

نشانه‌های اضطراب و افسردگی پس از سگته مغزی در بیماران سرپایی

دکترسمیه شکرگزار (MD)^۱ - دکتر ربابه سلیمانی (MD)^۱ - دکترساره معادی‌راد (MD)^۲

*نویسنده مسئول: مرکز تحقیقات علوم رفتاری شناختی و اعتیاد کاوش، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ایران

پست الکترونیک: soleimani.dr@gmail.com

تاریخ دریافت مقاله: ۹۷/۱۱/۰۳ تاریخ ارسال جهت اصلاح: ۹۸/۰۱/۱۸ تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۵/۲۳

چکیده

مقدمه: شیوع بالای سگته مغزی لزوم بررسی و شناسایی عوارض و عوامل افزایش دهنده مرگ و میر در پی آن را گوشزد می‌کند. از این پیامدها، اختلال روانی به دنبال سگته مغزی است که بدون وابستگی با دیگر عوامل خطرزا و شدت بیماری، سبب افزایش ناتوانی و مرگ و میر می‌شود.

هدف: بررسی فراوانی علائم افسردگی و اضطراب در پی سگته مغزی و عوامل مرتبط با آن.

مواد و روش‌ها: این پژوهش مطالعه‌ای توصیفی- مقطعی است. که بر ۱۵۵ بیمار مراجعه کننده به درمانگاه‌ها و مراکز سرپایی رشت که در ۶ ماه اخیر تشخیص سگته مغزی داده شده بود انجام شد. روش نمونه‌گیری در دسترس و ابزار بکار رفته پرسشنامه دموگرافی، معاینه مختصر وضعیت شناختی (MMSE)، پرسشنامه مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستان (HADS) و مقیاس اندازه‌گیری استقلال عملکردی (FIM) بود. از نرم افزار spss-22 برای واکاوی داده‌ها استفاده شد.

نتایج: ۵۰ درصد بیماران اضطراب و ۴۶ درصد افسردگی داشتند. نوع سگته مغزی با شدت افسردگی و اضطراب رابطه معنی‌دار داشت ($P = ۰/۰۵$). بین محل درگیری مغز و وضعیت شناختی با علائم اضطراب و افسردگی رابطه معنی‌دار بوده ($P = ۰/۰۵$) و بیشترین فراوانی محل درگیری مغز سمت چپ بوده است.

نتیجه‌گیری: با توجه به فراوانی بالای افسردگی و اضطراب در پی سگته مغزی، تشخیص و درمان به هنگام این اختلال‌ها در شتاب روند بهبود بیماران، کیفیت زندگی آنها و خانواده بیماران نقش بسزایی خواهد داشت.

کلید واژه‌ها: اضطراب/ افسردگی / سگته مغزی / عوامل خطر / نشانه‌ها و علائم

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره ۲۸ شماره ۴ (پی‌درپی ۱۱۲) صفحات: ۱-۱۲

مقدمه

عملکرد شناختی بیمار داشته و همچنین به علت همکاری نکردن بیمار در بازتوانی، اثرات منفی در روند بهبود بیمار پس از سگته‌های مغزی، کیفیت زندگی و افزایش خطر خودکشی داشته باشد (۴).

افسردگی در دوران اولیه‌ی بهبود آسیب مغزی، با مکان آسیب و در موارد دیر آغاز با عوامل روانی اجتماعی ارتباط دارد (۵). در بیماران PSD با توجه به ویژگی‌های دموگرافی و ضایعه به صورت بارز تخریب شناختی بیشتری نسبت به بیماران بدون افسردگی حتی بعد از همپوشانی با محل و گسترش ضایعه وجود دارد (۶). در مورد ویژگی‌های بیماران PSD اعم از جنس، سن، عملکرد فیزیکی و وضعیت شناختی گزارش‌ها بسیار متناقضند (۷).

با وجود مطالعات زیاد در این زمینه هنوز در مورد ارتباط محل ضایعه و بروز افسردگی اتفاق نظر وجود ندارد به طوری که برخی مطالعات ارتباط افسردگی و ضایعه در نیمکره‌ی راست را نشان داده‌اند (۸) در حالی که در برخی دیگر از

سگته‌های مغزی یکی از شایع‌ترین بیماری‌های نورولوژی بوده و نوع ایسکمی از شایع‌ترین انواع آن است که معمولاً سبب اختلال شناختی می‌شود. این اختلال دربرگیرنده اختلال حافظه، تکلم و اختلال در سایر کارکردهای قشر مغزی می‌شود (۱). اختلال افسردگی و اضطراب نیز یکی از عوارض شایع عصبی-روانشناختی این نوع سگته‌های مغزی بوده که شیوع آنها به ترتیب نزدیک ۳۰ درصد و ۲۰ درصد موارد است. شایع‌ترین علائم خلقی پس از Cerebro Vascular Accident (CVA) اضطراب و احساس یاس و لذت نبردن است (۲). در سال ۱۹۷۰ اختلال در خلق، بویژه افسردگی به عنوان یکی از عوارض مخصوص سگته مغزی معرفی شد. تخمین زده شد که نزدیک نیمی از بیمارانی که از آن جان سالم به در برده‌اند در طول نخستین سال پس از حمله، دچار افسردگی می‌شوند (۳).

افسردگی بعد از سگته مغزی (PSD) می‌تواند باعث بروز مشکلاتی مانند بدتر شدن روند بازتوانی شده، اثرات منفی در

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی-مقطعی از سال ۱۳۹۵ تا ۱۳۹۶، پس از کسب پروانه از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی گیلان (IR.GUMS.REC.1395.290)، در درمانگاه‌ها و مراکز درمانی سرپایی در سطح شهرستان رشت وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گیلان انجام شد. جامعه آماری همه بیماران مراجعه‌کننده به این مراکز بودند که برپایه تعریف WHO (پیدایش علائم بالینی به طور ناگهانی و ناشی از اختلال عملکرد دستگاه عصبی، مدت دست کم ۲۴ ساعت، با منشای رگی) با توجه به گزارش تصویربرداری و نظر همکار نورولوژیست در ۶ ماه اخیر، تشخیص سکته مغزی در آنها داده شده بود. روش نمونه‌گیری به صورت «در دسترس» بود. سنج‌های ورود شامل: بیماران با تشخیص سکته ایسکمی و خون‌ریزی داخل مغزی براساس یافته‌های سی‌تی‌اسکن یا ام‌آرآی مغزی و برپایه تشخیص نورولوژی و تعریف بالا که برای ورود به مطالعه رضایت داشتند، نداشتن پیشینه اختلال روانپزشکی جدی (اسکیزوفرنی، دوقطبی)، مصرف نکردن داروی ضدافسردگی، نداشتن کاستی شناختی جدی، نداشتن مشکلات پزشکی بسیار شدید (نارسایی قلبی مصرف کورتیکواستروئید با دوز بالا، دیابت کنترل نشده، نارسایی شدید کلیوی و کبدی)، نداشتن وابستگی به مواد (اوپیوم، حشیش، مت‌آفتامین و الکل) و توانایی گفتگو به پارسی سلیس به طوری که در گفت‌وگو و تکمیل پرسشنامه‌ها مشکل ایجاد نکند. حجم نمونه براساس مطالعات پیشین و با در نظر گرفتن شیوع ۲۰ درصد و دقت $d=0.05$ و خطای نوع اول به میزان 0.05 و باتوجه به نمونه‌گیری تصادفی ۱۵۴ نفر تخمین زده شد. پس از ورود بیماران به مطالعه افزون بر گرفتن رضایت کتبی و آگاهانه از بیماران توسط یکی از همکاران طرح، اقدام به گردآوری داده‌ها شد. بیماران در صورت نیاز به مداخله درمانی روانپزشکی برای درمان فرستاده شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات عبارت بودند از: پرسشنامه دموگرافی که دربرگیرنده اطلاعاتی مانند سن، جنس، تاهل، وضعیت شغلی، شیوه زندگی، میزان تحصیلات، بیماری‌های طی همراه (سابقه بیماری ایسکمی قلب، نارسایی قلب، دیابت) و نیمکره محل ضایعه مغزی براساس مدارک تصویربرداری بود.

مطالعات ارتباطی بین محل ضایعه و بروز افسردگی دیده نشده است (۹).

مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۷ به بررسی اضطراب و افسردگی در بیماران پس از سکته پرداخت، پیشنهاد کرد افرادی که ضایعه سمت چپ مغز را داشتند در مواجهه خطر بالاتری برای ابتلای به افسردگی و اضطراب بعد از سکته مغزی بوده‌اند در حالی که سن و نیمکره ضایعه هم در بروز افسردگی و اضطراب نقش داشتند، عملکرد شناختی نیز سهم بزرگی داشته است (۱).

در مطالعه ناروشیما و همکاران افسردگی پس از سکته مغزی در بیماران با ضایعات نیمکره‌ی چپ مغزی نسبت به ضایعات نیمکره‌ی راست بیشتر بود (۱۰). عوامل خطر موثر در بروز افسردگی پس از سکته مغزی عبارتند از: سن جوان‌تر، جنس زن، اختلال عملکردی و شناختی، پیشینه افسردگی و سکته مغزی، پشتیبانی اجتماعی ضعیف و ویژگی‌های نورواناتومی سکته مغزی (محل ضایعه و نوع ضایعه) (۱۱).

با توجه به این که کاستی شناخت پس از سکته مغزی باعث ناتوانی بیمار در توصیف غم و اندوه خود می‌شود و همچنین، در مطالعات پیشین دیده شده که حوزه‌های حافظه، زبان و جهت‌یابی آسیب می‌بیند، بنابراین، ارزیابی شناختی شرکت‌کنندگان مهم است و باعث تقویت ارتباط پاسخ‌های پرسشنامه‌ها با پیامد روانشناختی بیماران می‌شود (۷).

شواهد نشان می‌دهد درمان با ضدافسردگی‌ها منجر به کاهش علائم افسردگی و اضطراب شده، باعث بهبود عملکرد بیماران می‌شود. بنابراین، تشخیص زود و به هنگام افسردگی و اضطراب پس از سکته مغزی، باعث بازتوانی دلخواه بیماران و پیشگیری از حوادث غیرمترقبه می‌شود (۱۲).

با توجه به مطالب بالا و همچنین، مسائل و مشکلاتی که بیماران پس از سکته مغزی با آنها روبرو می‌شوند (اعم از جسمی و روانشناختی)، این پژوهش با هدف بررسی فراوانی علائم افسردگی و اضطراب در پی سکته مغزی و ارتباط آن با محل ضایعه و سایر عوامل خطر انجام شد.

- پرسشنامه اندازه‌گیری استقلال عملکردی (FIM): این مقیاس شامل ۱۳ ایتِم حرکتی و ۵ ایتِم شناختی است. ایتِم‌ها بهداشت فردی، کنترل اسفنکتر، تحرک، جابجایی حرکتی و شناخت اجتماعی را پوشش می‌دهد (۱۶). مقیاس اندازه‌گیری استقلال عملکردی سطح استقلال عملکرد افراد را نشان می‌دهد. نمره‌ی ۷ به معنی استقلال عملکرد فرد و نمره‌ی ۱ به معنی وابسته بودن فرد است. بیشترین امتیاز از جمع کل نمره‌های آزمون ۱۲۶ است که مستقل بودن فرد را در انجام فعالیت‌های روزمره و کمترین امتیاز ۱۸ است که وابسته بودن فرد را نشان می‌دهد. این آزمون پایایی مناسبی (۰/۹۶) دارد (۱۷).

پس از جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از ابزارهای فوق، داده‌ها وارد نرم افزار spss-22 شد و با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (همبستگی و کای اسکور) و اکاوی شد.

نتایج

در این مطالعه ۱۵۵ بیمار دچار سکته مغزی مراجعه‌کننده سرپایی به درمانگاه‌های مغز و اعصاب رشت بررسی شدند که ۶۸ نفر (۴۳/۹ درصد) زن و ۸۷ نفر (۵۶/۱ درصد) مرد بودند. ویژگی‌های دموگرافی افراد شرکت‌کننده در جدول ۱ نشان داده شده است.

از ۱۵۵ بیمار مورد مطالعه ۱۱۰ نفر (۷۱ درصد) سکته مغزی از نوع ایسکمی و ۴۵ نفر (۳۹ درصد) از نوع هموراژی داشتند. از نظر زمان سکته مغزی، نوع حاد (۷ روز) ۲۹ نفر (۱۸/۷ درصد)، تحت حاد (۷ روز تا یکماه) ۵۱ نفر (۳۲/۳ درصد) و مزمن (یک ماه تا یکسال) ۷۵ نفر (۴۹ درصد) بود. از نظر وضعیت شناختی ۳۲ نفر طبیعی و ۱۲۳ نفر آسیب‌شناختی خفیف و متوسط داشتند.

براساس پرسشنامه HADS نشان داده شد که ۴/۵ درصد (۷ نفر) اضطراب شدید، ۲۱ درصد (۳۲ نفر) اضطراب متوسط، ۲۴/۵ درصد (۳۸ نفر) اضطراب خفیف و ۵۰ درصد (۷۸ نفر) سالم یا بدون اضطراب بودند. بین نوع سکته مغزی و شدت اضطراب رابطه معنی‌دار بود. به طوری که اضطراب شدید در سکته مغزی تحت حاد و اضطراب متوسط در سکته

- پرسشنامه Mini Mental State Examination در غربالگری اختلال شناختی: MMSE یکی از رایج‌ترین ابزارهای مختصر اندازه‌گیری کارکرد کلی شناختی است. در این پرسشنامه اطلاعاتی درباره جهت‌یابی زمانی و مکانی، ثبت اطلاعات جدید، توجه و محاسبه، یادآوری و مهارت‌های زبانی و مهارت‌های سه بعدی و عملکرد اجرایی بدست می‌آید. بیشینه نمره در این آزمون ۳۰ است. نمره بالای ۲۴-۲۲ نشانگر اختلال شناختی خفیف، نمره ۱۰ تا ۲۱ اختلال شناختی متوسط و نمره زیر ۱۰ بیانگر اختلال شناختی شدید است (۱۳). مطالعات مختلف به طور کلی پایایی و اعتبار مطلوبی را در زمینه این آزمون نشان داد که شامل حساسیت ۹۵ درصد با ویژگی ۹۷ درصد، منفی کاذب ۵ درصد با مثبت کاذب ۳ درصد در نقطه برش کلی ۱۸ بود (۱۴). در مطالعه ما در صورتی که نمره این آزمون در بیمار کمتر از ۱۸ (اختلال شناختی متوسط و شدید) می‌بود این افراد از مطالعه خارج می‌شدند.

- مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستان (HADS): ابزاری کوتاه است که با زدودن نشانه‌ای جسمی و تمرکز بر علائم روانشناختی میزان اضطراب و افسردگی در بیماران جسمی را ارزیابی می‌کند. مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستان شامل ۱۴ ایتِم و دو خرده آزمون اضطراب (پرسش‌های ۱، ۴، ۵، ۸، ۹، ۱۲ و ۱۳) و افسردگی (پرسش‌های ۲، ۳، ۶، ۷، ۱۰، ۱۱ و ۱۴) است. هر ایتِم بر مبنای یک مقیاس ۴ نمره‌ای (۰، ۱، ۲ و ۳) درجه‌بندی شده است. بیشینه نمره در هر خرده آزمون ۲۱ نمره است. نمره ۱۱ به عنوان نمره برش پیشنهاد شده و نمره‌های بالاتر از آن اهمیت بالینی دارند (۱۵). ابعاد روان‌سنجی نسخه فارسی این مقیاس بررسی شده است. آلفای کرونباخ در نمونه‌هایی از بیماران ایرانی برای خرده مقیاس‌های اضطراب و افسردگی به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۸۶ بدست آمد. افزون بر آن یافته‌ها نشان داد که هر دو خرده آزمون این مقیاس به خوبی توان تمایز گروه‌های با و بدون علائم اضطراب و افسردگی را دارد. به طور کلی نتایج روان‌سنجی این مقیاس بیانگر اعتبار آن بود (۱۵).

افسردگی رابطه معنی‌دار بود به طوری که فراوانی افسردگی شدید و متوسط در گروه سکتة مغزی مزمن (۳۱/۹۷ درصد) و تحت حاد (۳۳/۳ درصد) نسبت به گروه سکتة مغزی حاد (۱۰/۳ درصد) بیشتر بود (جدول ۳).
نتایج نشان داد بین محل درگیری مغز سمت چپ با علایم اضطراب و افسردگی رابطه معنی‌دار وجود دارد (جدول ۴ و ۵).

مغزی مزمن فراوانی بالاتری داشت (به ترتیب ۹/۸ و ۲۶/۶ درصد) (جدول ۲).
بر اساس پرسشنامه HADS نشان داده شد که ۸ نفر (۷ درصد) افسردگی شدید، ۳۶ نفر (۲۳ درصد) افسردگی متوسط، ۲۶ نفر (۱۶ درصد) افسردگی خفیف و ۸۵ نفر (۵۴ درصد) سالم یا بدون افسردگی بودند. بین نوع سکتة مغزی و شدت

جدول ۱. ویژگی‌های دموگرافیک افراد شرکت کننده

متغیرها	تعداد (درصد)
جنسیت	زن (۴۳/۹) ۶۸
	مرد (۵۶/۱) ۸۷
محل سکونت	شهر (۵۴/۸) ۸۵
	روستا (۴۵/۲) ۷۰
سن (سال)	کمتر از ۵۰ (۸) ۱۲
	۵۰-۶۰ (۳۸) ۵۹
	۶۱-۷۰ (۳۵) ۵۴
	۷۱-۸۰ (۱۴) ۲۱
	بالاتر از ۸۰ (۵) ۹
تحصیلات	بیسواد (۴۱/۹) ۶۵
	ابتدایی (۳۲/۳) ۵۰
	سیکل (۱۴/۸) ۲۳
	دیپلم (۸/۴) ۱۳
	لیسانس و بالاتر (۲/۶) ۴
وضعیت تأهل	مجرد (۰) ۰
	متاهل (۸۳/۳) ۱۲۹
	مطلقه (۰/۶) ۱
وضعیت اشتغال	بیوه (۱۶/۱) ۲۵
	بیکار (۵۰/۳) ۷۸
	کارگر (۷/۱) ۱۱
	کارمند (۱/۴) ۲
	بازنشسته (۱۹/۴) ۳۰
	آزاد (۲۱/۸) ۳۴
وضعیت زندگی	زندگی با خانواده (۹۸/۷) ۱۵۳
	زندگی در آسایشگاه (۱/۳) ۲
سابقه اختلال روانپزشکی	دارد (۳/۹) ۶
	ندارد (۹۶/۱) ۱۴۹
سابقه خانوادگی اختلال روانپزشکی	دارد (۵/۲) ۸
	ندارد (۹۴/۸) ۱۴۷
سابقه اختلال طبی	دیابت (۸/۴) ۱۳
	نارسایی قلبی (۳/۹) ۶
	بیماری ایسکمیک قلبی (۵/۸) ۹
	فشارخون (۵۳/۵) ۸۳
	همه موارد (۱۱/۰) ۱۷
	ندارد (۱۷/۴) ۲۷

جدول ۲. فراوانی اضطراب پس از سکنه مغزی در بیماران سرپایی

سطح معنی داری p	X ²	اضطراب				سکنه مغزی
		شدید	متوسط	خفیف	طبیعی	
۰/۰۵	۱۸/۵۵۴	۱(۳/۴)	۲(۶/۹)	۶(۲۰/۷)	۲۰(۶۹)	حاد
		۵(۹/۸)	۱۰(۱۹/۶)	۱۵(۲۹/۴)	۲۱(۴۱/۲)	تحت حاد
		۱(۱/۳)	۲۰(۲۶/۷)	۱۷(۲۲/۷)	۳۷(۴۹/۳)	مزمین
		۷(۴/۵)	۳۲(۲۰/۶)	۳۸(۲۴/۵)	۷۸(۵۰)	کل

جدول ۳. فراوانی افسردگی پس از سکنه مغزی در بیماران سرپایی

سطح معنی داری p	X ²	افسردگی				سکنه مغزی
		شدید	متوسط	خفیف	طبیعی	
۰/۰۵	۱۷/۰۴۳	۱(۳/۴)	۲(۶/۹)	۲(۶/۹)	۲۴(۸۲/۷)	حاد
		۲(۳/۹)	۱۵(۲۹/۴)	۱۳(۲۵/۵)	۲۱(۴۱/۲)	تحت حاد
		۵(۶/۶)	۱۹(۲۵/۳)	۱۱(۱۴/۶)	۴۰(۵۳/۳)	مزمین
		۸(۵/۲)	۳۶(۲۳/۲)	۲۶(۱۶/۷)	۸۵(۵۴/۸)	کل

جدول ۴. علایم اضطراب پس از سکنه مغزی در بیماران سرپایی بر اساس محل ضایعه

سطح معنی داری p	X ²	اضطراب				محل درگیری مغزی
		شدید	متوسط	خفیف	طبیعی	
۰/۰۵	۲۸/۹۴۵	۱(۱/۷)	۵(۸/۳)	۱۶(۲۶/۶)	۳۸(۶۳/۳)	سمت راست
		۶(۶/۳)	۲۷(۲۸/۴)	۲۲(۲۳/۱)	۴۰(۴۲/۱)	سمت چپ
		۷(۴/۵)	۳۲(۲۰/۶)	۳۸(۲۴/۵)	۷۸(۵۰/۳)	کل

جدول ۵. علایم افسردگی پس از سکنه مغزی در بیماران سرپایی بر اساس محل ضایعه

سطح معنی داری p	X ²	افسردگی			محل درگیری مغزی
		شدید	متوسط	خفیف	
۰/۰۵	۲۶/۸۲۲	۲(۱۰/۵)	۶(۳۱/۶)	۱۱(۵۷/۹)	سمت راست
		۶(۱۱/۷)	۳۰(۵۸/۸)	۱۵(۲۹/۴)	سمت چپ
		۸(۱۱/۴)	۳۶(۵۱/۴)	۲۶(۳۷/۱)	کل

صورت که اختلال شناختی خفیف باعث افزایش سطح اضطراب و افسردگی در بیماران می شود. برای محاسبه این رابطه از ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد که بررسی نمرات نشان داد که بین دو متغیر $r = 0/21$ در سطح ۱ درصد رابطه معنی دار وجود دارد (جدول ۶ و ۷).

نتایج ضریب همبستگی پیرسون نمرات اضطراب HADS با نمرات پرسشنامه عملکرد فیزیکی FIM نشان داد بین عملکرد فیزیکی بیماران با اضطراب ($p = 0/27$) و افسردگی ($p = 0/261$) پس از سکنه مغزی در بیماران سرپایی رابطه معنی دار وجود ندارد.

بین وضعیت شناختی بیماران با اضطراب و افسردگی پس از سکنه مغزی در بیماران سرپایی رابطه وجود داشت به این

جدول ۶. تعیین فراوانی علائم افسردگی براساس وضعیت شناختی بیماران پس از سکته مغزی

افسردگی	اختلال شناختی			X ²	سطح معنی داری
	طبیعی	خفیف	متوسط		
طبیعی	۲۲ (۲۸/۲)	۵۲ (۶۶/۶)	۴ (۵/۱)	۱۱/۹۸۸	۰/۰۰۱
خفیف	۶ (۱۵/۸)	۳۰ (۷۸/۹)	۲ (۵/۳)		
متوسط	۳ (۹/۴)	۲۳ (۷۱/۹)	۶ (۱۸/۸)		
شدید	۱ (۱۴/۳)	۶ (۸۵/۷)	۰ (۰)		
کل	۳۲ (۲۰/۶)	۱۱۱ (۷۱/۶)	۱۲ (۷/۷)		

جدول ۷. تعیین فراوانی علائم اضطراب براساس وضعیت شناختی بیماران پس از سکته مغزی

اضطراب	اختلال شناختی			X ²	سطح معنی داری
	طبیعی	خفیف	متوسط		
طبیعی	۲۲ (۲۵/۹)	۵۹ (۶۹/۴)	۴ (۴/۷)	۱۰/۴۷	۰/۰۰۱
خفیف	۶ (۲۳/۰۷)	۱۶ (۶۱/۵)	۴ (۱۵/۴)		
متوسط	۲ (۵/۵)	۳۱ (۸۶/۱)	۳ (۸/۳)		
شدید	۲ (۲۵)	۵ (۶۲/۵)	۱ (۱۲/۵)		
کل	۳۲ (۲۰/۶)	۱۱۱ (۷۱/۶)	۱۲ (۷/۷)		

سال‌های ۱۹۸۳ تا ۲۰۱۱ نشان می‌دهد که شیوع افسردگی در مدت یک ماه پس از سکته ۲۸ درصد، در طول ۱ تا ۶ ماه پس از سکته ۳۱ درصد و ۶ ماه تا یک سال پس از سکته ۳۳ درصد و در مطالعه‌ی دیگر شیوع آن در نخستین سال پس از سکته بیش از ۳۰ درصد بوده است (۲۱).

افسردگی گرچه در بسیاری از مطالعات در دوره‌های کوتاه مدت ارزیابی شده اما برخی مطالعات بیانگر افزایش آن در پی‌گیری‌های دراز مدت است (۲۲). به طوری که در یک بررسی در اسپانیا در زمان ترخیص تنها ۳۰ درصد بیماران دچار افسردگی بودند در حالی که در پایان اسال این میزان به ۶۷ درصد رسیده بود (۲۳). تفاوت یافته‌ها از نظر شیوع بویژه در کشور ما می‌تواند مربوط به عواملی چون انتخاب حجم نمونه، نوع ابزار تشخیصی، محل و نواحی مختلف زندگی باشد افزون بر آن زمان پژوهش پس از سکته نیز مهم است.

یافته‌های این بررسی نشان داد که در بیماران با سکته مغزی فراوانی اختلال روانی مانند افسردگی و اضطراب بالاتر است. بطوری که فراوانی اضطراب بدنال سکته مغزی در مطالعه ما ۵۰ درصد بود که با مطالعات دیگر همکاران در داخل کشور و پژوهشگران خارج از کشور هماهنگ است مانند شیوع اضطراب در پی سکته مغزی در مطالعه بارکر و همکاران (۲۴)، لپاوری و همکاران (۲۵)، و لشگری پور و همکاران (۱۹).

در این مطالعه مشاهده شد که اضطراب بیماران مبتلا به سکته مغزی از نظر جنس معنی‌دار بوده به طوری که در زنان شایع‌تر از مردان بود. اما بین متغیر محل سکونت ($P=0/321$) و تحصیلات ($P=0/906$) با متغیر اضطراب در بیماران سکته مغزی رابطه معنی‌دار بدست نیامد.

همچنین، افسردگی بیماران مبتلا به سکته مغزی از نظر جنس در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار و در زنان شایع‌تر از مردان بود. همچنین، با محل سکونت نیز در سطح ۰/۰۸۴ معنی‌دار بوده اما بین متغیر افسردگی و تحصیلات رابطه معنی‌دار بدست نیامد ($P=0/332$).

بین علائم افسردگی و اضطراب بیماران پس از سکته مغزی با عملکرد فیزیکی آنان رابطه معنی‌دار وجود نداشت (به ترتیب $X^2=5/342$ ، $p=0/148$ و $X^2=6/048$ ، $p=0/109$).

بحث و نتیجه‌گیری

ما در این مطالعه به بررسی فراوانی افسردگی و اضطراب پس از سکته‌ی مغزی پرداختیم. نتایج مطالعه ما نشان داد که فراوانی افسردگی ۴۶ درصد بوده است. در مطالعه‌ای در سوئد (۱۸) و مطالعه لشگری پور و همکاران (۱۹) و ایرانمنش و همکاران (۲۰) به ترتیب این میزان ۲۴ درصد، ۴۲ درصد و ۷۰ درصد گزارش شده، مطالعات متاآنالیز منتشر شده از

وجود داشت. مطالعات متعدد نشان دادند که نواحی مختلف مغزی عهده‌دار تظاهر هیجانی یکسانی نیستند (۳۰).

نتایج مطالعه ما نشان داد بین عملکرد فیزیکی بیماران با افسردگی پس از سکته مغزی در بیماران سرپایی رابطه معنی‌دار وجود ندارد. رابطه عملکرد فیزیکی و فراوانی اضطراب بعد از سکته مغزی از نظر آماری معنی‌دار نبود که این یافته با برخی مطالعات انجام شده مانند مطالعه لشگری پور تفاوت داشت (۱۹). علت این تفاوت می‌تواند این باشد که بررسی ما محدود به بیماران سرپایی بوده که از نظر عملکرد فیزیکی در شرایط بهتری بودند و توانایی مراجعه به درمانگاه‌ها را داشته‌اند و در مقایسه با سایر مطالعات، بیماران ساکن آسایشگاه یا مراکز نگهداری وارد مطالعه ما نشده بودند. در مطالعه ما رابطه وضعیت شناختی بیماران سکته مغزی با افسردگی معنی‌دار بوده که با یافته‌های پژوهش بارکر که نشان داد وضعیت شناختی بیماران و شیوع افسردگی به طور معنی‌دار با هم در ارتباطند، مطابقت دارد (۲۴).

به طور کلی یافته‌های مطالعه ما نشان می‌دهد که افسردگی و اضطراب متعاقب سکته مغزی فراوانی بالایی دارد. این نکته در مورد زنان و همچنین در رابطه با ضایعات سمت چپ مغز و اختلال شناختی خفیف اهمیت بیشتری دارد، بنابراین، با شناسایی عوامل تعیین‌کننده‌ی این افسردگی و اضطراب و اقدام درمانی مناسب می‌توان بسیاری از محدودیت‌های فعالیت‌های اجتماعی و وابستگی‌های زندگی روزانه را در مرحله‌ی مزمن بیماری کنترل کرد. این مطالعه، مطالعه‌ای مقطعی بود که با حجم نمونه کوچک و در منطقه جغرافیایی محدودی از ایران انجام شد و برای استفاده در سطوح بالاتر، سنجش آن در مقیاس گسترده‌تر و با حجم نمونه بزرگ‌تر می‌تواند مد نظر قرار گیرد.

بیرون رفت بیماران با مشکلات شناختی شدید، بیماران با همبودی‌های طبی و سوء مصرف مواد از دیگر محدودیت‌های این مطالعه بود که بررسی را به جامعه خاصی محدود کرد. این سنجش فقط برای بیماران سرپایی مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های نورولوژی انجام شد و شاید نتایج آن به تمام بیماران سکته مغزی قابل تعمیم نباشد. پس از سکته‌های مغزی اختلالات روانی مختلفی بروز می‌کند که سیر این

با توجه به دیگر مطالعات به نظر می‌رسد کشور ما در گروه کشورهای باشد که در آن افسردگی و اضطراب پس از سکته مغزی فراوانی بالایی دارد. هر چند علت ریزینانه آن مشخص نیست ولی بروز بیماری و زمین‌گیر شدن بیمار و ناتوانی در عملکرد پس از سکته مغزی و نپذیرفتن روانی بیماری در روزهای اولیه توسط بیمار و مشکلات شناختی می‌تواند از عوامل وفور بالای افسردگی و اضطراب در این بیماران باشد. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد میزان شیوع افسردگی در زنان پس از سکته مغزی بیش از مردان است. به نظر می‌رسد جنس مؤنث عامل خطر سازی باشد، این یافته با یافته ایرانمنش (۲۰) در زمینه فراوانی بالای افسردگی در جنس مؤنث همخوانی دارد.

نتایج ۵۶ مطالعه‌ی منتشر شده از سال ۱۹۸۲ تا ۲۰۰۶ نشان می‌دهد که در ۳۵ مطالعه شیوع افسردگی در زنان بالاتر از مردان بوده‌است (۲۶). در سوئد بعد از ۳ ماه پیگیری ۱۲ درصد مردان و ۱۶ درصد زنان علائم افسردگی نشان دادند (۲۷). در ژاپن و استرالیا نیز افسردگی در زنان بیشتر بود (۲۸ و ۲۹).

همچنین، اضطراب بیماران مبتلا به سکته مغزی از نظر جنس معنی‌دار بود به طوری که در زنان شایع‌تر از مردان بوده‌است که برپایه مطالعات فرزین راد و همکاران است (۳۰). علت این تفاوت جنسی هنوز نامشخص است. نوع ضایعات مغزی، نوع حمایت و عوامل ژنتیکی در این مساله ممکن است تأثیرگذار باشند (۲۶).

مطابق با نتایج پژوهش ما، میزان شیوع افسردگی در هر یک از گروه‌های تحصیلی بررسی شده پس از سکته مغزی، کمابیش یکسان است. اما بین محل سکونت شهرنشینی و شیوع افسردگی به دنبال سکته مغزی ارتباط معنی‌دار بدست آمد.

همچنین، پژوهش نشان داد که بین شیوع افسردگی متعاقب سکته مغزی و محل درگیری مغزی بیماران (سمت چپ) رابطه معنی‌دار وجود دارد. این مهم با پژوهش‌های انجام شده توسط ناروشیما و همکاران (۱۰) و همچنین با مطالعه بارکر همخوانی دارد (۲۴). بین شیوع اضطراب متعاقب سکته مغزی و محل درگیری مغزی بیماران (سمت چپ) رابطه معنی‌دار

عمومی تأثیر بسزایی خواهد داشت و از میزان فشارهای روانی و مسایل زندگی افراد خانواده این بیماران و به ویژه کسانی که از آنها مراقبت می‌کنند کاسته خواهد شد.

سپاسگزاری و سپاسداری

نویسندگان پژوهش حاضر بر خود لازم می‌دانند از تمام دست‌اندرکاران در به انجام رساندن این مطالعه سپاسگزاری و سپاسداری نمایند.

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

اختلالات و درمان آنها می‌تواند کاملاً متفاوت باشد. افزون بر آن، میزان تهدیدی که سکته‌های مغزی به سلامتی جامعه وارد می‌کنند و میزان بعضاً بالای عوارض روانی این بیماری متضمن این نکته است که مطالعات مشابه می‌توانند الگوی تظاهر موارد فوق را در کشورمان و تفاوت‌های احتمالی با متون موجود را روشن سازند و در ارایه راهکارهای ویژه، مفید باشند. شناسایی هرچه بیشتر این اختلالات، معرفی عوارض روانی سکته مغزی به پزشکان و بیماران و بحث درباره روش‌های گاه متفاوت درمان آنها در وضعیت سلامت

منابع

- Barker-Collo SL, Feigin VL, Lawes CM, Parag V, Senior H, Rodgers A. Reducing attention deficits after stroke using attention process training: a randomized controlled trial. *Stroke*. 2009;40(10):3293-8.
- Carod-Artal FJ, Ferreira Coral L, Trizotto DS, Menezes Moreira C. Poststroke depression: prevalence and determinants in Brazilian stroke patients. *Cerebrovasc Dis*. 2009;28(2):157-65.
- Bartoli F, Lillia N, Lax A, Crocarno C, Mantero V, Carrà G, et al. Depression after stroke and risk of mortality: a systematic review and meta-analysis. *Stroke research and treatment*. 2013;2013.
- Yue Y, Liu R, Lu J, Wang X, Zhang S, Wu A, et al. Reliability and validity of a new post-stroke depression scale in Chinese population. *J Affect Disord*. 2015;174:317-23.
- Lyon L, Borel M, Carrión M, Kew JN, Corti C, Harrison PJ, et al. Hippocampal mossy fiber long-term depression in Grm2/3 double knockout mice. *Synapse*. 2011;65(9):945-54.
- Robinson RG, Jorge RE. Post-stroke depression: a review. *Am J Psychiatry*. 2016;173(3):221-31. doi: 10.1176/appi.ajp.2015.15030363.
- Andersen G, Vestergaard K, Riis J, Lauritzen. Incidence of post-stroke depression during the first year in a large unselected stroke population determined using a valid standardized rating scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1994;90(3):190-5.
- Singh A, Herrmann N, Black SE. The importance of lesion location in poststroke depression: a critical review. *Can J Psychiatry*. 1998;43(9):921-7.
- Cassidy EM, O'Connor R, O'Keane VJD. Prevalence of post-stroke depression in an Irish sample and its relationship with disability and outcome following inpatient rehabilitation. *Disabil Rehabil*. 2004; 26(2):71-7.
- Narushima K, Kosier JT, Robinson RG. A reappraisal of poststroke depression, intra-and inter-hemispheric lesion location using meta-analysis. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2003 Fall;15(4):422-30.
- Carson AJ, MacHale S, Allen K, Lawrie SM, Dennis M, House A, et al. Depression after stroke and lesion location: a systematic review. *Lancet*. 2000; 356(9224):122-6.
- Loubinoux I, Kronenberg G, Endres M, Schumann-Bard P, Freret T, Filipkowski RK, et al. Post-stroke depression: mechanisms, translation and therapy. *J Cell Mol Med*. 2012; 16(9):1961-9. doi: 10.1111/j.1582-4934.2012.01555.x.
- Arsalani N, Nobahar M, Ghorbani R, Kia N, Etemadi M. Cognitive disorders and some associated social factors in elderly people. *Koomesh*. 2018;240-7.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013.
- Kaviani H, Seyfourian H, Sharifi V, Ebrahimkhani N. Reliability and validity of anxiety and depression hospital scales (HADS): Iranian patients with anxiety and depression disorders. *Tehran University Medical Journal*. 2009;67(5):379-85.
- Hsueh I-P, Lin J-H, Jeng J-S, Hsieh C-L. Comparison of the psychometric characteristics of the functional independence measure, 5 item Barthel index, and 10 item Barthel index in patients with stroke. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2002;73(2):188-90.
- Pohjasvaara T, Leppavuori A, Siira I, Vataja R, Kaste M, Erkinjuntti T. Frequency and clinical determinants of poststroke depression. *Stroke*. 1998;29(11):2311-7.
- Aström M. Generalized anxiety disorder in stroke patients: a 3-year longitudinal study. *Stroke*. 1996; 27(2):270-5.
- Lashkaripour K, Moghtaderi A, Sajadi S, Faghihinia M. Prevalence of post stroke depression and its relationship with disability and lesion location. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2008; 3(39):191-7.
- Iranmanesh F, Vazirynejad R, Gaderi F, Rajabpoor NJJoFUoMS. Study of relationship between prevalence of post stroke depression and stroke risk factor. *Journal*

of Fasa University of Medical Sciences. 2012;2(6):266-70.

21. Ayerbe L, Ayis S, Wolfe CD, Rudd AG. Natural history, predictors and outcomes of depression after stroke: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2013;202(1):14-21.

22. Pinoit J-M, Bejot Y, Rouaud O, Benatru I, Osseby G-V, Bonin B, et al. Post-stroke depression, another handicap. *Presse Med*. 2006;35(12 Pt 1):1789-93.

23. Carod-Artal F, González-Gutiérrez J, Egido-Herrero J, de Seijas Varela E. Post stroke depression: predictive factors at one year follow up. *Rev Neurol*. 2002;16-31;35(2):101-6.

24. Barker-Collo SL. Depression and anxiety 3 months post stroke: prevalence and correlates. *Arch Clin Neuropsychol*. 2007;22(4):519-31.

25. Leppävuori A, Pohjasvaara T, Vataja R, Kaste M, Erkinjuntti T. Generalized anxiety disorders three to four months after ischemic stroke. *Cerebrovasc Dis*. 2003;16(3):257-64.

26. Poynter B, Hon MS, Diaz-Granados N, Kapral M, Grace SL, Stewart DE. Sex differences in the

prevalence of post-stroke depression: a systematic review. *Psychosomatics*. 2009; 50(6): 563-9. doi: 10.1176/appi.psy.50.6.563.

27. Eriksson M, Asplund K, Glader E-L, Norrving B, Stegmayr B, Terént A, et al. Self-reported depression and use of antidepressants after stroke: a national survey. *Stroke*. 2004;35(4):936-41.

28. Ohira T, Iso H, Satoh S, Sankai T, Tanigawa T, Ogawa Y, et al. Prospective study of depressive symptoms and risk of stroke among Japanese. *Stroke*. 2001;32(4):903-8.

29. Hackett ML, Anderson CS. Predictors of depression after stroke: a systematic review of observational studies. *Stroke*. 2005;36(10):2296-301.

30. Farzinrad B, Maghsoodi K, Malakooti K. Assessment of mental disorders in cerebral stroke patients admitted at Rasool Hospital. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services*. 2009;2(65):10-4.