Original Article

مطالعه رابطه شیوع افسردگی متعاقب سکته مغزی با عوامل خطرساز سکته

فرهاد ایرانمنش[1*]، رضا وزیری نژاد[2]، فرانک گدری[3]، نجمه رجب پور[3]

۱- مرکز تحقیقات بیماری‌های مغز و اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.
۲- گروه اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، کرمان، ایران.
۳- دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۰۹/۲۳ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۰۳/۲۵

چکیده

زمینه و هدف: سکته مغزی یک معضل بزرگ بهداشتی است. افسردگی متعاقب سکته از شایع‌ترین اختلالات خلقی در افراد مبتلا به سکته می‌باشد. هدف از این مطالعه تعیین شیوع افسردگی متعاقب سکته و ارتباط آن با عوامل خطرساز سکته مغزی بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به صورت توصیفی با روش نمونه‌گیری غیر احتمالی آسان بر روی ۱۰۰ بیمار مبتلا به سکته مغزی ایسکمیک در بیمارستان علی ابن ابیطالب (ع) رفسنجان انجام گرفت. تشخیص سکته بر اساس تشخیص بالینی متخصص مغز و اعصاب بود که با استفاده از ام ار ای مغزی تأیید شده بود. فراوانی افسردگی بر اساس DSM-IV تعیین و همراه با اطلاعات دموگرافیک و عوامل خطرساز سکته مغزی در پرسشنامه ثبت و نتایج با استفاده از تست‌های آماریChi Square، T-test و Fishers Exact Test تجزیه تحلیل آماری گردید.

نتایج: ۵۹ درصد بیماران دچار افسردگی بودند. وفور افسردگی در زنان (۳۸ درصد) به طور معنی‌داری در مقایسه با وفور افسردگی در مردان (۲۱ درصد) بیشتر بود. هیچ ارتباط معنی‌داری بین سن و سایر عوامل خطرساز سکته با افسردگی وجود نداشت. پرفشاری خون (۶۵ درصد) دیابت (۵۰ درصد) و هیپرلیپیدمی (۴۰ درصد) شایع‌ترین عوامل خطرساز سکته مغزی بودند.

نتیجه‌گیری: به طور کلی نتایج نشان می‌دهد که افسردگی متعاقب سکته از فراوانی بالایی در جامعه ما برخوردار است و این مسئله در مورد زنان اهمیت بیشتری دارد. تشخیص و درمان به موقع در بهبود کیفیت زندگی بیماران کمک‌کننده خواهد بود.

کلمات کلیدی: افسردگی، سکته مغزی، عامل خطرساز

مقدمه

سکته مغزی شایع‌ترین و در عین حال پرعارضه‌ترین بیماری مغز و اعصاب محسوب می‌گردد. این عارضه ناشی از اختلال در خون‌رسانی مغز بوده و بر اساس ماهیت اختلال به دو فرم تقسیم می‌گردد. فرم اول آن که بیش از ۷۵ درصد موارد را شامل می‌گردد ایسکمیک نامیده می‌شود که در آن یا روند آتروسکلروز منجر به انسداد شده یا آمبولی از سایر قسمت‌ها در عروق مغز جایگزین شده و منجر به بروز علایم بالینی می‌گردد. فرم دوم هموراژیک بوده و در آن پارگی عروق (در فضای تحت عنکبوتیه و یا نسج مغز) سبب بروز علایم می‌گردد (۱).

طیف وسیعی از بیماران مبتلا به سکته متعاقب ابتلا به این بیماری با عوارضی مثل تشنج، اختلالات حرکتی و مشکلات روان‌پزشکی مواجه هستند که به شدت بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیرگذار می‌باشد. افسردگی جز شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی در بیماران مبتلا به سکته مغـزی محسوب می‌گردد و فـراوانـی آن از ۲۰% تا ۶۵% موارد گزارش شده است (۲). این اختلال در بیماران مبتلا سبب افزایش مرگ و میر، وابستگی جسمی بیشتر و عدم پاسخ مناسب به اقدامات بازتوانی می‌گردد (۵-۳)، روندی که متعاقب سکته مغزی شروع و ماه‌ها تا سال‌ها بعد از سکته مغزی با افزایش شانس بروز خطر همراه می‌باشد (۶).

به نظر می‌رسد که افسردگی با گذشت زمان از سکته مغزی، رو به افزایش بوده و با جنسیت زن، سن بالاتر از ۷۵ سال، سابقه سکته مغزی قبلی و هم‌چنین ناتوانی جسمی شدید در شروع سکته ارتباط مستقیم داشته باشد (۹-۷). برخی از مطالعات نیز بیان‌گر ارتباط محل ضایعه با بروز علایم افسردگی می‌باشد (۲).

هنوز در مورد ارتباط افسردگی متعاقب سکته با عوامل خطرساز سکته اتفاق نظر وجود ندارد. در برخی از مطالعات نشان داده شده که ممکن است بین این عوامل و افسردگی متعاقب سکته ارتباط وجود داشته باشد، به عنوان مثال در پژوهشی در کانادا پرفشاری خون (۱۰) و در مطالعه‌ای

* نویسنده مسئول: فرهاد ایرانمنش، مرکز تحقیقات بیماری‌های مغز و اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی، کرمان، ایران. تلفن: ۰۹۱۳۱۹۱۴۲۹۰
Email: fpp_farhad@yahoo.com

در برزیل دیابت با وجود افسردگی بعد از سکته در ارتباط بوده‌اند (۱۱)، در حالی که بررسی‌ها در لهستان (۱۲) و نیجریه (۱۳) هیچ ارتباطی بین افسردگی و عوامل خطرساز سکته نشان نمی‌دهند.

با توجه به وجود تناقض‌های فوق‌الذکر و نیز قابلیت کنترل نسبی افسردگی و عوامل خطر ساز مؤثر در بروز آن، این مطالعه به منظور تعیین شیوع افسردگی در بیماران مبتلا به سکته ایسکمیک مغزی و ارتباط آن با عوامل خطرساز در پایان هفته اول بعد از سکته انجام گردید.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به صورت توصیفی با روش نمونه‌گیری غیر احتمالی آسان در بیمارستان علی ابن ابیطالب رفسنجان روی بیمارانی که برای اولین بار دچار سکته مغزی ایسکمیک شده بودند، انجام گرفت. تشخیص سکته مغزی ایسکمیک توسط متخصص مغز و اعصاب انجام شد و با استفاده از MRI مغزی تأیید شد، در صورت لزوم از MRI با ماده رنگی جهت اطمینان کمک گرفته شد. بیماران در روز هفتم بعد از سکته مغزی بر اساس معیارهای DSM-IV مورد ارزیابی قرار گرفتند. مصاحبه در ساعاتی انجام شد که بیماران تعیین کرده بودند. افرادی که دارای سابقه بیماری‌هایی مانند افسردگی، دمانس سیکوز بودن یا سابقه مصرف دارو مخصوصاً داروهای اعصاب و روان، سابقه مصرف مواد مخدر و الکل داشتند، از مطالعه حذف شدند (البته بیماری‌های هیپرلیپیدمی، دیابت، بیماری قلبی و پرفشاری خون جز لیست سوابق بیماری محسوب نشدند). بیمارانی که دارای اختلال سطح هوشیاری یا تکلم بودند نیز از مطالعه حذف شدند. در کل ۱۰۰ بیمار مورد ارزیابی قرار گرفتند. در این مطالعه، فردی دارای بیماری پرفشاری خون یا دیابت محسوب می‌شد که قبلاً توسط پزشک تشخیص داده شده بود و تحت درمان بودن یا نبودن فرقی نمی‌کرد. بدیهی است مواردی که سابقه نداشته و در بررسی‌های اولیه دچار این عوارض بودند، از مطالعه حذف شدند. بیمار مبتلا به پرفشاری خون در شرح حال دارای فشارخون سیستولیک بیشتر از ۱۶۰ میلی‌متر جیوه یا فشارخون دیاستولیک بیشتر از ۹۰ میلی‌متر جیوه و بیمار دیابتی نیز که در شرح حال، دارای قند خون ناشتای بالاتر از ۱۲۶ میلی‌گرم در دسی لیتر بر اساس معاینات قبلی پزشکی بود، تأیید هیپرلیپیدمی با بررسی‌های آزمایشگاهی حین بستری انجام شد (کلسترول بیشتر از ۲۲۰ میلی‌گرم در دسی لیتر یا تری‌گلیسرید بیشتر از ۱۵۰ میلی‌گرم در دسی لیتر). بیماری قلبی نیز بر اساس مدارک مستندی بود که توسط متخصص قلب قبل از بستری در فرد تأیید شده بود یا در زمان بستری در بررسی‌های انجام شده توسط متخصص قلب تأیید می‌شد. فرد سیگاری نیز کسی بود که شاخص (Index) سیگار کشیدن وی بیشتر از ۲۰۰ بود (۱۴). بیماران با رضایت وارد تحقیق شده و مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه رفسنجان تأیید شده بود. برای بیماران پرسشنامه‌ای حاوی مشخصات دموگرافیک و عوامل خطرساز سکته مغزی تشکیل و اطلاعات وارد نرم‌افزار SPSS 16 شده و نتایج با استفاده از تست‌های Chi Square، T-test و Fishers Exact Test تجزیه تحلیل آماری گردید. سطح معنی‌دار $P \leq 0.05$ در نظر گرفته شد.

نتایج

در این مطالعه ۱۰۰ نفر مورد بررسی قرار گرفتند که ۳۵ نفر (۳۵%) از آن‌ها مرد و ۶۵ نفر (۶۵%) زن بودند. میانگین سنی کل افراد ۶۱/۱۵ سال با انحراف معیار ۸/۶۶ که در مردان ۶۲/۰۶ سال با انحراف معیار ۹/۶۳ و در زنان ۶۰/۲۵ سال با انحراف معیار ۹/۰۶ بود. این ارتباط از نظر آماری معنی‌دار نبود. از کل بیماران ۵۹ نفر (۵۹%) دارای افسردگی بودند، از این تعداد ۲۱ نفر مرد و ۳۸ نفر زن بودند. این رابطه از نظر آماری معنی‌دار بود ($P<0.01$) (جدول ۱). فراوانی عوامل خطرساز سکته در نمودار ۱ نشان داده شده است. از افراد مورد مطالعه ۶۵% دارای پرفشاری خون، ۴۰% دارای سابقه افزایش چربی خون، ۲۱% دارای سابقه مصرف سیگار، ۵۰% دارای سابقه دیابت و ۳۷% دارای سابقه بیماری قلبی بودند. هیچ ارتباط معنی‌داری بین عوامل خطرساز سکته مغزی با شیوع افسردگی در بیماران مبتلا وجود نداشت (جدول ۲).

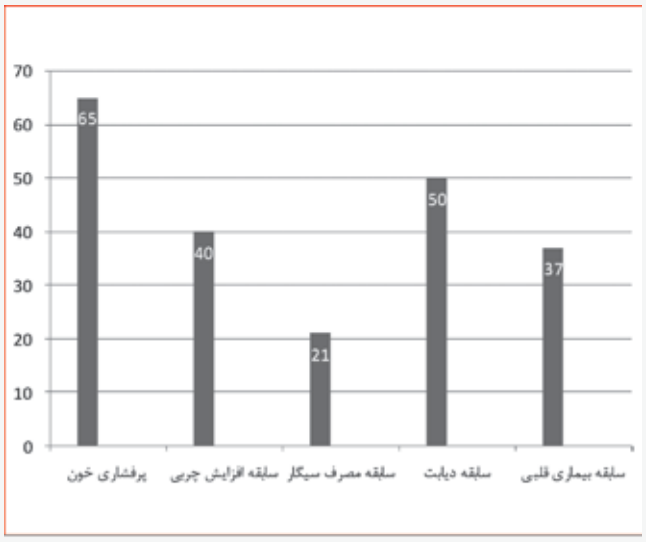
جدول ۱: توزیع فراوانی نمونه‌های مورد مطالعه بر حسب افسردگی و جنس

جنس / فراوانی / افسردگی	مرد		زن	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
دارد	۲۱	۶۰	۳۸	۵۸/۵
ندارد	۱۴	۴۰	۲۷	۴۱/۵
جمع	۳۵	۱۰۰	۶۵	۱۰۰

P< 0.01Odds Ratio = 0.9383 95% Confidence Interval : 0.4062 to 2.167

جدول ۲: توزیع فراوانی نمونه‌های مورد مطالعه بر حسب افسردگی و عوامل خطرساز

افسردگی / عامل خطر ساز	دارد		ندارد		مقدار p
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
پرفشاری خون	۳۹	۶۶/۱	۲۶	۶۳/۴	۰/۷۸
دیابت	۲۹	۴۹/۱	۲۱	۵۱/۲	۰/۸۳
هیپرلیپیدمی	۲۳	۳۸/۹	۱۷	۴۱/۴	۰/۸
سیگار	۱۱	۳۸/۶	۱۰	۲۴/۴	۰/۴۸
بیماری قلبی	۲۰	۳۳/۹	۱۷	۴۱/۴	۰/۶۷



نمودار ۱: فراوانی عوامل خطرساز سکته در جمعیت مورد مطالعه

بحث

در رأس اختلالات روان‌پزشکی متعاقب سکته، افسردگی قرار دارد که خود به طور مستقل با عوارض عدیده همراه می‌باشد (۱۵). در این مطالعه ۵۹% بیماران متعاقب سکته دارای افسردگی بودند که بیان‌گر وفور این معضل در این بیماران می‌باشد. آمارهای ارایه شده جهانی نشان می‌دهد که شیوع این عارضه از ۲۰ تا ۶۵% متغیر می‌باشد (۲). در یک مطالعه کوهورت در فنلاند ۵۰ درصد (۱۶)، در برزیل ۴۷ درصد (۱۱)، در اسپانیا ۶۷ درصد (۷) و در سوئد ۲۴% بیماران دچار علایم افسردگی بودند (۱۷). در پژوهش‌های نوترلند این فراوانی در یک دوره یک ساله به ۳۷% می‌رسد (۱۸ و ۱۹). در آمریکا تخمین زده می‌شود که حدود ۱/۳ بیماران متعاقب سکته دچار افسردگی باشند (۲۰). آمار به دست آمده از این مطالعه با برخی از کشورها مثل اسپانیا (۷)، فنلاند (۱۶) و برزیل (۱۱) نزدیکی بیشتری دارد و به نظر می‌رسد که ایران در گروه کشورهایی قرار می‌گیرد که در آن افسردگی متعاقب سکته از شیوع بالاتری برخوردار است. هنوز علت این تفاوت فراوانی در کشورها نامشخص است. بخشی از شیوع بالای افسردگی در مطالعه ما ممکن است ناشی از نگذشتن مدت زمان زیاد از سکته و عدم پذیرش روانی این عارضه توسط بیماران باشد. هم‌چنین به نظر می‌رسد که معیارها و روش‌های تشخیصی، نوع مطالعه (مقطعی یا کوهورت)، دوره پیگیری و نیز شدت افسردگی در این نتایج گوناگون اثر مداخله کننده داشته باشند (۲۱-۱۵) مثلاً Haq و همکارانش نشان دادند که تشخیص افسردگی بر اساس پرسشنامه PHQ-9 در تشخیص افسردگی حساس‌تر است (۲۲) یا پژوهش فنلاند نشان می‌دهد که در بررسی یک ساله ۳۱% بیماران دارای علایم افسردگی ماژور و فقط ۹% دارای علایم افسردگی مینور بودند (۱۶). sonis و همکارش نیز نشان دادند که پیک شیوع افسردگی بین ماه‌های ۶ تا ۲۴ است و ارزیابی در زمان‌های دیگر ممکن است در نتایج به دست آمده تأثیرگذار باشد (۲۳). افسردگی اگرچه در بسیاری از مطالعات در دوره‌های کوتاه مدت ارزیابی شده است اما برخی از مطالعات بیان‌گر افزایش آن در پیگیری‌های طولانی مدت می‌باشد (۲۴) به‌طوری‌که در یک بررسی در اسپانیا در زمان ترخیص فقط ۳۰% بیماران دچار افسردگی بودند در حالی که در پایان ۱ سال این میزان به ۶۷% رسیده بود (۷). در این مطالعه وقوع افسردگی در جنس زن به طور معنی‌داری بیشتر بود ($P<0.01$). این یافته با نتایج ارایه شده در بسیاری از تحقیقات هم‌خوانی دارد. در سوئد بعد از ۳ ماه پیگیری ۱۲% مردان و ۱۶% زنان علایم افسردگی را نشان دادند (۸). در ژاپن نیز افسردگی در جنس زن بیشتر بود (۹). در ارزیابی بیماران در استرالیا نیز افسردگی در زنان بیشتر بود (۲۵). البته بایستی متذکر شد که بر خلاف نتایج این مطالعه و مطالعات ذکر شده در بالا بررسی‌های محدودی نیز وجود دارند که در آن‌ها نشان داده شده مردان به افسردگی مستعدترند (۲۶). به نظر می‌رسد که جنسیت مؤنث یک ریسک فاکتور جهت بروز افسردگی متعاقب سکته مغزی است و باید در مورد زنان دقت بیشتری نمود (۱۷ و ۲۸). علت این تفاوت جنسی هنوز نامشخص است. نوع ضایعات مغزی، نوع حمایت و عوامل ژنتیکی در این مسئله ممکن است تأثیرگذار باشند (۲۸). در این مطالعه هیچ ارتباط معنی‌داری بین سن و سایر عوامل خطرساز سکته مغزی با افسردگی وجود نداشت. این یافته مشابه برخی مطالعات می‌باشد (۳، ۱۸، ۱۹، ۲۹ و ۳۰). برخلاف تحقیق حاضر و پژوهش‌های ذکر شده، Christine و همکارانش نشان دادند که افراد مسن به دلایل مختلف مستعدتر به سکته هستند که از علل آن می‌توان به کم‌تحرکی اشاره نمود (۳۱). در این مطالعه حدود ۵۰% بیماران دارای یک یا بیشتر از یک عامل خطرساز سکته مغزی بودند. پرفشاری خون، دیابت، مصرف سیگار و هیپرلیپیدمی به ترتیب شایع‌ترین عوامل خطرساز بودند. هر چند این عوامل در بسیاری از پژوهش‌ها (۳۴-۳۲) جز ریسک فاکتورهای اصلی سکته مغزی محسوب می‌گردند ولیکن تأثیر آن‌ها در بروز افسردگی متعاقب سکته نامشخص است. در این مطالعه هیچ ارتباط معنی‌داری بین این عوامل و افسردگی بعد از سکته مشاهده نشد. این یافته با تعداد زیادی از مطالعات هم‌خوانی دارد. Sienkiewicz-Jarosz و همکارانش در لهستان در مطالعه‌ای کوهورت (۱۲)، Oladi و همکارانش در یک مطالعه آینده‌نگر در نیجریه (۱۳)، Berg و همکارانش در فنلاند در مطالعه کوهورت دیگری (۳۵) و Schepers و همکارانش در هلند (۲۶) به نتایجی شبیه مطالعه حاضر دست یافتند. فقط مطالعات محدودی ارتباط بین پرفشاری خون و دیابت با بروز افسردگی را گزارش نموده‌اند (۱۰ و ۱۱). یافته‌های حاضر و مطالعات مشابه ذکر شده نشان می‌دهد که احتمالاً نقش عوامل خطرساز سکته در بروز افسردگی متعاقب سکته جزیی است و باید این مسئله از زوایای دیگری مثل محل ضایعه، واکنش‌های روان‌شناسانه و مسایل اقتصادی اجتماعی (۳۶-۱۱) مورد ارزیابی قرار گیرد. مهم‌ترین محدودیت مطالعه حاضر عدم پیگیری بیماران در دوره زمانی بیشتر بود که با نتایج آن می‌شد به ارزیابی بهتر بیماران دست یافت.

نتیجه‌گیری

به طور کلی یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد که افسردگی متعاقب سکته مغزی از فراوانی برخوردار می‌باشد. این نکته در مورد زنان اهمیت بیشتری داشته و می‌توان با تشخیص و درمان به موقع آن به بهبود کیفیت زندگی بیماران کمک نمود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم میداند که از حمایت‌های دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان قدردانی نمایند.

References

1. Iranmanesh F. Post-stroke depression and hospital admission. A need for nursing care partition according to the clinical condition. Neurosciences (Riyadh). 2010;15(1):33-36.

2. Bhogal SK, Teasell R, Foley N. Lesion location and post-stroke depression: systematic review of the methodological limitations in the literature. Stroke. 2004;35(3):794-802.

3. Hackett Maree L, Anderson Craig S, House Allan O. Management of depression after stroke. Stroke. 2005;36:1092.
4. Carod-Artal FJ. Post- stroke depression Epi-demiology, diagnostic criteria and Risk Factors. Rev Neurol. 2006;44(3):169-175.
5. Turner S, Hassan N. Depression after stroke, a review of the evidence base to inform the dev-elopment of an integrated care pathway. Rehabil. 2002;16(3):231-247.
6. Sonis J. Mortality and poststroke depression. Am J Psychiatry. 2003;160(10):1823-1829.
7. Carod- Artal FJ, Gonzalez-Gutierrez JL, Egido- Herrero JA, Varela de seijas-E. Post stroke depression: predictive factors at one year follow up. Rev Neural. 2002;35(2):101-106.
8. Marie E, Kjell A, Eva-Lotta G. Self-reported depression and use of antidepressants after stroke: A National Survey. Stroke. 2004;35:936.
9. Ohira T, Iso H, Satoh S, Sankai T, Tanigawa T, Ogawa Y, et al. Prospective study of depressive symptoms and risk of stroke among Japanese. Stroke. 2001;32(4):903-908.
10. Tennen G, Herrmann N, Black SE, Levy KS, Cappell J, Li A, et al. Are vascular risk factors associated with post-stroke depressive symptoms? J Geriatr Psychiatry Neurol. 2011:24(4):215-221.
11. Carod-Artal FJ, Ferreira Coral L, Trizotto DS, Menezes Moreira C. Poststroke depression: prevalence and determinants in Brazilian stroke patients. Cerebrovasc Dis. 2009;28(2):157-165.
12. Sienkiewicz-Jarosz H, Milewska D, Bochyńska A, Chełmniak A, Dworek N, Kasprzyk K, et al. Predictors of depressive symptoms in patients with stroke- a three-month follow-up. Neurol Neurochir Pol. 2010;44(1):13-20.
13. Oladiji JO, Akinbo SR, Aina OF, Aiyejusunle CB. Risk factors of post-stroke depression among stroke survivors in Lagos, Nigeria. Afr J Psychiatry (Johannesbg). 2009;12(1):47-51.
14. Sato H, Koretsune Y, Fukunami M, et al. Aspirin attenuates the incidence of silent brain lesions in patients with nonvalvular atrial fibrillation. Japar Circ J. 2004; 68(5):410-416.
15. Terroni Lde M, Leite CC, Tinone G, Fráguas Jr R. Post-stroke depression: risk factors and antidepressant treatment. Rev Assoc Med Bras. 2003;49(4):450-459.
16. Kauhanen ML, Korpelainen JT, Hiltunen P. Poststroke depression correlates with cognitive impairment and neurological deficits. stroke. 1999;30:1875-1880.
17. Astrom M. Generalized Anxiety Disorder in Stork Patients. stroke.1996; 27:270-275
18. Ive A, Johan D, Richel L, et al. Personality and vulnerability to depression in stroke patients, A 1 year prospective follow up study. Stroke. 2002;33:2391.
19. Aben I, Verhey F, Strik J, et al. A comparative study into the one year cumulative incidence of depression after stroke and myocardial infarction. 2003;74:581-585.
20. Williams LS, Ghose SS, Swindle RW. Depression and other mental health diagnoses increase mortality risk after ischemic stroke. Am J Psychiatry. 2004;161(6):1090-1095.
21. Brittany p, Mira S, Hon. B, et al. Sex differences in the prevalence of post-stroke depression: A Systematic Review. Psychosomatics. 2009;50:563-569.
22. Haq SU, Symeon C, Agius M, Brady R. Screening for depression in post stroke patients. Psychiatr Danub. 2010;22 Suppl1:S33-35.
23. Khan F. Poststroke depression. Aust Fam Physician. 2004;33(10):831-834.
24. Pinoit JM, Bejot Y, Rouaud O, Benatru I, Osseby GV, Bonin B, et al. Post-stroke depression, another handicap. Presse Med. 2006;35:1789-1793.
25. Hackett Maree L, Anderson Craig S, House Allan O. Predictors of depression after stroke. Stroke. 2005;36:2296.
26. Schepers V, Post M, Visser-Meily A, van de Port I, Akhmouch M, Lindeman E. Prediction of depressive symptoms up to three years post-stroke. J Rehabil Med. 2009;41(11):930-935.
27. Cassidy E, 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;21;26(2):71-7.
28. Brittany P, Mira S, Hon. B, et al. Sex differences in the prevalence of post-stroke depression: A Systematic Review. Psychosomatics. 2009;50:563-569.
29. Aben I, Denollet J, Lousberg R, Verhey F, Wojciechowski F, Honig A. Personality and vulnerability to depression in stroke patients: a 1-year prospective follow-up study. Stroke. 2002;33(10):2391-2395.
30. Hsieh LP, Kao HJ. Depressive symptoms following ischemic stroke: a study of 207 patients. Acta Neurol Taiwan. 2005;14(4):187-190.
31. Williams CL, Rittman MR, Boylstein C, Faircloth C, Haijing Q. Qualitative and quantitative measurement of depression in veterans recovering from stroke. J Rehabil Res Dev. 2005;42(3):277-290.
32. Hart CL, Hole DJ, Smith GD. Comparison of risk factors for stroke incidence and stroke mortality in 20 years of follow-up in men and women in the Renfrew/Paisley Study in Scotland. Stroke. 2000:31(8):1893-1896.
33. Hart CL, Hole DJ, Smith GD. The contribution of risk factors to stroke differentials, by socioeconomic position in adulthood: the Renfrew/Paisley Study. Am J Public Health. 2000;90(11):1788-1791.
34. Glynn RJ, Rosner B. Comparison of risk factors for the competing risks of coronary heart disease, stroke, and venous thromboembolism. Am J Epidemiol. 2005:162(10):975-982.
35. Berg A, Palomäki H, Lehtihalmes M, Lönnqvist J, Kaste M. Poststroke Depression. Stroke. 2003:34(1):138-143.
36. Friedman EH. Neurobiology of poststroke depression. Stroke. 2004;35(8):1789.

Original Article

Study of Relationship between Prevalence of Post-Stroke Depression and Stroke Risk Factors

Iranmanesh F[1*], Vazirynejad R[2], Gadari F[3], Rajabpoor N[3]

1- Neurology Research Center, Kerman University of Medical Sciences (KUMS), Kerman, Iran.
2- Department of Epidemiology, RafsanjanUniversity of Medical Sciences, Kerman, Iran.
3- Kerman University of Medical Sciences (KUMS), Kerman, Iran.

Abstract

Background & Objective: Stroke is a major public health problem. Post-stroke depression is one of the common emotional disorders affecting stroke survivors. The purpose of this study was to determine the prevalence of depression and its relationship with risk factors for stroke after an episode of stroke.

Materials & Methods: This descriptive study was performed on 100 consecutive patients with acute ischemic stroke admitted to Ali Ebn Abitaleb hospital in Rafsanjan .The diagnosis of acute ischemic stroke was made by a neurologist and confirmed by MRI. Frequency of depression, according to DSM-IV criteria, as well as demographic data and risk factors for stroke were registered and analyzed by T test, Chi Square and Fishers Exact Tests.

Results: In this study 59% of patients suffered from post stroke depression. The frequency of depression was significantly higher in women (38%) than men (21%). There was no significant relation between depression, age and other risk factors for stroke. Hypertension (65%), diabetes (50%) and hyperlipidemia (40%) were the most common risk factors.

Conclusion: Generally, our results show that post stroke depression is prevalent in our society, and this is more prominent among women. Early diagnosis and treatment can help to improve quality of life in these patients.

Keywords: Depression, Stroke, Risk factor

*** Corresponding author: Iranmanesh Farhad,** Neurology Research Center, Kerman University of Medical Sciences (KUMS), Kerman, Iran.
Tel: +98 913 191 4290
Email: fpp_farhad@yahoo.com

Journal of Fasa University of Medical Sciences/ Aug 2012/ Vol.2/ No.2/ P 66-70