

بررسی فراوانی نسبی اختلالات افسردگی در بیماران آماده جراحی پیوند عروق کرونر (CABG)

*دکتر هما ضرابی (MD)^۱ - دکتر محمدجعفر مدبرنیا (MD)^۱ - دکتر محمدرضا علیمی (MD)^۱ - دکتر طالب بدری (MD)^۱

*نویسنده مسئول: رشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، بیمارستان شفا

پست الکترونیک: dr_zarrabi2000@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۸۶/۵/۲ تاریخ پذیرش: ۸۶/۱۲/۷

چکیده

مقدمه: افسردگی بیماری شایعی است به گونه‌ای که از هر ۵ زن یک نفر و از هر ۱۰ مرد یک نفر در طول زندگی آن را تجربه می‌کند. همچنین گروه‌های خاصی در جامعه امکان ابتلا بیشتری به افسردگی دارند که از جمله افراد با بیماری‌های مزمن و بیماری قلبی-عروقی و نیز افراد آماده عمل جراحی پیوند عروق کرونر هستند.

هدف: تعیین فراوانی نسبی اختلالات افسردگی در بیماران کاندیدای عمل CABG در بیمارستان آموزشی حشمت رشت.

مواد و روش‌ها: در یک مطالعه توصیفی، ۲۵۰ بیمار که از ابتدای مهر ۱۳۸۵، برای عمل CABG در بیمارستان حشمت رشت بستری شده بودند، ابتدا توسط آزمون بک ارزیابی و در صورت بالاتر بودن نمره بیش از ۱۶، با بیمار مصاحبه بالینی برای وجود افسردگی صورت می‌گرفت.

نتایج: از ۲۵۰ بیمار بررسی شده، ۶۷ نفر (۲۶/۸٪) نمره بک بیش از ۱۶ داشتند و ۳۹ نفر (۱۵/۶٪) مبتلا به اختلالات افسردگی بودند. از این میان ۱۲ نفر (۳۱٪) مرد و ۲۷ نفر (۶۹٪) زن بودند که از نظر آماری این اختلاف معنی‌دار بود ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین بین تحصیلات و افسردگی ارتباط معنی‌دار بود ($P < ۰/۰۱$) و بیشترین میزان افسردگی مربوط به افراد با تحصیلات ابتدایی یا بی سواد بود. بین وضعیت شغلی و اختلال افسردگی رابطه معنی‌دار وجود داشت ($P < ۰/۰۰۱$) به گونه‌ای که بیشترین میزان افسردگی در زنان خانه دار یا افراد بیکار بود (۳۲/۶٪). افسردگی با وجود بیماری همراه، رابطه معنی‌دار داشت ولی با محل سکونت، وضعیت تأهل و بیماری دیابت رابطه معنی‌دار یافت نشد.

نتیجه‌گیری: پیشنهاد می‌شود با توجه به شیوع بالای افسردگی در بیماران قلبی-عروقی، کاندید CABG و اثر آن بر میزان ناتوانی و مرگ و میر بعد از عمل، تمام بیماران قبل از عمل مورد معاینه روانپزشکی قرار گیرند تا بستری‌های متعدد بعد از عمل کاهش یافته و کیفیت زندگی بیماران بهبود یابد.

کلید واژه‌ها: اختلال افسردگی / آزمون افسردگی بک / بای پس عروق کرونر

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره هفدهم شماره ۶۶، صفحات: ۶۷-۶۰

مقدمه

دیابت و بیماری عروق کرونر است (۱). افسردگی از شایع‌ترین بیماری‌های روانپزشکی در دنیا است به گونه‌ای که از هر ۵ زن یک نفر و از هر ۱۰ مرد یک نفر در طول زندگی، اختلال افسردگی را تجربه می‌کند (۱). در کشور ما، شیوع بیماری‌های اعصاب و روان در مردان ۱۴/۹٪ و در زنان ۲۵/۹٪ که به وسیله ابزار GHQ28 اندازه‌گیری شده است و افسردگی دومین بیماری شایع روانی است (۲).

بیماری‌های قلبی از مهم‌ترین علت مرگ و میر در ایران (۳) و کشورهای صنعتی (۱) می‌باشد. شیوع افسردگی در بیماران قلبی ۱۵-۱۰٪ است (۱). بیماران مبتلا به تنگی انسداد عروق کرونر که با دارو کنترل نشوند تحت عمل بازگشایی عروق شامل بازگشایی با بالون و پیوند عروق (CABG) می‌گردند. در بیماران کاندید CABG،

با پیشرفت جامعه‌بشری و صنعتی شدن جوامع و افزایش پیچیدگی روابط اجتماعی و تغییر منابع استرس، الگوی بیماری‌ها نیز در جامعه متمدن تغییر کرده و از شکل سنتی بیماری‌ها که اغلب شامل بیماری‌های عفونی و سوء تغذیه بود به سمت بیماری‌هایی همچون افسردگی، بیماری‌های قلبی، دیابت، حوادث و ... پیش می‌رود. علاوه بر این اگر به دیدگاه‌های جدید که علاوه بر بیماری، به ناتوانی ایجاد شده، تأثیر بر کیفیت زندگی و بار مالی ناشی از بیماری‌ها توجه نماییم، سهم این بیماری‌ها باز هم افزایش خواهد یافت.

بیماری‌های خلقی که بخش عمده آن شامل اختلال افسردگی است، طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، چهارمین مشکل بهداشت جهان است و ناتوانی ایجاد شده از آن معادل بیماری‌هایی همچون فشار خون،

این طرح توسط دو نفر از رزیدنت‌های روانپزشکی اجرا گردید. ابتدا هماهنگی جهت گرفتن شرح حال و همچنین اجرای آزمون بک با متخصص اعصاب و روان صورت گرفت. جهت بیماران بستری در بخش جراحی قلب بیمارستان حشمت، ابتدا آزمون بک انجام گرفت و در صورت بالاتر بودن نمره تست بیش از ۱۶ با بیمار مصاحبه بالینی از جهت وجود افسردگی صورت گرفت. در صورت وجود مشکل ارتباطی مثل ناشنوایی یا عدم آشنایی با زبان فارسی یا عدم رضایت برای انجام طرح، بیمار از مطالعه حذف می‌گردید. پس از انجام طرح اطلاعات با ابزار آماری SPSS v15 و آزمون مجذور کای تحلیل گردید.

نتایج

از میان بیماران مورد بررسی ۳۹ (۱۵/۶٪) نفر دچار افسردگی بودند که ۱۲ نفر مرد و ۲۷ نفر زن بودند و این اختلاف معنی دار بود ($P < 0/001$). همچنین بین تحصیلات و افسردگی ارتباط معنی دار وجود داشت ($P < 0/01$) و بیشترین میزان مربوط به افراد دارای تحصیلات ابتدایی یا بی سواد بود.

بین وضعیت شغلی و افسردگی رابطه معنی دار وجود داشت ($P < 0/01$) به گونه‌ای که بیشترین میزان افسردگی در زنان خانه‌دار و افراد بیکار ۳۲/۶٪ نفر و کمترین مقدار در افراد بازنشسته یا شاغل ۱۲/۳٪ نفر مشاهده شد. شیوع افسردگی در افراد دیابتی ۲۳٪ در برابر ۱۳٪ در افراد غیردیابتی بود که معنی دار نبود ولی شیوع افسردگی در افرادی که بیماری همراه داشتند ۲۱٪ در برابر ۱۰/۳٪ در افراد فاقد بیماری همراه بود که از لحاظ آماری معنی دار بود ($P < 0/02$).

افسردگی در ساکنان شهر ۱۶٪ و در ساکنان روستا ۱۴/۵٪ بود که تفاوت معنی دار نداشت. افسردگی در افراد زیر ۶۵ سال، ۱۹/۷٪ در برابر ۵/۶٪ در افراد بالای ۶۵ سال بود که معنی دار بود ($P < 0/01$) بین وضعیت

شیوع علائم بارز افسردگی در مطالعات مختلف، متفاوت می‌باشد که از ۱۵٪ تا ۴۳٪ ذکر شده است (۱، ۷-۴). افسردگی همراه در این بیماران، میزان عفونت و اختلال بهبود زخم را افزایش می‌دهد (۱۰) همچنین نشان داده شده است که وجود افسردگی، مرگ و میر و عوارض دراز مدت این بیماران را افزایش می‌دهد (۷، ۹ و ۱۰). از طرفی مهمترین عامل پیش‌بینی‌کننده افسردگی بعد از عمل، نمرات بالای افسردگی قبل از عمل می‌باشد (۱، ۹، ۱۱ و ۱۲). این مطالعه تاکنون در بیماران ایرانی صورت نگرفته و آمارهای ارائه شده در سایر کشورها تفاوت فاحشی با هم دارند و اکثراً شیوع علائم افسردگی را بررسی کرده‌اند و شیوع اختلال افسردگی را مشخص ننموده‌اند. عوامل محیطی در شیوع افسردگی دارای نقش می‌باشد به طوری که میزان افسردگی در کشورهای آسیایی کمتر از اروپا و آمریکا می‌باشد (۱). همچنین در یک مطالعه در ایران، سطح تحصیلات با افسردگی رابطه معکوس داشته است (۵). بیماران کاندید CABG اکثراً سن بالاتر از ۵۰ سال دارند و با توجه به تاریخچه آموزش و پرورش کشور و مطالعات قبلی (۱۳) از سطح تحصیلی پائین برخوردارند لذا تصمیم گرفتیم در یک مطالعه مقطعی شیوع اختلال افسردگی را در بیماران بستری شده جهت عمل CABG اندازه بگیریم تا از نتایج آن جهت برنامه‌ریزی برای بهبود نتایج عمل جراحی و افزایش بقا و کاهش عوارض این بیماران و افزایش کیفیت زندگی آنان استفاده گردد.

مواد و روش‌ها

جامعه مورد مطالعه: در این مطالعه مقطعی کلیه بیمارانی که از ابتدای مهر ۱۳۸۵ جهت عمل CABG در بیمارستان حشمت رشت بستری شده بودند، یک روز قبل از عمل، از نظر وجود افسردگی بررسی شدند و مطالعه تا تکمیل نمونه‌ها به تعداد ۲۵۰ نفر ادامه پیدا نمود.

بالاتر از نقطه برش قرار می گیرند که (۸۲/۴٪) ۲۸ نفر مبتلا به افسردگی بودند. در این مطالعه فقط ۵ نفر به علت مشکل ارتباطی یا عدم رضایت حذف گردیدند. شیوع انواع افسردگی در جدول ۱ مشاهده می شود. را اندازه بگیریم تا از نتایج آن برای برنامه ریزی بهبود نتایج عمل جراحی و افزایش بقا و کاهش عوارض این بیماران و افزایش کیفیت زندگی آنان استفاده شود.

مواد و روش ها

جامعه مورد مطالعه: در این مطالعه مقطعی کلیه بیمارانی که از ابتدای مهر ۱۳۸۵ برای عمل CABG در بیمارستان حشمت رشت بستری شده بودند، یک روز قبل از عمل، از نظر وجود افسردگی بررسی شدند و مطالعه تا تکمیل نمونه‌ها به تعداد ۲۵۰ نفر ادامه پیدا کرد. روش اجرا: این طرح توسط دو نفر از رزیدنتهای روانپزشکی اجرا شد. ابتدا هماهنگی برای گرفتن شرح حال و همچنین اجرای آزمون بک با متخصص اعصاب و روان صورت گرفت. برای بیماران بستری در بخش جراحی قلب بیمارستان حشمت، ابتدا آزمون بک انجام گرفت و در صورت بالاتر از ۱۶ بودن نمره آزمون، با بیمار مصاحبه بالینی برای بررسی وجود افسردگی صورت گرفت. در صورت وجود مشکل ارتباطی مثل ناشنوایی یا عدم آشنایی با زبان فارسی یا عدم رضایت برای انجام طرح، بیمار از مطالعه حذف شد. پس از انجام طرح اطلاعات با ابزار آماری SPSS v15 و آزمون مجذور کای تحلیل شد.

نتایج

از میان بیماران مورد بررسی ۳۹ (۱۵/۶٪) نفر دچار افسردگی بودند که ۱۲ نفر مرد و ۲۷ نفر زن بودند و این اختلاف معنی دار بود ($P < 0/001$). همچنین بین تحصیلات و افسردگی ارتباط معنی دار وجود داشت

تأهل و افسردگی رابطه معنی دار بدست نیامد. ۶۷ نفر نمره بک بیشتر از ۹ داشتند که ۳۳ نفر (۴۹/۳٪) مبتلا به افسردگی بودند. اگر نقطه برش را طبق معیاری که برای ایران تعریف شده ۱۶، در نظر بگیریم، ۳۴ نفر بیماری‌های قلبی از مهمترین علت مرگ و میر در ایران (۳) و کشورهای صنعتی (۱) است. شیوع افسردگی در بیماران قلبی ۱۵-۱۰٪ است (۱). بیماران مبتلا به تنگی انسداد عروق کرونر که با دارو کنترل نشوند تحت عمل بازگشایی عروق شامل بازگشایی با بالون و پیوند عروق (CABG) می‌شوند. در بیماران کاندید CABG، شیوع علایم بارز افسردگی در مطالعات مختلف، متفاوت است که از ۱۵٪ تا ۴۳٪ ذکر شده است (۱) و (۷-۴). افسردگی همراه در این بیماران، میزان عفونت و اختلال بهبود زخم را افزایش می‌دهد (۱۰). همچنین نشان داده شده است که وجود افسردگی، مرگ و میر و عوارض دراز مدت این بیماران را افزایش می‌دهد (۷، ۹ و ۱۰). از طرفی مهمترین عامل پیش بینی کننده افسردگی بعد از عمل، نمرات بالای افسردگی قبل از عمل است (۱، ۹، ۱۱، ۱۲). این مطالعه تاکنون در بیماران ایرانی صورت نگرفته و آمارهای ارایه شده در سایر کشورها تفاوت فاحشی با هم دارند و اکثراً شیوع علایم افسردگی را بررسی کرده‌اند و شیوع اختلال افسردگی را مشخص ننموده‌اند. عوامل محیطی در شیوع افسردگی نقش دارد به طوری که میزان افسردگی در کشورهای آسیایی کمتر از اروپا و آمریکا است (۱). همچنین در یک مطالعه در ایران، سطح تحصیلات با افسردگی رابطه معکوس داشته است (۵). بیماران کاندید CABG اکثراً سن بالاتر از ۵۰ سال دارند و با توجه به تاریخچه آموزش و پرورش کشور و مطالعات قبلی (۱۳) از سطح تحصیلی پایین برخوردارند، بنابراین تصمیم گرفتیم در یک مطالعه مقطعی شیوع اختلال افسردگی را در بیماران بستری شده برای عمل CABG

۱۴/۵٪ بود که تفاوت معنی دار نداشت. افسردگی در افراد زیر ۶۵ سال، ۱۹/۷٪ در برابر ۵/۶٪ در افراد بالای ۶۵ سال بود که معنی دار بود ($P < ۰/۰۱$). بین وضعیت تأهل و افسردگی رابطه معنی دار به دست نیامد. ۶۷ نفر نمره بک بیشتر از ۹ داشتند که ۳۳ نفر (۴۹/۳٪) مبتلا به افسردگی بودند. اگر نقطه برش را طبق معیاری که برای ایران تعریف شده، ۱۶ در نظر بگیریم، ۳۴ نفر بالاتر از نقطه برش قرار می گیرند که ۲۸ نفر (۸۲/۴٪) مبتلا به افسردگی بودند. در این مطالعه فقط ۵ نفر به علت مشکل ارتباطی یا عدم رضایت حذف شدند. شیوع انواع افسردگی در جدول ۱ مشاهده می شود.

($P < ۰/۰۱$) و بیشترین میزان مربوط به افراد دارای تحصیلات ابتدایی یا بی سواد بود. بین وضعیت شغلی و افسردگی رابطه معنی دار وجود داشت ($P < ۰/۰۱$) به گونه ای که بیشترین میزان افسردگی در زنان خانه دار و افراد بیکار (۳۲/۶٪) و کمترین مقدار در افراد بازنشسته یا شاغل (۱۲/۳٪) مشاهده شد. شیوع افسردگی در افراد دیابتی ۲۳٪ در برابر ۱۳٪ در افراد غیردیابتی بود که معنی دار نبود ولی شیوع افسردگی در افرادی که بیماری همراه داشتند ۲۱٪ در برابر ۱۰/۳٪ در افراد فاقد بیماری همراه بود که از لحاظ آماری معنی دار بود ($P < ۰/۰۲$). افسردگی در ساکنان شهر ۱۶٪ و در ساکنان روستا

جدول ۱: شیوع انواع افسردگی

متغیرها	تعداد (درصد)	وضعیت افسردگی	
		مثبت تعداد (درصد)	منفی تعداد (درصد)
جنس:			
مرد	۱۶۰ (۶۴)	۱۲ (۷/۵)	۱۴۸ (۹۲/۵)
زن	۹۰ (۳۶)	۲۷ (۳۰)	۶۳ (۷۰)
سن (سال):			
< ۶۵	۱۷۸ (۷۱/۲)	۳۵ (۱۹/۷)	۱۴۳ (۸۰/۳)
> ۶۵	۷۲ (۲۸/۸)	۴ (۵/۶)	۶۸ (۹۴/۴)
سکونت:			
شهر	۱۸۱ (۷۲/۴)	۲۹ (۱۶)	۱۵۲ (۸۴)
روستا	۶۹ (۲۷/۶)	۱۰ (۱۴/۵)	۵۹ (۸۵/۵)
تاهل:			
متاهل	۲۲۴ (۸۹/۶)	۳۳ (۱۴/۷)	۱۹۱ (۸۵/۳)
بیوه	۲۶ (۱۰/۴)	۶ (۲۳/۱)	۲۰ (۷۶/۹)
تحصیلات:			
بی سواد	۷۸ (۳۱/۲)	۱۶ (۲۰/۵)	۶۲ (۷۹/۵)
ابتدایی	۶۵ (۲۶)	۱۵ (۲۳/۱)	۵۰ (۷۶/۹)
راهنمایی و بالاتر	۱۰۷ (۴۲/۸)	۸ (۷/۵)	۹۹ (۹۲/۵)
شغل:			
خانه دار یا بیکار	۸۹ (۳۵/۶)	۲۹ (۳۲/۶)	۶۰ (۶۷/۴)
شاغل	۸۴ (۳۶)	۶ (۶/۷)	۸۴ (۹۳/۳)
بازنشسته	۶۷ (۲۸/۴)	۴ (۵/۶)	۶۷ (۹۴/۴)
بیماری همراه:			
دیابت	۶۱ (۲۴/۴)	۱۴ (۲۳)	۴۷ (۷۷)
فشارخون	۳۴ (۱۳/۶)	۸ (۲۳/۵)	۲۶ (۷۶/۵)
آسم یا COPD	۱ (۰/۴)	۰ (۰)	۱ (۱۰۰)
دیابت + فشارخون	۲۸ (۱۱/۲)	۴ (۱۴/۳)	۲۴ (۸۵/۷)
هیچکدام	۱۲۶ (۵۰/۴)	۱۳ (۱۰/۳)	۱۱۳ (۸۹/۷)

بحث و نتیجه گیری

هدف از این مطالعه، بررسی شیوع افسردگی در بیماران آماده عمل CABG بستری در بیمارستان حشمت رشت بود. طبق نتایج بدست آمده، ۳۹ نفر (۱۵/۶٪) مبتلا به اختلال افسردگی بودند که در مقایسه با گزارش شیوع بیماری‌های روانی در سطح استان گیلان (۳/۰۳٪) که توسط محمدی و همکاران ارایه شده (۱۵)، میزان شیوع افسردگی در این بیماران، ۵ برابر شیوع افسردگی در جامعه گیلان است. با توجه به تفاوت دو مطالعه از نظر ترکیب جنسی (برابری دو جنس در آن مطالعه و بیشتر بودن مردان در مطالعه ما) و بالاتر بودن شیوع افسردگی در زنان، در صورت همسان‌سازی نمونه‌ها تفاوت فاحش‌تر خواهد بود به گونه‌ای که شیوع افسردگی در مردان جامعه گیلان ۱/۱٪ و در مردان بیمار مورد مطالعه ۷/۵٪ بود که حدود ۷ برابر است. در این دو مطالعه کمترین شیوع مربوط به سن بالای ۶۵ سال و بیشترین شیوع در مطالعه ما مربوط به سن کمتر از ۶۵ سال و در مطالعه استان گیلان مربوط به گروه ۵۵-۶۱ سال بود. در مطالعه دیگر که در همین بیمارستان توسط مدبرنیا و همکاران (۱۳) برای تعیین شیوع افسردگی روی بیماران MI صورت گرفته، شیوع اختلال افسردگی ۵۲/۶٪ به دست آمده که بیشترین مقدار آن در سن ۶۵-۷۰ بود. تفاوت این دو مطالعه ممکن است مربوط به حاد بودن استرس در بیماران مبتلا به MI باشد. در مطالعه Burker EJ et al (۷) روی ۱۴۱ بیمار کاندید CABG، شیوع علائم افسردگی ۴۷٪ ذکر شده که بیشترین میزان در منابع خارجی است که این میزان در مطالعه ما ۲۶/۸٪ بود که اختلاف دو مطالعه ممکن است ناشی از تفاوت ابزار اندازه‌گیری باشد. همچنین در مطالعه Junior RF et al (۴) روی ۱۵۸ بیمار کاندید CABG، ۱۵/۲٪ علائم افسردگی داشته‌اند که کمترین میزان در منابع خارجی در دسترس ما است. سایر مطالعات در حد

فاصل این دو عدد قرار دارند ولی تمام آنها علایم افسردگی را بررسی کرده‌اند (۵ و ۶). از طرفی طبق آمار موجود در کتب مرجع (۱)، شیوع افسردگی در بیماران قلبی ۱۵-۱۰٪ است که با مطالعه حاضر همخوانی دارد. گرچه انتظار می‌رفت در مطالعه ما، به علت وجود استرس مربوط به بستری شدن برای عمل قلب، آمار بالاتر از این باشد.

در مطالعه ما بین محل سکونت و افسردگی رابطه معنی‌دار وجود نداشت که با مطالعه مدبرنیا و همکاران (۱۳) همخوانی دارد. همچنین با مطالعه انجام شده در سطح استان به جز ساکنین مرکز استان که شیوع بالاتری در مطالعه استانی داشته‌اند؛ همخوان است. بین شغل و افسردگی رابطه معنی‌دار وجود داشت به گونه‌ای که در این مطالعه افسردگی در زنان خانه‌دار و افراد بیکار بیشتر بوده که با مطالعه مدبرنیا و همکاران (۱۳) و مطالعه انجام شده در سطح استان (۱۵) مشابه است. البته به نظر می‌رسد ارتباط فوق بیشتر مربوط به تفاوت جنسیت باشد، گرچه در مطالعه مدبرنیا و همکاران (۱۳) نقش جنسیت معنی‌دار نبوده است.

از نظر وضعیت تحصیلی نیز رابطه معنی‌دار یافت شد به طوری که در مطالعه ما بیشترین شیوع مربوط به افراد بی‌سواد یا دارای تحصیلات ابتدایی بود و در مطالعه مدبرنیا و همکاران (۱۳) مربوط به افراد بی‌سواد و در مطالعه استانی مربوط به افراد دارای تحصیلات ابتدایی بود. این رابطه در مطالعه Pirragla PA et al (۵) نیز مشاهده شده است.

بین افسردگی و جنسیت رابطه معنی‌دار وجود داشت که با مطالعه استانی و مطالعه Burg MB et al (۶) همخوان است ولی در مطالعه مدبرنیا و همکاران (۱۳) رابطه معنی‌دار نبوده که ممکن است به علت معکوس بودن نسبت جنسیت در دو مطالعه باشد. در مطالعه ما، وجود بیماری همراه با شیوع بالاتر

می‌نمودند، به علت تأثیر این داروها بر فشار خون، نقش این جزء کم رنگ شده است. در مورد روش غربالگری، استفاده از آزمون بک زیاد مناسب به نظر نمی‌رسد زیرا در این مطالعه سواد پایین بیماران و کاهش ظرفیت شناختی برای به خاطر سپردن گزینه‌های آزمون در انتخاب گزینه مناسب مداخله می‌کرد. از طرف دیگر چون در اکثر قریب به اتفاق بیماران به علت عدم دسترسی به عینک یا بی‌سوادی مجبور به خواندن آزمون برایشان شدیم، مسایل بین فردی و تمایل به خوب نشان‌دادن یا تفکر بدون انعطاف که خاص بیماران کم‌سواد یا بی‌سواد می‌باشد و معادل اندکس L در MMPI است، اعتبار آزمون را کاهش داده‌است. از طرفی دیگر از آنجا که معاینه خلق از مهم‌ترین و مشکل‌ترین اجزای معاینه روانپزشکی است، تداخل علایم بیماری‌های همراه با علایم افسردگی مثل بی‌خوابی ناشی از درد یا تنگی نفس، بی‌اشتهایی ناشی از بیماری گوارشی یا احتقان دستگاه گوارش ناشی از بیماری قلبی یا کمبود انرژی و ضعف به علت مصرف داروهای قلبی و محدود شدن بیمار به علت کمبود ظرفیت قلب یا فقدان تمرکز به علت عوارض داروها و همچنین ناتوانی بیماران برای جدا کردن وضعیت کنونی خلق از وضعیت غالب آن طی زمان، همگی در نتیجه آزمون مداخله می‌کنند. از طرفی بعضی گزینه‌ها مناسب به نظر نمی‌رسد مثلاً سؤال صریح و بی‌مقدمه در مورد خودکشی احتمالاً به جواب درست منجر نمی‌شود. همچنین لازم است انتخاب لغات و نوع سؤال متناسب با شرایط ذهنی هر بیمار باشد تا جواب دقیق‌تر به دست آید. به هر حال بررسی میزان اعتبار آزمون بک در این بیماران نیاز به مطالعه‌ای دارد که در آن با تمام بیماران علاوه بر انجام آزمون، مصاحبه بالینی صورت گیرد.

پیشنهاد می‌شود با توجه به شیوع بالای افسردگی در

افسردگی رابطه معنی‌دار داشت که با آمار ذکر شده در کتب مرجع منطبق است گرچه این رابطه در مورد گروه بیماران مبتلا به دیابت به دست نیامد.

لازم به ذکر است که ۷۵-۸۰٪ اعمال جراحی قلب، در بیمارستان حشمت رشت انجام می‌شود. با توجه به زمان انجام مطالعه که حدود ۹ ماه بود، این مطالعه قدرت تعمیم نسبی به تمام بیمارانی که در این بیمارستان برای عمل CABG بستری می‌شوند را دارد. از طرفی با توجه به دولتی بودن بیمارستان، افراد دارای درآمد بالا به این مرکز مراجعه نمی‌کنند. همچنین به دلیل نزدیکی استان گیلان به تهران، تعدادی از این بیماران به تهران یا استان‌های مجاور مراجعه می‌نمایند و نیز به علت هزینه بالای عمل، افراد کم درآمد کمتر تحت این نوع درمان قرار می‌گیرند و بنابراین این دو عامل از طریق خطای انتخاب روی مطالعه ما اثر می‌گذارند. وجود افسردگی سبب ناامیدی و افکار منفی نسبت به نتیجه عمل جراحی می‌شود و اختلال در تمرکز و تصمیم‌گیری، بیمار را برای انتخاب عمل جراحی دچار مشکل می‌سازد. همچنین کاهش انرژی، انگیزه و توانایی بیمار برای مراجعات مکرر به پزشک و آمادگی برای عمل را مختل می‌کند. بنابراین از نظر تئوری می‌توان فرض کرد که تعدادی از بیماران افسرده با مکانیسم فوق از مطالعه حذف شده‌اند که برای اثبات آن لازم است این مطالعه روی بیماران سرپایی انجام گیرد. در ضمن بیمارانی که کاندید عمل بوده ولی به دلیل بیماری‌های همراه مثل مشکلات تنفسی، تحمل عمل جراحی را نداشته‌اند، وارد مطالعه نشده‌اند. همچنین در این مطالعه بیمارانی که به طور اورژانس تحت عمل قرار گرفته‌اند، مطالعه نشده‌اند گرچه تعداد آنها اندک است. از نظر وجود بیماری همراه در مورد فشارخون، چون مبنای تشخیص اظهار بیمار یا وجود فشار خون بیشتر از $\frac{140}{90}$ بود و همه بیماران داروهای قلبی دریافت

تشکر و قدردانی: در اینجا لازم است از کلیه کسانی که ما را در انجام این طرح یاری نمودند به خصوص جناب آقای دکتر صادقی و دکتر دادخواه، جراحان محترم قلب بیمارستان حشمت، پرستاران محترم بخش جراحی قلب، جناب آقای ذکی پور (مسئول محترم آموزش بیمارستان شفا)، سرکار خانم حدادی و خانم قنبری (پرستار بیمارستان شفا) تشکر نمائیم.

این بیماران و اثر آن بر میزان ناتوانی و مرگ و میر بعد از عمل که در سایر مطالعات اثبات شده (۱۰-۷)، تمام بیماران قبل از عمل مورد معاینه روانپزشکی قرار گیرند و اقدام مقتضی برای درمان آنها صورت گیرد. این مطلب که درمان افسردگی به چه میزان بر نتیجه عمل و میزان ناتوانی و مرگ و میر بیماران اثر می گذارد، نیازمند مطالعه‌های آینده‌نگر و با پیگیری طولانی است.

منابع

1. Sadock BJ, Sadock VA, (Eds). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook Of Psychiatry. 8th Ed. Baltimore; Lippincott Williams & Willkins, 2005.
2. Noorbala AA, Et Al. Mental Health Survey Of The Adult Population In Iran. B J Psych 2004; 184: 70-73.
- 3- یآوری، پروین؛ ابدی علیرضا؛ محرابی یدا...: امیدمیولوژی علل مرگ و میر و روند تغییرات آن در سالهای ۱۳۵۸ تا ۱۳۸۰ در ایران. مجله پژوهشی حکیم، ۱۳۸۱، دوره پنجم شماره ۴، صص: ۶۴-۵۵.
4. Junior RF, Ramadan ZB, Et Al. Depression with Irritability In Patient Undergoing Coronary Artery Bypass Surgery. Gen Hosp Pshych 2000; 22(5): 365-74.
5. Pirragla PA, Peterson JC, Et Al. Depressive Symptomatology in Coronary Artery Bypass Graft Surgery Patients. Int J Geriat Psych 1999 ;14(8): 668-80.
6. Burg MB, Benedetto MC, Et Al. Depression Symptoms And Mortality Two Years After Coronary Bypass Graft Surgery In Men. Psychosomatic Medicine 2003; 65:508-510.
7. Burkner EJ, Blumethal JA, Et Al. Depression In Male And Female Patients Undergoing Cardiac Surgery. B J Clin Psychol 1995; 34(1): 119-28.
8. Doering LV, Moser DK, Et Al. Depression, Healing and Recovery from Coronary Artery Bypass Surgery. Am J Crit Care 2005; 14(4): 316-24.
9. Miller K, Asbury AT, Et Al. Pre- Existing Cognitive Impairment As A Factor Influencing Outcome After Cardiac Surgery. B J Anesth 2001; 86(1): 63-70.
- ۱۰- داویدیان، هارطون؛ نوربالا، احمدعلی: همه گیرشناسی اختلالات روانپزشکی در ایران. مجله پژوهشی حکیم، ۱۳۸۲، دوره ششم شماره ۱، صص: ۶۴-۵۵.
11. Perski A, Feleke E , Et Al. Emotional Distress Before Coronary Bypass Graft, Limits and Benefits of Surgery. Am Heart J 1998; 136(3): 510-7.
12. Timberlake N, Klinger L, Et Al. Incidence and Patterns of Depression Following Coronary Artery Bypass Graft Surgery. J Psychosom Res 1997; 43(2): 197-207.
- ۱۳- مدبرنیا، محمدجعفر؛ نصیری راد، علی؛ کیا کجوری، سعید: شیوع افسردگی در مبتلایان به سکت قلبی. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۱۳۸۰، شماره ۴۰-۳۹، صص: ۲۱-۱۶.
- ۱۴- امیدی عبدا...؛ [و دیگران]: همه گیرشناسی اختلال‌های روانی در مناطق شهری در شهرستان نطنز اصفهان. مجله اندیشه و رفتار، ۱۳۸۲، شماره ۴، صص: ۳۲-۳۸.
- ۱۵- محمدی، محمدرضا؛ [و دیگران]: همه گیری شناسی اختلالات روانپزشکی در استان گیلان. مجله دانشکده پزشکی گیلان ۱۳۸۰، سال ۱۳۸۳ شماره ۵۱ صص: ۶۵-۵۵.

Survey the Relative Frequency of Depressive Disorders in Candidates of Coronary Artery Bypass Grafting

* Zarabi H.(MD)¹- Modabbernia M.J.(MD)¹- Alimi M.R.(MD)¹- Badri T.(MD)¹
* **Corresponding Author:** Shafa Hospital, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, IRAN
E-mail: dr_zarrabi2000@yahoo.com

Received: 23/ Jul/ 2007 Accepted: 25/Feb/ 2008

Abstract

Introduction: Depression is a common disorder and 1 of 5 women and 10 men are affected by depression during their life time. Depression in candidates of Coronary Artery Bypass Graft Surgery (CABG) may increase the rate of morbidity, re-hospitalization and death and it reduces quality of life after CABG.

Objective: Determine the relative frequency of pre-operative depression in candidates of CABG in Heshmat Hospital in Rasht City, Iran.

Materials and Methods: A descriptive cross-sectional study was performed on a representative sample of 250 candidates of CABG who admitted in Heshmat Hospital (from October 2006 to May 2007). Patients were assessed by Beck Depression Inventory and those who scored more than 16 were interviewed considering DSM IV criteria for depressive disorders.

Results: Among 250 patients, 67 cases (26.8%) acquired score more than 16 and 39 cases (15.6%) were depressed in structured clinical interview. Among them 12 cases (31%) were male and 27 cases (69%) were female, this difference was statically ($p<0.001$). There was a significant relationship between educations and employment situation with depression ($p<0.001$) respectively. Depression was more in illiterates or primary schools education ($p<0.008$). Unemployed and housewife women were statistically higher depressed ($p<0.001$). There was a significant relationship between depression and co-morbid disorders while it was not associated with place of residence, marital status and diabetes mellitus.

Conclusion: Regarding to The prevalence of pre-operative depression in candidates of CABG and its relationship with poor medical prognosis in these patients, it should be assessed before operation in order to reduce re-hospitalization and improve patients' quality of life.

Key words: Beck Depression Inventory/ Coronary Artery Bypass/ Depressive Disorder

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 66, Pages 60-65