

فراوانی انواع شکایت اصلی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی مراجعه کننده به

کلینیک‌های روانپزشکی در شهر کرمان

دکتر نوشین پرورش^{۱*}، دکتر علیرضا غفاری نژاد^۲ و دکتر شاهرخ سردارپور گودرزی^۳

خلاصه

مقدمه: تظاهرات جسمانی افسردگی و بیماری‌های شایع روانی گاهی باعث عدم تشخیص صحیح افسردگی می‌شوند. هدف از این پژوهش، بررسی فراوانی انواع شکایت اصلی (chief complaint) بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی مراجعه کننده به کلینیک‌های روانپزشکی با توجه به مشخصات جمعیت‌شناختی و منبع ارجاع می‌باشد.

روش: ۲۴۶ بیمار (۱۹۱ زن و ۵۵ نفر مرد) مبتلا به اختلال افسردگی اساسی که به سه روانپزشک در سطح شهر کرمان مراجعه کرده بودند مورد مطالعه قرار گرفتند. سه شکایت اصلی منجر به مراجعه، مشخصات جمعیت‌شناختی و منبع ارجاع ثبت گردید. در تجزیه و تحلیل داده‌ها از آنالیز مجذور کای و میانگین استفاده گردید.

یافته‌ها: شکایت درد در زنان شایع‌تر از مردان بود در حالی که شکایات جسمانی به غیر از درد و شکایات روانپزشکی در مردان شایع‌تر از زنان بود. بالا رفتن سن و تحصیلات به طور معنی‌داری با افزایش ابراز شکایات روانپزشکی همراه بود ($P < 0/01$ ، $P < 0/01$). وضعیت تأهل و مدت زمان درگیری بیمار با شکایت اصلی ارتباط معنی‌داری با نوع شکایات بیماران نداشت. در بیماران با شکایات روانپزشکی منبع ارجاع بیمار به ترتیب مراجعه مستقیم خود بیمار، ارجاع توسط پزشکان عمومی و ارجاع توسط پزشکان با تخصص‌های دیگر بود ($P < 0/01$) و در بیماران با شکایت درد منبع ارجاع به ترتیب مراجعه مستقیم خود بیمار، ارجاع توسط پزشکان با تخصص‌های دیگر و در نهایت ارجاع توسط پزشکان عمومی بود.

نتیجه‌گیری: علائم جسمانی در بیماران افسرده شایع است. تفاوت‌های فرهنگی در ابراز نوع شکایت بیمار، وجود انگ اجتماعی در روند مراجعه بیمار به روانپزشک، دانش و نگرش پزشکان عمومی و پزشکان با تخصص‌های غیرروانپزشکی نسبت به اختلال روانی در تشخیص صحیح و به موقع این اختلال نقش دارد. ارتقاء دانش پزشکان عمومی نسبت به اختلال افسردگی اساسی می‌تواند میزان مرگ و میر، اختلال در عملکرد اجتماعی، صرف هزینه و ریسک اقدامات پاراکلینیک غیرضروری را کاهش دهد.

واژه‌های کلیدی: اختلال افسردگی، شکایت اصلی، شکایت جسمانی، درد، فرهنگ

۱- استادیار روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کرمان ۲- دانشیار روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کرمان ۳- استادیار روان‌پزشکی دانشگاه شهید بهشتی تهران

* نویسنده مسؤول، آدرس: گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان • آدرس پست الکترونیک: n_Parvareh@yahoo.com

دریافت مقاله: ۱۳۸۵/۸/۱۱ دریافت مقاله اصلاح شده: ۸۵/۱۲/۲۲ پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۳/۹

مقدمه

طبق آمار سازمان بهداشت جهانی ۱٪ مردم جهان از بیماری روانی شدید و ۱۵-۵٪ از بیماری خفیف رنج می‌برند (۳۴). در ایران ۱/۶٪ جمعیت بالای ۱۵ سال به بیماری روانی شدید و ۱۵/۳٪ به بیماری روانی خفیف مبتلا هستند. در مطالعات دیگر شیوع افسردگی از ۱۱/۹٪ تا ۵۳/۸٪ گزارش شده است (۱،۲). در مطالعه نوربالا در ایران یک پنجم افراد بزرگسال شامل ۲۵/۹٪ زنان و ۱۴/۹٪ مردان با احتمال وجود بیماری روانی ارزیابی شدند. در این مطالعه شیوع اختلال روانی در مناطق روستایی ۲۱/۳٪ و در مناطق شهری ۲۰/۹٪ گزارش شده و افسردگی (۲۱٪) و اضطراب (۲۸٪) شایع بوده است (۲۰). ۶۰٪ بیماران با اختلال روانی در عرض شش ماه حداقل یک‌بار به پزشکان غیرروانپزشک مراجعه می‌کنند و بیماران روانی دو برابر بیماران دیگر به پزشکان عمومی مراجعه می‌کنند (۲۴).

تظاهرات جسمانی افسردگی و بیماری‌های شایع روانی باعث عدم تشخیص صحیح افسردگی و اضطراب در مراقبت‌های بهداشتی اولیه می‌شود و در همه فرهنگ‌ها گزارش شده است (۲۲،۳۱). مطالعات نشان داده که در کشورهای غیرغربی بیماران افسرده علائم جسمانی را بیشتر گزارش کرده و علائم روانشناختی را بیشتر انکار می‌کنند (۲۷). در پژوهشی در روستاهای اطراف بافت کرمان فراوان‌ترین شکایات افراد با اختلالات روانی، شکایات جسمانی بوده است (۳).

عبارات متعددی مثل علائم یا شکایات فیزیکی، شرایط فیزیکی مزمن دردناک، علائم طبی غیراختصاصی (Medically unexplained symptoms)، علائم جسمانی شده (Somatized)، علائم دردناک، جسمانی‌سازی (Somatization)، علائم شبه جسمی (Somatoform)، علائم روان تنی (Masked)، افسردگی پنهان (Masked) برای توصیف علائم جسمانی و درد در افسردگی بیان شده‌اند (۳۱).

در ابزارهای تشخیصی موجود افسردگی، توجه کافی به علائم جسمانی نشده است و تشخیص افسردگی فقط در

صورت وجود علائم روانشناختی در بیمار مطرح می‌گردد (۱۸). وجود انگ (Psychosomatic) اجتماعی در جامعه از طرف بیمار و پزشک در خدمات بهداشتی اولیه، احتمال عدم تشخیص اختلالات روانی را بالا می‌برد. با توجه به این که تقریباً در دو سوم بیماران افسرده، علائم بالینی با علائم بارز جسمانی مثل فقدان انرژی و درد همراه است (۴،۱۵،۲۷،۲۷،۲۹)، تشخیص افسردگی پس از بررسی‌های متعدد برای بررسی وجود بیماری جسمی زمینه‌ای توسط پزشکان مدنظر قرار می‌گیرد (۲۵). درحقیقت تشخیص افسردگی در مواردی که بیماری با شکایات جسمانی تظاهر می‌کند مشکل است (۵،۱۵). علائم جسمانی در گروه‌های خاص افسرده شامل زنان (۶،۲۶) بخصوص خانم‌های حامله (۱۴) سالمندان، افراد با درآمد کم، کودکان، بیماران با مشکلات جسمی همراه (۲۹،۳۵) گزارش شده است.

با افزایش تعداد علائم جسمانی احتمال تشخیص افسردگی در فرد بیشتر می‌شود (۱۱،۱۶،۱۹). شکایاتی که افراد افسرده را از افراد غیر افسرده در مراقبت‌های بهداشتی مشخص می‌کند، شکایات متعدد (بیش از سه عدد)، درد پشت، شکایات گنگ (Stigma)، شکایات غیراختصاصی ماهیچه‌ای - اسکلتی، اختلال خواب، خستگی و کوتاهی نفس می‌باشند (۹).

شیوع مادام‌العمر اختلال افسردگی اساسی ۱۵٪ می‌باشد. دوسوم این افراد اقدام به خودکشی کرده و خودکشی موفق ۱۵٪ موارد را شامل می‌شود (۲۴). با توجه به این که علائم کاهش انرژی - بی‌خوابی، ناامیدی، خلق افسرده کارآیی بیماران را پایین آورده و مشکلات اجتماعی، اقتصادی، فردی، و خانوادگی را در پی دارد تشخیص صحیح و به موقع ضروری است.

برای کمک به تشخیص بهتر افسردگی اساسی در ابتدا می‌بایست وضعیت منطقه را مورد بررسی قرار داد. این پژوهش برای بررسی انواع شکایت اصلی بیماران با افسردگی اساسی که بطور مستقیم به کلینیک‌های روانپزشکی مراجعه کرده یا از طریق پزشکان دیگر به روانپزشک ارجاع داده شده بودند در سطح شهر کرمان انجام

شده است. نتایج می‌تواند به فهم شکایت اصلی عامل مراجعه بیماران افسرده با شکایات متفاوت و انتخاب پزشک توسط بیمار کمک کند.

روش بررسی

در این پژوهش مقطعی جامعه آماری بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بوده و نمونه شامل بیماران مبتلا به افسردگی اساسی مراجعه کننده به کلینیک‌های روانپزشکی بوده است. تعداد ۲۴۶ بیمار مبتلا به اختلال افسردگی اساسی که به کلینیک‌های روانپزشکی (یک روانپزشک مستقر در کلینیک ویژه بیمارستان دانشگاهی و دو روانپزشک مستقر در مطب خصوصی) مراجعه کرده بودند مورد مطالعه قرار گرفتند.

افراد زن و مرد بالای ۱۵ سال و با تشخیص اختلال افسردگی اساسی با ملاک تشخیصی DSMIV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV) (۲۴) وارد مطالعه شدند. به دلیل وجود اختلاف علامتی در بیماران افسرده با سن پایین نسبت به بالغین افراد زیر ۱۵ سال از مطالعه حذف شدند. افراد با سابقه اختلالات نورولوژیک صرع، میگرن، وجود سیکوز قبلی، افراد مبتلا به اختلالات شبه جسمی و بیماری جسمانی مرتبط با شکایت اصلی از مطالعه حذف شدند.

چون بیماران با شکایات جسمانی قبل از مراجعه به روانپزشک به پزشکان متعدد مراجعه کرده و یا از طریق پزشکان دیگر ارجاع شده بودند و بنابر این اقدامات پاراکلینیک در رابطه با نوع شکایت در مورد آنها صورت گرفته بود، این بیماران پس از ارزیابی کلیه مدارک و معاینه جسمانی و در صورت لزوم بررسی پاراکلینیک تکمیلی برای رد علل ارگانیک وارد مطالعه شدند. هیچیک از بیماران بر اساس معاینه، شرح حال و مدارک پاراکلینیک قبلی نیازی به اسکن، سونوگرافی و اقدامات تهاجمی پاراکلینیک نداشتند. پس از ثبت خصوصیات جمعیت شناختی، شکایت بیماران به ترتیبی که بیمار اظهار می‌کرد ثبت گردید. منظور از شکایت اصلی سه شکایت اولیه اظهار

شده توسط بیمار، در زمان مراجعه به روانپزشک بوده است. برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها از روش آنالیزی مجذور کای، میانگین و نرم‌افزار SPSS-۱۲ استفاده شد.

نتایج

از مجموع ۲۴۶ بیمار با اختلال افسردگی اساسی با میانگین سنی $38 \pm 13/5$ ، ۱۹۱ نفر (۷۷/۶٪) زن و ۵۵ نفر (۲۲/۴٪) مرد بودند.

میزان تحصیلات در سه گروه (۰-۵)، (۶-۱۲) و (۱۶-۱۳) سال با فراوانی $41/6\%$ ، $45/3\%$ و $13/1\%$ دسته‌بندی شده است. مراجعین با شکایت درد $30/9\%$ موارد را تشکیل می‌دادند و $31/9\%$ با شکایات جسمانی غیر از درد شامل علائم مربوط به سر (۷/۱٪) مثل سوزش و سبکی سر، شکایات جسمانی غیر اختصاصی (۱۴/۵٪) مثل مورمور شدن، بیحسی، داغ شدن بدن و سایر شکایات (۱۰/۳٪) مثل تپش قلب، تنگی نفس مراجعه کردند. شکایات روانپزشکی مثل اضطراب و بی‌خوابی در $37/2\%$ مراجعین وجود داشت. شکایت درد در زنان شایع‌تر از مردان بوده و شکایات روانپزشکی و شکایات جسمانی به غیر از درد در مردان شایع‌تر از زنان بود ولی تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود. با بالا رفتن تحصیلات میزان شکایات روانپزشکی بالاتر رفته و شکایت درد و شکایات جسمانی به غیر از درد در سطح تحصیلات پایین و بی‌سواد شایع‌تر بود ($P < 0/001$) جدول (۱).

مراجعه مستقیم بیمار با فراوانی ۴۱٪ شایع‌ترین منبع مراجعه در بیماران با شکایت روانپزشکی بود و پس از آن ارجاع به ترتیب توسط پزشکان عمومی (۲۴/۵٪) و پزشکان با تخصص‌های دیگر به غیر از روانپزشکی (۱۸/۸٪) صورت گرفته بود ($P < 0/001$). در افراد با شکایت درد بیشترین منبع ارجاع به ترتیب پزشکان با تخصص‌های غیر از روانپزشکی (۵۲/۱٪) و پزشکان عمومی (۳۷/۷٪) بود و مراجعه مستقیم بیمار، $36/4\%$ موارد را شامل می‌شد که تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود. در افراد با شکایات جسمانی غیر از درد شایع‌ترین منبع ارجاع به ترتیب

تفاوت از نظر آماری معنادار نیست. زمانی که شکایت درد و علائم جسمانی به غیر از درد را با هم با شکایات روانپزشکی مقایسه کنیم اختلاف از نظر آماری معنادار بوده است ($P < 0/01$) جدول (۲).
مدت زمان درگیری بیمار با شکایات اصلی و وضعیت تأهل ارتباط معنی داری با نوع شکایت اصلی نداشت.

پزشکان عمومی (۳۷/۷٪) متخصصان رشته‌های دیگر (۲۹/۲٪) و مراجعه مستقیم بیمار (۲۲/۶٪) بود ($P < 0/01$).
با بالا رفتن سن شکایت درد شایع‌تر بوده است، به طوری که در سنین ۱۵-۳۰ سال ۳۶/۴٪ و در بالای ۴۵ سال ۳۹/۵٪ موارد درد گزارش شده است. شکایات روانپزشکی در سنین ۱۵-۳۰ و بیشتر از ۴۵ سال، ۴۱/۲٪ و ۴۰/۳٪ موارد و بالای ۴۶ سال در ۲۸/۹٪ موارد گزارش شده، که

جدول ۱: فراوانی انواع شکایات اصلی بیماران افسرده مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روانپزشکی

در گروه‌های با سطح تحصیلات متفاوت

P	کل	میزان تحصیلات (سال)			نوع شکایت
		بیشتر از ۱۲	۶-۱۲	۰-۵	
<0/001	۱۲۵ ٪۲۵	۱۳ ٪۱۹/۷	۴۶ ٪۲۳/۴	۶۶ ٪۲۷/۷	شکایات جسمانی به جزء درد
	۱۹۱ ٪۳۸/۹	۲۱ ٪۳۱/۸	۶۵ ٪۳۳	۱۰۵ ٪۴۴/۱	درد
	۱۸۵ ٪۳۶/۹	۳۲ ٪۴۸/۵	۸۶ ٪۴۳/۷	۶۷ ٪۲۸/۲	شکایات روانپزشکی
	۵۰۱ ٪۱۰۰	۶۶ ٪۱۰۰	۱۹۷ ٪۱۰۰	۲۳۸ ٪۱۰۰	کل

جدول ۲: فراوانی انواع شکایات اصلی بیماران افسرده مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روانپزشکی در گروه‌های سنی مختلف

P	کل	سن (سال)			نوع شکایت
		۴۶-۱۰۰	۳۱-۴۵	۱۵-۳۰	
<0/01	۳۱۷ ٪۶۲/۸	۱۰۸ ٪۷۱/۱	۱۱۷ ٪۵۸/۸	۹۲ ٪۵۹/۷	شکایات جسمانی
	۱۸۸ ٪۳۷/۲	۴۴ ٪۲۸/۹	۸۲ ٪۴۱/۲	۶۲ ٪۴۰/۳	شکایات روانپزشکی
	۵۰۵ ٪۱۰۰	۱۹۹ ٪۱۰۰	۱۵۲ ٪۱۰۰	۵۰۵ ٪۱۰۰	کل

بحث

تعداد بیشتر زنان مراجعه کننده افسرده در این پژوهش به کلینیک‌های روانپزشکی (۷۷/۶٪) نسبت به مردان (۲۲/۴٪) با شیوع دو برابر اختلال افسردگی اساسی زنان نسبت به مردان در جامعه مطابق می‌باشد ولی با نتایج پژوهش‌های انجام شده در جوامع دیگر مبنی بر مراجعه بیشتر مردان افسرده به پزشک مغایر است (۱۷،۲۴)، که می‌تواند تفاوت‌های فرهنگی در بروز و ابراز علائم را در این اختلال تأیید کند. نسبت حدود ۴ برابر مراجعین زن نسبت به مرد افسرده مراجعه کننده به روانپزشک در دوره زمانی انجام این پژوهش می‌تواند نشان‌دهنده حساسیت کمتر خانم‌ها نسبت به برچسب بیماری روانی و مراجعه به روانپزشک، اطلاعات بیشتر آنها نسبت به این اختلالات و یا پذیرش بهتر این اختلالات از طرف آنان باشد که منجر به مراجعه بیشتر آنها به کلینیک‌های روانپزشکی در این پژوهش در کرمان شده است. این مسأله می‌تواند موضوع پژوهش‌های بعدی در این زمینه باشد.

بیشترین میزان شکایات مراجعه کنندگان مبتلا به اختلال افسردگی شکایات جسمانی (۶۲/۸٪ موارد) بوده است. در مقابل شکایات روانپزشکی مثل اضطراب - بی‌خوابی و خلق افسرده (۳۷/۲٪ موارد) به عنوان شکایت اصلی گزارش شده است.

در هر دو جنس شکایات جسمانی ابراز شده شایع‌تر از شکایات روانپزشکی بوده است. در زنان شکایت درد شایع‌تر از مردان بوده و در مردان شکایات روانپزشکی شایع‌تر از زنان بوده است که با تحقیقات دیگر که شیوع بالاتر افسردگی سوماتیک به همراه دردهای جسمانی را در زنان گزارش کرده‌اند (۱۰،۲۶) مطابقت می‌کند. شکایات جسمانی به غیر از درد در مردان شایع‌تر بوده گرچه تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نیست.

در مطالعه‌ای در پاریس که بر روی بیماران افسرده بستری انجام گرفته مشاهده شده که سردرد و درد قفسه سینه در خانم‌ها و درد عضلانی و بی‌حسی در مردان شایع‌تر است (۸) که با نتایج پژوهش حاضر قابل انطباق است.

در مطالعات دیگر شکایات جسمانی درد و شکایات جسمانی غیراختصاصی در نصف بیماران افسرده وجود داشته که درصدی از آنها علائم روانشناختی را ابراز نکرده و یا حتی آن را انکار کرده‌اند (۱۵،۲۷،۲۹) و نیز گزارش شده که هر چه تعداد شکایات درد در بیماران بیشتر باشد احتمال وجود اختلال افسردگی اساسی بیشتر است (۱۱،۱۶،۱۹). این مسأله اهمیت توجه به این اختلال را در بیماران مراجعه کننده به پزشکان با تخصص‌های متفاوت نشان می‌دهد.

با بالا رفتن سن به ویژه در افراد بالای ۴۵ سال فراوانی شکایات جسمانی در مقابل شکایات روانپزشکی بیشتر شده است (۰/۰۱ < P). بنظر می‌رسد بالا رفتن سن در بیماران مورد مطالعه مبتلا به اختلال افسردگی اساسی در شکل‌گیری علائم به صورت علائم جسمانی نقش دارد که با پژوهش‌های دیگر در مورد رابطه افسردگی سالمندان با علائم بارز جسمانی مطابق است (۲۴). این موضوع توجه به اختلال افسردگی در سالمندان مراجعه کننده را به عنوان یکی از تشخیص‌های افتراقی مورد تأکید قرار می‌دهد.

سطح تحصیلات در بروز انواع شکایات تأثیر داشته است به طوری که با بالا رفتن تحصیلات میزان ابراز شکایات روانپزشکی در مقابل شکایات درد و شکایات جسمانی به غیر از درد شایع‌تر گزارش شده است (۰/۰۰۱ < P). ممکن است بالا رفتن سطح دانش در چگونگی درک افراد از مسائل خود و شکل‌گیری علائم تأثیر داشته که منجر به تظاهر بیشتر علائم بصورت علائم روانپزشکی در بیماران افسرده این پژوهش بوده باشد.

بیماران با شکایات روانپزشکی در بیشتر موارد شخصاً مراجعه کرده‌اند. بعد از آن بیشترین ارجاع به ترتیب از طرف پزشکان عمومی و متخصصین رشته‌های دیگر بوده است. به نظر می‌رسد بیماران مبتلا به افسردگی که با تظاهرات روانی بروز می‌کنند مشکل کمتری از نظر انتخاب مناسب پزشک برای درمان بیماری خود داشته باشند. درمورد شکایات درد بیشترین ارجاع توسط پزشکان با تخصص‌های دیگر و بعد از آن مراجعه شخصی بیمار و

(۳۳). در نیجریه علائم جسمانی در بیماران افسرده به طورخاص به سر مربوط می‌شود و به صورت احساس گرما، سنگینی و احساس خزیدن زیر پوست سر شایع است (۲۱). در پژوهش فعلی نیز شکایات مربوط به سر در ۳۶ مورد (۷/۱٪)، علائم غیراختصاصی مثل مورمور، گزگز، احساس سردی در ۵۲ مورد (۱۰/۳٪)، درد در ۱۵۶ مورد (۳۰/۹٪) وجود داشت. در پژوهش‌های بعدی می‌توان بررسی وسیع‌تری روی انواع بارز شکایات جسمانی ذکر شده توسط بیماران افسرده ایرانی انجام داد تا در صورت وجود علائم فرهنگی خاص، گزارش گردد.

تحقیقات در بیماران افسرده مراجعه‌کننده به پزشکان عمومی نشان داده که در صورتی که علائم روانپزشکی در ابتدای مصاحبه جزء ۴ علامت اولیه توسط بیمار ابراز شود احتمال تشخیص درست اختلال افسردگی را توسط پزشک عمومی ۵ برابر بیشتر می‌کند (۳۰). پزشکان شاغل در مراکز خدمات بهداشتی اولیه بیشتر روی علائم ابراز شده (Presenting) توسط بیمار تکیه می‌کنند (۱۳) و در مواردی که بیماری جسمی همراه با اختلال افسردگی وجود نداشته باشد احتمال تشخیص افسردگی توسط پزشکان عمومی بیشتر است (۳۰). با توجه به اینکه ۲۰٪ بیماران مراجعه‌کننده به مراکز خدماتی بهداشتی اولیه دچار علائم افسردگی می‌باشند (۳۵) ارتقاء دانش بالینی تشخیصی و درمانی نسبت به اختلال افسردگی اساسی در پزشکان عمومی ضروری به نظر می‌رسد. نظر به اینکه بیماران روانی که توسط روانپزشکان درمان می‌شوند نگرش بهتری نسبت به مراقبت‌های روانپزشکی دارند تا بیماران روانی که توسط پزشکان عمومی درمان می‌شوند و با توجه به تأثیر این امر در کیفیت درمان و پذیرش درمان‌های روانپزشکی از طرف بیماران در خدمات بهداشتی اولیه (۳۲)، پژوهش‌های مداخله‌ای بعدی می‌تواند در این مسیر راهگشا باشد.

نتیجه این که رویکرد کلی نگر برای تشخیص اختلال افسردگی لازم است و پزشکان در خدمات بهداشتی اولیه لازم است در مواردی که با علائم جسمانی غیراختصاصی، دردهای عمومی و کاهش انرژی مواجهه می‌شوند،

ارجاع توسط پزشکان عمومی بوده است. دلیل این امر ممکن است این باشد که پزشکان عمومی افسردگی را در بیماران با شکایت درد تشخیص داده و شخصاً درمان می‌کنند و یا اینکه تشخیص نداده و به همین دلیل ارجاع نمی‌دهند که می‌بایست در پژوهش‌های بعدی مورد بررسی قرار گیرد.

در بیماران با شکایات جسمانی غیر از درد بیشترین ارجاع از طرف پزشکان عمومی، بعد متخصصین رشته‌های دیگر بوده و در رتبه سوم خود بیمار شخصاً مراجعه کرده است. احتمالاً چون شکایات جسمانی به جز درد در بیماران مثل احساس سبکی سر، سوزش سر، تنگی نفس، احساس مورمور شدن و داغ شدن در اکثر موارد با بیماری‌های جسمانی جدی و شایع قابل توجه نیست، بیماران بیش از آن که خود مراجعه کنند توسط پزشکان عمومی و متخصصین رشته‌های دیگر و پس از رد علل ارگانیک به روانپزشک ارجاع داده شده‌اند. ماهیت جسمانی این علائم بیماران افسرده را کمتر به وجود علل روانشناختی برای علائم و مراجعه مستقیم به روانپزشک متوجه می‌کند و این بیماران بیشتر به پزشکان دیگر مراجعه می‌کنند.

اختلال افسردگی شایع و ناتوان‌کننده است و در نیمی از مبتلایان تشخیص داده نمی‌شود (۳۰). وجود علائم جسمانی در اختلال افسردگی اساسی (۲۷،۲۸،۲۹،۴)، تأثیر وجود انگ و فاکتورهای متعدد اجتماعی و فرهنگی در جامعه در مورد مراجعه بیمار به متخصصان بهداشت روانی و گرایش به گزارش دیسترس بصورت علائم جسمانی خاص هر فرهنگ (۲۲،۲۳،۲۴،۳۱)، اکثر بیماران را در ابتدا به سمت متخصصین رشته‌های دیگر و پزشکان عمومی می‌کشاند (۶،۲۴،۲۹) و تشخیص صحیح را در این بیماران مشکل می‌کند (۱۴،۱۷).

علائم خاص جسمانی بیماران افسرده در فرهنگ‌های مختلف، متفاوت است. به عنوان مثال دیسترس شکمی، سردرد، درد گردن، در بیماران افسرده ژاپنی بیشتر از امریکا گزارش می‌شود. به همین دلیل تشخیص اختلال افسردگی اساسی در ژاپن بیشتر با مشکل روبرو بوده است

به جامعه بیشتر باشد، پیشگیری کند (۳۳). پژوهش فعلی می‌تواند راهگشای پژوهش‌های بعدی در بررسی میزان تشخیص اختلال افسردگی اساسی در بیماران مراجعه کننده به پزشکان عمومی و پژوهش‌های مداخله‌ای در بالا بردن آگاهی پزشکان نسبت به این اختلال باشد.

افسردگی را به‌طور جدی مد نظر قرار دهند. آموزش‌های منطبق با طیف کامل علائم افسردگی به همراه بالابردن نگرش و مهارت‌های مشاوره‌ای در مراقبت‌های بهداشتی اولیه کمک کننده است (۴،۷،۱۸،۲۲،۳۱). تشخیص به موقع و مناسب از اقدامات تشخیصی پرهزینه جلوگیری کرده و نیز از ناتوانی و آسیبی که می‌تواند از آسیب بیماری جسمی

Summary

The Frequency Distribution of Chief Complaints in Patients with Major Depressive Disorder Referring to Psychiatric Clinics in Kerman

Prarvaresh N., M.D.¹, Ghafarnejad AR., M.D.², Goodarzi S. Sh., M.D.³

1. Assistant Professor of Psychiatrics, School of Medicine, Kerman University of Medical Sciences and Health Services, Kerman, Iran 2. Associate professor of Psychiatrics, School of Medicine, Kerman University of Medical Sciences and Health Services, Kerman, Iran 3. Assistant Professor of Psychiatrics, Shaheed Beheshti University, Tehran, Iran

Introduction: Physical symptoms associated with depression and common psychiatric disorders sometimes lead to the misdiagnosis of depressive disorders. The aim of this study was to determine the frequency distribution of different chief complaints in patients with major depressive disorder referring to psychiatric clinics according to their demographic characteristics and source of referral.

Method: The study was done on 246 depressed patients (191 females & 55 males) visited by three psychiatrists in Kerman. Patients' chief complaints, duration of presenting symptoms, their demographic characteristics and source of referral were recorded and data were analyzed by chi-square.

Results: Pain was more prevalent in women, while somatic complaints other than pain and psychiatric complaints were more prevalent in men. Higher educational level and age were significantly associated with higher rate of presenting psychiatric complaints ($P < 0.001$, $P < 0.01$ respectively). Marital status and duration of symptoms had no significant correlation with the type of somatic complaints. In patients with psychiatric complaints sources of referral were respectively patient's own referring, general practitioners and specialists other than psychiatrists ($P < 0.001$). In patients with pain complaint sources of referral were respectively patient's own referring, specialists other than psychiatrists and general practitioners.

Conclusion: Somatic complaints are frequently present in depressed patients. Cultural differences in presenting complaints, stigma in referring to psychiatrists, general practitioners' and specialists' attitudes and knowledge toward psychiatric disorders affect appropriate and early diagnosis of major depressive disorder. Improving the knowledge of general practitioners about depressive disorders decreases mortality rate, social functioning disturbances, unnecessary expenses and the risk of unnecessary clinical procedures in these patients.

Key word: Major depressive disorder, Chief compliant, Somatic compliant, Pain, Culture

Journal of Kerman University of Medical Sciences, 2007; 13(4): 217-225

منابع

۱. باقری یزدی، عباس. بررسی همه گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی میبد یزد. فصل نامه اندیشه و رفتار، ۱۳۷۳، سال اول، شماره ۳، ص ۹-۳۲.
۲. داویدیان، هاراطون. میزان شیوع افسردگی ها در ایران. مجله نظام پزشکی، ۱۳۷۰، دوره یازدهم، شماره یک، ص ۲۳-۱۴.
۳. معتمدی، هادی و یاسمی محمدتقی: تعیین میزان شیوع اختلالات روانی در دو روستای استان کرمان. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دوره پنجم، شماره ۱، ۱۳۷۶، ص ۶-۳۱.
4. Bair MJ, Robinson RL, Eckert GJ, Stang PE, Corghan TW, Kroenke K. Impact of pain on depression treatment response in primary care. *Psychosom Med* 2004; 66(1): 17-22.
5. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch Intern Med* 2003; 163 (20): 2433-45.
6. Bao Y, Strum R, Croghan TW. A national study of the effect of chronic pain on the use of health care by depressed persons. *Psychiatr Serv* 2003; 54(5), 693-7.
7. Barkow K, Heun R, Ustun TB, Maier W. Identification of items which predict later development of depression in primary health care. *Eru Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2001; 251 suppl 2: 21-6.
8. Corruble E, Guelfi JD. Pain complaints in depressed inpatients. *Psychopathology* 2000; 33 (6): 307-9.
9. Gerber PD, Barrett JE, Barrett JA, Oxman TE, Manheimer E, Smith R, et al. The relationship of presenting physical complaints to depressive symptoms in primary care patients. *J Gen Intern Med* 1992; 7 (2): 170-3.
10. Hobbs P, Ballinger CB, Greenwood C, Martin B, McClure A. Factor analysis and validation of the general health questionnaire in men: a general practice survey. *Br J Psychiatry* 1984; 144: 270-5.
11. Hotopf M, Mayou R, Wadsworth M, Wessely S. Temporal relationships between physical symptoms and psychiatric disorder. Results from a national birth cohort. *Br J Psychiatry* 1998; 173: 255-61.
12. Katon W, Russo J. Somatic symptoms and depression. *J Fam Pract* 1989; 29(1): 65-9.
13. Kessler D, Lloyd K, Lewis G, Gray DP. Cross sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care. *BMJ* 1999; 318(7181): 436-90.
14. Kelly RH, Russo J, Katon W. Somatic complaints among pregnant women cared for in obstetrics: normal pregnancy or depressive and anxiety symptom amplification revisited? *Gen Hosp Psychiatry* 2001; 23 (3): 107-13.
15. Kirmayer LJ, Robbins JM, Dworkind M, Yaffe MJ. Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Am J Psychiatry* 1993; 150(5): 734-41.
16. Kroenke K, Jackson JL, Chamberlin J. Depressive and anxiety disorders in patients presenting with physical complaints: clinical predictors and outcome. *Am J Med* 1997; 103 (5): 339-47.
17. Mohammadi MR, Davidian H, Noorbala AA, Malekafzali H, Naghavi HR, Pouremad HR, et al. An epidemiological survey of psychiatric disorders in Iran. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2005; 26: 1-16.
18. Mumford DB, Saeed K, Ahmad I, Latif S, Mubbashar MH. Stress and psychiatric disorder in rural punjab. A community

- Survey. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 473-8.
19. Nakao M, Yano E. Reporting of somatic symptoms as a screening marker for detecting major depression in a population of Japanese white-collar workers. *J Clin Epidemiol* 2003; 56(10): 1021.
 20. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Yasamy MT, Mohammad K. Mental health survey of the adult population in Iran. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 70-3.
 21. Okulate GT, Jones OB. Two depression rating instruments in Nigerian patients. *Niger postgrad Med J* 2002; 9 (2): 74-8.
 22. Okulate GT, Olayinka MO Jones OB. Somatic symptoms in depression: evaluation of their diagnostic weight in an African setting. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 422-7.
 23. Raguram R, Weiss MG, Channabasavana SM, Devins GM. Stigma, depression and somatization in South India. *Am J Psychiatry* 1996; 153(8): 1043-9.
 24. Sadock BJ. Synopsis of psychiatry. 9th edition, chapter 1, chapter 15 2003; p542-555.
 25. Schulberg HC, McClelland M. A conceptual model for educating primary care providers in the diagnosis and treatment of depression. *Gen Hosp Psychiatry* 1987; 9 (1): 1-10.
 26. Silverstein B. Gender difference in the prevalence of clinical depression: the role played by depression associated with somatic symptoms. *Am J Psychiatry* 1999; 156(3): 480-482.
 27. Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med* 1999; 341 (18): 1329-35.
 28. Smith GR. The epidemiology and treatment of depression when it coexists with somatoform disorders, somatization or pain. *Gen Hosp Psychiatry* 1992; 14 (4): 265-72.
 29. Stewart DE. Physical symptoms of depression: unmet needs in special population. *J Clin Psychiatry* 2003; 64 suppl 7: 12-6.
 30. Tylee A, Freeling P, Kerry S, Burns T. How dose the content of consultations affect the recognition by general practitioners of major depression in women? *Br J Gen Pract* 1995; 45 (400): 575-8.
 31. Tylee A, Gandhi P. The importance of somatic symptoms in depression in primary care. *Prime Care Companion J Clin Psychiatry* 2005; 7 (4): 167-76.
 32. Van Voorhees BW, Cooper LA, Rost KM, Nutting , Rubenstein LV, Meredith L, et al. Primary care patients with depression are less accepting of treatment than those seen by mental health specialists. *J Gen Intern Med*, 2003; 18 (12): 991-1000.
 33. Waza K, Graham AV, Zyzanski SJ, Inoue K. Comparison of symptoms in Japanese and American depressed primary care patients. *Fam Pract* 1999; 16(5): 528-33.
 34. World health organization (WHO). The introduction of a mental health component into primary health care, Geneva, WHO 1990.
 35. Zung WW, Broadhead WE, Roth ME. Prevalence of depressive symptoms in primary care. *J Fam Pract* 1993; 37 (4): 337-44.