

## شیوع افسردگی در مبتلایان به سکته قلبی

دکتر محمدجعفر مدبرنیا\* - دکتر عبدالرسول سبحانی\*\* - دکتر علی نصیری راد\*\*\* - دکتر سعید کیاکجوری\*\*\*

\* استادیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

\*\* دانشیار گروه فارماکولوژی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

\*\*\* دستیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

### چکیده

بیماری افسردگی چهارمین مشکل فراگیر بهداشتی اعلام شده از طرف سازمان بهداشت جهانی است. شدت ناتوان کنندگی آن قابل مقایسه با هشت بیماری عمده طبی مزمن می باشد. پی آمد وجود این بیماری در مبتلایان به سکته قلبی، وخیم تر شدن حالت جسمی و روحی آنهاست. هدف این پژوهش تعیین شیوع افسردگی در مبتلایان به سکته قلبی بود. این مطالعه مقطعی و آزمودنیهای آن را همه ۲۳۴ بیمار مبتلا به سکته قلبی که طی سه ماه از اسفند ۷۹ لغایت اردیبهشت ۸۰ در بیمارستان حشمت رشت بستری بودند، شامل می شدند. با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک، بیماریارانی که بیش از ده امتیاز کسب می کردند از نظر انواع افسردگی مورد ارزیابی بالینی بایه سره گیری از DSM-IV قرار گرفتند و متغیرهای جنس و سن، شغل، محل زندگی، تحصیلات و وضعیت تاهل نمونه هامورد بررسی قرار گرفت و تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار Spss آزمون آماری خی دو انجام شد. از ۲۳۴ بیمار مبتلا به سکته قلبی ۱۳۷ نفر (۵۸/۵٪) مذکر و ۹۷ نفر (۴۱/۵٪) مونث بودند و ۱۲۳ نفر (۵۲/۶٪) آنها، افسردگی داشتند. در میان مبتلایان به افسردگی، افسردگی اساسی با تعداد ۵۱ نفر (۲۱/۸٪) بیشترین فراوانی را بخود اختصاص داده بود. پس از آن به ترتیب افسردگی جزئی، کج خلقی، افسردگی زود گذر عود کننده قرار داشتند. از میان عوامل زمینه ای، ارتباط سن، جنس، محل سکونت و وضعیت تاهل با افسردگی معنی دار نبود ولی در مورد شغل و میزان تحصیلات این ارتباط معنی دار بود ( $p < 0.05$ ). نتایج این مطالعه نشان داد که افسردگی در مبتلایان به سکته قلبی بستری در بیمارستان شایع بوده لازمست به موقع شناخته و درمان شود.

کلیدواژه ها: افسردگی / سکته قلبی

### مقدمه

در صد و برای خانمها ۶ درصد می باشد (۱)، سن شروع در اکثر مبتلایان ۵۰-۲۰ سال است و سن متوسط آنها ۴۰ سال می باشد و در جوامع روستائی و افراد غیرمتاهل بیشتر دیده می شود (۲). مبتلایان به این بیماری در عرصه های درون و برون روانی دچار اختلال روانی می شوند که پی آمد آن بی میلی آنها نسبت به زندگی، لذت نبردن از آن در پاره ای موارد افکار و اقدام به خودکشی و کم توانی یا ناتوانی در انجام کارهای اجتماعی و شخصی است. شدت ناتوانی از افسردگی و ازمان ناشی از آن بگونه ای است که قابل قیاس با بیش از ۸ بیماری عمده طبی مزمن

بیماریهای خلقی، از بیماریهای قدیمی و شایع انسانی هستند. از انواع این بیماری افسردگی چهارمین مشکل فراگیر بهداشتی اعلام شده از طرف سازمان بهداشت جهانی می باشد (۱). از انواع افسردگی، افسردگی اساسی به لحاظ شیوع نسبتا بالا و ویژگی ناتوان کننده اش جایگاه خاصی دارد. در جمعیت عمومی، افراد در طول عمر خود ۲۵-۱۵ درصدشانس ابتلا به آن را دارند و در سطح مراقبتهای اولیه، علت ۱۵-۱۰ درصد مراجعات افسردگی اساسی است (۲). میزان شیوع جاری این بیماری در جمعیت عمومی برای آقایان ۴/۷

می‌باشد (۳). بیماریهای قلبی و عروقی شایع ترین عامل مرگ در کشورهای صنعتی است و ۱/۳ افراد بالای ۳۵ سال از بیماریهای قلبی بویژه درگیری عروق کرونر می‌میرند (۴). در اغلب مبتلایان به بیماریهای قلبی و عروقی، بیماریهای روانی، بشکل بیماری همراه یا عارضه بیماری قلبی دیده می‌شود. افسردگی، اضطراب - دلیریوم، اختلالات شناختی از مشکلات شایع در این بیماران می‌باشند (۵). بی‌تردید وجود هر یک از این بیماریها با سکنه قلبی در یک فرد سبب و خامت بیشتر وضعیت جسمی و روانی او می‌شود که تبعات آن ناتوانی در همه عرصه‌های زیستی، روانی، اجتماعی است. در شیوع افسردگی در مبتلایان به سکنه قلبی بررسی‌هایی صورت گرفته است که نتایج آن در مطالعه‌های مختلف ۲۰٪ (۶)، ۶٪ (۷)، ۱۲٪ (۸) بوده است. وجود اختلاف قابل ملاحظه در بررسی‌های مختلف و تعداد زیاد مشاوره در خواستی توسط متخصصین قلب و عروق در مورد مشکلات روانی بیماران قلبی و تشخیص افسردگی در اغلب آنها و بالاخره عوارض جدی ناشی از وجود این دو بیماری در یک فرد همراه با کاستی‌های روانپزشکی کشور ما و به تبع آن شناخت نا کافی از شیوع افسردگی در بیماران قلبی، انگیزه ای برای دست یابی روشن به شیوع افسردگی در بیماران قلبی شد تا بدانیم شیوع افسردگی در بیماران مبتلا به سکنه قلبی بستری چه مقدار است. شاید که از نتایج آن دیگران برای بررسی روابط پیچیده تر این دو پدیده و سیاست‌گذاران بهداشتی به منظور کاهش در عوارض ناشی از آن و متخصصین قلب و عروق جهت

شناخت به موقع آن بهره ای مناسب گیرند.

### مواد و روش‌ها

بررسی حاضر مقطعی بوده و جامعه مورد بررسی ما را ۲۳۴ نفر از بیمارانی که در طی ۳ ماه از ۱۳۷۹/۱۲/۱ لغایت ۱۳۸۰/۲/۳۱ در بیمارستان دکتر حشمت رشت و بر اساس علائم بالینی، یافته‌های ECG و افزایش آنزیم‌های قلبی با تشخیص سکنه قلبی بستری شده بودند، تشکیل می‌دادند. بعد از اینکه دلیل انجام پژوهش توسط مجریان طرح که دستیاران روانپزشکی بودند برای بیماران توضیح داده می‌شد، در صورت تمایل و توانائی پاسخدهی به سئوالات، پس از اخذ رضایت نامه آگاهانه وارد مطالعه ما می‌شدند. برای سازگاری با بیمارستان بیماران می‌بایست حداقل سه روز در آنجا بستری می‌شدند. افرادی که کمتر از ۳ روز در بیمارستان بستری بودند (michael) (۹) و آنهایی که قادر به مصاحبه به دلیل مشکلات جسمی نبودند از مطالعه حذف می‌شدند که مجموعاً تعداد آنها ۱۵ نفر بوده از متغیرهای مورد بررسی افسردگی، جنس، محل سکونت، شغل از مقیاس اسمی کیفی و متغیر سن و سطح سواد از مقیاس نسبتی کمی بودند. برای جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه ای که اطلاعات زمینه‌ای بیماران شرکت کننده در پژوهش در آن درج می‌گردید، استفاده می‌شد و سپس آزمون افسردگی بک در اختیار آنان گذاشته و در خواست می‌شد که در طی ده دقیقه به سئوالات پاسخ دهند. در افراد بیسواد متن پرسشنامه توسط مجریان طرح برای بیمار خوانده و پاسخنامه پر می‌شد. در صورت کسب نمره بالاتر از ده، بیمار

روستائی بیشتر بود ولی ارتباط آن دو معنی دار نبود. ابتلا به افسردگی در گروهی که بیوه بودند بیشتر دیده شد ولی ارتباط آن دو معنی دار نبود. افسردگی در کشاورزان بیسوادان بیشتر دیده شد و رابطه شغل و تحصیلات با افسردگی معنی دار بود ( $p < 0/05$ ) جدول (۱).

### بحث و نتیجه گیری

هدف این بررسی شیوع انواع افسردگی در مبتلایان به سکنه قلبی بستری در بیمارستان دکتر حشمت رشت بود. در مطالعه ما شیوع انواع اختلالات افسردگی ۵۲/۶٪ بود که این میزان در مطالعات Cassem H و همکاران (۱۰)، Cayel و همکاران (۱۱) تا ۶۵٪ گزارش شده است. در مطالعه ما شیوع افسردگی اساسی ۲۱/۸ درصد و در بررسی های اشلیفر و همکاران (۱۲)،

Forrester (۱۳)، Gonjales، (۱۴)، Smith.Frasur

(۱۲) و همکاران به ترتیب ۱۸، ۱۶، ۱۹ و ۲۳

درصد گزارش شده است. بنظر می رسد علت

اختلافات فوق، تفاوتیهای موجود در جامعه

مورد مطالعه ما و جوامع دیگر باشد که از جمله

آنها می توان به این موارد اشاره کرد: نمونه های

مورد بررسی در مطالعات دیگر، ابزارهای متفاوت

تشخیص و بررسی و بالاخره مراحل بررسی

«دیگران تک مرحله ای و ما از بررسی دو

مرحله ای سود جستیم»، می باشد. شیوع انواع

دیگر افسردگی در مطالعه ما ۳۱/۲٪ بود که با نتایج

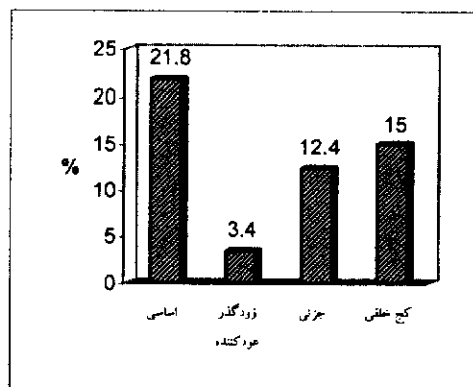
۲۰-۳۰ درصد که توسط chleifer و همکاران (۱۴)

بدست آمده کمی متفاوت است.

توسط مجریان طرح مورد معاینه روانی براساس DSMIV قرار می گرفت تا بیماری افسردگی و انواع آن مشخص شود. از برنامه نرم افزاری spss برای تجزیه و تحلیل داده های پژوهش بدست آمده از آزمون خی دو برای مشخص کردن ارتباط معنی دار بعضی از متغیرها در سطح  $p < 0/05$  با اطمینان ۹۵٪ استفاده شد.

### نتایج

از تعداد ۲۳۴ نفر مورد بررسی ۳۷ نفر (۵۸/۵٪) مرد و ۹۷ نفر (۴۱/۵٪) زن بودند. از این اعداد ۱۲۳ نفر (۵۲/۶٪) مبتلا به انواع افسردگی بودند که افسردگی اساسی با تعداد ۵۱ نفر (۲۱/۸٪) بیشترین تعداد را تشکیل می داد و پس از آن کج خلقی، افسردگی جزئی و افسردگی عودکننده گذرا دیده می شدند. (نمودار ۱).



نمودار ۱: فراوانی انواع افسردگی در بیماران مبتلا به سکنه قلبی بستری در بیمارستان دکتر حشمت رشت سال (۱۳۷۹).

شیوع افسردگی در زنان ۲۴/۸٪ و در مردان ۲۷/۸٪ بود و ارتباط بین جنس با افسردگی معنی دار نبود. در بررسی ما شانس ابتلا به افسردگی در گروه سنی ۶۵-۴۰ سال، نسبت به سایر گروههای سنی بیشتر بود. بین سن و افسردگی ارتباط معنی دار نبود، ابتلا به افسردگی در افراد

جدول ۱: انواع افسردگی به تفکیک برخی از متغیرهای دموگرافیک

P	عودکننده (درصد) تعداد	جزئی (درصد) تعداد	کج خلقی (درصد) تعداد	اساسی (درصد) تعداد	انواع افسردگی	
					متغیرها	
۰/۲	۲(۰/۹)	۱۴(۶)	۱۹(۸/۱)	۲۳(۹/۸)	زن	جنس
	۶(۲/۶)	۱۵(۶/۴)	۱۶(۶/۸)	۲۸(۱۲)	مرد	
۰/۱۸	-	۳(۱/۳)	۱(۰/۴)	۲(۰/۹)	۲۰-۳۹	گروه سنی (سال)
	۷(۳)	۱۷(۷/۳)	۱۶(۶/۸)	۲۶(۱۱/۱)	۴۰-۶۵	
	۱(۰/۴)	۹(۳/۸)	۱۸(۷/۷)	۲۳(۹/۸)	>۶۵	
۰/۳۱	۴(۱/۷)	۱۳(۵/۶)	۱۵(۶/۴)	۱۷(۷/۳)	شهری	محل زندگی
	۴(۱/۷)	۱۶(۶/۸)	۲۰(۸/۵)	۳۴(۱۴/۵)	روستائی	
۰/۱۲	-	۲۴(۱۰/۳)	-	۲(۰/۹)	مجرد	وضعیت تاهل
	۸(۳/۴)	۵(۲/۱)	۲۵(۱۰/۷)	۳۹(۱۶/۷)	متاهل	
	-	-	۹(۳/۸)	۱۰(۴/۳)	بیوه	
	-	-	۱(۰/۴)	-	مطلقه	
۰/۰۵	۶(۲/۶)	۲۱(۹)	۳۱(۱۳/۲)	۴۱(۱۷/۵)	بیسواد	سطح سواد
	۲(۰/۵)	۵(۲/۱)	۳(۱/۳)	۴(۱/۷)	ابتدائی	
	-	۳(۱/۳)	-	۶(۳/۶)۷	متوسطه	
	-	-	۱(۰/۴)	-	عالی	

این ارتباط دیده نشد(۴). گمان ما اینست که بیماران ما بدلیل بستری شدن در بیمارستان دولتی غالباً کم سواد و از اقشار پایین جامعه بودند و باتشکیل گروه فرعی خود را از جمعیت عمومی که گزارش های قبلی متغیرهای زمینه ای آنها را منعکس می کند، متمایز می نمایند. علیرغم کاستی هایی که این طرح، در جمعیت مورد مطالعه و روش تحقیق داشت که مانع تعمیم نتایج بدست آمده در کل مبتلایان به سکت قلبی می شود، معیناً از نتایج بدست آمده می توان در جهت لزوم شناخت به موقع افسردگی در مبتلایان به سکت قلبی، لزوم ایجاد امکانات پیشگیری و درمانی مناسب برای آنها و بالاخره برای بررسی های تحلیلی بعدی در جهت شناخت پیچیده تر ارتباط بین افسردگی و سکت قلبی استفاده نمود. در نهایت می توان گفت

احتمالاً دلیل تفاوت فوق این است که در مطالعه ما انواع افسردگی شامل افسردگی جزئی و کج خلقی و زودگذر عودکننده بود. ولی در مطالعه مذکور، انواع دیگر فقط افسردگی جزئی و کج خلقی رادبرمی گرفت. در مورد متغیرهای زمینه ای جنس، سن، محل سکونت، تاهل، فراوانی یافته های ما تقریباً مطابق با یافته های موجود در گزارش های قبلی است(۴)، ولی ارتباط معنی داری بین آنها با افسردگی دیده نشد، درحالیکه در گزارش های قبلی ارتباط معنی دار آماری بین جنس بیمار مبتلا به سکت قلبی و افسردگی وجود داشته است(۴). در مورد متغیرهایی مثل شغل و سطح تحصیل، داده های بدست آمده نشان می داد که بی سواد و بیکاری ارتباط معنی داری با افسردگی دارند. در گزارشات قبلی

آمارى با شغل و وضعیت کارى بیماران دیده می‌شود. علی‌رغم محدودیت‌هایی که این پژوهش در تعمیم نتایج خود دارد.

افسردگی در بیماران مبتلا به سکته قلبی که در بیمارستان دکتر حشمت رشت بستری شده‌اند با شیوع قابل توجهی وجود دارد و ارتباط معنی‌دار

## منابع

1. Akiskal HS. Mood Disorders. In: Sadock AM, Kaplan HI. Comprehensive Textbook Of psychiatry. Baltimore: Williams and Wilkins, 2000: 1284.
2. Sadock A M, Kaplan H I. Synopsis of Psychiatry. Baltimore: Williams and Wilkins, 1998: 525.
3. Blazer DG. Mood Disorders Epidemiology. In: Sadock AM, Kaplan H I. Comprehensive Textbook Of psychiatry. Baltimore: Williams and Wilkins, 2000: 1307.
4. Stoudemire A, McDaniel J. History, Classification ,and Current Trends in Psychosomatic Medicine. In: Sadock AM, Kaplan HI. Comprehensive Textbook Of psychiatry. Baltimore: Williams and Wilkins, 2000: 1770.
5. Frasure SN, Lesperanc F, Talajic M. Major Depression before and after Myocardial Infarction: It's Nature and Consequence. Psychosom Med 1996; 58 (2): 99-110.
6. Carney RM, Freedland KE , Veith R , Gajje AS. Can Treating Depression Reduce Mortality after an Acute Myocardial Infarction. Psychosom Med 1999; 61 (5) : 666 - 75.
7. Glassman Ah , Shapiro PH. Depression and the Course of Coronary Artery Disease. Am J psychiatry 1998 : 155: 4-11.
8. Schleifer SJ, Macari MM, Slater W, Kahn M. Predictors of Outcome After Myocardial Infarction: Role of Depression. Circulation 1974; 2: 2.
9. Sullivan M, Lacroix A, Russo G, Swords E. Depression in Coronary Heart Disease: What is the Appropriate Diagnostic Threshold?. Psychosomatics 1999; 40(4) : 288-92.
10. Cassem H , Hackett P. Psychiatric Consultation in Coronary Care Unit. Ann Intern Med 1971; 75: 9-14.
11. Cay EL, Vetter N, Philip AE, Dugard P. Psychological Status During Recovery From an Acute Heart Attack. J psychosom Res 1972; 16: 425-435.
12. Frasure-S N, Lesperance F, Talagi CN. Depression Following Myocardial Infarction: Impact on 6-month Survival. JAMA 1993; 270: 1819-61.
13. Gonzalez MD, Synderman TB, Colket JT. Depression in patients with Coronary Artery Disease. Depression 1996; 4: 57- 62.
14. Schleifer SJ , Macari-Hinson MM, Coyle DA. The Nature and Course of Depression Following Myocardial Infarction. Arch Intern Med 1989; 149: 1785 - 89.

## Prevalence of Depression in MI Patients

Modabernia MJ, Sobhani A, Nasiri rad A, Kiakajoori S.

### Abstract

Depression is a common disorder and WHO has ranked fourth on the list of the most urgent health problems worldwide. Severity of disability resulted from depression is comparable with 8 major chronic disorders. The impact of depressive disorders on poor outcome of coronary artery disease appears equal or exceed than other well-known cardiovascular risk factors .Our purpose was to ascertain prevalence of depressive disorders in post MI patients because of the important practical implication. This study was cross-sectional and included 234 post MI patients who were admitted since 20/2/2001 to 21/5/2001 in Heshmat Hospital in Rasht. Patients were requested to fill a questionnaire, if patient's score was more than 10 , types of depression were evaluated with DSM-IV clinically . With consideration of other factors such as sex, age, occupation, residence, educational and marital status·data were analysed with spss software and chi<sup>2</sup> test .

From 234 patients who filled this questionnaire, 137 (56.5%) were male and 97(41.5%) were female, 123(52.6%) had one type of depressive disorders that major depression was the most common (n=51,21.8%), followed by, dysrhythmia, minor depression and recurrent brief depressive disorder, respectively. Also, sex,age, residence and marital status were not significantly related to depression ,but there was relation between occupation and educational status with depression (  $p < 0.05$  ). We found that depression was common in post MI patients and require to be diagnosed and managed as soon as possible.

**Key word:** Depression /Heart Block