

۱۳۷۹ / ۹ / ۲۰



دانشگاه علوم پزشکی زاهدان
دانشکده پزشکی

پایان نامه جهت اخذ درجه دکترای عمومی

عنوان:

تعیین میزان شیوع علایم بیماری افسردگی اساسی در بین
بیماران مراجعه کننده به درمانگاه‌های مرکز جامع روانپزشکی
زاهدان در نیمه اول سال ۱۳۷۸

استاد راهنما:

آقای دکتر علیرضا سجادی

متخصص روانپزشکی

استاد مشاور:

آقای محمدرضا سراوانی

۰۹۳۸۸

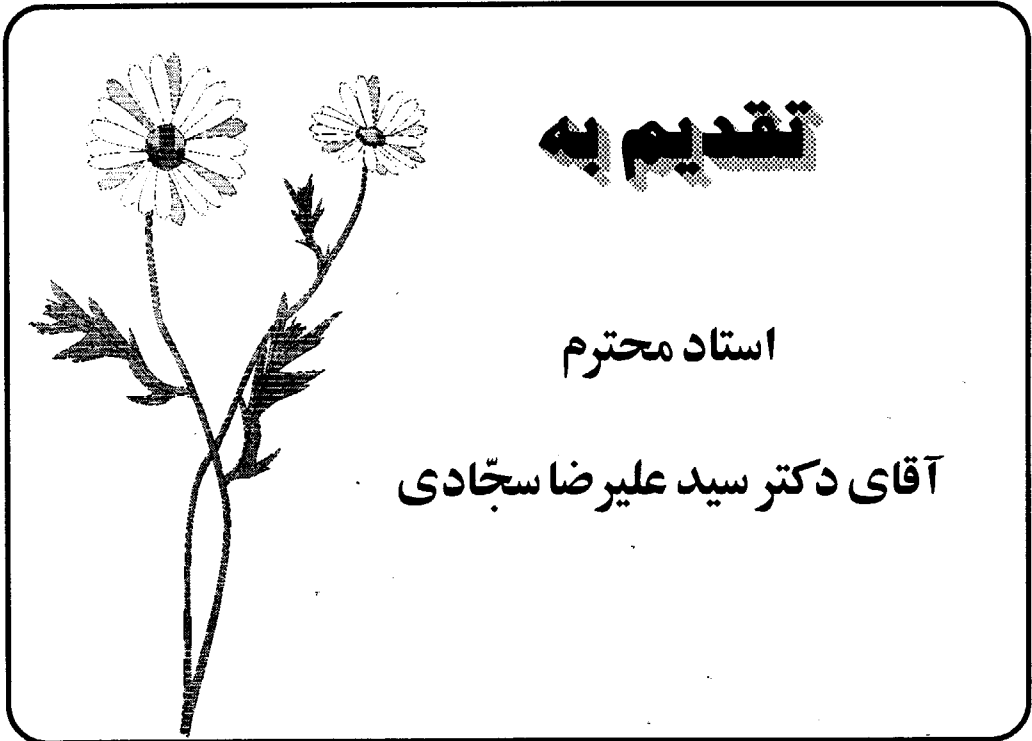
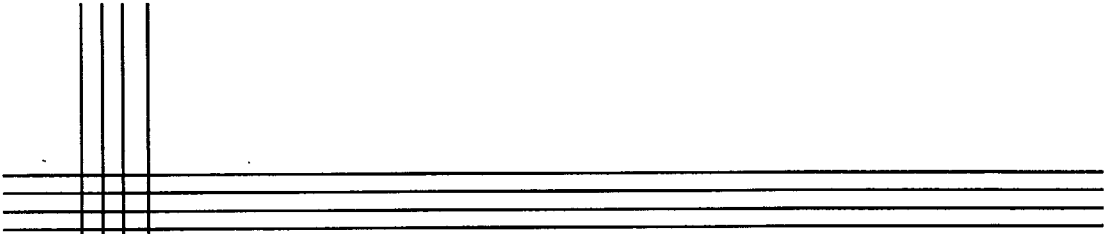
نگارش:

رضا سوهانی دربان

سال اجرا: تابستان ۱۳۷۹

شماره پایان نامه: ۵۷۱

۳۲۰۴۲



تقدیم به

استاد محترم

آقای دکتر سید علیرضا سجّادی

فهرست مندرجات

صفحه

عنوان

چکیده ۱

فصل اول: مقدمه

مقدمه ۳

بیان مسئله و اهمیت پژوهش ۶

اهداف پژوهش ۱۱

الف: هدف کلی ۱۱

ب: اهداف ویژه ۱۱

فصل دوم: مروری بر متون و مطالعات انجام شده در زمینه پژوهش

مقدمه‌ای بر افسردگی و اختلالات خلقی ۱۲

اپیدمیولوژی ۱۴

اتیولوژی ۱۷

الف - فاکتورهای بیولوژیکی ۱۷

ب - تنظیم عصبی - هورمونی ۱۷

ج - ناهنجاری‌های عصبی - ایمنی ۱۷

چ - افروزش ۱۷

ح - نظمهای شبانه روزی ۱۸

خ - عوامل وراثتی ۱۸

د - عوامل روانی - اجتماعی ۱۸

فهرست مندرجات

صفحه

عنوان

| | | |
|----|-------------------------------------|--|
| ۱۸ | ذ - عوامل شخصیتی پیشمرضی | |
| ۱۹ | ر - درماندگی آموخته شده | |
| ۱۹ | سیر بیماری | |
| ۲۰ | دوره افسردگی اساسی | |
| ۲۳ | علائم و اختلالات همراه | |
| ۲۴ | علائم مربوط به جنس و سن و فرهنگ خاص | |
| ۲۵ | تشخیص | |
| ۲۷ | شیوع علائم افسردگی | |
| ۲۷ | سیر و پیش آگهی | |
| ۲۸ | درمان: | |
| ۲۸ | الف - اهداف درمان | |
| ۲۸ | ب - درمانهای روانی - اجتماعی | |
| ۲۹ | پ - خانواده درمانی | |
| ۲۹ | ت - دارو درمانی | |
| ۲۹ | ث - انواع داروهای ضد افسردگی | |
| ۳۰ | ج - انتخاب دارو | |

فهرست مندرجات

صفحه

عنوان

- چ - عوارض ۳۰
- ح - رهنمودهای عام بالینی ۳۰
- خ - مدت مصرف دارو و پیشگیری ۳۰

فصل سوم: مواد و روش

- روش پژوهش شامل: ۳۲
- روش مطالعه ۳۲
- نمونه و جامعه پژوهش ۳۲
- ابزار گردآوری اطلاعات ۳۲
- روش گردآوری اطلاعات ۳۳
- روش تجزیه و تحلیل داده‌ها ۳۴

فصل چهارم: نتایج

- تعیین شیوع علایم بر حسب سن ۳۵
- تعیین شیوع علایم بر حسب جنس ۳۸
- تعیین شایعترین علامت بدون در نظر گرفتن سن و جنس ۴۲

فصل پنجم: بحث ، نتیجه‌گیری کلی و پیشنهادات:

- بحث ۴۳
- نتیجه‌گیری کلی ۴۳
- پیشنهادات ۴۴
- محدودیت‌ها ۴۴

فهرست مندرجات

صفحه

عنوان

فصل ششم:

| | |
|----|--------------------|
| ۴۶ | رفرنس ها |
| ۴۷ | چکیده به انگلیسی |
| ۴۹ | نظریه استاد راهنما |

چکیده به فارسی:

بیماری افسردگی از زمان‌های بسیار دور در نوشته‌ها آمده و توصیف‌هایی از آنچه ما امروزه اختلالات خلقی می‌خوانیم در بسیاری از منابع طبّی قدیم وجود دارد. (۱)

بیماری افسردگی اساسی، اختلال شایعی است که میزان شیوع آن ۱۵٪ برای طول عمر است و شاید در زنها به ۲۵٪ هم برسد. (۱) تقریباً همه بیماران افسرده (۹۷٪) از عدم داشتن انرژی، ۸۰٪ از اختلال خواب، تقریباً ۲۰٪ بیماران افکار خودکشی داشته و ۱۵-۱۰٪ آنها به زندگی خود خاتمه می‌دهند. (۱)

این پژوهش به منظور تعیین میزان شیوع علایم بیماری افسردگی اساسی در بین بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های مرکز جامع روانپزشکی زاهدان در نیمه اول سال ۱۳۷۸ با حجم نمونه ۴۷۶ نفر (به تفکیک جنس، ۱۶۲ نفر مرد و ۳۱۴ نفر زن) که با روش نمونه برداری غیرتصادفی انتخاب شده بودند اجرا گردیده است.

پرونده‌های سرپایی بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه روانپزشکی زاهدان اطلاعات حاصل از این پرونده‌ها و ملاکهای تشخیصی *DSM - IV* (که در صفحه ۲۵ و ۲۶ و جدول ۱-۲ آمده است) ابزار مورد استفاده جهت انجام این پژوهش بوده است.

نتایج پژوهش شامل:

- میزان شیوع علایم بر حسب سن، که بیماران به ۴ گروه سنی تقسیم گردیدند که این ۴ گروه شامل:

۱- ۲۵-۱۳ سالگی ۲- ۴۵-۲۶ سالگی ۳- ۶۰-۴۶ سالگی ۴- ۷۰-۶۱ سالگی می‌باشد

و درصد هر علامت در هر گروه سنی بدست آمد.

- میزان شیوع علایم بر حسب جنس که شیوع و درصد هر علامت به تفکیک جنسی

بدست آمد.

شایعترین علامت بیماری بدون در نظر گرفتن سن و جنس که فقدان انرژی است با میزان ۹۰٪ که گرچه در مقایسه با ۹۷٪ ذکر شده در کتاب سیناپس، مقدار کمتری است ولی باز هم شایعترین علامت است.

تفاوت عمده‌ای که در این مطالعه بدست آمده است، در مورد خودکشی است که شیوع افکار خودکشی در کتاب سیناپس ۶۶٪ موارد و در این مطالعه ۷۲٪ بدست آمده ولی با وجود میزان بیشتر افکار خودکشی، ولی میزان اقدام به خودکشی از ۱۵-۱۰٪ اقدام موفق به خودکشی به ۳/۰ درصد اقدام به خودکشی تقلیل یافته است که در این مورد می‌توان:

«نقش مؤثر دین، فرهنگ و نیز اختلال موجود در سیستم پیگیری بیماران را که بیماری اقدام به خودکشی داشته ولی اطلاع رسانی در این مورد وجود نداشته و دیگر اینکه زمان اقدام موفق به خودکشی بیمار بعد از تاریخ شرح حال‌گیری و درج آن در پرونده بیمار اتفاق افتاده که باز هم امکان به حساب آوردن این موارد نیز وجود نداشته است، را در این رابطه و نتیجه حاصل دخیل دانست.»

واژه کلیدی: اختلال افسردگی اساسی

Uq1 Uqo

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |

assés

مقدمه

بیماری افسردگی از زمان‌های بسیار دور در نوشته‌ها آمده و توصیف‌هایی از آنچه ما

امروزه اختلالات خلقی می‌خوانیم در بسیاری از منابع طبی قدیم وجود دارد. (۱)

افسردگی اساسی، بیماری است که به صورت دوره‌هایی می‌باشد که ویژگی اساسی

آن یک دوره زمانی حداقل ۲ هفته‌ای است که در ضمن آن یا خلق افسرده یا بی‌علاقگی و

یا فقدان احساس لذت تقریباً در همه فعالیتها وجود دارد. (۲) همچنانکه ذکر شد،

پاتولوژی مهم در این اختلال مربوط به خلق (*Mood*) است که حالت هیجانی درونی

مستمر شخص می‌باشد و نه عاطفه (*Affect*) که تظاهر بیرونی محتوای هیجانی فرد را

دربرمی‌گیرد. (۲)

بیماری *MDD* (*Major Depressive Disorder*) اختلال شایعی است که میزان شیوع

آن ۱۵٪ برای طول عمر است و شاید در زنها به ۲۵٪ هم برسد. (۱) میزان بروز آن در بین

بیماران مراجعه‌کننده به اطباء عمومی حدود ۱۰٪ و بیماران داخلی به ۱۵٪ می‌رسد. (۱)

نکته قابل توجه در مورد *MDD* این است که فقط حدود نیمی از این بیماران تحت درمان

اختصاصی قرار می‌گیرند که یکی از علل آن، این است که علایم افسردگی غالباً بطور

نامناسب به عنوان واکنش‌های قابل انتظار در مقابل استرس، قرینه‌ای برای ضعف اراده و یا

تلاش آگاهانه برای کسب نفع ثانویه، تعبیر می‌شود. (۱)

به علل مختلف از جمله استرس‌های متفاوت، زایمان و درماندگی آموخته شده و

آثار هورمونی، شیوع *MDD* در زنها دو بار شایعتر از مردها است. علاوه بر این افسردگی در

افرادى که فاقد رابطه بین فردی نزدیک بوده یا از همسر خود طلاق گرفته و جدا شده‌اند

بیشتر دیده می‌شود. (۱)

فرهنگ می‌تواند تجربه و درک نشانه‌های افسردگی را تحت تأثیر قرار دهد و با آگاهی و هوشیاری نسبت به خصایص قومی و فرهنگی در زمانی که بیمار از دوره MDD اظهار ناراحتی می‌کند، می‌توان از تشخیص مبهم و یا نادرست جلوگیری کرد. (۲)

همچنین فرهنگها ممکن است از لحاظ قضاوت درباره جدی بودن احساس یا ابراز ملال متفاوت باشند (برای نمونه ممکن است تحریک پذیری بیش از غمگینی یا گوشه‌گیری نگران‌کننده باشد). (۲)

رابطه‌ای بین طبقه اجتماعی و MDD وجود ندارد. معه‌ذا مهاجرت اخیر ممکن است رابطه مستقیم با MDD داشته باشد. (۱)

تقریباً $\frac{2}{3}$ بیماران افسرده به خودکشی می‌اندیشند و ۱۵-۱۰٪ آنها به زندگی خود خاتمه می‌دهند. تقریباً همه بیماران افسرده (۹۷٪) از عدم داشتن انرژی که منجر به بروز اشکال در تکمیل تکالیف، اختلال در کار تحصیلی و حرفه‌ای، و کاهش انگیزه برای انجام طرح‌های تازه می‌گردد، شکایت می‌کنند. (۱)

تقریباً ۸۰٪ این بیماران از اختلال خواب، بخصوص زود بیدار شدن از خواب (یعنی بی‌خوابی آخر شب و بیداری‌های مکرر شبانه) که ضمن آن در مورد مسایل خود به نشخوار ذهنی می‌پردازند، رنج می‌برند. (۱)

بسیاری از بیماران دچار بی‌اشتهایی و کاهش وزن می‌شوند، معه‌ذا، بعضی‌ها نیز افزایش اشتها، افزایش وزن و پرخوابی دارند. (۱) تغییرات گوناگون در مصرف غذا یا میزان استراحت ممکن است موجب وخامت بیماری‌های داخلی مثل دیابت، فشار خون، بیماری انسدادی ریوی مزمن و بیماری قلبی گردد. (۱)

اضطراب از جمله حملات هراس، سوء مصرف الکل، و شکایات جسمی (مثل

یبوست و سردرد) غالباً موجب پیچیدگی درمان افسردگی می‌گردد. (۱) تقریباً ۵۰٪ بیماران تغییرات شبانه روزی در علایم را توصیف می‌کنند که صبح‌ها شدیدتر و عصرها خفیف‌تر است.

اختلال *MDD* که در این پایان‌نامه روی شیوع علایم آن بررسی و مطالعه آماری صورت گرفته است، اختلالی است که با در نظر گرفتن فرهنگ خاص حاکم بر مردم منطقه، می‌توان بررسی نمود که آیا به علت فرهنگ خاصی، شیوع علایم بیماری *MDD* تفاوتی می‌کند یا نه؟ و در صورت تفاوت، شیوع آن چه میزان خواهد بود؟

بیان مسئله و اهمیت پژوهش:

بیماری *MDD* که در این مطالعه علایم بیماری مورد بررسی آماری قرار گرفته است، بیماری مربوط به خلق است و از نظر تعریف بیماری *MDD* و برای اینکه فردی دچار این بیماری تشخیص داده شود، باید علایم بیماری طبق ملاکهای تشخیصی *DSM-IV* که در صفحه ۲۵ و ۲۶ آمده است، در مورد هر فرد مشکوک کنترل گردد.

بیماری افسردگی در حال حاضر مسئله شماره یک دنیاست و بقدری توسعه پیدا کرده است که بعضی آن را «سرماخوردگی اختلالات دماغی» نامیده‌اند، با این تفاوت ظریف بین سرماخوردگی و افسردگی که افسردگی بیماری بالقوه کشنده است. (۲)

بیماری افسردگی، فرد و بالطبع جامعه را دچار اختلالات، ضررها و هزینه‌های هنگفتی که جهت درمان باید متحمل گردد، می‌نماید بطور کلی مختصری از این موارد عبارتند از:

- ۱- در بیمارانی که خلق افسرده‌ای دارند از دست دادن انرژی و علاقه، احساس گناه، دشوار شدن تمرکز، از دست دادن اشتها، وجود افکار مرگ یا خودکشی، تغییراتی در سطح فعالیت، توانایی‌های شناختی، تکلم و کارکردهای اتونوم (نباتی)، از قبیل خواب، اشتها، فعالیت جنسی و سایر نظمهای زیستی وجود دارند که این تغییرات تقریباً همیشه موجب مختل شدن کارکردهای بین فردی - اجتماعی و شغلی بیمار می‌شود. (۱)
- ۲- بسیاری از بیماران هم از نظر سرعت و هم از نظر محتوی، خبر از تغییر در روند و کیفیت افکار خود می‌دهد. آنها دچار کاهش فعالیت و از دست دادن استعداد طبیعی برای تجسم آینده می‌شوند. (۳)

۳- دوره افسردگی ممکن است به اعتماد شخص به خود و روابط اجتماعی و آینده

وی ضربه وارد کرده و موفقیت حرفه‌ای و پیشرفت شغلی شخص ممکن است به مخاطره افتاده و یا امکان دارد شخص برای آرام کردن احساس غیرقابل تحمل خود در مدت بیماری به الکل و مواد مخدر پناه برده و سپس علیرغم رهایی از بیماری خود را در بند و متکی به این مواد یابد و در نهایت شخص از افسردگی جان سالم بدر نبرده و احساس کمرشکن درماندگی و نومی‌دی ممکن است به خودکشی بیانجامد. (۳)

با در نظر گرفتن نکته فوق الذکر و توجه به وجود و سهل الوصول بودن مواد مخدر بخصوص در این ناحیه و اینکه مواد مخدر خود زمینه ساز مشکلات خانوادگی و اجتماعی هولناکی می‌باشد بررسی افسردگی شاید با تشخیص موارد بیشتری از بیماری و درمان آنها و کاستن از شیوع بیماری، بتواند شیوع استفاده از مواد مخدر را بطور ثانویه کاهش دهد.

ظاهر بیمار شکل مشخصی دارد که ممکن است شخص به لباس و وضع ظاهری خود توجه نکند، قیافه بیمار با پایین افتادن گوشه‌های دهان و چین‌های عمودی بین ابروها، حالت مشخصی دارد. ممکن است از دفعات پلک زدن کاسته شود، سر و شانه‌ها متمایل به جلو بوده و نگاه بیمار سیر نزولی دارد، حرکات وضعیتی بدن کمتر شده است و باید بخاطر داشت که بعضی بیماران علیرغم احساس عمیق افسردگی، ظاهر متبسم خود را حفظ می‌کنند. (۷)

افکار بدبینانه، از علایم مهمی هستند که می‌توان آنها را به سه نوع تقسیم نمود:

۱- افکار مربوط به حال که بیمار در هر کاری، شکست را تصوّر کرده و اعتماد به نفس

خود را از دست می‌دهد. (۳) (این امر باعث می‌شود که با در نظر گرفتن محدوده سنی

بیماری و اینکه سن شروع بیماری در حال کاهش است و این محدوده سنی، رده سنی