$	۳/۷۲	۸/۷۶	۴۹	۵۰	مرد	جنس
	۴/۱۳	۷/۰۵	۵۱	۵۲	زن	
$p=0/095$	۳/۸۶	۷/۴۴	۶۸/۶	۷۰	متاهل	وضعیت تاهل
	۴/۲۱	۸/۸۷	۳۱/۴	۳۲	غیر متاهل	
$p=0/003$	۴/۰۷	۹/۱۸	۵۵/۹	۵۷	بیسواد	سطح تحصیلات
	۲/۷۷	۶/۳۶	۲۱/۶	۲۲۲	ابتدایی	
	۳/۹۱	۶/۶۴	۱۳/۳	۱۴	راهنمایی	
	۵/۵۷	۸	۲/۹	۳	دبیرستان	
	۲/۲۳	۴/۱۷	۵/۹	۶	دانشگاهی	
$p=0/0001$	۳/۸۶	۷/۵۵	۱۰/۹	۱۱	شاغل	اشتغال
	۳/۳۶	۹/۱۱	۳۶/۶	۳۷	غیر شاغل	
	۴/۷۳	۹/۹۳	۱۴/۹	۱۵	از کار افتاده	
	۳/۳۸	۵/۸۲	۳۷/۶	۳۸	بازنشسته	
$p=0/156$	۴/۰۵	۸/۶	۳۷/۶	۳۸	نوع یک	نوع دیابت
	۳/۹۷	۷/۴۲	۶۲/۴	۶۳	نوع دو	
$p=0/0001$	۳/۳۹	۶/۵۱	۳۸/۳	۳۹	داروی خوراکی	نوع درمان
	۴/۱۲	۹/۵۲	۳۰/۴	۳۱	دارو و انسولین	
	۴/۱	۷/۹۳	۲۷/۵	۲۸	انسولین	
	۴/۷۳	۸/۵	۳/۹	۴	رژیم غذایی	
$p=0/11$	۳/۹۳	۸/۵۴	٪۴۹	۵۰	خرم آباد	محل سکونت
	۴/۰۲	۷/۲۶	٪۵۱	۵۲	ایلام	

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار اضطراب سالمندان مراجعه کننده به بیمارستان های شهدای عشایر خرم آباد و شهید مصطفی خمینی ایلام بر حسب مشخصات

دموگرافیک

P value	انحراف معیار	میانگین اضطراب	درصد	تعداد	مشخصات دموگرافیک	
					مرد	جنس
p=۰/۵۷۹	۶/۶۱	۴۱/۹۲	۴۹	۵۰	مرد	جنس
	۶/۶۲	۴۱/۲۱	۵۱	۵۲	زن	
p=۰/۵۰۵	۶/۳۲	۴۱/۲۷	۶۸/۶	۷۰	متاهل	وضعیت تاهل
	۶/۶۱	۴۲/۱۸	۳۱/۴	۳۲	غیر متاهل	
p=۰/۱۱۴	۶/۵۶	۴۲/۷۲	۵۵/۹	۵۷	بیسواد	سطح تحصیلات
	۶/۷۶	۴۱/۲۳	۲۱/۶	۲۲۲	ابتدایی	
	۴/۴۵	۳۷/۶۴	۱۳/۳	۱۴	راهنمایی	
	۸/۰۲	۴۲/۳۳	۲/۹	۳	دبیرستان	
	۳/۸۹	۴۰/۵	۵/۹	۶	دانشگاهی	
p=۰/۰۱۱	۶/۰۷	۴۲/۹۱	۱۰/۹	۱۱	شاغل	اشتغال
	۶/۶۹	۴۲/۸۹	۳۶/۶	۳۷	غیر شاغل	
	۶/۱۷	۴۳/۵۳	۱۴/۹	۱۵	از کار افتاده	
	۵/۳۳	۳۸/۷۹	۳۷/۶	۳۸	بازنشسته	
p=۰/۰۰۴	۶/۸۸	۴۳/۱۸	۳۷/۶	۳۸	نوع یک	نوع دیابت
	۵/۹۲	۴۰/۴۹	۶۲/۴	۶۳	نوع دو	
p=۰/۰۰۰۱	۶/۱۳	۳۹/۹۷	۳۸/۳	۳۹	داروی خوراکی	نوع درمان
	۶/۳۳	۴۲/۸۷	۳۰/۴	۳۱	دارو و انسولین	
	۶/۷۸	۴۲/۴۳	۲۷/۵	۲۸	انسولین	
	۵/۳۲	۴۰/۷۵	۳/۹	۴	رژیم غذایی	
p=۰/۱۵۵	۶/۹	۴۲/۴۸	۴۹٪	۵۰	خرم آباد	محل سکونت
	۵/۷۹	۴۰/۶۷	۵۱٪	۵۲	ایلام	

بحث و نتیجه گیری

یافته های مطالعه حاضر نشان داد که درصد افسردگی سالمندان تحت مطالعه ۷۵/۵ درصد بود که ۳۴/۳ درصد آنها افسردگی شدید داشتند. که با مطالعه طاهری که شیوع دیابت را در بین ۱۰۲ بیمار مبتلا به دیابت در شهر آبادان و خرمشهر برابر ۸۵/۳ درصد گزارش نموده است مشابه است (۳۲). همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که اکثر سالمندان شرکت کننده دارای اضطراب متوسط ۵۲/۹ درصد بودند که این یافته نیز با مطالعه ناظمیان (۳۳) و Taziki (۳۴) و طاهری (۳۲) همخوانی دارد. تفاوت آماری معنی داری در میانگین افسردگی و اضطراب سالمندان شرکت کننده در این پژوهش با توجه به شهر مشاهده نگردید.

بین سن و میزان افسردگی و اضطراب نیز ارتباط معنی داری یافت شد به این صورت که با افزایش سن شدت بیماری و عوارض همراه آن بیشتر شده و شیوع اضطراب و افسردگی نیز در افراد سالمند بیشتر می شود. بررسی ویلد و همکارانش در خصوص دیابت (۲۰۰۹) در انگلستان نشان داد که دیابت در سالمندان به دلیل محدودیت منابع و امکانات و ضعف جسمانی باعث افسردگی و اضطراب بیشتری نسبت به سنین جوان تر می شود (۳۵).

همچنین در این مطالعه بین مدت زمان ابتلا به دیابت با افسردگی و اضطراب ارتباط معنی داری یافت شد به این صورت که با افزایش مدت ابتلا به دیابت شدت افسردگی و اضطراب نیز افزایش می یابد. در مطالعه طاهری (۳۲) بهنام (۳۶) و Taziki و همکاران (۳۴) نیز بین شدت افسردگی و طول مدت ابتلا به دیابت ارتباط معنی داری مشاهده شد. ولی در مطالعه Hermanns و همکاران (۳۷) بین شدت اضطراب و طول مدت ابتلا به دیابت ارتباط معنی داری مشاهده نشد.

ارتباط معنی داری بین دفعات بستری در بیمارستان و شدت افسردگی و اضطراب سالمندان در این مطالعه یافت شد. همچنین بین سطح تحصیلات با افسردگی ارتباط معنی داری یافت شد به این صورت که سالمندان بی سواد در مقایسه با سالمندان دارای تحصیلات بالاتر از افسردگی بیشتری برخوردار بودند. که مطالعه سپهرمش (۳۸) نیز این نتیجه را تایید می کند. در رابطه با جنسیت و بروز علائم افسردگی نیز در سالمندان مورد بررسی رابطه آماری معنی داری یافت شد به طوری که میانگین افسردگی در سالمندان مرد مبتلا به دیابت به طور معنی داری بیشتر از سالمندان زن بود. اندرسون و همکاران (۳۹) در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که

بنابراین با توجه به اینکه افسردگی و اضطراب در بیماران سالمند مبتلا به دیابت یافته شایعی محسوب می شود لذا پیشنهاد می شود با توجه به افزایش جمعیت سالمندان و شیوع بیماری های مزمن مانند دیابت توجه ویژه به این قشر و معاینات روانپزشکی برای تشخیص به موقع و در نهایت درمان افسردگی و اضطراب در این بیماران، صورت بگیرد. از محدودیت های مطالعه حاضر نیز می توان به مشکلاتی از قبیل تکمیل پرسشنامه توسط سالمندان و محدودیت سنی در جمع آوری نمونه ها اشاره نمود.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از همکاری صمیمانه بیمارستانهای شهید مصطفی خمینی شهر ایلام و شهدای عشایر خرم آباد و کلیه سالمندان شرکت کننده در مطالعه، تقدیر و تشکر می نمایند.

افسردگی در زنان مبتلا به دیابت بیشتر از مردان است. در مطالعه انجام شده توسط دولت آبادی و همکاران نیز ارتباط بین افسردگی و جنس را تایید می کند (۴۰).

در بررسی وضعیت اشتغال در این مطالعه دیده شد که سالمندان غیر شاغل و از کار افتاده در مقایسه با سالمندان بازنشسته از افسردگی و اضطراب بیشتری برخوردار بودند. همچنین در خصوص نوع درمان دیده شد که سالمندانی که داروهای خوراکی دریافت میکردند در مقایسه با سالمندانی که داروهای خوراکی و انسولین را با هم دریافت می کردند از افسردگی بیشتری برخوردار بودند.

همچنین در مطالعه حاضر بین شدت افسردگی و متغیرهای تاهل، نوع دیابت و در اضطراب نیز بین جنسیت، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، نوع درمان ارتباط آماری معنی داری مشاهده نشد. نتایج مطالعه ما نشان داد که با افزایش سن، مدت زمان ابتلا به دیابت، تعداد دفعات بستری در بیمارستان، از دست دادن شغل، میزان افسردگی و اضطراب سالمندان مبتلا به دیابت نیز افزایش می یابد

References

1. Sousa V, Zauszniewski G., Musil, C, Mc Donald Pe, & Milligan, S.E. Testing Conceptual framework for Diabetes self-care Management Research and theory Nursing Practice. 2010 ; 18(24):293_316.
2. Darvish Poor Kakhaki A, Abed Saeidi G, Yaghmaei F, AlaviMajd H. Instrument development to measure diabetic clients quality of life (DCQOL). Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism. 2010; 7(2): 149-155.
3. Heine R.J. Diabetes in the next century: challenges and opportunities. Journal of Behavioral Medicine. 2010; 55 (6) : 265-270.
4. Caughey GE, Roughead EE, Vitry AI, McDermott RA, Shakib S, Gilbert AL. Comorbidity in the elderly with diabetes: Identification of areas of potential treatment conflicts. Diabetes Res Clin Pract 2010; 87(3):385_93.
5. Vischer UM, Bauduceau B, Bourdel-Marchasson I, Blicke JF, Constans T, Fagot-Campagna A, et al. A call to incorporate the prevention and treatment of geriatric disorders in the management of diabetes in the elderly. Diabetes Metab 2009; 35(3): 168-77.
6. Shahbazian H, Amani R, Shahbazian H, Shahbazian N, Shahbazian M. What the diabetic patients must know. Qom: DarolnashreEslam press 2011. 10(3):162_70.
7. Franco OH, Steyerberg EW, Hu FB, Mackenbach J, Nusselder W. Associations of diabetes mellitus with total life expectancy and life expectancy with and without cardiovascular disease. Arch Intern Med 2007;167(11):1145_51.
8. Sadock B, Sadock V, Kluwer W. 10th ed. Synopsis of psychiatry: Behavioral science and clinical psychiatry. New york: Lippincott Williams & Wilkins; 2011:157(11):1145_51.
9. 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.
10. Modan Lou M, Taziki SA, Khoddam H, Behnam Pour N. Relationship between depression and associated demographic factors in patients on hemodialysis. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*.2005; 7 (1): 47-50.
 11. Talaei A, FayyaziBordbar M.R, Samari A.A, Arshadi H.R, Salari E, Sadat Forghani M. Isthere any difference between patients depression symptoms pattern that come to clinic in different seasons? *The Journal of Fundamentals of Mental Health Spring*.20013; 7 (25): 35-39. [Persian].
 12. Vaziri S, Dehestani M, Soltani H.R. Surveying depression in asthmatic patients referred toShohadayeKargar hospital in Yazd. *Medical Science Journal of Islamic Azad Univesity Tehran Medical Branch*. 2010; 17 (3): 161-164. [Persian].
 13. World Health Organization. The role of WHO in public health. [Online] 2012; Available from: <http://www.who.int/about/role/en/index.html>.
 14. Norton MC. Church attendance and new episodes of major depression in a community study of older adults *The journals of gerontology* 2008; 8(3):63_68.
 15. Heravi M. The viewpoint of lonely elderly. *Iranian Journal of Ageing* 1386; 6(2): 410_3.15.
 16. Larijani B,Khoramshahi M ,KhaliliGorgani M, Bandarian F,Akhoramshahi S .Association between depression and diabetes. *Ger J psychiatry* 2008,7(3) :62-5.
 17. 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].
 18. Huang MF, Courtney M, Edwards H, McDowell J. Factors that affect health outcomes in adults with type 2 diabetes: a cross-sectional study. *Int J Nurs Stud* 2010; 47(5): 542-9.
 19. Sadeghi M. [Prevalence of dementia and depression in elderly living in nursing homes in Tehran (Persian)]. *Andisheh and Raftar* 2009;48 (4) :49-55.
 20. Lenze EJ, Mulsant BH, Mohlman J, Shear MK, Dew MA, Schulz R, et al. Generalized anxiety disorder in late life: lifetime course and comorbidity with major depressive disorder. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005;13 (1):77-80.
 21. Mehrabi 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].
 22. 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.
 23. 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;3(2): 2-7.
 24. Tapp RJ, Dunstan DW, Phillips P, Tonkin A, Zimmet PZ, Shaw JE, et al. Association between impaired glucose metabolism and quality of life: results from the Australian diabetes obesity and lifestyle study. *Diabetes Res Clin Pract* 2006; 74(2): 154-61.
 25. Rohi Gh, Rahmani H, Abdullahi A, Mahmoudi Gh. Effect of music amount anxiety and some of

- physiological on patients before abdominal surgery. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. 2006; 7(1): 2-7.
26. Kazemi Sh. The effect of music on anxiety of school age children hospitalized at Children's Taleghani Hospital in Gorgan. 2005; 6(1): 3-8.
 27. Malakuty K., Fatollahi P, Mirabzadeh A, standardize the Geriatric Depression Scale form of 15 questions, *Shahid Beheshti University Journal*. 2006; 30(4): 2-5.
 28. Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999; 14(10):858-65.
 29. Arthur A, Jagger C, Lindsay J, Graham C, Clarke M. Using an annual over-75 health check to screen for depression: validation of the short Geriatric Depression Scale (GDS15) within general practice. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999; 14(6):431-9.
 30. De Craen AJ, Heeren TJ, Gussekloo J. Accuracy of the 15-item geriatric depression scale (GDS-15) in a community sample of the oldest old. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003;18(1):63-6.
 31. Van Marwijk HW, Wallace P, de Bock GH, Hermans J, Kaptein AA, Mulder JD. Evaluation of the feasibility, reliability and diagnostic value of shortened versions of the geriatric depression scale. *Br J Gen Pract* 1995;45(393): 195-9.
 32. Taheri N, Hojati H, Mousavi M , The prevalence of depression and anxiety in diabetic patients referred to Taleghani Hospital Abadan and Vali asr Khorramshahr. *Journal of Nursing and Midwifery Zabol diabetes nurse* 2013; 45(1): 2_9.
 33. 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].
 34. Taziki SA, Bazrafshan HR, Behnampour N, Paviz M. [Relationship between depressive's symptoms and diabetes]. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. 2001; 3(2):59-64. [persian].
 35. Wild, S, Roglic G ,Green A , Sicree R, & King H .Global prevalence of diabetes : *Health science journal* 2009;27(5): 58_64.
 36. 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].
 37. 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(3): 293–300.
 38. Sepehrmanesh Z, Sarmast H, Sadr SF, Sarbolouki S. [Prevalence and severity of depression in diabetic subjects]. *FEYZ*. 2003; 7(3):69-75. [Persian].
 39. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*. 2008; 24(6): 1069-1078.
 40. Dawlatabadi N, Morteza pour S., Hosseini M . The frequency of type 2 diabetes in Essfahan . *Journal of Research in the health system*.2010; 6(2): 293–300.