پژوهش درپزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
سال ۲۷، شماره ۳، صفحات ۲۰۳ تا ۲۰۷ (پاییز ۸۲)

Original Article

بررسی میزان علائم افسردگی درصد بیمار دیابتیک مراجعه کننده به بیمارستانهای امام حسین ولقمان ، درسال ۱۳۸۱

دکتر علیرضا ظهیرالدین [۱] ، دکتر گیتا صدیقی[۲]

[۱] دانشیار، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
[۲] دستیار روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

چکیده

سابقه و هدف: *دیابت یکی از بیماریهای با ماهیت مزمن با شیوع نسبتاً بالا می‌باشد.توجه به مشکلات روانپزشکی بخصوص افسردگی درمبتلایان به دیابت باعث بهبود کنترل گلوکز و افزایش کیفیت زندگی آنها می شود. با توجه به اینکه افسردگی دربیماریها نادیده گرفته می شود هدف اصلی در این مطالعه ارزیابی میزان افسردگی در بیماران دیابتیک و به کارگیری روش ساده جهت تشخیص افسردگی و یادآوری ضرورت توجه بیشتر به این بیماری و درمان به موقع آن است.*

مواد و روشها *: مطالعه حاضر از نوع توصیفی می باشد. ۱۰۰ بیمار دیابتی مراجعه کننده به بیمارستانهای امام حسین (ع) و لقمان در سال ۱۳۸۱ از نظر ابتلا به افسردگی توسط پرسشنامهBeck مورد ارزیابی قرار گرفتند. پس از تکمیل آن اطلاعاتی از جمله سن، وضعیت تاهل ، جنس ، طول مدت بیماری، نوع دیابت، سابقه مصرف داروهای ضد افسردگی و عوارض دیابت بوسیله روشهای آماری مورد آنالیز قرار گرفت.*

یافته‌ها: *در پژوهش مشخص شد که ٪۷۸ بیماران دیابتیک براساس تست Beck مبتلا به افسردگی بودند. در مقایسه افراد بر اساس جنس، عارضه دیابت، طول مدت بیماری و سن در دو گروه بیماران دیابتیک افسرده و غیرافسرده تفاوت معنی دار از نظر آماری وجود داشت (به ترتیب $p<۰/۰۰۵$ ، $p<۰/۰۰۱$ ، $p<۰/۰۵$ و $p<۰/۰۰۵$).*

نتیجه‌گیری و توصیه‌ها: *در این پژوهش نتایج حاصله نشاندهندهٔ بالا بودن میزان علائم افسردگی در بیماران دیابتیک بود که توسط تست بک مورد ارزیابی قرار گرفتند. با توجه به قابل درمان بودن افسردگی و اثرات مفید درمان آن توجه به سلامت درمان بیماران دیابتیک، غربالگری و تشخیص به موقع افسردگی در آنها مهم و سودمند است.*

واژگان کلیدی: *دیابت، افسردگی، تست Beck.*

مقدمه

یکی ازمشکلات مهم همراه بیماریهای با ماهیت مزمن مثل دیابت بروز اختلالات روانپزشکی درمبتلایان به آنها می باشد. فاکتورهای روان پزشکی در بروز بیماری دیابت در افراد مستعد نقش زیادی دارند. توجه توأم به مشکلات روانپزشکی و طبی، باعث می شود تا از بروز عوراض کاسته شده و کیفیت زندگی بیماران دیابتیک افزایش یابد(۱).

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]

با توجه به شیوع نسبتاً بالای این بیماری و افزایش تعداد مبتلایان با بالا رفتن سن (از حدود ۱/۵ درصد در افراد ۲۰ تا ۳۹ سال تا حدود ۲۰ درصد در افراد بالاتر از ۷۵ سال) و مدت زمان ابتلا این مسئله از دیدگاه اقتصادی نیز مهم است (۲). افسردگی با تنظیم ضعیف سطح گلوکزدر دیابتی‌ها همراه است وبهبود افسردگی همراه با بهبود قابل توجه کنترل گلوکزاست. علیرغم سود عمده حاصل از درمان ضدافسردگی، حتی درممالک پیشرفته فقط یک سوم این بیماران تشخیص داده شده و درمان می‌شوند. علت آن عدم توجه و گذاشتن وقت کافی و عدم انجام یک مصاحبه تشخیصی روانپزشکی توسط پزشکان است. استفاده از یک روش ساده جهت تشخیص افسردگی ممکن است کمک بزرگی برای حل این مشکل باشد (۳). از آنجائی که مطالعات محدودی در این زمینه بخصوص در کشور ما انجام شده بر آن شدیم تا میزان علائم افسردگی را در بیماران دیابتیک مراجعه کننده به بیمارستان‌های امام حسین و لقمان با استفاده از تست Beck مورد بررسی قرار دهیم و از این طریق هم یک روش ساده جهت تشخیص افسردگی و هم ضرورت توجه بیشتر به این بیماری و درمان به موقع آن را متذکر گردیم.

مواد و روشها

پژوهش حاضر از نوع توصیفی می باشد. جامعه آزمودنی بیماران دیابتیک مراجعه کننده به بیمارستانهای امام حسین(ع) و لقمان می باشند. روش انتخاب نمونه افراد در دسترس بود بدین ترتیب ۱۰۰ بیمار دیابتی که بوسیله معیارهای زیر دیابتیک بودن آنها مورد تأئید قرار گرفته بود، پس از اخذ رضایت از آنها مورد بررسی قرار گرفتند.

معیارهای تشخیصی دیابت شیرین:

- وجود نشانه‌های دیابت به اضافه غلظت تصادفی گلوکز خون بیشتر از ۲۰۰ mg/dl
- گلوکز ناشتای پلاسما مساوی یا بیشتر از ۱۲۶mg/dl
- گلوکز دو ساعته پلاسما مساوی یا بیشتر از ۲۰۰ mg/dl در طی تست خوراکی تحمل گلوکز(۲)

معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: وجود سابقه قبلی بیماری افسردگی اولیه، عدم وجود آگاهی به زمان و مکان وشخص،کومای‌دیابتیک، وجود سایکوز در بیمار، بیماری غیر روانپزشکی همراه غیر از عوارض خود بیماری. ابزار سنجش پرسشنامه Beck بود. این پرسشنامه توسط دکتر Aeron Beck در دانشگاه پنسیلوانیا در سال ۱۹۶۰ تنظیم و استاندارد شده است و با تاکید بر دو بعد رفتاری شناختی شامل ۲۱ جزء (item) و به صورت خودگزارش (self-report) که هر یک چهار موقعیت را توصیف کرده است که به ترتیب شدت آنها افزایش می‌یابد و نمره کل آزمون از صفر تا ۶۳ متغیر است. برای درجه بندی شدت افسردگی روشهای مختلفی ذکر شده است (۴). در یک روش که در این پژوهش نیز مورد استفاده قرار گرفته است امتیاز ۹-۰ طبیعی، ۱۶-۱۰ افسردگی خفیف، ۲۹-۱۷ افسردگی متوسط و۶۳-۳۰ افسردگی شدید در نظر گرفته می شود. با توجه به پژوهش واهب زاده، در ایران عدد ۹ به عنوان مرز قابل اطمینان در افراد سالم بدست آمده است (۵). برای استفاده از این پرسشنامه حداقل شش کلاس سواد لازم است و در مدت پنج تا ده دقیقه تکمیل می شود. به دلیل اینکه این آزمون مستقل از فرهنگ و طبقات اجتماعی خاص می باشد در تمام دنیا مورد استفاده قرار گرفته و اعتبار و پایایی بالای آن ثابت شده و با موارد بالینی افسردگی مطابقت دارد. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها از تک تک افراد اطلاعاتی شامل سن، وضعیت تاهل، جنس، طول مدت بیماری دیابت، نوع دیابت، سابقه مصرف داروهای ضد افسردگی و عوارض دیابت (عوارض چشمی، نوروپاتی، نفروپاتی، بیماری قلبی، بیماری عروق محیطی، بیماری عروق مغزی و عوارض پوستی) اخذ شده و داده ها به کمک نرم افزار SPSS و با استفاده از آزمون خی دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

در این پژوهش ۱۰۰ بیمار دیابتیک، شامل ۳۷ بیمار مبتلا به دیابت ۱ و۶۳ بیمار مبتلا به دیابت تیپ ۲ مورد بررسی قرار گرفتندکه همگی متاهل بودند. ۲۵ نفر از

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]

مبتلایان به دیابت تیپ ۱ (۶۷/۶٪) و ۵۳ نفر از مبتلایان به دیابت تیپ ۲ (۸۴/۱٪) نمرات بالاتر از ۹ داشتند که تفاوت بین دو گروه از نظرآماری معنی دارنبود.

توزیع نمرات آزمودنیها در چهار دسته بدون افسردگی (نمرات ۰ تا ۹)، افسردگی خفیف (نمرات ۱۰ تا ۱۶)، افسردگی متوسط (نمرات ۱۷ تا ۲۹) و افسردگی شدید (نمرات ۳۰ و بالاتر) در مبتلایان به دیابت تیپ ۱ و ۲ مورد بررسی قرار گرفت و معلوم شد که تفاوت توزیع بیماران دیابتی تیپ ۱ و ۲ در این چهار گروه معنی دار نمی باشد.

توزیع فراوانی علائم افسردگی در بیماران برحسب متغیرهای جنس، عوارض دیابت، مدت ابتلا به بیماری وهمچنین گروه سنی درجدول ۱ خلاصه شده است.

جدول ۱- توزیع فراوانی علائم افسردگی در ۱۰۰ بیمار دیابتیک بر حسب جنس، وجود عوارض دیابت، مدت بیماری و گروه سنی، بیمارستانهای لقمان و امام حسین، ۱۳۸۱

متغیر		دیابتیک افسرده	دیابتیک غیر افسرده	p
جنس	مونث	(۸۷/۹)۵۱†	(۱۲/۱)۷	<۰/۰۰۵
	مذکر	(۶۴/۳)۲۷	(۳۵/۷)۱۵	
عوارض دیابت	مثبت	(۹۱)۷۱	(۹)۶	<۰/۰۰۱
	منفی	(۳۰/۴)۷	(۶۹/۶)۱۶	
مدت ابتلا	۵ سال و کمتر	(۷۴/۳)۲۶	(۲۵/۷)۹	<۰/۰۵
	بیشتر از ۱۰ سال	(۸۰)۵۲	(۲۰)۱۳	
گروه درمانی (سال)	۲۰-۴۰	(۵۶/۵)۱۳	(۴۳/۵)۱۰	<۰/۰۰۵
	۴۱-۶۰	(۸۸/۹)۴۸	(۱۱/۱)۶	
	۶۰<	(۷۳/۹)۱۷	(۱۶/۱)۶	

† اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند.

گروههای شرکت کننده در آزمون در دو گروه زنان و مردان از نظر افسردگی و عدم آن مورد مطالعه قرار گرفتند. ۸۷/۹٪ زنان و ۶۴/۳٪ مردان طبق معیارهای تست Beck افسرده بودند. تفاوت آماری بین این دو گروه معنی دار بود(p<۰/۰۰۵). بیماران دیابتیک در دو گروه با عوارض و بدون عوارض ناشی از دیابت از نظر وجود یا عدم وجود افسردگی بررسی شده و تفاوت معنی دار بین دو گروه وجود داشت. ۹۱٪ بیماران همراه با عوارض ناشی ازدیابت و۳۰/۴٪ بیماران بدون عارضه، افسرده بودند. (p<۰/۰۰۱)

افراد شرکت کننده در پژوهش از نظر طول مدت بیماری (۵ سال و پائینتر در یک گروه و بالاتر از ۵ سال در گروه دیگر) و ارتباط آن با افسردگی مورد مقایسه قرار گرفته و تفاوت معنی دار بین دو دسته مشاهده شد (p<۰/۰۵). همانطور که درجدول شماره ۱ مشاهده می شود بیماران دیابتیک در سه گروه سنی قرار داده شده و از نظر افسردگی مورد مقایسه قرار گرفتند که تفاوت معنی دار از نظر آماری بین گروههای سنی وجود داشت(p<۰/۰۰۵).

بیماران دیابتیک از نظر سابقه مثبت مصرف داروهای ضد افسردگی و عدم مصرف آن به دو گروه مجزا تقسیم شده و از نظر ابتلا به افسردگی تحت بررسی قرار گرفتند. ۱۶٪ بیماران دیابتیک افسرده و ۹٪ بیماران دیابتیک غیر افسرده سابقه مثبت مصرف داروی ضد افسردگی داشتند. ۶۲٪ بیماران دیابتیک افسرده و ۱۳٪ بیماران دیابتیک غیر افسرده سابقه مصرف داروی ضد افسردگی را نداشتند.

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی میزان علائم افسردگی دربیماران دیابتیک مراجعه کننده به بیمارستانهای امام حسین (ع) و لقمان در سال ۱۳۸۱ بود. در این تحقیق از تست Beck به عنوان ابزار سنجش افسردگی استفاده شد. طبق تعریف آزمونBeck نمرات ۹ و کمتر از آن سالم یا بدون افسردگی فرض شده است. بر این اساس، نقطه برش ٪۷۸ در گروه آزمون مبتلا به افسردگی بودند که این نتیجه نشاندهنده بالاتر بودن میزان افسردگی در بیماران دیابتیک نسبت به جمعیت عمومی می‌باشد. (۲۵ـ۱۰ درصد زنان و ۱۲ـ ۵ درصد مردان)(۱). براساس یک متاآنالیز که توسط Anderson و همکاران در سال ۲۰۰۰ در مورد شیوع کموربیدیتی افسردگی در افراد دیابتی صورت گرفته است ۳۹ مطالعه که روی ۲۰۲۱۸ نفر انجام شده بررسی شد و اصلی‌ترین نتیجه‌ای که گرفته شده این است که ابتلا به دیابت باعث دو برابر

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]

شدن احتمال ابتلا به افسردگی می‌شود(۶). در مطالعه ای که ما انجام دادیم بین دو گروه دیابتیک تیپ I و II از نظر میزان افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت که این نتیجه مشابه نتیجه‌ای است که از ۱۰ تحقیق از ۳۹ تحقیق یادشده گرفته شده است(۷).

در پژوهش حاضر ۸۷/۹٪ زنان دیابتیک و ۶۴/۳٪ مردان دیابتیک افسرده بودند و تفاوت بین زنان و مردان از نظرآماری معنی داری بود. درمتاآنالیزانجام شده ۷ مطالعه نتیجه مشابه داشته‌اند(۹،۸).

برای پاسخ به این سوال که چرا شیوع افسردگی در بیماران دیابتیک بالا است و این که این مسئله چه پیامدهایی برای این بیماران دارد باید به ارتباطات پیچیده ای که از نظر فیزیکی، روانی و فاکتورهای ژنتیکی که در همراهی دیابت و افسردگی خصوصاً از نوع دو قطبی سهیم هستند و ناشناخته باقی مانده‌اند، توجه نمود.(۱۰) به نظر می رسد که جهت یافتن ارتباط دیابت و افسردگی توجه اجمالی به پاتوژنز دو بیماری و تغییرات متابولیکی، عصبی- هورمونی و نوروترانسمیتری در آنها با ارزش باشد(۱۲،۱۱). واضح است که انسولین در تنظیم گلوکز خون نقش اصلی برعهده دارد.کاتکولامینها آزاد سازی انسولین را مهارکرده و به سرعت موجب پیشرفت روند لیپولیز می‌شوند. برخلاف آنها اثر هورمون رشد در ایجاد لیپولیز به آهستگی اعمال می شود. هورمونهای تیروئید نیز اثرات آنتاگونیستی با انسولین دارند.گلوکوکورتیکوئیدها سبب سنتز آنزیم لیپاز و پیشرفت روند لیپولیز، افزایش مقاومت به انسولین، کاهش مصرف انسولین، افزایش تولید گلوکز در کبد و اختلال ترشح انسولین می شوند(۲). این تغییرات به حدی است که می تواند در افراد زمینه ساز دیابت شود (دیابت ناشی از استروئیدها) (۱۳).

در دیابت قندی اختلال شدیدی در متابولیسم کلوگز وجود دارد که ناشی از کمبود انسولین یا مقاومت به اثرات آن می باشد. درافسردگی هیپراکتیویتی محور هیپوتالاموس - هیپوفیز- آدرنال، افزایش سطح گلوکوکورتیکوئیدها در پلاسما، ادرار وCSF، افزایش حساسیت غده آدرنال به ACTH و بزرگی اندازه غده آدرنال مطرح شده است (۴).

علاوه بر وجود هیپرکورتیزولمی در افسردگی اثرات آن روی تنظیم گلوکز خون و کاهش سطح آن بدنبال درمان افسردگی(۱۵،۱۴)، توجه به تغییرات هورمونهای تیروئیدی، کاتکولامینها و هورمون رشد ضروری به نظر می رسد. مطالعات بیشتر جهت کشف علت این یافته‌ها لازم است.

این تحقیق محدودیتهایی داشت که از آن جمله می توان به نداشتن گروه کنترل و عدم استفاده از مصاحبه بالینی اشاره کرد. برای کاستن اثرات این محدودیتها نتایج این تحقیق با تحقیق‌های مشابه و شیوع افسردگی در جمعیت عمومی مقایسه شده است و نیز طبق مطالعات زیادی که انجام شده ابزار سنجش در این تحقیق دارای اعتبار و پایایی مناسبی است.

در این پژوهش فرضیه اولیه مبنی بر بالا بودن میزان افسردگی دربیماران دیابتیک با استفاده از آزمون Beck تأئید شد. با توجه به قابل درمان بودن افسردگی و اثرات آن، توجه به سلامت روان بیماران دیابتیک با غربالگری و تشخیص به موقع افسردگی ضروری می باشد، این امر پیامدهای مثبت فردی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی خواهد داشت.

REFERENCES

1. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of psychiatry. 8th ed. Baltimore: Williams and Wilkins. 1998. p. 808,525.

2. Fauci A, Braunwald E, Isselbacher K, eds. Harrison's principles of internal medicine. 14th ed. New York: Mc Graw- Hill. 2000. p.2110, 2136.

3. Lustman PJ, et al. Screening for depression in diabetes using the Beck depression inventory. Psychosom Med 1997;59:24-31.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]

4. Kaplan HI, Sadock BJ. Comprehensive textbook of psychiatry. Baltimore: Williams and Wilkins. 2000. p.769, 68.

۵. واهب زاده حسین. ارزیابی آزمون افسردگی بک در مبتلایان به افسردگی در ایران. پایان نامه تخصصی روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۵۳-۱۳۵۲.

6. Ryang A, et al. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes (A meta–analysis). Diabetes Care 2001;24(6):1069-78.

7. Groot M, Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. Association of diabetes complications and depression in type1 and type 2 diabetes :a meta –analysis. Diabetes 2000;49:A63.

8. Robins LN, Regier DA. Psychiatric disorder in America: The epidemiologic catchment area study. New York: Free Press (McMillan).1991. p. 154-6.

9. Carney RM, Freedland KE, Sheline YL, Weiss ES. Depression and coronary heart disease:a review for cardiologists.Clin Cardiol 1997;20:196-200.

10. Faas S, Trucco M. The genes influencing the susceptibility to IDDM in humans. J Endocrinal Invest 1994;17:477-95.

11. Trulson MH, Himmel C. Effects of insulin and streptozocin- induced diabetes on brain norepinephrin metabolism in rats . J Neurochem 1985;44:1873.

12. Lustman PJ, Skor DA, Carney RM, Santiago JV, Cryer PE. Stress and diabetic Control. Lancet 1983;4:588.

13. Eaton WW, Armenian HA, Gallo J, Pratt L, Ford DE. Depression and risk for onset of type II diabetes: a prospective population based Study .Diabetes Care 1996;19:1097-102.

14. Lustman PJ, Freedland KE, Griffth LS, Clouse Results:. Fluoxetine for depression in diabetes: a randomized double –blind placebo- controlled trial .Diabetes Care 2000;23:618-23.

15. Lustman PJ, Griffith LS, Clouse RE, Freedland KE, Eisen SA, Rubin EH. Effects of nortriptyline on depression and glucose regulation in diabetes: result of a double- blind placebo- controlled trial. Psychosom Med 1997;59:241-50.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]