

بررسی اثر سرتالین بر افسردگی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سکتة مغزی

محمدعلی قریشی زاده^۱، شیدا شعفی^۲، سپیده هریزچی قدیم^۳، رضا پیرزه^۴،
سلمان صفی خانو^۵، رضا ریختگر غیاثی^۶، محمد بیگدلی^۷

تاریخ دریافت 1392/10/22 تاریخ پذیرش 1392/12/25

چکیده

پیش زمینه و هدف: سکتة مغزی سندرمی است که با شروع اختلال نورولوژیک به مدت حداقل ۲۴ ساعت مشخص می گردد. مشکلات خلقی و به خصوص افسردگی از شایع ترین بیماری های است که در افراد دچار سکتة مغزی بروز می کند. هدف اصلی این مطالعه عبارت است از بررسی تأثیر سرتالین در این بیماران در کاهش میزان ناتوانی جسمی و روانی ناشی از بیماری.

مواد و روش ها: مطالعه حاضر از نوع کارآزمایی بالینی راندوم شده با ۶۷ بیمار دچار سکتة مغزی به مدت پیگیری نه ماه طولی با بررسی های هر سه ماه یکبار در بیمارستان رازی تبریز می باشد که از پرسشنامه دموگرافیک، پرسشنامه کیفیت زندگی ناتینگهام و افسردگی بک جهت سنجش متغیرهای مطالعه استفاده شد و داده ها با آماره های t-Test، Mann withny، آزمون ضریب همبستگی پیرسون در SPSS 19 تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج به دست آمده نشان داد که با مصرف سرتالین میزان افسردگی در گروه مداخله کاهش یافته و کیفیت زندگی در این افراد افزایش یافته است و مصرف سرتالین در طول ۹ ماه از عود افسردگی پیشگیری نموده است. داده ها نشان دادند که همکاری در ویزیت مراجعات بعدی، همکاری در توان بخشی و بروز سکتة مجدد در مورد دو گروه معنی دار نبوده و بین مصرف سرتالین و افزایش کیفیت زندگی همبستگی مثبت وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری: نتایج نشان داد که استفاده از سرتالین در بیماران دچار سکتة مغزی علاوه بر تأثیر مستقیم در کاهش بروز و شدت افسردگی در بهبود کیفیت زندگی این بیماران نیز مؤثر است.

کلید واژه ها: سکتة مغزی، سرتالین، افسردگی، کیفیت زندگی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و پنجم، شماره دوم، ص ۱۰۴-۹۷، اردیبهشت ۱۳۹۳

آدرس مکاتبه: تبریز بلوار شهید باکری (اتل گلی) مرکز آموزشی درمانی رازی تبریز، گروه روان پزشکی، تلفن و نمابر ۳۸۰۳۳۵۳

Email: Pirzehr@tbzmed.ac.ir

این طرح پژوهشی در مرکز ثبت کارآزمایی ایران (IRCT) به شماره IRCT 2012101011062N1 ثبت شده است.

مقدمه

موارد زیادی از عوارض مختلف را نیز سبب می گردند که شامل مسائل مربوط به طب داخلی، مشکلات حرکتی و کارائی و اختلالات روانی گوناگون می باشد (۲).
از میان بیمارانی که از دوره حاد بیماری جان سالم به در می برند، دو سوم افراد کارائی قبلی خود را به دست می آورند در حالی که ۱۵ درصد نیازمند بازتوانی و کمک می باشند (۳).

سکتة مغزی سندرمی است که با شروع اختلال نورولوژیک به مدت حداقل ۲۴ ساعت مشخص می گردد. این سندرم انعکاسی از گرفتاری سیستم اعصاب مرکزی است و نتیجه اختلال در گردش خون مغزی می باشد (۱).
سکتة های مغزی علاوه بر درصد قابل توجه مرگ و میر

^۱ استاد گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی، مرکز آموزشی درمانی رازی تبریز

^۲ استادیار گروه نورولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی، مرکز آموزشی درمانی رازی تبریز

^۳ استادیار گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی، مرکز آموزشی درمانی رازی تبریز

^۴ رزیدنت روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز (نویسنده مسئول)

^۵ کارشناس ارشد روانشناس بالینی، دانشگاه علوم پزشکی، مرکز آموزشی درمانی رازی تبریز

^۶ رزیدنت مغز و اعصاب، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

^۷ رزیدنت روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

اشتها ارتباط دارد. این آزمون از نوع خودسنجی بوده و برای تکمیل آن ۵-۱۰ دقیقه زمان لازم است. پرسشنامه حاضر در ایران توسط اخوت استاندارد شده و به طور وسیعی برای سنجش افسردگی در افراد طبیعی و روانی به کار می‌رود. و به عنوان یک آزمون مستقل از فرهنگ شناخته شده و در اقصای مختلف اجتماعی قابل اجرا می‌باشد. در یک تحلیل سطح بالا از مطالعات مختلف برای تعیین همسانی درونی، ضرایب ۷۳ درصد تا ۹۲ درصد با میانگین ۸۶ درصد به دست آمده است. افراد دارای نمره ۱۵ و بالاتر به عنوان افسرده تشخیص داده شده و از ادامه پژوهش خارج شده‌اند (۶).

پرسشنامه دموگرافیک توسط خود آزمونگر طراحی شده و اطلاعات و مشخصات دموگرافیکی را جهت بررسی داده‌های توصیفی و همچنین جهت پیگیری درمان و ... امکان پذیر می‌سازد.

در مطالعه جاری اطلاعات از طریق مشاهده، مصاحبه تخصصی روان پزشکی، و پرسشنامه‌های مختلف ذکر شده، جمع آوری گردیدند و بدین صورت که پس از کسب گواهی از دانشگاه علوم پزشکی، هماهنگی‌های لازم با مسئولین محترم مرکز آموزشی درمانی رازی تبریز و توضیح کلیات و اهداف طرح تحقیقاتی برای نمونه‌های انتخابی (در جریان قرار دادن خود بیمار و خانواده بیمار) و کسب رضایت نامه آگاهانه از خود بیمار (اگر در شرایط عقلی و روانی متعادل قرار داشتند) و یا سرپرست و خانواده بیمار، کارهای اجرایی جهت جمع آوری داده‌ها با بیماران محترم انجام گرفت.

۸۰ بیمار مبتلا به سکته مغزی اعم از انواع ایسکمیک یا هموراژیک از بین بیماران هر دو جنس که در بخش داخلی مغز و اعصاب بیمارستان رازی تبریز به صورت تصادفی انتخاب می‌شوند و به دو گروه مورد و شاهد تقسیم می‌گردند. ۴۰ نفر گروه مورد و ۴۰ نفر گروه شاهد بر پایه سن و مکان دچار آسیب در بافت مغز و نوع سکته در دو گروه با هم جورسازی شدند و از هفته سوم، بعد از وقوع سکته بدون در نظر گرفتن وجود یا عدم وجود علائم افسردگی، نوع سکته و محل عارضه به رژیم دارویی همه بیماران گروه مورد پنجاه میلی گرم سرتالین اضافه شد. در حالی که بیماران گروه شاهد در پروتکل درمانی خود این دارو و داروهای مشابه را دریافت نکردند، در عوض داروی پلاسیبو به طرح و رنگ و طعم مشابه داروی اصلی (سرتالین ۵۰ میلی گرم کارخانه سبحان) تجویز شد. این دو گروه از بیماران هر سه ماه یکبار به مدت ۹ ماه از لحاظ وقوع سکته مجدد، میزان همکاری بیمار در روند درمان و توان بخشی و میزان ناتوانی ایجاد شده و باقیمانده بر اساس معیارهای موجود در پرسشنامه تعیین ((کیفیت زندگی)) و

مسائل روانی نیز در طی دوره بعد از سکته مغزی شایع می‌باشد که می‌تواند در رابطه مستقیم با بیماری و آسیب سیستم اعصاب مرکزی باشد و یا در زمینه افت کارایی و آسیب شدید اعتماد به نفس و حس سالم بودن فرد ایجاد گردد (۲). مشکلات خلقی و به خصوص افسردگی از شایع‌ترین بیماری‌هایی است که در افراد دچار سکته مغزی بروز می‌کند (۲). بر پایه یافته‌های موجود، در حال حاضر داروهای سرتالین، فلوکستین و نورتریپتیلین در طی یک دوره پیگیری ۱۲ الی ۲۱ ماهه جهت پروفیلاکسی در برابر افسردگی بعد از سکته مغزی مفید اعلام شده‌اند (۴).

مواد و روش کار

با توجه به ماهیت موضوع و اهداف تحقیقی، طرح پژوهشی حاضر از نوع کارآزمایی بالینی راندوم شده می‌باشد. جامعه آماری تحقیق جاری را کلیه بیماران زن و مرد بستری در بخش نورولوژی مرکز آموزشی درمانی روان پزشکی رازی تبریز در طول مدت سال ۱۳۹۰-۱۳۹۱ تشکیل دادند. بر اساس مطالعات مشابه تعداد ۸۰ بیمار به صورت پی در پی انتخاب شده و به صورت راندوم در یکی از دو گروه قرار گرفتند. در زمینه انتخاب افراد نمونه (بیماران زن و مرد بستری در بخش نورولوژی) که برای اولین بار دچار سکته مغزی شده‌اند وارد مطالعه شدند. از طرفی دیگر افرادی که در بررسی ابتدایی واجد این شرایط (افراد مبتلا به نارسایی قلبی، افراد مبتلا به نارسایی کلیوی، افراد مبتلا به نارسایی کبدی، افراد مبتلا به سوء مصرف مواد) بودند، از طرح تحقیقاتی خارج شدند. جهت جمع آوری اطلاعات لازم از ابزارهای پرسشنامه تعیین کیفیت زندگی (نیمرخ سلامت ناتینگهام)، مقیاس افسردگی بک، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک استفاده شد.

پرسشنامه ناتینگهام شش بعد را مورد سنجش قرار می‌دهد که عبارتند از سطح انرژی، درد، واکنش‌های هیجانی، خواب، انزوای اجتماعی و توانایی جسمی. این پرسشنامه دارای ۳۸ سؤال می‌باشد که با بله یا خیر پاسخ داده می‌شود. جهت تعیین علمی پرسشنامه از روش آزمون مجدد استفاده شده و با استفاده از آزمون همبستگی، اعتماد علمی پرسشنامه ۸۵ درصد تعیین شده است. این پرسشنامه در مطالعات کثیری برای سنجش کیفیت زندگی و ناتوانی‌های بیماران سالمند مورد استفاده قرار گرفته است (۵).

پرسشنامه افسردگی بک از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود و هنگام اجرا از آزمودنی خواسته می‌شود شدت این نشانه‌ها را بر اساس یک مقیاس ۴ درجه‌ای از ۰-۳ درجه بندی کند. پرسش‌ها با زمینه‌های احساس ناتوانی، شکست، احساس گناه، تحریک پذیری، آشفتگی خواب و از دست دادن

همچنین بررسی وجود افسردگی و شدت آن بر پایه پرسشنامه بک مورد مقایسه قرار گرفتند. همچنین در حین تکمیل پرسشنامه‌های مربوط به طرح، تکمیل کننده فرم‌ها (آزمونگر) اطلاعی از مورد یا شاهد بودن بیمار نداشت.

داده‌های بدست آمده از ابزارهای اندازه گیری ابتدا به وسیله روش‌های آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار) جهت توصیف خصوصیات افراد شرکت کننده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سپس این داده‌های خام در بخش استنباطی جهت بررسی تفاوت و ارتباط مقیاس‌های مورد بررسی با یکدیگر با استفاده از روش‌های t -Test، Mann withny، آزمون ضریب همبستگی پیرسون در نرم افزار آماری SPSS19 وارد شد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند که در نتایج به دست آمده از این آماره‌ها در فصل بعد به تفصیل مورد توضیح قرار گرفته است. در این مطالعه و در تمامی موارد یاد شده مقدار P کمتر از ۰،۰۵ از لحاظ آماری معنی‌دار تلقی شده است.

یافته‌ها

از لحاظ جنسی پراکندگی بین گروه‌ها نابرابر بوده و در کل ۳۰ نفر (۴۵/۴۵درصد) مذکر (۱۴ نفر گروه مداخله و ۱۶ نفر گروه شاهد) و ۳۶ نفر (۵۴/۵۴درصد) مؤنث (۲۳ نفر گروه مداخله و ۱۳ نفر گروه شاهد) بودند. دامنه سنی کل شرکت کنندگان بین ۵۵ تا ۷۵ سال بوده و میانگین سنی بیماران $63/92$ با انحراف معیار $6/06$ بود که در خصوص گروه مداخله با میانگین سنی $61/16$ با انحراف معیار $5/61$ و در گروه شاهد با میانگین سنی $66/51$ و انحراف معیار $6/61$ بود. آزمون t نشان داد $t=-3.41, df=55.47, p=0.001$ بین دو گروه از لحاظ سنی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. ۵۶ نفر (۸۴/۸۵درصد) از شرکت کنندگان متأهل و ۱۰ نفر (۱۵/۱۵درصد) فوت همسر را گزارش کردند. ۳۶ نفر (۵۴/۵۴درصد) از بیماران بی‌سواد، ۱۹ نفر (۲۸/۷۹درصد) دارای تحصیلات ابتدایی، پنج نفر (۷/۵۸درصد) راهنمایی، شش نفر (۹/۰۹درصد) دیپلم و بالاتر بودند. همچنین ۲۳ نفر (۳۴/۸۴درصد) از بیماران بیکار و ۴۳ نفر (۶۵/۱۵درصد) شاغل بودند. (خانه‌داری به شرط توانایی در انجام امور منزل شاغل در نظر گرفته شد). در بین ۶۶ نفر شرکت کننده‌ها، ۹ نفر (۱۳/۶۴درصد) سابقه مصرف سیگار داشته و ۵۷ نفر (۸۶/۳۶درصد) مصرف سیگار را گزارش نکردند.

با توجه به اطلاعات به دست آمده در سه ماهه اول بررسی بین نمرات افسردگی بیماران CVA مصرف کننده SSRI با گروه

کنترل تفاوتی وجود نداشت. اما در سه ماهه دوم و سوم پیگیری بین نمرات افسردگی دو گروه تفاوتی معنی‌دار به دست آمد. تفاوت بین میانگین نمرات در سه ماهه اول پیگیری در نمره ناتینگهام کل بین دو گروه معنی‌دار نمی‌باشد.

اما در بررسی سه ماهه دوم، سوم و در طول نه ماه پیگیری در نمره ناتینگهام کل بین دو گروه تفاوت معنی‌دار به دست آمد. اطلاعات حاصله نشان دادند در بررسی سه ماهه اول، دوم، سوم و نه ماه پیگیری طولی بین میانگین نمرات ناتینگهام خواب و انزوای اجتماعی تفاوت معنی‌داری وجود دارد (نمودارهای ۱ و ۲). همچنین اطلاعات به دست آمده نشان داد در سه ماهه اول، دوم، سوم و نه ماه پیگیری انجام شده تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات ناتینگهام درد بین دو گروه به دست نیامد (نمودار ۳).

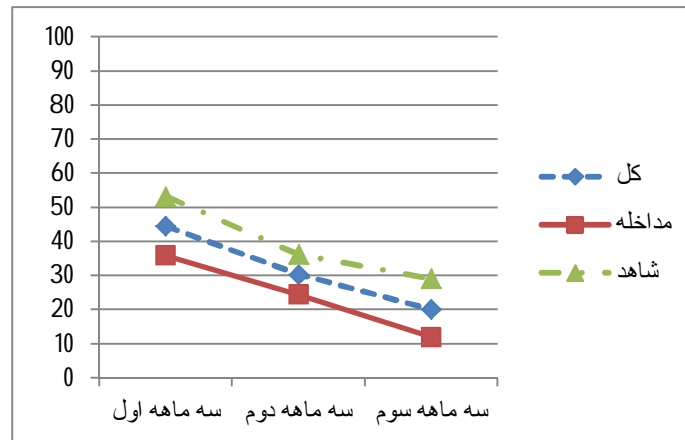
با توجه به اطلاعات به دست آمده نشان داده شد که در بررسی سه ماهه اول بین میانگین نمرات ناتینگهام توانایی جسمی، واکنش هیجانی و سطح انرژی بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود نداشت اما در بررسی سه ماهه دوم، سوم و نه ماه پیگیری کلی در این بعدها تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های مورد مطالعه به دست آمد (نمودارهای ۴ و ۵).

داده‌های به دست آمده از اجرای آزمون یومان- ویتنی نشان داد که تفاوت بین میانگین نمرات در پیگیری سه ماهه اول، دوم و سوم در همکاری ویزیت بین دو گروه مورد مطالعه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

همچنین اجرای آزمون یومان- ویتنی نشان داد بین میانگین نمرات در پیگیری سه ماهه اول، دوم، سوم و ۹ ماه پیگیری کلی در نمره همکاری حضور در توان بخشی بین دو گروه مورد مطالعه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

از طرفی آزمون یومان- ویتنی نشان داد که در بررسی‌های انجام شده تفاوت معنی‌داری در بروز سگته مجدد بین دو گروه مورد مطالعه وجود ندارد.

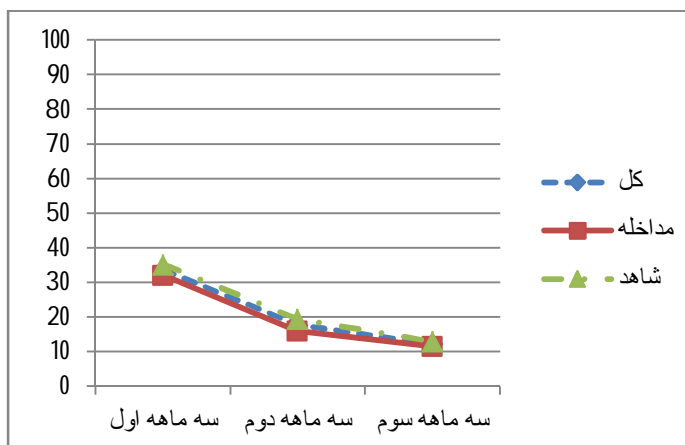
همچنین داده‌ها نشان دادند بین نمرات افسردگی بک و ناتینگهام کل در بررسی سه ماهه اول، دوم، سوم و در طول ۹ ماه پیگیری رابطه معنی‌داری به دست آمده است که نشان می‌دهد با افزایش نمرات بک میزان نمرات ناتینگهام نیز افزایش پیدا کرده و با کاهش نمرات افسردگی میزان نمرات پرسشنامه ناتینگهام نیز کاهش پیدا می‌کند و این احتمال را مطرح می‌سازد که کاهش نمرات مقیاس بک در پی مصرف سرتالین باعث افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به CVA می‌گردد.



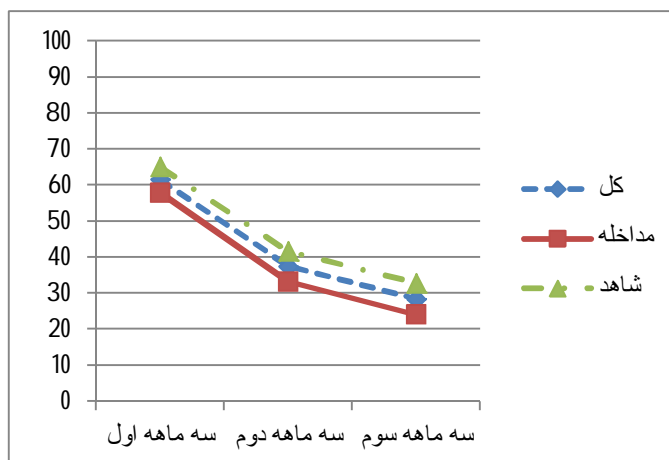
نمودار (۱): مقیاس خواب



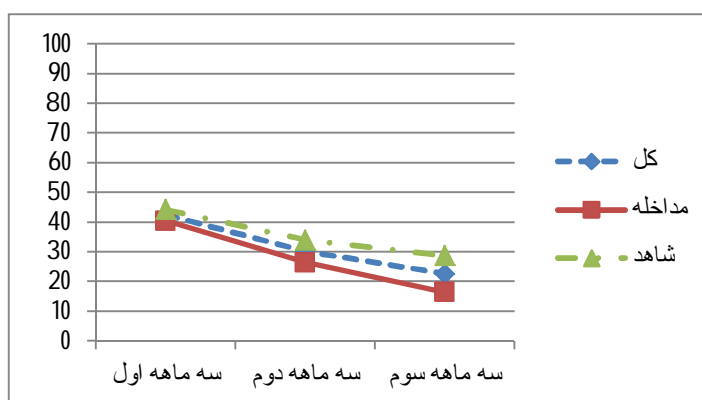
نمودار (۲): مقیاس انزوای اجتماعی



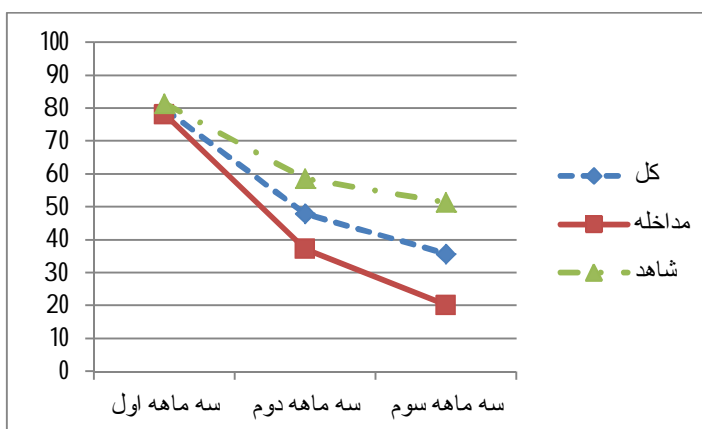
نمودار (۳): مقیاس درد



نمودار (۴): مقیاس توانایی جسمانی



نمودار (۵): مقیاس واکنش هیجانی



نمودار (۶): مقیاس سطح انرژی

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر که به روش مداخله تجربی در مرکز آموزشی درمانی رازی تبریز (بخش نورولوژی) صورت گرفت، پیرامون تأثیر سرتالین در کاستن از ناتوانی‌ها و کلاً بهبود کیفیت زندگی بیماران سکته مغزی بود. در این مطالعه بروز افسردگی در بیماران

فاکتوری برای خروج فرد از طرح و ارجاع وی به روان‌پزشک جهت شروع اقدامات درمانی لازم در نظر گرفته شد. میزان شیوع افسردگی در گروه مداخله ۷/۵ درصد و در گروه کنترل ۲۷/۵ درصد برآورد گردید. طبق مطالعه راسموسن و همکاران میزان شیوع افسردگی در بیماران CVA تحت درمان با

اقدامات توان‌بخشی را توصیه نموده‌اند که در مطالعه ما نیز این وضعیت تایید شده است (۱۲).

در ادامه با توجه به بالا بودن نمره شاخص توانایی جسمانی در مقیاس‌های مختلف انس و همکاران (۲۰۰۵) استفاده بهینه از اقدامات توان‌بخشی را در بهبود کیفیت زندگی بیماران سکته مغزی توصیه نمودند (۱۱).

مطالعه راسموسن و همکاران نشان می‌دهد که کیفیت زندگی در گروه مصرف‌کننده سرتالین بیشتر از گروه مصرف‌کننده پلاسیبو می‌باشد. یافته‌های ما با این نتایج همسو می‌باشد که سرتالین کیفیت زندگی بیماران CVA مصرف‌کننده سرتالین را افزایش می‌دهد (۶).

مطالعه انس و همکاران افت کیفیت زندگی در بیماران CVA را نشان می‌دهد که با یافته‌های مربوط به گروه شاهد مطابقت دارد. زیرا در مطالعه ما گروه CVA عدم مصرف‌کننده سرتالین افت بیشتری در کیفیت زندگی نسبت به گروه مصرف‌کننده داشته‌اند (۱۱).

همچنین بررسی تفاوت بین میانگین نمرات در پیگیری نه ماهه در بروز سکته مجدد بیماران مبتلا به CVA مصرف‌کننده SSRI با گروه کنترل تفاوتی معنی‌دار وجود نداشت.

استفاده پیشگیرانه از داروی ضد افسردگی در بهبود کیفیت زندگی بیماران سکته مغزی علاوه بر اینکه در جلوگیری از بروز افسردگی مؤثر است، به صورت بسزایی می‌تواند در کاهش بروز شدت ناتوانی‌ها و بهبود کیفیت زندگی در این بیماران نقش داشته باشد. بهبود وضعیت خواب، بهبود روحیه و خلق بیمار و همچنین کاهش گوشه‌گیری و انزوای اجتماعی از عوامل مؤثر به واسطه درمان دارویی با سرتالین در افزایش سطح کیفیت زندگی این بیماران است

محدودیت‌های این مطالعه شامل انجام پروسه تحقیق در یک مرکز درمانی و زمان نسبتاً کم مطالعه بود. همچنین در این مطالعه از داروی سرتالین ایرانی استفاده گردید. بنابراین شاید پاسخ یا عدم پاسخ به این درمان به طور کامل قابل تعمیم نباشد. و استفاده از یک برند دارای استاندارد جهانی و مورد تایید مجامع پزشکی بین‌المللی قابل قبول‌تر باشد.

سرتالین ۱۰ درصد و در بیماران CVA بدون مصرف سرتالین ۳۰ درصد گزارش شده است (۷). یافته‌های مطالعه حاضر با یافته‌های فوق هم‌خوانی دارد و بیانگر تأثیر سرتالین در کاهش و پیشگیری از افسردگی بیماران CVA می‌باشد.

همچنین طبق یافته‌های رایینسون و همکاران که دریافتند می‌توان از افسردگی پس از سکته مغزی پیشگیری نمود (۸) نیز با یافته‌های مطالعه ما مطابقت دارد که سرتالین نیز باعث کاهش میزان افسردگی در افسردگی پس از سکته مغزی می‌شود.

از طرفی دیگر طبق یافته‌های راسموسن و همکاران که بیماران CVA را در طول یک سال مورد بررسی قرار داده‌اند به این نتیجه رسیده‌اند بین میزان افسردگی بیماران CVA مصرف‌کننده سرتالین با گروه کنترل (مصرف پلاسیبو) تفاوت معنی‌داری وجود دارد و نشان‌دهنده تأثیر سرتالین در کاهش افسردگی در گروه مذکور می‌باشد (۶). یافته‌های ما با یافته‌های این مطالعه همسو می‌باشد.

مطالعه مک میلان و همکاران نشان دادند که کیفیت زندگی کلی بیماران مبتلا به سکته مغزی به طور معنی‌داری کمتر از کیفیت زندگی گروه شاهد می‌باشد (۹).

سیرواستوا و همکاران بهبود کیفیت زندگی بیماران دچار سکته مغزی و تسریع روند بازتوانی مرتبط با درمان قاطع افسردگی را در مطالعه خود گزارش کرده‌اند که مطالعه ما نیز نشان می‌دهد مصرف سرتالین باعث افزایش کیفیت زندگی در بیماران دچار CVA می‌شود (۱۰).

مطالعه راسموسن و همکاران نشان می‌دهد که کیفیت زندگی در گروه مصرف‌کننده سرتالین بیشتر از گروه مصرف‌کننده پلاسیبو می‌باشد. یافته‌های ما با این نتایج همسو می‌باشد که سرتالین کیفیت زندگی بیماران CVA مصرف‌کننده سرتالین را افزایش می‌دهد (۶).

مطالعه انس و همکاران افت کیفیت زندگی در بیماران CVA را نشان می‌دهد که با یافته‌های مربوط به گروه شاهد مطابقت دارد. زیرا در مطالعه ما گروه CVA عدم مصرف‌کننده سرتالین افت بیشتری در کیفیت زندگی نسبت به گروه مصرف‌کننده داشته‌اند (۱۱).

لشکری و همکاران توصیه نموده‌اند که جهت کاهش میزان افسردگی و بهبود شاخص توانایی جسمانی در بیماران CVA انجام

References:

- David A, Greenberg, Michael J, Aminoff, Roger P. Simon Clinical Neurology. Translated by:

Jaklin Kaldian 2006. Tehran: nasle farda publication; 2006. P.322-59. (Persian)

- Hackett ML, Anderson CS, House AO. Management of Depression After Stroke A

- Systematic Review of Pharmacological Therapies. Stroke 2005;36(5):1092-7.
3. Michael J, Aminoff , David A. Greenberg P . Clinical Neurology. 7th ed. New York: McGraw-Hill; 2009.P.322-59.
 4. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Comprehensive textbook of psychiatry . 9th ed. Philadelphia: lippincott williams and wilkins; 2009.
 5. Dehdari T, Hashemifard T, Heidarnia A, Kazemnejad A. Continuing impact of health education on quality of life in patients after coronary artery bypass surgery. Med Sci J Islamic Azad Univ 2005; 15(1): 41-6. (persian)
 6. Sharifi P, Nikkhu M. Psychological Assessment Guide. Tehran: Sokhan Press; 2007.P.1010-4. (persian)
 7. Rasmussen A, Lunde M, Poulsen DL, Sørensen K, Qvitzau S, Bech P. A double-blind, placebo-controlled study of sertraline in the prevention of depression in stroke patients. Psychosomatics 2003;44(3):216-21.
 8. Robinson RG, Jorge RE. Neuropsychiatry aspects of cerebrovascular disorders. In: Sadock JB, Sadock AV. (editors). Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. New York: Lippincott Williams and Wilkins; 2005.P. 349-54.
 9. Mcmillan AS, Leung KC, Pow EH, Wong MC, Li LS, Allen PF. Oral health-related quality of life of stroke survivors on discharge from hospital after rehabilitation. J Oral Rehabil 2005; 32: 495-503.
 10. Srivastava A, Taly AB, Gupta A, Murali T. Post-stroke depression: prevalence and relationship with disability in chronic stroke survivors. Ann Indian Acad Neurol 2010;13(2):123-7.
 11. Ones K, Yilmaz E, Cetinkaya B, Caglar N. Quality of life for patients poststroke and the factors affecting it. J Stroke Cerebrovasc Dis 2005;14(6):261-6.
 12. LashkariPour K, Moqtaderi A, Sadjadi SA, faqihnia M. Prevalence of depression after stroke and its relationship with disability and brain lesions. J Mental Health 2008; 3(39): 191-9. (persian)

A STUDY OF SERTRALINE EFFICACY ON REDUCING DISABILITIES IN STROKE IN PATIENTS: A DOUBLE BLIND RANDOMIZED CLINICAL TRIAL

Mohammad Ali Gorashizadeh¹, Sheida Shaafee², Sepide Herizchi Ghadim³, Reza Pirzeh^{4*}, Salman Safikhanelou⁵, Reza Rikhtegar Ghiasi⁶, Mohammad Bigdeli⁷

Received: 12 Jan, 2014; Accepted: 16 Mar, 2014

Abstract

Background & Aims: Stroke is a clinical syndrome characterized by focal neurologic deficits. It is classified as one of the most important causes of impairment. Stroke has a critically impairing effect on the life quality of patients. Considering the importance of the problem and its treatment, we aimed to study the effects of sertraline on reducing the disabilities in stroke.

Materials & Methods: This double blind control trial study was conducted on 67 patients (completers: N=67, Mean age 65.27±6.17) who were selected randomly and were assigned to receive 9 months of treatment with either sertraline or placebo.

Results: The intervention group consisted of 40 patients from which three (7.5%) patients failed to be followed up because of the depression. The control group consisted of 40 patients and 11 (27.5%) were excluded during the study because of depression. There was a significant difference between the two groups regarding their sleep, social isolation, physical ability, emotional reaction and energy level, but the difference was not significant in pain scale.

Conclusion: Sertraline could positively affect stroke patients in preventing several scales of quality of life, health profile and depression.

Keywords: Stroke, Sertraline, depression, quality of life

Address: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Razi Hospital, Tabriz, Iran, Tel: +98 411 3803353.

Email: Pirzehr@tbzmed.ac.ir

SOURCE: URMIA MED J 2014; 25(2): 104 ISSN: 1027-3727

¹ Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Razi Hospital, Tabriz, Iran

² Assistant Professor, Department of Neurology, Faculty of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Razi Hospital, Tabriz, Iran

³ Assistant Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Razi Hospital, Tabriz, Iran

⁴ Resident, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Razi Hospital, Tabriz, Iran (Corresponding Author)

⁵ Clinical Psychologist, Tabriz University of Medical Sciences, Razi Hospital, Tabriz, Iran

⁶ Resident, Department of Neurology, Faculty of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

⁷ Resident, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran