

بررسی شیوع و عوامل خطر افسردگی زودرس پس از سکته‌ی مغزی

دکتر رضا ابراهیمی‌راد^۱، محبوبه نصیری^۲، دکتر بهروز قلی‌زاده^۳، دکتر مریم عربپور^۴، دکتر زهرا فتوکیان^۵، زهرا جنت علیپور^۲

نویسنده‌ی مسوول: دانشکده‌ی پرستاری و مامایی فاطمه الزهرا(س)، دانشگاه علوم پزشکی بابل، رامسر mahboobeh.nasiri132@gmail.com

دریافت: ۹۴/۱/۲۶ پذیرش: ۹۴/۶/۱۶

چکیده

زمینه و هدف: سکته‌ی مغزی با اختلال در عملکرد فیزیکی و روانی به‌عنوان یکی از ناتوان‌کننده‌ترین بیماری‌های نورولوژیکی در بزرگسالان می‌باشد و افسردگی نیز شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی است. هدف از این مطالعه تعیین شیوع و عوامل خطر افسردگی زودرس پس از سکته‌ی مغزی می‌باشد.

روش بررسی: طرح این مطالعه از نوع توصیفی است. روش نمونه‌گیری به شیوه‌ی در دسترس و جمع‌آوری اطلاعات از طریق چک لیست و معیارهای DSM-IV-TR بوده است. نمونه‌های پژوهش از میان بیماران دچار سکته‌ی مغزی مراجعه‌کننده‌ی به بیمارستان‌های شهید رجایی تنکابن و امام سجاد (ع) رامسر در سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۲ انتخاب شدند. در بیماران بستری پس از تشخیص، محل آناتومیک ضایعه توسط روش‌های MRI و CTscan مشخص گردید. اطلاعات از طریق مصاحبه و مشاهده جمع‌آوری شد. داده‌ها با استفاده از آزمون توصیفی و تحلیلی (آزمون‌تی، آنالیز واریانس و کای اسکوئر) و از طریق SPSS ۱۶ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: پژوهش بر روی ۸۰ بیمار انجام شد. نتایج نشان داد که ۴۵ درصد (۳۶ نفر) افراد پس از سکته مغزی دچار افسردگی شدند. یافته‌ها نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین افسردگی زودهنگام و سن، جنس، مسیر عروقی درگیر، فشارخون بالا، هیپرلیپیدمی، ناراحتی قلبی، دفعات سکته مغزی و محل آناتومیک ضایعه وجود ندارد، اما بین بروز افسردگی زودهنگام با نوع سکته‌ی مغزی ($P=0/023$) و دیابت ($P=0/027$) ارتباط معنی‌دار بوده است.

نتیجه‌گیری: نتایج شیوع بالای افسردگی بیماران بعد از سکته‌ی مغزی را نشان داد. بنابراین لازم است که به علائم افسردگی و عوامل خطر آن جهت تسریع بهبودی، کاهش خطر سکته‌ی مغزی بعدی و کاهش مرگ و میر در بیماران دچار سکته‌ی مغزی توجه نمود.

واژگان کلیدی: افسردگی، سکته‌ی مغزی، عوامل خطر ساز

- ۱- متخصص مغز و اعصاب، استادیار دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن
- ۲- کارشناس ارشد آموزش پرستاری، مربی دانشکده‌ی پرستاری و مامایی فاطمه الزهرا (س)، دانشگاه علوم پزشکی بابل، رامسر
- ۳- متخصص اعصاب و روان، استادیار دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن
- ۴- پزشک عمومی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن
- ۵- دکترای آموزش پرستاری، استادیار دانشکده‌ی پرستاری و مامایی فاطمه الزهرا رامسر، دانشگاه علوم پزشکی بابل، رامسر

مقدمه

سکته‌ی مغزی جدی‌ترین و شایع‌ترین بیماری‌های عروقی مغز در جهان به شمار می‌رود (۱) به طوری که نیمی از موارد بستری اورژانس در بیماری‌های مغز و اعصاب را تشکیل می‌دهد. این بیماری سومین علت مرگ در ایالات متحده و علت مرگ تقریباً ۱۵۰۰۰۰ آمریکایی در هر سال است. از هر ۱۹ مرگ علت یکی سکته‌ی مغزی می‌باشد. به طور متوسط هر ۴ دقیقه یک آمریکایی به دلیل سکته‌ی مغزی می‌میرد. هر سال بیشتر از ۷۹۵۰۰۰ نفر در ایالات متحده به سکته‌ی مغزی مبتلا می‌شوند و در حدود ۶۱۰۰۰۰ نفر از این تعداد، نوبت اول سکته‌ی مغزی را تجربه می‌کنند، یک چهارم از این تعداد نیز سکته‌های مغزی راجعه هستند (۲). اگرچه شیوع سکته‌ی مغزی با افزایش سن افزایش می‌یابد اما می‌تواند در هر سنی اتفاق بیفتد. در سال ۲۰۰۹، ۳۴ درصد افراد بستری شده در زیر گروه سنی ۶۵ سال بودند، صرف نظر از هزینه‌های بالا و غیبت از کار، سکته‌ی مغزی می‌تواند منجر به ناتوانی‌های طولانی مدت و جدی گردد که با طیف گسترده‌ای از عواقب عصبی، روانی و جسمی همراه است. در سال ۱۹۷۰ اختلال در خلق، خصوصاً افسردگی به عنوان یکی از عوارض مخصوص سکته‌ی مغزی معرفی شد (۳)، تخمین زده شده است حدود نیمی از بیمارانی که از آن جان سالم به در برده‌اند در طول اولین سال پس از حمله، مبتلا به افسردگی می‌شوند. افسردگی در هر زمانی پس از سکته‌ی مغزی مشاهده شده است. این زمان می‌تواند بلافاصله پس از سکته یا حتی ماه‌ها پس از آن ایجاد شود، شدت افسردگی پس از سکته‌ی مغزی با شدتی ملایم تا شدید گزارش شده است و ممکن است از یک هفته تا بیش از یک سال طول بکشد. ارتباط بین بیماری‌های عصبی روانی و بیماری‌های عروق مغزی از ۱۰۰ سال قبل توسط پزشکان تشخیص داده شده است اما مطالعات سیستماتیک در مورد این موضوع در ۳۰ سال اخیر انجام شده است. افسردگی یکی از شایع‌ترین عوارض روانی در میان

بازماندگان سکته‌ی مغزی می‌باشد که با ناتوانی پیش رونده، اختلالات شناختی و مرگ و میر در این بیماران همراه بوده و معمولاً بین ۶ تا ۲۴ ماه پس از سکته‌ی مغزی بروز می‌کند، اما در برخی از بیماران ممکن است حتی تا سه سال پس از سکته‌ی مغزی نیز اتفاق بیفتد (۴). آبیروی و همکاران در بررسی ۱۳۵۵۷ نفر از بیماران بالاترین حد افسردگی را ۳۹ تا ۵۲ درصد در ۵ سال اول پس از حمله گزارش نمودند (۵). در کل شیوع افسردگی در مطالعات انجام شده بین ۱۰ تا ۶۶ درصد بوده است (۶). عوامل متعدد مانند طول مدت حمله‌ی مغزی، خصوصیات شخصیتی فرد، نوع درمان تجویز شده و ابزار تشخیصی به کار رفته برای تعیین افسردگی در میزان شیوع موثر می‌باشند.

اگر چه سبب شناسی افسردگی پس از سکته‌ی مغزی ناشناخته است ولی بررسی مطالعات زیادی نشان می‌دهد علاوه بر محل ضایعه‌ی مغزی، عوامل خطر دیگری مانند سن، جنس، اختلالات عملکردی و شناختی، سابقه‌ی افسردگی قبلی و سکته‌ی مغزی، حمایت اجتماعی و خصوصیات نور و محل آناتومیک سکته‌ی مغزی در بروز افسردگی نقش دارد (۷ و ۸). در این راستا ارتباط بین شیوع افسردگی با محل ضایعه از موضوعات تحقیقی بحث انگیز می‌باشد، مطالعات انجام شده در ۳ و ۱۲ ماه پس از سکته‌ی مغزی موفقیتی را در میزان شیوع افسردگی با توجه به محل ضایعه در نیمکره‌ی راست و چپ به دست نیاورد، به طوری که هنوز بین محل ضایعه و شیوع و یا شدت افسردگی اتفاق نظر وجود ندارد. در بسیاری از مطالعات با ضایعات در نیمکره‌ی چپ ارتباط معنی‌دار و در برخی دیگر این ارتباط معنی‌دار نبود (۸).

افسردگی با پیامدهای نامطلوب از قبیل افزایش خطر خودکشی، افزایش میزان ناخوشی و کاهش کیفیت زندگی همراه است و خود به تنهایی یک عامل خطر مستقل برای حمله‌ی بعدی سکته‌ی مغزی می‌باشد (۹ و ۱۰). با توجه به این که سکته‌ی مغزی یکی از عوامل ناتوانی و مرگ و میر

طول روز، کاهش قابل ملاحظه‌ی علاقه، کاهش و یا افزایش وزن، بی‌خوابی و یا پر‌خوابی، احساس خستگی، احساس بی‌ارزش بودن، کاهش تفکر و تمرکز، افکار مکرر در مورد مرگ) بوده در صورت دارا بودن ۵ مورد و یا بیشتر در طی دوره‌ی دوهفته نشان دهنده‌ی افسردگی می‌باشد که حساسیت آن در پژوهش‌های قبلی ۱۰۰ درصد و میزان اختصاصی بودن تست ۹۸ درصد گزارش شده است (۱۳). همچنین پایایی تست (کاپا) ۸۰ درصد و پایایی تست مجدد $r=0/74$ گزارش شده است (۱۴). بدین ترتیب بیماران بستری شده پس از تشخیص سکته‌ی مغزی مورد معاینه قرار گرفته و محل آناتومیک ضایعه توسط روش‌های MRI یا CT scan مشخص گردید و با در نظر گرفتن شرایط بیمار و کسب اجازه از بیمار، اطلاعات به روش مصاحبه در مدت زمان کمتر از یک ماه بعد از سکته جمع‌آوری شد و کسانی که معیار عددی بالای ۵ داشتند به‌عنوان افسرده در نظر گرفته شدند.

پژوهش بر روی بیماران هوشیار و قادر به همکاری انجام شد و بیماران با سابقه‌ی افسردگی در ۶ ماه اخیر، اعتیاد به مواد مخدر یا سوء مصرف دارو و هیپوتیروئیدی از مطالعه حذف شدند. پس از جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۱۶ و از طریق آمار توصیفی و تحلیلی (آزمون تی، آنالیز واریانس و کای اسکور) داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

یافته‌ها نشان می‌دهد بیشترین فراوانی در جنس مذکر ۶۵ درصد (۵۲ نفر) که در گروه سنی بالای ۷۰ سال ۴۵ درصد (۳۶ نفر) بودند. از نظر وجود بیماری همراه، فشارخون بالا ۵۰ درصد (۴۰ نفر)، دیابت ۲۲/۵ درصد (۱۸ نفر)، هیپرلیپیدمی ۲۰ درصد (۱۶ نفر)، بیماری قلبی ۲۵ درصد (۲۰ نفر) و سایر بیماری ۷/۵ درصد (۶ نفر) بودند. ۶۰ درصد (۴۸ نفر) از بیماران یک بار و ۴۰ درصد (۳۲ نفر)

انسان‌ها می‌باشد (۱۱) و افسردگی یکی از مهم‌ترین پیامدهای روانی اجتماعی نامطلوب در بیماران مبتلا به سکته‌ی مغزی به شمار می‌رود (۱۲)، تشخیص به موقع افسردگی نه تنها موجب بهبود علائم آن می‌شود، بلکه می‌تواند با کاهش خطر حمله‌ی بعدی، بهبود عملکرد جسمی و روانی، کاهش نیاز به استفاده از مراقبت‌های بهداشتی و در نهایت کاهش مرگ و میر و ناتوانی گردد. این پژوهش با هدف تعیین شیوع و عوامل خطر افسردگی زودرس پس از سکته‌ی مغزی در بیماران مبتلا به سکته‌ی مغزی مراجعه کننده به بیمارستان‌های شهید رجایی تنکابن و امام سجاده (ع) رامسر در سال ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۲ انجام شده است.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه‌ی توصیفی می‌باشد و جامعه‌ی پژوهش کلیه‌ی بیماران سکته‌ی مغزی بستری شده در بیمارستان‌های شهید رجایی تنکابن و امام سجاده (ع) رامسر بوده است. روش نمونه‌گیری در این پژوهش به روش نمونه‌گیری در دسترس بوده و با در نظر گرفتن فراوانی افسردگی ۲۰ درصد، $p(8) 50$ درصد و ضریب اطمینان ۹۵ درصد و $d 9$ درصد براساس فرمول حجم نمونه‌ی زیر ۸۰ نفر تعیین شده است.

$$n = \frac{1/96^2 \times 0/20 \times 0/8}{0/09^2} \quad n = \frac{z^2 \hat{p}(1-\hat{p})}{d^2}$$

روش جمع‌آوری اطلاعات: ۱- چک لیست که شامل جنسیت، سن، مسیر عروقی در گیر، بیماری همراه و محل آناتومیک ضایعه ۲- معیارهای DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual) بوده است و به‌عنوان استاندارد طلایی و شاخص تشخیصی در افسردگی کاربرد دارد و شامل ۹ عبارت در زمینه‌های مختلف (خلق افسرده در اکثر اوقات

سکته‌ی مغزی در افراد مورد مطالعه به دست آمد (P=۰/۰۲۳)، به طوری که تمام کسانی که افسردگی نداشتند دارای سکته‌ی مغزی ایسکمیک و تمام کسانی که افسردگی داشتند دارای سکته‌ی مغزی هموراژیک بودند. همچنین بین وجود افسردگی زود هنگام و دیابت در افراد مورد مطالعه اختلاف معنی‌دار بود (P=۰/۰۲۷). در جدول ۱ میزان افسردگی کلی آمده است.

جدول ۱: میزان کلی افسردگی

افسردگی	دارد	فراوانی	درصد
افسردگی	دارد	۳۶	۴۵
	ندارد	۴۴	۵۵
مجموع		۸۰	۱۰۰

جدول ۲ فراوانی افسردگی در افراد مورد مطالعه بر حسب محل آناتومیکی ضایعه و جدول ۳ فراوانی افسردگی در افراد مورد مطالعه بر حسب نیمکره‌ی درگیر را نشان می‌دهند. بیشترین فراوانی افسردگی بر حسب دفعات سکته‌ی مغزی، در هر دو گروه افراد افسرده و غیر افسرده کسانی بودند که یک بار دچار سکته‌ی مغزی شده بودند.

بیشتر از یک بار دچار سکته‌ی مغزی شده بودند. از نظر محل آناتومیکی لوب تمپورال ۱۷/۵ درصد (۱۴ نفر)، پریتال ۳۵ درصد (۲۸ نفر)، اکسی پیتال ۱۲/۵ درصد (۱۰ نفر)، منچه ۷/۵ درصد (۶ نفر)، ساقه‌ی مغز ۲/۵ درصد (۲ نفر)، تمپورال-پریتال ۱۰ درصد (۸ نفر)، تمپورال ۷/۵ درصد (۶ نفر) و ۷/۵ درصد (۶ نفر) نیز نامشخص بوده است.

از نظر نیمکره‌ی درگیر ۴۰ درصد (۳۲ نفر) نیمکره‌ی راست، ۵۲/۵ درصد (۴۲ نفر) نیمکره‌ی چپ و ۷/۵ درصد نامشخص بود. ۴۵ درصد (۳۶ نفر) از افراد مورد مطالعه دچار افسردگی بودند. با استفاده از آزمون کای اسکوتر بین وجود افسردگی زود هنگام با متغیر جنس، سن، مسیر عروقی درگیر، نوع سکته‌ی مغزی، فشارخون بالا، دیابت، هیپر لیپیدمی، بیماری قلبی، سایر بیماری‌ها، دفعات سکته‌ی مغزی، محل آناتومیکی، نیمکره‌ی درگیر، اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد، به طوری که در هر دو گروه افسرده و غیر افسرده، جنسیت مذکر و افراد بالای ۷۰ سال بیشترین فراوانی را داشتند. در هر دو گروه افسرده و غیر افسرده بیشترین فراوانی بر حسب مسیر عروقی درگیر MCA بوده است و با استفاده از آزمون کای اسکوتر تفاوت معنی‌داری بین وجود افسردگی زود هنگام با نوع

جدول ۲: فراوانی افسردگی در افراد مورد مطالعه بر حسب محل آناتومیکی ضایعه

P	محل آناتومیکی ضایعه								
	نامشخص	تمپورال	پریتال	اکسی پیتال	منچه	ساقه	تمپورال - پریتال	تمپورال - فرونتال	جمع
افسردگی دارد	۴	۴	۱۴	۴	۴	۰	۴	۲	۳۶
درصد	۱۱/۱	۱۱/۱	۳۸/۹	۱۱/۱	۱۱/۱	۰	۱۱/۱	۵/۶	۱۰۰
افسردگی ندارد	۲	۱۰	۱۴	۶	۲	۲	۴	۴	۴۴
درصد	۴/۵	۲۲/۷	۳۱/۸	۱۳/۶	۴/۵	۴/۵	۹/۱	۹/۱	۱۰۰
جمع فراوانی	۶	۱۴	۲۸	۱۰	۶	۲	۸	۶	۸۰
درصد	۷/۵	۱۷/۵	۳۵	۱۲/۵	۷/۵	۲/۵	۱۰	۷/۵	۱۰۰

جدول ۲: فراوانی افسردگی در افراد مورد مطالعه برحسب نیمکره‌ی درگیر

P	جمع	نیمکره درگیر				
		چپ	راست	نامشخص		
۰/۷۹۲	۳۶	۲۰	۱۴	۲	فراوانی	دارد
	۱۰۰	۵۵/۶	۳۸/۸	۵/۶	درصد	افسردگی
	۴۴	۲۲	۱۸	۴	فراوانی	ندارد
	۱۰۰	۵۰	۴۰/۹	۹/۱	درصد	
	۸۰	۴۲	۳۲	۶	فراوانی	جمع
	۱۰۰	۵۲/۵	۴۰	۷/۵	درصد	

بحث

نیمکره‌ی درگیر، نیمکره‌ی چپ بوده است که با نتایج لشکری و همکاران همخوانی داشته است (۱). نتایج مطالعات دیگر نشان می‌دهد که ارتباط معنی‌داری بین محل ضایعه‌ی لوب تمپورال در نیمکره‌ی چپ با بروز افسردگی وجود دارد در حالی که بررسی ۱۰۶ بیمار با درگیری نیمکره‌ی راست این اختلاف معنی‌دار نبود (۱۱). در پژوهش نیشیاما و همکاران نیز وجود مناطق انفارکته در ناحیه‌ی لیتیکولو کپسولار سمت چپ به‌عنوان عامل پیش‌بینی کننده مطرح شده است (۱۵). در بسیاری از مطالعات به ابعاد تنظیمی شبکه‌های عصبی و رفتارهای احساسی در پاتوفیزیولوژی اختلالات خلق و خو اشاره می‌کند، از جمله‌ی این شبکه‌ها کورتکس و شبکه‌ی پری فرونتال می‌باشد (۱۸). نتایج مطالعات دیگر با بررسی افسردگی پس از سکتة با PET (Positron Emission Tomography) نشان می‌دهد که نقصان کاتکولامین‌ها، عملکرد غیر طبیعی پری فرونتال در نیمکره‌ی چپ بیشتر از نیمکره‌ی راست می‌باشد (۱۹). در مطالعات مختلف اختلاف میزان شیوع افسردگی از نظر نیمکره‌ی درگیر نیز مشاهده می‌شود که این میزان در نیمکره‌ی چپ بیشتر از راست می‌باشد (۱۱). در رابطه با ایجاد افسردگی پس از سکتة نیز دو فرضیه مطرح است ۱- فرضیه‌ی بیولوژیکال با چهار مکانیزم (محل ضایعه،

در این مطالعه ما به بررسی شیوع و عوامل خطر افسردگی زودرس پس از سکتة مغزی پرداختیم. یافته‌های پژوهش نشان داد، فراوانی افسردگی در مطالعه‌ی حاضر ۴۵ درصد بوده که در پژوهش روث و همکاران این میزان ۲۱ درصد، در پژوهش نیشیاما و همکاران ۳۴/۳ درصد، در پژوهش لشکری و همکاران ۴۲ درصد و در پژوهش ایرانمنش و همکاران ۷۰ درصد گزارش شده است (۱۶ و ۱۵). تفاوت یافته‌ها از نظر شیوع خصوصا در کشور ما می‌تواند مربوط به عواملی چون انتخاب حجم نمونه، نوع ابزار تشخیصی، محل و نواحی مختلف زندگی باشد علاوه بر آن زمان پژوهش پس از سکتة نیز مهم است، مطالعات متاآنالیز منتشر شده از سال‌های ۱۹۸۳ تا ۲۰۱۱ نشان می‌دهد که شیوع افسردگی در مدت یک ماه پس از سکتة ۲۸ درصد، در طول ۱ تا ۶ ماه پس از سکتة ۳۱ درصد و ۶ ماه تا یکسال پس از سکتة ۳۳ درصد و در مطالعه‌ی دیگر شیوع آن در اولین سال پس از وقوع سکتة بیش از ۳۰ درصد گزارش شده است (۱۷). تقریبا در تمامی مطالعات و بررسی‌ها علائم افسردگی پس از سکتة مغزی مشاهده می‌شود و میزان درصد آن در بسیاری از مطالعات بسیار شبیه به هم بوده است. در مطالعه‌ی حاضر بیشترین

خطر در نظر گرفت. یافته‌ها در پژوهش ما نشان داد که ارتباط معنی‌داری بین جنسیت و میزان شیوع افسردگی وجود ندارد، اما میزان شیوع در مردان بیشتر از زنان بوده، در حالی که در پژوهش حقگو و همکاران، ویلیامز و همکاران و آندرسن و همکارانش اختلاف معنی‌دار و میزان شیوع بر خلاف برخی از پژوهش‌های دیگر در زنان بیشتر از مردان گزارش شده است (۲۵ و ۱). در کل شیوع افسردگی در مردان و زنان بالاست اما در مقایسه با جنس، شیوع افسردگی در زنان بیشتر از مردان است، نتایج ۵۶ مطالعه‌ی منتشر شده از سال ۱۹۸۲ تا ۲۰۰۶ نشان می‌دهد که در ۳۵ مطالعه شیوع افسردگی در زنان بالاتر از مردان بوده است (۲۶). در واقع جنسیت مونث یک عامل خطر جهت بروز افسردگی پس از سکنه‌ی مغزی می‌باشد که نشان می‌دهد زنان باید به دقت مورد بررسی قرار گیرند اما علت اصلی این تفاوت جنسی مشخص نیست (۱۶). در پژوهش حاضر ۶۵ درصد از بیماران مذکر بوده‌اند که سکنه‌ی مغزی می‌تواند یکی از دلایل افزایش درصد افسردگی در مردان باشد. از نظر عوامل خطرزا، در این پژوهش نیمی از بیماران هیپرتانسیون داشته‌اند اما ارتباط معنی‌دار با افسردگی پس از سکنه مشاهده نشد که مشابه نتایج مطالعه‌ی ایرانمنش و همکاران بوده است (۱۶). مطالعات ونگوندیل و همکاران هیپرتانسیون را به‌عنوان یک عامل کمک‌کننده برای افسردگی پس از سکنه گزارش کرده‌اند (۲۷). نیشیاما و همکاران نیز هیپرتانسیون را به‌عنوان یک عامل تعیین‌کننده‌ی مستقل در بروز افسردگی پس از سکنه گزارش کرده‌اند (۱۵). هیپرتانسیون به‌عنوان یک عامل خطر مهم در سکنه‌های مغزی می‌باشد که به شکل غیر مستقیم می‌تواند در بروز افسردگی پس از سکنه‌ی مغزی موثر باشد. در مطالعه‌ی ما بین شیوع افسردگی با سایر متغیرها و عوامل خطر مورد بحث همانند بسیاری از پژوهش‌ها ارتباط معنی‌دار مشاهده نشد (۱۶ و ۱) هر چند این عوامل در بسیاری از پژوهش‌ها جزء ریسک فاکتورهای اصلی سکنه‌ی مغزی محسوب می‌گردند اما تاثیر

نوروترانسمیتر، سیتوکین‌های التهابی و ژن پلی مورفیسم) و فرضیه‌ی سایکولوژیکال (استرس‌های سایکولوژیکال و اجتماعی) (۲۰). بوزیکاس و همکاران در بررسی که انجام دادند عوامل روان‌شناختی را نسبت به عوامل عصبی و تشریحی پس از سکنه موثرتر دانستند (۲). در هر صورت افسردگی پس از سکنه را می‌توان یک اختلال روانی با ترکیب پیچیده‌ای از عوامل فوق‌الذکر دانست (۲۰).

یافته‌ها در این پژوهش نشان داد که بین نوع سکنه و افسردگی ارتباط معنی‌دار وجود دارد، اما مطالعه‌ی دنی و همکاران درباره‌ی افسردگی بعد از سکنه‌ی نوع ایسکمی و هموراژیک نشان می‌دهد با این که مدت بستری بیماران نوع هموراژیک در بیمارستان طولانی‌تر و نتایج رضایت‌بخش نبود، بین دو گروه اختلاف معنی‌دار مشاهده نشد (۲۱). در مطالعه‌ی دیگر نیز نتایج مشابه گزارش شد (۱). مطالعات بین افسردگی و نوع سکنه محدود بوده و بیشتر پژوهش‌ها در مرحله‌ی حاد مربوط به نوع ایسکمی می‌باشد (۲۲). فراوانی سکنه از نوع ایسکمی می‌تواند یکی از این دلایل باشد، زیرا بیشترین نوع سکنه‌ی مغزی، نوع ایسکمی (حدود ۹۰ درصد) بوده که بیانگر شیوع بیشتر حوادث ایسکمی مغزی نسبت به نوع هموراژیک می‌باشد که کتب مرجع نیز شیوع حوادث ایسکمی را ۳ تا ۴ برابر نوع هموراژیک بیان می‌کند. در پژوهش گلی‌پور و همکاران نیز فقط ۹/۶ درصد سکنه‌ها از نوع هموراژیک گزارش شد (۱۳).

در نتایج پژوهش ما مشابه برخی از مطالعات بین افسردگی با سن، ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد (۱۶ و ۱). در حالی که در مطالعه‌ی هیوسچمن و همکاران در سکنه‌های بزرگ و کوچک بین افزایش سن و نتایج منفی ارتباط مستقیم وجود داشته است (۲۳). اسپچمنک و همکاران نیز سن را به‌عنوان یک عامل تعیین‌کننده‌ی پیش‌آگهی بیماران می‌دانند (۲۴). با توجه به اینکه بیشتر بیماران مطالعه‌ی حاضر مربوط به گروه سنی بالای ۷۰ سال بودند پس می‌توان سن را به‌عنوان یک عامل

نتیجه گیری

افسردگی به عنوان یکی از عوارض شایع روانپزشکی ناتوان کننده پس از سکته مغزی می باشد که در تمامی حوزه های بین فردی، خانوادگی، اجتماعی و شغلی اثرات منفی به جا می گذارد و در صورت عدم تشخیص به موقع و در نهایت عدم درمان مناسب، زمینه برای کاهش کیفیت زندگی و پیش آگهی بدتر و میزان مرگ و میر بالا فراهم می گردد. پس لازم است تمامی بیماران به طور روتین از نظر افسردگی بررسی شوند و علاوه بر مرحله ی حاد در مراحل بعدی مراجعه نیز باید احتمال وقوع افسردگی را مد نظر داشت.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از کلیه ی بیماران و پرسنل محترم بیمارستان شهید رجایی تنکابن و بیمارستان امام سجاد (ع) رامسر که ما را در انجام این مطالعه یاری رساندند کمال تشکر را دارم.

References

- 1- Lashkaripour K, Moghtaderi A, Sadjadi AR, et al. Prevalence of post stroke depression and its relationship with disability and lesion location. *Fundamentals of Mental Health*. 2008; 10: 191-99.
- 2- Santos M, Kövari E, Hof PR, et al. The impact of vascular burden on late-life depression. *Brain Res Rev*. 2009; 62: 19-32.
- 3- Bartoli F, Lillia N, Lax A, et al. Depression after stroke and risk of mortality: A systematic review and meta- analysis. *Stroke Res Treat*. 2013; 2013: 862978.
- 4- Robinson RG. Post stroke depression: prevalence, diagnosis, treatment and disease

آن ها در بروز افسردگی متعاقب سکته نامشخص است (۱۶). احتمالاً نقش عوامل خطر در بروز افسردگی زودرس پس از سکته جزئی می باشد. آنچه مسلم است، این است که ۱/۳ بازماندگان از سکته، افسردگی را تحمل می کنند (۲۸). مطالعات نشان می دهد بین نشانه های افسردگی زودرس و استمرار افسردگی پس از سکته در ۱۲ ماه پس از حمله و همچنین بین علائم و نشانه های افسردگی و مرگ در ۱۲ تا ۲۴ ماه پس از حمله ارتباط معنی دار وجود دارد (۲۹). بنابراین با شناسایی عوامل تعیین کننده ی این افسردگی و انجام اقدامات درمانی مناسب می توان بسیاری از محدودیت های فعالیت های اجتماعی و وابستگی های زندگی روزانه را در مرحله ی مزمن بیماری کنترل کرد (۲۸). نشانه های افسردگی در مرحله ی حاد پس از حمله متداول است اما اطلاعات در زمینه ی افسردگی در این مرحله محدود است و لازم است درباره ی الگوها و خصوصیات آن تحقیقات گسترده ای صورت گیرد.

- 5- progression. *Biol Psychiatry*. 2003; 54: 375-87.
- 5- Walter G. Bradly, Robert B. Darrof, et al. *Neurology in clinical practice*. Philadelphia: Elsevier; 2012.
- 6- Ayerbe L, Ayis S, Wolfe CD, et al. Natural history, predictors and outcomes of depression after stroke: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2013; 202: 14-21.
- 7- Glamcevski MT, Pierson J. Prevalence and factors associated with post stroke depression: A Malaysian study. *J Stroke Cerebrovas*. 2005; 14: 157-61.
- 8- Robert G, Spalletta G. Post stroke. Depression: A Review. *Can J Psychiatry*. 2010; 55: 341-349.

- 9- Flaster M, Sharma A, Rso M. Post stroke depression: a review emphasizing the role of prophylactic treatment and synergy with treatment for motor recovery. *Top Stroke Rehabil.* 2013; 20: 139-50.
- 10- Arseniou S, Arvaniti A, Samakouri M. Post-stroke depression: recognition and treatment interventions. *Psychiatriki.* 2011; 22: 240-8.
- 11- Golipour F, Zamani A, Zarrineh M. Evaluation of echocardiography results in patients with acute cerebrovascular accidents(CVA). *J Zanjan Univ Med Sci.* 2011; 19: 58-65.
- 12- Mokhber N, Azarpajoo MR, Asghari PN. Effect of citalopram on depression and cognitive functions of stroke patients. *J Sabzevar Univ Med Sci.* 2013; 20: 6-14.
- 13- Robert G, Spalletta G. Poststroke Depression: A Review. *Can J Psychiatry.* 2010; 55: 341-349.
- 14- Alavi SS, Jaanatifard F, Eslami M, et al. Evaluation of diagnostic criteria of DSM-TR for diagnosis of internet addiction disorder. *J Zahedan Univ Med Sci.* 2011; 13: 13-35.
- 15- Nishiyama Y, Komaba Y, Ueda M, et al. Early depressive symptoms after ischemic stroke are associated with a left lenticulocapsular area lesion. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2010; 19: 184-9.
- 16- Iranmanesh F, Vazirynejad R, Gadari F, et al. Study of relationship between prevalence of post-stroke depression and stroke risk factors. *J Fasa Univ Med Sci.* 2012; 2: 66-70.
- 17- Ayerbe L, Ayis S, Wolf C, et al. Natural history, predictors and outcomes of depression after stroke: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2013; 202: 14-21.
- 18- Rigucci S, Serafini G, Pompili M, et al. Anatomical and functional correlates in major depressive disorder: the contribution of neuroimaging studies. *World J Biol Psychiatry.* 2010; 11: 165-80.
- 19- Terroni L, Amaro, Jr E, et al. Stroke lesion in cortical neural circuits and post-stroke incidence of major depressive episode: A 4-month prospective study. *World J Biol Psychiatry.* 2011; 12: 539-48.
- 20- Fang J, Ching Q. Etiological mechanisms of post-stroke depression: a review. *Neurol Res.* 2009; 31: 904-9.
- 21- Denny M, Bajgur S, Thi Vu KY, et al. Depression equally common after intracerebral hemorrhage as it is after acute ischemic stroke (S39.007). *Neurology.* 2015; 84 Supplement. S39.007.
- 22- Saver JL, Altman H. Relationship between neurologic deficit severity and final functional outcome shifts and strengthens during first hours after onset. *Stroke.* 2012; 43: 1537-41.
- 23- Heuschmann PU, Wiedmann S, Wellwood I, et al. Three-month stroke outcome: the European Registers of Stroke (EROS) investigators. *Neurology.* 2011; 76: 159-65.
- 24- Schiemanck SK, Kwakkel G, Post MW, et al. Predictive value of ischemic lesion volume assessed with magnetic resonance imaging for neurological deficits and functional outcome post

stroke: A critical review of the literature. *Neurorehabil Neural Repair*. 2006; 20: 492-502.

25- Haghighi H, Pazuki ES, Sarfaraz Z, et al. Depression and quality of life in patients with stroke. *J Rea Rehabil Sci*. 2010; 6: 235-43.

26- Poynter B, Shuman M, Diaz-Granadose N, et al. Sex differences in the prevalence of post-stroke depression: A systematic review. *Psychosomatics*. 2009; 50: 563-9.

27- Wongwandee M, Tangwongchai S, Phanthumchinda K. Relationship between post

stroke depression and Ischemic lesion location. *J Med Assoc Thai*. 2012; 95: 330-6.

28- Javier Carod-Artal F. Determining quality of life in stroke survivors. *Exp Rev Pharmacoecon Res*. 2012; 12: 199-211.

29- Kouwenhoven S E, Kirkevold M, Engedal K, et al. Depression in acute stroke: prevalence, dominant symptoms and associated factors. A systematic literature review. *Informa*. 2011; 33: 539-56.

Archive of SID

Prevalence and Risk Factors of Early Post -Stroke Depression

Ebrahimi-Rad R¹, Nasiri M², Gholizadeh B¹, Arabpuor M¹, Fotokian Z², Jannat Alipoor Z²

¹Faculty of Medicine, Islamic Azad University, Tonekabon Branch, Tonekabon, Iran.

²Fatemh Zahra (SA) Faculty of Nursing & Midwifery, Babol University of Medical Sciences, Ramsar, Iran

Corresponding Author: Nasiri M, Fatemh Zahra (SA) Faculty of Nursing & Midwifery, Babol University of Medical Sciences, Ramsar, Iran

E-mail: mahboobeh.nasiri132@gmail.com

Received: 15 Apr 2015 **Accepted:** 7 Sep 2015

Background and Objective: Stroke accompanied by psychiatric disorder and mental performance is one of the most disabling neurological diseases in adults and depression is the most common psychical complication among them. The aim of this study was to determine the prevalence and risk factors of early depression after stroke.

Materials and Methods: Using a convenient sampling method throughout this descriptive study, data gathering was done via check lists and DSM-IV-TR criteria. Interviews along with observations were also applied to collect the data. The study population consisted of 80 stroke patients referred to Imam Sajjad and Tonekabon Shaheed Rajaei Hospitals over the years of 2010-2012. Anatomic location of the lesion was determined by MRI and CT-scan after examining and diagnosis. Descriptive and inferential statistics (t-test, ANOVA, and chi-square) were used to analyse the collected data.

Results: The overall incidence of early post stroke depression was 45%. There was no significant correlation between early post stroke depression and age, sex, involved vascular line, hypertension, hyperlipidemia, heart disease, multiplicity of stroke attacks and anatomical place of stroke. There was a significant correlation of early post stroke depression with type of stroke ($p=0.023$) and diabetes ($p=0.027$).

Conclusion: The results showed high prevalence depression in patients after stroke attack. Therefore, it is necessary to pay attention to depression symptoms and its risk factors for accelerating recovery and decreasing the risk of subsequent stroke and mortality.

Keywords: Stroke, Depression, Risk factors