مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی – درمانی شهید صدوقی یزد
دوره هفدهم، شماره دوم، بهار ۱۳۸۸، صفحات ۱۴۷-۱۴۳

ارزیابی اختلالات روانی در بیماران سکته مغزی بستری در بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص)

دکتر بنفشه فرزین‌راد*[1]، دکتر کمال مقصودی[2]، دکتر کاظم ملکوتی[3]

چکیده

مقدمه: اختلالات مغزی-عروقی سومین علت منتهی به مرگ در سنین بالای پنجاه سال است و در بیش از پنجاه درصد و حتی تا هفتادوهشت درصد این بیماران اختلالات روانی گزارش شده است. هدف کلی این پژوهش ارزیابی اختلالات روانی در بیماران سکته مغزی بود.

روش بررسی: در این مطالعه مقطعی به روش نمونه‌گیری تصادفی ۱۰۰ بیمار سکته مغزی بستری در بخش نورولوژی بیمارستان حضرت رسول اکرم انتخاب و بر اساس پرسش‌نامه نوروسایکوتیک(NPI) مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها به کمک آزمون‌های آماری مجذور خی و t تست توسط نرم‌افزار SPSS تحلیل شد.

نتایج: ۳۷ مرد و ۶۳ زن با میانگین سنی ۶۲/۵ سال در طی ۱ تا ۱۲ ماه بعد از سکته مغزی ارزیابی شدند. نتایج حاصل از مجذور خی نشان داد که بیماران مرد در خرده‌مقیاس‌های هذیان، آپاتی، مهارگسیختگی و مشکلات خواب و بیماران زن در خرده‌مقیاس اضطراب نمره بیشتری آوردند. یافته‌های حاصل از t تست حاکی از آن بود که بین ضایعات نیمکره راست و یوفوری همبستگی وجود داشت.

نتیجه‌گیری: به ترتیب افسردگی، اضطراب و پرخاشگری شایع‌ترین اختلالات روانی بعد از سکته مغزی بودند.

واژه‌های کلیدی: سکته مغزی، اختلالات روانی، نوروسایکولوژی

مقدمه

بیماری‌های عروقی مغز از مهم‌ترین مسایل مربوط به سلامتی می‌باشند. سکته مغزی(Stroke) پس از بیماری‌های قلبی و سرطان(Cancer)، سومین علت مرگ و میر در افراد بالای ۵۰ سال به‌شمارمی‌آید. سکته مغزی علاوه بر علایم حسی و حرکتی، علایم روانی نیز ایجاد می‌کند. عوارض روانی سکته مغزی از اوایل قرن بیستم مورد بحث قرار گرفته‌اند؛ Meyer در مورد جنون، Bobinski در زمینه عدم‌آگاهی یا بی‌علاقگی به شناخت وجود بیماری جسمی(Anosognosia)، Kraeplin در مورد اختلالات مانیک دپرسیو(Manic-Depresive)، Goldstein در باب واکنش کاتاستروفیک(Catastrophic Reaction)، Denny-Brow حول واکنش بی‌تفاوتی(Indifference Reaction)، Welt در پرحرفی و سرخوشی(Euphoria) و Oppenheim در باب شوخ‌طبعی نامتناسب(Witzelsucht) ناشی از بیماری‌های عروقی مغزی بحث کرده‌اند(۱).

دمانس عروقی شیوع مختلفی دارد، از ۱/۵ درصد در زنان ۷۵ تا ۷۹ ساله در آمریکا تا ۱۶/۳درصد در مردان بالای ۸۰ سال در ایتالیا و حتی ۵۰ درصد کل موارد بالینی دمانس در ژاپن گزارش شده است. میزان بروز سالیانه سکته‌های ترومبوملیک در ایالات متحده بین ۳۰۰ تا ۴۰۰ هزار مورد است. اگرچه در افراد با

* ۱-نویسنده مسئول: دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی-دانشگاه علوم پزشکی ایران - تلفن همراه:۰۹۱۳۱۵۸۱۷۱۰
Email: farnaz1521@yahoo.com
۲- روانپزشک
۳- استادیار گروه روانپزشکی- دانشگاه علوم پزشکی ایران
تاریخ دریافت: ۱۳۸۷/۱۱/۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۷/۶/۷

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

بیماری‌های عروقی مغزی هر اختلال روانی می‌تواند بروز کند، تنها اختلالی که در DSM-IV مختص این بیماری ذکر شده است، دمانس عروقی است(۲).

اولین گزارشات مربوط به واکنش‌های هیجانی که متعاقب آسیب‌های مغزی(معمولاً ناشی از بیماری‌های عروقی مغزی) رخ داده‌اند توسط نورولوژیست‌ها و روان‌پزشکان در توصیف بیماران‌شان آمده است. برای مثال، Meyer مطرح نمود که رخ‌دادن جنون‌های متعاقب ضایعه مغزی ممکن است با ضایعاتی از مناطق خاص مغزی در ارتباط باشند. البته او اعتقاد داشت که اکثر این اختلالات در نتیجه ترکیبی از عوامل روانشناختی، اجتماعی و زیستی رخ‌می‌دهند. Bobinski متوجه شد بیمارانی که اختلالات نیمکره راست دارند علایم عدم‌آگاهی یا بی‌علاقگی به شناخت وجود بیماری جسمی، سرخوشی و بی‌تفاوتی را نشان می‌دهند.Bleuler متوجه شد که خلق ملانکولیک متعاقب سکته مغزی می‌تواند تا ماه‌ها و حتی گاه بیشتر پا برجا بماند. Kraeplinاظهار داشت که بیماری‌های عروقی-مغزی هم می‌توانند با اختلال دوقطبی تیپ یک(Bipolar Disorder(I)) همراه شوند و هم خود می‌توانند حالاتی از افسردگی را تولید کنند(۳).

Goldstein اولین فردی بود که یک اختلال هیجانی که آن را "واکنش کاتاستروفیک(Catastrophic Reaction) " نامید، توصیف نمود و اندیشید که این اختلال منحصراً با بیماری‌های مغزی همراه است. "واکنش کاتاستروفیک" عبارت است از حمله هیجانی که با درجات متفاوتی از خشم، ناامیدی، افسردگی، اشک‌ریختن، فریاد زدن، دشنام دادن و گاه پرخاشگری همراه است و این واکنش را به ناتوانی ارگانیسم از سازگاری در هنگام مواجهه با یک نقص جدی در اعمال فیزیکی یا شناختی نسبت داد(۴). نابهنجاری هیجانی دیگری که آن هم مشخصه ضایعات مغزی دانسته شده، بی‌تفاوتی است که توسط درک دنی-براون توصیف شده است. این واکنش که با ضایعات نیمکره راست همراه است، شامل علایمی از بی‌تفاوتی نسبت به ناتوانی، فقدان علاقه به خانواده و دوستان، لذت بردن از لطیفه‌های ابلهانه و به حداقل رساندن مشکلات فیزیکی می‌باشد. در اواخر قرن نوزدهم، Welt برای اولین بار، سرخوشی و شوخ‌طبعی همراه با آسیب فرونتال اوربیتال را توصیف کرد. Oppenheim عبارت Witzelsucht را برای اشاره به شوخ‌طبعی نامتناسب این بیماران به کار برد و Clist، کورتکس اوربیتال فرونتال را به عنوان مرکز زندگی هیجانی و کورتکس دورسال لترال را به عنوان منبع فعالیت سایکوموتور و عقلی در نظر گرفت(۵).

سومین اختلال که از قدیم همراه با ضایعات مغزی مثل آنفارکت مغزی بوده است، خنده یا گریه غیرطبیعی است که در این حالت تظاهرات هیجانی بیماران مشخصاً با حالات هیجانی درونی آنها نامربوطند؛ برای مثال، گریه می‌تواند به طور خودبخودی و یا پس از اندکی تحریک رخ دهد(۶).

برای انجام این پژوهش ۱۰۰ بیمار سکته مغزی بستری در بیمارستان رسول اکرم(ص) در سال ۱۳۸۲ از نظر مشکلات روانی مورد ارزیابی قرار گرفتند.

روش بررسی

این پژوهش، یک مطالعه توصیفی- مقطعی (Descriptive-cross-sectional) است. بیماران مراجعه کننده به درمانگاه یا بخش نورولوژی که تشخیص سکته مغزی گرفته بودند جامعه این پژوهش بودند و آن دسته از بیمارانی که معیارهای Exclusion ذکر شده در ذیل را نداشتند با روش نمونه‌گیری تصادفی گروه نمونه را تشکیل دادند:۱- بیش از ۱سال از سکته مغزی گذشته باشد و یا هنوز ۱ ماه سپری نشده باشد. ۲- همکاری لازم در جهت تکمیل پرسشنامه وجود نداشته باشد. ۳-سابقه بیماری روانی مقدم بر سکته مغزی وجود داشته باشد. ۴- حداقل یکی از حالات روانی بیمار مستقیماً قابل انتساب به یکی از داروها و یا مواد مصرفی بیمار باشد.

حجم گروه نمونه بر اساس جدول اعداد تصادفی ۱۰۰ بیمار سکته مغزی(۳۷ مرد و ۶۳ زن) بستری در بخش نورولوژی

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص) در سال ۱۳۸۲ انتخاب شد که پرسشنامه نوروسایکوتیک(Neuropsychotic Inventory) NPI را تکمیل کردند. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها و استخراج داده‌ها، نمرات تمام مقیاس‌ها و نمره کلی بر اساس جنسیت، نیمکره و محل ضایعه به طور جداگانه محاسبه شد و در انتها میانگین و انحراف معیار آن‌ها محاسبه شد.

کاربرد NPI برای ارزیابی علایم غیرروان‌شناختی بیماران دمانسی است و در دمانس‌های عروقی و سایر بیماری‌های نورولوژیک در سالمندان نیز به کار می‌رود. در مطالعات جداگانه‌ای طراحان این پرسشنامه، مقیاس دیسترس مراقب را نیز به آن افزوده‌اند. این پرسش‌نامه شامل ۱۲ خرده‌مقیاس و نمره بالاتر از ۶ نشان‌دهنده تشخیص آن خرده‌مقیاس در آزمودنی است. پایایی بین ارزیاب‌ها در مقیاس پرخاشگری ضریب همبستگی پیرسون برابر ۹۸/۷ درصد، در افسردگی برابر ۹۵/۳ درصد، در اضطراب برابر ۹۷/۵ درصد، در آپاتی ۱۰۰ درصد، در عدم بازداری برابر ۹۹/۷ درصد، در تحریک‌پذیری ۹۴ درصد، در رفتار حرکتی متناسب ۱۰۰ درصد، در تغییرات الگوی خواب ۱۰۰درصد، در تغییرات اشتها و تغییرات الگوی غذا خوردن ۹۹/۱ درصد و در نمره کلی NPI برابر ۹۶/۸ درصد بود($p<۰/۰۰۵$). ثبات درونی ضرایب آلفای کرونباخ برای هر ۱۲ خرده‌مقیاس به همراه نمره کلی NPI ضریب آلفا برابر ۶۳/۹ درصد و برای ۱۰ خرده‌مقیاس اول پرسش‌نامه به همراه نمره کلی NPI برابر ۶۰/۱ درصد به دست آمده است. در پایایی t-test، ضریب همبستگی پیرسون برای هذیان ۱۰۰ درصد، توهم ۱۰۰ درصد، پرخاشگری ۹۸/۴ درصد، افسردگی ۹۷/۳ درصد، اضطراب ۹۳/۹ درصد، یوفوری ۱۰۰درصد، آپاتی ۹۱/۵ درصد، عدم‌بازداری ۱۰۰ درصد، تحریک‌پذیری ۵۰/۹ درصد، رفتار حرکتی نابهنجار ۱۰۰ درصد، خواب ۹۳/۶ درصد، اشتها ۱۰۰ درصد و برای نمره کلی NPI، ۹۶/۱ درصد به دست آمد(مقدار P در مورد تحریک‌پذیری ۰/۱۳۱ و در سایر موارد کمتر از ۰/۰۰۵ بود).

نتایج

تعداد کل بیماران مورد مطالعه ۱۰۰ نفر با میانگین سنی ۶۲/۵ سال و انحراف معیار ۱۸/۲ سال بود. ۳۷ مرد و ۶۳ زن با روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. ۹۲ درصد بیماران سکته مغزی از نوع ایسکمیک، ۷ درصد بیماران از نوع هموراژیک و ۱ درصد به خاطر مالفورماسیون عروقی بودند. ۵۸ درصد بیماران ضایعه کورتیکال، ۳۴ درصد ضایعه ساب کورتیکال شامل ضایعات لاکونر و ضایعات هسته‌های قاعده‌ای و ساقه مغز و ۸ درصد مخلوطی از ضایعات فوق داشتند. بیماران در بین ماه‌های اولیه تا دوازدهم به طور متوسط ۸/۶ ماه با انحراف معیار ۳/۸ ماه پس از سکته مغزی مورد بررسی قرار گرفتند.

نتایج به دست آمده نشان داد هذیان در ۱ درصد، توهم در ۴ درصد، پرخاشگری در ۱۸ درصد، افسردگی در ۴۰ درصد، اضطراب در ۲۱ درصد، یوفوری در صفر درصد، آپاتی در ۸ درصد، مهار گسیختگی در ۶ درصد، تحریک‌پذیری در ۱۷ درصد، رفتار حرکتی نامتناسب در ۷ درصد، اختلالات خواب در ۱۵ درصد و اختلالات اشتها در ۱۴ درصد از بیماران نمره‌ای برابر ۶ یا بالاتر داشتند. طبق یافته‌های به دست آمده افسردگی، اختلالات خواب و اضطراب به ترتیب بیشترین نمرات را به خود اختصاص دادند.

نتایج به دست آمده از مجذور خی نشان داد که در مردان فراوانی هذیان، آپاتی، مهارگسیختگی و مشکلات خواب و در زنان اضطراب بالاتر بود. یافته‌های حاصل از tتست نشان داد که ضایعات نیمکره راست با یوفوری همبستگی داشتند.

میانگین نمرات دیسترس مراقب برای علایم مختلف از ۰/۰۸ تا ۱/۵۳ بود. بیشترین دیسترس را در کل و به طور متوسط به ترتیب افسردگی، مشکلات خواب، پرخاشگری، اضطراب و تحریک‌پذیری و کمترین دیسترس را توهم و پس از آن به

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

ترتیب یوفوریا، هذیان و رفتار حرکتی نامتناسب به خود اختصاص دادند.

بحث و نتیجه‌گیری

این بررسی نشان داد که در بیماران سکته مغزی فراوانی اختلالات روانی از جمله افسردگی، اختلالات خواب و اضطراب بالاتر است. از آنجایی که فراوانی و نوع اختلالات روانی در دو جنس به دلیل تفاوت‌های فیزیولوژیکی و روان‌شناختی متفاوت است(۷) این مطالعه نیز نشان داد که در بیماران مرد هذیان، آپاتی، مهارگسیختگی و مشکلات خواب و در بیماران زن اضطراب، فراوانی بیشتری دارد. از طرف دیگر یافته‌ها نشان داد که نواحی مختلف مغزی عهده‌دار تظاهرات هیجانی یکسانی نیستند. یافته‌های به‌دست‌آمده از این بررسی هماهنگ با یافته‌های Kominger و همکاران در مرکز تحقیقات بیماری آلزایمر دانشگاه UCLA می‌باشد(۱).

روشن است که این بررسی مقطعی بوده و یافته‌های آن نمایانگر معنی‌دار بودن ارتباط بین اختلالات روانی و بیماری‌های عروقی-مغزی است، لیکن اثبات ارتباط علی و معلولی نیازمند انجام بررسی‌های طولی و کنترل شده است . در پرسشنامه NPI علایم عواطف پاتولوژیک، عدم‌آگاهی یا بی‌علاقگی به شناخت وجود بیماری جسمی و واکنش کاتاستروفیک لحاظ نشده است که از محدودیت این تحقیق می‌باشد. در این بررسی بیماران زمانی که در بیمارستان بستری بودند مورد ارزیابی قرار گرفتند که خود محیط بیمارستان و عوامل مرتبط با آن و استرس‌هایی که بیمار به واسطه آن‌ها تحمل می‌کند می‌تواند مسبب یا تشدیدکننده علایم و اختلالات روانی باشد که از محدودیت این تحقیق به شمار می‌آید و پیشنهاد می‌شود تا با مطالعه این متغیرها و نیز مطالعه پیگیرانه آن نقش این عوامل بررسی شده و راه‌کارهایی در جهت کمرنگ شدن آن‌ها ارایه شود. هم‌چنین پیشنهاد می‌شود که میزان همراه بودن اختلالات روانی با سایر اختلالات جسمانی مورد ارزیابی قرار گیرد چون در اثر بررسی و شناسایی آن‌ها کمک شایانی به سیر درمان می‌شود چرا که چه بسا این اختلالات در سیر درمان تداخل کرده و حتی مانع بهبود شوند.

پس از سکته‌های مغزی اختلالات روانی مختلفی بروز می‌کند که سیر این اختلالات و درمان آن‌ها می‌تواند کاملاً متفاوت از یکدیگر باشد. علاوه بر آن، میزان تهدیدی که سکته‌های مغزی به سلامتی جامعه وارد می‌کنند و میزان‌های بعضاً بالای عوارض روانی این بیماری متضمن این نکته است که مطالعات مشابه می‌توانند الگوی تظاهرات موارد فوق را در کشورمان و تفاوت‌های احتمالی با متون موجود را روشن سازند و در ارایه راه‌کارهای ویژه، مفید باشند. شناسایی هرچه بیشتر این اختلات، معرفی عوارض روانی سکته مغزی به پزشکان و بحث درباره روش‌های گاه متفاوت درمان آن‌ها در وضعیت سلامت عمومی تأثیر بسزایی خواهد داشت و از میزان فشارهای روانی و مسایل زندگی افراد خانواده این بیماران و به ویژه کسانی که از آن‌ها مراقبت به عمل می‌آورند کاسته خواهد شد.

References

1- Sadock BJ, Sadock VA. ***Kaplan & Sadock`s Comprehensive Textbook of Psychiatry***. 2007: 242-53.

2- Bogousslavsky J, Caplan L. ***Stroke Syndroms***, Cambridge University Press, USA, 2001:654-82.

3- Robinson RG**.** ***Psychiatric Management of Stroke***.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

2nd ed. 2002: 121-7.

4- Robinson RG, Schultz SK, Paradiso S. ***Treatment of post-stroke psychiatric disorders***. 1998:161-85.

5- Morris PU, Robinson RG, Raphael B. ***Emotional Lability following stroke.*** 27nd ed. 1993:601-5.

6- Kaufer DI, Cummings JL, Christine D, Bray T, Castellon S, Masterman D. ***Assessing the Impact of Neuropsychiatric Symptoms in Alzheimer`s disease: The Neuropsychiatric Inventory Caregiver Scale***.1998; 46(2): 210-5.

7- Pohjasvara T, Leppavuori A. ***Frequency and clinical determinants of poststroke depression***. 1998:2311-7.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]