

بررسی شیوع افسردگی پس از سکتۀ مغزی و ارتباط آن با میزان ناتوانی و محل ضایعۀ مغزی

*دکتر کبری لشکری پور^۱، دکتر علی مقتدری^۲،

دکتر سیدعلی رضا سجادی^۲، دکتر محسن فقیهی نیا^۳

^۱استادیار روان پزشکی، ^۲دانشیار مغز و اعصاب - دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، ^۳پزشک عمومی

خلاصه

مقدمه: این مطالعه با هدف بررسی میزان بروز افسردگی پس از سکتۀ مغزی و عوامل مرتبط با آن انجام گردید.

روش کار: این بررسی یک مطالعه ی توصیفی تحلیلی و مقطعی است که در ۶ ماهه ی نخست سال ۱۳۸۶ در بخش مغز و اعصاب بیمارستان خاتم الانبیاء زاهدان، پس از کسب تایید کمیته ی اخلاق دانشگاه، انجام گردید. تعداد ۱۰۰ نفر بیمار مبتلا به سکتۀ مغزی به روش نمونه گیری در دسترس در صورت تمایل و دارا بودن شرایط ورود به مطالعه و نداشتن شرایط حذف از مطالعه در ماه اول پس از سکتۀ مغزی مورد ارزیابی قرار گرفتند. این بیماران با استفاده از پرسش نامه ی مشخصات دموگرافیک، آزمون افسردگی بک و شاخص ناتوانی بارتل ارزیابی شدند و داده ها با استفاده از آزمون تی و مجذور خی، با کمک نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: از مجموع ۱۰۰ بیمار مورد مطالعه (۶۱ مرد، ۳۹ زن) ۴۲ نفر (۴۲٪) افسرده بودند. بین میزان ناتوانی جسمی پس از سکتۀ مغزی بر اساس شاخص ناتوانی بارتل ($BI < 60$) و فراوانی افسردگی ارتباط معنی داری مشاهده شد ($P < 0.001$) ولی بین افسردگی و محل ضایعۀ رابطه ی معنی دار مشاهده نگردید.

نتیجه گیری: به نظر می رسد بین میزان ناتوانی جسمی ناشی از سکتۀ مغزی و بروز افسردگی ارتباط معنی دار وجود دارد.

واژه های کلیدی: آزمون افسردگی بک، افسردگی، سکتۀ مغزی، شاخص ناتوانی بارتل

مقدمه

سکتۀ مغزی سومین علت شایع مرگ و میر و شایع ترین اختلال ناتوان کننده مغز و اعصاب در بین بزرگسالان می باشد. سالانه حدود ۷۵۰۰۰۰ مورد سکتۀ مغزی جدید اتفاق می افتد و تقریباً ۱۵۰۰۰۰ نفر در سال در ایالات متحده در اثر سکتۀ مغزی فوت می کنند (۱-۴).

شیوع سکتۀ مغزی با بالا رفتن سن افزایش یافته، در مردها بیشتر از زنان و در آفریقایی ها و آمریکایی ها بیشتر از سفید پوستان است. عوامل خطر آن پر فشاری خون، افزایش کلسترول خون، سیگار، مصرف بیش از حد الکل و مصرف قرص های پیش گیری از بارداری می باشند (۱-۴).

^۳آدرس مولف مسئول: ایران، زاهدان، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان،

بیمارستان روان پزشکی بهارن

تلفن تماس: ۰۵۴۱-۴۵۱۳۷۷۷

Email: dr_lashkaripour@yahoo.com

تاریخ وصول: ۸۶/۸/۹ تاریخ تایید: ۸۷/۲/۳۰

سکتۀ مغزی جدی ترین اختلال عصبی در جهان به شمار می آید و نیمی از موارد بستری اورژانس در بیماری های عصبی را تشکیل می دهد (۳). اگرچه شیوع سکتۀ مغزی در دهه های اخیر کاهش یافته که علت اصلی آن بهبود در درمان فشارخون بالا می باشد، اما با این حال سکتۀ مغزی کماکان در میان بیماری های مغز و اعصاب بزرگسالان رتبه ی اول را به لحاظ اهمیت و میزان شیوع دارد (۳-۵). به طوری که در گروه سنی ۵۵-۶۴ سال میزان بروز سالیانه ۲۰-۱۰ در ۱۰۰۰۰ و در گروه سنی بالاتر از ۸۵ سال به ۲۰۰ در ۱۰۰۰۰ افزایش می یابد (۳).

ارتباط بین اختلالات عصبی روانی و بیماری های عروقی مغزی از ۱۰۰ سال پیش توسط پزشکان تشخیص داده شده است به طوری که امیل کرپلین از ارتباط بین دیوانگی شیدایی افسردگی و بیماری عروقی مغزی سخن گفته است و یوگین بلویلر

به نظر می رسد تلاش در جهت تشخیص و درمان افسردگی در این بیماران نه تنها باعث بهبودی علایم افسردگی می شود بلکه منجر به کاهش خطر سکنه ی مغزی بعدی، اثر بر بهبود عملکرد پس از سکنه ی مغزی، کاهش مرگ و میر و ناتوانی و کاهش نیاز به استفاده از مراقبت های بهداشتی پس از سکنه ی مغزی می گردد (۱۸).

با توجه به مطالب فوق و وجود نظرات مختلف در مورد شیوع افسردگی پس از سکنه ی مغزی و ارتباط آن با محل ضایعه ی مغزی و میزان ناتوانی (معلولیت) جسمی پس از سکنه ی مغزی، این مطالعه با هدف بررسی فراوانی افسردگی و ارتباط آن با محل ضایعه و سایر عوامل خطر طراحی گردید.

روش کار

این بررسی یک مطالعه توصیفی تحلیلی مقطعی است که در ۶ ماه اول سال ۱۳۸۶ در بخش نورولوژی بیمارستان خاتم الانبیاء زاهدان، پس از تایید کمیته ی اخلاق دانشگاه، انجام گردید. حجم نمونه بر اساس مطالعات قبلی و شیوع ۵۰٪ و ضریب اطمینان ۹۵٪ و میزان خطای ۱٪ به تعداد ۹۶ نفر محاسبه گردید. جهت افزایش ضریب اطمینان تعداد ۱۰۰ نفر بیمار مبتلا به سکنه ی مغزی به روش نمونه گیری در دسترس در صورت تمایل و دارا بودن شرایط ورود به مطالعه (سن بالای ۱۸ سال، مشخص بودن محل ضایعه ی مغزی با سی تی اسکن یا ام آر آی مغزی، وجود اختلال حسی حرکتی و نمره ایندکس بارتل قبل از سکنه بالاتر از ۷۰) و نداشتن شرایط (آفازی، اختلال هوشیاری، $MMSE < 20$)^۱ در ماه اول پس از سکنه ی مغزی مورد ارزیابی قرار گرفتند. این بیماران با استفاده از پرسش نامه ی مشخصات دموگرافیک، پرسش نامه ی افسردگی بک و شاخص ناتوانی بارتل ارزیابی شدند.

پرسش نامه ی افسردگی بک در ایران توسط ابراهیم اخوت استاندارد شده و به طور وسیعی برای سنجش افسردگی در افراد طبیعی و روانی به کار می رود. این آزمون به عنوان یک آزمون مستقل از فرهنگ شناخته شده و در اقشار مختلف اجتماعی قابل اجرا می باشد. در یک تحلیل سطح بالا از مطالعات مختلف

از خلق ملاتکولیک پس از سکنه ی مغزی برای ماه ها و حتی گاهی طولانی تر نیز گزارش داده است. با وجود اشارات ذکر شده در گذشته، مطالعات سیستماتیک در مورد این موضوع در ۳۰ سال اخیر انجام گردیده است (۳).

اگرچه سبب شناسی افسردگی پس از سکنه ی مغزی ناشناخته است ولی مطالعات زیادی عنوان کرده اند که محل ضایعه ی مغزی نقش مهمی در بروز افسردگی دارد (۳). افسردگی یکی از شایع ترین عوارض روحی و روانی در میان بازماندگان سکنه ی مغزی است که با ناتوانی پیشرونده، اختلالات شناختی و مرگ و میر در این بیماران همراه است که معمولاً حداکثر زمان بروز آن بین ۶ تا ۲۴ ماه پس از سکنه ی مغزی می باشد، اما در برخی از بیماران ممکن است حتی تا ۳ سال پس از سکنه ی مغزی نیز اتفاق بیفتد (۳، ۵، ۶). شیوع افسردگی در مطالعات انجام شده بین ۶۶-۱۰ درصد گزارش شده است (۳، ۵، ۱۰-۷).

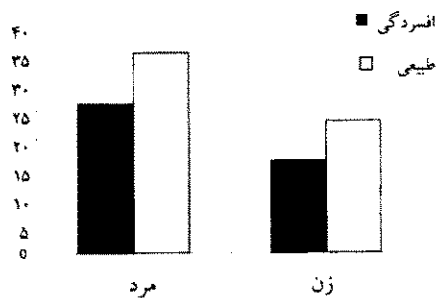
عوامل زیادی نظیر طول مدت پس از سکنه ی مغزی، خصوصیات شخصیتی فرد، نوع درمان تجویز شده برای سکنه ی مغزی و ابزار تشخیصی به کار رفته برای تعیین افسردگی در میزان شیوع گزارش شده موثر می باشند (۸). عوامل خطر موثر در بروز افسردگی پس از سکنه ی مغزی عبارتند از: سن جوان تر، جنسیت زن، اختلالات عملکردی و شناختی، سابقه ی قبلی افسردگی و سکنه ی مغزی، حمایت اجتماعی ضعیف و خصوصیات نوروآناتومیک سکنه ی مغزی (محل ضایعه و نوع ضایعه) (۵، ۱۳-۸).

با وجود مطالعات زیادی که در این زمینه انجام گردیده است هنوز در مورد ارتباط بین محل ضایعه و بروز افسردگی اتفاق نظر وجود ندارد، به طوری که در بعضی از مطالعات انجام شده ارتباطی بین محل ضایعه و بروز افسردگی مشاهده نشده است (۱۴، ۱۵). حتی بعضی مطالعات ارتباط بین افسردگی و ضایعه در نیمکره ی راست را نشان دادند (۱۵). در مطالعات دیگری نیز به این نتیجه رسیدند که عوامل روان شناختی بیشتر از عوامل عصبی در بروز افسردگی نقش دارند (۱۶، ۱۷).

با توجه به شیوع بالای سکنه ی مغزی و احتمال بروز افسردگی در درصد زیادی از این بیماران و موثر بودن درمان در صورت تشخیص،

^۱. Mini Mental Status Examination

مورد ارزیابی قرار گرفتند. از ۱۰۰ بیمار مورد بررسی ۴۲ نفر (۴۲٪) براساس آزمون افسردگی بک افسرده بودند و ۵۸ نفر (۵۸٪) نمره ی آزمون افسردگی کمتر از ۱۵ داشتند و علایم افسردگی نداشتند.



نمودار ۱- میزان افسردگی بر اساس آزمون بک در بیماران سکته ی مغزی به تفکیک جنس

از مجموع ۱۰۰ بیمار مورد بررسی ۶۱ بیمار (۶۱٪) مرد و ۳۹ بیمار (۳۹٪) زن بودند. در مقایسه انجام شده با استفاده از آزمون K^2 از نظر آماری ارتباط معنی داری بین جنسیت و افسردگی مشاهده نگردید ($P=0/875$ و $df=1$ و $K^2=0/025$). در بررسی انجام شده ۶۵٪ افراد در گروه سنی بالای ۶۵ سال بودند که ارتباط معنی داری بین سن و افسردگی در بیماران سکته ی مغزی مشاهده نگردید (جدول شماره ۱).

جدول ۱- مقایسه ی توزیع فراوانی افسردگی پس از

سن		طبیعی		افسرده		جمع	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۶۰ < سال	۱۶	۴۵/۷	۱۹	۵۴/۳	۳۵	۱۰۰	
	۴۲	۶۴/۶	۲۳	۳۵/۴	۶۵	۱۰۰	
جمع		۵۸	۵۸	۴۲	۴۲	۱۰۰	

($P=0/068$ و $df=1$ و $K^2=3/336$)

میانگین سنی گروه طبیعی ۶۶/۳۴ سال با انحراف معیار ۱۰/۶۹ و میانگین سنی بیماران افسرده ۶۲/۶۹ با انحراف معیار ۱۰/۹۴ بود که در مقایسه انجام شده با آزمون تی تفاوت معنی دار بین دو گروه از نظر سن وجود نداشت (جدول شماره ۲).

برای تعیین همسانی درونی، ضرایب ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ به دست آمده است. این آزمون در مجموع از ۲۱ ماده ی مرتبط با نشانه های مختلف تشکیل می شود و هنگام اجرا از آزمودنی خواسته می شود شدت این نشانه ها را بر اساس یک مقیاس ۴ درجه ای از ۰-۳ درجه بندی کند. پرسش ها با زمینه های احساس ناتوانی، شکست، احساس گناه، تحریک پذیری، آشفتگی خواب و از دست دادن اشتها ارتباط دارد. این آزمون از نوع خودسنجی است و برای تکمیل آن ۵-۱۰ دقیقه زمان لازم است. این پژوهش با توجه به دستورالعمل زیر نمره گذاری شده و طبق قرارداد:

۱۴-۰ به عنوان افراد طبیعی یا افراد با افسردگی در سطح بهنجار

۳۱-۱۵ افراد با افسردگی خفیف

۴۷-۳۲ افراد با افسردگی متوسط

۶۳-۴۸ افراد با افسردگی شدید در نظر گرفته شد (۱۹).

شاخص ناتوانی بارتل نیز از ۰-۱۰۰ نمره گذاری شده که در این شاخص ۱۱ مورد شامل بهداشت فردی، استحمام، غذاخوردن، توالیت رفتن، بالا رفتن از پله، لباس پوشیدن، کنترل روده، کنترل مثانه، چرخیدن و یا چرخاندن صندلی چرخ دار (در صورتی که بیمار با صندلی چرخ دار حرکت می کند و در این مورد آموزش دیده باشد) و جا به جا کردن صندلی و رخت خواب ارزیابی می گردد. که این عوامل مستقل از فرهنگ بوده و لذا خط برش در فرهنگ ایران مشخص نشده است. روش نمره گذاری به این صورت بود که برای هر مورد فوق در صورت توانایی انجام آن، نمره ی مورد نظر توسط پژوهش گر، بر طبق دستورالعمل شاخص ناتوانی بارتل داده شده و سپس نمره ی کل جمع می شد و طبق قرارداد نمرات ۶۰ و بالاتر نشان دهنده ی توانایی زندگی بدون وابستگی به دیگران بود (۲۰). در نهایت داده ها با استفاده از آزمون تی و مجذور خی، با معیار معنی دار بودن آزمون ها با $P<0/05$ ، با کمک نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

در این مطالعه ۱۰۰ بیمار مبتلا به سکته ی مغزی بستری در بخش داخلی اعصاب بیمارستان خاتم الانبیاء شهرستان زاهدان

جدول ۲- مقایسه ی میانگین سنی بیماران افسرده و طبیعی

وضعیت افسردگی	میانگین سن	انحراف استاندارد	مبتلا به سکنه ی مغزی	
			t	P
افسرده	۶۲/۶۹	۱۰/۹۴		
طبیعی	۶۶/۳۴	۱۰/۶۹	۱/۶۷	۰/۹۸

نظر آماری ارتباط معنی داری بین نوع ضایعه ی مغزی و افسردگی مشاهده نگردید ($P=0/815$ و $df=1$ و $K^2=0/055$). از ۱۰۰ بیمار مورد مطالعه ۵۸ نفر (۵۸٪) ضایعه ی نیمکره ی چپ مغزی و ۴۲ نفر (۴۲٪) ضایعه ی نیمکره ی راست مغزی داشتند که از نظر آماری ارتباط معنی داری بین محل ضایعه ی مغزی و فراوانی افسردگی مشاهده نشد (جدول شماره ۳).

جدول ۳- مقایسه ی توزیع فراوانی افسردگی پس از سکنه ی

مغزی بر حسب محل ضایعه ی مغزی

محل ضایعه ی مغزی	طبیعی	افسرده	جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
نیمکره چپ	۳۶	۶۲/۱	۲۲	۳۷/۹
نیمکره راست	۲۲	۵۲/۴	۲۰	۴۷/۶
جمع	۵۸	۵۸	۴۲	۴۲

($K^2=0/939$ و $df=1$ و $P=0/333$)

از مجموع ۱۰۰ بیمار مورد مطالعه براساس نمره ایندکس ناتوانی بارتل، ۳۹ نفر (۳۹٪) ناتوان ($BI < 60$) و ۶۱ نفر (۶۱٪) توانمند ($BI \geq 60$) بودند که از نظر آماری ارتباط معنی داری بین میزان ناتوانی جسمی و فراوانی افسردگی مشاهده گردید. به طوری که فراوانی افسردگی در گروه ناتوان از نظر جسمی بیشتر بود (جدول شماره ۴).

میانگین نمره ی شاخص ناتوانی بارتل در گروه طبیعی ۶۸/۰۸ با انحراف معیار ۱۲/۸۹ و در گروه افسرده ۵۵/۵۲ با انحراف معیار ۱۵/۵۵ می باشد که در مقایسه ی انجام شده با آزمون تی تفاوت معنی دار در نمره شاخص ناتوانی بارتل در دو گروه مورد مطالعه مشاهده گردید (جدول شماره ۵).

از نظر میزان تحصیلات ۶۵ نفر (۶۵٪) بی سواد، ۱۶ نفر (۱۶٪) تحصیلات ابتدایی، ۱۰ نفر (۱۰٪) سیکل و ۹ نفر (۹٪) تحصیلات دیپلم و بالاتر داشتند که بین میزان تحصیلات و افسردگی ارتباط معنی داری مشاهده نشد ($P=0/437$ و $df=3$ و $K^2=2/717$). از نظر وضعیت زندگی ۸۰ نفر (۸۰٪) با همسر و فرزندان و ۲۰ نفر (۲۰٪) با فرزندان زندگی می کردند (همسران شان را از دست داده بودند) که از نظر آماری ارتباط معنی داری بین وضعیت زندگی افراد و افسردگی وجود نداشت ($P=0/839$ و $df=1$ و $K^2=0/41$).

۸۵ نفر از شرکت کنندگان (۸۵٪) درآمد کمتر از ۲۵۰ هزار تومان در ماه و ۱۵ نفر (۱۵٪) درآمد ۲۵۰ تا ۵۰۰ هزار تومان در ماه را بیان کردند و هیچ کدام از بیماران درآمد بالای ۵۰۰ هزار تومان را ذکر نکردند.

از نظر آماری ارتباط معنی داری بین میزان درآمد و افسردگی مشاهده گردید به طوری که فراوانی افسردگی در گروه با درآمد ۵۰۰-۲۵۰ هزار تومان در ماه بیشتر بود ($P=0/036$ و $df=1$ و $K^2=4/408$).

در این بررسی ۷۵ نفر (۷۵٪) دچار ضایعه ی ترومبوامبولیک و ۲۵ نفر (۲۵٪) دچار ضایعه ی هموراژیک مغزی بودند که از

جدول ۴- مقایسه ی توزیع فراوانی افسردگی پس از سکنه ی مغزی بر حسب شاخص ناتوانی بارتل با استفاده از آزمون مجذور خی

میزان ناتوانی جسمی	طبیعی	افسرده	جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
ناتوان $BI < 60$	۱۴	۳۵/۹	۲۵	۶۴/۱
توانمند $BI \geq 60$	۴۴	۷۲/۱	۱۷	۳۷/۹
جمع	۵۸	۵۸	۴۲	۴۲

($K^2=12/822$ و $df=1$ و $P<0/001$)

جدول ۵- مقایسه ی میانگین نمره شاخص ناتوانی بارتل در بیماران

وضعیت افسردگی	میانگین نمره شاخص ناتوانی بارتل	انحراف استاندارد	افسرده و طبیعی با آزمون تی	
			t	p
افسرده	۵۵/۵۲	۱۵/۵۵	۶/۶۰	۰/۰۰۱
طبیعی	۶۸/۰۸	۱۲/۸۹		

در بیماران سابقه ی قبلی افسردگی نیز بررسی گردید که فقط یک بیمار سابقه ی قبلی افسردگی را ذکر نمود که ارزش آماری نداشت. هیچ کدام از بیماران مورد مطالعه سابقه ی قبلی سکه ی مغزی را ذکر ننمودند.

بحث و نتیجه گیری

افسردگی یکی از عوارض روان شناختی ناتوان کننده سکه ی مغزی بوده که در تمامی حوزه های اجتماعی، شغلی، بین فردی، هیجانی و شناختی بیماران مبتلا اثرات مخربی به جای می گذارد.

عوامل متعددی به عنوان عوامل خطر در ارتباط با افسردگی پس از سکه ی مغزی مطرح گردیده است. این عوامل خطر شامل: محل ضایعه در نیمکره ی چپ، جنس زن، گروه سنی جوان تر، سابقه ی قبلی افسردگی، سابقه ی قبلی سکه ی مغزی و تنها زندگی کردن می باشد.

در این مطالعه ۱۰۰ بیمار (۶۱ مرد و ۳۹ زن) مورد بررسی قرار گرفتند که ۴۲٪ آن ها بر اساس آزمون افسردگی بک افسرده بودند و ارتباط معنی داری بین میزان ناتوانی ناشی از سکه ی مغزی و افسردگی مشاهده گردید ولی سایر عوامل خطر ذکر شده در مطالعات قبلی با افسردگی ارتباط معنی داری نداشتند. در مطالعه گلامکوسکی^۱ و همکارانش (۷) شیوع کلی افسردگی پس از سکه ی مغزی ۶۶٪ گزارش شد که از این تعداد ۵۱٪ افسردگی خفیف و ۱۵٪ افسردگی متوسط تا شدید داشتند که در این تحقیق نیز شیوع افسردگی پس از سکه ی مغزی ۴۲٪ بوده که ۲۶٪ آن ها افسردگی خفیف و ۱۶٪ افسردگی متوسط داشتند. هاف^۲ و همکارانش (۹) به این نتیجه رسیدند که شدت آسیب عصبی پس از سکه ی مغزی (میزان ناتوانی فرد پس از سکه ی مغزی)، جنس زن، تاریخچه ی اختلالات روانی قبلی و

شرایط اجتماعی بد، خطر ابتلا به افسردگی پس از سکه ی مغزی را افزایش می دهند. هم چنین افزایش سن و محل ضایعه ی مغزی ارتباط خاصی با شیوع افسردگی پس از سکه نداشت که در این مطالعه نیز بین فراوانی افسردگی و میزان ناتوانی فرد ارتباط معنی داری وجود داشته ($P < 0/001$)، هم چنین بین میزان درآمد ماهیانه (شرایط اقتصادی و اجتماعی) و فراوانی افسردگی ارتباط معنی داری وجود داشت ($P = 0/03$) که برخلاف مطالعه ی فوق در این مطالعه افسردگی در گروه با درآمد ماهیانه ی متوسط بیشتر مشاهده شد که احتمالاً می توان آن را به سطح انتظار بالاتر این افراد جهت بهبودی هر چه سریع تر و به دست آوردن سطح عملکرد اجتماعی قبلی بدون وابستگی به دیگران نسبت داد.

ما در این مطالعه بین محل ضایعه و سن افراد با افسردگی ارتباط معنی داری مشاهده نکردیم و هم چنین در این بررسی هیچ ارتباطی معنی داری بین جنسیت فرد، وضعیت زندگی، سابقه ی قبلی افسردگی، سابقه ی قبلی حوادث عروقی مغزی، نوع ضایعه ی مغزی (ترومبوآمبولیک و هموراژیک) و میزان تحصیلات با افسردگی مشاهده نشد.

بر خلاف مطالعه ناروشیما^۳ و همکارانش (۱۲) که نشان دادند افسردگی پس از سکه ی مغزی در بیماران با ضایعات نیمکره ی چپ مغزی نسبت به ضایعات نیمکره ی راست بیشتر است. در بررسی بوزیکاس^۴ و همکارانش (۱۶) روی ۹۵ بیمار سکه ی مغزی و نیز مطالعه ی جیانوتی^۵ و همکارانش (۱۷) روی ۱۵۳ بیمار مبتلا به سکه ی مغزی به این نتیجه رسیدند که عوامل روان شناختی نقش موثرتری نسبت به عوامل عصبی و تشریحی در بروز افسردگی پس از سکه ی مغزی دارند که نتایج این مطالعه نیز هماهنگ با مطالعات فوق می باشد.

در پایان با توجه به نتایج به دست آمده در این تحقیق بین سن، جنس، میزان تحصیلات، نوع سکه ی مغزی (هموراژیک و ترومبوآمبولیک) و محل سکه ی مغزی (نیمکره ی راست یا چپ) با شیوع افسردگی پس از سکه ی مغزی ارتباط معنی داری وجود نداشته و تنها عاملی که در این مطالعه ارتباطی معنی داری با فراوانی و میزان بروز افسردگی داشت میزان ناتوانی جسمی بیمار بر اساس شاخص ناتوانی بارتل بود.

^۳ Bozikas^۴ Gianotti^۵ Narushima^۱ Glamcevski^۲ Huff

و بررسی چگونگی تغییر علائم، تشدید یا تخفیف علائم افسردگی در طی ۲ سال اول پس از سکته مغزی عنوان پژوهشی جدید در این زمینه باشد.

تشکر و قدردانی

در پایان از راهنمایی های متخصصین محترم داخلی اعصاب، آقایان دکتر رام رودی و دکتر خسروی که در تشخیص بیماران سکته مغزی ما را یاری نمودند، تشکر نموده و از زحمات بی دریغ کارکنان بخش داخلی اعصاب بیمارستان خاتم الانبیاء زاهدان نیز قدردانی می نمایم. این تحقیق با تایید شورای پژوهش دانشکده پزشکی زاهدان انجام گردیده و برای انجام آن از هیچ سازمانی حمایت مالی دریافت نشده است.

لذا می توان چنین نتیجه گرفت که افسردگی پس از سکته مغزی ترکیب پیچیده ای از عوامل عوامل روان شناختی مثل ویژگی های شخصیتی فرد و عوامل هیجانی و شناختی وی و عوامل اجتماعی مثل استرس های اجتماعی و روابط بین فردی او و عوامل بیولوژیک ناشی از آسیب مغزی می باشد که بررسی هر یک از این عوامل، می تواند مقوله ی یک پژوهش جدید باشد. لذا با توجه به نتایج به دست آمده از این مطالعه پیشنهاد می شود جهت کاهش احتمال بروز افسردگی در این بیماران، تلاش جدی تری در جهت آموزش نیاز به توان بخشی به بیمار و خانواده ی بیمار و ارجاع آن ها به مراکز توان بخشی برای تسريع در بهبود ناتوانی فیزیکی بیماران انجام گیرد.

یکی از محدودیت های این پژوهش عدم امکان پی گیری بیماران پس از ترخیص از بیمارستان بود، لذا پی گیری بیماران پس از سکته مغزی می تواند در تکمیل این پژوهش

References

1. Greenberg DA, Aminof MJ, Simon RP. Clinical neurology. 5th ed. New York: McGraw Hill; 2002: 232.
2. Smith WS, Johnston C, Easton D. Cerebrovascular disease. In: Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. (editors). Harrison's principles of internal medicine. 16th ed. New York: McGraw Hill; 2005: 2372.
3. Robinson RG, Jorge RE. Neuropsychiatry aspects of cerebrovascular disorders. In: Sadock JB, Sadock AV. (editors). Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. New York: Lippincott Williams and Wilkins; 2005: 349-54.
4. Victor M, Ropper AH. Adam's and Victor's principles of neurology. 8th ed. New York: McGraw Hill; 2005: 660.
5. Robinson RG. Post stroke depression: Prevalence, diagnosis, treatment and disease progression. Biol Psychiatry 2003; 54(3): 376-87.
6. Khan F. Post stroke depression. Aust Fam Physician 2004; 33(10): 831-4.
7. Glamcevski MT, Pierson J. Prevalence and factors associated with post stroke depression: A Malaysian study. J Stroke Cerebrovas 2005; 14(4): 157-61.
8. Terroni Lde M, Leite CC, Tinone G, Fraguas JR. Post stroke depression: Risk factors and antidepressant treatment. Rev Assoc Med Bras 2003; 49(4): 450-9.
9. Huff W, Steckel R, Sitzer M. Post stroke depression: Risk factors and effects on the course of the stroke. Nervenarzt 2003; 74(2): 104-14.
10. Ellen M, Whyte H, Benoit H. Post stroke depression: Epidemiology, 1976 pathophysiology and biological treatment. Biol Psychiatry 2002; 52(3): 253-64.
11. Yu L, Liu CK, Chen JW, Wang SY, Wu YH, Yu SH. Relationship between post stroke depression and lesion location: A meta-analysis. Kaohsiung J Med Sci 2004; 20(8): 372-80.
12. Narushima K, Kosier JT, Robinson RG. A reappraisal of post stroke depression, intra and inter hemispheric lesion location using meta-analysis. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 2003; 15(4): 422-30.

13. Carson AJ, McHale S, Allen K, Laurie SM, Dennis M, House A, et al. Depression after stroke and lesion location: A systematic review. *Lancet* 2000; 356 (8): 122-6.
14. Cassidy EM, O'Connor R, O'Keane V. 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.
15. Singh A, Herrmann N, Black SE. The importance of lesion location in post stroke depression: A critical review. *Can J Psychiatry* 1998; 43(9): 921-7.
16. Bozikas VP, Gold G, Kovari E, Herrmann F, Karavatos A, Giannakopoulos P, et al. Pathological correlates of post stroke depression in elderly patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005; 13(2): 166-9.
17. Gainotti G, Azzoni A, Marra C. Frequency, phenomenology and anatomical clinical correlates of major post stroke depression. *Br J Psychiatry* 1999; 175(2): 163-7.
18. Williams LS. Depression and stroke: Cause or consequence? *Semin Neurol* 2005; 25(4): 396-409.
19. Groth Marnat G. [Handbook of psychological assessment]. Pashasharifi H, Nikkhou MR. (translators). Tehran: Roshd; 1994: 23-30. (Persian)
20. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jakson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963; 185(9): 914-9.

