

KVALITET ŽIVOTA PACIJENATA SA DEPRESIJOM NAKON MOŽDANOG UDARA

Vukadinović Sanja¹
Stojaković Milan^{1 2}
Stojanović Zlatan²

1. Klinika za psihijatriju Univerzitetsko Klinički centar Banja Luka
2. Medicinski fakultet u Banjoj Luci, Republika Srpska, Bosna i Hercegovina

Originalni naučni rad

Sažetak

Depresija je najčešći afektivni poremećaj koji se javlja kao posljedica moždanog udara, takođe povezana i sa značajno otežanim ponovnim uspostavljanjem funkcionalnosti i kvaliteta života. Cilj rada bio je utvrđivanje značaja depresije na kvalitet života nakon moždanog udara, te utvrđivanje statističke značajnosti razlike depresivnog i nedeprativnog pacijenta nakon moždanog udara. U ispitivanje je bilo uključeno 50 pacijenata u kontrolnoj grupi, kao i 50 pacijenata u eksperimentalnoj grupi, oba pola, starosti od 18 do 86 godina života, hospitalizovanih na Klinici za psihijatriju i Klinici za neurologiju, Univerzitetsko Kliničkog centra u Banjoj Luci, zbog klinički dijagnostikovanog akutnog moždanog udara. Postojanje depresije procjenjivano je na osnovu autoanamnestički dobijenih podataka, kliničkog posmatranja. Za dijagnozu depresivnog poremećaja koristili smo Mini Internacionalni Neuropsihijatrijski Inervju (MINI), a za procjenu težine depresije upotrebljavali smo Hamiltonovu skalu za procjenu depresivnosti (HAMD), verziju sa 17 ajtema. Short form (SF-36 verzija 2.0) upitnik se koristio za procjenu kvaliteta života, omogućavajući da se otkrije uticaj različitih oboljenja na kvalitet života. Minor depresiju (skor HAMD 8-15) imalo je 50% (25 pacijenata), kao i major depresiju (skor HAMD \geq 16) je imalo 50% (25 pacijenata). Dobijene vrijednosti ukazuju da je kvalitet života nakon moždanog udara značajno umanjen u odnosu na kvalitet života prosječne populacije (50.0). Nije prisutna statistički značajna razlika u težini poremećaja kvaliteta života kod pacijenata sa i bez depresivnog poremećaja (Mann-Whitney U, $p=0.526$).

Ključne riječi: depresija nakon moždanog udara, kvalitet života

Uvod

Danas postoji veliko interesovanje za ispitivanje povezanosti depresije sa cerebrovaskularnim bolestima. Depresija nakon moždanog udara je česta komplikacija moždanog udara [1].

Statističke analize pokazuju da svuda u svijetu postoji svijest o ogromnom značaju depresije kao oboljenja koje bitno utiču na ukupno zdravlje i funkcionalnost populacije. Zastupljenost različitih oblika depresije je velika, a količina vremena izgubljenog, odnosno oduzetog od normalne profesionalne aktivnosti, porodičnih interakcija i najzad kvaliteta življenja je ogromna.

Problem postaje složenijim kada se zna da depresiju često prate i drugi, komorbiditetni mentalni poremećaji, a da je ona sama, čest pratilac somatskih oboljenja, što predstavlja značajan problem dijagnostike i liječenja u zdravstvenim ustanovama [2].

Najčešće kliničke manifestacije depresije nakon moždanoga udara su velika i mala depresivna epizoda, čiji su simptomi vrlo slični onima kod depresije koja se razvija kasnije tokom života (u dobi iznad 65 godina) - vaskularna depresija.

Ustanovljeno je da je pojava depresije nakon moždanog udara povezana sa značajno povećanim kognitivnim oštećenjem, mada je određen broj

pacijenata koji su pretrpjeli moždani udar možda i imao klinički značajno kognitivno oštećenje i prije posmatranog indeks događaja [3,4,5]. Depresija nakon moždanog udara je takođe povezana i sa značajno otežanim ponovnim uspostavljanjem funkcionalnosti i kvaliteta života, kao i znatnim povećanjem rizika od mortaliteta [3, 4, 5, 6, 7].

Postoji veoma malo informacija u vezi efekta akutnog liječenja depresije nakon moždanog udara bilo u odnosu na simptomatsko poboljšanje ili druge definisane parametre ishoda, kao što je npr. kognitivno funkcionisanje, oporavak ponašanja ili samo preživljavanje [3].

Prevalenca od depresije nakon moždanog udara procjenjena je oko 30 do 50% pacijenata u nekoliko poprečnih presjeka studija, [8,9,10,11] dostižući maksimum razvoja tri do šest meseci nakon moždanog udara. Međutim, prevalenca varira u zavisnosti od opšte populacije proučavanih pacijenata.

Prisustvo simptoma depresije nakon moždanog udara značajno ometa bolesnikov oporavak. Tjelesni simptomi depresije, kao što su gubitak energije i gubitak apetita s čestim mršavljenjem, pogoršavaju opšte tjelesno stanje. Kognitivna disfunkcionalnost s teškoćama koncentracije popraćena najčešće usporenošću otežava bolesnikov saradnju.

Depresivno raspoloženje, depresivne misli bezvrijednosti i beznađa sve do suicidalnih razmišljanja predstavljaju direktan otpor mjerama rehabilitacije i neophodnim promjenama životnog stila [12]. Utvrđeno je da prisustvo depresije nakon moždanog udara ima negativan uticaj na: oporavak kognitivnih funkcija, oporavak sposobnosti za obavljanje životnih aktivnosti i potreba, te povećava rizik od smrtnosti.

“Kvalitet života se definiše kao percepcija pojedinaca o sopstvenom položaju u životu u kontekstu kulture i sistema vrijednosti u kojima žive, kao i prema svojim ciljevima, očekivanjima, standardima i interesovanjima. To je široki

koncept koga čine fizičko zdravlje pojedinaca, psihološki status, materijalna nezavisnost, socijalni odnosi i njihovi odnosi prema značajnim karakteristikama spoljašnje sredine.”[13].

Iako ljekari i drugi zdravstveni radnici mogu dati sveukupnu kliničku procjenu težine oboljenja bolesnika ili stepena pogoršanja, neprikladno je da ljekari procenjuju kvalitet života bolesnika. Informacija o kvalitetu života se može dobiti samo od strane bolesnika, jer samo bolesnici imaju direktan uvid u svoja osjećanja i misli [14].

Ispitivanje kvaliteta života i mogućnosti za njegovo unaprjeđenje su posebno važni i prioritetni ne samo u javno-zdravstvenim, već i u kliničkim disciplinama imajući u vidu povećanje očekivanog trajanja života [15].

U studiji koju su objavili Charles Wolfe i kolege iz King's College u Londonu, istraživači su analizirali kvalitet života i preživljavanje i do deset godina kod ljudi nakon njihovog prvog moždanog udara u unutrašnjem gradskom području Londona, Velika Britanija. Istraživanje je pokazalo da su iskustva preživjelih od moždanog udara na duži rok veoma loša, sa visokim nivoom invaliditeta neposredno nakon moždanog udara, ali i sa značajnim procentom umjerene do teške invalidnosti do deset godina poslije prvog moždanog udara.

Ovi rezultati su od značaja za planiranje dugoročne strategije za one kojima se desi iskustvo moždanog udara. Autori naglašavaju da njihova studija ne samo da daje procjene za stanovništvo na duži vremenski period, podaci koji se prvi put analiziraju, već ukazuje i na to da je dugoročno život nakon moždanog udara dosta težak [16].

Cilj

Cilj rada bio je utvrđivanje značaja depresije na kvalitet života nakon moždanog udara. Takođe, utvrditi na osnovu objektivnih, standardizovanih parametara, Mini Internacionalni

Neuropsihijatrijski Intervju (MINI), Hamiltonova ocjenska skala za depresiju (HAMD) i Short form (SF-36), da li su razlike depresivnog i nedeprativnog pacijenta nakon moždanog udara statistički značajne.

Metode rada

Ovim istraživanjem obuhvaćeno je 100 pacijenata oba pola, starosti od 18 do 86 godina života, hospitalizovanih na Klinici za psihijatriju i Klinici za neurologiju, Univerzitetsko Kliničkog centra u Banjoj Luci, zbog klinički dijagnostikovanog moždanog udara. Postojale su eksperimentalna i kontrolna grupa, svaka sa po 50 pacijenata. Anketiranje je sprovedeno u trajanju od godinu dana (istraživanje je započeto 15.11.2010. god.). Bitne karakteristike pacijenata i samog poremećaja evidentirane su na standardan način, upitnikom.

Da bi bili uključeni u ovo ispitivanje, pacijenti su morali da zadovoljavaju sljedeće kriterijume: da imaju klinički dijagnostikovan moždani udar ishemijske ili hemoragijske prirode, da zadovoljavaju kriterijume po *Dijagnostičko-statističkom priručniku američkog udruženja psihijata, IV revizija (DSM-IV) 1994.* za depresivne poremećaje, takođe je bilo neophodno posjedovanje nivoa razumjevanja dovoljnog da inteligentno saraduju sa ispitivačem.

U eksperimentalnu grupu (n=50) su bili uključeni pacijenti koji su zadovoljavali kriterijume za uključivanje u istraživanje, a kod kojih je dvije nedelje nakon moždanog udara postavljena dijagnoza depresije. U kontrolnu grupu (n=50) su bili uključeni pacijenti koji su zadovoljavali kriterijume za uključivanje u istraživanje, a kod kojih u akutnoj fazi moždanog udara nije postavljena dijagnoza depresije.

Procjenjivan je dosadašnji tok bolesti na osnovu autoanamnestički dobijenih podataka, kao i vrijeme proteklo od nastanka moždanog udara do prve manifestacije depresivnih poremećaja. Postojanje depresije procjenjivano je na

osnovu autoanamnestički dobijenih podataka, kliničkog posmatranja. Napravljena je podjela na postojanje depresije (minor i major) i na one koji to nemaju.

Najčešće vrijeme javljanja depresivnog poremećaja nakon nastanka moždanog udara registrovano je pomoću Hamiltonove ocjenske skale za depresiju, evidentirano u anketi, a prethodno podjeljeno po nedeljama u kategorije javljanja depresivnog poremećaja nakon dvije, dvije i po, tri do tri i po, te četiri do šest nedelja po nastanku moždanog udara.

Short form (SF-36) upitnik se koristio za procjenu kvaliteta života, omogućavajući da se otkrije uticaj različitih oboljenja na kvalitet života. Upitnik sadrži 36 pitanja, grupisanih u 8 aspekata kvaliteta života, kojim se dobijaju dva sumarna skora: sumarni fizički skor i sumarni mentalni skor.

Nakon unosa, obrada podataka je obuhvatala metode deskriptivne i inferencijalne statistike. Za numeričke varijable određivane su mjere centralne tendencije: aritmetička sredina, medijana i mod, mjere disperzije (standardna devijacija), kao i minimalna i maksimalna vrijednost.

Kao nezavisna varijabla korišćen je podatak o postojanju moždanog udara, a za zavisnu varijablu korišćen je podatak o pojavi depresije, vrijednosti na skalama (ocjenske ljestvice - MINI, HAMD, SF-36). Za atributivna obilježja su prikazane frekvencije i procenti, a testiranje povezanosti između ovakvih obilježja, kao i poređenje ovih podataka za obe grupe pacijenata je vršeno korišćenjem hi-kvadrat testa nezavisnosti, odnosno homogenosti. Za ispitivanje signifikantnosti razlika korišten je neparametrijski Fisher's Exact Test i Mann-Whitney U test sume rangova. Takođe, korišten je Wilcoxonov test **ranga**.

Rezultati

Posmatrali smo vrijeme proteklo od početka aktuelne bolesti do nastanka

depresivnog poremećaja. Rezultati su pokazali da se depresivni poremećaj najčešće javljao kod pacijenata muškog pola (26%) u vremenskom periodu od 3-3,5 nedelje nakon moždanog udara, za

razliku od osoba ženskog pola kod kojih se u tom vremenskom periodu depresivni poremećaj javio kod 6% ispitanica (Tabela 1).

Tabela 1. Nastanak depresivnog poremećaja u određenom vremenskom periodu nakon moždanog udara

Vremenski period	Depresivni poremećaj			
	Muški pol	%	Ženski pol	%
2 nedelje	4	8	2	4
2.5 nedelje	8	16	9	18
3 – 3.5 nedelje	13	26	3	6
4 ≥ 6 nedelje	7	14	4	8

Najčešće javljanje depresivnog poremećaja kod osoba ženskog pola (18%) bilo je u vremenskom periodu od 2,5 nedelje, dok se u istom periodu kod osoba muškog pola depresivni poremećaj javio kod 16% ispitanika. Ipak među grupama nije pokazana statistička značajnost postojane razlike.

Za dijagnozu depresivnog poremećaja koristili smo Mini Internacionalni Neuropsihijatrijski Inervju, a za procjenu težine depresije upotrebljavali smo

Hamiltonovu skalu za procjenu depresivnosti (HAMD), verziju sa 17 ajtema.

Eksperimentalnu grupu ispitanika sačinjavalo je 50 pacijenata sa skorom 8 ili više.

U kontrolnoj grupi od 50 ispitanika HAMD skor je iznosio od 0-7. Minor depresiju (skor HAMD 8-15) imalo je 50% (25 pacijenata), kao i major depresiju (skor HAMD ≥ 16) je imalo 50% (25 pacijenata) (Tabela 2).

Tabela 2. Vrste depresije u eksperimentalnoj grupi

Obilježje	Kategorija	N	%
Minor	DA	25	50
	NE	25	50
Major	DA	25	50
	NE	25	50

Utvrđena je statistički značajna razlika učestalosti rane (inicijalne) insomnije kod kontrolne grupe pacijenata ($p < 0.05$). Prisutno je poboljšanje iste u posmatranom periodu. Takođe se može uočiti povlačenje osjećaja deprimiranosti, ali ova razlika nije statistički značajna (12%:2%, $p = 0.112$) (Tabela 3).

Tabela 3. Učestalost javljanja pojedinih simptoma kod pacijenata u kontrolnoj grupi mjenjenih HAMD-om

HAMD	Nakon 2 nedelje		Nakon 6 nedelja		P
	N	%	N	%	
Deprimiranost	6	12	1	2	0.112
Osjećanje krivice	0	0	0	0	/
Suicid	0	0	0	0	/
Rana insomnija	33	66	22	44	0.044
Insomnija tokom noći	11	22	13	26	0.815
Kasna insomnija	3	6	4	8	1.000
Rad i aktivnost	30	60	27	54	0.686
Retardacija	3	6	3	6	1.000
Agitacija	0	0	0	0	/
Psihička anksioznost	9	18	5	10	0.388
Somatska anksioznost	7	14	5	10	0.760
Somatski – GIT simptomi	4	8	1	2	0.362
Opšti somatski simptomi	16	32	12	24	0.504
Genitalni simptomi	28	56	30	60	0.840
Hipohondrija	3	6	2	4	1.000
Gubitak tjelesne težine A	0	0	0	0	/
Gubitak tjelesne težine B	0	0	0	0	/
Sposobnost uvidanja	43	86	43	86	1.000

Ispitivana razlika je statistički značajna (Wilcoxon, $p=0.003$). Prisutno je poboljšanje depresivne simptomatologije

kod eksperimentalne grupe pacijenata u posmatranom periodu (Tabele 4 i 5).

Tabela 4. HAMD skor pacijenata eksperimentalne grupe

HAMD skor	Prosječna vrijednost	SD	Medijana	Mod	Min	Max
Nakon 2 nedelje	18.78	7.641	16.5	16	8	36
Nakon 6 nedelja	17.9	7.031	16	13	8	35

Tabela 5. Signifikantnost razlike vrijednosti HAMD skora kod eksperimentalne grupe pacijenata nakon dvije i šest nedjelja

a)

Rangovi

Eksperimentalna grupa	N	Prosječan rang	Suma rangova
HAMD 6 nedelja – HAMD 2 nedelje	Negativni rangovi	22 ^a	395.50
	Pozitivni rangovi	9 ^b	100.50
	Jednaki rangovi	19 ^c	
	Ukupno	50	

a. HAMD 6 nedelja < HAMD 2 nedelje

b. HAMD 6 nedelja > HAMD 2 nedelje

c. HAMD 6 nedelja = HAMD 2 nedelje

b)

Statistika testa^b

Eksperimentalna grupa	HAMD 6 nedelja – HAMD 2 nedelje
Z vrijednost	-2.937 ^a
Signifikantnost <i>P</i>	.003

a. Bazirano na pozitivnim rangovima.

b. Wilcoxonov test ranga sa znakom

Ispitivana razlika nije statistički značajna (Wilcoxon, $p=0.232$). Nije prisutna simptomatologije kod kontrolne grupe (Tabele 6 i 7). Nije prisutna izmjena depresivne pacijenata u posmatranom periodu (Tabele 6 i 7).

Tabela 6. HAMD skor pacijenata kontrolne grupe

HAMD skor	Prosječna vrijednost	SD	Medijana	Mod	Min	Max
Nakon 2 nedelje	4.78	1.657	5	4	1	9
Nakon 6 nedelja	4.56	1.809	4	3	2	8

Tabela 7. Signifikantnost razlike vrijednosti HAMD skora kod pacijenata kontrolne grupe nakon dvije i šest nedjelja

a)

Rangovi

Kontrolna grupa	N	Prosječan rang	Suma rangova
HAMD 6 nedelja – HAMD 2 nedelje	Negativni rangovi	22 ^a	365.50
	Pozitivni rangovi	12 ^b	229.50
	Jednaki rangovi	16 ^c	
	Ukupno	50	

a. HAMD 6 nedelja < HAMD 2 nedelje

b. HAMD 6 nedelja > HAMD 2 nedelje

c. HAMD 6 nedelja = HAMD 2 nedelje

b)

Statistika testa^b

Kontrolna grupa	HAMD 6 nedelja – HAMD 2 nedelje
Z vrijednost	-1.195 ^a
Signifikantnost <i>P</i>	.232

a. Bazirano na pozitivnim rangovima.

b. Wilcoxonov test ranga sa znakom

Tokom posmatranog perioda u vrijednosti za domen SF-36 upitnika i eksperimentalnoj i kontrolnoj grupi za sve prikazane su u tabeli 8. ispitanike prosječno su normirane

Tabela 8. Deskriptivna statistika za domen SF-36 upitnik tokom posmatranog perioda u eksperimentalnoj i kontrolnoj grupi

SF-36 nakon 6 nedelja	Prosječna vrijednost	N	SD	Medijana	Mod	Min	Max
Eksperimentalna grupa	102.28	50	8.246	102.5	106	89	117
Kontrolna grupa	103.44	50	9.719	101.5	95	83	121
Ukupno	102.86	100	8.986	102	95	83	121

Nije prisutna statistički značajna razlika u težini poremećaja kvaliteta života kod pacijenata sa i bez depresivnog poremećaja (Mann-Whitney U, $p=0.526$) (Tabela 9).

Tabela 9. Signifikantnost razlike vrijednosti SF-36 skora kod eksperimentalne i kontrolne grupe pacijenata

Statistika testa^a

	SF36
Mann-Whitney U	1.158E3
Wilcoxon W	2.433E3
Z vrijednost	-.635
Signifikantnost P	.526

a. Upoređivane veličine: SF-36 skor Eksperimentalne i Kontrolne grupe

Najniže prosječne vrijednosti pojedinačnih skorova domena u kontrolnoj grupi dobijene su za domen uloga tjelesnog bola, a zatim za domen socijalnih odnosa. U eksperimentalnoj grupi bolesnika najniže

prosječne vrijednosti su ostvarene za domen socijalnog funkcionisanja, potom tjelesnog bola, a zatim za domen emocionalnog funkcionisanja (Tabela 10).

Tabela 10. Poređenje prosječnih skorova domena SF-36 upitnika kontrolne i eksperimentalne grupe u odnosu na prosječnu populaciju

Obilježje	Eksperimentalna grupa	Kontrolna grupa
	Prosječna vrijednost	Prosječna vrijednost
Opšte zdravlje	21.78	21.08
Fizičko funkcionisanje	19.36	18.56
Uloga fizičkog funkcionisanja	11.88	13.18
Tjelesni bol	6.08	4.96
Emocionalna uloga	8.82	9.86
Mentalno zdravlje	17.72	19.78
Vitalnost	10.56	10.54
Socijalni odnosi	6.1	6.0
Sumarni fizički skor	59.1	57.78
Sumarni mentalni skor	43.2	46.18

Diskusija

U uvodu ovog rada je već napomenuto da je depresija najčešći afektivni poremećaj koji se javlja kao posljedica moždanog udara. Epidemiološke studije identifikovanja i praćenja post-moždane depresije nemaju samo akademski značaj, nego doprinose rasvjetljavanju nozološke pozicije depresivnog poremećaja nakon moždanog udara.

Napori ovog istraživanja su takođe usmjereni u tom pravcu i oni razmatraju nastanak depresije nakon cerebrovaskularne bolesti naročito zbog heterogenih rezultata u skoro svim aspektima istraživanja, ukazujući nam na potrebu pronalaženju najadekvatnijih smjernica u rasvjetljavanju ovih bitnih elemenata.

Prosječna vrijednost skora depresivnosti (skora HAMD) u eksperimentalnoj grupi nakon dvije nedelje je iznosila 18,78, a nakon šest nedelja 17,9, što ukazuje da je ispitivana razlika statistički značajna, uz prisutno poboljšanje depresivne simptomatologije kod pacijenata u posmatranom periodu.

U pojedinim istraživanjima je registrovano da se pojedini simptomi karakteristični za depresivne poremećaje javljaju u skladu sa kognitivnim oštećenjem, kao što su psihička i motorna usporenost, teškoće u koncentraciji. U našem ispitivanju ispitivane razlike nisu statistički značajne ($p > 0.05$). Neophodno je naglasiti da jedan od razloga može i biti sličnost javljanja tjelesnih simptoma koje inače srećemo kod starijih tjelesnih pacijenata i simptoma koji karakterišu depresivni poremećaj.

Nema veliki broj studijskih istraživanja depresivnih poremećaja nakon moždanog udara, koje su se bavile ispitivanjem specifičnosti javljanja pojedinih depresivnih simptoma [17]. Aben i saradnici u studijskom ispitivanju (2001) kod depresije nakon moždanog udara nisu registrovali postojanje jedinstvenih simptoma [18].

Robinson i saradnici u studijskom ispitivanju (2006) pri kompariranju pacijenata hospitalizovanih zbog primarne depresije i zbog moždanog udara su istakli porast skora za pojedine depresivne simptome kod pacijenata sa primarnom depresijom [19].

Istraživanjem učestalosti javljanja pojedinih simptoma kod pacijenata u eksperimentalnoj grupi mjerenih HAMD-om u našem ispitivanju nisu bile statistički značajne u odnosu sa kontrolnom grupom, dvije i šest nedelja nakon nastanka moždanog udara ($p > 0.05$). Ispitivanje prisustva suicidalnih misli između eksperimentalne i kontrolne grupe pacijenata nije utvrđena statistički značajna razlika ($p > 0.05$).

U našem istraživanju dijagnozu depresivnog poremećaja postavljali smo pomoću Mini Internacionalnog Neuropsihijatrijskog Inervjua (MINI), a za procjenu težine depresije upotrebljavali smo Hamiltonovu skalu za procjenu depresivnosti (HAMD), verziju sa 17 ajtema. U našem istraživanju u eksperimentalnoj grupi major depresiju je imalo 50% ispitanika kao i minor depresiju. Ovaj rezultat govori u prilog podjednake zastupljenosti depresivnih poremećaja što se može povezati sa kriterijumima uključivanja u studijsko istraživanje.

Wilcoxonovim testom ispitivana razlika prosječne vrijednosti HAMD skora dvije, kao i šest nedelja nakon moždanog udara je statistički značajna ($p = 0.003$). Prisutno je poboljšanje depresivne simptomatologije kod eksperimentalne grupe pacijenata u posmatranom periodu.

Analizom pojedinačnih pitanja HAMD upitnika, dvije nedelje nakon moždanog udara, uočili smo statistički značajnu razliku učestalosti rane (inicijalne) insomnije kod kontrolne grupe pacijenata ($p < 0.05$). Prisutno je poboljšanje iste u posmatranom periodu. Također se može uočiti povlačenje osjećaja deprimiranosti,

ali ova razlika nije statistički značajna (12%:2%, $p=0.112$).

Ispitivanjem prosječne vrijednosti HAMD skor pacijenata eksperimentalne grupe uočena je statistički značajna razlika (Wilcoxon, $p=0.003$). Prisutno je poboljšanje depresivne simptomatologije kod eksperimentalne grupe pacijenata u posmatranom periodu. Wilcoxonovim testom ispitivana je signifikantnost razlike vrijednosti HAMD skora kod pacijenata kontrolne grupe nakon dvije i šest nedjelja, te smo zaključili da ispitivana razlika nije statistički značajna ($p=0.232$). Nije prisutna signifikantna izmjena depresivne simptomatologije kod kontrolne grupe pacijenata u posmatranom periodu.

U našem istraživanju u eksperimentalnoj grupi ispitanika, upoređivanjem simptoma depresije nakon dvije i šest nedelja od nastanka moždanog udara, registrovali smo da je deprimiranost bila jednako česta u oba termina ispitivanja. Šest nedelja poslije nastanka moždanog udara u manjem procentu su registrovani gubitak tjelesne težine i suicid. Ostali depresivni simptomi su bili u neznatnom padu, osim neznatnog porasta insomnije tokom noći i opštih somatskih simptoma, što se može povezati sa većim kognitivnim disfunkcijama i lošim tokom depresivnog poremećaja.

Veoma mali broj studija do danas se bavio ispitivanjem kvaliteta života depresivnih pacijenata nakon moždanog udara. Depresivni poremećaji svakako utiču na kvalitet života. Uobičajeni način života je bitno promjenjen samom prirodom, težinom i dužinom trajanja bolesti, kao i potrebom uzimanja terapije u dužem vremenskom periodu. Uvođenjem novih medikamenata u kliničku praksu, koji su efikasni u redukciji depresivne simptomatologije, imaju malo sporednih efekata, postiže se bolja komplijansa sa pacijentima, samim tim i bolje remisije. Rezultati mjereni skalom kvaliteta života jesu pokazatelji postignutog nivoa remisije, resocijalizacije i reinsertacije.

Pohjasvaara i sar. u studiji (2001) su našli da kod pacijenata kod kojih je zabilježen

teži neurološki deficit postoje i otežane aktivnosti svakodnevnog života, te iziskuju veću zavisnost od drugih [20]. U studiji koju su sprovedi Narushima i Robinson (2002) ispitujući longitudinalne promjene kvaliteta života depresivnih pacijenata nakon moždanog udara, dobili su rezultate koji ukazuju da depresija otežava kognitivni oporavak, fizički oporavak, kvalitet života, te da je više udružena sa smrtnošću pacijenata sa inzultom [21].

U studiji Bebla i saradnika iz 1999. godine komparirana je udruženost depresija sa lezijama kaudatnog nukleusa, posteriornog putamena, i supkortikalne frontalne bijele mase i došlo se do zaključka da intenzitet depresije nije u korelaciji sa intenzitetom neurološkog deficita ili nesposobnosti u obavljanju aktivnosti svakodnevnog života-postakutna faza [22].

Studijsko istraživanje Aströma i saradnika iz 1993. godine u kojem ispituju učestalost javljanja major depresije nakon akutnog stadijuma inzulta registruju se sljedeći zaključci: major depresija nakon akutnog stadijuma inzulta javlja se kod 25% ispitanika, nakon tri mjeseca kod 31%, poslije dvanaest mjeseci kod 16%, nakon dvije godine kod 19%, i kod 29% ispitanika nakon tri godine. Zapazili su udruženost sa lijevom prednjom lezijom kao i sa afazijom i kod samaca, te nakon 3 mjeseca smanjenim aktivnostima dnevnog života [23].

Kvalitet života u našem istraživanju ispitivan je pomoću SF-36 upitnika, nakon šest nedelja od nastanka moždanog udara. Rezultate smo analizirali kroz osam različitih domena kvaliteta života, kao i sa aspekta sumarnog fizičkog i sumarnog mentalnog skora.

Tokom posmatranog perioda u eksperimentalnoj i kontrolnoj grupi za sve ispitanike prosječno su normirane vrijednosti za domen SF-36 upitnika, i dobijene vrijednosti ukazuju da je kvalitet života nakon moždanog udara značajno umanjen u odnosu na kvalitet života prosječne populacije (50%). Koristeći

Mann-Whitney U test došli smo do zaključka da nije prisutna statistički značajna razlika u težini poremećaja kvaliteta života kod pacijenata sa i bez depresivnog poremećaja ($p=0.526$).

Najniže prosječne vrijednosti pojedinačnih skorova domena u kontrolnoj grupi dobijene su za domen uloga tjelesnog bola, a zatim za domen socijalnih odnosa. U eksperimentalnoj grupi bolesnika najniže prosječne vrijednosti su ostvarene za domen socijalnog funkcionisanja, potom tjelesnog bola a zatim za domen emocionalnog funkcionisanja

Ovaj podatak nas nije iznenadio imajući u vidu postojeću vezu između tjelesne boli i depresivnih poremećaja. Kada je u pitanju interpretacija bolnih stanja ne treba zanemariti socio-kulturološke razlike u doživljavanju bola. Socijalni odnosi takođe, spadaju u veoma važan domen kada je u pitanju procjena kvaliteta života i u uzročno-posljedičnoj su zavisnosti sa depresivnim poremećajima, kao i kognitivnim oštećenjima.

Zaključak

Nastanak depresivnog poremećaja nakon moždanog udara predstavlja veoma bitnu komplikaciju moždanog udara, čiji uticaj na tok i ishod moždanog udara često ostaje nedovoljno prepoznat, a samim tim mu se ne poklanja adekvatna pažnja i ne planira se odgovarajuća terapija antidepressivima,

što doprinosi težem toku oporavka pacijenta.

Utvrđeno je poboljšanje depresivne simptomatologije kod depresivnih pacijenata nakon moždanog udara u posmatranom periodu u odnosu na pacijente bez depresije, uz statističku signifikantnost ($p=0.003$).

Utvrđena je statistički značajna razlika učestalosti rane (inicijalne) insomnije kod kontrolne grupe pacijenata ($p<0.05$). Prisutno je poboljšanje iste u posmatranom periodu. Također se može uočiti povlačenje osjećaja deprimiranosti, ali ova razlika nije statistički značajna ($12\%:2\%$, $p=0.112$)

Nije uočena statistički značajna razlika u težini poremećaja kvaliteta života kod pacijenata sa i bez depresivnog poremećaja (Mann-Whitney U test, $p=0.526$).

Dijagnostikovanje depresije nakon moždanog udara je otežano i komplikovano kako zbog same neizvjesne prirode depresije tako i prisustva drugih kognitivnih oštećenja, ostajući i dalje nedovoljno priznata i tretirana kako kod kliničara tako i kod istraživača tretmana moždanog udara. Važno je da neurolozi prepoznaju depresiju kao izraz oboljenja mozga, a ne kao puki reaktivni proces negativne situacije.

Literatura

1. Gordon WA, Hibbard MR. Poststroke depression: an examination of the literature Arch Phys Med Rehabil 1997; 78:658-63.
2. Micić D, Paunović V. Acta clinica o depresijama. Beograd: Klinički centar Srbije 2005; 5(Suppl 3): 7-8.
3. Robinson RG. The Clinical Neuropsychiatry of Stroke. New York: Cambridge University Press; 1998.
4. Downhill JE Jr, Robinson RG. Longitudinal assessment of depression and cognitive impairment following stroke. J Nerv Ment Dis 1994; 182: 425-431.
5. Henon H, Pasquier F, Durleu I, Godefroy O, Lucas C, Lebert F, Leys D. Preexisting dementia in stroke patients: baseline frequency, associated factors and outcome. Stroke 1997; 28: 2429-2436.
6. Morris PL, Robinson RG, Raphael B. Emotional lability after stroke. Aust NZ J Psychiatry 1993; 27: 601-605.
7. Kotila M, Numminen H, Waltimo O, Kaste M. Poststroke depression and functional recovery in a population-based stroke register: the Finnstroke Study. Eur J Neurol 1999; 6: 309-312.
8. Robinson RG. Poststroke depression: Prevalence, diagnosis, treatment and disease progression. Biol Psychiatry 2003; 54: 376-387.
9. Eastwood MR, Rifat SL, Noobbs H, Ruderman J. Mood disorder following cerebrovascular accident. Br J Psychiatry 1989; 154: 195-200.
10. Fedoroff JP, Starkstein SE, Parikh RM, et al. Are depressive symptoms non-specific in patients with acute stroke? Am J Psychiatry 1991; 148: 1172-1176.
11. Burvill PW, Johnson GA, Jamrozik KD, et al. Prevalence of depression after stroke: The Perth Community Stroke Study. Br J psychiatry 1995; 166: 320-327.
12. Lieberman D, Friger M, Fried V, Grinshpun Y, Mytlis N, Tylis R, et al. Characterization of elderly patients in rehabilitation: Stroke versus hip fracture. Disabil Rehabil 1999; 21(12): 542-7.
13. WHOQOL group. Development of the World Health Organization WHOQOL- BREF quality of the life assessment. Psychol Med 1998; 28: 551-8.
14. Spilker B. Quality of life trials. In: Spilker B, editor. Guide to clinical trials. New York: Raven Press; 1991. p. 370-8.

15. Nakajima H. Bringing Health to Life. *Promotion* 8. Education 1995; 2(4): 7-8.
16. Wolfe C, et al. Prognoza nakon moždanog udara. Available at: <http://www.lekarinfo.com/vesti/prognoza-nakon-mozdanog-udara>. Accessed November 4, 2011
17. Lipsey JR, Spencer WC, Rabins PV, et al. Phenomenological comparison of poststroke depression and functional depression. *Am J Psychiat* 1986; 143: 527-9.
18. Aben I, Verhey F, Honig A, Lousberg R, Lodder J, Maes M. Research into the specificity of depression after stroke: a review on an unresolved issue. *Prog Neuro Psychopharmacol & Biol Psychiat* 2001; 25: 671-89.
19. Robinson RG. *The Clinical Neuropsychiatry of Stroke*. 2nd ed. New York: Cambridge University Press; 2006.
20. Pohjasvaara T, Vataja R, Leppävuori A, Kaste M, Erkinjuntti T. Suicidal ideas in stroke patients 3 and 15 months after stroke. *Cerebrovasc Dis* 2001; 12(1): 21-6
21. Narushima K, Robinson RG. Stroke-related depression. *Curr Atheroscler Rep* 2002; 4(4): 296-303.
22. Beblo T, Wallech CW, Herrmann M. The crucial role of frontostriatal circuits for depressive disorders in the postacute stage after stroke. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol* 1999; 12(4): 236-46
23. Aström M, Adolfsson R, Asplund K. Major depression in stroke patients. A 3-year longitudinal study. *Stroke* 1993; 24(7): 976-82.

THE QUALITY OF LIFE OF THE PATIENTS WITH DEPRESSION AFTER STROKE

Vukadinović Sanja¹
Stojaković Milan^{1 2}
Stojanović Zlatan²

1. Psychiatric Clinic, University Clinical Center in Banja Luka
2. Banja Luka, School of Medicine, (RS) , BiH,

SUMMARY

Depression is the most common affective disorder that occurs as a result of stroke. Depression is also associated with substantially difficult restore function and quality of life. The aim of the study was to establish the importance of depression on quality of life after stroke and to establish statistical significance of differences depressed and not depressed patients after stroke. The study included 50 patients in the control group and 50 patients in the experimental group, both genders, aged 18 to 86 years, hospitalized at the Clinic for Psychiatry and Clinic of Neurology, University Clinical Center in Banja Luka, due the clinically diagnosed stroke. The existence of depression was assessed on the basis autoanamnesic the obtained data, clinical observations. For the diagnosis of depressive disorder we have used the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), and to assess the severity of depression we used Hamilton's scale for assessing depression (HAMD), the version with 17 items. Short form (SF-36 version 2.0) questionnaire was used to assess the quality of life, allowing to detect the impact of different diseases on the quality of life. Minor depression (HAMD score 8-15) had 50% (25 patients) and major depression (HAMD score ≥ 16) had also in 50% (25 patients). The obtained values indicate that the quality of life after stroke is reduced significantly compared to the quality of life of the average population (50.0). There were no statistically significant difference in weight disorders quality of life in patients with and without depressive disorder (Mann-Whitney U, $p = 0.526$).

Keywords: Depression after stroke, quality of life

Adresa za korespondenciju:
Mr.dr.sc med. Sanja Vukadinović
Stepe Stepanovića 175, 78000 Banja Luka, Bosna i Hercegovina.
mob: +38765545041, sanjavuk@teol.net