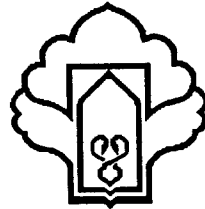


بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

۱۳۸۰ / ۷ / ۲۰



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

شهید صدوقی یزد

دانشکده پزشکی

پایان نامه

جهت دریافت درجه دکترای عمومی

013313

موضوع

بررسی افسردگی در بیماران مبتلا به IHD بستری در CCU

۳۴۵

بیمارستان شهید رهنمون و افشار یزد

استاد راهنما

آقای دکتر محمود رفیعیان

نگارش

الهه قاسمی مریم مخلوق

سال تحصیلی ۸۱-۱۳۸۰

با وجودی که می‌بایست از مراحل بگذرم که گذشتم از
رویارویی با مشکلات نهراسیدم چون همین مشکلات مرا به
سرمنزل مقصود هدایت کردند. هم‌اینک در پایان راه زندگی، همه
دارایی من این شمشیر است، آن را به کسی وامی‌گذارم که مشتاق
ادامه سفر زیارتی خود است و من با خود علائم و نشانه‌های
زخم‌های التیام یافته نبردهایم را می‌برم آن‌ها شاهدان شکل
زندگانی من هستند و پاداش پیروزیهایم، همین نشانه و زخم‌های
پرارجد که مرا به دروازه‌های بهشت رهنمون می‌شوند. زمانی چند
زندگیم با گوش سپردن به داستان قهرمانی‌ها سپری شد و زمانی
دیگر نزیستم مگر آنکه نیازمند زیستن باشم. اینک زندگی می‌کنم
چون یک سلحشورم و مایلم روزی به آن کس بپیوندم که به
خاطرش آن همه جنگیدم.

«برگرفته از رساله سلمشور نور اثر پائولو کواله»

تقدیم به معلم عقل و معرفت

معلم شهید «دکتر علی شریعتی»

تقدیم به همه بیمارانی که با صبر و شکیبایی ما
را در کنار بستر بیماری تممّل کردند و آنچه که
امروز از علم طب ره توشه راهمان است مرهون
شکیبایی آنهاست.

تقدیم به استاد ارجمند جناب آقای دکتر محمود
رفیعیان که به پایان رساندن این مجموعه
بدون کمک و یاری ایشان ممکن نبود.

تقدیم به استاد ارجمند جناب آقای دکتر
سلطانی که از راهنمائی‌های بیدریغ ایشان در
این مجموعه بهره گرفتیم.

تقدیم به مادر مهربانم: او که وجودش تکیه‌گاه محکمی
برای ادامه راه و پناهگاهی امن برای حل مشکلاتم بوده و
خواهد بود. «روی پرمهرش را می‌بوسم»

تقدیم به پدر عزیزم: او که وجودش همواره مایه
دلگرمی‌ام بوده و همراهی دستان پرتوانش در لطمه‌لطمه
زندگی سبب‌ساز آنکه افق زندگی را روشنتر ببینم.
«دستان پرتوانش را می‌بوسم»

تقدیم به برادر عزیزم، مهندس مسعود مفلوق
که چهار سال از دوران فوب دانشجویی را با او و در کنار او
گذراندم.

تقدیم به فواهر گلم «مرجان»

تقدیم به روح پاک پدرم:

او که همواره یاد و خاطره‌اش بر زندگی‌ام سایه افکنده
است. «به پاس همه زحماتش»

تقدیم به مادر مهربانم:

او که تمامی هستی‌م مدیون بزرگواریهای اوست.
«به پاس همه زحماتش»

و تقدیم به همه آنها که دوستشان دارم.

فصل اول : کلیات

بخش اول : افسردگی

۱	مقدمه:
۱	درجات افسردگی:
۳	اپیدمیولوژی:
۴	اتیولوژی:
۶	علائم بالینی:
۷	تشخیص:
۱۰	جایگاه تست Beck در تشخیص افسردگی:
۱۱	تشخیص های افتراقی:
۱۱	درمان:
۱۲	سیر و پیش آگهی:

بخش دوم : IHD (Ischemic Heart Disease)

۱۴	تعریف:
۱۶	اپیدمیولوژی:
۱۶	ریسک فاکتورها:
۱۹	انفارکتوس حاد میوکارد:
۲۰	تظاهرات بالینی:
۲۱	تشخیص:
۲۳	درمان:
۲۴	عوارض انفارکتوس میوکارد:
۲۵	تشخیص افتراقی:
۲۵	آنژین صدری ناپایدار:
۲۶	دسته بندی انواع آنژین ناپایدار:
۲۷	دسته بندی کلینیکی:
۲۷	علائم بالینی:

۲۸	.....	بررسی آزمایشگاهی:
۲۹	.....	پیش آگهی:
۲۹	.....	درمان:

بخش سوم: بیان مسئله و اهمیت موضوع

۳۰	.....	بیان مسئله و اهمیت موضوع:
۳۳	.....	مروری بر مطالعات مشابه:
۳۸	.....	اهداف و فرضیات:
۳۸	.....	سؤالات پژوهشی:
۳۸	.....	تعریف واژه‌ها:

فصل دوم: مواد و روش

۴۰	.....	روش بررسی و انجام کار:
۴۱	.....	توصیف آزمون Beck:
۴۲	.....	روش جمع‌آوری اطلاعات:
۴۳	.....	تجزیه و تحلیل اطلاعات و روش آماری:
۴۴	.....	مشکلات اجرای تحقیق:

فصل سوم: نتایج

۴۵	.....	مقدمه‌ای بر نتایج حاصله:
۴۶	.....	نتایج حاصله از پژوهش:

فصل چهارم: بحث و پیشنهادات

۶۷	.....	بحث:
۷۵	.....	پیشنهادات:
۷۶	.....	: Summary

۷۸	منابع و مأخذ:
----	-------	---------------

پیوست

خلاصه:

افسردگی از اختلالات روانی شایع در سراسر دنیاست. یکی از شایعترین بیماریهای جسمی که می‌تواند به عنوان عامل استرس‌زا در ایجاد افسردگی محسوب شود، بیماری I.H.D می‌باشد. بیماران IHD به علت تغییرات فیزیوپاتولوژیک، عوارض و پیامدهای جسمی، مشکلات اجتماعی، ترس شدید از وابستگی، ترس از صدمه، ترس از دست دادن توانایی جنسی، مصرف داروهای قلبی و ضد فشارخون مانند بتابلوکرها در معرض خطر بسیار بالای ایجاد افسردگی هستند.

این پژوهش به منظور بررسی میزان فراوانی افسردگی در بیماران مبتلا به IHD بستری در CCU بیمارستان افشار و شهید رهنمون یزد در زمستان و پاییز ۷۹ انجام شد.

در این پژوهش ۲۸۰ نفر از بیماران مبتلا به IHD بستری در CCU بیمارستان افشار و شهید رهنمون یزد به شکل تصادفی سیستماتیک مورد مطالعه قرار گرفتند. دو پرسشنامه برای هر بیمار شامل مشخصات فردی، متغیرهای مورد مطالعه و آزمون استاندارد بک تکمیل گردید.

۷۰/۴٪ بیماران افسرده بودند (۱/۲۶٪ زن و ۴۸/۷۴٪ مرد). شیوع درجات افسردگی به ترتیب زیر بدست آمد. افسردگی خفیف ۲۶/۴٪، افسردگی متوسط ۳۲/۹٪ و افسردگی شدید ۱۱/۱٪.

درجات افسردگی با جنس ($PV \cong 0$)، شغل ($PV \cong 0$)، وضعیت تأهل ($PV \cong 0/031$)، بیماری قلبی ($PV \cong 0/01$)، فشارخون بالا ($PV \cong 0/026$) ارتباط معنی‌دار آماری دارد.

درجات افسردگی با سن ($PV \cong 0/832$)، نوع بیماری IHD ($PV \cong 0/119$)، محل سکونت ($PV \cong 0/605$)، مصرف سیگار ($PV \cong 0/696$)، هیپرلیپیدمیا ($PV \cong 0/352$)، دیابت ($PV \cong 0/215$) ارتباط معنی‌داری ندارد.

بررسی ارتباط درجات افسردگی بر حسب بیماری کلیوی، میزان تحصیلات قابل آزمون نبود.

کلاً در جامعه مورد مطالعه میزان افسردگی در زنان خانه‌دار که به تنهایی زندگی می‌کنند از سایرین بیشتر بود.

میزان شیوع افسردگی در بیماران مبتلا به IHD بستری در CCU در این پژوهش نسبت به سایر گزارشات بالاتر است. در سالهای اخیر آمار دقیقی از میزان شیوع افسردگی در کل جمعیت یزد موجود نیست ولی می توان گفت که شیوع افسردگی در بیماران مبتلا به IHD بستری در CCU بسیار بالاتر است.

از آنجایی که افسردگی در بیماران مبتلا به CAD بستری در CCU بر روند بیماری و کنترل آن تأثیر سوئی دارد، توجه به مشکلات روحی - اجتماعی این بیماران می تواند به درمان بهتر و کاهش مورتالیتی این بیماری کمک کند. بنابراین لازم است برنامه ای تدوین گردد تا پزشک متخصص قلب با روانپزشک مشاور خود همکاری نزدیک داشته باشد و همچنین پژوهشی جامع با همکاری دانشگاه های علوم پزشکی جهت بررسی شیوع افسردگی و عوامل خطر در بیماران مبتلا به IHD کل کشور و شناسایی و درمان آنها طراحی و انجام گیرد.

فصل اول

کلیات

بخش اول

افسردگی

مقدمه:

توضیحاتی در مورد آنچه امروزه اختلالات خلقی نامیده می‌شود در بسیاری از متون کهن یافت می‌شود. بقراط در حدود ۴۰۰ سال پیش از میلاد مسیح (ع) اصطلاحات «مانیا» و «مالیخولیا» را برای توصیف اختلالات روانی به کار برده بود. ژول جی. اف. بالاژره روانپزشک فرانسوی بیماری جنون دوشکلی را توصیف کرد که در آن فرد عمیقاً افسرده و دچار نوعی حالت بهت می‌شود و سرانجام از آن حال درمی‌آید. در سال ۱۸۸۲ روانپزشک آلمانی کارل کالبام اصطلاح سیکلوتایمی را به کار برد و مانیا و افسردگی را مراحل از یک بیماری واحد قلمداد کرد. در سال ۱۹۸۸ امیل کرپلین، براساس اطلاعاتی که از روانپزشکان آلمانی و فرانسوی پیش از خود بدست آورده بود نوعی سایکوز به نام سایکوز مانیا- افسردگی - توصیف کرده بود و اکثر معیارهایی را که امروزه روانپزشکان برای گذاشتن تشخیص اختلال دوقطبی ا به کار می‌برند در آن گنجانده بود.^(۵)

تعریف:

در بیماری‌هایی که خلق افسرده‌ای دارند (یعنی در افسردگی) از دست دادن انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، از دست دادن اشتها، افکار مرگ یا خودکشی، وجود دارد.^(۵)

افسردگی یک واکنش پسیکوبیولوژیک عادی در مقابل استرس است و چون بشریت واحد پسیکوبیولوژیک است، به هر تغییر فکری و حسی که موجب تغییرات شیمیایی سلسله اعصاب مرکزی گردد، از خود واکنش نشان می‌دهد و با هر استرس از نظر جسمی و روحی مبارزه خواهد کرد و به همین علت است که یک بیماری شدید جسمی موجب شروع یک دوره افسردگی شدید می‌شود.^(۲۴)

درجات افسردگی:

افسردگی درجات و اشکال توصیفی متعددی دارد که از جمله اشکال توصیفی آن، اختلال یک قطبی و دو قطبی می‌باشد که منظور از اختلال دو قطبی این است که اقلأ یک حمله مانیا یا هایپومانیا در سابقه فرد وجود دارد و اختلالی را یک قطبی می‌گویند که فقط دوره‌هایی از افسردگی داشته باشد.