

بررسی ارتباط بین افسردگی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سکته مغزی

حجت‌اله حقگو*، المیرا ساعد پازوکی^۱، زهره سرافراز^۲، مهدی رصافیانی^۳

چکیده

مقدمه: سکته مغزی از علل عمده بروز معلولیت بوده، در خیلی از موارد منجر به افسردگی پس از سکته می‌گردد، که اثرات منفی شدیدی را بر کیفیت زندگی مبتلایان به همراه دارد. افسردگی پس از سکته و کیفیت زندگی ممکن است تأثیراتی متقابل بر هم داشته باشند (هر کدام باعث تشدید دیگری و بدتر شدن وضع بیمار شود). با توجه به این که تاکنون تحقیقات زیادی در این خصوص صورت نگرفته است، از این رو لازم است که ارتباط بین افسردگی و کیفیت زندگی در این بیماران مورد ارزیابی قرار گیرد.

مواد و روش‌ها: در مطالعه‌ای مقطعی، ارتباط بین افسردگی پس از سکته و کیفیت زندگی در بیمارانی که در بیش از شش ماه از سکته آن‌ها می‌گذشت، بررسی گردید. آزمودنی‌ها از بیماران مبتلا به سکته مغزی مراجعه کننده به دو مرکز توان‌بخشی بیماران سرپایی در تهران، مرکز رفیده و مرکز تبسم بودند. برای ارزیابی کیفیت زندگی از پرسش‌نامه کیفیت زندگی SF-۳۶ و برای بررسی خلق بیماران از پرسش‌نامه بک (BDI) استفاده شد. در مجموع ۴۰ بیمار مبتلا به سکته مغزی (۲۱ مرد و ۱۹ زن) با میانگین سنی $۶۱/۵ \pm ۳/۵$ سال که به طور میانگین $۸/۷ \pm ۳/۵$ ماه از سکته آن‌ها می‌گذشت، ارزیابی شدند.

یافته‌ها: در حدود ۷۰/۴ درصد از افراد، دارای افسردگی بودند. بیماران افسرده به طور معنی‌داری در تمامی معیارهای تست SF-۳۶ دارای نمره پایین‌تر بودند. یک همبستگی معکوس و منفی قوی بین افسردگی پس از سکته و کیفیت زندگی وجود داشت؛ به طوری که در تمامی خرده آزمون‌های کیفیت زندگی ضرایب همبستگی در سطح $P < ۰/۰۰۱$ معنی‌دار بودند.

نتیجه‌گیری: بخش قابل ملاحظه‌ای از بیماران مبتلا به سکته مغزی مراجعه کننده به کلینیک‌های توان‌بخشی دچار افسردگی پس از سکته هستند، که این افسردگی تأثیری منفی و شدید بر کیفیت زندگی آن‌ها دارد. بنابراین لازم است که در آینده تحقیقات بیشتری بر روی افسردگی صورت گرفته است تا رابطه آن با کیفیت زندگی مشخص‌تر گردد.

کلید واژه‌ها: سکته، افسردگی پس از سکته، کیفیت زندگی.

تاریخ دریافت: ۸۹/۲/۱۹

تاریخ پذیرش: ۸۹/۵/۲۴

مقدمه

مبتلا می‌گذارد (۱). مناطق مغزی که به طور مستقیم یا غیر مستقیم به وسیله لخته‌های خونی آسیب دیده‌اند، اغلب مراکزی هستند که مسؤول کنترل هیجانات و عواطف، تفکر سازمان یافته و فعالیت در طی انجام فعالیت‌های روزمره

آسیب به سلول‌های مغزی تحت عنوان سکته مغزی می‌تواند سبب اختلال در فعالیت‌های جسمی و ذهنی شود. این اختلالات جسمی و ذهنی تأثیرات شدیدی بر زندگی شخص

* دکترای علوم اعصاب، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران.

Email: h.haghoo@uswr.ac.ir

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه کاردرمانی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران.

۲- کارشناس ارشد، گروه کاردرمانی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران.

۳- دکترای کاردرمانی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی و توان‌بخشی، تهران، ایران.

تأثیرات نامطلوب عمیقی روی آن دارد (۸). Carod-Artal و همکار دو عامل ناتوانی در انجام فعالیت‌های روزانه و افسردگی پس از سکته را تعیین کننده میزان کیفیت زندگی در این بیماران معرفی کردند (۹). Gaete و همکار هم سه تأثیر منفی افسردگی پس از سکته را به صورت تأخیر در بهبود، کاهش کیفیت زندگی و افزایش میزان مرگ و میر اعلام کرد (۱۰). از آن جا که هدف نهایی فرایند توان‌بخشی و به خصوص کاردرمانی، بهبود کیفیت زندگی با برنامه‌ریزی برای افزایش استقلال و مشارکت فرد در جامعه می‌باشد، لازم است که ارتباطات عملکردی افسردگی پس از سکته با کیفیت زندگی در این بیماران مطالعه گردد. علاوه بر مواردی که اختلالات پاتولوژیک سیستم اعصاب را با حالات روحی و روانی مرتبط می‌سازد، عواملی برخاسته از وضعیت اقتصادی-اجتماعی وابسته به فرهنگ، نیز نقشی تعیین کننده در بروز افسردگی دارند. بنابراین، پژوهش حاضر در تلاش است تا ارتباط بین میزان افسردگی پس از سکته مغزی و کیفیت زندگی را در این بیماران در ایران مورد بررسی قرار دهد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر، یک بررسی غیر تجربی (ارتباط سنجی) است که به صورت مقطعی انجام شده است. جامعه مورد مطالعه شامل بیماران مراجعه کننده به بخش توان‌بخشی بیمارستان رفیده و مرکز توان‌بخشی سکته مغزی تبسم در یک مقطع زمانی دو ماهه بود. با توجه به ملاک‌های پژوهش و پس از مطالعه پرونده‌های پزشکی بیماران، ۴۰ نفر به روش در دسترس انتخاب شدند. مهم‌ترین ملاک‌های انتخاب نمونه‌ها عبارت بودند از: ۱- مبتلا بودن به سکته مغزی با تشخیص پزشک نورولوژیست، ۲- عدم شروع بیماری‌های حاد مثل سرطان و تومور، ۳- از دست ندادن افراد نزدیک خانواده و فامیل به فاصله کمتر از سه ماه قبل از تحقیق، ۴- کسب نمره ۲۲ و بالاتر از آن در تست ارزیابی وضعیت شناختی، ۵- عدم وجود سابقه افسردگی قبل از سکته مغزی، ۶- عدم وجود سابقه عقب‌ماندگی ذهنی و ۷- عدم مصرف مواد

زندگی بوده، از این رو آسیب به این ساختارها می‌تواند منجر به کندی پیشرفت عملکردی فرد شود (۲). به علاوه، درگیری احتمالی سیستم‌های مغزی کنترل کننده عواطف و هیجانات و نیز نگرانی در مورد شغل و درآمد و از دست دادن روابط منجر به کاهش اعتماد به نفس و افسردگی می‌شود و احساس خستگی که در سکته مغزی شایع است، نیز موجب تشدید این افسردگی می‌شود (۳). این افسردگی تحت عنوان افسردگی پس از سکته مغزی (Post stroke depression) نامیده می‌شود. وجه افتراق این افسردگی از افسردگی‌های دیگر، وجود یک اختلال (سکته مغزی) است، که به طور مستقیم در بروز آن دخالت دارد. طبق تحقیقات Roger و همکاران، دو عامل مکانیسم‌های بیولوژیکی و استرس‌های روانی-اجتماعی نقش مهمی در پیشرفت افسردگی پس از سکته دارند (۴).

این نوع افسردگی یکی از شایع‌ترین مشکلات بعد از سکته مغزی است، که می‌تواند به سرعت و بلافاصله بعد از وقوع سکته، شروع و تا هفته‌ها، ماه‌ها و یا سال‌ها پس از آن ادامه یابد. خیلی از افراد مبتلا به سکته مغزی از نظر افسردگی پس از سکته مغزی ارزیابی نمی‌شوند و به همین دلیل تشخیص این بیماری و درمان به موقع آن نادیده گرفته می‌شود، که این سهل‌انگاری می‌تواند بر روند بهبودی و توان‌بخشی این بیماران و همچنین بر روی تمام ابعاد زندگی این افراد تأثیر منفی بگذارد. این بیماران مشکلاتی از قبیل وضعیت ضعیف عملکردی، گسترش نقایص شناختی و میزان بالاتر مرگ و میر را نسبت به کسانی که دچار افسردگی پس از سکته مغزی نشده‌اند، تجربه می‌کنند (۵).

افسردگی پس از سکته مغزی تنها پیامد سکته مغزی نیست، بلکه با ضعف مفرط در وضعیت روانی-اجتماعی و کیفیت زندگی پایین همراه است (۵) و منجر به کاهش کیفیت زندگی در این بیماران می‌شود (۶). کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی، اغلب منعکس کننده ارزیابی شخصی و درونی از تفاوت بین عملکرد ایده‌آل و عملکردی است که در نتیجه بیماری به وجود آمده است (۷) و افسردگی پس از سکته نیز

- ۱- عدم وجود افسردگی ۱۵-۰
- ۲- افسردگی خفیف ۳۱-۱۶
- ۳- افسردگی متوسط ۴۷-۳۲
- ۴- افسردگی شدید ۶۳-۴۸

در نهایت از پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی یعنی (The medical outcomes 36-Item short-form health survey (SF-36) به منظور ارزیابی وضعیت کیفیت زندگی با ۲ بعد جسمانی و روانی و ۸ خرده آزمون شامل عملکرد جسمانی، نقش جسمانی، درد بدنی، سلامت عمومی، سرزندگی و نشاط، عملکرد عاطفی، عملکرد اجتماعی و سلامت روانی استفاده شد. این پرسش‌نامه یک مقیاس عمومی سنجش کیفیت زندگی است، که در تحقیقات و کلینیک‌ها بسیار از آن استفاده می‌شود. این تست جهت بررسی کیفیت زندگی توسط Ware و Sherbourne طراحی شد (۱۲). در سال ۲۰۰۵ نسخه فارسی این تست توسط منتظری و همکاران ترجمه و معادل سازی شد و اعتبار و روایی آن مورد بررسی قرار گرفت (۱۳). ضرایب Chronbach's alpha ذکر شده برای زیر مقیاس‌ها به ترتیب ۰.۹۰، ۰.۸۵، ۰.۸۳، ۰.۷۱، ۰.۶۵، ۰.۷۷، ۰.۸۴ و ۰.۷۷ بوده است، که با میانگین ۷۹ نشان‌گر ثبات درونی خوب این زیر مقیاس‌ها است (۱۳). این ۸ خرده آزمون در ۲ زمینه جسمی و ذهنی قابل بررسی است. امتیاز هر خرده آزمون در SF-۳۶ از ۱۰۰-۰ است و هر چه امتیاز به ۱۰۰ نزدیک‌تر باشد، مبین کیفیت زندگی بهتر می‌باشد (۱۴). فرم ارزیابی کیفیت زندگی نیز از طریق مصاحبه با خود بیمار نمره‌گذاری شد.

در مجموع جلسه ارزیابی به طور متوسط ۶۰ دقیقه به طول انجامید و در صورت لزوم و بسته به تمایل بیمار در میان جلسه ارزیابی، یک وقت استراحت ۱۵-۱۰ دقیقه در نظر گرفته می‌شد، تا خستگی به عنوان عامل مداخله‌گر در نتایج ارزیابی‌ها عمل نکند. در پایان نیز بیمار در جریان نتایج ارزیابی قرار گرفته، مشاوره لازم به او داده می‌شد. لازم به ذکر است که تمامی ارزیابی‌ها توسط پژوهشگر انجام شد و به عنوان ملاحظات اخلاقی، تحقیق با اخذ موافقت آگاهانه از

اعتیادآور و روان‌گردان. مصاحبه و انجام ارزیابی بیماران بین ساعت ۹-۱۲ صبح انجام شد و وضعیت عمومی بیماران از نظر احساس خستگی و خواب آلودگی کنترل گردید. تمام ارزیابی نمونه‌ها در محیطی آرام و به دور از محرکات استرس‌زا صورت گرفت.

در این بررسی نخست وضعیت شناختی بیماران با استفاده از پرسش‌نامه (Mini-Mental State Examination) یا (MMSE)، که دارای ۶ خرده آزمون جهت‌یابی، ثبت، یادآوری، توجه، محاسبه و آزمون‌های زبانی/سازندگی است، ارزیابی شد. افرادی که در این آزمون نمره ۲۲ و بالاتر کسب کرده بودند، جهت ادامه بررسی انتخاب شدند. سپس، پرسش‌نامه Beck جهت ارزیابی وضعیت افسردگی مورد استفاده قرار گرفت و از طریق مصاحبه با خود بیمار نمره‌گذاری شد (با توجه به این که بیماران انتخاب شده از نظر سطح شناختی که با استفاده از پرسش‌نامه MMSE سنجیده شد، دارای عملکرد شناختی کافی جهت همکاری بودند، تنها در مواردی که قادر به نوشتن یا صحبت سلیس نبودند، از همراهان بیمار کمک گرفته شد). آزمون افسردگی Beck به صورت یک پرسش‌نامه است که از ۲۱ قسمت تشکیل شده، دارای ۹۴ سؤال است. این پرسش‌نامه احساسات و افکاری نظیر خلق، بدبینی، احساس شکست، نارضایتی، احساس گناه و دیگر علائم افسردگی را در فرد بررسی و با توجه به مواردی که بیان‌گر خفیف‌ترین تا شدیدترین وجه احساس فرد در مقابل هر گزینه می‌باشد، شدت آن احساس را مشخص می‌سازد. ارزش‌های کمی هر گزینه از خفیف تا شدید، از ۰ تا ۳ به ترتیب زیر تعیین می‌شود:

- ۰ ← سلامت روانی در جنبه مورد نظر
 - ۱ ← احساس اختلال خفیف در جنبه مورد نظر
 - ۲ ← احساس اختلال متوسط در جنبه مورد نظر
 - ۳ ← احساس اختلال شدید و عمیق در جنبه مورد نظر
- نمره‌گذاری Beck، از طریق جمع نمراتی است که در هر جنبه به دست آورده است و مرزبندی بیماری افسردگی به شرح زیر می‌باشد (۱۱):

(مردان ۱۶ نفر و زنان ۱۴ نفر) و ۱۰ نفر برای بار دوم دچار سکته شده بودند.

جدول ۱ نشان‌گر توزیع و شدت افسردگی در بین بیماران مورد مطالعه است. آزمون آماری χ^2 نشان داد که تفاوت آماری معنی‌داری در بین زنان و مردان در درجه افسردگی وجود دارد ($P = 0/001$). بدین طریق که اغلب زنان (۶۸/۴۲ درصد) از اختلال افسردگی متوسط رنج می‌برده‌اند. مقایسه میزان افسردگی زنان و مردان نشان‌گر تفاوت آماری معنی‌داری بود، یعنی میانگین نمرات افسردگی زنان بیشتر از مردان بود ($P = 0/047$).

مقایسه کیفیت زندگی، ابعاد و خرده مقیاس‌های آن در زنان و مردان (جدول ۲) نشان داد که نمرات زنان و مردان در تمامی خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی به جز خرده مقیاس درد بدنی مثل هم بودند و تفاوت معنی‌داری با هم نداشتند. تجزیه و تحلیل آماری افسردگی پس از سکته با کیفیت زندگی در کل نمونه نشان‌گر یک همبستگی معکوس (یا منفی) قوی بین افسردگی پس از سکته با کیفیت زندگی ($r = -0/81$) بود که به لحاظ آماری در سطح ($P < 0/001$) معنی‌دار بود (نمودار ۱).

نمودار ۱ نشان‌گر ارتباط معکوس بین نمره افسردگی بر مبنای پرسش‌نامه Beck و نمره کیفیت زندگی بر اساس پرسش‌نامه SF-۳۶ می‌باشد.

به روشنی آشکار است که هر چه میزان افسردگی کمتر باشد، کیفیت زندگی بهتر است و بالعکس.

بیماران (یا همراهان آن‌ها) و مجوز مسؤولین بخش‌های کاردرمانی در مراکز درمانی انجام شد. به بیماران اطمینان داده شد که اطلاعات اخذ شده از آن‌ها محفوظ خواهد بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها پس از کدگذاری، با استفاده از نرم‌افزار SPSS_{۱۲} انجام گردید. شاخص‌های آماری همچون فراوانی، میانگین، انحراف معیار و درصد، برای توصیف جامعه مورد بررسی به کار گرفته شدند. همچنین، همسانی مردان و زنان در متغیرهای زمینه‌ای با استفاده از آزمون‌های χ^2 و t مستقل مورد بررسی قرار گرفت. به علاوه، از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف نیز برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها، ضریب همبستگی Pearson و اسپیرمن (برای بررسی رابطه بین متغیرها) استفاده شد. علاوه بر این با استفاده از آزمون آماری t مستقل، مردان و زنان در متغیرهای اصلی پژوهش (افسردگی و کیفیت زندگی) با یکدیگر مقایسه شدند.

یافته‌ها

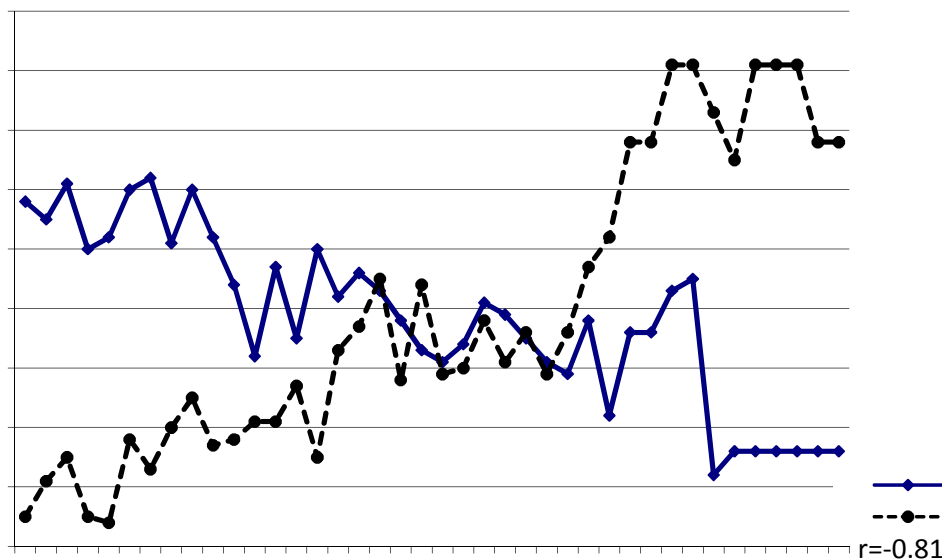
در این پژوهش ۴۰ بیمار سکته مغزی متشکل از ۲۱ مرد و ۱۹ زن مورد مطالعه قرار گرفتند. بیماران در محدوده سنی ۵۰ تا ۷۵ سال بوده، میانگین و انحراف معیار سن آن‌ها $8/1 \pm 61/5$ بود. در زمان ارزیابی به طور متوسط $3/5 \pm 8/7$ ماه از وقوع سکته آن‌ها می‌گذشت. از نظر وضعیت تأهل، افراد مورد مطالعه در ۴ حالت قرار گرفتند که بیشترین تعداد آن‌ها (۲۱ نفر) متأهل (۱۳ مرد و ۸ زن) بودند. ۳۰ نفر از شرکت‌کنندگان در تحقیق برای اولین مرتبه دچار سکته مغزی شده بودند

جدول ۱. بررسی توزیع درجه افسردگی آزمودنی‌های زن و مرد

درجه افسردگی	مرد		زن	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
عدم وجود افسردگی	۷	۳۳/۳۰	۰	۰/۰
افسردگی خفیف	۳	۱۴/۳۰	۱	۵/۲۶
افسردگی متوسط	۵	۲۳/۸۰	۱۳	۶۸/۴۲
افسردگی شدید	۶	۲۸/۶۰	۵	۲۶/۳۲
کل	۲۱	۱۰۰/۰	۱۹	۱۰۰/۰

جدول ۲. مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی، ابعاد و خرده مقیاس‌های آن در زنان و مردان با استفاده از آزمون آماری t مستقل

متغیر	میانگین			انحراف معیار			مقدار احتمال
	مرد (N = ۲۱)	زن (N = ۱۹)	کل (N = ۴۰)	مرد	زن	کل	
کیفیت زندگی	۴۳/۰۵	۳۴/۰۰	۳۸/۷۵	۲۶/۲۵	۲۴/۴۶	۲۵/۵۰	۰/۲۶۸
بعد روانی	۳۹/۷۱	۴۳/۳۲	۳۷/۱۵	۲۳/۷۰	۲۲/۴۸	۲۲/۹۹	۰/۴۶۶
بعد جسمانی	۵۲/۴۳	۳۳/۳۷	۳۸/۷۰	۲۵/۷۳	۲۴/۸۱	۲۵/۴۹	۰/۲۱۳
عملکرد جسمانی	۴۳/۳۳	۲۸/۴۲	۳۶/۲۵	۳۱/۳۱	۳۰/۱۸	۳۱/۳۱	۰/۱۳۴
درد بدنی	۶۲/۶۲	۵۲/۳۲	۵۹/۸۳	۲۰/۴۳	۲۳/۷۵	۲۲/۹۵	۰/۰۴۸
سلامت عمومی	۳۶/۸۱	۳۳/۵۸	۳۵/۲۸	۲۳/۱۱	۲۳/۸۷	۲۳/۲۳	۰/۶۶۶
سرزندگی	۳۶/۴۳	۳۵/۰۰	۳۵/۷۵	۱۶/۵۱	۲۰/۳۴	۱۸/۲۰	۰/۸۰۸
عملکرد اجتماعی	۴۵/۳۳	۴۴/۲۶	۴۴/۸۳	۲۳/۱۵	۲۵/۴۴	۲۳/۹۵	۰/۸۹۰
سلامت روان	۴۳/۸۱	۴۲/۳۲	۴۳/۱۰	۱۸/۰۸	۲۰/۳۲	۱۸/۹۴	۰/۸۰۷



نمودار ۱. ارتباط بین میزان افسردگی پس از سکته با سطح کیفیت زندگی

بحث

افسردگی پس از سکته و کیفیت زندگی در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند. یافته‌ها در این مطالعه نشان دهنده آن است که شیوع میزان افسردگی پس از سکته مغزی در زنان ۷۹ درصد و در مردان ۶۲ درصد و در کل ۷۰ درصد است. این میزان شیوع در منابع مختلف متغیر است. Nydevik و

Hulter میزان شیوع را ۴۸ درصد (۱۵)، Astrom و همکاران ۳۰-۵۰ درصد (۱۶)، Robinson و همکار نتایج مشابهی شامل شیوع ۴۲ درصد (۱۷)، Mayo و همکاران شیوع ۶۱-۱۸ درصد (۱۸) و Hackett و همکار (۱۹) هم شیوع ۶۰-۲۰ درصد افسردگی پس از سکته مغزی را ارائه کرده‌اند. این یافته‌ها از نظر شیوع گسترده افسردگی پس از سکته مغزی با

تست SF-۳۶ که جهت سنجش کیفیت زندگی به کار رفته بود، نمرات پایین‌تری نسبت به افرادی که افسردگی پس از سکنه را تجربه نکرده بودند، کسب کردند (۲۴). این خرده آزمون‌ها شامل عملکرد جسمانی، سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، عملکرد عاطفی و سلامت روان بودند. همچنین گزارش کردند که نمرات ۶ خرده آزمون تست SF-۳۶ در افراد افسرده به طور معنی‌داری پایین‌تر بوده، تنها در ۲ خرده آزمون عملکرد جسمانی و درد بدنی نمرات بالایی داشتند. Patel و همکاران در تحقیقی روی کیفیت زندگی پس از سکنه مغزی، ۳ عامل پیش‌بینی کننده برای کیفیت زندگی وابسته به سلامت ضعیف را، به شرح ذیل گزارش کردند: افسردگی، سطح پایین توانایی‌های عملکردی و فقدان حمایت اجتماعی (۲۵). علاوه بر این Kwok و همکاران در مورد کیفیت زندگی و ناتوانی در مبتلایان سکنه مغزی گزارش کرده‌اند که ۴۰ درصد از بیماران به افسردگی پس از سکنه دچار هستند (۲۶). در مورد نقش زمان بر بهبود کیفیت زندگی، Shyu و همکاران در تحقیقی بر کیفیت زندگی بیماران سکنه مغزی که یک سال از مرخص شدن آن‌ها از بیمارستان گذشته بود، گزارش کردند که برای بهتر کردن کیفیت زندگی، سال اول (به خصوص سه ماه اول) که از سکنه می‌گذرد، از اهمیت بالایی برخوردار می‌باشد (۲۷). مطالعه حاضر نشان داد که زنان و مردان تنها در خرده مقیاس درد بدنی در ابزار سنجش کیفیت زندگی (SF-۳۶) با یکدیگر تفاوت دارند و در سایر خرده مقیاس‌ها با یکدیگر تفاوتی ندارند. به عبارتی زنان شکایت بیشتری از درد داشتند.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های به دست آمده، می‌توان نتیجه گرفت که در بیماران مبتلا به سکنه مغزی، افسردگی پس از سکنه می‌تواند منجر به کاهش کیفیت زندگی در آنان شود و امید به زندگی را در این افراد کاهش دهد. با توجه به

هم‌همخوانی دارند، ولی از نظر مقدار شیوع تفاوت‌های مشاهده شده (فزونی تعداد بیماران افسرده در ایران نسبت به یافته‌های خارجی) می‌تواند ناشی از مسایل عمده فرهنگی و اجتماعی باشد. به طور مثال در کشورهای توسعه یافته (کشورهای محل انجام تحقیقات ذکر شده) سیستم‌های توان‌بخشی و رفاه اجتماعی پوشش گسترده‌ای برای بیماران و خانواده‌های آنان فراهم می‌نماید و مسایل اقتصادی این بیماران و در نتیجه مشکلات روانی و اجتماعی شیب ملایمی را طی می‌کند؛ در صورتی که در کشور ما، از کار افتادگی و سکنه برابر از دست دادن بخش عظیمی از امتیازات اجتماعی می‌باشد. از این رو تأثیرات محیطی و روانی ضایعات با شدت مساوی در دو فرهنگ داخلی و خارجی می‌تواند عواقب و اثرات بسیار متفاوتی بر جای بگذارد.

یکی دیگر از نتایجی که در این تحقیق یافت شد، شیوع بیشتر میزان افسردگی در زنان نسبت به مردان بود. در این راستا، Andersen و همکاران نیز شیوع افسردگی پس از سکنه مغزی را در زنان بیشتر از مردان گزارش کرده‌اند (۲۰). نیز در تحقیقی که توسط Williams انجام شده است، نتیجه مشابهی را گزارش کرد (۲۱). به طور تقریبی در سراسر جهان و در همه کشورها و فرهنگ‌ها شیوع اختلال افسردگی در زنان دو برابر مردان گزارش شده است.

یافته‌ها در تحقیق حاضر نشان دهنده آن است که هر چه شدت اختلال افسردگی پس از سکنه مغزی بالاتر باشد، سطح کیفیت زندگی پایین‌تر می‌آید. در تحقیقی که بر روی عملکرد حرکتی افراد سکنه مغزی انجام داده است، Bonita و همکار اظهار داشته‌اند که کیفیت زندگی در این بیماران به صورت چشمگیری تحت تأثیر سکنه مغزی قرار می‌گیرد (۲۲). Kauhanen و همکاران در تحقیقی روی کیفیت زندگی بیماران سکنه مغزی و تأثیر آن بر روند بهبود اعلام کردند که واکنش‌های هیجانی مثل افسردگی تأثیر منفی روی کیفیت زندگی بیماران دارند (۲۳). در تحقیقی دیگر Steiner و همکاران روی افراد سکنه مغزی، دریافتند که افرادی که افسردگی پس از سکنه را تجربه کرده‌اند، در ۶ خرده آزمون

وجود رابطه معنی‌دار بین این متغیرها، احتمال این که بتوان با توان‌بخشی زود هنگام در زمینه بهبود افسردگی، کیفیت زندگی بیماران را افزایش داد، بسیار زیاد است. این موضوع مبحث کلیدی و مهمی در کاردرمانی مبتلایان سکته مغزی می‌باشد.

پیشنهادات.

با توجه به محدودیت‌های پژوهش حاضر مثل کم بودن حجم نمونه و نیز محدودیت در زمان انجام پژوهش، پیشنهاد می‌شود که تحقیق به صورت مداخله‌ای به بررسی تأثیر بهبود افسردگی بر کیفیت زندگی در بیماران سکته مغزی بپردازند.

References

1. Pedretti LW. Occupational Therapy, Practice Skills for Physical Dysfunction. 4th ed. Mosby Company, 1996.
2. Gainotti G, Marra C. Determinants and consequences of post-stroke depression. *Curr Opin Neurol* 2002; 15(1): 85-9.
3. Stein F, Smith J. Short Term Stress Management Programme With Acutely Depressed In-patients. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 1989; 56(4): 185-91.
4. Roger PR, Johnson-Greene D. Comparison of assessment measures for post-stroke depression. *Clin Neuropsychol* 2009; 23(5): 780-93.
5. Rastenytė D, Kranciukaite D. [Poststroke depression and its impact on quality of life]. *Medicina (Kaunas)* 2007; 43(1): 1-9.
6. Kennedy GJ. The dynamics of depression and disability. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001; 9(2): 99-101.
7. Ecochard R, Colin C, Rabilloud M, de Gevigney G, Cao D, Ducreux C, et al. Indicators of myocardial dysfunction and quality of life, one year after acute infarction. *Eur J Heart Fail* 2001; 3(5): 561-8.
8. Wang BY, Lawson W, Robinson RA, Perez-Ordóñez B, Brandwein M. Malignant melanomas of the parotid: comparison of survival for patients with metastases from known vs unknown primary tumor sites. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1999; 125(6): 635-9.
9. Carod-Artal FJ, Egido JA. Quality of life after stroke: the importance of a good recovery. *Cerebrovasc Dis* 2009; 27 Suppl 1: 204-14.
10. Gaete JM, Bogousslavsky J. Post-stroke depression. *Expert Rev Neurother* 2008; 8(1): 75-92.
11. Kaviani H, Mosavi A. Psychometric properties of Beck Anxiety Inventory in an Iranian population age and sex classes. *Journal of Medicine, Tehran University of Medical Sciences* 2008; 66(2): 136-40.
12. Ware JE, Jr., Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30(6): 473-83.
13. Montazeri A, Gashtasbi A, Vahdani Nia M. Translation, Reliability and validity of SF-36 questionnaire as Persian. *Jahad University Research Projects Database* 2005; 5(1): 49-56.
14. Stranges S, Dorn JM, Shipley MJ, Kandala NB, Trevisan M, Miller MA, et al. Correlates of short and long sleep duration: a cross-cultural comparison between the United Kingdom and the United States: the Whitehall II Study and the Western New York Health Study. *Am J Epidemiol* 2008; 168(12): 1353-64.
15. Nydevik I, Hulter AK. Subjective dysfunction after stroke. A study with sickness impact profile. *Scand J Prim Health Care* 1991; 9(4): 271-75.
16. Astrom M, Asplund K, Astrom T. Psychosocial function and life satisfaction after stroke. *Stroke* 1992; 23(4): 527-31.
17. Robinson RG, Price TR. Post-stroke depressive disorders: a follow-up study of 103 patients. *Stroke* 1982; 13(5): 635-41.
18. Mayo NE, Wood-Dauphinee S, Cote R, Durcan L, Carlton J. Activity, participation, and quality of life 6 months poststroke. *Arch Phys Med Rehabil* 2002; 83(8): 1035-42.
19. Hackett ML, Anderson CS. Frequency, management, and predictors of abnormal mood after stroke: the Auckland Regional Community Stroke (ARCOS) study, 2002 to 2003. *Stroke* 2006; 37(8): 2123-8.
20. Andersen G, Vestergaard K, Ingeman-Nielsen M, Jensen TS. Incidence of central post-stroke pain. *Pain* 1995; 61(2): 187-93.
21. Williams LS. Depression and stroke: cause or consequence? *Semin Neurol* 2005; 25(4): 396-409.
22. Bonita R, Beaglehole R. Recovery of motor function after stroke. *Stroke* 1988; 19(12): 1497-500.
23. Kauhanen ML, Korpelainen JT, Hiltunen P, Nieminen P, Sotaniemi KA, Myllylä VV. Domains and determinants of quality of life after stroke caused by brain infarction. *Arch Phys Med Rehabil* 2000; 81(12): 1541-6.

24. Steiner T, Ringleb P, Hacke W. Treatment options for large hemispheric stroke. *Neurology* 2001; 57(5 Suppl 2): S61-8.
25. Patel MD, McKeivitt C, Lawrence E, Rudd AG, Wolfe CD. Clinical determinants of long-term quality of life after stroke. *Age Ageing* 2007; 36(3): 316-22.
26. Kwok T, Lo RS, Wong E, Wai-Kwong T, Mok V, Kai-Sing W. Quality of life of stroke survivors: a 1-year follow-up study. *Arch Phys Med Rehabil* 2006; 87(9): 1177-82.
27. Shyu YI, Maa SH, Chen ST, Chen MC. Quality of life among older stroke patients in Taiwan during the first year after discharge. *J Clin Nurs* 2009; 18(16): 2320-8.

Depression and quality of life in patients with stroke

Haghgoo H^{*}, Pazuki ES¹, Sarfaraz Z², Rassafiani M³

Received date: 09/05/2010

Accept date: 15/08/2010

Abstract

Introduction: Stroke is a major cause of disability, often leads to "After Stroke Depression" (ASD) in many cases, and has substantial adverse effects on the stroke survivor's Quality Of Life (QOL). These two factors may have mutual interaction with each other. This study aimed to examine the association between ASD and QOL in people with stroke.

Materials and Methods: A total of 40 participants (21 men and 19 women) mean age of 61.5 years (SD = ± 3.5 years) were evaluated at an average of 8.7 ± 3.5 months after stroke. The relationship between ASD and QOL was examined in a cross-sectional study on the subjects with more than 6 months after stroke. Participants were those who attended the outpatient clinics of two rehabilitation centers in Tehran. QOL was assessed using the Short- Form Health Survey (SF-36) and mood using the Beck's Depression Inventory (BDI).

Results: The prevalence of depression was 70.4%. The participants with depression demonstrated significantly lower quality of life. There was a significant negative correlation of ASD and QOL ($r = -0.81$) ($P < 0.001$).

Conclusion: A significant proportion of the subject with stroke attending the rehabilitation clinics showed depression that adversely affected their QOL.

Keywords: stroke, after stroke depression, quality of life.

* Associated Professor, Department of Neurosciences, The University of Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Email: h.haghgoo@uswr.ac.ir

1. MSc, Department of Occupational Therapy, The University of Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

2. M.Sc, Department of Occupational Therapy, Academic Member of The University of Welfare and Rehabilitation

3. Associated Professor, Department of Occupational Therapy, Pediatric Neurorehabilitation Center, The University of Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.