

خصوصیات اپیدمیولوژیکی افسردگی در بیماران دیابتی غیروابسته به انسولین در شهر سمنان

دکتر بهناز بهنام^۱، دکتر راهب قربانی^۲

^۱ گروه روان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان

^۲ گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان

چکیده

سابقه و هدف: افسردگی بیماری پر عارضه و ناتوان کننده ای است که در اغلب مطالعات شیوع آن در بیماران دیابتی بیشتر از جمعیت عمومی است. کنترل قند خون و پیشگیری از عوارض دیابت در بیماران افسردگی مشکلت بوده و تشخیص زودهنگام افسردگی در کنترل قند خون و پاسخ درمانی مناسب مؤثر می باشد.

مواد و روشها: این مطالعه مقطعی بر روی ۴۵۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو که در سال ۱۳۸۱ (طی مدت ۱ ماه) به کلینیک دیابت بیمارستان فاطمیه شهر سمنان مراجعه نموده اند، انجام شده است. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه تست بک (Beck)، که دارای ۲۱ شاخص (۱۳ شاخص شناختی و ۸ شاخص مربوط به علائم جسمی) می باشد، بود. برای تحلیل، نمرات تست بک برای هر فرد با هم جمع، افرادی که نمره آنان ۹-۰ بوده بدون افسردگی، نمره ۱۰-۱۸ افسردگی خفیف، ۱۹-۲۹ افسردگی متوسط و ۳۰-۶۳ افسردگی شدید در نظر گرفته شد. از آزمون آماری خی دو و ضریب همبستگی اسپرمن در سطح معنی دار $p=0.05$ برای تعیین ارتباط استفاده شد. یافته ها: شیوع افسردگی در نمونه دیابتی مورد مطالعه ۷۱/۶ درصد (فاصله اطمینان ۷۵/۱-۶۷/۴ درصد) بود. ۷۹/۲ درصد زنان و ۵۷/۳ درصد مردان، همچنین ۶۶/۹ درصد بیمارانی که طول مدت بیماری آنها کمتر از ۵ سال و ۷۸/۳ درصد آنها که طول مدت بیماری آنها بیش از ۱۶ سال بود، مبتلا به درجاتی از افسردگی بودند. بین شدت افسردگی با جنس ($p=0.0001$)، سن ($p=0.0001$) و طول مدت ابتلاء به دیابت ($p=0.023$) ارتباط معنی داری وجود داشت.

نتیجه گیری: با توجه به شیوع بالای افسردگی در این بیماران، توصیه می شود به طور روتین با استفاده از تست بک بیماران دیابتیک مبتلا به افسردگی را شناسایی و درمان کرده، تا بهتر بتوان قند خون را کنترل و از عوارض دیابت کاست. همچنین بهتر است بیماران دیابتی در خودمراقبتی توانمند گردند تا با کنترل دیابت، کیفیت زندگی آنها ارتقاء و در نتیجه از عوارض و شدت افسردگی کاسته شود.

واژگان کلیدی: افسردگی، دیابت غیر وابسته به انسولین، تست بک.

در برخی از مطالعات خارجی تا ۳۹ درصد (۳) و در مطالعات داخلی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ تا ۸۴/۱ درصد (۴) گزارش شده است. این بیماری از جمله بیماریهای خلقی است که با نشانه های خلق پایین، کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی اشتها، افکار مرگ و خودکشی، بی خوابی یا پرخوابی، کاهش قابل توجه وزن و اختلال عملکرد مشخص می شود (۵). افسردگی در برخی بیماران می تواند

مقدمه

افسردگی بیماری پر عارضه و ناتوان کننده ای است که شیوع آن در بیماران دیابتی بیشتر از جمعیت عمومی (۸-۲۰ درصد) بوده و حدود ۳۳ درصد تخمین زده می شود (۱، ۲). این میزان

آدرس نویسنده مسئول: سمنان، بیمارستان فاطمیه، دکتر بهناز بهنام

(email: behnamfar46@yahoo.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۲/۱۱/۱۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۳/۱۱/۱۹

ماه (سال ۱۳۸۱) به کلینیک دیابت بیمارستان فاطمیه (س) سمنان مراجعه نموده اند، انجام گرفت. بیمارانی که قبل از شروع دیابت، سابقه اختلالات روانی داشته و یا در خانواده آنها سابقه ای از اختلالات روانی وجود داشت و یا علاوه بر دیابت، بیماری طبی دیگری نیز داشتند، از مطالعه حذف شدند. ابزار غربالگری افسردگی در این مطالعه تست بک (Beck) بود که شامل ۲۱ سؤال (۱۳ سؤال شناختی و ۸ سؤال سوماتیک) می باشد. این تست در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکاران برای اندازه گیری افسردگی رائه شد (۱۶). مراجعه کنندگان باسواد شخصا به سوالات پاسخ داده و برای افراد کم سواد و یا بی سواد سوالات به صورت شفاهی طرح و پاسخ آنها در پرسشنامه ثبت گردید. هر شاخص تست بک با چهار جواب صفر، ۱، ۲ و ۳ نمره گذاری می شود که نمره صفر نشان دهنده عدم اختلال و نمره ۳ نشان دهنده شدیدترین حالت اختلال می باشد. برای تحلیل، نمرات تست بک برای هر فرد با هم جمع، افرادی که نمره آنان -9 بوده بدون افسردگی، نمره $10-18$ افسردگی خفیف، $19-29$ افسردگی متوسط و $30-63$ افسردگی شدید در نظر گرفته شد. از آزمون آماری Chi-square و ضریب همبستگی Spearman در سطح معنی دار 0.05 برای تعیین ارتباط استفاده شد.

یافته ها

شیوع افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت $71/6$ درصد (با فاصله اطمینان $95\%: 67/4-75/8$ درصد) بود. شایعترین شکل افسردگی نوع خفیف ($48/2$ درصد) بود. شدت افسردگی با سن همبستگی مثبت داشت ($p=0.0001$). به طوری که $3/8$ درصد جمعیت $30-39$ ساله و $16/7$ درصد افراد بالای 80 سال افسردگی شدید داشتند. شیوع افسردگی در زنان $79/2$ درصد و در مردان $57/3$ درصد بود. بین جنس و شدت افسردگی نیز ارتباطی معنی دار وجود داشت ($p=0.0001$). همچنین بین شدت افسردگی و طول مدت ابتلا به دیابت همبستگی مثبت و معنی دار دیده شد ($p=0.02$).

به طوری که $22/1$ درصد آنها بی که طول مدت بیماریشان کمتر از پنج سال بود و 33 درصد آنها بی که طول مدت بیماریشان بیشتر از 16 سال بود، مبتلا به افسردگی شدید بودند. بین سطح تحصیلات بیماران با شدت و شیوع افسردگی ارتباط معنی دار دیده نشد.

واکنش روانی نسبت به دردهای شدید ناشی از نوروپاتی باشد (۶).

میزان افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت بیشتر از سایر بیماریهای طبی مزمن است. علت بروز افسردگی در بیماران دیابتی واضح نیست ولی عواملی چون دردهای ناشی از نوروپاتی، مکانیسمهای نورواندوکرین و اختلالات محور هیبووفیز-هیبوتالاموس، و ایسکمی مغزی ناشی از اختلالات عروقی را در ایجاد آن مؤثر می دانند (۱).

کنترل قند خون در بیماران افسرده مشکلتر از افراد سالم بوده و درمان پیشگیری کننده و نگهدارنده با داروهای ضد افسردگی می تواند از عود بیماری جلوگیری کرده و در پیشگیری از عوارض ناتوان کننده دیابت مؤثر باشد (۸،۷). در افراد دیابتیک مبتلا به افسردگی شدید، به دلیل پیدایش عوارض و عدم کنترل مناسب قندخون، تعداد موارد استری نسبت به افراد دچار افسردگی خفیف، بیشتر بوده که منجر به صرف هزینه بیشتر در درمان این بیماران می شود (۹).

برخی مطالعات نشان داده اند که بین دیابت و عوارض آن با شیوع و شدت افسردگی ارتباط معنی دار وجود دارد که این ارتباط با عوارضی چون رتینوباتی، نفروپاتی، عوارض عروقی و اختلالات جنسی واضحتر می باشد (۱۰). برخی مطالعات دیگر مشخص نموده اند که افسردگی ارتباط مستقیم با میزان هیبرگلسمی در هر دو نوع یک و دو دیابت داشته که نیاز به کنترل دقیق قندخون را در کاهش شیوع افسردگی نشان می دهد (۱۱،۱۲). اگرچه مطالعات دیگری ارتباط مستقیم سطح گلوكز خون و افسردگی را نشان نداده است (۱۳). از طرف دیگر درمانهای طبی رایج اختلالات خلقی در بیماران دیابتی مثل داروهای ضد افسردگی سه حلقه ای و شوک درمانی می توانند باعث تغییراتی در سطح گلوكز خون به صورت افزایش یا کاهش شوند که این مسئله منجر به اشکالاتی در درمان بیماران دیابتی خواهد شد (۱۰،۱۴).

با توجه سودمندی تست بک در غربالگری افسردگی و کاربرد مکرر آن در مطالعات داخل و خارج کشور در بیماران مبتلا به دیابت (۱۵،۴،۳)، در این تحقیق شیوع و شدت افسردگی را با استفاده از آن در بیماران مبتلا به دیابت غیروابسته به انسولین مراجعه کننده به کلینیک دیابت بیمارستان فاطمیه (س) سمنان مورد بررسی قرارداده ایم.

مواد و روشها

این مطالعه مقطعی به روش نمونه گیری آسان بر روی 450 بیمار مبتلا به دیابت غیروابسته به انسولین که در طی هشت

بحث

مسائل روان شناختی و اجتماعی در بیماران دیابتی که غالباً به شکل افسردگی و اضطراب تظاهر می‌کند ممکن است به دلیل محدودیت رژیم غذایی و فعالیت، نیاز به مراقبت دقیق از خود داشته باشد. همچنین ترس از آینده، وحشت از وخیم شدن بیماری و مرگ یا ناتوانی ممکن است آن قدر شدید باشد که سبب ساز افسردگی در بیماران دیابتی گردد (۱۷).

خودمراقبتی در بیماری دیابت، با توجه به مزمن بودن آن از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است که صاحب نظران همواره بر ضرورت آن تاکید داشته‌اند. الیوت جوسلین یکی از کارشناسان بزرگ دیابت در سال ۱۹۲۴ میلادی اظهار داشت: بیماران دیابتی باید شخصاً در درمان بیماری خود شریک شوند (۱۸). اما میزان تعییت بیماران دیابتی از توصیه‌های تجویزی در زمینه اصول مراقبت از خود بالاست. ناتوانی در تعییت علاوه بر عوارض جسمی دارای عوارض روحی نیز می‌باشد. در بالغین دیابتی نقصان در تعییت می‌تواند به نارضایتی از خود منتهی گردد و به صورت اعتماد به نفس پایین یا افسردگی بروز کند (۱۹).

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که شیوع افسردگی در بیماران دیابتیک غیروابسته به انسولین ۷۱/۶ درصد می‌باشد. ارتباط معنی داری بین جنس، طول مدت بیماری و سن باشد و شیوع افسردگی دیده شد. در مطالعه‌ای در مکزیک بر روی ۱۸۹ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو، این میزان ۳۹ درصد (۳)، در آمریکا در زنان مبتلا به دیابت ۲۸ درصد و در مردان ۱۸ درصد (۲۰)، در اسپانیا در بیماران دیابتیک غیروابسته به انسولین ۲۷ درصد (۲۱)، در مشهد ۸۷ درصد زنان ۷۲/۶ درصد مردان (۲۲)، در مطالعه‌ای دیگر در مشهد ۶۲ درصد (۲۳) و در تهران ۸۴/۱ درصد (۴) مبتلایان به دیابت نوع ۲ دچار درجه‌ای از افسردگی بودند.

مطالعات گوناکون شیوع بیشتر افسردگی در زنان را نسبت به مردان نشان می‌دهد (۲۳-۲۵). همچنین بین افسردگی و سطح HbA1C ارتباط مستقیم دیده شد، که این ارتباط در زنان قویتر از مردان بود که این امر را به اثر استروژن نسبت داده اند (۲۳).

بالا رفتن طول مدت بیماری منجر به ظهور عوارض بیماری و نالمیدی از بهبودی این بیماران می‌شود که به شکل افسردگی ظهور می‌کند. آن چه قابل توجه است عدم ارتباط شیوع و شدت افسردگی با سطح تحصیل در این مطالعه می‌باشد که

نشان دهنده عدم رعایت (یا عدم آگاهی از) اصول خودمراقبتی، حتی در بیماران با سطح تحصیلات بالا، می‌باشد. با عنایت به تفاوت معنی دار شیوع افسردگی در بیماران دیابت نوع ۲ در سمنان، مشهد و تهران با نتایج خارج کشور به نظر می‌رسد:

(الف) با توجه به این که افسردگی ارتباط مستقیمی با میزان هیپرگلیسمی در هر نوع دیابت داشته (۱۱) و بین افسردگی و چگونگی کنترل دیابت و سطح HbA1C نیز ارتباط مستقیم نشان داده شده است (۲۳)، یکی از دلایل شیوع بیشتر افسردگی در جامعه مورد پژوهش نسبت به مطالعات خارج از کشور، ممکن است کنترل نامناسب هیپرگلیسمی و در نتیجه عوارض بیشتر باشد، زیرا در مطالعه‌ای در سمنان در بیماران دیابتی، فقط ۵/۹٪ آنها HbA1C در حد کنترل داشتند (۲۶).

(ب) با توجه به این که فاکتورهای محیطی استرس زا در ایجاد افسردگی در بیماران دیابتی مؤثrend (۲۷)، شاید شیوع فاکتورهای استرس زا در این جامعه با جوامع دیگر (از جمله مشهد و تهران) فرق داشته باشد، که نیاز به تحقیق دارد.

شیوع بالای افسردگی در افراد مبتلا به دیابت غیروابسته به انسولین میان این نکته است که توجه به مسائل روانی بیماران دیابتی حائز اهمیت بوده و باید در مراحل درمان بیماران مدنظر قرار گیرد و پیشنهاد می‌شود:

۱- ازتست غربالگری افسردگی بک به صورت روتین در کلینیک دیابت استفاده شود تا بتوان با تشخیص به موقع این عارضه و درمان سریعتر آن به کنترل بهتر قندخون و جلوگیری از عوارض دیابت کمک کرد.

۲- بیماران دیابتی در خودمراقبتی توانند گردند، که با کنترل بهتر قندخون خود، به کاهش شدت و شیوع افسردگی و بالاتر رفتن کیفیت زندگی خود کمک خواهند کرد، این امر کاهش هزینه‌های درمانی را به همراه خواهد داشت. در این راستا مراکز تحقیقات دیابت با لحاظ نمودن نقش پیشگیری (توان بادرمان) می‌توانند نقش کلیدی داشته باشند.

در پایان لازم است به این نکته تاکید شود که مطالعه حاضر یک مطالعه اپیدمیولوژیکی افسردگی در بیماران دیابتی است و چنانچه مقایسه افسردگی با جمعیت سالم مدنظر باشد، قطعاً گروه شاهد از افراد سالم نیز باید بررسی گردد. نداشتن گروه شاهد به عنوان یک محدودیت این مطالعه می‌باشد که توصیه می‌شود در تحقیقات آتی مدنظر پژوهشگران محترم قرار گیرد.

REFERENCES

1. Sadock BJ, Sadock V, Kaplan HI, editors. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2000. p. 107.
2. Connell CM. Psychosocial contexts of diabetes and older adulthood: reciprocal effects. *Diabetes Educ* 1991; 17(5): 364-71.
3. Tellez-Zenteno JF, Cardiel MH. Risk factors associated with depression in patients with type 2 diabetes mellitus. *Arch Med Res* 2002; 33(1): 53-60.
4. ظهیرالدین علی رضا، صدیقی گیتا. بررسی میزان علائم افسردگی در صد بیمار دیابتیک مراجعه کننده به بیمارستانهای امام حسین و لقمان در سال ۱۳۸۱. *محله پژوهش در پزشکی*, ۱۳۸۲؛ ۲۷، شماره ۳، صفحات ۲۰۳ تا ۲۰۷.
5. Adcock BJ, Kaplan HI, editors. Synopsis of Psychiatry. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1998. p. 524.
6. Koracs M, Mukerji P, Iyengar S, Drash A. Psychiatric disorder and metabolic control among youths with IDDM. *Diabetes Care*. 1996; 19: 318-23.
7. Goodnick PJ, Kumar A, Henry JH, Buki VM, Goldberg RB. Sertraline in coexisting major depression and diabetes mellitus. *Psychopharmacol Bull* 1997; 33(2): 261-6.
8. Lustman PJ, Griffith LS, Freedland KE, Clouse RE. The course of major depression in diabetes. *Gen Hosp Psychiatr* 1997; 19(2): 138-43.
9. Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE. Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function and costs. *Arch Intern Med* 2000; 160(21): 3278-85.
10. De Groot M, Anderson R, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. Association of depression and diabetes complications: meta-analysis. *Psychosom Med* 2001; 63(4): 619-30.
11. Lustman PJ, Anderson RJ, Freedland KE, de Groot M, Carney RM, Clouse RE. Depression poor glycemic control: A meta analysis, review of the literature. *Diabetes Care* 2000; 23(7): 934-42.
12. Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo D, editors. Harrison's Principles of Internal Medicine. 15th edi, New York: McGraw-Hill, 2001. p. 2019.
13. Rajala U, Keinanen-Kiukaanniemi S, Kivela SL. Non-insulin-dependent diabetes mellitus and depression in a middle-aged Finnish population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997; 32(6): 363-67.
14. Warnock J.K., Mutzig E.M., Diabetes mellitus & major depression: considerations for treatment of native Americans, *J. Okla State Med Assoc*, 1998, 91(9): 488-493.
15. Lustman PJ, Clouse RE, Griffith LS, Carney RM, Freedland KE. Screening for depression in diabetes using the Beck depression inventory. *Psychosom Med* 1997; 59(1):24-31.
16. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock JD, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch General Psychiatr* 1961; 4: 53-63.
17. Palinkas LA, Barrett-Connor E, Wingard DL. Type 2 diabetes and depressive symptoms in older adults: a population-based study. *Diabetes Med* 1991; 8(6): 532-39.
18. رهنما، پیرایش فر ا، مخبر ن، مظلوم س. ر. بررسی ارتباط کیفیت مراقبت از خود با میزان افسردگی بیماران دیابتیک نوع ۲ مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت خراسان. *محله دانشکده پزشکی سبزوار (اسرار)*, ۱۳۸۱؛ ۹، شماره ۲، صفحات ۷۴ تا ۸۱.
19. Littlefield CH, Craven JL, Rodin GM, Daneman D, Murray MA, Rydall AC. Relationship of self-efficacy and binging to adherence to diabetes regimen among adolescents. *Diabetes Care* 1992; 15(1): 90-94.
20. 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.
21. Bundo Vidiella M, Auba Lambrich J, Massons Cirera J, Trilla Soler MC, Perez Villegas R, Perez del Campo AM. Anxiety and depression in type 2 diabetics. *Aten Primaria* 1996; 17(1): 58-62.
22. عبداللهیان، مخبر ن. بررسی مشکلات روانی در بیماران دیابتی غیرواسته به انسولین. *محله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*, ۱۳۷۹؛ شماره ۶۹، صفحات ۶۱ تا ۶۵.
23. Pouwer F, Snoek FJ. Association between symptoms of depression and glycemic control may be unstable across gender. *Diabetes Med* 2001; 18(7): 595-8.

24. Sevinçok L, Güney E, Uslu A, Baklaci F. Depression in a sample of Turkish type 2 diabetes patients. Eur Psychiatr 2001; 16(4): 229-31.
25. Zauszniewski JA, Chung C, Krafcik K, Sousa VD. Psychometric testing of the depression condition scale in women with type 2 diabetes. J Nurs Meas 2001; 9(1): 61-72.
۲۶. تمدن م، دانایی ن. بررسی میزان کنترل دیابت از طریق HbA1C در بیماران مراجعه کننده به کلینیک دیابت بیمارستان فاطمیه(س) سمنان (۱۳۸۱). گزارش طرح تحقیقاتی مصوب شماره ۱۱۱، دانشگاه علوم پزشکی سمنان.
27. Fisher L, Chesla CA, Mullan JT, Skaff MM, Kanter RA. Contributors to depression in Latino and European American patients with type 2 diabetes. Diabetes Care 2001; 24(10): 1751-7.