

اضطراب و افسردگی پس از بستری بیماران در بخش قلب، بررسی شیوع وضعیت درمانی و ارجاع، بیمارستان طالقانی سال (۱۳۸۲)

دکتر نرگس بیرقی^۱ دکتر سیدحسین تنکابنی^۲ دکتر غزاله وکیلی^۳
^۱ استادیار گروه روانپزشکی^۲ گروه کودکان دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی^۳ پزشک عمومی

مجله پزشکی هرمزگان سال نهم شماره چهارم زمستان ۸۴ صفحات ۲۶۴ - ۲۶۱

چکیده

مقدمه: همراهی شایعی میان اختلالات روانپزشکی و مشکلات قلبی وجود دارد. اداره صحیح این اختلالات می‌تواند موجب بهبودی سیر بیماری قلبی و ارتقاء کیفیت زندگی بیماران و از طرف دیگر باعث کاهش هزینه‌های درمانی آنان گردد. این پژوهش با هدف بررسی وضعیت موجود از نظر فراوانی اضطراب و افسردگی و همچنین بررسی سرنوشت درمانی بیماران پس از بستری در بخش قلب انجام شده است.

روش کار: در این پژوهش مقطعی ۵۰ بیمار بستری در بخش قلب بیمارستان طالقانی در سه بررسی مقطعی متوالی با آزمون اضطراب و افسردگی بیمارستانی مورد ارزیابی قرار گرفتند. مصرف داروهای ضد اضطراب و ضد افسردگی همچنین درخواست مشاوره روانپزشکی جهت این بیماران مورد بررسی قرار گرفت. نتایج با استفاده از آمار توصیفی ارائه شد.

نتایج: نتایج غربالگری انجام شده در ۵۰ بیمار شیوع علائم افسردگی را ۷۲٪ و شیوع علائم اضطرابی را ۹۰٪ نشان داده است. ۳۰٪ از بیماران داروهای ضد اضطرابی و ۱۴٪ داروهای ضد افسردگی دریافت می‌کردند. از مجموع ۳۶ بیمار افسرده تنها ۶ نفر داروی ضد افسردگی سه حلقه‌ای دریافت می‌کردند، در حالی که ۱۴ نفر از این بیماران تحت درمان با داروهای بنزودیازپینی بودند. مشاوره روانپزشکی تنها در یک بیمار درخواست شده بود.

نتیجه‌گیری: این پژوهش به شیوع بالای افسردگی و اضطراب در بیماران قلبی تأکید دارد، آگاهی دادن و توجه به مشکلات روانپزشکی همراه ضروری به نظر می‌رسد. عنایت به تشخیص افسردگی و درمانهای دارویی مناسب‌تر در این بیماران مورد تأکید است. بین بخشی می‌تواند باعث افزایش کیفیت درمان این بیماران گردد.

کلیدواژه‌ها: اضطراب - افسردگی - بیماریهای قلبی عروقی

نویسنده مسئول:

دکتر نرگس بیرقی

بیمارستان طالقانی - دفتر

بخش روانپزشکی دانشگاه

علوم پزشکی شهیدبهشتی

تهران - ایران

تلفن ۰۲۱ ۲۲۴۱۸۵۲۰ +۹۸

پست الکترونیکی:

nbyraghi@yahoo.com

دریافت مقاله: ۸۳/۹/۱۷ اصلاح نهایی: ۸۴/۵/۱۳ پذیرش مقاله: ۸۴/۱۰/۳

مقدمه:

بخشهایی است که تعداد درخواست مشاوره روانپزشکی زیادی دارد (۱)، این پژوهش در جهت غربالگری، اضطراب و افسردگی در بخش قلب این مرکز انجام گردید. مصرف داروهای ضد اضطراب و ضد افسردگی و درصد موارد ارجاع شده جهت مشاوره به بخش روانپزشکی نیز بطور همزمان ارزیابی شد. نوع اختلال قلبی همراه و نیز سایر اختلالات روانپزشکی مورد ارزیابی قرار نگرفت.

در راستای گسترش فعالیت‌های واحد «روانپزشکی مشاوره‌ای - ارتباطی» در بیمارستان طالقانی تهران و در جهت برنامه‌ریزی برای فعالیت‌های بین بخشی وضعیت اختلالات روانپزشکی همراه با سایر بیماریهای قلبی مورد توجه قرار گرفته است. از آنجایی که مطالعات قلبی در این بیمارستان نشان داده است که بخش قلب از جمله

افسردگی برخوردار است، به علت سهولت و سرعت انجام بعنوان ابزار مناسبی در بیماران قلبی توصیه شده است (۱۰،۱۱). ترجمه فارسی این آزمون پس از ترجمه و باز ترجمه مورد تأیید قرار گرفته است. نمره بیش از ۸ در هر زیرآزمون بعنوان افسردگی و اضطراب در نظر گرفته شده است (۱۰).

اطلاعات دموگرافیک شامل سن، جنس و وضعیت تأهل جهت بیماران تکمیل گردید. مصرف داروهای ضدافسردگی و ضداضطراب از طریق بررسی پرونده بیماران بطور همزمان مشخص گردید. همچنین مشخص گردید که مشاوره روانپزشکی در کدام یک از این بیماران درخواست شده است.

نتایج:

در مجموع ۵۰ بیمار شامل ۲۵ مرد و ۲۵ زن مورد ارزیابی قرار گرفتند. بیماران در محدوده سنی ۲۳-۸۳ سال با میانگین و انحراف معیار $59/2 \pm 13/3$ قرار داشتند. از نظر تحصیلات ۴۰٪ بی‌سواد، ۴۴٪ تحصیلات زیر دیپلم و ۱۶٪ تحصیلات دیپلم یا بالاتر داشتند. از نظر تأهل ۷۰٪ افراد متأهل، ۲۰٪ بیوه، ۶٪ مطلقه و ۴٪ مجرد بودند.

از مجموع ۵۰ بیمار بررسی شده، ۱۵ بیمار داروهای ضداضطرابی بنزودیازپینی و ۷ بیمار داروی ضدافسردگی سه حلقه‌ای و یک بیمار هر دو دارو را مصرف می‌کرد. هیچ یک از این بیماران از داروهای ضدافسردگی جدیدتر با عوارض قلبی کمتر استفاده نمی‌کردند. مشاوره روانپزشکی تنها برای یک نفر از بیماران درخواست گردید.

نتایج غربالگری این بیماران از نظر افسردگی و اضطراب نشان داد که میانگین مقدار بدست آمده با تست افسردگی بیمارستانی برای علائم افسردگی $10/2$ بود که با احتساب نقطه برش ۸، میزان افسردگی در این نمونه ۷۲٪ بوده است. برای علائم اضطرابی میانگین نمرات $11/2$ بود که با احتساب نقطه برش ۸، میزان اضطراب ۹۰٪ بوده است.

مطالعات متعددی همراهی اختلالات روانپزشکی با بیماری قلبی را بعنوان عاملی برای افزایش هزینه‌های درمانی، طول مدت بستری و کاهش عملکرد بیماران، مطرح کرده است (۲). شیوع علائم افسردگی و اضطراب در بیماران قلبی به ترتیب ۴۷٪ و ۶۸٪ گزارش شده است (۳). مطالعات اپیدمیولوژیک همراهی اختلالات افسردگی و اضطراب را با بیماریهای قلبی - عروقی ثابت کرده است و عوامل خطر ساز مشترکی را از نظر ژنتیکی و محیطی برای این دو اختلال مطرح نموده است (۴).

مطالعات متعددی نیز همراهی مشکلات روانپزشکی را از علل مؤثر در ایجاد مشکلات عروق کرونر و نیز وخامت پیش‌آگهی و سیر بیماری در این افراد دانسته است (۵،۶). درمان اختلالات روانپزشکی همراه، راهکار مناسبی در جهت بهبود پیش‌آگهی و کاهش طول مدت بستری این بیماران بوده است (۷).

مجموع مطالعات توصیه به غربالگری اختلالات روانپزشکی در این بخشها و نیز دادن آگاهی و راهکارهای علمی به سایر متخصصین و پزشکان عمومی در جهت تشخیص، اداره و ارجاع به موقع این اختلالات است (۸،۹). تحقیق حاضر پایه‌ای برای تحقیقات آتی در جهت مطالعات مداخله‌ای و ایجاد راهکارهای عملی، آموزشی و درمانی می‌باشد.

روش کار:

در این مطالعه که به روش مقطعی انجام شد، پس از جلب موافقت مسئولین و بیماران، کلیه بیماران بستری در بخش قلب بیمارستان طالقانی در سه نوبت به فاصله دو هفته‌ای مورد ارزیابی قرار گرفتند. بیمارانی که موافقت با انجام این تحقیق نداشته و نیز بیمارانی که به علت ضعف جسمی شدید قادر به همکاری نبودند، از مطالعه خارج شدند. یک پزشک عمومی آموزش دیده آزمون اضطراب و افسردگی بیمارستانی را که آزمونی اختصاصی برای بیماران جسمی می‌باشد را تکمیل می‌نمود. این آزمون که از اعتبار مناسبی در هر دو زیرآزمون اضطراب و

شرایط حاد الزامی است ولی نیاز به دقت بیشتری در مصرف طولانی مدت دارد و احتمال وابستگی و عوارض همراه با افزایش سن مواردی است که باید مورد توجه قرار گیرد.

نتایج بدست آمده نشان می دهد که هر چند در این مطالعه هم نشان داده شده که در بخشهای پزشکی شیوع افسردگی و اضطراب در خانمها و آقایان تقریباً مشابه است ولی خانمها درمان بیشتری دریافت کرده اند.

همانطور که مطالعات قبلی نشان داده است، تشخیص افسردگی در بیماران قلبی با مشکل بیشتری روبروست (۱۴). بررسی وضعیت بیماران افسرده در این پژوهش نیز نشان داد که تمایل بیشتری به تشخیص و درمان ضداضطرابی در این بیماران وجود داشته است و این بیماران عمدتاً یا تشخیص داده نشده و یا با تشخیص اضطراب تحت درمان قرار گرفته اند.

نداشتن امکان غربالگری کلیه اختلالات روانپزشکی و نیز عدم بررسی متغیرهای بیماران نظیر نوع بیماری زمینه‌ای از محدودیتهای این پژوهش است که امکان تحلیل بیشتر را محدود می‌سازد و می‌تواند در مطالعات آتی مورد بررسی قرار گیرد.

آگاهی و توجه به مشکلات روانپزشکی همراه در بیماران قلبی امری ضروری است و دقت در درمان و پیگیری این بیماران نیز باید مورد توجه قرار گیرد. مطالعات مداخله‌ای آتی می‌تواند راهبردهای عملی بیشتری در این زمینه ارائه کند. افزایش همکاری بین بخشی در تبادل اطلاعات و نگرشها می‌تواند تأثیر مثبتی در سرنوشت درمانی بیماران داشته باشد.

سپاسگزاری:

بدینوسیله از همکاران محترم بخش قلب بیمارستان طالقانی تهران و مسئولین این بیمارستان بخاطر همکاری در اجرای این طرح، تشکر و قدردانی می‌گردد.

مقایسه خانمها و آقایان از نظر شیوع افسردگی و اضطراب و در کنار آن مصرف یا عدم مصرف داروهای ضداضطراب و ضدافسردگی شایان توجه است که در جدول ۱ نشان داده شده است.

از مجموع ۳۶ بیمار افسرده، تنها ۶ نفر داروی ضدافسردگی مصرف می‌کردند، در حالی که ۱۴ نفر از آنها داروی ضداضطراب مصرف می‌کردند.

جدول شماره ۱- مقایسه شیوع علائم افسردگی و اضطراب و همچنین مصرف داروها در دو جنس

علائم درمان	جنسیت	
	مرد (n=۲۵)	زن (n=۲۵)
افسردگی	تعداد ۱۶ درصد ۶۴٪	تعداد ۲۰ درصد ۸۰٪
اضطراب	تعداد ۲۲ درصد ۸۸٪	تعداد ۲۴ درصد ۹۶٪
مصرف داروهای ضدافسردگی	تعداد ۲ درصد ۸٪	تعداد ۶ درصد ۲۴٪
مصرف داروهای ضداضطرابی	تعداد ۵ درصد ۲۰٪	تعداد ۱۱ درصد ۴۴٪

بحث و نتیجه‌گیری:

شیوع افسردگی و اضطراب بدست آمده در این پژوهش با ارقام بدست آمده از سایر مطالعات همخوانی نسبی دارد (۲). بالاتر بودن این مقدار می‌تواند به علت شیوع بالاتر در کشور ما در مقایسه با کشورها توسعه یافته به علت فشارهای اقتصادی و اجتماعی موجود باشد. تفاوت اندازه‌گیری در مطالعات نیز می‌تواند توجیه‌کننده باشد. هر چند که بخش قلب نسبت به سایر بخشهای بیمارستان ارجاع بالاتری داشته است (۱) ولی درصد ارجاع نسبت به مطالعات سایر کشورها، پایین‌تر می‌باشد (۱۲). استفاده وسیع از داروهای ضداضطراب و ضدافسردگی نشان از توجه همکاران متخصص قلب به نیاز درمانی این بیماران بوده است. ولی استفاده از دوزهای پایین درمانی و نیز استفاده از داروهای ضدافسردگی سه حلقه‌ای با عوارض بیشتر قلبی به چشم می‌خورد. مطالعات متعددی به عدم مصرف داروهای سه حلقه‌ای در بیماران قلبی تأکید کرده است (۱۳).

در حال حاضر ضدافسردگی‌هایی نظیر مهارکننده‌های باز جذب سروتونین به عنوان انتخاب اولیه در بیماران قلبی مطرح می‌باشند. استفاده از بنزودیازپینها هرچند در

References

منابع

۱. بیرقی، نرگس، شمس، جمال. بررسی وضعیت مشاوره های روانپزشکی در سال ۸۱-۸۰ در بیمارستان طالقانی، پژوهش در پزشکی، سال ۲۸، شماره ۲، ص ۱۴۴-۱۴۱.
2. Wells KB, Stewart A, Hays RD, Burnham MA, Rogers W, Daniels M, et al. The functioning & wellbeing of depressed patients results from the medical outcomes study. *JAMA*. 1989;262:914-919.
3. Hansen MS, Fink P, Frydenberg M, Sondergaard L, Oxhøj ML, Munk-Jørgensen P. Mental disorders among internal medical inpatients: prevalence, detection and treatment status. *J Psychosom Res*. 2001;50(4):199-204.
4. Scherrer JF, Xian H, Bucholz KK, Eisen SA, Lyons MJ, et al. A twin study of depression symptoms, hypertension, and heart disease in middle-aged men. *Psychosom Med*. 2003;64(4):548-557.
5. Lett HS, Blumenthal JA, Babyak MA, Sherwood A, Strauman T, Robins C, et al. Depression as a risk factor for coronary artery disease: evidence, mechanisms, and treatment. *Psychosom Med*. 2004;66(3):305-315.
6. Glassman A, Shapiro PA, Ford DE, Culpepper L, Finkel MS, Swenson JR, et al. Cardiovascular health and depression. *J Psychiatr Pract*. 2003;9(6):409-421.
7. Hosaka T, Aoki T, Watanabe T, Okuyama T, Kurosawa H. Comorbidity of depression among physically ill patients and its effect on the length of hospital stay. *Psychiatry Clin Neurosci*. 1999;53(4):491-495.
8. Cheok F, Schrader G, Banham D, Marker J, Hordacre AL. Identification, course, and treatment of depression after admission for a cardiac condition rationale and patient characteristics for the Identifying Depression As a Comorbid Condition (IDACC) project. *Am Heart J*. 2003;146(6):978-984.
9. Albus C, Jordan J, Herrmann-Lingen C. Screening for psychosocial risk factors in patients with coronary heart disease—recommendations for clinical practice. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2004;11(1):75-79.
10. Zich JM, Attkisson CC, Greenfield TK. Screening for depression in primary care clinics: the CES-D and the BDI. *Int J Psychiatry Med*. 1990;20(3):259-277.
11. Strik JJ, Honig A, Lousberg R, Denollet J. Sensitivity and specificity of observer and self-report questionnaires in major and minor depression following myocardial infarction. *Psychosomatics*. 2001;42:423-428.
12. Holmes A, Judd F, Lloyd J, Dakis J, Cairns F, Kerr L, et al. A contemporary view of psychiatry services in a general medical hospital. *Australas Psychiat*. 2001;9(3):243-248.
13. Laederach-Hofmann K, Fisch HU. Diagnosis and therapy of depression in the heart disease patient. *Ther Umsch*. 2003;60(11):703-707.
14. Follath F. Depression, stress and coronary heart disease—epidemiology, prognosis and therapeutic Sequelae. *Ther Umsch*. 2003;60(11):697-701.