

صلاة الاضلاع



دانشگاه آزاد اسلامی
واحد پزشکی تهران
دانشکده پزشکی

پایان نامه برای دریافت درجه دکترا ی حرفه ای پزشکی

عنوان:

بررسی رابطه بین سطح TSH و افسردگی در زنان جوان و میانسال مراجعه کننده به بیمارستان امیرالمومنین (ع) در طی سالهای ۱۳۸۸ تا ۱۳۸۹

استاد راهنما :

دکتر سیده معصومه فاطمی

استاد مشاور :

دکتر سیده مریم وحدت شریعت پناهی

پژوهشگر:

مریم بوجاریان

شماره پایان نامه : ۴۵۱۳

زمستان ۱۳۸۹



**Islamic Azad University
Tehran Medical Branch**

**Thesis for:
Doctorate of Medicine**

Subject:

Assessment of relationship between TSH levels and depression in young and middle aged women admitted to Amirmomenin hospital during the years 1388 to 1389.

Thesis Advisor:

Dr. Seyede Masoome Fatemi

Consulting Advisor:

Dr. Seyede Maryam Vahdat Shariat Panahi

By:

Maryam Boojarian

No: 4513

Winter 2011

تقدیم به پدر، مادر، برادر و همسر عزیزم که در تمامی مراحل،

حامی و مشوق من بودند.

باتشکر از اساتید ارجمند سرکار خانم دکتر فاطمی و خانم دکتر شریعت پناهی که مرا

در به سرانجام رساندن این مهم یاری نمودند.

فهرست مطالب

۱.....	چکیده فارسی
۲.....	فصل اول.....
۱۳.....	فصل دوم.....
۱۵.....	فصل سوم.....
۱۸.....	فصل چهارم.....
۲۲.....	پیوست ها.....
۵۶.....	فهرست منابع.....
۵۸.....	چکیده انگلیسی.....

فهرست جداول

- جدول ۱-۳ : جدول توزیع فراوانی نسبی و مطلق مورد و شاهد ۲۳
- جدول ۲-۳ : جدول توزیع فراوانی نسبی و مطلق سن در گروه مورد ۲۴
- جدول ۳-۳ : جدول توزیع فراوانی نسبی و مطلق سن در گروه شاهد ۲۵
- جدول ۴-۳ : جدول مقایسه میانگین سن در گروه مورد و شاهد ۲۶
- جدول ۵-۳ : جدول توزیع فراوانی نسبی و مطلق سابقه خانوادگی افسردگی در گروه مورد ۲۸
- جدول ۶-۳ : جدول توزیع فراوانی نسبی و مطلق سابقه خانوادگی افسردگی در گروه شاهد ۲۹
- جدول ۷-۳ : جدول مقایسه سابقه خانوادگی افسردگی در گروه مورد و شاهد ۳۰
- جدول ۸-۳ : جدول توزیع فراوانی نسبی و مطلق سابقه افسردگی در گروه مورد ۳۲
- جدول ۹-۳ : جدول توزیع فراوانی نسبی و مطلق سابقه افسردگی در گروه شاهد ۳۳
- جدول ۱۰-۳ : جدول مقایسه سابقه افسردگی در گروه مورد و شاهد ۳۴
- جدول ۱۱-۳ : جدول توزیع فراوانی نسبی و مطلق سابقه بیماریهای تیروئید در گروه مورد ۳۶
- جدول ۱۲-۳ : جدول توزیع فراوانی نسبی و مطلق سابقه بیماریهای تیروئید در گروه شاهد ۳۷
- جدول ۱۳-۳ : جدول توزیع فراوانی نسبی و مطلق سابقه مصرف دارو در گروه مورد ۳۸
- جدول ۱۴-۳ : جدول توزیع فراوانی نسبی و مطلق سابقه مصرف دارو در گروه شاهد ۳۹
- جدول ۱۵-۳ : جدول توزیع فراوانی نسبی و مطلق علایم در گروه مورد ۴۰
- جدول ۱۶-۳ : جدول توزیع فراوانی نسبی و مطلق علایم در گروه شاهد ۴۱

- جدول ۳-۱۷ : جدول توزیع فراوانی نسبی و مطلق سطح سرمی TSH در گروه مورد ۴۲
- جدول ۳-۱۸ : جدول توزیع فراوانی نسبی و مطلق سطح سرمی TSH در گروه شاهد ۴۳
- جدول ۳-۱۹ : جدول مقایسه میانگین سطح سرمی TSH در گروه مورد و شاهد ۴۴
- جدول ۳-۲۰ : جدول توزیع فراوانی نسبی و مطلق نمره Beck در گروه مورد ۴۶
- جدول ۳-۲۱ : جدول توزیع فراوانی نسبی و مطلق نمره Beck در گروه شاهد ۴۷
- جدول ۳-۲۲ : جدول مقایسه میانگین نمره Beck در گروه مورد و شاهد ۴۸
- جدول ۳-۲۳ : جدول توزیع فراوانی نسبی و مطلق سطح افسردگی در گروه مورد ۵۰
- جدول ۳-۲۴ : جدول توزیع فراوانی نسبی و مطلق سطح افسردگی در گروه شاهد ۵۱
- جدول ۳-۲۵ : جدول مقایسه سطح افسردگی در گروه مورد و شاهد ۵۲
- جدول ۳-۲۶ : جدول ارتباط میان نمره Beck و سطح TSH در گروه مورد ۵۴
- جدول ۳-۲۷ : جدول ارتباط میان نمره Beck و سطح TSH در گروه شاهد ۵۵

فهرست نمودار ها

- نمودار ۱-۳ : نمودار توزیع فراوانی نسبی و مطلق مورد و شاهد در جامعه مورد مطالعه
۲۳
- نمودار ۲-۳ : نمودار توزیع فراوانی نسبی و مطلق سن در گروه مورد ۲۴
- نمودار ۳-۳ : نمودار توزیع فراوانی نسبی و مطلق سن در گروه شاهد ۲۵
- نمودار ۴-۳ : نمودار مقایسه میانگین سن در گروه مورد و شاهد ۲۷
- نمودار ۵-۳ : نمودار توزیع فراوانی نسبی و مطلق سابقه خانوادگی افسردگی در گروه
مورد ۲۸
- نمودار ۶-۳ : نمودار توزیع فراوانی نسبی و مطلق سابقه خانوادگی افسردگی در گروه
شاهد ۲۹
- نمودار ۷-۳ : نمودار مقایسه سابقه خانوادگی افسردگی در گروه مورد و شاهد ۳۱
- نمودار ۸-۳ : نمودار توزیع فراوانی نسبی و مطلق سابقه افسردگی در گروه مورد ۳۲
- نمودار ۹-۳ : نمودار توزیع فراوانی نسبی و مطلق سابقه افسردگی در گروه شاهد ۳۳
- نمودار ۱۰-۳ : نمودار مقایسه سابقه افسردگی در گروه مورد و شاهد ۳۵
- نمودار ۱۱-۳ : نمودار توزیع فراوانی نسبی و مطلق سابقه بیماریهای تیروئید در گروه
مورد ۳۶
- نمودار ۱۲-۳ : نمودار توزیع فراوانی نسبی و مطلق سابقه بیماریهای تیروئید در گروه
شاهد ۳۷
- نمودار ۱۳-۳ : نمودار توزیع فراوانی نسبی و مطلق مصرف دارو در گروه مورد
..... ۳۸

- نمودار ۱۴-۳ : نمودار توزیع فراوانی نسبی و مطلق سابقه مصرف دارو در گروه شاهد
 ۳۹
- نمودار ۱۵-۳ : نمودار توزیع فراوانی نسبی و مطلق علایم در گروه مورد ۴۰
- نمودار ۱۶-۳ : نمودار توزیع فراوانی نسبی و مطلق علایم در گروه شاهد ۴۱
- نمودار ۱۷-۳ : نمودار توزیع فراوانی نسبی و مطلق سطح سرمی TSH در گروه مورد
 ۴۲
- نمودار ۱۸-۳ : نمودار توزیع فراوانی نسبی و مطلق سطح سرمی TSH در گروه شاهد
 ۴۳
- نمودار ۱۹-۳ : نمودار مقایسه میانگین سطح سرمی TSH در گروه مورد و شاهد ... ۴۵
- نمودار ۲۰-۳ : نمودار توزیع فراوانی نسبی و مطلق نمره Beck در گروه مورد ۴۶
- نمودار ۲۱-۳ : نمودار توزیع فراوانی نسبی و مطلق نمره Beck در گروه شاهد ۴۷
- نمودار ۲۲-۳ : نمودار مقایسه میانگین نمره Beck در گروه مورد و شاهد ۴۹
- نمودار ۲۳-۳ : نمودار توزیع فراوانی نسبی و مطلق سطح افسردگی در گروه مورد .. ۵۰
- نمودار ۲۴-۳ : نمودار توزیع فراوانی نسبی و مطلق سطح افسردگی در گروه شاهد .. ۵۱
- نمودار ۲۵-۳ : نمودار مقایسه سطح افسردگی در گروه مورد و شاهد ۵۳
- نمودار ۲۶-۳ : نمودار ارتباط میان نمره Beck و سطح TSH در گروه مورد ۵۴
- نمودار ۲۷-۳ : نمودار ارتباط میان نمره Beck و سطح TSH در گروه شاهد ۵۵

فهرست اشكال

شكل ۱-۱ ۳

شكل ۲-۱ ۴

شكل ۳-۱ ۵

شكل ۴-۱ ۶

شكل ۵-۱ ۷

شكل ۶-۱ ۹

بررسی رابطه بین سطح TSH و افسردگی در زنان جوان و میانسال مراجعه کننده به

بیمارستان امیرالمومنین (ع) در طی سالهای ۱۳۸۸ تا ۱۳۸۹

استاد راهنما: دکتر سیده معصومه فاطمی

پژوهشگر: مریم بوجاریان

استاد مشاور: دکتر سیده مریم وحدت شریعت پناهی

کد پایان نامه: ۱۳۶۱۰۱۰۱۸۸۲۰۰۳

شماره پایان نامه: ۴۵۱۳

هدف: بررسی رابطه بین سطح TSH و افسردگی در زنان جوان و میانسال

روش مطالعه: مطالعه حاضر به صورت مورد-شاهدی (Control-Case) بر روی زنان جوان و میانسال مراجعه کننده به بیمارستان امیر انجام شد. حجم نمونه با استفاده از فرمول‌های آماری حدود ۵۰ نفر برای هر گروه به دست آمد. گروه مورد شامل تمام زنان مراجعه کننده به درمانگاه‌های داخلی و غدد و با آزمایش تیروئید مختل بوده‌اند. گروه شاهد آزمایش TSH طبیعی داشتند. سپس از دو گروه خواسته شد پرسشنامه استاندارد Beck را تکمیل نمایند. در نهایت میزان نمره افسردگی این بیماران در دو گروه با یکدیگر مقایسه گردید.

یافته‌ها: مطالعه حاضر بر روی ۱۱۶ نفر انجام گرفت که ۵۶ نفر (۴۸/۳ درصد) مبتلا به بیماری‌های تیروئید بوده (گروه مورد) و ۶۰ نفر دیگر (۵۱/۷ درصد) هیچ بیماری تیروئید شناخته شده‌ای نداشتند (گروه شاهد).

میانگین نمره کسب شده از آزمون Beck در گروه بیماران ۲۲/۶۴ با حداقل ۴ و حداکثر ۴۴ بود. در حالی که این میزان در گروه شاهد ۱۱/۲۲ با حداقل صفر و حداکثر ۲۳ گزارش شد. مقایسه این میانگین‌ها با کمک t-test نشان داد تفاوت یافته‌ها کاملاً معنی‌دار بوده است.

نتیجه‌گیری: مقایسه میانگین نمره کسب‌شده از پرسشنامه بک در دو گروه نشان داد نمره به دست آمده از گروه مورد تقریباً دو برابر گروه شاهد بوده است که نشان دهنده شیوع بیشتر علائم افسردگی در گروه بیماران مبتلا به اختلالات تیروئیدی در مقایسه با افراد عادی است.

می‌توان نتیجه‌گیری نمود که بر اساس نتایج مطالعه حاضر ارتباط معنی‌داری میان سطح سرمی TSH و ابتلا به کم‌کاری تیروئید و وجود علائم افسردگی در زنان جوان و میانسال وجود دارد و ابتلا به هایپوتیروئیدی و سطح بالای TSH سرمی می‌تواند عامل خطری برای بروز علائم افسردگی در این بیماران باشد.

فصل اول

مقدمه و پیشینه تحقیق

مقدمه :

هر شخصي در طول زندگي خود تجربه اندوه و ناراحتي را دارد که ممکن است به دلایل مختلف ایجاد شده باشد. اگر این احساسات دردناک و ناراحت کننده، زودگذر باشد باعث رشد شخصیت فرد نیز می شود ولی اگر مدت آن طولانی شود فرد علائم و نشانه های افسردگی را پیدا می کند از افسردگی در طول تاریخ به اسامی مختلف مثل مالیخولیا ، اختلالات هیجانی و یا عاطفی نام برده شده است. این بیماری در اصل يك اختلال خلق محسوب می شود که ممکن است به اشکال مختلف از جمله افسردگی اساسی، دیس تیمیای مزمن، غیر تیپیک، فصلی (SAD) و افسردگی پس از زایمان (P.P.D) دیده شود. افسردگی ممکن است در اختلال دو قطبی (بیماری مانیک ، دپرسیو) نیز دیده شود این بیماری به صورت شدید خفیف یا مزمن وجود دارد. (۱)



شکل ۱-۱

علائم و نشانه ها

افسردگی با علائم خلق پایین، تحریک پذیری، پرخاشگری، عدم لذت از زندگی، ناامیدی، درماندگی، کاهش انرژی روانی، اختلال در عملکرد شغلی، اختلال در خواب و اشتها به صورت کم خوابی، پرخوابی و پر اشتهایی، افکار خودکشی، احساس گناه و خود سرزنش کردن دیده می شود. (۲)



شکل ۱-۲

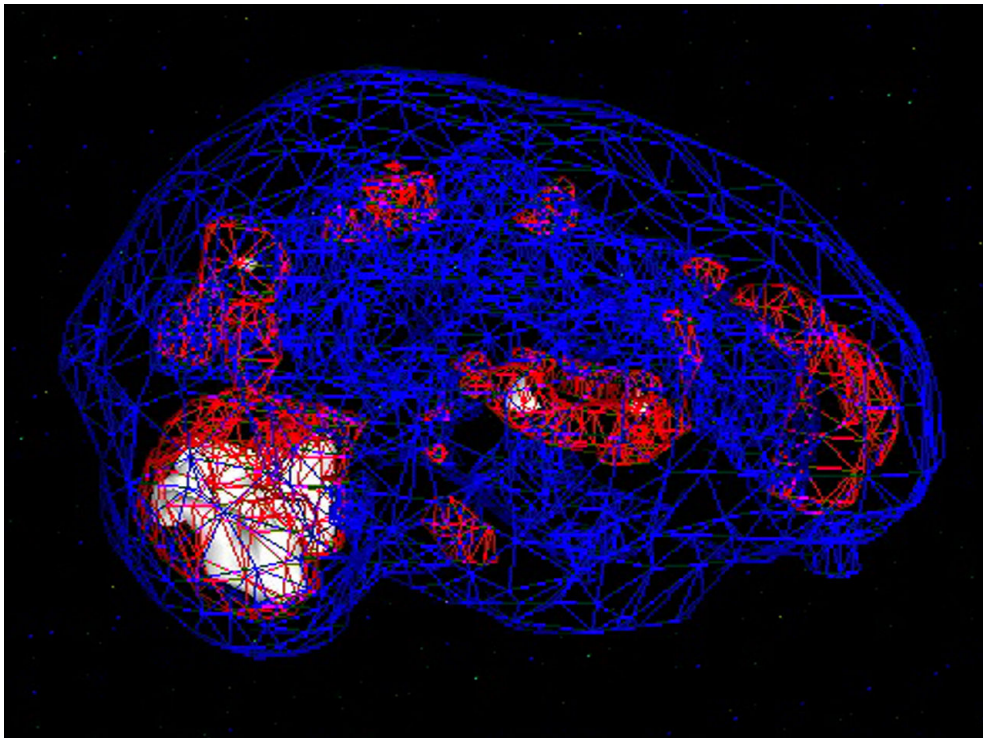
در جوانان نیز ممکن است وسواس های فکری، بی قراری، و تحریک پذیری بخصوص علائم با ناسازگاری رفتاری و پرخاشگری دیده شود.

عوامل خطر ساز و میزان شیوع

افسردگی بعد از فشار خون بالا و بیماری قلبی شایع ترین بیماری ها می باشد. این بیماری به سرماخوردگی دماغی شهرت دارد. عوامل مختلفی از جمله سن، جنس و تحصیلات در بروز آن موثر می باشد.

جنس و افسردگی

افسردگی در زنان بیشتر از مردان گزارش شده است. زنان بیشتر در معرض خطر افسردگی به دلایل تغییرات هورمونی هستند. تحقیقات اخیر نشان داده است، زنان به طول متوسط از سیستم لیمبیک عمقی بزرگ تری نسبت به مردان برخوردارند. این موضوع، سود و زیان هایی برای زنان به همراه دارد. به خاطر داشتن لیمبیک عمقی بزرگ تر زنان بیشتر درگیر احساساتشان هستند و عموماً بهتر از مردان می توانند احساسات خود را بیان کنند. آنها توانایی بیشتری برای پیوند عاطفی و ارتباط با دیگران دارند



شکل ۱-۳

به همین دلیل زنان اولین پرستاران بچه ها هستند. زنان از حس بویایی قوی تری برخوردار می باشند. بیشتر در گذشته زندگی می کنند و خاطرات را کمتر فراموش می کنند ولی یکی از زیان های این سیستم زنان را بیشتر مستعد افسردگی می کند. خصوصاً در زمان تغییرات

هورموني، زنان سه برابر مردان دست به خودکشي مي زنند، در صورتي که خودکشي موفق در مردان بيشتر است. (۳)

سن افسردگي:

افسردگي در کودکان و نوجوانان بين ۱۲ تا ۱۶ ساله و معمولا بعد از بلوغ بيشتر ديده مي شود. در نوجواني علائم افسردگي با پرخاشگري همراه است.



شکل ۱-۴

بروز افسردگي در بالغين بين حدود ۳۰ تا ۳۳ ساله بيشتر است. تحقيقات ۲۰۰۵ در آمريکا نشان داده که افسردگي در سنين ۴۵ تا ۶۴ سالگي نيز، آمار بالايي داشته است افراد سالمند نيز

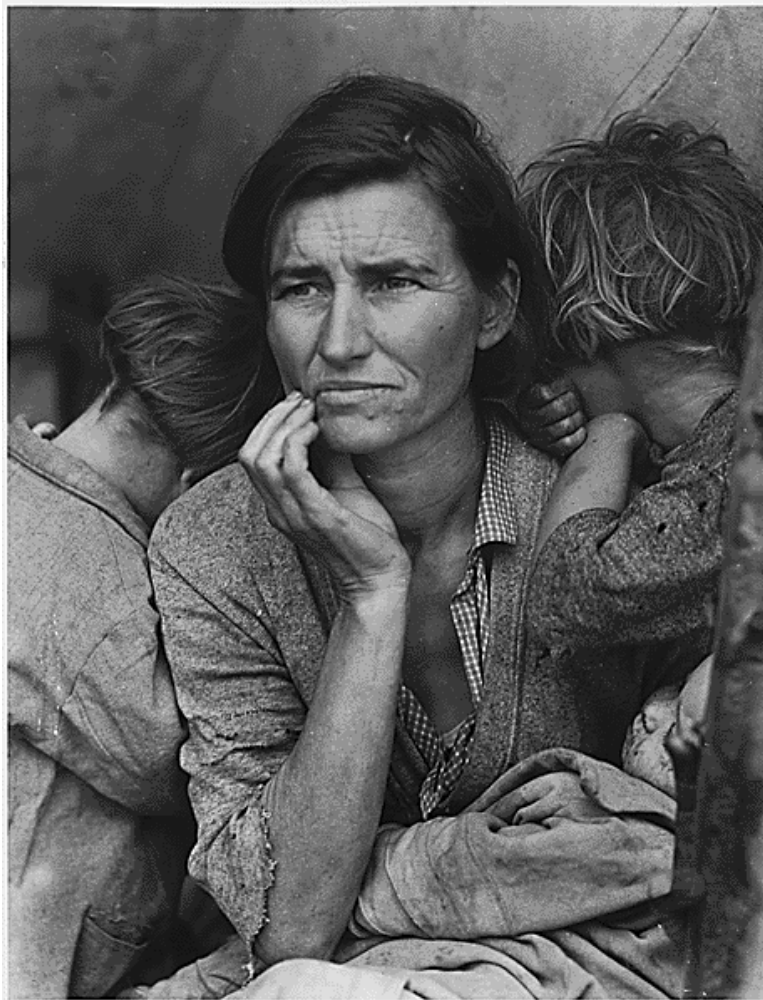
اگر شرایط محیطی و جسمانی مناسبی نداشته باشند، افسرده می شوند. تحقیقات نشان داده است که حدود ۵ تا ۱۴ درصد افراد مسن دچار افسردگی هستند.

به هر حال شرایط و موقعیت دوران سالمندی سابقه بیماری های قبلی و عدم فعالیت پس از بازنشستگی از عوامل بروز افسردگی هستند. (۴)

موقعیت اجتماعی و اقتصادی

نقش موقعیت اجتماعی و اقتصادی در بروز افسردگی بخصوص زنان بسیار مهم است.

موقعیت اجتماعی - اقتصادی پایین، خطر بروز افسردگی را بیشتر می کند.



شکل ۱-۵

بالا بودن سطح بهداشت فردي - اجتماعي و رسيدگي در دوران زندگي به تمام شرايط جسماني و رواني، خطر بروز افسردگي را در سالمندان کاهش مي دهد نگرش افراد در زندگي به مسائل اجتماعي و اقتصادي نيز تأثير بسزايي در بروز اين بيماري دارد. وجود سابقه خانوادگي در بين اعضاي خانواده و بستگان درجه اول خطر بروز افسردگي را افزايش مي دهد.

بيماراني که زندگي پر تنش و پر استرس داشته اند چند برابر ديگران در معرض خطر بروز افسردگي هستند. تجربه جدائي والدين، مرگ والدين در کودکي و ضربه هاي رواني، خطر بروز اين بيماري را چند برابر مي کند زندگي خانوادگي پر تنش دعوهاي خانوادگي، عدم علاقمندي به محيط کار و شغل و تنش هاي اجتماعي همه از عوامل خطر ساز افسردگي هستند.

بيماري هاي مزمن يا شديد که به نوعي زندگي فرد را تحت الشعاع قرار مي دهند و حوادث ناگهاني و ضربه هاي شديد از عوامل خطر ساز اين بيماري مي باشند. بيماري تيروئيد گاهي منجر به افسردگي مي شود سر دردهاي مزمن و ميگرني اکثرا منشا افسردگي دارند.

تحقيقات اخير نشان داده است بين افسردگي و کشيدن سيگار ارتباط وجود دارد. در ابتلا به افسردگي شانس کساني که سيگار مي کشند ۲۵ درصد بيشتر از افراد غير سيگاري است.

يکي از عوامل خطر ساز افسردگي، نوع شخصيت و تيپ شخصيتي فرد است. کساني که ضعف در تصوير ذهني از خود داشته و روابط اجتماعي مناسب با ديگران ندارند. بيشتر در معرض بروز افسردگي هستند. اختلال شخصيت اجتنابي و الگوهاي رفتاري غير طبيعي و هيچانات غير طبيعي از عوامل خطر ساز در بروز اين بيماري هستند.

بيش از ۹۰ درصد از افراد افسرده تجربه بي خوابي دارند. استرس و افسردگي از عوامل بسيار مهم بي خوابي است. بي خوابي و اختلال در کيفيت و کميت خواب در بروز اين بيماري نقش دارد.

افسردگي فصلي معمولا در زنان در فصول خاصي از سال مثل پاييز يا زمستان و افراي که در ارتفاعات جنوبي زندگي مي کنند. بيشتر ديده مي شود.

اين بيماري اغلب اوقات به صورت مزمن ديده مي شود، ولي يك سوم بيماران ممکن است دچار افسردگي اساسي يا ماژور باشند. که حداقل يك سال درمان آن طول مي کشد و اغلب اوقات عود کننده است داروهاي ضد افسردگي به درمان بيماران کمک مي کند ولي طي بهبودي و بخصوص در زمان افزايش انرژي، خطر خودکشي با قرص هاي ضد افسردگي وجود دارد. که

بیماران باید تحت نظر و کنترل باشند در دسامبر ۲۰۰۶ سازمان غذا و داروی آمریکا اعلام کرد خطر خودکشی در جوانان بین ۱۸ تا ۲۵ سال پس از مصرف دارو به خصوص داروی پاروستین (Paxil) افزایش یافته و در هنگام درمان باید به خانواده و اطرافیان تذکر داده شود. که داروها به میزان زیاد در دسترس بیمار قرار نگیرد.

افسردگی اساسی در افراد مسن باعث بروز بیماری های شدید جسمانی شده و عمر افراد را کوتاه می کند و زمینه را برای بروز بیماری های قلبی عروقی، لخته شدن زودتر خون، سکته های مغزی، چاقی، دردهای مزمن و سایر اختلالات آماده می سازد. (۵)

درمان

افسردگی یک بیماری قابل کنترل و درمان است و شیوه های زیادی برای درمان آن وجود دارد بیماران با افسردگی اساسی و یا مزمن نیاز به بستری شدن، دارو درمانی و گاهی شوک درمانی دارند.



شکل ۱-۶

روان‌درمانی شناختی (C.B.T) از جدیدترین درمان‌های غیر دارویی برای بیماران می‌باشد. که نتایج بسیار خوبی داشته است. در این شیوه روی باورهای فرد و نگاه او به زندگی کار می‌شود.

به طور کلی درمان‌های زیر جهت کمک به بیماران افسرده مطرح می‌باشد:

۱- ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای یا چند حلقه‌ای و مهارکننده‌های منوآمینواکسیداز (MAOI) و داروهای مهارکننده سروتونین (SSRI).

۲- شوک درمانی (E.C.T)

۳- رفتار درمانی شناختی (C.B.T)

۴- درمان بین فردی (I.P.T)

۵- درمان‌های حمایتی

۶- درمان‌های مشکل‌گشایی

۷- نور درمانی بخصوص برای بیماران افسردگی فصلی.

۸- طب سوزنی

۹- تغییر شیوه‌های زندگی

۱۰- ورزش و تحرک یک مطالعه در سال ۲۰۰۲ نشان داد ۵۵ درصد از زنان سالمند افسرده با ورزش و تحرک در مقایسه با افراد گروه دیگر که ورزش نمی‌کردند، بهبود افسردگی داشتند و نیاز آنها به دارو درمانی نیز کمتر بود.

۱۱- یادگیری مراقبه و یوگا

۱۲- ایمان و اعتقاد به خداوند و باورهای مذهبی

۱۳- حمایت اجتماعی

همچنین درمان‌های فوق را می‌توان به صورت چندجانبه و مکمل نیز استفاده کرد در مرحله اول بیمار باید توسط روانپزشک یا روانشناس بررسی و ارزیابی شود و پس از تشخیص، نوع درمان تعیین شود بیماران با پیگیری، دارو درمانی و روان‌درمانی به صورت تلفیقی نتایج بسیار خوبی خواهند گرفت.

حمایت خانواده و ایجاد محیط آرام در خانواده نیز کمک فراوانی به بیمار می‌کند. (۶)