

بررسی شیوع علایم افسردگی و عوامل مرتبط با آن

به دنبال اولین سکت قلبی

دکتر سید ممزه مسینی^{۱*}، دکتر ساسان طبیبیان^۲، دکتر علی ثمربفش^۳

چکیده

سابقه و هدف: شیوع بالای سکت قلبی و پایین آمدن سن بروز آن لزوم بررسی و شناسایی عوارض و عوامل افزایش دهنده مرگ و میر به دنبال سکت قلبی را نشان می‌دهد. از جمله این عوارض افسردگی به دنبال سکت قلبی است که مستقل از سایر عوامل خطرزا و شدت بیماری عروق کرونری موجب افزایش ناتوانی و مرگ و میر می‌شود. لذا به منظور تعیین شیوع علایم افسردگی و عوامل مرتبط با آن، این تحقیق در بیمارانی که برای اولین بار دچار سکت قلبی شده‌اند انجام گرفته است.

مواد و روش‌ها: تحقیق بر روی ۱۵ بیمار دچار سکت قلبی بار اول، ۴۸ ساعت پس از وقوع آن انجام شده است. پرسشنامه افسردگی بک در روزهای دوم و ششم پس از حمله قلبی تکمیل شد. بیمارانی که سابقه بیماری روانپزشکی در خود یا خانواده‌شان و سابقه بیماری شدید جسمی داشته‌اند، از مطالعه خارج شدند. عوامل مرتبط شامل سن، جنس، نوع سکت و موج Q در الکتروکاردیوگرام بیماران بوده است. داده‌های پژوهش به کمک آزمون مجذور کای مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: در این پژوهش شیوع علایم افسردگی در ۴۸ ساعت بعد از سکت ۶۰/۷ درصد بوده است که ۲۲/۷ درصد خفیف، ۲۶ درصد متوسط و ۱۲ درصد شدید بوده است. این میزان ۶ روز بعد از سکت قلبی ۷۲ درصد بود که ۲۲ درصد خفیف و ۳۲ درصد متوسط و ۱۸ درصد شدید بوده است. شدت اولیه و تداوم آن در روز ششم در زنان بیشتر از مردان بود ($p < 0.02$).

نتیجه‌گیری: شیوع بالای علایم افسردگی بعد از سکت قلبی لزوم بررسی و تأثیر مشاوره همزمان روانپزشکی را توجیه می‌کند.

واژگان کلیدی: افسردگی، سکت قلبی، شیوع، مرگ و میر، ناتوانی، بیماریهای عروق کرونری

مقدمه

دیگر عوامل مساعد کننده زمینه‌ای از قبیل وارثت و محیط زندگی به عنوان مولد افسردگی عمل می‌کنند. از میان حوادث زندگی می‌توان به مرگ و میر والدین یا فرزندان، جدایی از همسر، حوادث طبیعی و بیماریهای تهدید کننده حیات اشاره کرد (۲). با توجه به این مطلب که سکت قلبی یکی از بیماریهای تهدید کننده حیات است، می‌توان انتظار داشت که نقش تنش‌زایی جهت ایجاد افسردگی داشته باشد. سکت قلبی علاوه بر این، به علت محدود کردن فعالیت جسمانی فرد مبتلا به صورت ثانویه موجب بروز خلق افسرده می‌شود. شیوع علایم افسردگی در بیماری عروق کرونری ۴۸/۴ درصد (۳) و حمله حاد سکت قلبی ۵۲/۶ درصد گزارش شده

افسردگی در بیماران مبتلا به بیماریهای جسمی شایع است و اغلب به دلیل عدم تشخیص بموقع منجر به پیچیدگی تشخیص و درمان می‌شود (۱). افسردگی ممکن است موجب تشدید ناتوانی ناشی از بیماریهای جسمی، افزایش درد و کاهش پذیرش درمانی شود و پیش آگهی بیماری را تحت تأثیر قرار دهد. بیماری جسمی نیز متقابلاً می‌تواند درمان مورد نیاز برای افسردگی را محدود کند و موجب تشدید و بدتر شدن پیش آگهی افسردگی شود (۱). جدیدترین فرضیه سبب شناختی افسردگی الگوی « راه نهایی مشترک » است (۲). اساس این فرضیه بر وجود یک عامل تنش‌زا در زندگی است. حوادث با نقش تنش‌زایی که دارند که در کنار

۱. * نویسنده مسؤول: استادیار، گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران. آدرس برای مکاتبه: کیلومتر ۵ جاده ساری نکا، دانشگاه

علوم پزشکی مازندران، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری E-mail: hamze_hoseini@yahoo.com

۲. استادیار، گروه قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

۳. پزشک عمومی

یکبار در ۴۸ ساعت اول پس از سکتۀ قلبی در CCU مورد مصاحبه و ارزیابی قرار گرفتند و سپس در روز ششم در بخش قلب و عروق مصاحبه مجدداً تکرار می‌شد. در مورد شدت افسردگی چهار حالت محاسباتی وجود داشت: ۱- طبیعی (امتیاز ۰-۱۰)، ۲- خفیف (امتیاز ۱۱-۱۸)، ۳- متوسط (امتیاز ۱۹-۲۵) و ۴- شدید (امتیاز ۲۶-۳۵). داده‌ها با استفاده از روش آماری توصیفی و آزمون مجذور کای ارزیابی شدند (۸).

یافته‌ها

تحقیق بر روی ۱۵۰ بیمار طی دو مرحله توسط پرسشنامه بک انجام شد. از میان این بیماران، ۱۰۷ نفر مرد (۷۱٪) و ۴۳ نفر زن (۲۹٪) بودند. میانگین سنی مردان ۵۷/۶ سال و میانگین سنی زنان ۵۸/۸ سال و میانگین سنی هر دو جنس ۵۷/۹ سال بوده است. نتایج به دست آمده از شدت افسردگی در بررسی بیماران طی ۴۸ ساعت اول پس از سکتۀ قلبی به تفکیک جنس در جدول ۱ آورده شده است. این جدول نشان می‌دهد بیمارانی که افسردگی شدید داشتند ۷۲/۲ درصد مرد و آنهایی که افسردگی نداشتند ۸۳/۱ درصد موارد مرد بودند. بر عکس آنهایی که افسردگی شدید داشتند ۲۷/۸ درصد زن و آنهایی که افسردگی نداشتند ۱۶/۹ درصد زن بودند. با توجه به آزمون مجذور کای بین افسردگی و جنسیت ارتباط معنی‌داری به دست آمد ($p=0/02$). یعنی شدت افسردگی در ۴۸ ساعت بعد از اولین سکتۀ قلبی در زنان بیشتر از مردان است.

جدول ۱- توزیع مبتلایان به سکتۀ قلبی بر حسب شدت افسردگی و به

تفکیک جنس در ۴۸ ساعت اول

شدت افسردگی	طبیعی	خفیف	متوسط	شدید	جمع
جنس	(%) تعداد	(%) تعداد	(%) تعداد	(%) تعداد	
مرد	۴۹(۸۳/۱)	۱۸(۵۲/۹)	۲۷(۶۹/۲)	۱۳(۷۲/۲)	۱۰۷
زن	۱۰(۱۶/۹)	۱۶(۴۷/۱)	۱۲(۳۰/۷)	۵(۲۷/۸)	۴۳
جمع	۵۹(۱۰۰)	۳۴(۱۰۰)	۳۹(۱۰۰)	۱۸(۱۰۰)	۱۵۰

نتایج به دست آمده در بررسی بیماران در طی روز ششم در بخش قلب و عروق به تفکیک جنس در جدول ۲ آورده شده است. با توجه به آزمون مجذور کای بین افسردگی و جنسیت ارتباط معنی وجود دارد ($p<0/01$). یعنی شدت افسردگی شش روز پس از

است (۴). در مطالعه دیگر در فاصله ۱۵-۲ روز بعد از حمله حاد سکتۀ قلبی ۳۱ درصد اشاره شده است (۵).

با توجه به شیوع فراوان سکتۀ قلبی و پایین آمدن سن بروز آن، و این که اکثر مبتلایان از قشر درآمد زای جامعه هستند، بررسی علت افسردگی به دنبال سکتۀ قلبی که موجب کاهش کارایی و عملکرد بیماران و احياناً در موارد پیشرفته تبدیل آن به افسردگی اساسی می‌شود ضرورت پیدا می‌کند (۶). ضمن این که درمان افسردگی به دنبال سکتۀ قلبی نقش بسیار مهمی در تسریع روند بهبود بیمار خواهد داشت و پیش آگهی بیماری و کیفیت زندگی را بسیار بهبود خواهد بخشید. از طرفی افسردگی پس از سکتۀ قلبی، احتمال وقوع مجدد سکتۀ قلبی را نیز افزایش می‌دهد (۷). هدف از انجام این تحقیق تعیین میزان شیوع علائم افسردگی در پی سکتۀ قلبی در مراجعین به بیمارستان امام خمینی ساری و رازی قائم شهر بود. چون تاکنون مطالعه‌ای تحت عنوان میزان علائم افسردگی در اولین سکتۀ قلبی صورت نگرفته بود و از طرفی اطلاع از شیوع علائم افسردگی در اولین سکتۀ قلبی موجب شناخت بیشتر این علائم در این بیماران و نهایتاً پیشگیری از تشدید علائم و وقوع مجدد سکتۀ قلبی و افزایش پذیرش بیماران برای درمان می‌شود، انگیزه‌های مطالعه محقق شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به روش توصیفی انجام گرفت. جمعیت تحت بررسی، بیمارانی بودند که تشخیص سکتۀ قلبی و علائم زیر را داشتند: حداقل دو علامت از درد قفسه سینه تپیک که حداقل ۲۰ دقیقه طول کشیده باشد، وجود موج Q پاتولوژیک جدید در ECG، اوج کراتین فسفوکیناز ۱/۵ برابر سطح طبیعی (۵)، بستری در بخش CCU.

شرط انتخاب بیماران نداشتن سابقه بیماری شدید جسمی، عدم وجود سابقه سکتۀ قلبی، نداشتن سابقه افسردگی در بیمار و خانواده درجه اول بوده است. بر این اساس ۱۵۰ بیماری که به طور مستمر مراجعه کرده بودند مورد ارزیابی قرار گرفتند.

برای اندازه‌گیری شدت افسردگی از پرسشنامه افسردگی بک استفاده شد. مبنای این آزمون فرضیه شناختی است و سؤالات مطرح شده بر مبنای درک از وضعیت زندگی شخصی و تأثیر عوامل محیطی است. این پرسشنامه ۲۱ سؤال دارد و هر بخش از چهار گزینه تشکیل شده که از ۰-۳ امتیاز بندی شده است. بیماران

($P < 0/01$). رابطه معنی‌داری بین محل گرفتاری عضلات قلبی به دنبال سکته و شدت افسردگی به دست نیامد.

بحث

بر اساس این مطالعه بیش از نصف بیماران دچار سکته قلبی بار اول علائم افسردگی داشتند که مشابه نتایج لسپرنس و همکاران بوده است (۴). در مطالعه اخیر افسردگی در زنان و مجردها و سواد پایین بیشتر بوده و ارتباطی بین موج Q و سن با افسردگی وجود نداشته است. در مطالعه انجام شده رابطه بین سن و جنس و موج Q با شدت افسردگی معنی‌دار بوده است که به نظر می‌رسد دلیل آن مطالعه اندک در مورد موج Q و افسردگی بوده است و برای تعیین رابطه نیاز به مطالعات بیشتر و به شیوه مورد - شاهدی وجود دارد. مطالعات متعدد دیگر (۵) (۱۳-۱۱) شیوع افسردگی را ۱۳-۳۲ درصد نشان داده‌اند. این تفاوت می‌تواند ناشی از بررسی افسردگی در اولین بار سکته قلبی باشد که فرد مسأله‌ای هیجانی و مخاطره آمیزه را برای اولین تجربه می‌کند در حالی که مطالعات قبلی بدون در نظر گرفتن دفعات سکته انجام شده است. در مطالعه دیگر شیوع افسردگی حدود ۱۷/۵ درصد بود که از زمان بستری در واحد مراقبت‌های ویژه (CCU) انجام شده که با نتایج مطالعه حاضر تفاوت زیادی دارد. بغیر از طراحی مطالعه که در مقایسه با مطالعات دیگر ذکر شده آزمون استفاده جهت جمع‌آوری داده‌ها به صورت گزارش توسط بیمار به نام پرسشنامه افسردگی - بیمارستان (HAD) بوده و با آزمون بک افسردگی کاملاً متفاوت است که می‌تواند یکی از دلایل تفاوت آماری باشد (۱۴).

علائم افسردگی همراه با ایسکمی قلبی نقش منفی در پیش آگهی دستگاه قلبی - عروقی دارد و ناتوانی و مرگ و میر را در ۱۸ ماه اول بعد از سکته قلبی چهار تا ۹ برابر افزایش می‌دهد. بنابراین افسردگی بعد از سکته قلبی همانند عامل ثابت شده‌ای مثل هیپرکلسترولمی در پیش آگهی نقش دارد (۹). شیوع افسردگی همزمان با سکته قلبی ۱۳-۲۰ درصد (۱۱ و ۱۰) است و تا یک سال بعد از سکته قلبی به ۳۰-۲۰ درصد افزایش می‌یابد.

پژوهش دیگری نیز با عنوان تأثیر وضعیت خلقی، اضطراب و سازگاری فرد در واکنش به MI توسط گروه تحقیقات مرکز پزشکی اورسان در ۱۹۹۹ انجام شد. در این تحقیق ۳۷۷ مرد پس از سکته قلبی مورد بررسی گرفتند. این بیماران با میانگین سنی ۵۳ سال، ۱۰ روز پس از وقوع سکته قلبی توسط آزمون مصاحبه تشخیصی مورد ارزیابی و مصاحبه قرار گرفتند. شیوع افسردگی

وقوع اولین سکته قلبی در زنان بیشتر از مردان بوده است. در ضمن مقایسه شدت افسردگی در دوره زمانی ۴ روزه میان مصاحبه اول و دوم تفاوت معنی‌دار بین این دو به دست نیامد.

جدول ۲- توزیع مبتلایان به سکته قلبی بر حسب شدت افسردگی به

شدت افسردگی	تفکیک جنس در ۶ روز پس از سکته		جمع
	مرد تعداد (%)	زن تعداد (%)	
طبیعی	۳۴ (۸۷/۲)	۵ (۱۲/۸)	۳۹ (۱۰۰)
خفیف	۲۸ (۷۷/۸)	۸ (۲۲/۲)	۳۶ (۱۰۰)
متوسط	۲۹ (۶۰/۴)	۱۹ (۳۹/۶)	۴۸ (۱۰۰)
شدید	۱۶ (۵۹/۳)	۱۱ (۴۰/۷)	۲۷ (۱۰۰)
جمع	۱۰۷	۴۳	۱۵۰

جدول ۳- توزیع مبتلایان به اولین سکته قلبی بر حسب شدت

شدت افسردگی	افسردگی و به تفکیک نوع سکته				
	طبیعی تعداد (%)	خفیف تعداد (%)	متوسط تعداد (%)	شدید تعداد (%)	جمع
قدامی	۸	۳۰	۱۲	۶	۵۵
	(۱۶/۷)	(۵۸/۸)	(۳۷/۵)	(۳۳/۳)	۳۶ (۷)
تحتانی	۱۸	۹	۹	۷	۴۴
	(۳۷/۵)	(۱۷/۶)	(۲۸/۱)	(۳۸/۹)	۲۹ (۳)
خلفی	۱۰	۶	۵	۳	۲۴
	(۲۰/۸)	(۱۱/۸)	(۱۵/۶)	(۱۶/۷)	۱۶
قدامی- دیواری	۱۲	۶	۷	۲	۲۷
	(۲۵)	(۱۱/۸)	(۲۱/۸)	(۱۱/۱)	۱۸
جمع	۴۸	۵۱	۳۲	۱۸	۱۵۰
	(۱۰)				(۱۰۰)

متغیر محاسبه شده بعدی، وجود تغییرات ECG و تعیین ارتباط آن با شدت افسردگی بود. در ۱۵۰ نفری که دچار سکته قلبی فاقد موج Q پاتولوژیک (NQWMI) بودند، بین شدت افسردگی و وجود موج Q در ECG آنها رابطه معنی‌داری وجود داشته است

شدید ۱۳/۳ درصد گزارش شد که مشابه فراوانی افسردگی در
 روزهای اول سکتة قلبی با سه ماه بعد و یک سال بعد تفاوت
 معنی‌داری نداشت (۱۱). ضرورت انجام مشاوره روانپزشکی
 می‌تواند زمینه پژوهش‌های آتی باشد.

REFERENCES

- Constans J, Mathew A, Brant PJ. Attentional reactions to MI: the impact of mood state, worry, and style. *Journal of Psychosomatic Research* 1999; 46(5): 415-23.
- لیندزی اس جی ای، پاول جی ای. روان‌شناسی بالینی بزرگسالان، ترجمه محمدرضا نایینیان، تهران درج، ۱۳۷۸.
- Weyers J, Colquhoun D, Stewart R. Prevalence of depression in patients with coronary heart disease on cholesterol lowering therapy with paravastatin. XII International symposium on Atherosclerosis, Stockholm, Sweden, Jun 2000; 25-9.
- Lesperance F, Frasur-Smith N, Talajic M. Five-year risk of cardiac mortality in relation to initial severity and one year changes in depression symptoms after myocardial infarction. *Circulation* 2002; 105: 1049-53.
- Lane D, Carroll D, Ring C. Mortality and quality of life 12 months after myocardial infarction: effect of depression and anxiety. *Psychosomatic medicine*; 2001; 63: 221-23.
- Braunwald E. *Heart Disease*; WB. Saunders Co. USA; 1997.
- Cleophas T J. Depression and myocardial infarction: implication for medical prognosis and options for treatment, *Netherland journal of medicine* 1998; 52(2): 82-9.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression, *Arch-gen psychiatry* 1961; 4: 561-71.
- Bush DE, Zigestein RC. Even minimal symptoms of depression increase cardiac mortality risk after acute myocardial infarction. *Am J cardio* 2001; 88: 337-41.
- Frasur-smith N, Lesperanc F, Talajic M. Depression following myocardial infarction Impact on 6 months survival, *JAMA* 1993; 270: 1819-25.
- Frasur-smith N, Lesperanc F, Talajic M. Depression and 18-months prognosis after myocardia I infarction. *Circulation* 1995; 91: 999-1005.
- Frasur-smith N, Lesperanc F, Talajic M. Depression and mortality during the first year after myocardial infarction, *circulation* 2000; 101: 1919-24.
- Gregory L, Susan S, William L. Potentia intervention for depression associated with increased mortality risk in patients After myocardial infarction, *Am J cardio* 2002; 89: 112-13.
- Moyou RA, Gill D, Thompson DR. Depression and anxiety as predictors of outcome after myocardial infarction. *psychosomatic medicine* 2000; 62: 212-19.