

مقاله‌ی پژوهشی

ارزیابی ارتباط آسیب شناسی روانی و شدت بیماری انسدادی مزمن ریه

خلاصه

مقدمه: بیماری‌های انسدادی مزمن ریه (COPD) از بیماری‌های شایع تنفسی هستند که در بیماران مبتلا به دلیل ازمان بیماری و از کارافتادگی مشکلات روانی ایجاد شده و منجر به تشدید بیماری می‌شوند. داده‌های کافی در این مورد در ایران موجود نیست لذا به بررسی آسیب شناسی روانی این بیماران پرداختیم.

روش کار: در این پژوهش توصیفی تحلیلی، از بین بیماران درمانگاه تخصصی ریه بیمارستان قائم (عج) مشهد طی نیمه‌ی اول سال ۱۳۸۷، ۴۳ نفر که به تشخیص یک فوق تخصص ریه مبتلا به COPD بودند به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و اسپرومتری شدند، سپس توسط یک روان‌شناس بالینی مورد ارزیابی وضعیت روانی با "چک لیست ویرایش شده‌ی ۹۰ سوالی (SCL-90-R)"، و آزمون‌های افسردگی هامیلتون و بک قرار گرفتند. داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۴ و با آزمون‌های آماری تی، تحلیل واریانس یک‌طرفه و پیرسون تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین نمره‌ی شاخص کلی علایم (GSI) در مردان ۰/۵۶ و در زنان ۰/۹۸ بود و ۵۱/۲ درصد بیماران در محدوده پاتولوژیک روانی قرار داشتند. ۵۸/۱٪ بیماران افسردگی و ۴۶/۵ درصد بیماران اضطراب غیرطبیعی داشتند. زنان به‌طور بارزتری دچار افسردگی، اضطراب، فوبی و اختلالات شبه جسمی بودند (۰/۰۵ < P). بیماران مبتلا به COPD شدید نسبت به دو گروه خفیف و متوسط، افسردگی بیشتری داشتند (P = ۰/۰۳ و P = ۰/۰۱).

نتیجه‌گیری: بیماران مبتلا به COPD میزان آسیب شناسی روانی بالایی دارند، خصوصاً افسردگی به ویژه در زنان مبتلا شایع است که با شدت بیماری ریوی ارتباط مستقیم دارد.

واژه‌های کلیدی: آسیب شناسی روانی، اضطراب، افسردگی، بیماری انسدادی

مزمن ریه

علی طلایی

استادیار روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

*امیر محمد هاشم اثنی عشری

استادیار گروه داخلی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

امین مومنی مقدم

پزشک عمومی

اندیشه طلایی

باشگاه دانش‌پژوهان جوان

مؤلف مسئول:

ایران، مشهد، خیابان احمدآباد، بیمارستان قائم (عج)، مرکز تحقیقات ریوی و سل
asnaashariam@mums.ac.ir

تاریخ وصول: ۹۰/۵/۶

تاریخ تایید: ۹۰/۶/۲۰

بی‌نوشت:

این مطالعه پس از تایید کمیته‌ی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و با حمایت مالی آن انجام شده و به عنوان پایان‌نامه‌ی پزشکی عمومی بوده است و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است. محققین از کلیه‌ی بیماران محترم به خاطر همکاری در انجام این تحقیق سپاسگزاری می‌نمایند.

Original Article

The relation between psychopathology and severity of chronic obstructive pulmonary diseases

Abstract

Introduction: Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is one of the most common lung diseases in which the chronic duration of disease and disability can cause COPD exacerbation. Since there is insufficient data available for this case in Iran, we have investigated the psychopathological features of these patients.

Materials and Methods: In a descriptive analytic study, from March to September 2008, among patients of respiratory clinic at Ghaem Hospital of Mashhad city, in northeastern part of Iran, 43 people who were diagnosed with COPD were selected via a convenience sampling and a spirometry was performed. A clinical psychologist assessed the mental status of the patients with the Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) instrument, and the Hamilton and Beck Depression Inventory. Data were analyzed using the SPSS-14 software and tests such as t-test, ANOVA and Pearson.

Results: Mean score for Global Severity Index (GSI) was 0.56 for men and 0.98 for women, and 51.2% of patients had developed morbid psychopathological status. 51.8% of the patients were clinically depressed and 46.5% of them had abnormal anxiety. Women are more prone to experiencing symptoms such as depression, anxiety, phobia and physical disorders ($P < 0.05$). Patients with severe COPD were more depressed in compare to patients with mild and moderate COPD ($P = 0.01$ and $P = 0.03$, respectively).

Conclusion: Patients with COPD had high scores of psychopathological status. Depression is more prevalent among women diagnosed with COPD which is directly proportional to the severity of disease.

Keywords: Anxiety, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Depression, Psychopathology

Ali Talaei

Psychiatry and behavioral sciences research center, Mashhad University of medical sciences

*Amir MH Asnaashari

Lung diseases and TB research center, Mashhad University of Medical Sciences

Amin Momeni Moghaddam

General Physician

Andisheh Talaei

Iranian Young Scholars Club, Tehran, Golden medal winner of 14th National Iranian Biology Olympiad

*Corresponding Author:

Lung diseases and TB research center, Ghaem Hospital, Ahmadabad Ave., Mashhad, Iran
asnaashariam@mums.ac.ir

Received: Apr. 26, 2010

Accepted: Sep. 11, 2010

Acknowledgement:

This study was a section of a dissertation of faculty of medicine and was approved and financially supported by research committee of Mashhad University of Medical Sciences. The authors had no conflict of interest with the results. We would like to thank you the research participants for their kind cooperation.

Vancouver referencing:

Talaei A, Asnaashari AMH, Momeni Moghaddam A, Talaei A. The Relation between Psychopathology and Severity of Chronic Obstructive Pulmonary Diseases. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2012; 13(4): 396-403.

مقدمه

بستری در بیمارستان را افزایش دهند. افسردگی و اختلالات اضطرابی هم چنین می‌توانند به عنوان یک عامل مستقل موثر در مرگ و میر این بیماران در نظر گرفته شوند (۲)، البته به دلیل هم پوشانی برخی علائم بین COPD و افسردگی ممکن است تشخیص اختلالات خلقی (افسردگی) در این بیماران کمی مشکل باشد (۳،۴) و شاید به همین دلیل است که شیوع اختلالات خلقی و اضطرابی در COPD در مطالعات مختلف بسیار متفاوت بیان شده است (افسردگی ۸-۸۰ درصد و اختلالات اضطرابی ۶-۷۴ درصد) (۵).

از آنجا که داده‌های کافی در مورد علائم و اختلالات روانی در COPD در ایران یافت نشد در این تحقیق با توجه به اهمیت و شیوع COPD و اثرات اختلالات مختلف روان‌پزشکی در سیر و روند کلی بیماری به ارزیابی آسیب‌شناسی روانی در این بیماران و ارتباط آن با شدت COPD پرداختیم.

روش کار

جمعیت مورد مطالعه در این پژوهش توصیفی تحلیلی بیمارانی بودند که در نیم‌سال اول سال ۸۷ برای اولین بار به درمانگاه تخصصی ریه بیمارستان قائم (عج) مراجعه کرده و به تشخیص یک فوق تخصص ریه مبتلا به COPD بودند. تعداد کل بیمارانی که به روش در دسترس انتخاب شدند ۴۳ نفر بود که ۲۷ نفر آنان زن و ۱۶ نفر مرد بودند. تمامی بیماران فرم رضایت‌نامه‌ی آگاهانه را امضا نمودند. اطلاعات دموگرافیک بیماران شامل سن، جنس، محل زندگی، سابقه‌ی خانوادگی اختلالات روان‌پزشکی و سابقه مصرف دخانیات ثبت شد. برای مشخص کردن شدت بیماری ریوی، برای تمام بیماران اسپرومتری انجام شد که بر اساس میزان حجم بازدم با فشار در ثانیه اول (FEV₁) بیماران به سه دسته‌ی خفیف (بیشتر از ۵۰ درصد)، متوسط (بین ۳۰ تا ۵۰ درصد) و شدید (کمتر از ۳۰ درصد) تقسیم شدند. سپس توسط یک نفر روان‌شناس حاضر در محل درمانگاه که از نتایج بررسی ریوی بی‌اطلاع بود بررسی وضعیت روانی انجام شد. به این منظور چک لیست ویرایش شده‌ی ۹۰ سئوالی^۳ (SCL-90-R)، و آزمون‌های افسردگی هامیلتون و بک برای کلیه‌ی بیماران انجام شد. نتایج

طب روان‌تنی و مشاوره-رابط امروزه یکی از زمینه‌های بسیار مورد توجه و در حال گسترش در دانش پزشکی است لذا دانشمندان بر اهمیت مطالعه‌ی رفتار و اصلاح آن جهت ارتقای سلامت عمومی و پیشگیری اولیه، ثانویه و ثالثیه بیش از پیش وقوف پیدا کرده‌اند. بسیاری از اختلالات طبی به علت رفتارهای پرخطر و عادات نادرست ایجاد می‌شوند و نیز اغلب آن‌ها تنها در صورتی قابل درمان و کنترل خواهند بود که رفتارهای فرد و جامعه اصلاح گردد. یکی از مهم‌ترین مصادیق این مطلب را در اعتیاد به سیگار و نقش آن در ابتلا و درمان اختلالات تنفسی می‌توان عنوان نمود. ایجاد علائم و اختلالات روان‌پزشکی هم به عنوان علت و هم به عنوان پیامد تشدید اختلالات طبی و خصوصاً تنفسی بارها مورد تاکید قرار گرفته است. از مهم‌ترین بیماری‌های تنفسی در این زمینه بیماری‌های انسدادی مزمن ریه^۱ (COPD) هستند که سیگار مهم‌ترین عامل ابتلا به این بیماری‌ها می‌باشد (۱). COPD از جمله بیماری‌های بسیار شایع تنفسی است و برآورد می‌شود چهارده درصد مردان و هشت درصد زنان بالغ جامعه به این بیماری مبتلا باشند (۱).

بر اساس تخمین Gold^۲ این بیماری از ششمین علت مرگ در دنیا به سومین علت در سطح جهان تا سال ۲۰۲۰ ارتقا خواهد یافت. ازمان بیماری، از کار افتادگی و وابستگی به دارو و اکسیژن و موارد سایر مشابه می‌توانند منشا اختلالات روانی بسیاری در این بیماران باشند. مطالعات اندکی روی آسیب‌شناسی روانی این بیماران انجام شده است و بیشتر بررسی‌ها در زمینه‌ی افسردگی اساسی و اختلالات اضطرابی بوده‌اند که در اکثریت آن‌ها شیوع اختلالات روان‌پزشکی مختلف در این بیماران بیشتر از جمعیت عمومی گزارش شده است (۴-۲). شیوع اختلالات روان‌پزشکی در بیماران مبتلا به COPD طیف وسیعی دارد و آسیب‌های روانی می‌توانند یکی از عوامل تشدید کننده‌ی این بیماری‌ها باشند و تعداد دوره‌های تشدید، طول مدت و شدت این دوره‌ها و مدت زمان نیاز به

¹Chronic Obstructive Pulmonary Disease

²Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease

³Symptom Checklist 90 Revised

ابزارها جهت تشخیص شدت افسردگی می‌باشد. بک این پرسش‌نامه را بر اساس پنج عامل مرکب از علایم و نشانه‌های افسردگی به شرح ذیل تنظیم نمود: الف) بدینی، احساس شکست، تنفر از خود، افکار خودکشی، بی‌تصمیمی و کندگی؛ ب) احساس گناه و انتظار تنبیه و سرزنش؛ ج) گریه کردن، تغییر تصویر از خود، ناخشنودی و غمگینی؛ د) کاهش وزن، شکایات جسمی و خستگی؛ ه) زودرنجی، بی‌خوابی و بی‌اشتهایی. پرسش‌های این آزمون راجع به هم علایم ذهنی افسردگی مانند ناامیدی، تحریک‌پذیری، احساس گناه یا احساس تنبیه شدن و هم علایم فیزیکی آن مانند خستگی، کاهش وزن و عدم علاقه به رابطه‌ی جنسی تشکیل شده است. به هر سؤال از ۰ تا ۳ نمره‌دهی می‌شود. در نهایت نمره‌ی کل بیمار محاسبه می‌شود و می‌توان با توجه به نمره‌ی نهایی، شدت افسردگی را مشخص نمود (۹-۰، فاقد افسردگی، ۱۸-۱۰ افسردگی خفیف، ۲۹-۱۹ افسردگی متوسط و ۶۳-۳۰ افسردگی شدید). مطالعات زیادی در ارتباط با بررسی اعتبار و پایایی این آزمون انجام شده که همگی حاکی از اعتبار و پایایی بالای آزمون و فرهنگ‌ناپذیری آن در سطح جهان می‌باشد به طوری که برای طبقات و اقشار مختلف اجتماعی قابل اجرا می‌باشد (۹-۱۱).

آزمون افسردگی هامیلتون^۱ (*HAM-D, HDRS, HRSD*): یک پرسش‌نامه ۲۱ سئوالی جهت ارزیابی شدت افسردگی در بیماران می‌باشد که اولین بار در سال ۱۹۶۰ توسط ماکس هامیلتون منتشر شد و در حال حاضر یکی از شایع‌ترین پرسش‌نامه‌های ارزیابی افسردگی در سطح جهان است و در ایران نیز مکرراً مورد ارزیابی و استفاده قرار گرفته است. در روش اجرای آن مصاحبه‌گر بایستی پاسخ‌های ممکن برای هر سؤال که در مورد انواع علائم افسردگی می‌باشد را طی مصاحبه با بیمار مشخص نماید. ۱۷ سؤال اول آزمون، نمره‌ی کلی آن و سئوال‌ات ۲۱-۱۸ مربوط به اطلاعات اضافی در مورد افسردگی مانند وجود علایم پارانوئید در صورت وجود می‌باشند که در یک طیف ۳ یا ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری

به دست آمده توسط متخصص آمار حیاتی و با نرم افزار SPSS-14 ارزیابی شدند. با استفاده از آزمون‌های آماری غیرپارامتریک^۱ مشخص شد که متغیرها از الگوی توزیع نرمال پیروی می‌کنند ($P > 0.05$) و داده‌ها با آزمون‌های آماری تی، آنالیز واریانس یک‌طرفه^۲ و آزمون تعقیبی توکی و پیرسون تحلیل شدند.

ابزارهای پژوهش:

چک لیست ویرایش شده‌ی ۹۰ سئوالی (*SCL-90-R*): یک پرسش‌نامه‌ی ۹۰ سئوالی می‌باشد که ۹ مورد از ابعاد روانی را در بیماران بررسی می‌کند که شامل شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، اضطراب فوییک، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی می‌باشند. پاسخ‌های ارایه شده به هر یک از موارد آزمون در یک مقیاس ۵ درجه‌ای مشخص می‌باشد (۰=هیچ، ۱=کمی، ۲=تاحدی، ۳=زیاد، ۴=به شدت). طول زمان لازم برای پر کردن این آزمون ۲۰-۱۲ دقیقه بوده و حالات فرد را از یک هفته قبل بررسی می‌کند و توسط خود فرد یا مصاحبه‌کننده پر می‌شود. این تست علاوه بر ۹ معیار فوق حاوی سه معیار ناراحتی کلی نیز می‌باشد که مهم‌ترین آن‌ها شاخص کلی علائم (*GSI*)^۳ می‌باشد که شدت آسیب‌شناسی روانی را بررسی می‌کند و هم‌چنین به عنوان خلاصه نتایج مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این آزمون ثبات درونی^۴ برای افسردگی ۰/۹ و برای روان‌پریشی^۵ ۰/۷۷ گزارش شده است (۶). هالی^۶ پایایی بازآزمایی به فاصله‌ی یک هفته را ۰/۷۸-۰/۹ و به فاصله‌ی ۱۰ هفته آن را ۰/۶۴-۰/۸ گزارش کرد (۷). رویی و پایایی این آزمون در ایران توسط باقری یزدی تایید شد و پایایی بازآزمایی آن را به فاصله‌ی یک هفته ۰/۹۷ به دست آورد (۸). آزمون افسردگی بک (*BDI*)^۷: این آزمون برای اولین بار توسط آثرون بک در سال ۱۹۶۱ به کار رفت و یک آزمون ۲۱ سئوالی چندگزینه‌ای گزارش از خود و یکی از پرستفاده‌ترین

¹Non-Parametric

²ANOVA

³Global Symptom Index

⁴Internal Consistency

⁵Psychoticism

⁶Holi

⁷Beck Depression Inventory

⁸The Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD), also known as the Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) or abbreviated to HAM-D

زنان نمره‌ی بالاتری در شاخص GSI داشتند ($P=0/013$). با توجه به آزمون افسردگی بک نیز زنان مبتلا به COPD بیشتر از مردان دچار افسردگی هستند ($P=0/005$). از نظر نمره‌ی هامیلتون تفاوت معنی داری بین دو جنس دیده نشد.

۴۳ نفر از بیماران مورد مطالعه، ساکن شهر و ۵ نفر ساکن روستا بودند. میانگین نمره‌ی GSI برای ساکنین شهر و روستا به ترتیب ۰/۷۹ و ۱ می‌باشد. میانگین نمره‌ی بک برای ساکنین شهر ۱۷/۶ و ساکنین روستا ۲۱ و میانگین نمره‌ی هامیلتون به ترتیب برای ساکنین شهر و روستا ۹/۸ و ۹/۴ به دست آمد. بسته به محل زندگی در شهر یا روستا، از نظر آزمون SCL-90-R تفاوت مشخصی در آسیب‌شناسی روانی بیماران وجود ندارد ($P>0/05$). هم‌چنین با توجه به آزمون‌های بک و هامیلتون نیز تفاوتی در میزان افسردگی بیماران بر اساس محل زندگی وجود ندارد (P به ترتیب برای آزمون‌های بک و هامیلتون معادل است با ۰/۴۸ و ۰/۸۹).

۳۴ نفر از بیماران سابقه‌ای از مصرف سیگار یا مواد تدریجی دیگر نظیر قلیان را نمی‌دادند و ۹ نفر از نظر سابقه‌ی مصرف سیگار مثبت بودند. میانگین GSI در دو گروه با سابقه‌ی مصرف سیگار و بدون سابقه‌ی سیگار به ترتیب ۰/۸ و ۰/۸۳ می‌باشد. میانگین نمره‌ی بک به ترتیب فوق برای دو گروه ۱۷ و ۱۸/۲ و میانگین نمره‌ی هامیلتون نیز به ترتیب ۱۱/۵ و ۹/۳ به دست آمد. در این پژوهش به لحاظ سابقه‌ی مصرف سیگار (یا عدم آن) تفاوت مشخصی در آسیب‌شناسی روانی دو گروه نشان نمی‌دهد ($P>0/05$). هم‌چنین دو آزمون بک و هامیلتون افسردگی نیز نتایج مشابهی را با آزمون SCL-90-R ارائه می‌دهند (P به ترتیب برای دو آزمون بک و هامیلتون معادل است با ۰/۷۳ و ۰/۴۳). ۳۲ نفر از بیماران سابقه‌ی اختلال روان‌پزشکی در خانواده را نمی‌دادند ولی ۱۱ نفر سابقه‌ی مثبت خانوادگی از نظر اختلالات روان‌پزشکی داشتند. میانگین GSI در افراد با سابقه‌ی مثبت خانوادگی و بدون آن به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۲ به دست آمد. میانگین نمره‌ی بک در دو گروه به ترتیب ۱۹/۵ و ۱۷/۵ و هامیلتون نیز به ترتیب ۹/۵ و ۹/۹ به دست آمد. آسیب‌شناسی روانی بیماران با سابقه‌ی خانوادگی اختلال روان‌پزشکی و بدون آن از لحاظ آزمون SCL-90-R

می‌شود. ۸ علامت مربوط به شکایات جسمانی، ۵ علامت مربوط به مشکلات رفتاری، ۲ علامت مربوط شکایات شناختی و در نهایت ۲ علامت هم مربوط به تغییرات عاطفه‌ی بیماران می‌باشد. این آزمون برای ارزیابی شدت علائم افسردگی در بیماران افسرده به کار می‌رود و از پرسش‌های مختلفی تشکیل شده که هر پرسش از ۰ تا ۴ نمره گذاری می‌شود. به صورتی که ۴ بالاترین شدت ممکن را در مورد هر قسمت نشان می‌دهد (>7 طبیعی، ۱۳-۸ خفیف، ۱۸-۱۴ متوسط). اعتبار آزمون بر اساس آلفای کرونباخ و در تحقیقی که رم و اوهارا^۱ در سال ۱۹۸۵ انجام دادند ۷۸ درصد گزارش شده است؛ هم‌چنین اعتبار آزمون در بین نمره‌گذاران مختلف نیز حدود ۰/۹۰ برآورد شده است (۱۳، ۱۲). این آزمون به خوبی توانسته است گروه بیمار را از گروه سالم متمایز سازد. اسنیت^۲ و همکاران اختلاف معنی‌داری را در نمره‌های آزمون بیماران و افراد سالم گزارش کردند (۱۴). این اختلاف در مطالعات دیگری نیز به اثبات رسیده است که حاکی از روایی مناسب آزمون است. همبستگی این آزمون با اندازه‌گیری کلی بالینی^۳ ۰/۹۸-۰/۸۴ گزارش شده است (۱۴).

نتایج

۴۳ بیمار مورد مطالعه قرار گرفتند که میانگین سنی آنان ۷/۵ ± ۵۲/۴ سال بود، ۲۷ نفر آن‌ها مونث و ۱۶ نفر مذکر بودند. میانگین نمره‌ی GSI برای مردان ۰/۵۶ و برای زنان ۰/۹۸ بود. میانگین نمرات آزمون افسردگی بک برای مردان و زنان به ترتیب ۱۲/۶ و ۲۱/۱ بود. میانگین نمره‌ی هامیلتون افسردگی بیماران به ترتیب برای مردان و زنان ۱۱/۳ و ۸/۸ بود. بین سن بیماران با ابعاد آزمون SCL-90-R، آزمون بک و هم‌چنین آزمون هامیلتون افسردگی همبستگی مشخصی وجود نداشت ($P>0/09$). با توجه به ابعاد مختلف آزمون SCL-90-R زنان مبتلا به COPD به طور مشخصی بیشتر از مردان دچار افسردگی ($P=0/001$)، اضطراب ($P=0/018$)، فوبی ($P=0/04$)، اختلالات شبه جسمی ($P=0/011$) هستند. هم‌چنین

¹Rehm, O'Hara

²Snaith

³Global Clinical Rating

جدول ۱- شیوع میزان‌های غیرطبیعی در ابعاد SCL-90-R در**بیماران مبتلا به COPD**

درصد	تعداد موارد پاتولوژیک	ابعاد SCL-90-R
۶۲/۸	۲۷	شبه جسمی
۳۰/۲	۱۳	وسواس
۴۶/۵	۲۰	روابط بین فردی
۵۱/۲	۲۲	افسردگی
۴۶/۵	۲۰	اضطراب
۳۷/۲	۱۶	پرخاشگری
۳۰/۲	۱۳	فوبی
۴۸/۸	۲۱	پارانویید
۴۸/۸	۲۱	روان پریشی
۵۱/۲	۲۲	GSI

(۲۰/۹٪)، ۷ نفر افسردگی متوسط (۱۶/۳٪) و ۵ نفر نیز دچار افسردگی شدید و خیلی شدید بودند (۱۱/۷٪) یعنی ۲۱ نفر از بیماران مبتلا به COPD (۴۸/۸٪) از درجات مختلف افسردگی (خفیف تا بسیار شدید) رنج می‌برند (جدول ۲).

جدول ۲- شیوع شدت‌های مختلف افسردگی بر اساس آزمون‌های**بک و هامیلتون در بیماران مبتلا به COPD**

درصد	تعداد	افسردگی بک
۴۱/۹	۱۸	جزئی یا هیچ
۲۰/۹	۹	خفیف
۱۸/۶	۸	متوسط
۱۸/۶	۸	شدید
درصد	تعداد	افسردگی هامیلتون
۵۱/۲	۲۲	نرمال
۲۰/۹	۹	خفیف
۱۶/۳	۷	متوسط
۷	۳	شدید
۴/۷	۲	خیلی شدید

بحث و نتیجه‌گیری

طی سال‌های گذشته مطالعات زیادی در زمینه شیوع افسردگی و اختلالات اضطرابی و تاثیر آن‌ها در روند بیماری ریوی بیماران مبتلا به COPD انجام شده است اما در سایر زمینه‌های آسیب‌شناسی روانی نتایج بسیار محدود است. نتایج اغلب این مطالعات حاکی از افزایش شیوع افسردگی و اختلالات اضطرابی در این بیماران می‌باشد.

در مطالعه‌ای این طور بیان شده است که علایم افسردگی و اضطراب در حداقل ۲۰-۴۰ درصد بیماران دچار COPD

تفاوت بارزی ندارد ($P > 0.03$). همین طور آزمون‌های بک و هامیلتون افسردگی تفاوت بارزی را در افسردگی بین دو گروه نشان نمی‌دهند (P به ترتیب برای آزمون‌های بک و هامیلتون افسردگی معادل است با ۰/۵۶ و ۰/۸۹).

بیماران از لحاظ COPD با توجه به FEV₁ به سه دسته خفیف متوسط و شدید تقسیم شدند که ۲۱ بیمار دچار COPD خفیف، ۱۳ نفر متوسط و ۹ نفر دچار COPD شدید بودند. میانگین نمره‌ی GSI برای سه گروه خفیف، متوسط و شدید به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۶۳ و ۱/۰۳ به دست آمد. میانگین نمره‌ی بک برای سه گروه به ترتیب ۱۶/۶، ۱۴/۵ و ۲۶ و نمره‌ی هامیلتون به ترتیب ۸/۵، ۱۰/۹ و ۱۱/۱ بود. با توجه به نتایج SCL-90-R، در بعد حساسیت در روابط بین فردی نیز دو گروه مبتلا به COPD شدید و متوسط با برتری گروه شدید با هم تفاوت معنی‌داری دارند ($P = 0.036$). سایر ابعاد این تست تفاوت معنی‌داری را بین سه گروه نشان نمی‌دهد ($P > 0.05$). با توجه به نتایج آزمون بک گروه شدید نسبت به دو گروه خفیف و متوسط به طور معنی‌داری بیشتر دچار افسردگی هستند (P "شدید-خفیف" = ۰/۰۳ و P "شدید-متوسط" = ۰/۰۱۵). تفاوت مشخصی بین دو گروه متوسط و خفیف از لحاظ آزمون بک به دست نیامد ($P > 0.07$). آزمون هامیلتون تفاوت معنی‌داری را بین سه گروه نشان نمی‌دهد ($P > 0.05$).

با توجه به ابعاد SCL-90-R، ۲۲ نفر از بیماران در محدوده‌ی پاتولوژیک از لحاظ GSI قرار داشتند (۵۱/۲٪)، همچنین ۲۲ نفر از لحاظ افسردگی (۵۱/۲٪) و ۲۰ نفر (۴۶/۵٪) از لحاظ اضطراب در محدوده‌ی غیرطبیعی قرار داشتند (جدول ۱).

با توجه به آزمون افسردگی بک از ۴۳ بیمار مورد مطالعه ۱۸ نفر اختلال جزئی افسردگی داشتند یا بدون افسردگی بودند (۴۱/۹٪)، ۹ نفر دچار افسردگی خفیف بودند (۲۰/۹٪)، ۸ نفر دچار افسردگی متوسط (۱۸/۶٪) و ۸ نفر نیز دچار افسردگی شدید بودند (۱۸/۶٪). در نتیجه بالغ بر ۲۵ نفر (۵۸/۱٪) بیماران مبتلا به COPD که مورد مطالعه قرار گرفتند درجاتی از افسردگی خفیف تا شدید را داشتند (جدول ۲).

بر اساس آزمون افسردگی هامیلتون ۲۲ نفر از بیماران افسردگی نداشتند (۵۱/۲٪)، ۹ نفر دچار افسردگی خفیف

یک حمله پانیک را تجربه کرده بودند (۲۰). اساساً افسردگی در جمعیت عمومی در زنان بیشتر مشاهده می‌شود. از جمله در مطالعه‌ی موساس^۵ افسردگی و اضطراب به طور بارزی در زنان نسبت به مردان بیشتر دیده شد (۲۱). در مطالعه‌ی ما نیز با توجه به ابعاد مختلف آزمون SCL-90-R زنان مبتلا به COPD به طور مشخصی بیشتر از مردان دچار افسردگی، اضطراب، فوبی، اختلالات شبه‌جسمی بودند. هم‌چنین زنان، مشخصاً میزان آسیب‌شناسی روانی کلی بیشتری داشتند. با توجه به آزمون بک نیز زنان مبتلا به COPD به طور بارزی بیشتر از مردان دچار افسردگی بودند. در مطالعه‌ی موساس، شیوع افسردگی با سن بیماران مبتلا به COPD همبستگی مستقیم مشخصی داشت در حالی که در مطالعه‌ی ما بین سن بیماران با ابعاد آزمون SCL-90-R، آزمون بک و هم‌چنین آزمون هامیلتون افسردگی همبستگی مشخصی وجود نداشت. در مطالعه‌ی ریو^۶ و همکاران در ستول، FEV₁ پس از مصرف برونکودیلاتور و هم‌چنین سابقه‌ی مصرف سیگار به عنوان ریسک فاکتورهای مستقل در ابتلا به افسردگی در بیماران COPD در نظر گرفته شده‌اند (۱۷). برخی مطالعات دیگر نیز نتایج مشابه‌ی ارایه‌ی نموده‌اند و حاکی از افزایش مشخص شیوع اضطراب، افسردگی و اختلالات شبه‌جسمی با افزایش شدت COPD می‌باشد (۲۲). در این پژوهش به لحاظ سابقه‌ی مصرف سیگار تفاوت مشخصی در آسیب‌شناسی روانی دو گروه مشاهده نشد. هم‌چنین دو آزمون بک و هامیلتون افسردگی نیز نتایج مشابهی را ارایه‌ی دادند یعنی مصرف سیگار به خودی خود عامل مشخصی برای تشدید افسردگی و آسیب‌شناسی روانی در بیماران COPD نبوده است.

حساسیت در روابط بین‌فردی در افراد مبتلا به COPD شدید مشخصاً بیشتر از دیگر گروه‌ها بود که می‌تواند به نیاز به مراقبت در این بیماران مربوط باشد و فشاری که در شدت بیماری بر بیمار و اطرافیان وارد می‌شود و منجر به افت سطح روابط می‌شود. افسردگی نیز در موارد شدید مشخصاً بیشتر مشاهده شد که با اغلب مطالعات دیگر همخوانی داشت.

متوسط تا شدید وجود دارند (۱۵). در مطالعه‌ی جولیان^۱ و همکارانش که در دانشگاه سان فرانسیسکو در سال ۲۰۰۹ بر روی ۱۸۸ بیمار مبتلا به COPD انجام شد، از آزمون افسردگی سالمندان^۲ برای غربالگری افسردگی استفاده شد. ۲۵ درصد بیماران در این مطالعه دچار افسردگی بودند (۱۶). در مطالعه‌ی دیگری در کره جنوبی در سال ۲۰۱۰، ۸۴ بیمار مبتلا به COPD و ۷۳ نفر در گروه شاهد با استفاده از آزمون افسردگی بک با یکدیگر مقایسه شدند که بیماران مبتلا به COPD به طور مشخصی بیشتر از گروه شاهد دچار افسردگی بودند (۵۵٪ در برابر ۳۰٪) (۱۷). ۱۲۰۲ بیمار مبتلا به COPD و ۳۰۲ نفر در گروه شاهد توسط اوماچی^۳ و همکارانش در دانشگاه سان فرانسیسکو در سال ۲۰۰۹ با هم مقایسه شدند که بیماران مبتلا به بیماری انسدادی مزمن ریه در خطر بیشتری برای ابتلا به افسردگی نسبت به گروه کنترل قرار داشتند (۱۸). اگر چه اختلالات خلقی در بیماران COPD شایع‌اند ولی شیوع آن‌ها در مطالعات مختلف متفاوت بوده است (افسردگی ۸۰-۸٪) (۵). در مطالعه‌ی ما همانند مطالعات فوق، بر اساس آزمون بک ۵۸/۱ درصد بیماران COPD که مورد مطالعه قرار گرفتند درجاتی از افسردگی خفیف تا شدید را داشتند. بر اساس آزمون هامیلتون نیز ۴۸/۸ درصد از بیماران مبتلا به COPD از درجات مختلف افسردگی (خفیف تا بسیار شدید) رنج می‌بردند. بر اساس SCL-90-R، ۵۱/۲ درصد از لحاظ افسردگی در محدوده‌ی غیرطبیعی قرار داشتند که این تفاوت می‌تواند به علت استفاده از آزمون‌ها و مقیاس‌های متفاوت در ارزیابی علائم افسردگی و اضطرابی در این بیماران باشد (۱۹).

برای اختلالات اضطرابی نیز در مطالعات مختلف میزان شیوع بسیار متفاوتی گزارش شده است (اختلالات اضطرابی ۷۴-۶٪) (۵). هاوارد^۴ و همکارانش در مطالعه‌ی در سال ۲۰۰۹ نشان دادند تنها شیوع افسردگی در این بیماران بالا نیست به طوری که از ۵۹ بیماری که در این مطالعه حضور داشتند ۳۵ درصد دچار اضطراب بودند و ۵۱ درصد در یک ماه گذشته حداقل

¹Julian²Geriatric Depression Scale³Omachi⁴Howard⁵Moussas⁶Ryu

تأثیراتی که اختلالات روان پزشکی در پیش آگهی و زندگی روزمره این بیماران می گذارند نیاز به مطالعه‌ی بیشتر در زمینه‌ی غربالگری و درمان زودرس خصوصاً افسردگی و اختلالات اضطرابی در این بیماران حس می شود و به نظر می رسد باید به افراد مبتلا به COPD شدید و زنان در این زمینه توجه بیشتری نمود.

بر خلاف این پیش فرض محتمل که آسیب شناسی روانی در روستاییان کمتر است در این مطالعه، تفاوت بارزی بین ساکنین روستایی و شهری یافت نشد که شاید به دلیل یک دستگی بیماران COPD با توجه به سطح اغلب پایین اقتصادی اجتماعی آنان باشد. محدودیت اصلی انجام این پژوهش کم سوادگی بیماران بود. در نهایت با توجه به شیوع بالا و

References

1. Norwood R. Prevalence and impact of depression in chronic obstructive pulmonary disease patients. *Curr Opin Pulm Med* 2006; 12(2): 113-7.
2. De Voogd JN, Wempe JB, Koëter GH, Postema K, van Sonderen E, Ranchor AV, et al. Depressive symptoms as predictors of mortality in patients with COPD. *Chest* 2009; 135(3): 619-25.
3. Stage KB, Middelboe T, Stage TB, Sorensen CH. Depression in COPD-management and quality of life considerations. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2006; 01(3): 315-20.
4. Wilson I. Depression in the patient with COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2006; 1(1): 61-4.
5. Yohannes AM, Willgoss TG, Baldwin RC, Connolly MJ. Depression and anxiety in chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: Prevalence, relevance, clinical implications and management principles. *Int J Geriatr Psychiatry* 2010; 25(12): 1209-21.
6. Symptom checklist- 90 revised (SCL-90-R). Derogatis LR. Available from: URL; <http://www.pearsonassessments.com/SCL90.aspx> accessed Oct 2010
7. Holi M. Assessment of psychiatric symptoms using the SCL-90. *Acad Dissert* 2003; 28(3): 1-83.
8. Bagheri Yazdi A, Bolhari J. [Epidemiological study of mental disorder in rural regions of Meybod, Yazd]. *Journal of Andeesh va Raftar* 1994; 1: 32-41. (Persian)
9. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 561-71.
10. Steer RA, Rissmiller DJ, Beck AT. Use of the Beck depression inventory-11 with depressed geriatric patients. *Behav Res Ther* 2000; 38(3): 311-8.
11. Talaei A, Asnaashari AMH, Moharreri F, Rezaei Ardani A, Mirshojaeian M. [Depression in unstable angina inpatients in Iran: A case-control study]. *Journal of fundamentals of mental health* 2009; 10(4): 301-4. (Persian)
12. Rehm LP. Assessment of depression: In: Belack AS, Hersen M. (editors). *Behavioral assessment (PGPS-65)*. London: WB Saunders; 1998: 330.
13. Rehm LP, O'Hara MW. Item characteristics of the Hamilton rating scale for depression. *J Psychiatr Res* 1985; 19(1): 31-41.
14. Snaith RP, Ahmed SN, Mehta S, Hamilton M. Assessment of the severity of primary depressive illness, Wakefield self-assessment depression inventory. *Psychol Med* 1971; 1(2): 143-9.
15. Al-shair K, Dockry R, Mallia-Milanes B, Kolsum U, Singh D, Vestbo J. Depression and its relationship with poor exercise capacity, BODE index and muscle wasting in COPD. *Respir Med* 2009; 103(10): 1572-9.
16. Julian LJ, Gregorich SE, Earnest G, Eisner MD, Chen H, Blanc PD, et al. Screening for depression in chronic obstructive pulmonary disease. *COPD* 2009; 6(6): 452-8.
17. Ryu YJ, Chum EM, Lee JH, Chang JH. Prevalence of depression and anxiety in outpatients with chronic airway lung disease. *Korean J Intern Med* 2010; 25(1): 51-7.
18. Omachi TA, Katz PP, Yelin EH, Gregorich SE, Iribarren C, Blanc PD, et al. Depression and health related quality of life in chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Med* 2009; 122(8): 778.
19. Hill K, Geiest R, Goldstein RS, Lacasse Y. Anxiety and depression in end-stage COPD. *Eur Respir J* 2008; 31(3): 667-77.
20. Howard C, Hallas CN, Wray J, Carby M. The relationship between illness perceptions and panic in chronic obstructive pulmonary disease. *Behav Res Ther* 2009; 47(1): 71-6.
21. Moussas G, Tselebis A, Karkanias A, Stamouli D, Ilias I, Bratis D, et al. A comparative study of anxiety and depression in patients with bronchial asthma, chronic obstructive pulmonary disease and tuberculosis in a general hospital of chest diseases. *Ann Gen Psychiatry* 2008; 21(7): 7.
22. Medinas Amorós MM, Más Tous C, Ferrer Pérez V, Martín López B, Alorda Quetglas C. [Dyspnoea and psychopathology in the elderly patient with chronic obstructive pulmonary disease]. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2011; 46(1): 21-6. [Spanish]