

بررسی شیوع افسردگی در مراجعین به درمانگاههای مجتمع آموزشی - درمانی حضرت رسول اکرم (ص)

دکتر مهرانگیز نادری *

چکیده

افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی است، ولی بدلیل ارائه علائم مختلف اغلب تشخیص داده نمی‌شود. یکی از اینها ارایه علائم مختلف بیان جسمی یا جسمانی سازی است این تابلوی بالینی موجب مراجعات مکرر به پزشکان مختلف می‌شود و بیماران درمانهای علامتی می‌گیرند و طبعاً اختلال زمینه‌ای درمان اساسی نمی‌گیرد و مزمن می‌شود و علاوه بر آن پی‌گیری‌های بی‌مورد موجب هدر رفتن نیروی انسانی و آزمایشات بی‌مورد می‌گردد. نظر به اهمیت این موضوع، پژوهشی در فاصله مهر ماه تا اسفند ماه سال ۷۶ در مجتمع آموزشی - درمانی حضرت رسول اکرم انجام شد و از بین مراجعین که به مدت حداقل بیش از ۲ سال مشکلات جسمانی داشتند و پزشکان متخصص رده‌های مختلف یافته‌ی ارگانیک قابل توجه پیدا نکرده بودند، ۱۰۰ نفر تحت ارزیابی قرار گرفتند از بین این تعداد بیمار ۳۷ نفر نمرات افسردگی بالای میانگین داشتند، افسردگی بطور مشخص در گروه کم در آمد و جنس زن شایع‌تر بود. این بررسی نشان می‌دهد در کسانی که شکایات جسمانی مزمن و مکرر دارند و یافته‌ی ارگانیک قابل توجه نمی‌یابیم، افسردگی می‌تواند در رده‌های اول تشخیص باشد.

کل واژگان: افسردگی، یافته‌ی ارگانیک، جسمانی سازی

مقدمه

میشود با حالاتی از اینگونه همراه است. افسردگی به قدری شایع است که سرماخوردگی روانپزشکی لقب گرفته است علائم در این حالت عبارتند از خلق افسرده، احساس گناه بدون دلیل و افکار خودکشی، اما الزاماً آنچه که در بالین مشاهده می‌شود برابر با آنچه که بطور کلاسیک انتظار آن می‌رود نمی‌باشد و افسردگی در سنین خاص و دو جنس نماهای بالینی متفاوتی دارد (۱).

بیماران مبتلا به افسردگی از علائم گوارشی، بدی

تقریباً برای هر کس اتفاق افتاده که لحظاتی در زندگی خود احساس بی‌هوودگی کرده و بیش از حد حساس و زودرنج شده باشد و افسردگی حالتی از غمگینی است که با حالاتی اینگونه همراه است و در زندگی روزمره تجربه می‌شود ولی فقط هنگامی بعنوان سندرم مطرح می‌شود که در زندگی روزانه و فعالیت طبیعی انسان تداخل ایجاد کند و یا مانع پیشرفت او و یا مانع لذت بردن از زندگی او شود و یا موجب کاهش عملکرد مناسب گردد.

افسردگی بعنوان آنچه که بیماری قرن محسوب

* عضو هیئت علمی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک

مدت ۶ ماه از مهر ماه تا اسفند ماه سال ۷۶ نمونه‌ها مورد ارزیابی قرار گرفتند. نحوه ارجاع نمونه‌ها به این ترتیب بود که کلیه مواردی که حداقل به مدت ۲ سال مشکل جسمی داشته و یافته ارگانیک و قابل توجهی نداشتند از طرف متخصصین مختلف ارجاع می‌شدند (داخلی، نورولوژیست، جراح مغز و اعصاب، ارتوپد و...) به عبارت دیگر متخصصین محترم هرگونه اقدام تشخیصی را انجام داده بودند و پس از عدم یافتن مرض آنها را ارجاع میدادند. پس از آن پژوهشگر دو پرسشنامه (دموگرافیک شامل: سن، جنس، وضعیت اقتصادی، حداقل مدت بیماری و نوع شکایت) و پرسشنامه دوم شامل تست R-90-Sic (تست غربالگری وضعیت روانی) بود. جهت رفع عوامل مداخله‌گر مواردی که سابقه مصرف دارو داشتند از مطالعه حذف شدند و سن همگی افراد مورد مطالعه بالای ۱۸ سال بود. ۵۰ زن و ۵۰ مرد و در هر گروه با سطح تحصیلات بطور یکسان انتخاب شد ($\frac{1}{4}$ با سواد و $\frac{1}{4}$ بی سواد) تست مورد استفاده در این مطالعه شامل یک مجموعه ۹۰ سوالی است که نه بعد از ارزیابی می‌کند هر سوال ۵ جواب (طیف) دارد از هیچ تا شدید. پس از آنکه هر سوال جواب داده شد براساس سه مقیاس کلی تقسیم بندی شدند: PSDI^(۲)، GSI^(۳)، PST^(۴)

نمرات هر بعد جمع بندی می‌شود و سپس میانگین نمره هر بعد بدست می‌آید و سپس افرادی که نمرات بالاتر از میانگین بدست آورده‌اند مشخص میشوند و سپس در بعد افسردگی تعداد انسداد مشخص شده و گروه افسرده از نظر سن، جنس، شغل، وضعیت تحصیلات، نوع شکایت اصلی و وضعیت اقتصادی بررسی شدند.

حافظه، خلق تحریک‌ناپذیر، احساس سرد و خالی بودن فکر و احساس تنهایی شکایت دارند و این علائم در افراد مسن بیشتر عامل مختل کردن کارآیی آنها میشود (۲).

در زنان بیشتر بصورت طپش قلب، تنگی نفس، زود به گریه افتادن، خستگی زودرس، تغییرات بصورت بدنی احساس غیر واقعی در ظاهر خود است. همچنین در این گروه افت کاری نیز بیشتر تحت تأثیر افسردگی قرار می‌گیرد (۳).

گروه زیادی از مراجعین به درمانگاههای مراکز بهداشتی، درمانی از اختلالات عاطفی و در درجه اول افسردگی رنج می‌برند و ناتوانی تشخیص کارکنان سیستم بهداشت و درمان در تشخیص علائم، از علل مهم عدم ارجاع ارزیابی شده است (۴).

از علل مهم عدم تشخیص افسردگی میتوان مشکلات تشخیص حاد و یا تحت حاد بودن افسردگی نارسائی سیستم ارجاع، شلوغی و ازدحام درمانگاهها - عدم تشخیص توسط پزشکان را دانست این عوامل باعث میشود که ۶۰ درصد افسردگی‌ها در بخش واقعیت‌های اولیه درمان علامتی بگیرد (۵).

در طی مطالعات اپیدمیولوژیک انجام شده در بخش واقعیت‌های اولیه دانشکده پزشکی دانشگاه واشینگتن افسردگی بالاترین شیوع را در بین مشاوره‌ها داشت و بیشترین تعداد را تشکیل میداد که مشکلات جسمی مزمن داشتند. در این مطالعه گروه افسرده ۲ تا ۳ برابر شیوع بیشتری را نسبت به جمعیت عمومی نشان میدادند (۶).

ناتوانی در بیان احساسات درونی خود^(۱) از عواملی است که موجب بیان جسمی حالات اندوه و غم میشود و در این حالت زبان جسم بعنوان بیان حالات روحی قرار می‌گیرد (۷).

مواد و روش کار

این مطالعه از نوع مقطعی کاربردی میباشد. در طی

- 1-Alexithymia
- 2-Positive Symptom Distress Index
- 3-Global Symptom Index
- 4-Positive Symptom Total

نتایج

معیار ۱/۲ بود و افسردگی شیوع بیشتر داشت، ولی تفاوت بدست آمده از نظر آماری معنادار نبود. توزیع فراوانی نسبی (برحسب درصد) در گروههای زن و مرد بر حسب تعداد فرزند از این قرار بود در گروه زنان تعداد ۱ تا ۳ (۵۴٪) و ۴ تا ۵ (۲۰٪) و ۶ نفر به بالا (۲۶٪) و در گروه مردان ۱ تا ۳ (۴۴٪) و ۴ تا ۵ (۲۷٪) و ۶ نفر به بالا (۲۲٪).

در شکل (۱) مشاهده میشود که کلاً ۷ سؤال افسردگی اختلاف معنی داری را بین زنان و مردان نشان داده اند، در مجموع خانمها مشکلات بیشتری را نسبت به آقایان نشان داده اند ولی در ۷ مورد اختلاف معنی دار است.

شایع ترین علامت و شکایت که موجب مراجعه می شد، سردرد بود. با فراوانی ۲۰ (۵۴٪) و پس از آن با شیوع یکسان طپش قلب و تنگی نفس با فراوانی ۱۶ (۴۰٪). لازم به ذکر است که در این مطالعه میانگین نمرات افسردگی ۱/۰۴ بود و میزان زمانی که نمرات افسردگی بالاتر آورده اند ۲۳ نفر بود و تعداد مردان ۱۴.

بحث و نتیجه گیری

اولین پژوهش که در کشور در رابطه با علل میزان مراجعه کسانی که شکایات داشتند به پزشکان غیر روانپزشک در ۱۳۵۲ توسط داویدیان و همکاران انجام شد (۱). در پژوهش یاد شده یکی از علل مهم مراجعه بیماران به پزشکان عمومی وجود انواع شکایات مزمن جسمی یاد شده است و در رأس اختلافات بررسی شده اختلالات خلق مطرح شد. همچنین در پژوهش فوق میزان افسردگی اختلاف معنی داری با شیوع بالاتر در زمان داشته که با نتایج پژوهشی حاضر همخوانی دارد (۲). یافته های پژوهش تأیید می کنند که بیشترین میزان شیوع اختلال افسردگی در بیان مشکلات بصورت جسمی در گروه کارمند است که با پژوهشهای وسکوئز -بارکوئز همخوانی دارد.

بر طبق آزمون Scl 90-R در رابطه با سن مشاهده میشود که بیشترین شیوع مربوط به سن ۴۱ سال به بالا در مردان و ۳۱-۴۰ سال در زنان بوده است و در رابطه با شیوع افسردگی تفاوتهایی که در مردان و زنان مشاهده شد از نظر آماری (تحلیل واریانس) معنادار نبود.

بیماران افسرده از نظر سطح تحصیلات نیز بررسی شدند. در دو گروه آموزشی با سطح تحصیلات متفاوت (بی سواد و باسواد)، در گروه بی سواد میانگین افسردگی ۱/۳ بود (انحراف معیار ۱/۲). در گروه با سواد میانگین ۰/۸۱ (انحراف معیار ۱) بود. محاسبه با t-test تفاوت معنی داری را نشان نداد.

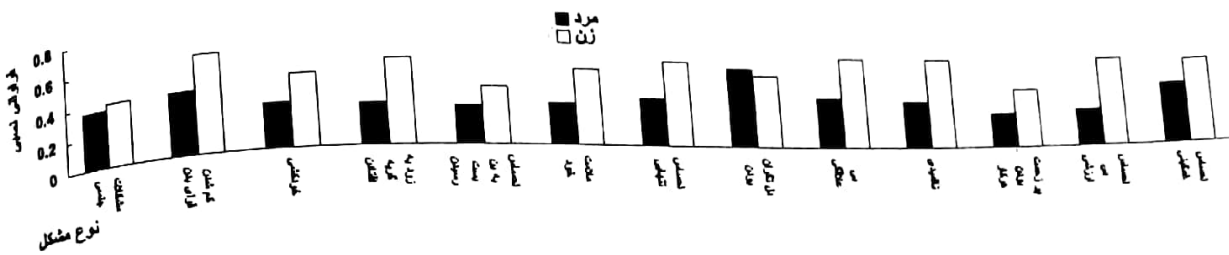
در مقایسه گروههای شغلی شیوع بیشتر در گروه زنان خانه دار بود و در مردان در گروه شغلی کارمند (جدول ۱).

جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی برحسب نوع شغل و جنس

نوع شغل	زن		مرد	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
کارمند	۸	۱۵٪	۸	۱۶٪
کارگر	۲	۱۶٪	۱۵	۳۰٪
آزاد	-	-	۱۷	۳۴٪
خانه دار	۳۹	۷۷٪	-	-
بیکار	۱	۲٪	۱۰	۲۰٪
جمع	۵۰	۱۰۰٪	۵۰	۱۰۰٪

در بررسی وضعیت اقتصادی گروه اقتصادی کم درآمد با فراوانی ۱/۷ و انحراف معیار ۱/۳ بیشترین شیوع را داشت و تفاوت بدست آمده (آزمون تحلیل واریانس) از نظر آماری معنی دار بود.

در بُعد خانوار شیوع افسردگی میانگین و انحراف



شکل ۱- میزان فراوانی نسبی افسردگی دو گروه (زن و مرد) به تفکیک سؤال

بوده است و بابیشترین شیوع سردرد بوده است. از این نتایج میتوان افسردگی را عامل اصلی ای دانست که هم موجب مزمن شدن علائم میشود و هم اینکه در نهایت اثرات مخرب روی زندگی و فعالیت اجتماعی فرد دارد در صورتی که اگر در همان ابتدا با توجه به علائم مهم دقت بیشتری بعمل آید مشکل حل آسانتری دارد.

با دقت در نتایج می توان به این نتیجه رسید که گروههای خاص (شغل، جنس و....) بیشتر در معرض خطر هستند که توجه بهتر و دقیق تر به این گروه میتواند راهگشای تشخیص بهتر باشد. در گروههای شغلی پراسترس بالا بردن راههای تطابق وسائل آموزشی میتواند در جستجوی علائم کمک کند.

با توجه به اینکه حدود بیش از نیمی از این بیماران در بخش مراقبت اولیه درمان قرار می گیرند آموزش به پزشکان عمومی و برکارکنان سیستم بهداشتی کمک بهتری به غربالگری این بیماران می کند.

با توجه به این که شایع ترین علامت که موجب مراجعه می شد، درد بود و با توجه به اینکه شایع ترین اختلال به همراه اختلالات افسردگی است را فقط یک علامت ساده ندانیم و تلاش بیشتری در جهت بدست

همچنین در این پژوهش میزان افسردگی ۳۷ درصد بدست آمده که به پژوهش براون و هریش نزدیک تر است.

در این مطالعه میزان شیوع افسردگی در زنان تفاوت معنی دار با مردان داشت. افسردگی در زنان ۵/۰ بود و در مردان ۸۶/۰. کلاً "زنان بیشتر تمایل داشتند که مشکلات خود را بصورت جسمانی سازی بیان کنند.

همچنین مسائل خود را بیشتر بصورت کاهش قدرت بدنی، گریه کردن و ناامیدی نشان می دادند که با پژوهش کاتون و همکاران همخوانی دارد.

در ارتباط با شیوع افسردگی در تحصیلات متفاوت در دو گروه تفاوت معنی دار آماری مشاهده نشد.

در وضعیت اقتصادی تفاوت مشاهده شد که بیشترین افراد را طبقه متوسط تشکیل میدادند ولی افسردگی در وضعیت اقتصادی پایین شایع تر بود. این نتیجه گیری با میزان شیوع کل افسردگی در اجتماع (جمعیت عمومی) همخوانی دارد.

در ارتباط با شغل تفاوت معنی دار بین گروه کارمند با فراوانی ۱/۵ و ۷۴ درصد تا کمترین شیوع در گروه شکل آزاد بوده است.

در بررسی علل موجب مراجعه شایعترین علت درد

REFERENCES

آوردن علائم کنیم به بیمار کمک بیشتری میشود.

- 1- Brown, G.W., Harris, T., Social origins of depression, a study of psychiatric diseases in women, Med. Res., 1978, 37(9), 89-97.
 - 2-Comeon, O., Guidelines of diagnosis and treatment of depression in patient with mdical illness, J. Clin. Psych., 1990, 34(3), 49-51.
 - 3-Cassem, H., Depressive disorder in medically ill patient , Psychosomatics, 1995, 36(2), 67-90.
 - 4-John, P., Barriers to the diagosis of depression in primary care, Res. Bull., 1997, 58 suppl(1), 5-10.
 - 5-Katon, W., Sohlberh, A., Epidemilology of depressiom in primary care, developing guidelines for treatment of dpresion, disorders in the primary care setting, Gen. Psych., 1992, 14(4), 237-243.
 - 6- Jert, A., Depression in geriatric with chronic medical symptom, J. Psych., 1990 , 5(3), 187-192.
- ۱- داویدیان ماهرطان - ایزدی، سیروس، معتبر، منصور، و نهایتیان،
 وارنکس، بررسی مقدماتی در باره شیوع بیماری‌های روانی در شهرستان
 رودسر، ۱۳۵۲
- ۲- شاه‌محمدی، داود، ادغام بهداشت روانی در مراقبت‌های بهداشتی
 اولیه در روستاهای شهرکرد بولتن اداره کل مبارزه با بیماریها ۱۳۶۹.

