Prevalence of depression and anxiety among post-stroke geriatric patients

Salman mahmoud*

(Received 20 / 10 / 2021. Accepted 23 / 12 / 2021)

□ ABSTRACT □

Stroke is a leading cause to death and mortality. Older adults consist the largest proportion of patients admitted with stroke. Stroke affects all life aspects including physiological and psychological status of the patients. Post stroke depression and anxiety are common among post stroke survivors and they lead to prolonged morbidity and hospitalization and delay the recovery process. Therefore the present descriptive study aimed to assess the prevalence of post stroke depression and anxiety and their influencing causes among elderly patients after stroke. Study results revealed that various levels of depression occurred among 58% of the study subjects and both of older age and diabetes mellitus were the influencing causes. Moreover anxiety was found in 60% of the study subjects Vs 40 % got minimal anxiety and both of the older age and presence of medical complications were the influencing causes. The study recommended that the health team should assess the psychological state of patients during the routine health assessment, training the medical and nursing staff and raise their awareness about the importance of psychological complications following stroke and their negative impact on patients' recovery and restoration of their functional role

Keywords : stroke, geriatric patients, anxiety, depression.

* Master degree of adult nursing, Faculty of nursing, Tishreen University, Lattakia, Syria.
mahmoudsalman204@gmail.com

انتشار الإكتئاب والقلق لدى المرضى المسنين بعد السكتة الدماغية والعوامل المؤثرة

سلمان محمود*

(تاريخ الإيداع 20 / 10 / 2021. قُبِلَ للنشر في 23 / 12 / 2021)

□ ملخص □

تعتبر السكتة الدماغية من الأمراض الطبية التي تسبب الوفاة والعجز ويشكل المسنون غالبية المرضى المقبولين في المشافي ، لا تقتصر المضاعفات المرتبطة بالسكتة على الناحية الفيزيولوجية فحسب انما تؤثر أيضا على الناحية النفسية محدثة العديد من الحالات المرضية كالقلق والإكتئاب الذين بدورهما يؤديان لزيادة المراضة والاستشفاء وتأخر عملية التعافي. جاءت الدراسة الوصفية الحالية لتقييم انتشار الاكتئاب والقلق لدى المرضى المسنين بعد السكتة الدماغية والعوامل المؤثرة وذلك في قسم العلاج الطبيعي والعيادة الداخلية العصبية في مستشفى تشرين الجامعي، وقد تم اختيار المرضى بطريقة العينة المتاحة وأظهرت النتائج أن كل من الاكتئاب والقلق حدث لدى 60% من المرضى وكان العمر المتقدم عامل منفرد يزيد من مستويات القلق والاكتئاب لدى المرضى وكان وجود داء السكري عامل مؤثر يرتبط بارتفاع مستويات الإكتئاب بينما بينت النتائج أن وجود اختلاطات طبية تالية للاستشفاء ترافقت مع مستويات أعلى من القلق التالي للسكتة الدماغية وأوصت الدراسة بضرورة أن يقوم فريق الرعاية بتقييم الحالة النفسية للمرضى خلال التقييم الصحي الروتيني وتدريب الكادر الطبي والتمريضي ونشر الوعي حول أهمية المضاعفات النفسية التالية للسكتة الدماغية وتأثيرها السلبي على تعافي المرضى واستعادة دورهم الوظيفي .

الكلمات المفتاحية: السكتة الدماغية، المرضى المسنون، الإكتئاب، القلق.

* ماجستير في تمريض البالغين، كلية التمريض، جامعة تشرين، اللاذقية، سورية. mahmoudsalman204@gmail.com

مقدمة

تعد السكتة الدماغية من الأسباب الرئيسية للوفاة والعجز. يعتبر التقدم في العمر من أهم عوامل الخطورة لحدوث السكتة الدماغية. يتم تشخيص السكتة الدماغية عن طريق تقييم عصبي دقيق. تؤثر السكتة الدماغية جسدياً وعقلياً وعاطفياً على المرضى أو يكون تأثيرها مزيجاً من الثلاثة⁽¹⁾. للسكتة الدماغية مجموعة من عوامل الخطورة أهمها التقدم بالسن حيث يمثل المسنون ثلثي الاصابات وغالبا ما تسبب السكتة الدماغية خللاً في الوظيفة الحركية مثل عجز حركي نصفي أو كلي يؤدي لتراجع قدرة المريض على تلبية احتياجاته واعتماده على الآخرين وكذلك يحدث لدى مرضى السكتة العديد من المضاعفات والعقاييل ومنها العقاييل والاختلالات النفسية للسكتة⁽²⁾.

تؤثر الاضطرابات النفسية والعاطفية على المرضى الناجين من السكتة الدماغية وتؤثر أيضاً على عائلاتهم ومقدمي الرعاية الخاصين بهم. يهتم الناجون وذويهم بعد انقضاء المرحلة الحادة بعد السكتة الدماغية كثيراً بالعلاج الطبيعي للخلل ولمضاعفات السكتة الدماغية الأخرى مثل اضطرابات البلع واضطرابات النطق والتواصل ولكن نادراً ما يسعى المرضى لمعالجة الاضطرابات النفسية والعاطفية المرتبطة بالسكتة الدماغية⁽³⁾.

من المرجح حدوث الاضطرابات النفسية لدى مرضى السكتة الدماغية بفعل الأذية الدماغية الناجمة عن السكتة⁽⁴⁾. سعت العديد من الدراسات السابقة لتحديد العوامل المرتبطة بالآثار النفسية للسكتة الدماغية حيث بينت دراسة قام بها BARKER- COLLO عام 2007 أن المرضى الذين يعانون من اصابة في النصف الأيسر من المخ يعانون من مستويات أعلى من القلق والإكتئاب اضافة لبعض العوامل الأخرى المرتبطة بحدوث العجز واعتماد المريض على الآخرين وضعف الإدراك ومقدرة المريض على التواصل اللفظي يمكن أن تساهم في زيادة مستويات القلق والإكتئاب لدى هؤلاء المرضى^(4,5).

فيما يتعلق بنسب حدوث الاضطرابات النفسية لدى الناجين من السكتة الدماغية بينت الدراسات تفاوتاً في نسب الحدوث ومن المعتقد أن أكثر من ثلث المرضى يعانون من اضطراب القلق بعد السكتة الدماغية بينما ربع المرضى يعانون من اضطراب الإكتئاب بعد السكتة الدماغية وفي دراسة احصائية قام بها MASSKULPAN وآخرون عام 2008 وجد أن 25.5% من الناجين تطور لديهم اضطراب القلق مقابل 37.8% تطور لديهم اضطراب الإكتئاب بينما عانى 17% من الناجين من الاضطرابين بأن واحد⁽⁴⁾. وفي دراسة أخرى قام بها Angelell وآخرون عام 2004 أظهرت النتائج أن 61% من الناجين لديهم اضطراب الكئاب مقابل 23% عانوا من اضطراب القلق التالي للسكتة الدماغية⁽⁶⁾.

يعتبر اضطراب الإكتئاب التالي للسكتة الدماغية أكثر الاضطرابات النفسية ذات المنشأ العصبي شيوفاً لدى الناجين من السكتة الدماغية خلال 6-24 شهر من حدوث السكتة. يؤثر حدوث الاكتئاب بشكل مباشر على مقدرة المريض المسن على تلبية احتياجاته اليومية ويزيد من اعتماده على الآخرين⁽⁷⁾. يتراوح الاكتئاب بعد السكتة الدماغية من الإكتئاب الخفيف الى الاكتئاب الشديد ويشعر المريض المسن بانخفاض في المزاج، نقص الاهتمام، الشعور باليأس وفقدان الأمل والرغبة بالموت وقد يمر المريض بأفكار انتحارية⁽⁷⁾. ان تشخيص الاكتئاب لدى المريض المسن أكثر تعقيداً بسبب التغيرات المرافقة للتقدم بالسن في الوظيفة الإدراكية والحسية والتغيرات الاجتماعية والنفسية المعروفة اضافة لميل المسنين للشعور بالتعب خلال عملية التقييم مما يؤدي لصعوبة التفريق بين أعراض اضطراب الإكتئاب لدى المسنين وتلك الناتجة عن التغيرات المرافقة للتقدم بالسن⁽⁸⁾.

يعتبر القلق التالي للسكتة الدماغية من المشاكل النفسية الشائعة ويعتبر من المشاكل المرافقة لاضطراب الإكتئاب. يؤثر القلق بشكل كبير على عملية التعافي وبترافق لدى العديد من المرضى مع اضطراب الإكتئاب مما يؤدي لنتائج صحية سيئة لدى الناجين حيث يؤدي لعدم مقدرة المريض على تلبية احتياجاته، ضعف نوعية حياة المريض، وتراجع مقدرة المريض على الالتزام ببرامج إعادة التأهيل الوظيفي بعد السكتة⁽⁹⁾. تم تحديد بعض عوامل الخطورة المرتبطة بحدوث القلق التالي للسكتة الدماغية حيث أن معدل حدوث القلق للذين ثبتت أصابتهم بأفة قشرية يمتد إلى أعلى من أولئك الذين لديهم أفة قشرية يسرى حيث يعاني أولئك المرضى من مستويات اكتئاب أعلى إضافة لبعض العوامل الأخرى مثل الكحول^(9,10).

تم تقدير نسب حدوث القلق في ربع المرضى الناجين من السكتة وقد يكون حدوث القلق مبكراً أو متأخراً وقد وجدت الدراسات السريرية أن غالبية الذين لديهم اضطراب القلق حدث لديهم اكتئاب حيث أن نصف المرضى الذين حدث لديهم قلق تالي للسكتة أصيبوا بإكتئاب واسع مقابل نسبة أقل لديهم اكتئاب خفيف⁽¹¹⁾. وفي دراسة (BURTON) وآخرون عام 2012 بينت النتائج أن نسبة انتشار القلق بعد السكتة الدماغية يتراوح بين 18-25% في العديد من الدراسات⁽⁹⁾.

كما في الإكتئاب تتداخل العديد من الأعراض الخاصة بالقلق بعد السكتة الدماغية مع أعراض التغيرات الطبيعية المرافقة بالتقدم بالسن حيث يعبر المرضى عن شعورهم بعدم الراحة واحساسهم بالتعب، كذلك يعاني البعض منهم من صعوبات في النوم والتشنج العضلي إضافة لبعض الأعراض الجسدية والآلام الأخرى مما يجعل عملية التشخيص أكثر صعوبة إضافة إلى أن المرضى الذين يعانون من اضطراب القلق المرافق لاضطراب الاكتئاب التالي للسكتة الدماغية سيستغرقون وقتاً أطولاً في عملية إعادة التأهيل وسيكون لديهم مستوى أقل من التعافي واستعادة المقدرة الوظيفية^(11,12). يجب التركيز على تدبير القلق والاكتئاب بعد السكتة الدماغية ولكن لا يوجد دراسات كافية حول طبيعة العلاجات التي يمكن استخدامها بعد السكتة الدماغية وكما العادة في كل التجارب المتعلقة بالتدابير العلاجية والأدوية غالباً ما يتم استبعاد عينة المرضى كبار السن من التجارب وعلى الرغم من ذلك يجب الا يتم اهمال هذه الناحية فيجب اخضاع المرضى كبار السن للعلاجات الدوائية والعلاجات النفسية وغيرها من الطرق المتبعة وقد اقترحت العديد من الدراسات استخدام بعض الطرق غير الدوائية لتدبير كل من القلق والاكتئاب مثل الإبر الصينية والمساج النقطي والمساج السويدي وغيرها وتهدف جميع تلك الطرق إلى تحسين نوعية حياة المسن وتقليل اعراض وتبدلات المزاج مما يحسن من التزامه ببرامج إعادة التأهيل ويساعده على استعادة وظائفه اليومية وتقليل اعتماده على الآخرين^(11,13).

يعتبر التمريض حجر الزاوية في عملية رعاية المرضى المسنين المصابين بالسكتة الدماغية حيث يساهم الممرض المهني في جميع مراحل العناية المتمثلة بالتقييم والتشخيص والتخطيط والتنفيذ والتقييم حيث يساهم التقييم المستمر للمريض في الكشف المبكر عن حدوث الاضطرابات النفسية المرافقة للسكتة الدماغية وتحديد المشاكل التمريضية المرافقة وتساهم العناية التمريضية في تجاوز المضاعفات واستعادة المريض لوظائفه وتقليل اعتماده على الآخرين.

أهمية البحث وأهدافه

أهمية البحث:

تأتي أهمية التركيز على الاضطرابات النفسية لدى المسنين بعد السكتة الدماغية من كونها اضطرابات مهمة من ناحية التشخيص والعلاج على الرغم من تأثيراتها السلبية على عملية التعافي وإعادة التأهيل ولكون هذه التغيرات تأخذ طابعا

خاصا وفريدا لدى فئة كبار السن حيث أن الأعراض المرتبطة بها تتداخل بشكل كبير مع التغيرات المرافقة للتقدم بالسن إضافة الى ما سبق يقوم الممرض/ة المحترف بمهام العناية للصيقة لمريض السكتة الدماغية في الحالة الحادة ويتابعه في الحالة المزمنة مما يجعله أكثر قدرة على تحديد الأعراض النفسية والتغيرات التي تطرأ على المريض والتي قد تساعد في تشخيص حدوث هذه الاضطرابات مما يساعد في تحسين نوعية الرعاية المقدمة للمريض وبالتالي تحسين نوعية حياته والتزامه ببرامج اعادة التأهيل وبالتالي تحسين عملية التعافي واستعادة وظائف الحياة اليومية وتقليل الإعتماد على الآخرين .

هدف البحث:

تقييم انتشار الإكتئاب والقلق لدى المسنين بعد السكتة الدماغية والعوامل المؤثرة.

سؤال البحث:

ما مستوى انتشار الإكتئاب والقلق النفسية لدى المسنين بعد السكتة الدماغية والعوامل المؤثرة ؟

طرائق البحث ومواده

تصميم البحث:

استخدم المنهج الوصفي.

مكان وزمان البحث:

أجري هذا البحث في مستشفى تشرين الجامعي من 2021/2/1 وحتى 2021/9/1 في كل من (العيادة الداخلية العصبية- قسم العلاج الفيزيائي).

عينة البحث:

ضمت العينة 100 مريض تم اختيارهم بطريقة العينة الملائمة، تتراوح أعمارهم من 65 سنة فما فوق، شخست لديهم السكتة الدماغية منذ شهر على الأقل وتخرجوا الى المنزل، يستطيع المرضى الإجابة على أسئلة المقابلة ولا يعانون من اضطرابات ادراكية شديدة.

معايير الاستبعاد : تم استبعاد المرضى الذين يعانون من اضطرابات شديدة في الادراك وغير القادرين على التواصل اللفظي ومرضى الحالات الحرجة.

أدوات البحث: تضمنت أربع أدوات:

الأداة الأولى: مقياس فحص الحالة العقلية المصغر (MMSE):

تم تصميم هذا المقياس من قبل فولستين 1975 وترجم للعربية بواسطة الحسيني 2008. استخدم هذا المقياس لاستبعاد المرضى المصابين بخلل ادراكي كبير من العينة ويضم 30 سؤالاً في الذاكرة والتوجه والانتباه والحساب والتسمية والتكرار والتسجيل واللغة⁽¹⁴⁾.

الأداة الثانية: البيانات الديموغرافية والسريية للمرضى كبار السن بعد السكتة الدماغية

وقد تم تصميم هذه الأداة من قبل الباحث اعتماداً على الدراسات السابقة وشملت البيانات الاجتماعية والديموغرافية لعينة الدراسة مثل العمر والحالة الاجتماعية والدخل والظروف المعيشية والبيانات السريية مثل التاريخ الطبي، بداية المرض، وخصائص ألم الكتف والعلاج المتبع بالمستشفى.

الأداة الثالثة : مقياس الإكتئاب المصغر للمسنين

لقد تم تصميمه من قبل ياسفاج (1983) ويتألف مقياس الإكتئاب من 15 سؤالاً وقد تمت ترجمته للعربية عام 2013 واستخدمت النسخة العربية منه في هذه الدراسة لتقييم مستوى الاكتئاب لدى كبار السن المصابين بالسكتة الدماغية وتتضمن النتائج أربعة مستويات (1- لا يوجد اكتئاب ، 2 اكتئاب خفيف، 3- اكتئاب متوسط، 4-اكتئاب شديد)⁽¹⁵⁾.

الأداة الرابعة: مقياس بيك للقلق (BAI)

وقد تم تطوير هذا المقياس من قبل بيك وآخرون (1988) وتمت ترجمته للعربية عام 2012 وقد استخدمت النسخة العربية منه لتقييم معدل أعراض القلق لدى كبار السن المصابين بالسكتة ويضم المقياس 21 سؤال تغطي 63 نقطة حيث تزداد شدة القلق بازدياد معدل النقاط وتقسم مستويات القلق الى أربعة مستويات (1- قلق أصغري 2- قلق خفيف 3-قلق متوسط 4- قلق شديد)⁽¹⁶⁾.

طريقة البحث:

1. أخذت الموافقات الرسمية من كلية التمريض وإدارة مشفى تشرين الجامعي على إجراء الدراسة.
2. طورت أداة (رقم 2) لجمع البيانات بعد مراجعة الأدبيات المتعلقة بموضوع الدراسة، ثم عرضت على لجنة من الخبراء في كلية التمريض لتحري مناسبة الفقرات لموضوع الدراسة، وتم الأخذ بالملاحظات.
3. أجريت دراسة دليلية استرشادية (Pilot study) على 5% من المرضى لتقييم الوضوح وإمكانية تطبيق أداة الدراسة لجمع البيانات.
4. تم أخذ الموافقة الشفهية المرضى بعد شرح هدف الدراسة لهم، وتأكيد الحفاظ على سرية البيانات المأخوذة منهم.
5. تم تقييم الحالة الإدراكية للمشاركين حيث تم استبعاد من يعانون من اضطرابات إدراكية تمنعهم من الإجابة.
6. تم جمع البيانات بطريقة المقابلة المباشرة للمريض وذويه ومراجعة ملفات المرضى لتثبيت المعلومات المرتبطة بالسكتة ونوعها وعلاجها.
7. تم ترميز البيانات ومعالجتها إحصائياً باستخدام البرنامج الإحصائي spss v20.

النتائج والمناقشة**النتائج**

جدول 1 التوزع التكراري للممرضات تبعاً لمعلوماتهم الديموغرافية

النسبة المئوية %	التكرار N	البيانات	
48	48	إناث	الجنس
52	52	ذكور	
78	78	75-65	العمر
22	22	75+	
80	80	متزوج	الحالة العائلية

18	18	أرمل	التعليم
2	2	عازب	
22	22	ابتدائي (يقرأ ويكتب)	
40	40	اعدادي	
20	20	ثانوي	
18	18	جامعي	

يظهر الجدول رقم 1 البيانات الديموغرافية للمرضى حيث أنه وبالنسبة للجنس فقد كان 52% من الذكور مقابل 48% من الاناث وفيما يتعلق بالعمر فكان 78% من المشتركين من الفئة العمرية من 65 الى 75 سنة بينما مثل المسنون فوق 75 سنة 22% وكان 80% من افراد العينة من المتزوجين تلاهم 18% من الأرامل وبما يخص التعليم فقد أبلغ 40% من أفراد العينة عن أنهم تلقوا التعليم الإعدادي تلاهم 22% تلقوا التعليم الابتدائي و20% تلقوا التعليم الثانوي .

جدول (2) توزع المرضى بحسب وجود الأمراض المزمنة لديهم

صح		المرض المزمن
%	N	
76	76	1- ارتفاع ضغط الدم
48	48	2- ارتفاع شحوم الدم
38	38	3- السكري
8	8	4- هشاشة العظام
6	6	5- التهاب المفاصل التنكسي
4	4	6- القرحة الهضمية

• يمكن أن يجمع المريض بين أكثر من مشكلة صحية
يبين الجدول رقم 2 أن النسبة الأعلى من المرضى 76% كان لديهم ارتفاع في ضغط الدم في حين أن ارتفاع شحوم الدم والكوليسترول تم تسجيله لدى 48% من المشتركين بالدراسة بينما عانى 38% من المرضى من داء السكري و8% أبلغوا عن اصابتهم بترقق العظام.

جدول (3) توزع المرضى بحسب بيانات السكتة الدماغية:

صح		بيانات السكتة الدماغية
%	N	
		نوع السكتة
98	98	1-اقفارية
2	2	2-نزفية
		حدوث السكتة
88	88	1-أول مرة
12	12	2-ثاني مرة
		تاريخ حدوث السكتة
46	46	من 1-3 شهور
40	40	3>6 شهور

14	14	<6 شهور
		مكان حدوث السكتة
58	58	1- نصف الكرة المخية الأيمن
42	42	2- نصف الكرة المخية الأيسر
		وجود اختلاطات صحية بعد مدة الاستشفاء (الإمساك و السلس البولي التهاب مجاري بولية - التهاب قصبات ، ذات رئة الخ...)
78	78	1- حدث
22	22	2- لم تحدث
N=78		الاختلاطات الصحية التالية للاستشفاء
56	42	• الإمساك
30,8	24	• التهاب السبل البولية
17,9	14	• السلس البولي
15,4	12	• ذات الرئة
10,3	8	• السقوط

يبين الجدول رقم (3) البيانات الخاصة بنوع السكتة الدماغية حيث أن غالبية المرضى كان لديهم سكتة دماغية اقفارية وأبلغ 88% من المشتركين أنهم تعرضوا للسكتة الدماغية للمرة الأولى وتم تسجيل الإصابة في نصف الكرة المخية الأيمن لدى 58% مقابل 43% حدثت لديهم السكتة في نصف الكرة المخية الأيسر وأبلغ 78% من المشتركين عن حدوث مشاكل طبية بعد السكتة حيث أن 56% من هؤلاء والذين عددهم 39 أبلغوا عن معاناتهم من الإمساك و 30,8% منهم تم تشخيص التهاب المجاري البولية لديهم في حين أبلغ 17,9% منهم عن حدوث سلس بولي إضافة ل 15,4% حدث لديهم ذات رئة و 8 مرضى تعرضوا للسقوط.

جدول (4) توزع المرضى بحسب حدوث الاكتئاب التالي للسكتة الدماغية

تكرار		نسبة	درجة الإكتئاب
42	42		لا يوجد اكتئاب
24	24		اكتئاب خفيف
16	16		اكتئاب متوسط
18	18		اكتئاب شديد

يبين الجدول رقم (4) درجة الاكتئاب لدى المرضى حيث تبين أن 42% من المرضى ليس لديهم اي اكتئاب مقابل 58% لديهم اكتئاب تالي للسكتة الدماغية توزعت على النحو التالي 24% لديهم اكتئاب خفيف و 16% لديهم اكتئاب متوسط و 18% لديهم اكتئاب شديد.

جدول (5) توزيع المرضى بحسب حدوث القلق التالي للسكتة الدماغية

درجة القلق	عدد	نسبة
قلق أصغري	40	40%
قلق خفيف	24	24%
قلق متوسط	22	22%
قلق شديد	14	14%

يبين الجدول رقم (5) درجة القلق لدى المرضى حيث أن 40% من المرضى لديهم قلق أصغري مقابل 60% لديهم درجات متفاوتة من القلق توزعت على النحو التالي 24% من المشاركين لديهم قلق خفيف و22% لديهم قلق متوسط و14% لديهم قلق شديد.

جدول رقم (6) العلاقة بين خصائص المريض ومستوى الإكتئاب:

خصائص المريض المسن	مستوى الاكتئاب	Test of significance	P value
العمر • 75-65 • 75+	4.91±3.77 8.92±4.25	F=6.062	0.005*
الجنس ذكور إناث	6.373±4.23 5.84 ±4.1	t=0.852	P=0.430
الوضع العائلي : • متزوج • أرمل • عازب	3± 2.5 6.78± 4.2 2	F=2.524	P=0.091
وجود الأمراض المزمنة ارتفاع ضغط الدم • يوجد • لا يوجد	6.72± 4.44 5.0 ± 3.41	t=1.185	0.242
ارتفاع شحوم الدم • يوجد • لا يوجد	6.77 ± 4.37 5.88± 4.19	t=0.737	0.465
السكري : • يوجد • لا يوجد	7.84 ± 4.63 5.42 ± 3.81	T=2.009	0.049*

يبين الجدول رقم (6) العلاقة بين خصائص المريض ومستوى الإكتئاب حيث أنه لدى المسنين ذوي الأعمار التي تزيد عن 75 سنة كان لديهم مستوى اكتئاب أعلى من المسنين الذين تراوحت أعمارهم 75-65 حيث كانت معدلات الاكتئاب لدى الفئة الأكبر عمرا 8.92±4.25 مع وجود علاقة ذات دلالة احصائية p=0.005 وفيما يتعلق بالحالة العائلية للمرضى كانت مستويات الإكتئاب لدى الأرمال (ذكور وإناث) 6.78± 4.2 مقابل 3 ± 2.5 للمتزوجين دون وجود علاقة ذات دلالة احصائية هامة.

وفيما يتعلق بوجود الأمراض المزمنة قبل السكتة الدماغية كانت مستويات الاكتئاب مرتفعة لدى الذين عانوا من هذه الأمراض قبل وجود السكتة الدماغية أكثر من أولئك الذين لم تكن لديهم حيث كان متوسط مستويات الاكتئاب

4.44 ± 6.72 لدى الذين كان لديهم ارتفاع توتر شرياني و 4.37 ± 6.77 للذين لديهم ارتفاع في شحوم وكوليسترول الدم دون وجود علاقة ذات دلالة احصائية أما الذين شخص لديهم مرض السكري قبل السكتة كان متوسط مستويات الاكثتاب لديهم 4.63 ± 7.84 مع وجود علاقة ذات دلالة احصائية بين مرض السكري وارتفاع مستويات الاكثتاب لدى المرضى p=0.049

جدول رقم (7) العلاقة بين بيانات السكتة الدماغية ومستوى الإكثتاب التالي للسكتة

P value	Test of significance	الإكثتاب	خصائص السكتة
0.690	t=0.401	6.25±4.28 7.74 ± 4.47	الحدوث • لأول مرة • سكتة متكررة
0.001	F=2.524	8.0 ± 3.84 3.12 ± 3.08	وجود مضاعفات طبية • موجود • غير موجود
0.163	t=1.416	5.62 ± 4.05 7.33 ± 4.45	مكان وجود السكتة • نصف الكرة المخية الأيمن • نصف الكرة المخية الأيسر
0.55	F=3.089	8.42 ± 4.96 3.91 ± 5.11 7.30 ± 3.40	تاريخ حدوث السكتة • من >1 3 شهور • >3 6 شهور • <6 شهور

يبين الجدول رقم 7 العلاقة بين بيانات السكتة الدماغية لدى المرضى ومستويات الإكثتاب التالي للسكتة لديهم فيما يتعلق بحدوث السكتة عانى مرضى السكتة المتكررة مستويات أعلى من الاكثتاب من الذين حدثت لديهم السكتة للمرة الأولى بمتوسط 4.47 ± 7.74 دون وجود علاقة احصائية هامة بين حدوث السكتة وبين مستويات الاكثتاب p=0.690 وحول وجود مضاعفات طبية بعد السكتة حدثت أثناء وبعد القبول في المشفى كان متوسط نقط الاكثتاب لدى هؤلاء المرضى 3.84 ± 8 مقابل متوسط اكتتاب 3.12±3.08 للذين لم تحدث لديهم مضاعفات تالية للسكتة مع وجود علاقة احصائية هامة بين وجود مضاعفات ومستويات الاكثتاب 0.001 وفيما يتعلق بمكان حدوث السكتة لم يكن هناك علاقة احصائية هامة بين مكان حدوث السكتة وتاريخ حدوثها وبين مستويات الاكثتاب حيث كانت قيم p = 0.163 و 0.55 على التوالي.

جدول رقم (8) العلاقة بين خصائص المريض ومستوى القلق التالي للسكتة :

P value	Test of significance	القلق	خصائص المريض المسن
0.003*	F=6.793	16.92 ± 6.88 21.83 ± 8.13	العمر • 75-65 • 75+
P=1.02	T=0.213	14.33±6.7 15.22±7.96	الجنس • ذكر • أنثى

0.096	F=2.537	14.20 ± 6.90 5.25 ± 4.03 4	الوضع العائلي : • متزوج • أرمل • عازب
0.849	t=0.192	13.41 ± 8.67 12.82±10.30	وجود الأمراض المزمنة ارتفاع ضغط الدم • يوجد • لا يوجد
0.762	t=0.305	13.65 ± 8.79 12.88±9.30	ارتفاع شحوم الدم • يوجد • لا يوجد
0.292	t=1.066	15 ± 10.14 12.23±8.3	السكري : • يوجد • لا يوجد

يبين الجدول رقم (8) العلاقة بين خصائص المرضى الديموغرافية والصحية وبين مستويات القلق بعد السكتة الدماغية لديهم بالنسبة للتقدم بالسن كان لدى المسنون فوق 75 سنة متوسط قلق 21.83 ± 8.13 بينما لدى المسنين بين 64-75 سنة متوسط قلق 16.92 ± 6.88 ويوجد علاقة ذات دلالة احصائية هامة بين العمر ومستويات القلق. بالنسبة لوضع المريض المسن العائلي كانت مستويات القلق لدى المسنين هي الأعلى بمتوسط 14.20 ± 6.90 دون وجود علاقة احصائية هامة بين مستويات القلق ووضع المريض العائلي وفيما يتعلق بوجود أمراض مزمنة كانت مستويات القلق لدى المرضى الذين لديهم ارتفاع توتر شرياني وارتفاع شحوم وكوليسترول الدم وسكري أعلى من الذين لا توجد لديهم هذه الأمراض (13.41 ± 8.67 و 13.65 ± 8.79 و 15 ± 10.14) دون وجود علاقة ذات دلالة احصائية هامة بين وجود كل من الأمراض المذكورة وبين مستويات القلق وكانت قيم $P=(0.292 -0.762 -0.849)$ على التوالي.

جدول رقم (9) العلاقة بين بيانات السكتة الدماغية ومستوى القلق التالي للسكتة

P value	Test of significance	القلق	بيانات السكتة الدماغية
0.960	t=0.710	13.63± 9.24 10.83 ± 6.49	الحدوث • لأول مرة • سكتة متكررة
0.003*	t=3.104	15.88 ± 8.62 8.24 ± 7.45	وجود مضاعفات طبية (أثناء الاستشفاء) • موجود • غير موجود
0.141	t=1.496	11.69 ± 8.17 15.48 ± 9.69	مكان وجود السكتة • نصف الكرة المخية الأيمن • نصف الكرة المخية الأيسر
0.55	F=3.089	17.75 ± 9.11 10.89 ± 8.51 17.0 ± 8.72	تاريخ حدوث السكتة • من >1 3 شهور • >3 6 شهور • <6 شهور

يبين الجدول رقم (9) العلاقة بين البيانات الخاصة بالسكتة الدماغية ومستويات القلق التالي للسكتة لدى المرضى المسنين فيما يتعلق بحدوث السكتة كان لدى المرضى الذين حدثت لديهم السكتة للمرة الأولى مستوى قلق أعلى (13.63 ± 9.24) من أولئك الذين حدثت لديهم تكرار بالسكتة 10.83 ± 6.49 دون وجود علاقة ذات دلالة احصائية هامة بين حدوث السكتة ومستويات القلق $p=0.960$

وفيما يتعلق بوجود مضاعفات طبية سجل الذين حدثت مضاعفات طبية مستوى قلق أعلى من الذين لم تحدث لديهم 15.88 ± 8.62 و 8.24 ± 7.45 على التوالي مع وجود علاقة ذات دلالة احصائية هامة بين وجود مضاعفات ومستويات القلق $p=0.003$

بالنسبة لنصف الكرة المخية الذي حدثت فيه السكتة سجل المرضى الذين حدثت لديهم السكتة في الجانب الأيسر مستوى قلق أعلى من الذين حدثت لديهم السكتة في نصف الكرة المخية الأيسر (11.69 ± 8.17) و (15.48 ± 9.69) على التوالي دون وجود علاقة ذات دلالة احصائية هامة $p=0.141$

وفيما يخص تاريخ حدوث السكتة لم توجد علاقة ذات دلالة احصائية هامة بين تاريخ السكتة وبين مستويات القلق $p=0.55$ علما أن المرضى الذين حدثت لديهم السكتة بين 1-3 شهور كان لديهم مستوى قلق أعلى (17.75 ± 9.11)

من الذين حدثت لديهم خلال 3-6 شهور 10.89 ± 8.51 والذين حدثت لديهم السكتة منذ ست شهور وأكثر (17.0 ± 8.72)

المناقشة

ضمت الدراسة الحالية 100 مريض مسن من الناجين من السكتة الدماغية وأظهرت النتائج أن نصف العينة من الذكور ونصفهم من الإناث وأن غالبية أفراد العينة كانوا من الفئة العمرية من 65-75 ومن المتزوجين وأن الغالبية الساحقة شخصت لديهم سكتة إقفارية. من المعروف أن أمراض ارتفاع الضغط وأمراض ارتفاع شحوم الدم والسكري تنتشر لدى فئة المسنين وهي من عوامل الخطورة المعروفة لحدوث السكتة الدماغية وفي الدراسة الحالية تبين أن ثلاثة أرباع المشتركين في الدراسة لديهم ارتفاع في التوتر الشرياني تلاهم ما يقارب النصف عانوا من ارتفاع شحوم الدم وحوالي خمسي العينة كان لديهم الداء السكري وهذه النتيجة جاءت متوافقة مع نتائج الدراسة التي قام بها Essa وآخرون عام 2011 حيث تبين أن غالبية المسنين المشتركين في الدراسة كان لديهم ارتفاع اتوتر الشرياني تلاهم أولئك الذين لديهم أمراض قلب وأوعية ثم السكري⁽²⁾.

للسكتة الدماغية نوعان رئيسيان نوع إقفاري يتميز بقلة وصول الدم للخلايا الدماغية، والنوع النزفي الذي يتميز بوصول كمية كبيرة من الدم الى الخلايا الدماغية مما يؤدي لتخربها ويذكر في كل أدبيات الطب أن السكتة الإقفارية تمثل النسبة الأعظم أي ما يقارب 80% من الحوادث الوعائية الدماغية وقد عززت هذه الدراسة ما جاء في كل الدراسات والأدبيات السابقة حيث أنه تبين أن الغالبية الساحقة من المشتركين لديهم سكتة إقفارية بنسبة 98% ويمكن تبرير هذه النتيجة بتواتر حدوث النزف الدماغى لدى متوسطي العمر أكثر من المسنين⁽¹⁷⁾. فيما يتعلق بحدوث السكتة أصيب الغالبية العظمى من المرضى بالسكتة الدماغية للمرة الأولى واشتكى 78% من المرضى من اختلاطات ومشاكل تلت حدوث السكتة الدماغية ويمكن تبرير هذه النتيجة بسبب أن فئة المسنين أكثر عرضة للاختلاطات الطبية الناجمة عن الأمراض أو الاستشفاء بسبب التغيرات الطبيعية التي تصيب معظم أجهزة الجسم⁽¹⁾.

يعتبر الاكتئاب من المضاعفات النفسية الشائعة للناجين من السكتة الدماغية ويصيب حوالي ثلث المرضى ويؤثر بشكل فعلي على استجابة المريض للعلاج وإعادة التأهيل. بينت النتائج في الدراسة الحالية أن حوالي خمسي العينة ليس لديهم اكتئاب مقابل 60% لديهم مستويات اكتئاب مختلفة حيث عانى ربع المرضى من اكتئاب خفيف بينما عانى ثلث المرضى تقريبا من اكتئاب متوسط وشديد (16% متوسط و 18% شديد) وتعارضت نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة قام بها kapoor وآخرون عام 2019 حيث بينت نتائج الدراسة أن اضطراب الاكتئاب ينتشر لدى 30% من أفراد عينة الدراسة بينما اضطراب الاكتئاب المعمم لدى 12% ويعود سبب الاختلاف في أن الدراسة المذكورة اعتمدت فئات عمرية مختلفة إضافة لاعتمادها مشتركين حدث لديهم نوبة إقفارية عابرة حيث تمت مقابلتهم في المرحلة الحادة⁽¹⁸⁾.

يعد القلق من المشاكل المنشرة بعد السكتة الدماغية وتبقى آلية حدوثه غير واضحة تماما ولكنه يؤثر بشكل جلي على نوعية حياة المرضى وعلى مقدرتهم على التعافي واستعادة وظائف الحياة اليومية وأدوارهم⁽¹⁹⁾. في الدراسة الحالية كان لدى 40% قلق أصغري (ضمن المستويات الطبيعية) في حين أن 60% كان لديهم مستويات مختلفة من القلق حيث أن 38% من افراد العينة كان لديهم مستويات متوسطة ومرتفعة من القلق مقابل 22% من المشتركين كان لديهم قلق خفيف وهذه الدراسة تتعارض مع نتائج دراسة قام بها Li w وآخرون الذين وجدوا أن 15% من المرضى الذين لديهم سكتة خفيفة ومتوسطة يعانون من القلق ويمكن تبرير هذا التعارض لسببين وهما أن هذه الدراسة ضمت مستويات أعمارهم من 40 الى 80 سنة وركزت الدراسة المذكورة على تقييم القلق خلال الشهور الثلاثة الأولى من السكتة إضافة لاختلاف مقاييس التقييم فمقياس بيك المستخدم في الدراسة الحالية يركز على الأعراض الجسدية للقلق لأنها أكثر شيوعا من الأعراض النفسية مما يجعله مناسباً لفئة كبار السن^(17,19).

في الدراسة الحالية كانت مستويات الاكتئاب لدى ذوي العمر الأكبر مرتفعة ووجدت علاقة احصائية هامة بين التقدم بالسن ومستويات الاكتئاب (جدول 6) وجاءت هذه النتائج متعارضة مع نتائج دراسة قام بها wang وآخرون عام 2016 والذي حدد إضافة الى العمر الجنس والوضع الاجتماعي ومكان العيش ووجود الدعم الاجتماعي كعوامل هامة مؤثرة في حدوث الاكتئاب ويمكن تبرير الاختلاف في النتائج بسبب خصائص العينة حيث كانت عينة الدراسة المذكورة مختلفة عن الدراسة الحالية من ناحية العدد والخصائص من ناحية العمري والجنس⁽²⁰⁾.

بينت نتائج الدراسة الحالية أن المرضى الذين لديهم أمراض مزمنة مثل ارتفاع شحوم الدم وارتفاع التوتر الشرياني والسكري لديهم مستويات أعلى من الإكتئاب من نظرائهم الذين لا يعانون من هذه الأمراض وبينت النتائج أيضا وجود علاقة ذات دلالة احصائية بين جود مرض السكري وارتفاع مستويات الإكتئاب وجاءت نتائج هذه الدراسة متوافقة مع نتائج الدراسة التي أجراها باول وآخرون عام 2013 والتي أكدت أن المرضى الذين يعانون من اضطرابات مرضية مزمنة لديهم مستويات أعلى من الاكتئاب⁽²¹⁾.

يمكن أن يؤثر القلق بشكل كبير على تعافي المريض بعد السكتة الدماغية وفي الدراسة الحالية وجدت علاقات ذات دلالة احصائية بين كل من العمر ومستويات القلق حيث أن المرضى ذوو العمر المتقدم عانوا من مستويات أعلى من القلق (جدول 8) وهذه النتائج متعارضة مع دراسة أجراها باركر سولو عام 2007 حيث بين عدم وجود علاقة ذات دلالة احصائية بين العمر ومستويات القلق بعد السكتة⁽⁵⁾. يمكن تبرير النتيجة السابقة باختلاف المقياس المستخدم واختلاف شروط العينة حيث أن المقياس المستخدم في الدراسة الحالية ركز على الأعراض الجسدية المرتبطة بالقلق وهي الأكثر شيوعا من الأعراض النفسية لدى المسنين المصابين بالقلق. ويوجد علاقة ذات دلالة احصائية بين وجود

الاختلالات الطبية بعد حدوث الاستشفاء (جدول 9) ومستويات القلق حيث سجل المرضى الذين عانوا من مشاكل طبية خلال الاستشفاء مستويات أعلى من القلق من أولئك الذين لم يعانون ويمكن تفسير هذه النتيجة بسبب تداخل الأعراض والمشاكل الصحية مع مضاعفات السكتة وزيادة مدة الاستشفاء مما يرفع مستوى القلق للمرضى وخصوصاً في ظل احتمالية العدوى في المستشفى بفايروس كورونا (كوفيد-19)⁽²²⁾.

الاستنتاجات والتوصيات

الاستنتاجات:

بينت النتائج في الدراسة الحالية أن 60% من المسنين المشتركين بالدراسة لديهم مستويات مختلفة من الإكتئاب التالي للسكتة الدماغية وقد عانى حوالي ثلث العينة من مستويات اكتئاب متوسطة وشديدة. أهم العوامل المؤثرة على حدوث الاكتئاب التالي للسكتة الدماغية التقدم بالسن حيث أن الأفراد الأكبر سناً يعانون من مستويات أعلى من الاكتئاب ومن العوامل المؤثرة أيضاً وجود مرض السكري حيث أن مرضى السكري يعانون من مستويات أعلى من الاكتئاب التالي للسكتة الدماغية أكثر من الذين ليس لديهم داء سكري قبل السكتة. بلغت نسبة حدوث القلق التالي للسكتة الدماغية 60% من المشتركين بالدراسة وقد عانى ما يقارب خمسي العينة من مستويات متوسطة وشديدة من القلق التالي للسكتة. أهم العوامل المؤثرة على حدوث القلق التالي للسكتة هو العمر حيث أن الأفراد الأكبر سناً لديهم مستويات أعلى من القلق كذلك الأفراد الذين حدثت لديهم اختلالات أثناء الاستشفاء كان لديهم مستويات أعلى من القلق.

التوصيات:

- 1- تدريب القائمين على العناية بالمرضى على استقصاء الإكتئاب والقلق لدى المسنين بعد السكتة.
- 2- نشر الوعي حول أهمية الاختلالات النفسية وتداخلاتها مع التعافي واستعادة الوظائف.
- 3- اجراء الدراسة على عينة أكبر لتصبح قاعدة بيانات مناسبة يتم الانطلاق منها نحو دراسات تجريبية تهدف لتدبير القلق والإكتئاب لدى مرضى السكتة كبار السن.

Reference

- 1- CAMPBELL B, DE SILVA DA, MACLEOD MR, COUTTS SB, SCHWAMM LH, DAVIS SM,. Ischaemic Stroke. Nat Rev Dis Primers. 2019;Vol 5: No70. doi: 10.1038/s41572-019-0118-8
- 2- ESSA A, TAMER H, EL BATCH A. Study Of Incidence, Risk Factors And Outcome Of Acute Cerebrovascular Stroke Patients. Journal of American Science 2011; Vol 7 No. 11:316-329
- 3- KARA M. Depression and Anxiety after Stroke. Available at : <https://2020health.wordpress.com/2013/05/17/depression-and-anxiety-after-stroke/> Retrieved on November 2013.
- 4- MASSKULPAN P, RIEWTHONG K, DAJPRATHAM P, KUPTNIRATSAIKUL V. Anxiety and Depressive Symptoms after Stroke in 9 Rehabilitation Centers. Journal of the Medical Association of Thailand 2008; Vol.91 : No.10: 1595-602
- 5- BARKER- COLLO S. Depression and Anxiety 3 Months Post Stroke: Prevalence and Correlates. Science direct 2007; Vol.22 No 4:519-531

- 6- ANGELELLI P, PAOLUCCI S, BIVONA U, PICCARDI L, CIURLI P, CANTAGALLO A, ANTONUCCI G, FASOTTI L, DI SANTANTONIO A, GRASSO MG, PIZZAMIGLIO L. Development Of Neuropsychiatric Symptoms In Poststroke Patients: A Cross-Sectional Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004; Vol. 110 No. 1:55-63
- 7- LÖKK J, DELBARI A. Management of Depression in Elderly Stroke Patients. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2010;6:539-49
- 8- Stroke support center- Psychological Changes available at. <http://strokesupport.eu/> . Retrieved on February 15, 2015
- 9- BURTON C, HOLMES J, MURRAY J, GILLESPIE D, LIGHTBODY CE, WATKINS CL, KNAPP P. Interventions For Treating Anxiety After Stroke. *Cochrane Database of Systemic Reviews*. 2011;Vol.7: No12:3-20
- 10- PÉREZ-PIÑAR M, AYERBE L, GONZÁLEZ E, MATHUR R, FOGUET-BOREU Q, AYIS S. Anxiety Disorders and Risk of Stroke: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Eur Psychiat*. 2017; Vol. 41 No .1 :102–8.
- 11- KIMURA M, TATENO A, ROBINSON RG. Treatment of Post Stroke Generalized Anxiety Disorder Comorbid with Post Stroke Depression: Merged Analysis of Nortriptyline Trials. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2003; Vol.11: No.3:320-27
- 12- LYKETSOS C. *Psychiatric Aspects of Neurologic Diseases: Practical Approaches to Patient Care*. , New York: Oxford press, 2008 ;70-80
- 13- ATASHI V, MOHAMMADI F, DAVLANDI A, ABDOLLAHI I, SHAFIEI Z. Effect of Slow Stroke Back Massage on Anxiety in Patients with Stroke .A Randomized Clinical Trial. *Journal of clinical nursing and midwifery* .2013; Vol 2 No4 :45-52.
- 14- ELHUSSEINI S. Factors Related To Self-Care Capabilities Among Institutionalized Elders. Unpublished MSC Thesis, Faculty of Nursing, Alex University, 2008
- 15- ELHUSSEINI S. Effect of Self-Care Interventions on the Quality Of Life of Older Adults with Heart Failure. Unpublished doctorate dissertation, Faculty of Nursing, Alex University, 2013
- 16- LAILA S. Impact of applying foot massage on physiological and, psychological status among critically ill patients. Unpublished doctorate dissertation, Faculty of Nursing, Alex University, 2012
- 17- Smeltzer S, Bare B, Hinkle J, Cheever K. *Text Book Of Medical Surgical Nursing*. 11th ed., USA: Lippincott Company, 2006; 705-720
- 18- KAPPOR A, SI K, YU A, LANKTOT K, HERRMAN N, MURRY B, SWARTZ R. Younger Age And Depressive Symptoms Predict High Risk Of Generalized Anxiety After Stroke And Transient Ischemic Attack. *Aha journal* .Doi Syroke AHA.119.25464
- 19- Li W, Minxiao W, Chen Y , Feng Qu J, Liu Y, Fang X, Weng H, Luo P. Anxiety In Patients With Acute Ischemic Stroke Risk Factors And Effects On Functional Status. *Front Line In Psychiatry*. 2019 Vol.10 No.1 :257-65.
- 20- WANG L , TAO Y, WANG H, ZHOU H, FU X. Association Of Post Stroke Depression With Social Factors , Insomnia And Neurological Status In Chinese Elderly population. *Neurol sci*. 2016;Vol37 No 1:1305-10
- 21- PAUL N, DAS S, HAZRA A, GHOSAL MK, RAY BK, BANERJEE TK, CHAUDHURI A, SANYAL D, BASU A, DAS SK. Depression Among Stroke Survivors: A Community-Based, Prospective Study From Kolkata, India. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 2013;Vol.21: No.9:821-31.
- 22- YAO M, LI H, LUO Y, LI L, YU J. High Prevalence of Post-stroke Anxiety in Elderly Patients Following COVID-19 Outbreak . *front line psychiatry* . 2021 Vol 12: 699899.