

DEPRESIVNOST PRI BOLNIKIHI PO DOŽIVETEM MIOKARDNEM INFARKTU

DEPRESSION IN POST-MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS

Maša Serec¹

Prispelo: 12. 3. 2008 – Sprejeto: 2. 6. 2008

Pregledni članek
UDK 616.89:616.1

Izvleček

Ishemična bolezen srca, ena od oblik je tudi miokardni infarkt, je v Sloveniji velik javnozdravstveni problem in je med prebivalci najpogostejši vzrok obolevnosti in umrljivosti. Poleg bioloških dejavnikov tveganja, kot so motnje v presnovi maščob, povišan krvni tlak in kajenje, so v zadnjih desetletjih avtorji v tujini odkrili tudi psihosocialne dejavnike tveganja z depresijo na čelu. Cilj pričujoče študije je ugotoviti, ali obstajajo med skupino bolnikov po infarktu in kontrolno skupino razlike v stopnji depresivnosti. Vzorca 52 bolnikov in 52 po starosti in spolu primerljivih kontrolnih posameznikov smo primerjali na podlagi dosežkov na samoocenjevalni lestvici depresivnosti CES-D. Rezultati so pokazali, da je stopnja depresivne simptomatike v skupini bolnikov po infarktu statistično pomembno višja v primerjavi s kontrolno skupino. V skupini teh bolnikov je bila skoraj polovica bolnikov obremenjena z depresivnimi simptomi, v kontrolni skupini pa le desetina udeležencev. Največ bolnikov s povišano stopnjo depresivne simptomatike je bilo v obdobju pet let ali manj od infarkta. V luči tujih raziskav, v katerih so ugotovili, da je depresija najpomembnejši napovedni dejavnik smrtnosti bolnikov 6 mesecev po doživetem srčnem infarktu, so rezultati naše študije pomemben kazalec potrebe po odkrivanju in zdravljenju depresije med slovenskimi bolniki po miokardnem infarktu.

Ključne besede: ishemična bolezen srca, miokardni infarkt, psihosocialni dejavniki tveganja, depresivnost

Review article
UDC 616.89:616.1

Abstract

Ischemic heart disease, with myocardial infarction as one of its forms, is a major public health issue and the leading cause of morbidity and mortality in Slovenia. In addition to biological risk factors, such as lipid metabolism abnormalities, hypertension and cigarette smoking, research conducted in the last few decades has stressed the role of some psychosocial risk factors for ischemic heart disease, depression being the most important one among them. The aim of the study is to establish differences in the rate of depressive symptoms between the group of postinfarction patients and the corresponding control group. We analyzed self-reported scores of 52 postinfarction patients and 52 corresponding controls on the depression scale CES-D. The results indicate a significantly higher rate of depression symptoms among postinfarction patients. While nearly one half of postinfarction patients suffered from depression symptoms, the depression prevalence in the control group was only ten percent. The vast majority of patients exhibiting major depressive symptoms belonged to the group of individuals who had sustained myocardial infarction five or less than five years previously. In the light of other studies, which implicate that depression is an important independent predictor of mortality within six months of myocardial infarction, the results of the present study stress the need for early identification and treatment of depression among Slovene postinfarction patients.

Key words: ischemic heart disease, myocardial infarction, psychosocial risk factors, depression

1 Uvod

Ishemična bolezen srca je vodilni vzrok umrljivosti v Sloveniji. Leta 2002 je povzročila 15 % vseh smrti (1). Framinghamska študija in druge sodobnejše študije kot najpomembnejše dejavnike tveganja za ishemično bolezen srca navajajo motnje v presnovi maščob, povišan krvni tlak v arterijah in kajenje (2). Z ukrepi za zmanjšanje tveganega vedenja na teh treh področjih (z bolj zdravim prehranjevanjem, uravnavanjem krvnega tlaka in s prenehanjem kajenja) raziskovalci niso prišli do zadovoljivega znižanja tveganja za koronarno bolezen (3). Tako se zdi, da imajo pomembno vlogo pri njenem razvoju tudi drugi biološki in psihosocialni dejavniki tveganja (4).

Med slednjimi raziskovalci največ pozornosti posvečajo depresiji. Po epidemioloških študijah se pogostost vsaj blage depresije med hospitaliziranimi koronarnimi bolniki ocenjuje na 30 % (5), med bolniki po infarktu je depresiven vsak peti (6). Tako visoka prevalenca še posebej zaskrbljuje, če upoštevamo, da imajo bolniki s težjo obliko depresije kar petkrat večjo verjetnost, da umrejo v 6 mesecih po miokardnem infarktu (6). Tudi blažje oblike depresije, ki ne zadostujejo merilom klinične diagnoze, prispevajo k večjemu tveganju smrtnega izida 18 mesecev po doživetem srčnem infarktu. Zgodnje odkrivanje depresije in takojšen pričetek njenega zdravljenja pri teh bolnikih sta torej bistvenega pomena za zmanjševanje tveganja umrljivosti in ponovnih srčnih zapletov.

Strokovnjaki si o vzročnem odnosu depresije in srčnih bolezni še vedno niso edini. Avtorji ugotavljajo, da so depresivni ljudje v primerjavi z nedepresivnimi zaradi kvarnih vplivov depresije na funkcije srca v življenju veliko bolj podvrženi obolevnosti ali celo umrljivosti za ishemično boleznijo srca (7). Po drugi strani je lahko večja izraženost depresivnih simptomov zgolj posledica doživetega srčnega infarkta. Bolniki so ob spoznanju, da so doživeli infarkt, prizadeti, saj se bojijo, da jim bo njihovo stanje preprečilo socialno in delovno udejstvovanje, poleg tega so povečini tudi izrazito črnogledi glede prihodnosti (8). Postavljeni so pred nove življenjske zahteve, ki terjajo obsežne prilagoditve – od spremembe prehranjevalnih navad, uvajanja telesne dejavnosti v svoje življenje, pa tudi do zmanjševanja stresa v svojem okolju. Depresija je torej zelo verjeten odziv na takšne spremembe in omejitve. Poleg tega lahko depresijo sprožijo tudi postopki zdravljenja koronarne bolezni z nekaterimi zdravili in večje operacije srca, ki lahko povzročijo funkcionalne poškodbe v možganih (9). Tretja možnost

je, da obstaja nek tretji dejavnik, ki botruje sopojujnosti ishemične bolezni srca in depresije (npr. čezmerno pitje alkohola) (4). Raziskovanje vzročnih povezav vpliva na načrtovanje preventivne dejavnosti. Še prej pa je potrebno ugotoviti, ali depresivnost bremeni tudi slovenske srčne bolnike.

Da bi opozorili na soudeleženo psihosocialnih dejavnikov pri ishemični bolezni srca in prispevali k učinkovitejšemu ukrepanju zoper smrtnost postinfarktne bolnikov, smo v naši raziskavi iskali razlike v stopnji depresivne simptomatike med bolniki po infarktu in posamezniki brez koronarne bolezni. Na podlagi omenjene tuje literature smo predvidevali, da je med temi bolniki stopnja depresivne simptomatike bistveno višja kot med posamezniki iz kontrolne skupine.

2 Metode

2.1 Udeleženci

V raziskavi je sodelovalo 52 bolnikov po infarktu (od tega 46 moških in 6 žensk) s povprečno starostjo 59,69 let ($SD=8,57$). Glede na spol vzorec ustrezno predstavlja populacijo bolnikov po infarktu, saj ženske pred menopavzo (zaradi varovalnega učinka estrogenov) redkeje obolevajo za ishemično boleznijo srca kot moški, za nameček pa je umrljivost žensk zaradi miokardnega infarkta večja kot pri moških (10). V povprečju je od zadnjega srčnega infarkta pri bolnikih minilo 5,33 let ($SD=4,79$). Kontrolno skupino je sestavljalo 52 posameznikov (46 moških in 6 žensk), ki niso imeli srčne bolezni in so bili brez tveganja za koronarno bolezen ali pa je bilo to tveganje zelo majhno. Njihova povprečna starost je bila 59,71 let ($SD=8,58$).

Tveganje za koronarno bolezen pri kontrolni skupini smo ocenjevali na podlagi kratkega vprašalnika o najpomembnejših dejavnikih tveganja. Posamezniki, za katere se je izkazalo, da imajo povišano tveganje za razvoj koronarne bolezni, v raziskavo niso bili vključeni (takšni so bili le štirje). Pri njih namreč obstaja večja verjetnost, da so oboleli za ishemično boleznijo srca in tega ne vedo (bolezen napreduje počasi, lahko tudi desetletja, preden bolniki občutijo simptome), ali da so že doživeli miokardni infarkt, ki pa je bil nem, torej ga niso zaznali.

Bolnike smo izbrali v Društvu koronarnih bolnikov Gornja Radgona, od koder se jih je odzvalo 14 (približno četrtina), ostale bolnike (38) smo v vzorec vključili preko poznanstev. Statistična analiza je

pokazala, da med bolniki, včlanjenimi v društvo, in bolniki, ki smo jih v raziskavo vključili preko poznanstev, ni pomembnih razlik glede starosti, spola, izobrazbe in časa, ki je pretekel od infarkta. Preko poznanstev smo nato izbirali tudi po starosti in spolu primerljivo kontrolno skupino. Zavedamo se, da tak način vzorčenja ni najbolj ustrezen in da je vzorec nagnjen k pristranosti.

Udeležencem smo po pošti ali osebno dostavili anonimni vprašalnik s priloženo pisemsko kuverto in znamko ter jih prosili, da rešene vrnejo po pošti. V skladu z etičnimi načeli smo udeležence ustrezno seznanili z namenom in potekom raziskave. K vprašalniku je bilo priloženo spremno pismo z jasno opredeljenimi cilji raziskave in zagotovilom glede anonimnosti podatkov. Kot obveščeni pristanek na sodelovanje v raziskavi je štel vrnjen izpolnjen vprašalnik.

2.2 Pripomočki

Lestvica depresivnosti CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) je kratka, samoocenjevalna lestvica, namenjena ocenjevanju trenutne stopnje depresivne simptomatike v splošni populaciji (11). Izpeljana je bila iz seznama validiranih lestvic depresivnosti, in sicer Beckove lestvice depresivnosti (12), Zungove lestvice depresije (13), Minnesotskega multifazičnega vprašalnika osebnosti (14), Raskinove lestvice (15) in Gardnerjeve čekliste simptomov (16). Glavne razsežnosti depresivne simptomatike, ki jih lestvica vključuje, so bile identificirane na osnovi klinične literature in faktorske analize. Eden od primarnih namenov uporabe CES-D je ocenjevanje prevalece depresije v velikih epidemioloških vzorcih. Uporabljajo pa jo tudi kot presejalni test za depresivne bolezni v medicinskem okolju.

Sestavljena je iz 20 postavk, ki merijo poglobljene komponente depresivne simptomatike, kot so depresivno razpoloženje, občutki krivde in brezvrednosti, občutki nemoči in brezupa, psihomotorična upočasnjenost, izguba teka in motnje spanja. Posameznik s pomočjo štiristopenjske ocenjevalne lestvice določi, kako pogosto so se posamezni simptomi pri njem pojavljali v preteklem tednu. Rezultat je seštevek posameznih ocen in se lahko giblje med 0 in 60 točkami. Če posameznik doseže 16 točk ali več, lahko zaključimo, da se je pri njem pomembno pogosto pojavljala depresivna simptomatika (11).

Vprašalnik tveganja za razvoj koronarne bolezni (17) vsebuje vprašanja o družinski preteklosti srčnih bolezni, krvnem tlaku, holesterolu, kajenju, indeksu telesne mase, sladkorni bolezni in telesni vadbi. Vsako vprašanje se vrednoti s točkami po različnih merilih. Seštevek točk pokaže stopnjo ogroženosti za razvoj koronarne bolezni.

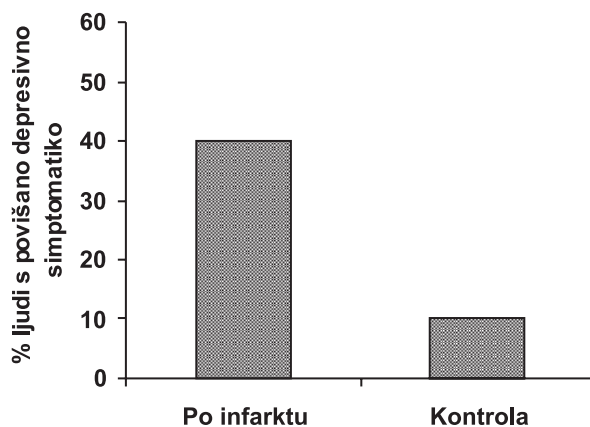
2.3 Statistična analiza

Da bi izračunali razlike med neodvisnima vzorcema (skupino postinfarktnih bolnikov in skupino posameznikov brez srčnega obolenja), smo najprej preverili, ali je porazdelitev rezultatov depresivnosti normalna. Kolmogorov-Smirnov test je pokazal, da distribucija ni normalna ($p=,032$), zato smo pri računanju razlik uporabili neparametrični Mann-Whitneyev U-test. Ker sta vzorca študije majhna, smo izračunali še Cohenovo velikost učinka (d), ki ni odvisna od velikosti vzorca. Za ugotavljanje vpliva časa, ki je pretekel od infarkta, na stopnjo depresivne simptomatike, smo uporabili korelacijski izračun.

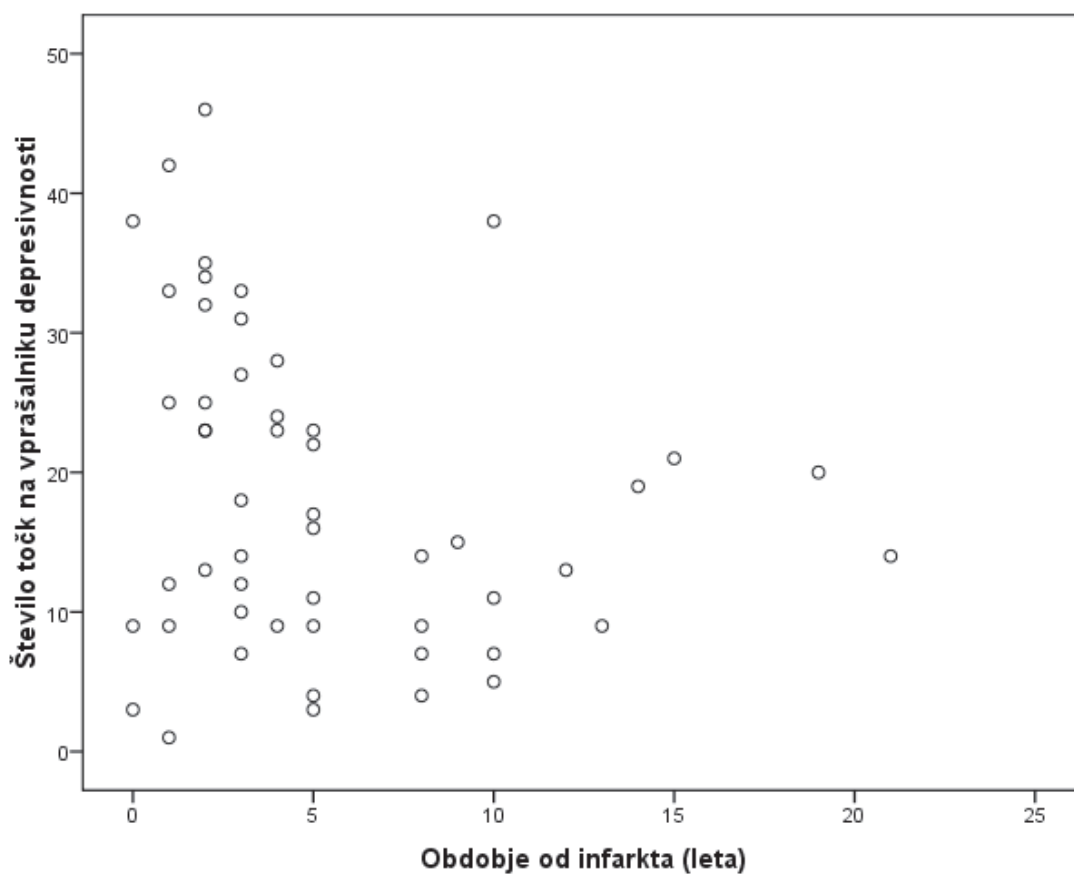
Tabela 1. Razlike v stopnji depresivne simptomatike med bolniki po infarktu in kontrolno skupino.

Table 1. Differences in the rate of depressive symptoms between postinfarction patients and controls.

		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Depresivnost <i>Depression</i>	Po infarktne Post- infarction pts	18,27	11,25	52	-3,67	,000
	Kontrola Controls	10,50	6,97	52		



Slika 1. Odstotek posameznikov s povišano stopnjo depresivne simptomatike v obeh skupinah.
Figure 1. Proportion of individuals with increased rate of depressive symptoms in both groups.



Slika 2. Razsevni graf razporeditve rezultatov depresivnosti glede na obdobje, ki je preteklo od infarkta.
Figure 2. Scatterplot of depression scores in relation to the amount of time elapsed since infarction.

3 Rezultati

Razlike v depresivnosti med skupinama so statistično pomembne. V skupini bolnikov po infarktu se pojavlja višja stopnja depresivne simptomatike.

Cohenova velikost učinka za merjenje razlik znaša $d=0,77$, kar imamo za visok učinek.

Odnos med depresivnostjo in obdobjem, ki je preteklo od infarkta, je nelinearen. Največja razpršenost rezultatov depresivnosti se pojavlja v obdobju prvih petih let po doživetem srčnem infarktu. V tem intervalu se pojavlja večina depresivnih posameznikov. Bolniki, pri katerih je od srčnega infarkta minilo več kot pet let, imajo manj izraženo depresivno simptomatiko.

Korelacija med depresivnostjo in obdobjem, preteklim od infarkta, je negativna in statistično pomembna, $\tau = -0,21$ ($p < ,05$).

4 Razpravljanje

Stopnja depresivne simptomatike je po pričakovanjih izrazito višja v vzorcu bolnikov po infarktu v primerjavi z vzorcem kontrolnih posameznikov; najdene razlike so statistično značilne (Tabela 1). Cohenova velikost učinka ($d=0,77$) je prav tako zelo visoka, kar je dodaten kazalec povezanosti depresivnosti in miokardnega infarkta. Odstotek postinfarktne depresivnosti je v naši raziskavi še višji (40 %), kot ga navajajo v tuji študiji, kjer se giblje okoli 20 % (6). Nastale razlike gre po vsej verjetnosti pripisati uporabi različnih instrumentov za ocenjevanje depresivnosti – v pričujoči študiji je bil uporabljen samoocenjevalni vprašalnik, v tuji pa bolj zanesljiv diagnostični intervju. Višji odstotek depresivnih v naši študiji je lahko prav tako posledica različne opredelitve depresije v obeh študijah – v tuji gre za diagnozo klinične depresije, v pričujoči pa za stopnjo depresivne simptomatike v preteklem tednu. Okoli 20 % ljudi, ki dosežejo visoke rezultate na CES-D, namreč ni upravičenih do diagnoze »klinična depresija« (11), tako so torej merila za diagnozo klinične depresije strožja, temu primerno pa je manjše tudi število ljudi, ki jih izpolnijo. Kljub majhnemu vzorcu smo pa ugotovili, da je depresivnost med obravnavanimi bolniki močno razširjena. Medtem ko je imel povišano stopnjo depresivne simptomatike skoraj vsak drugi srčni bolnik, je bilo takšnih v kontrolni skupini zgolj 10 %. Gre za pomembno informacijo za načrtovanje obravnave bolnikov po infarktu, v katero bi bilo smiselno poleg

običajnega zdravljenja vključiti tudi ocenjevanje in zdravljenje depresije za zmanjševanje tveganja za prezgodnjo smrt.

V študiji smo raziskovali tudi vpliv časa, ki preteče od doživetega infarkta, na stopnjo depresivne simptomatike bolnikov. Na razsevnem grafu (Slika 2) vidimo, da so v veliki večini depresivni tisti srčni bolniki, pri katerih je od infarkta minilo pet let ali manj. Korelacija med depresivnostjo in obdobjem, preteklim od infarkta, je zato negativna ($\tau = -0,21$; $p < ,05$). Sklepamo, da se bolniki na bolezen odzovejo z depresivnimi simptomi le neposredno po infarktu, kasneje pa se uspešno prilagodijo novim življenjskim okoliščinam in simptomi depresije pri njih izzvenijo. Po drugi strani pa je možno, da depresivni bolniki povečini ne preživijo več kot pet let po srčnem infarktu, kar se sklada z že obstoječo ugotovitvijo o povečani smrtnosti postinfarktne depresivnosti, ki so depresivni (6). Za bolj jasno razjasnitev tega problema predlagamo nadaljnje raziskave v obliki analize preživetja postinfarktne depresivnosti (spremljanje umrljivosti depresivnih in nedepresivnih srčnih bolnikov).

Zaradi morebitne pristranosti pri vzorčenju in zaradi majhnosti vzorca moramo biti previdni pri posploševanju omenjenih izsledkov na celotno populacijo postinfarktne depresivnosti. V ta namen bo potrebno opraviti podobno študijo na večjem in bolj reprezentativnem vzorcu, ki ne bo obremenjen s pristranostmi, ki se jim v naši študiji nismo izognili (izbira bolnikov iz društva koronarnih bolnikov in preko poznanstev). Ker v Sloveniji še nimamo registra srčnih bolezni, s pomočjo katerega bi najlažje vzorčili bolnike po infarktu, bi bila najboljša možnost, da jih izberemo s kardioloških oddelkov splošnih bolnišnic po Sloveniji. Naslednja omejitev študije je korelacijska narava rezultatov, ki ne dopušča zaključkov o vzročni povezavi med depresivnostjo in ishemično boleznijo srca. V ta namen bi bile potrebne natančne prospektivne študije v izhodiščno zdravi populaciji, s katerimi bi lahko določili sosledje obeh bolezni. Vrednost študije je, da gre za prvo oceno depresivne simptomatike med bolniki po infarktu v slovenskem prostoru in je dobro izhodišče za nadaljnje raziskave na področju psihokardiologije.

5 Zaključek

Bolniki po infarktu imajo (še posebej v zgodnjem obdobju) pomembno povišano stopnjo depresivne simptomatike, ki lahko glede na izsledke tujih študij poveča njihovo tveganje za ponovne srčne zaplete in umrljivost v obdobju pol leta po doživetem srčnem

infarktu. V študiji smo ugotovili, da je depresivnost pri srčnih bolnikih najpogostejša v prvih petih letih po doživetem miokardnem infarktu. Pri njihovi obravnavi se je tako potrebno poleg običajnega zdravljenja osredotočiti tudi na zgodnje odkrivanje depresije in takojšen pričetek zdravljenja, in sicer čim prej po sprejemu bolnika v oskrbo.

Zahvale

Za sodelovanje pri izvedbi študije se zahvaljujem Društvu koronarnih bolnikov Gornja Radgona in vsem ostalim udeležencem, ki so privolili v sodelovanje. Prav posebej hvaležna sem dr. Marku Kolšku, dr. med., dr. Poloni Selič, univ. dipl. psih., dr. Igorju Švabu, dr. med. in dr. Valentinu Buciku, univ. dipl. psih., ki so me spodbujali pri nastajanju pričujočega dela.

Literatura

- World Health Organization. Death and Daly estimates by cause, 2002. Pridobljeno 5.3.2008 s spletne strani: http://www.who.int/whosis/mort/profiles/mort_euro_svn_slovenia.pdf
- Farmer, JA, Gotto, AM. Dyslipidemia and other risk factors for coronary artery disease. In: Braunwald E, editor. Heart disease. A textbook of cardiovascular medicine. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders, 1997: 1126-60.
- MRFIT Research Group. Risk factor changes and mortality results. JAMA 1982; 146: 55-77.
- Marušič D, Marušič A. Psihokardiologija: sočasna preventiva in obravnava koronarne bolezni ter duševnih motenj. Zdrav Var 2001; 40 (1/2): 55-60.
- Lesperance F, Frasura-Smith N. Depression in patients with cardiac disease: A practical review. J Psychosom Res 2000; 48: 379-91.
- Frasura-Smith N, Lesperance F, Talajic M. Depression following myocardial infarction. Impact on 6-month survival. JAMA 1993; 270 (15): 1819-25.
- Anda R, Williamson D, James D, Macera C, Eaker E, Glassman A, Marks J. Depressed affect, hopelessness, and the risk of ischemic heart disease in a cohort of U.S. adults. Epidemiology 1992; 4: 285-94.
- Horvat M. Miokardni infarkt. In: Kocijančič A, Mrevlje F, editors. Interna medicina, Ljubljana: DZS, 1998: 172-86.
- McClelland RJ, Wilson AB. Psychiatric manifestation of organic illness. In: Murray R, Hill P, McGuffin P, editors. The essentials of postgraduate psychiatry. 3rd ed. Cambridge: Cambridge University Press, 1997: 362-97.
- Poredoš P. Ateroskleroza. In: Kocijančič A, Mrevlje F, editors. Interna medicina, Ljubljana: DZS, 1998: 153-55.
- Radloff LS. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. Appl Psychol Meas 1977; 1: 385-401.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 45: 561-71.
- Zung WWK. A self-rating depression scale. Arch Gen Psychiatry 1965; 12: 63-70.
- Hathaway SR, McKinley JC. The Minnesota Multiphasic Personality Inventory Manual. New York: Psychological corporation, 1983.
- Raskin A, Schulerbrandt J, Reatig N, McKeon JJ. Replication of factors of psychopathology in interview, ward behavior and self-report ratings of hospitalized depressives. J Nerv Ment Dis 1969; 148(1): 87-98.
- Gardner EA. The depression checklist. Neobjavljen rokopis: 1968.
- Acceto R, Bulc M. Nevarnosti za srce in ožilje. Novo Mesto: Krka, 2005.