

آیا در بیمارانی که با شکایت اصلی افسردگی مراجعه می کنند الگوی علائم با توجه به فصل متفاوت است؟

*دکتر علی طلایی^۱، دکتر محمد رضا فیاضی بردبار^۲، علی اکبر ثمری^۳، دکتر حمیدرضا ارشدی^۴،
دکتر الهام سالاری^۵، دکتر میترا سادات فرقانی^۶
^{۱،۲،۴} استادیار روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ^۳ عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی،
^{۵،۶} دستیار روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

خلاصه

مقدمه: افسردگی بیماری جدی و شایعی است که با اختلال آشکار در خلق مشخص می شود. میزان شیوع اختلال افسردگی تا ۲۵٪ نیز گزارش شده است. در مطالعات مختلفی الگوی علائم افسردگی در بیماران با توجه به جنس، سن، محل زندگی، فصل و ... متفاوت عنوان شده است، به این دلیل در این تحقیق به الگوی علائم افسردگی با توجه به فصل در بیماران افسرده پرداخته شده است.

روش انجام کار: در یک بررسی آینده نگر توصیفی کلیه بیماران مراجعه کننده به کلینیک روان پزشکی بیمارستان امام رضا (ع) مشهد در طی زمستان ۸۲ و تابستان ۸۳ که شکایت عمده آنها افسردگی بود، وارد تحقیق شدند. تمامی بیماران مورد مصاحبه روان پزشکی قرار گرفته و دو پرسشنامه مشتمل بر اطلاعات دموگرافیک و آزمون افسردگی بک (BDI) برای آنها تکمیل گردید. اطلاعات به دست آمده از آزمون های متفاوت افسردگی بر اساس آزمون بک با حساسیت ۹۵٪ در دو گروه زمستان و تابستان مورد مقایسه قرار گرفت.

نتایج: یکصد و یک بیمار با میانگین سنی ۲۸/۹۴ سال وارد مطالعه شدند که میانگین نمره بک در آنها ۲۷/۶۴ با انحراف معیار ۱۲/۴۳ بود. شدت افسردگی در گروه بیماران مراجعه کننده در زمستان و تابستان تفاوت معنی داری نداشت، گرچه بعد اشتغال ذهنی در مورد بدن و سلامت جسمانی در زمستان به طور معنی داری بالاتر از تابستان بود ($p=0/03$). نمره کلی آزمون بک در مراجعین زن و مرد بدون توجه به فصل تفاوت معنی داری نداشت، اما علائم دشواری در شروع کار ($p=0/008$) و بی میلی جنسی ($p=0/018$) به طور معنی داری در مردان شدیدتر از زنان بود. میانگین کلی شدت افسردگی در بیماران روستایی نیز به طور معنی داری بیشتر از بیماران شهری بود ($p=0/025$).

نتیجه گیری: در بیماران مورد مطالعه جنسیت و فصل مراجعه تفاوتی در الگوی علائم افسردگی ایجاد نموده است.

واژه های کلیدی: آزمون افسردگی بک، فصل، الگوی علائم افسردگی

به همین علت شناخت افسردگی و علائم آن یک عامل مهم در تشخیص و درمان مناسب در افسردگی می باشد. خلق افسرده و احساس عدم لذت علائم کلیدی افسردگی هستند. تقریباً همه بیماران افسرده از کم شدن انرژی خود که موجب می شود نتوانند وظایف خود را به راحتی انجام دهند شکایت می کنند. ۸۰٪ از بیماران از اشکال در خواب به ویژه سحرخیزی شاکی هستند.

مقدمه
افسردگی بیماری جدی و شایعی است که با اختلال آشکار در خلق مشخص می شود. میزان شیوع اختلال افسردگی اساسی تا ۲۵٪ نیز گزارش شده است (۱). این اختلال می تواند به صورت مزمن و عود کننده باشد و منجر به افت عملکرد اجتماعی، فردی و شغلی گردد (۲).

* آدرس: بلوار حر عاملی، نرسیده به میدان بوعلی، بیمارستان روان پزشکی ابن سینا

۴- حوادث استرس زای شدید در طی یک سال اخیر نداشتند،
۵- حداقل نمره افسردگی آن ها در آزمون بک ۹ بود،
۶- رضایت خود را از شرکت در تحقیق عنوان نموده بودند.

تمام بیماران مورد مصاحبه روان پزشکی قرار گرفته و دو پرسشنامه مشتمل بر اطلاعات دموگرافیک و آزمون افسردگی بک (BDI) برای آنها تکمیل گردید.

آزمون افسردگی بک

این آزمون برای اولین بار توسط آثرون بک در سال ۱۹۶۱ در مورد بیماران افسرده به کار رفت و یکی از پرستفاده ترین آزمون های اندازه گیری در روان پزشکی است. این آزمون شامل ۲۱ دسته از علائم و نگرش ها می باشد که هر دسته یک جلوه رفتاری خاص افسردگی را نشان می دهد. بک این پرسشنامه را بر اساس پنج عامل مرکب از علائم و نشانه های افسردگی به شرح ذیل تنظیم نمود:

الف) بدبینی، احساس شکست، تنفر از خود، افکار خودکشی، بی تصمیمی و کندی

ب) احساس گناه و انتظار تنبیه و سرزنش

ج) گریه کردن، تغییر تصویر از خود، ناخشنودی و غمگینی

د) کاهش وزن، شکایات جسمی و خستگی

ه) زود رنجی، بی خوابی و بی اشتها (۸).

مطالعات زیادی در ارتباط با بررسی اعتبار و پایایی این آزمون انجام شده که همگی حاکی از اعتبار و پایایی بالای آزمون و فرهنگ ناپذیری آن در سطح جهان می باشد به طوری که برای طبقات و اقشار مختلف اجتماعی قابل اجرا می باشد (۹، ۱۰).

بررسی آماری

اطلاعات به دست آمده با استفاده از آزمون t دانش آموز و نرم افزار رایانه ای SPSS در دو گروه زمستان و تابستان مورد مقایسه قرار گرفت. اطلاعات با حساسیت ۹۵٪ ($P < 0/05$) ارزشیابی گردید. علاوه بر نمره کلی آزمون بک برای بررسی الگوی علائم تک تک آیتم های آزمون افسردگی بک نیز در دو گروه مورد مقایسه قرار گرفت.

بسیاری از بیماران از علائم دیگری از جمله کاهش اشتها، عدم تمرکز، احساس بی ارزشی، بلاتصمیمی، افکار مرتبط با مرگ یا تمایلات خودکشی شاکی هستند (۳، ۱).

مطالعات متعددی در رابطه با الگوی علائم افسردگی در بیماران با توجه به جنس، سن، محل زندگی، فصل و .. انجام شده است. مطالعه ای در آمریکا نشان داد دختران افسرده از علائمی چون احساس گناه و سرزنش خویش، ناامیدی، مشکلات تمرکز، خلق افسرده، مشکلات خواب بیشتر شاکی بودند در حالی که پسران از احساس عدم لذت، خلق افسرده صبحگاهی و خستگی صبحگاهی شکایت می کردند (۴).

در گزارشی دیگر علائم جسمانی در افسردگی در خانم ها بیش از آقایان مشاهده شد که این همراهی با شیوع بیشتر اختلالات اضطرابی نیز مرتبط بود (۵)، در صورتی که در مطالعه ای در مشهد، همراهی علائم جسمانی در افسردگی بیشتر در آقایان گزارش شده است (۶).

در مطالعه ای در سوئد گزارش شد که علائم جسمانی، اختلالات شناختی، علائم اضطرابی و علائم سایکوتیک در بیماران افسرده مسن بیشتر از جوانان مشاهده می شود در حالی که شکایت از خلق افسرده در گروه افراد مسن کمتر بود (۷). با توجه به وجود الگوی علامت شناسی افسردگی در گروه های مختلف مثل سنی و جنسی ... و نیز وجود تابلوی فصلی در اختلال افسردگی در این مقاله سعی شده است تفاوت الگوی علائم افسردگی در زمستان و تابستان بررسی شود.

روش کار

بررسی به صورت مطالعه آینده نگر توصیفی انجام شد. کلیه بیماران مراجعه کننده به کلینیک روان پزشکی بیمارستان امام رضا (ع) مشهد در طی زمستان ۸۲ و تابستان ۸۳ که شکایت عمده آنها افسردگی بود وارد تحقیق شدند. بیمارانی شرایط ورود به مطالعه را داشتند که صرف نظر از تشخیص بیماری، خصوصیات زیر را دارا بودند.

۱- سایکوتیک نبودند، ۲- بیماری جسمی فعال نداشتند، ۳- سابقه سوء مصرف مواد مخدر در یک سال اخیر نداشتند،

نتایج

به فصل تفاوت معنی داری را نشان نمی داد ($P=0/46$) اما علائم دشواری در شروع کار ($P=0/008$) و بی میلی جنسی ($P=0/018$) به طور معنی داری در مردان شدیدتر از زنان مشاهده شد، این در حالی است که متوسط سن مردان ($34/62$) سال و زنان ($30/00$) تفاوت معنی داری ($P=0/061$) را نشان نداد (جدول ۱، ۲).

از میان مراجعینی که پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک را به طور کامل تکمیل نمودند ۸۳ نفر ساکن شهر و ۱۳ نفر ساکن روستا بودند. گرچه در مقایسه ابعاد مختلف افسردگی بر اساس آزمون بک تنها شدت احساس گناه در بیماران روستایی بیشتر از بیماران شهری بود ($P=0/04$) و سایر ابعاد آزمون تفاوت معناداری را بین دو گروه نشان ندادند، اما میانگین کلی شدت افسردگی بر اساس آزمون بک در بیماران روستایی به طور معناداری بیش از بیماری شهری بود ($P=0/025$). میانگین سن مراجعه کنندگان شهری $32/18$ سال و میانگین سن مراجعین روستایی $27/69$ سال بود که تفاوت معناداری با یکدیگر نداشتند ($P=0/25$).

در مجموع طی دو فصل یکصد و یک بیمار وارد مطالعه شدند. میانگین نمره بک در آنها $27/64$ با انحراف معیار $12/43$ بود. از میان صد و یک بیمار ۶۴ نفر (64%) زن و مابقی مرد بوده است. میانگین سنی بیماران $31/43$ سال با انحراف معیار $12/80$ بود. نتایج این تحقیق نشان داد که تفاوت در شدت افسردگی با توجه به نمره کلی آزمون بک در زمستان ($28/47$) بیشتر از تابستان ($26/54$) بود، اما این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود. از نظر الگوی علائم بالینی شدت بعد اشتغال ذهنی در مورد بدن و سلامت جسمانی در زمستان به طور معنی داری بالاتر از تابستان بود ($P=0/03$)، اما در سایر ابعاد افسردگی بر مبنای آزمون بک تفاوت معنی داری بین مراجعین زمستان و تابستان مشاهده نشد ($P=0/05$). میانگین سن مراجعه کنندگان در زمستان $28/94$ سال و میانگین سنی مراجعه کنندگان در تابستان $34/39$ سال بود که این تفاوت از لحاظ آماری معنی دار ($P=0/04$) بود (جدول ۱، ۲).
گرچه نمره کلی آزمون بک در مراجعین زن و مرد بدون توجه

جدول ۱- مقایسه نمره کلی آزمون بک در گروه های مختلف مورد بررسی

متغیر	تعداد	درصد	میانگین	انحراف معیار	t	P
جنسیت	مرد	۳۵	۲۸/۸۵	۱۲/۲۵	۰/۷۳	۰/۴۶
	زن	۶۲	۲۶/۹۵	۱۲/۵۵		
فصل	زمستان	۵۵	۲۸/۴۷	۱۳/۱۰	۰/۷۶	۰/۴۴
	تابستان	۴۲	۲۶/۵۴	۱۱/۵۰		
محل سکونت	شهری	۸۰	۲۶/۴۲	۱۱/۷۲	-۲/۲۷	۰/۰۲۵
	روستایی	۱۲	۳۵/۰۸	۱۵/۷۴		

بحث

مشابه بودند. این بر خلاف انتظار محققین بود چرا که در ایران تفاوت طول شبانه روز در فصول زمستان و تابستان قابل توجه بوده و این احتمال مطرح بود که این تغییر باعث تفاوت در الگوی برخی از علائم افسردگی شود.

همان گونه که ذکر شد در این تحقیق به دنبال یافتن الگوی علائم افسردگی در فصول زمستان و تابستان بودیم. نتایج ما نشان داد که تنها علائم محدودی در فصول مختلف تفاوت دارند و اکثر الگوهای علامتی افسردگی در فصل زمستان و تابستان

جدول ۲- مقایسه سن افراد مورد مطالعه در گروه های مختلف

متغیر	تعداد	درصد	میانگین	انحراف معیار	t	P
جنسیت	مرد	۳۷	۳۴/۶۲	۱۲/۹۱	۱/۹۰	۰/۰۶۱
	زن	۶۴	۳۰/۰۰	۱۲/۷۱		
فصل	زمستان	۵۵	۲۸/۹۴	۱۱/۰۲	-۲/۰۹	۰/۰۴
	تابستان	۴۶	۳۴/۳۹	۱۴/۵۰		
محل سکونت	شهری	۸۳	۳۲/۱۸	۱۳/۶۶	۱/۱۴	۰/۲۵
	روستایی	۱۳	۲۷/۶۹	۸/۹۰		

در بررسی تحقیقات دیگر، بیشتر مطالعات در این مورد در رابطه با اختلال خلقی فصلی بود و مطالعه ای که به صورت خاص تفاوت الگوی علائم را بدون توجه به نوع افسردگی در فصول مختلف ارزیابی کند، یافت نشد. محدود مطالعات موجود نیز مربوط به منطقه اسکانندیناوی بود که تغییرات طول روز در فصول متفاوت در آن شدید است. از جمله در تحقیقی در سوئد ۲۶۲۰ نفر از جمعیت عمومی، مشخص شد که تغییرات فصلی خلق و رفتار در زنان بیشتر بوده و این تغییرات با افزایش سن کاهش می یابد. در مورد الگوی اشتها، کم خوری در تابستان کمتر گزارش شده بود در حالی که پرخوری خصوصا در خانم ها در فصل زمستان شیوع بیشتری داشت. همچنین تغییرات وزن در طی فصول از شکایات خانمها، و نه آقایان بود. براساس این تحقیق مردان نیز افزایش خواب را در طی زمستان بیشتر گزارش کرده بودند (۱۲).

در تحقیق ما فقط اشتغال ذهنی در مورد بدن و سلامت جسمی در زمستان بیشتر نشان داده شده بود. با توجه به این که میانگین سنی مراجعه کنندگان زمستان پایین تر بود شاید اشتغال ذهنی در مورد بدن بیش از آن که به فصل مربوط باشد به جوان تر بودن این گروه مربوط باشد، خصوصا که مطالعات نشان دادند علائم یک دوره افسردگی اساسی به سن بیمار و نه سن شروع بیماری ارتباط دارد (۱۳).

یکی دیگر از یافته ها در این تحقیق تفاوت الگوی علائم بر اساس جنسیت بود که نشان داد دشواری در شروع کار و کاهش

میل جنسی در مردان شایعتر از زنان است. مطالعات زیادی به تفاوت های علائم افسردگی در مردان و زنان پرداخته اند که نتایج بعضا متناقض نیز گزارش شده است. از جمله مطالعه ای در امریکا نشان داد که پسران از احساس عدم لذت، خلق افسرده صبحگاهی و خستگی صبحگاهی بیشتر شکایت می کنند در حالی که دختران افسرده از علائمی چون احساس گناه و سرزنش خویش، ناامیدی، عدم تمرکز و مشکلات خواب بیشتر شاکی هستند (۴). در برخی گزارشات علائم جسمانی در افسردگی در خانم ها بیشتر از آقایان مشاهده شده است (۵، ۱۴). در حالی که برخی گزارش ها نشان دادند مردان افسرده راحت تر از مشکلات جسمی صحبت می کنند ولی زنان بیشتر دیسترس های هیجانی مثل احساس شرم و گناه را بیان می کنند (۱۵).

مطالعه ما نشان داد شدت افسردگی در بیماران روستایی بیشتر از بیماران شهری است که ممکن است به علت دسترسی کمتر به پزشک و مراجعه دیرتر آن ها پس از شروع بیماری باشد. هر چند عدم تشخیص اختلال افسردگی اساسی در افراد مورد مطالعه جز و نواقص طرح بود و نیاز به انجام تحقیق گسترده تری برای بررسی تفاوت های الگوی علائم افسردگی در فصول مختلف احساس می شود، تحقیق ما نشان داد که تفاوت بارزی در الگوی علائم افسردگی بیماران ایرانی با توجه به فصل وجود نداشت.

منابع

1. Sadock BJ, Sadock VA. Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences and Clinical Psychiatry. 9th ed. Lippincott: Williams and Wilkins; 2003: 535.
2. Sadock BJ, Sadock VA: Pocket Handbook of clinical Psychiatry; 3rd ed. Lippincott: Williams and Wilkins; 2001:128.
- 3 . Akiskal HS: Mood Disorder, Clinical Features in Sadock BJ, Sadock VA: Comprehensive Textbook of Psychiatry; 8th ed. Lippincott: Williams and Wilkins; 2005: 1611.
4. Bennett DS, Ambrosini PJ, Kudes D, et al. Gender Differences in Adolescent Depression: Do symptoms differ for boys and girls? Journal of Affective Disorders, 2005 Dec; 89(1-3): 35-44.
5. Silverstein B. Gender Difference in the Prevalence of Clinical Depression: The role played by depression associated with somatic symptoms; American Journal of Psychiatry 1999 March; 156 (3): 480-2.
۶. طباطبایی س م، فیاضی بردبار م ر، لطفی م: بررسی شیوع علائم جسمی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی؛ فصلنامه اصول بهداشت روانی، سال ششم ۱۳۸۳، شماره ۲۲-۲۱: ۲۹-۳۵.
7. Gottfries CG. Is there a difference between elderly and younger patients with regard to the symptomatology and etiology of depression? International Clinical Psychopharmacology 1998 Sep; 13 Suppl 5: 513-8.
8. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, & Erbaugh J: An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry 1961; 4: 561-571.
9. Groth-Marnat G: The handbook of psychological assessment 2nd ed. New York: John Wiley and Sons; 1990.
10. Steer RA, Rissmiller DJ and Beck AT. Use of the Beck Depression Inventory-11 with depressed geriatric patients. Behaviour Research and Therapy 2000; 38 (3): 311-318.
11. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. Clinical Psychology Review 1988; 8 (1): 77-100.
12. Chotai J, Smedh k, et al. An epidemiological study on gender differences in self-reported seasonal Changes in mood and behavior in a general population of northern Sweden; Nordic Journal of Psychiatry, 2004 Dec: Volume 58, Nr 6, 429-437.
13. Brodaty H, Cullen B, et al. Age and Gender in the Phenomenology of depression; American Journal of Geriatric Psychiatry, 2005 Jul; 13(7): 589-96.
14. Wenzel A, Steer RA, Beck AT. Are there any gender differences in frequency of self-reported somatic symptoms of depression? Journal of Affective Disorders 2005 Dec; 89(1-3): 177-81.
15. Danielsson U, Johansson EE. Beyond weeping and crying: A gender analysis of expressions of depression; Scandinavian Journal of Primary Health Care. 2005 Sep; 23(3): 171-7.



پښتونستان د علومو او انساني مطالعاتو فریښی
پرتال جامع علومو انسانی