پژوهش درپزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
سال ۲۹، شماره ۱، صفحات ۴۵ تا ۴۹ (بهار ۸۴)

Original Article

خصوصیات اپیدمیولوژیکی افسردگی در بیماران دیابتی غیروابسته به انسولین در شهرسمنان

دکتر بهناز بهنام[1] ، دکتر راهب قربانی[2]

[1]گروه روان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان
[2]گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان

چکیده

سابقه و هدف: *افسردگی بیماری پرعارضه و ناتوان کننده ای است که در اغلب مطالعات شیوع آن در بیماران دیابتی بیشتر از جمعیت عمومی است. کنترل قندخون و پیشگیری از عوارض دیابت در بیماران افسرده مشکلتر بوده و تشخیص زودهنگام افسردگی در کنترل قند خون و پاسخ درمانی مناسب مؤثرمی باشد.*

مواد و روشها: *این مطالعه مقطعی بر روی ۴۵۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو که در سال ۱۳۸۱(طی مدت ۸ ماه) به کلینیک دیابت بیمارستان فاطمیه شهر سمنان مراجعه نموده اند، انجام شده است. ابزارگردآوری 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 ۱۸-۱۰ افسردگی خفیف، ۲۹-۱۹ افسردگی متوسط و ۶۳-۳۰ افسردگی شدید در نظر گرفته شد. از آزمون آماری خی دو و ضریب همبستگی اسپیرمن در سطح معنی دار ۰/۰۵برای تعیین ارتباط استفاده شد.*

یافته ها: *شیوع افسردگی در نمونه دیابتی مورد مطالعه ۷۱/۶ درصد (فاصله اطمینان ۹۵٪، ۷۵/۸-۶۷/۴ 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 آنهایی که طول مدت بیماری آنها بیش از ۱۶ سال بود، مبتلا به درجاتی از افسردگی بودند. بین شدت افسردگی با جنس (p=۰/۰۰۱)، سن (p=۰/۰۰۱) و طول مدت ابتلا به دیابت (p=۰/۰۲۳) 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 قندخون 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.*

مقدمه

افسردگی بیماری پرعارضه و ناتوان کننده ای است که شیوع آن در بیماران دیابتی بیشتر از جمعیت عمومی (۲۰-۸ درصد) بوده و حدود ۳۳ درصد تخمین زده می شود (۱،۲). این میزان در برخی ازمطالعات 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 درتمرکز، بی اشتهایی، افکار مرگ و خودکشی، بی خوابی یا پرخوابی،کاهش قابل توجه وزن و اختلال عملکرد مشخص می شود (۵). افسردگی دربرخی بیماران می تواند

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

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2024-10-12]

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 ازنوروپاتی، مکانیسمهای نوروانـدوکرین و اختلالات محور هیپوفیز–هیپوتالاموس، 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 ضدافسردگی 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 بستری 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 رتینوپاتی، نفروپاتی، عوارض عروقی و اختلالات جنسی واضحترمی باشد (۱۰). برخی مطالعات دیگر مشخص نموده اند که افسردگی ارتباط مستقیم با میزان هیپرگلسیمی در هر دو نوع یک و دو دیابت داشته که نیاز به کنترل دقیق قندخون را درکاهش شیوع افسردگی نشان می دهد (۱۱،۱۲). اگرچه مطالعات دیگری ارتباط مستقیم سطح گلوکز خون و افسردگی رانشان نداده است (۱۳). از طرف دیگر درمانهای طبی رایج اختلالات خلقی در بیماران دیابتی مثل داروهای ضدافسردگی سه حلقه ای وشوک درمانی می توانند باعث تغییراتی در سطح گلوکز خون به صورت افزایش یا کاهش شوند که این مسئله منجر به اشکالاتی در درمان بیماران دیابتی خواهد شد (۱،۱۴).

با توجه سودمندی تست بک در غربالگری افسردگی و کاربرد مکرر آن در مطالعات داخل و خارج کشور در بیماران مبتلا به دیابت (۳، ۴، ۱۵)، 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 ۴۵۰ بیمار مبتلا به دیابت غیروابسته به انسولین که در طی هشت ماه (سال ۱۳۸۱) به کلینیک دیابت بیمارستان فاطمیه (س) سمنان مراجعه نموده اند، انجام گرفت. بیمارانی که قبل ازشروع دیابت، سابقه اختلالات روانی داشته و یا درخانواده 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 سئوال (۱۳سئوال شناختی و ۸ سئوال سوماتیک) می باشد. این تست در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکاران برای اندازه گیری افسردگی ارائه شد (۱۶). مراجعه کنندگان باسواد شخصا به سئوالات پاسخ داده و برای افراد کم سواد و یا بی سواد سئوالات به صورت شفاهی طرح و پاسخ آنها در پرسشنامه ثبت گردید. هر شاخص تست بک با چهارجواب 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 ۹-۰ بوده بدون افسردگی، نمره ۱۸-۱۰ افسردگی خفیف، ۲۹-۱۹ افسردگی متوسط و۶۳-۳۰ افسردگی شدید درنظر گرفته شد. از آزمون آماری Chi-square و ضریب همبستگی Spearman در سطح معنی دار ۰/۰۵ برای تعیین ارتباط استفاده شد.

یافته ها

شیوع افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت ۷۱/۶ درصد (با فاصله اطمینان ۹۵٪، ۷۵/۸-۶۷/۴ درصد) بود. شایعترین شکل افسردگی نوع خفیف (۴۸/۲ درصد) بود. شدت افسردگی با سن همبستگی مثبت داشت (r=۰/۱۴،p=۰/۰۰۰۱)، به طوری که ۳/۸ درصد جمعیت ۳۹-۳۰ ساله و ۱۶/۷ درصد افراد بالای ۸۰ سال افسردگی شدید داشتند. شیوع افسردگی در زنان ۷۹/۲ درصد و در مردان ۵۷/۳ درصد بود. بین جنس و شدت افسردگی نیز ارتباطی معنی دار وجود داشت (p=۰/۰۰۰۱). همچنین بین شدت افسردگی و طول مدت ابتلا به دیابت همبستگی مثبت و معنی دار دیده شد (r=۰/۰۸،p=۰/۰۲)، به طوری که ۲۲/۱ درصد آنهایی که طول مدت بیماریشان کمتر از پنج سال بود و ۳۳ درصد آنهایی که طول مدت بیماریشان بیشتر از ۱۶سال بود، مبتلا به افسردگی شدید بودند. بین سطح تحصیلات بیماران با شدت و شیوع افسردگی ارتباط معنی دار دیده نشد.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2024-10-12]

بحث

مسائل روان شناختی و اجتماعی در بیماران دیابتی که غالبا به شکل افسردگی و اضطراب تظاهر می کند 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 قدرشدید باشد که سبب ساز افسردگی در بیماران دیابتی گردد (۱۷).

خودمراقبتی در بیماری دیابت، با توجه به مزمن بودن آن از اهمیت ویژه ای برخوردار است که صاحب نظران همواره بر ضرورت آن تاکید داشته اند. الیوت جوسلین یکی ازکارشناسان بزرگ دیابت در سال ۱۹۲۴ میلادی اظهار داشت: بیماران دیابتی باید شخصا در درمان بیماری خود شریک شوند (۱۸). اما میزان تبعیت بیماران دیابتی از توصیه های تجویزی در زمینه اصول مراقبت از خود بالاست. ناتوانی در تبعیت علاوه بر عوارض جسمی دارای عوارض روحی نیز می باشد. در بالغین دیابتی نقصان در تبعیت می تواند به نارضایتی از خود منتهی گردد و به صورت اعتماد به نفس پایین یا افسردگی بروزکند (۱۹).

یافته های مطالعه حاضر نشان داد که شیوع افسردگی در بیماران دیابتیک غیروابسته به انسولین ۷۱/۶ درصد می باشد. ارتباط معنی داری بین جنس، طول مدت بیماری و سن با شدت و شیوع افسردگی دیده شد. در مطالعه ای در مکزیک بر روی ۱۸۹ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو، این میزان ۳۹ درصد (۳)، درآمریکا 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 (۹۳ درصد زنان و ۶۲ درصد مردان) (۲۲)، درمطالعه ای دیگر در مشهد ۷۲/۹ درصد (۱۸) و درتهران۸۴/۱ درصد (۴) مبتلایان به دیابت نوع ۲ دچار درجه ای از افسردگی بودند.

مطالعات گوناکون شیوع بیشتر افسردگی در زنان را نسبت به مردان نشان می دهد (۲۵-۲۳). همچنین بین افسردگی وسطح 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 ناامیدی از بهبودی این بیماران می شود که به شکل افسردگی ظهور می کند. آن چه قابل توجه است عدم ارتباط شیوع و شدت افسردگی با سطح تحصیل در این مطالعه می باشد که نشان دهنده عدم رعایت (یا عدم آگاهی از) اصول خودمراقبتی، حتی در بیماران با سطح تحصیلات بالا، می باشد. با عنایت به تفاوت معنی دار شیوع افسردگی در بیماران دیابت نوع ۲ در سمنان، مشهد وتهران با نتایج خارج کشور به نظر می رسد:

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 درجامعه مورد پژوهش نسبت به مطالعات خارج از کشور، ممکن است کنترل نامناسب هیپرگلیسمی و در نتیجه عوارض بیشتر باشد، زیرا در مطالعه ای 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 مؤثرند (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 مبین این نکته است که توجه به مسائل روانی بیماران دیابتی حائز اهمیت بوده و باید در مراحل درمان بیماران مدنظر قرارگیرد و پیشنهاد می شود:

۱- ازتست غربالگری افسردگی بک به صورت روتین درکلینیک 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 توانمند 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 هزینه های درمانی را به همراه خواهد داشت. در این راستا مراکز تحقیقات دیابت با لحاظ نمودن نقش پیشگیری (توام بادرمان) می توانند 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، قطعا گروه شاهد از افراد سالم نیز باید بررسی گردند. نداشتن گروه شاهد به عنوان یک محدودیت این مطالعه می باشدکه توصیه می شود در تحقیقات آتی مدنظر پژوهشگران محترم قرارگیرد.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2024-10-12]

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.

۴. ظهیرالدین علی رضا، صدیقی گیتا. بررسی میزان علائم افسردگی در صد بیمار دیابتیک مراجعه کننده به بیمارستانهای امام حسین و لقمان درسال ۱۳۸۱. مجله پژوهش در پزشکی، ۱۳۸۲؛ سال ۲۷، شماره ۳، صفحات ۲۰۳ تا ۲۰۷.

5. Adock 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.

۱۸. رهنما م، 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. مجله دانشکده پزشکی سبزوار(اسرار)، ۱۳۸۱؛ سال 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.

۲۲. عبداللهیان ا، مخبر ن. بررسی مشکلات روانی در بیماران دیابتی غیروابسته به انسولین. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۱۳۷۹؛ شماره ۶۹، صفحات ۶۱ تا ۶۶.

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.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2024-10-12]

24. Sevincok L, Guney 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.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2024-10-12]