بررسی شیوع افسردگی در بیماران با انفارکتوس حاد میوکارد در بیمارستان شهید بهشتی کاشان طی سال ۱۳۷۶

دکتر سید محمود سیدی *، محسن نقدسی **

خلاصه

سابقه و هدف: با توجه به شیوع افسردگی و شایع بودن MI و عوارض شناخته شده آن دو و عدم اطلاع از وضعیت افسردگی در محیط CCU و به منظور بررسی شیوع افسردگی در بیماران AMI بستری شده در بخش CCU بیمارستان شهید بهشتی کاشان ، این تحقیق در زمستان سال ۱۳۷۶ انجام گرفت.

مواد و روشها: مطالعه اخیر از نوع توصیفی (Descriptive)ب وده و بر روی کلیه بیماران مبتلا به MI بستری شده در CCU صورت پذیرفت که به طور متوسط ماهانه حدود ۳۰ نفر انتخاب شدند و با مراجعه به پرونده بیماران، وجود هرگونه سابقه ناراحتی قلبی، مصرف دارو و اختلالات خلقی بررسی گردید. پس از انتخاب نمونه برای افسردگی ، بیمارانی که اختلالات خلقی ، مصرف داروهای موثر بر روان و یا سابقه بستری نداشتند ، انتخاب شدند. سپس آزمایش Beck برای کلیه بیماران تکمیل گردید. این شاخص به درجات صفر تا ۳ طبقه‌بندی شدند و ۱۵ عنوان محتوای روان شناختی و ۱۶ عنوان محتوای جسمی دارد. فهرست افسردگی Beck ، ۱۴-۰ ؛ افسردگی در سطح طبیعی جامعه ، ۳۰-۱۵ ؛ افسردگی خفیف ، ۴۷-۳۱ ، افسردگی با شدت متوسط ۶۳-۴۸ و افسردگی شدید می‌باشد. سپس داده‌ها با کمک برنامه EPI5 و با استفاده از شاخص‌های توصیفی ارایه گردید.

یافته‌ها: طی مدت مطالعه، ۱۰۰ بیمار که ۲۳ نفر (۲۳ درصد) زن و ۷۷ نفر (۷۷ درصد) مرد بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. بیشترین میزان افسردگی خفیف و متوسط در بین کارگران و بیشترین تعداد افسردگی خفیف در افراد دارای تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم مشاهده گردید. افسردگی متوسط در افراد با تحصیلات بالاتر، کمتر دیده شد. هم‌چنین افسردگی در خانواده‌های با جمعیت کمتر ، بیشتر ملاحظه می‌گردد. شیوع افسردگی در زنان ۳-۲ برابر بیش از مردان است. ابتلا به MI و بستری در CCU بروز افسردگی را افزایش می‌دهد امّا بین شدت افسردگی، سن ، جنس، سواد و شغل تفاوتی مشاهده نشد. آیا ابتلا به MI و بستری شدن در CCU میزان بروز افسردگی را افزایش می‌دهد؟ که این مساله نیاز به انجام مطالعه‌ای در سطح وسیع و پی‌گیری بیماران به مدت طولانی مشخص می‌گردد.

نتیجه گیری: نتایج مطالعه توجه بیشتر به خانم‌های بستری در بخش CCU و هم‌چنین افرادی که تعداد خانوار آنها کمتر از ۲-۱ نفر است را نشان می‌دهد و هم‌چنین لزوم بررسی اثرات محیط بخش CCU بر میزان افسردگی با توجه به اهمیت عوارض افسردگی در این بیماران را نشان می‌دهد.

واژگان کلیدی: افسردگی ، انفارکتوس حاد میوکارد

* دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی کاشان ، گروه داخلی

** دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی کاشان ، دانشکده پرستاری و مامایی

مقدمه

افسردگی در بین عوام به طور وسیعی جهت توصیف خصوصیات اساسی که با کاهش روحیه، دل‌مردگی و غم‌زدگی همراه است استفاده می‌شود امّا غم‌زدگی به طور الزامی بیانگر آن نیست که فرد دارای اختلاها یا بیماری روانی است (۱). از نظر آماری شیوع اختلال خلقی طی طول عمر در مردان زیر ۲ درصد و در زنان ۱۰ درصد می‌باشد. افسردگی یک عکس العمل معمول در مقابل بیماری‌های جدّی است و احتمالاً در ۵۰ درصد بیماران سکتهٔ قلبی دیده می‌شود. حدود ۱۵ درصد از این بیماران در نهایت خودکشی می‌کنند و از میان آنهایی که اقدام ناموفق داشتند(۲)، ۱۰ درصد در نهایت خود را می‌کشند. همین طور افسردگی در زنان جوانی که دارای ۳ فرزند زیر ۵ سال هستند و یا شوهران آنها دارای روحیهٔ ناسازگاری با خانواده می‌باشند بیشتر دیده می‌شود (۴). از آن جایی که بیماری‌های قلبی - عروقی شایع‌ترین علل مرگ و میر و از کارافتادگی بوده است و تقریباً $\frac{1}{2}$ موارد مرگ و میر، ناشی از انفارکتوس میوکارد می‌باشد و با توجه به اهمیت بخش CCU در ساعت‌های ابتدایی بعد از MI و نیز مسایل خاص روانی مرتبط با این بخش‌ها می‌تواند در نتیجه نهایی وضعیت بیمار تعیین کننده باشد که مهم‌ترین آنها، افسردگی است که احتمالاً مرگ و میر در ۶ ماه بعد از سکته نسبت به بیمارانی که دچار آن نشده‌اند، بیشتر است (۴). اضطراب پس از MI با افزایش خطر ایسکمی و آریتمی همراه است. کاهش عملکرد بیمار و اضطراب حاصل از بیماری قلبی و هم‌چنین مصرف یک سری از داروهای به کار رفته در بیماران قلبی مانند داروهای ضد فشار خون ، ضد آریتمی و ضد کلسترول می‌تواند توجیهی برای علت افسردگی در این بیماران باشد. در بین داروهای ضد فشار خون ، مسددهای β کمتر و مسددهای کانال کلسیم بیشتر منجر به افسردگی می‌شوند (۳). TCA مصرفی در بیماران افسرده هم می‌تواند در ایجاد آریتمی در بیماران افسرده نقش داشته باشد. از طرفی، افسردگی می‌تواند با کاهش فعالیت پاراسمپاتیک ، ایجاد آریتمی ونتریکولار نماید. دیابت تقریباً ۲۷/۵-۸/۵ درصد با افسردگی و MDD همراه است (۷). سرطان پانکراس وازوفارنکس بیش از سایر مشکلات طبی‌داخلی با MDD همراه‌است (تقریباً ۵۰-۴۰ درصد) . هم‌چنین در اغلب موارد CVA با MDD همراه است (۸).

درمان MDD :

۱- رفتار درمانی شامل: خانواده، روانکاوی و ...

۲- دارو درمانی : الف - ضد افسردگی (ایمی‌پرامین، آمی‌تریپتیلین و ...) (۱).

ب - ECT : به عنوان مطمئن‌ترین روش نام برده می‌شود.

افسردگی ذهنی و MI هم‌بستگی نزدیکی دارند (۶). مهارکننده انتخابی بازجذب سروتونین ، اثرات آریتموژنی را کاهش می‌دهد و اثرات مفیدی دارد. علاوه بر افسردگی در عوامل روان شناختی همانند اضطراب و اختلالات خلقی کم در بیماران سکته‌ای، غیر معمول نیست (۱۰). از آن‌جایی که خیلی از بیماران بعد از MI به همراه افسردگی دچار اضطراب نیز هستند، از روش‌های کاهش استرس امری غیرضروری می‌باشد. در این میان می‌توان از اطمینان بخشیدن به بیمار و آموزش در مورد سوتفاهم‌ها در مورد بیماری و Relaxation نام برد (۳). در بیشتر بیماران افسردگی می‌تواند با آموزش زود به حرکت درآمدن ، شرکت در فعالیت‌های توان بخشی و اطمینان از سوی کارکنان پزشکی تقلیل یابد. مداخلات دارویی این نوع معالجه تمرکز خود را بر روی داروهای ضد افسردگی سه حلقه‌ای و ترکیبات مربوط به آن قرار می‌دهد.

بیماران با سطوح بالای اضطراب ۴/۹ بار بیشتر از

مواردمشابه عوارض دارد. حدود $\frac{۴}{۵}$ افسرده‌ها از اختلال خواب شاکی هستند که معمولاً به صورت اختلال در خواب رفتن می‌باشد. ترس، عصبانیت ، افسردگی و احساس گناه بلافاصله پس از انفارکتوس شایع می‌باشند (۱۰). بسیاری از بیماران به سرعت بهبودی روانی پیدا می‌کنند امّا تعدادی (در حدود $\frac{۱}{۳}$ آنها) از آثار روانی منفی که کیفیت زندگی‌شان را مختل می‌سازد رنج می‌برند (۵). گزارش‌های متعدد نشان داده است که بیمارانی که طی دوران اولیه بهبودی دچار مشکل روانی، به خصوص افسردگی و اضطراب هستند باعث بروز اختلالات دراز مدت از قبیل زمین‌گیری و توقف فعالیت می‌شود. بلافاصله پس از سکته حالت روانی بیمار می‌تواند وقایع جسمی را تحت تاثیر قرار دهد. در ساعتها و روزهای بعد از انفارکتوس افزایشی در سطح پلاسمایی کاتکول آمین‌ها، اسیدهای چرب آزاد و کورتیزول به وجود می‌آید که می‌تواند به وقوع عواقب بالقوه کشنده کمک کند (۶). تظاهرات بالینی افسردگی در بیمارانی که در طول یک ماه تا یک سال پس از MI یک رخداد افسردگی ماژور در آنها تشخیص داده شده مشابه با نمونه‌های بیماران افسردهٔ بستری گردیده در بخش روانپزشکی بودند که هیچ گونه بیماری قلبی نداشتند به جز این که حالت تهاجمی در بیماران پس از MI به میزان قابل ملاحظه‌ای افزایش داشت امّا هیچ گونه مرگ و میر دیده نشد (۷). افسردگی در حالی که در بیمارستان بعد از MI رخ دهد، یک پیش آگهی مهم در مرگ و میر طی ۱۸ ماه پس از MI می‌باشد (۸) . بیمارانی که رخدادهای مهم و جدّی در دو سال قبل از MI حاد خود داشته‌اند و یا آنهایی که از خستگی کم و شدید در مرحلهٔ قبل از بستری گردیدن در بیمارستان رنج می‌بردند در معرض سطوح بالایی از افسردگی قابل توجه قرار داشتند (۸). MDD در بیماران بستری مبتلا به MI یک عامل خطر مستقل بر روی مرگ و میر طی ۶ ماه می‌باشد. یک رویداد آریتمی در ابتدای مرحله بستری شدن یک انفارکتوس راجعه، تنگی نفس و آنژین صدری پایدار قبل از MI حاد به طور قابل ملاحظه‌ای با درجات شدیدتر افسردگی ارتباط دارند (۲).

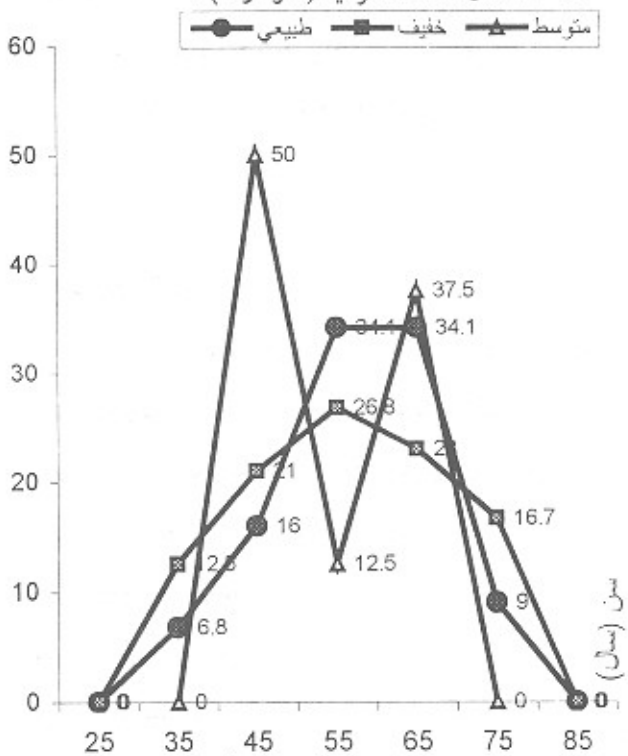
مواد و روشها

پژوهش حاضر با روش توصیفی (Descriptive) بر روی بیماران مبتلا به MI صورت پذیرفت. تشخیص MI براساس شرح حال موجود ، آزمایش‌های پاراکلینیک و مطالعه بالینی می‌باشد، سپس اطلاعات افراد از قبیل سن، جنس، وجود هرگونه سابقه ناراحتی قلبی از جمله سکته قلبی، مصرف هر دو نوع دارو و وجود سابقه اختلالات خلقی ، پرسش نامه فرم اطلاعاتی تکمیل گردید. تعداد بیمارانی که اختلالات خلقی نداشته و سابقه مصرف داروهایی که بر روی روان تاثیر دارند و سابقه بستری نداشته‌اند، انتخاب شدند. با استفاده از آزمایش Beck میزان افسردگی بیماران توسط روانپزشک تعیین گردید . افرادی که براساس آزمایش نمره کمتر از ۱۵ داشتند، به عنوان افراد سالم ، نمره ۳۰-۱۵ افسردگی خفیف ، ۴۷-۳۱ افسردگی متوسط و ۶۳-۴۸ افسردگی شدید تلقی گردید. داده‌های فرم اطلاعاتی با استفاده از آمارهای توصیفی ارایه شد.

یافته‌ها

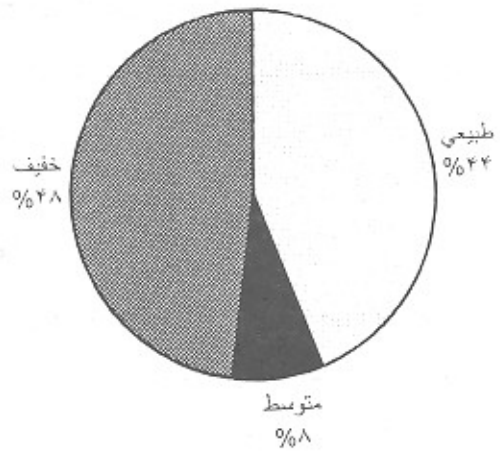
طی مدت مطالعه ، از ۱۰۰ فرد مورد بررسی ، ۲۳ نفر زن و ۷۷ نفر مرد بودند. از بین بیماران، ۸ نفر (۸ درصد) مبتلا به افسردگی متوسط، ۴۸ نفر (۴۸ درصد) به افسردگی خفیف و ۴۴ نفر (۴۴ درصد) سالم بودند. بیشترین تعداد افسردگی خفیف در گروه سنی ۶۰-۵۰

سال و بیشترین تعداد افسردگی متوسط در گروه سنی ۵۰-۴۰ سال مشاهده گردید (نمودار ۱).



نمودار ۱- توزیع ۱۰۰ بیمار مبتلا به سکته قلبی حاد بر حسب شدت افسردگی و سن بستری در CCU بیمارستان شهید بهشتی کاشان طی سال ۱۳۷۶

وضعیت افسردگی در افراد مورد مطالعه در نمودار (۲) ارایه شد. اکثریت افراد مورد مطالعه افسردگی از نوع خفیف داشتند.



نمودار ۲- توزیع فراوانی افسردگی در افراد مورد مطالعه بستری شده در بخش CCU

طبق نمودار (۲) هیچ مورد افسردگی شدید مشاهده نگردید.

هم‌چنین شدت افسردگی بر حسب جنس در جدول (۱) ذکر شده و نشان می‌دهد که اختلافی از نظر شدت افسردگی در دو جنس دیده نمی‌شود.

جدول ۱- توزیع فراوانی بیماران مبتلا به AMI بر حسب شدت افسردگی و جنس بستری شدن در CCU بیمارستان شهید بهشتی کاشان طی زمستان سال ۱۳۷۶

جنس / شدت افسردگی	نداشتند (سالم)	خفیف	متوسط
مرد	۳۴ (۴۴/۱)	۳۷ (۴۸/۱)	۶ (۷/۸)
زن	۱۰ (۴۳/۵)	۱۱ (۴۷/۸)	۲ (۸/۷)
جمع	۴۴	۴۸	۸

وضعیت افسردگی بر حسب سطح سواد افراد در جدول (۲) ارایه گردیده و نشان می‌دهد که توزیع افسردگی در سطوح مختلف سواد اختلال ناچیزی دارد.

جدول ۲- توزیع فراوانی مبتلایان به AMI بر حسب شدت افسردگی و میزان تحصیلات

میزان تحصیلات / شدت افسردگی	نداشتند (سالم)	خفیف	متوسط
بی‌سواد	۱۷ (۴۲/۵)	۱۹ (۴۷/۵)	۴ (۱۰)
دیپلم و کمتر	۲۱ (۴۵/۶)	۲۲ (۴۷/۸)	۳ (۶/۵)
بالاتر از دیپلم	۶ (۴۲/۸)	۷ (۵۰)	۱ (۷/۲)
جمع	۴۴	۴۸	۸

بیشترین میزان افسردگی در کارگران و کمترین آن در سایر مشاغل می‌باشد که نتایج آن در جدول (۳) ارایه گردید.

جدول ۳- توزیع فراوانی بیماران مبتلا به AMI بر حسب شدت افسردگی و شغل که در بخش CCU بیمارستان شهید بهشتی کاشان طی سال ۱۳۷۶ بستری شده‌اند.

شدت افسردگی / شغل	نداشتند (سالم)	خفیف	متوسط
کارمند	۱۴ (۴۳/۷)	۱۶ (۵۰)	۲ (۶/۳)
کارگر	۱۷ (۴۱/۵)	۲۱ (۵۱/۲)	۳ (۷/۳)
غیره	۱۳ (۴۸/۱)	۱۱ (۴۰/۸)	۳ (۱۱/۱)
جمع	۴۴	۴۸	۸

از ۱۰۰ بیمار مورد بررسی، ۳۲ نفر کارمند، ۴۱ نفر کارگر و ۲۷ نفر شغل‌های دیگر داشتند (جدول ۳).

بیشترین میزان افسردگی در افرادی که تعداد خانوار آنها بین ۲-۱ نفر است. افسردگی متوسط در افرادی که تعداد خانوار بیشتر از ۶ نفر دارند، بیش از سایرین گروه‌ها دیده شد (جدول ۴).

جدول ۴- توزیع فراوانی بیماران مبتلا به AMI بر حسب شدت افسردگی و بعد خانوار

شدت افسردگی / بعد خانوار	نداشتند (سالم)	خفیف	متوسط
۲-۱	۱۶ (۳۴/۸)	۲۶ (۵۶/۶)	۴ (۸/۶)
۵-۳	۱۹ (۵۱/۴)	۱۶ (۴۳/۲)	۲ (۵/۴)
۶ و بیشتر	۹ (۵۳)	۶ (۳۵/۳)	۲ (۱۱/۷)
جمع	۴۴	۴۸	۸

بحث

براساس تحقیق به عمل آمده از ۱۰۰ بیمار، ۵۶ نفر مبتلا به افسردگی بودند که شامل ۴۸ درصد خفیف، ۸ درصد متوسط و مورد افسردگی شدید ملاحظه نگردید. گزارش‌های دیگری که نتیجه تحقیق بر روی ۳۷۷ بیمار ۶ ماه پس از MI است نشان داد که ۱۳/۳ درصد افسردگی شدید داشتند، ۲۲/۵ درصد افسردگی متوسط و ۶۴/۲ درصد افسردگی خفیف داشتند. هیچ اختلافی در مشخصات پایه بین گروه مرجع و گروهی که دچار افسردگی می‌شدند وجود نداشت. اکثر بیماران در سنین پایین‌تر از ۵۰ سال دچار افسردگی متوسط بودند که می‌تواند بدین خاطر باشد که اکثر این افراد بیشترین مسئولیت‌های اجتماعی و خانوادگی را به دوش می‌کشند و مانند یک تروما باعث افسرده شدن بیماران مستعد می‌گردد امّا در مورد اثر محیط بخش CCU و تاثیر بیماری بر روی میزان افسردگی و شدت آن نیاز به بررسی بیشتری دارد و درمورد افسردگی بعد از MI شاید به دلیل مهار انتخابی بازجذب سروتونین و در نهایت، کاهش اثرات مفیدی که سروتونین دارد می‌تواند منجر به ایجاد افسردگی گردد.

شیوع بیماری از نظر جنس و نسبت مرد به زن ۳/۳ به ۱ بود. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که شدت افسردگی در دو گروه تفاوت معنی‌داری نشان نمی‌دهد که شاید به دلیل این باشد که مردان در این سن از نظر اجتماعی فعال‌تر بوده و با ابتلا به انفارکتوس و بستری شدن در بخش CCU باعث محدود شدن این فعالیت‌ها و هم‌چنین به دوش کشیدن هزینهٔ زندگی بعد از MI منجر به ایجاد یأس و ناامیدی و ناتوانی شده که خود می‌تواند باعث کاهش انرژی بیمار و افسردگی او گردد.

از تعداد ۱۰۰ بیمار مورد بررسی که ۷۷ نفر مرد و ۲۳ نفر زن بودند.

از ۷۷ نفر مرد مبتلا به بیماری MI ، ۳۴ نفر (۴۴/۱ درصد) افسردگی در سطح طبیعی جامعه بود. زنان مبتلا به AMI ۳۴/۴ درصد افسردگی در سطح طبیعی جامعه داشته‌اند و ارتباطی بین جنس و افسردگی در سطح طبیعی جامعه دیده نمی‌شود.

شدت افسردگی در سطح سواد، بعد خانوار (شلوغی) و ... نقشی نداشت. بیشترین تعداد افسردگی خفیف را افراد دارای تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم و پس از آن افراد بی‌سواد تشکیل می‌دادند. مطالعات غربی نشان می‌دهد که بیماران با سطوح بالای اضطراب بیشتر از موارد مشابه دچار افسردگی می‌شوند(۳) که می‌تواند به دلایل فعالیت بیشتر افراد تحصیل کرده در جامعه باشد که با ابتلا به انفارکتوس و ایجاد محدودیت برای آنها منجر به بروز افسردگی در بیماران مستعد گردد. در خانواده‌هایی که تعداد افراد آنها ۱ و ۲ نفری بوده ، میزان افسردگی بیشتر از سایر گروه‌ها بود که می‌تواند به دلیل بالابودن میزان ابتلا این افراد به انفارکتوس میوکارد در این سن که خود سن فعال با بیشترین فعالیت‌های اجتماعی و خانوادگی به عنوان یک ضربهٔ عمده منجر به افسردگی گردد. براساس جدول (۳) از میان کارمندان، کارگران و مشاغل دیگر، بیشترین تعداد افسردگی خفیف در بین کارگران و پس از آن در کارمندان دیده می‌شود . در نهایت، بین شغل و شدت افسردگی اختلافی مشاهده نگردید.

افسردگی پس از MI شایع است و به میزان کمی به عوامل پزشکی و روانی - اجتماعی بستگی دارد (۸). تحقیقات نشان داده که افسردگی پایدار پس از MI یک منبع مهم و مستقل برای Morbidity بعدی و کیفیت کاهش یافته طولانی مدت زندگی می‌باشد. افسردگی عوارض جانبی بر روی رفتار بیماری و درک درد دارد (۹).

افسردگی ماژور در بیماران بستری بعد از MI یک متغیر واحد با ارزش در پیش‌گویی میرایی در مدت کمتر از یک ماه است و مطالعات آینده نگر لازم می‌باشد تا اثر درمان‌های موثر افسردگی را بر روی بقای بیماران سکته‌ای معین سازند.

References :

1. Wilson HD. Harrison's principles of internal medicine. 14th ed. New york: McGraw- Hill; 1996: 1.
2. Braunwald E. Heart disease a textbook of cardiovascular medicine. 13th ed. Philadelphia: WB Saunders; 1984; 2.
3. Kaplan HI. Synopsis of psychiatry. 16th ed. Baltimore: William & Wilkins; 1991: 125-131 , 188-189.
4. Crowe JM. Anxiety and depression after acute myocardial infarction. Heart Lung. 1996; 25(2): 98-107.
5. Lesperance F. Frasure SN. Talajic M. Major depression before and after myocardial infarction. Psychosom Med. 1996; 58 (2): 99-140.

6. Moser DK. Dracup K. Is anxiety early after myocardial infarction association with subsequent ischemic and arrhythmic events; psychosom Med. 1996; 58 (5): 395-401.
7. Frasure SN. Lesperance F. Talajic M. Depression and 18 month prognosis after myocardial infarction circulation. 1995: 999-1005.
8. Frasure SN. Lesperance F. Talajic M. Depression following myocardial infection. Impact on 6 month survival. Published erratum apperars in JAMA. 1994; 13: 271 (14).
9. Kaufmann MW. Fitzgibbons JP. Sussman EJ. Reed JF. Relation between myocardial infarction depression hostility and death. Am Heart J. 1999: 549-554.