

بررسی افسردگی و سلامت عمومی در بیماران دیابتی نوع II

دکتر سید عباس موسوی^{۱*} (M.D.)، دکتر شاهرخ آقایان^۱ (M.D.)، دکتر نسرين رضویان زاده^۲ (M.D.)، دکتر نسیم نوروزی^۳ (G.P.)، احمد خسروی^۴ (M.Sc.)

۱- دانشگاه علوم پزشکی شاهرود- استادیار گروه روانپزشکی

۲- دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود- متخصص داخلی

۳- دانش‌آموخته رشته پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی شاهرود

۴- دانشگاه علوم پزشکی شاهرود- کارشناس ارشد اپیدمیولوژی

چکیده

مقدمه: افسردگی اختلال پر عارضه و ناتوان کننده‌ای است که در اغلب مطالعات شیوع آن در بیماران دیابتی بیش‌تر از جمعیت عمومی است ولی رابطه‌ی علیتی آن با دیابت مشخص نیست اما این اختلال سبب کاهش میل، انگیزه و احساس توانایی افراد جهت پرداختن به فعالیت‌های خود مراقبتی می‌گردد. این مطالعه با هدف بررسی افسردگی و سلامت عمومی بیماران دیابتی نوع II در شاهرود انجام شده است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی ۱۰۰ بیمار دیابتی مراجعه‌کننده به مرکز دیابت شهرستان شاهرود مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌های مطالعه با استفاده از چک لیست داده‌های دموگرافیک و پرسش‌نامه افسردگی بک و سلامت عمومی (GHQ) جمع‌آوری و آنالیز شده است.

نتایج: شیوع افسردگی بر اساس تست بک در افراد دیابتی مورد مطالعه ۷۸٪ بود و اکثریت آن‌ها (۳۲ نفر) دارای نمره بین ۱۰ تا ۱۸ (افسردگی خفیف) بودند. در این مطالعه بین شدت افسردگی و سن رابطه معناداری مشاهده شد ($P=0/01$). همچنین بررسی ابعاد مختلف سلامت عمومی بیماران نشان داد که بین ابعاد سلامت عمومی و شدت افسردگی رابطه معناداری وجود دارد. بر اساس نمره آزمون سلامت عمومی، ۶۲٪ بیماران از نظر روان‌شناختی با مشکل مواجه بودند.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه نشان می‌دهد که فراوانی علایم افسردگی در بیماران دیابتی بالا می‌باشد، با توجه به غربالگری آسان علایم افسردگی در بیماران، شناسایی بیماران افسرده و درمان آن‌ها ضروری به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، دیابت نوع II، سلامت عمومی

تاریخ پذیرش: ۸۷/۱/۱۹

تاریخ دریافت: ۸۶/۶/۵

* نویسنده مسئول: شاهرود- میدان هفت تیر- دانشگاه علوم پزشکی شاهرود- معاونت پژوهشی.

تلفن: ۰۲۷۳-۳۳۳۵۰۵۴، نامبر: ۰۲۷۳-۳۳۳۴۸۰۰، E-mail: dr-mousavi@shmu.ac.ir

مقدمه

دیابت یکی از بیماری‌های شایع در ایران و جهان می‌باشد که مزمن، پیش‌رونده و پرهزینه است و عوارض متعددی ایجاد می‌کند. برای فرد مبتلا به دیابت قبول و پذیرش این موضوع که بایستی روش زندگی خود را براساس بیماری تغییر دهد، همیشه مشکل می‌باشد. از آن‌جاکه این بیماران اغلب از عوارض کوتاه مدت و طولانی بیماری اطلاع ندارند، ایجاد اختلالات خلقی چون افسردگی در این افراد دور از ذهن نخواهد بود (۱). افسردگی بیماری پر عارضه و ناتوان‌کننده‌ای است که شیوع آن در بیماران دیابتی بیش‌تر از جمعیت عمومی (۸ تا ۲۰٪) بوده و حدود ۳۳ درصد تخمین زده می‌شود (۲ و ۳). این میزان در مطالعات انجام شده در ایران در گروه بیماران دیابتی نوع II تا ۸۴/۱ درصد گزارش شده است (۴). افسردگی از جمله بیماری‌های خلقی است که با نشانه‌های خلق پایین، کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی‌اشتهایی، افکار مرگ و خودکشی، بی‌خوابی یا پرخوابی، کاهش قابل توجه وزن و اختلال عملکرد مشخص می‌شود (۵). دیابت از جمله اختلالات طبی است که می‌تواند علایم روان‌پزشکی داشته باشد (۶). اختلالات خلقی با نمایه‌ی افسردگی که در اثر مشکلات طبی عمومی ایجاد می‌شوند در دو جنس برابرنند در حالی که اختلال افسردگی عمده در خانم‌ها غالب است (۶). مطالعه کرن‌دین (۷) نشان داده است که شیوع افسردگی در بیماران دیابتی ۶۱/۳ درصد می‌باشد که ۴۰/۶ درصد از افسردگی متوسط تا شدید رنج می‌برند. اگر چه اکثر بیماری‌های مزمن با افزایش شیوع افسردگی همراه است اما در مورد بیماران دیابتی این مسأله ۳ برابر شایع‌تر است (۸). نتایج تحقیق گد و همکاران نشان داد که افراد دیابتی افسرده در مقایسه با افراد دیابتی غیر افسرده نسخه‌های بیش‌تری دریافت و از مراقبت‌های سرپایی بیش‌تری استفاده می‌کنند و هزینه‌های مراقبتی آن‌ها ۴/۵ برابر بیش‌تر است (۹). مطالعات راجلا و همکاران نشان می‌دهد که افسردگی ارتباطی با بالا

رفتن قند خون ندارد ولی در بستر بودن و عوارض روانی-اجتماعی بیماری در افسردگی مبتلایان به دیابت نقش داشته است (۱۰). اضطراب یکی از علایم شایع افسردگی است (۹۰ درصد) و این اضطراب می‌تواند تحت تأثیر رژیم غذایی و اختلالات طبی مانند دیابت، پرفشاری خون، بیماری‌های انسدادی مزمن ریه (COPD) و بیماری‌های قلبی قرار گیرد (۶). نتایج مطالعه باند و ویدایلا و همکاران (۱۱) نشان داد که بین سطوح افسردگی و اضطراب و متغیرهای مربوط به دیابت رابطه‌ای وجود ندارد. پژوهش گاردنو و همکاران (۱۹۹۸) نشان داد که ۴۶٪ دیابتی‌ها مبتلا به افسردگی بودند و از نظر جنس زنان بیش‌تر در معرض خطر هستند. در این مطالعه طول مدت ابتلا به دیابت از عوارض خطر در افسردگی بیان شده است (۱۲). با توجه به شیوع بالای دیابت در کشور و اثرات سوء مشکلات روان‌شناختی در بیماران افسرده، در این تحقیق فراوانی و شدت افسردگی و سلامت عمومی در بیماران دیابتی مراجعه‌کننده به مرکز دیابت شهرستان شاهرود مورد بررسی قرار گرفته است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه روی ۱۰۰ بیمار دیابتی مراجعه‌کننده به مرکز دیابت شاهرود وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شاهرود به روش نمونه‌گیری در دسترس، در مدت ۳ ماه انجام شد. پس از توضیح اهداف پژوهش و اخذ رضایت نامه، به هر یک از بیماران پرسش‌نامه بک (Beck) به همراه پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ) داده شد. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: وجود سابقه قبلی بیماری افسردگی اولیه، عدم وجود آگاهی به زمان، مکان و شخص، وجود سایکوز در بیمار. ابزار سنجش افسردگی پرسش‌نامه استاندارد بک بود (۱۳) این آزمون با تأکید بر دو بعد رفتاری شناختی شامل ۲۱ سؤال است که به صورت خود گزارشی تکمیل می‌گردد و هر شاخص تست بک با چهار جواب صفر، ۱، ۲ و ۳ نمره‌گذاری می‌شود که نمره صفر نشان‌دهنده عدم اختلال و نمره ۳ نشان-

مصرف داروهای روان‌پزشکی اخذ شده و داده‌ها با استفاده از آزمون χ^2 در سطح معناداری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شده است.

نتایج

در این مطالعه تعداد ۱۰۰ بیمار دیابتی مراجعه‌کننده به مرکز دیابت مورد بررسی قرار گرفتند که تعداد ۳۹ نفر مرد (۳۹/۰٪) و ۶۱ نفر آنها زن (۶۱/۰٪) بودند که ۷۵ درصد این بیماران ساکن شهر و ۲۴ درصد ساکن روستا می‌باشند. در این مطالعه ۳۲ نفر (۳۲٪) دارای نمره بین ۱۰ تا ۱۸ (افسردگی خفیف)، ۳۰ نفر دارای افسردگی متوسط (نمره بین ۱۹ تا ۲۹) و ۱۶ نفر (۱۶٪) نیز افسردگی شدید (نمره ۳۰ تا ۶۳) داشته‌اند. در این مطالعه درصد فراوانی افسردگی، ۷۸ درصد گزارش شده و شایع‌ترین شکل افسردگی نوع خفیف بود و شدت افسردگی با سن بیماران رابطه معناداری را نشان می‌دهد (جدول ۱). نتایج این جدول نشان می‌دهد که شدت افسردگی با جنس، تحصیلات و محل سکونت و طول مدت شناخت بیماری دیابت در بیماران رابطه معناداری ندارد.

دهنده شدیدترین حالت اختلال می‌باشد و نمره کل آزمون از صفر تا ۶۳ متغیر است. برای تحلیل، نمرات افراد با هم جمع و افرادی که نمره آنان ۰ تا ۹ بدون افسردگی، نمره ۱۰ تا ۱۸ افسردگی خفیف، ۱۹ تا ۲۹ افسردگی متوسط و ۳۰ تا ۶۳ افسردگی شدید در نظر گرفته می‌شود.

پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ) یک پرسش‌نامه غربال-گیری مبتنی بر خود گزارش‌دهی است که در مجموعه‌های بالینی با هدف ردیابی کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسش‌نامه از ۲۸ سؤال تشکیل گردیده که ۸ سؤال نخست علائم جسمانی، ۸ سؤال دوم علائم اضطراب و اختلال خواب، ۸ سؤال سوم اختلال در کارکرد اجتماعی و ۸ سؤال آخر علائم افسردگی و گرایش به خودکشی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد (۱۴). پس از تکمیل هر دو پرسش‌نامه از تک تک افراد اطلاعاتی شامل سن، جنس، طول مدت شناخت بیماری، محل سکونت، سابقه

جدول ۱- توزیع فراوانی بیماران دیابتی بر حسب شدت افسردگی و عوامل دموگرافیک

متغیر	تعداد	افسردگی			p-value	
		جمع (%)	شدید	متوسط		خفیف
جنس						
مرد	۳۹	۳۲ (۸۲/۰)	۵	۱۳	۱۴	N.S
زن	۶۱	۴۶ (۷۵/۴)	۱۱	۱۷	۱۸	
سن (سال)						
> ۳۵	۲۳	۱۳ (۵۶/۵)	۷	۴	۲	٪۱
۳۵-۴۹	۲۳	۱۹ (۸۲/۶)	۱	۹	۹	
۵۰-۶۴	۳۲	۲۸ (۸۷/۵)	۶	۱۲	۱۰	
< ۶۵	۲۲	۱۸ (۸۱/۸)	۳	۵	۱۰	
تحصیلات						
زیر دیپلم	۷۰	۵۸ (۸۲/۹)	۱۰	۲۳	۲۵	N.S
دیپلم و بالاتر	۳۰	۲۱ (۷/۱)	۶	۸	۷	
محل سکونت						
شهر	۷۵	۵۴ (۷۲/۰)	۱۲	۲۰	۲۲	N.S
روستا	۲۵	۲۴ (۹۶/۰)	۴	۱۰	۱۰	
طول مدت ابتلا به دیابت						
> ۵ سال	۳۷	۳۰ (۸۱/۱)	۶	۱۱	۱۳	N.S
۵-۱۰	۵۰	۳۶ (۷۲/۰)	۹	۱۴	۱۳	
< ۱۰ سال	۱۳	۱۲ (۹۲/۳)	۱	۵	۶	

جدول ۲- معیارهای سلامت عمومی در بیماران دیابتی بر حسب شدت افسردگی

p-value	افسردگی			ابعاد سلامتی
	شدید	متوسط	خفیف	
.001	۵	۲	۲	علایم بدنی و جسمی
	۱۱	۲۹	۳۰	شدید
.001	۳	۲	۳	غیر شدید
	۱۴	۲۹	۲۹	علایم اضطراب و بی‌خوابی
.001	۱۲	۱۴	۱	شدید
	۴	۱۷	۳۱	غیر شدید
---	۰	۰	۰	علایم گرایش به خودکشی
	۱۶	۳۰	۳۲	شدید
				غیر شدید

بررسی ابعاد مختلف سلامتی بیماران دیابتی (علایم جسمی و بدنی، علایم اضطراب و بی‌خوابی، علایم کارکرد اجتماعی و علایم افسردگی و گرایش به خودکشی) در جدول ۲ ارائه شده است. نتایج نشان می‌دهد که بین شدت افسردگی و ابعاد مختلف سلامت عمومی در بیماران دیابتی رابطه معناداری وجود دارد. بررسی پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ) نشان می‌دهد که ۶۲٪ بیماران دیابت تحت مطالعه نمره آزمون سلامت عمومی آنها از ۲۳ بالاتر بوده که از نظر روان‌شناختی با مشکل مواجه می‌باشند.

بحث

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که درصد افسردگی در بیماران دیابتیک تحت مطالعه ۷۸ درصد می‌باشد که با نتایج مطالعه بهنام در بین بیماران دیابتی شهر سمنان که شیوع دیابت را در بین ۴۵۰ بیمار دیابت برابر ۷۱/۶ درصد گزارش نموده است، مشابه می‌باشد (۱۵). در مطالعه سپهرمنش شیوع افسردگی در بین ۳۰۰ بیمار دیابتی مراجعه‌کننده به مرکز دیابت بیمارستان اخوان کاشان برابر ۵۳/۳ درصد گزارش شده است (۱۶) که از مطالعه ما کم‌تر می‌باشد. که یکی از دلایل عمده کاهش شیوع در این مطالعه را می‌توان به تفاوت نقطه برش دو

مطالعه مربوط دانست زیرا در مطالعه انجام شده در کاشان نقطه برش جهت تشخیص افسردگی با استفاده از آزمون بک نمره ۱۶ و بالاتر قلمداد شده است. در مطالعه بهنام (۱۵) شیوع افسردگی در زنان ۷۹/۲٪ و در مردان ۵۷/۳٪ بوده و بین جنس و شدت افسردگی ارتباط معناداری وجود داشت. اندرسون و همکاران (۲۰۰۱) نیز در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که افسردگی در زنان دیابتی بیش‌تر از مردان دیابتی است (۱۷). در این مطالعه بین شدت افسردگی با جنس، سطح تحصیلات، محل سکونت و مدت شناخت بیماری رابطه معناداری وجود ندارد. منابع معتبر روان‌پزشکی نیز بیان می‌کنند که اختلالات خلقی با نمایه‌ی افسردگی که به‌دنبال یک وضعیت طبی عمومی ایجاد می‌شوند، در دو جنس برابر می‌باشند (۶). در مطالعه انجام شده در کاشان (۱۶) بیش‌ترین افسردگی مربوط به افراد بی‌سواد و در مطالعه شهر سمنان (۱۵) بین سطح تحصیلات با شدت و شیوع افسردگی ارتباط معناداری گزارش نشده است. که نشان‌دهنده عدم رعایت یا عدم آگاهی از اصول خود مراقبتی، حتی در بیماران با سطح تحصیلات بالا می‌باشد. بالا رفتن طول مدت بیماری منجر به ظهور عوارض بیماری و ناامیدی از بهبودی این بیماران می‌شود که به شکل افسردگی ظهور می‌کند در مطالعه انجام شده در سمنان (۱۵) بین شدت افسردگی و طول مدت ابتلا به دیابت هم‌بستگی و معناداری مشاهده شده است ($r=0.8$) به طوری که ۲۲/۱ درصد آن‌هایی که طول مدت بیماری‌شان کم‌تر از ۵ سال بود و ۳۳ درصد آن‌هایی که طول مدت بیماری‌شان بیش‌تر از ۱۶ سال بود، مبتلا به افسردگی شدید بودند. در مطالعه انجام شده در درمانگاه گلستان اهواز به‌منظور مقایسه افسردگی بیماران دیابتی و افراد غیر دیابتی بر روی ۳۰۹ بیمار دیابتی با ۲۸۹ فرد غیر دیابتی در سال ۸۲، بین مدت شروع بیماری و نمره افسردگی، هم‌بستگی منفی (۱/۳۳-) گزارش شده است که به‌نظر می‌رسد در شروع بیماری (مدت زمان کم‌تر) تطابق کامل با بیماری صورت نگرفته و مکانیزم‌های

8. Harris MD. Psychosocial aspects of diabetes with an emphasis on depression. *Curr Diab Rep* 2003; 3(1): 49-55.
9. Egede LE, Zheng D, Simpson K. Comorbid depression is associated with increased health care use and expenditures in individuals with diabetes. *Diabetes Care* 2002; 25: 464-470.
10. Rajala U, Keinänen-Kiukaanniemi S, Kivelä SL. Non-insulin-dependent diabetes mellitus and depression in a middle-aged Finnish population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997; 32: 363-367.
11. Bundo Vidiella M, Auba Llambrich J, Massons Cirera J, Trilla Soler MC, Perez Villegas R, Perez del Campo AM. Anxiety and depression in type II diabetics. *Aten Primaria* 1996; 17(1): 58-62.
12. Garduno-Espinosa J, Tellez-Zenteno JF, Hernandez-Ronquillo L. Frequency of depression in patients with diabetes mellitus type II. *Rev Invest Clin* 1998; 50(4): 287.
13. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock JD, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch general psychiatr* 1961; 4: 53-63.
14. Goldberg D, Hillier V. A scale version of general health questionnaire. *Psychol Med* 1979; 9: 131-145.
15. 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.
16. Sepehr-Manesh Z, Sarmast H, Sadr SF, Sarbolooki SH. Prevalence and severity of depression in diabetic. *Feyz* 2003; 27: 69-75. Persian.
17. 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.
18. Garduno-Espinosa J, Téllez-Zenteno JF, Hernández-Ronquillo L. Frequency of depression in patients with diabetes mellitus type II. *Rev Invest Clin* 1998; 50(4): 287-91.
19. de Groot M, Anderson R, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. Association of depression and diabetes complications: A meta-analysis. *Psychosom Med* 2001; 63: 619-630.

مداوای بیماران به خوبی عمل نکرده‌اند که نتایج مطالعه اسپینوزا (۱۸) نیز مؤید همین مطلب است. از سوی دیگر به نظر می‌رسد که افزایش عوارض ناشی از دیابت میزان و شدت افسردگی را در بیماران افزایش می‌دهد (۱۶). دی‌گروت و همکاران در سال ۲۰۰۱ پی بردند که رابطه معناداری بین عوارض دیابت به ویژه درگیری‌های ماکرو و اسکولار، رتینوپاتی، نفروپاتی و اختلال عملکرد جنسی با افسردگی وجود دارد (۱۹).

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر از متن پایان نامه دانشجویی رشته پزشکی استخراج شده است. نویسندگان مقاله مراتب تقدیر و تشکر خود را از بیماران و کارکنان مرکز دیابت شهرستان شاهرود اعلام می‌دارند.

منابع

1. Rosenthal MH. The challenge of comorbid disorders in patients with depression. *J Am Osteopath Assoc* 2003; 103: 10-5.
2. Sadock VV, Sadock BJ, Kaplan HI. *Comprehensive textbook of psychiatry*, 7th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
3. Connell CM. Psychosocial contexts of diabetes and older adulthood: reciprocal effects. *Diabetes Educ* 1991 17(5): 364-71.
4. Zahiroddin AR, Sadighi G. Depression among 100 diabetics referring to university hospitals. *Journal of the Faculty of Medicine* 2003; 27(3): 203-207. Persian.
5. Sadock BJ, Kaplan HI. *Synopsis of psychiatry*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
6. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
7. Grandinetti A, Kaholokula JK, Crabbek M, Kenui C, Chen R, Changh K. Relationship between depressive symptoms and diabetes among native Hawaiians. *Psychoneuroendocrinology* 2000; 25(3): 239-246.