مجله پرستاری مراقبت ویژه
دوره ۴، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۰
صفحات: ۲۰۲ – ۱۹۷

Iranian Journal of Critical Care Nursing
Vol. 4. No. 4, Winter 2012
Pages: 197 - 202

بررسی میزان افسردگی و اضطراب در مددجویان مبتلا به بیماری‌های عروق کرونر حاد

منصور عرب[1*]، هادی رنجبر[1]، حکیمه حسین رضایی[1]، هادی خوشاب[1]
۱. دانشکده‌ی پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

چکیده

اهداف: افسردگی و اضطراب، از عوامل افزایش‌دهنده‌ی خطر مرگ در بیماران قلبی هستند. این مطالعه با هدف بررسی میزان افسردگی و اضطراب در مددجویان مبتلا به بیماری‌های عروق کرونر حاد انجام گرفت.

روش‌ها: این مطالعه به روش توصیفی مقطعی روی ۳۶۶ بیمار بستری در بخش مراقبت‌های ویژه‌ی قلبی و داخلی قلب بیمارستان‌های آموزشی شهر کرمان، ۴۸ ساعت پس از بستری و شش روز بعد در سال ۱۳۸۸ انجام شد. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه‌ی اضطراب وافسردگی بیمارستانی استفاده شد. از آزمون‌های تی و آنالیز واریانس و نرم‌افزار SPSS17 برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین نمرات اضطراب ۴۸ ساعت پس از بستری (۳/۴۹) ۱۰/۱۲ و میانگین نمرات افسردگی (۲/۶۹) ۱۰/۱۰ بود. میانگین نمرات اضطراب شش روز پس از بستری (۲/۹۷) ۱۰/۱۷ و میانگین نمرات افسردگی (۲/۶۲) ۹/۹۵ بود. بین اضطراب و افسردگی ۴۸ ساعت بعد و شش روز پس از بستری تفاوت معنی‌دار آماری وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به میزان بالای افسردگی و اضطراب در بیماران عروق کرونر و تاثیر قابل توجه آن بر پیامد بیماری، نیاز به اقدامات مؤثر در زمینه‌ی شناسایی سریع و کاهش عوارض آن‌ها توسط سرپرستاران احساس می‌شود.

واژگان کلیدی: اضطراب؛ افسردگی؛ بیماران قلبی؛ کرمان

Assessment of the depression and anxiety in patients with acute coronary artery diseases

Mansoor Arab[1*], Hadi Ranjbar[1], Hakimeh Hoseyn rezaii[1], Hadi Khoshab[1]
**1.Faculty of nursing and midwifery of Razi, Kerman university of medical sciences, Kerman, Iran*

Abstract:

Aims: Depression and anxiety are the factors that increase death risk in the patients with heart disease. This study was done with the purpose of studying depression and anxiety rates in the patients with acute coronary artery disease.

Methods: This cross-sectional study which is descriptive was conducted on 366patients in the CCU of heart and cardiology wards of Kerman University affiliated hospitals 48hours and 6days after admission in 2010. A questionnaire was used for gathering information on hospital anxiety and depression. The data was analyzed using T- test and variance analysis and SPSS17 software.

Results: The mean score of anxiety was 10.12 ±3.49 and the mean score of depression was 10.10±2.69 after 48 hours of admission. After 6 days of admission, the mean score of anxiety was 10.17±2.97 and the mean score of depression was 9.95±2.62. There was no meaningful discrepancy between the depression and anxiety scores in 48 hours and 6 days after the admission.

Conclusion: Due to high amounts of depression and anxiety in patients with coronary artery disease and their remarkable impact on disease consequence, effective measures are needed in quick recognition and decreasing their impacts.

Key words: Anxiety, Depression, Heart patients, Kerman.

* نویسنده مسؤول: منصور عرب، تمامی درخواست ها باید به نشانی marab@kmu.ac.ir ارسال شوند.
دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۳/۱۳ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۹/۵

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

مقدمه

بیماری‌های عروق کرونر شایعترین بیماری‌های قلبی عروقی و شایعترین علت مرگ و میر در دنیا هستند [۱]. در سال ۱۳۸۶، این بیماری‌ها اولین علت مرگ و میر در افراد بالای ۳۵ سال در ایران بوده [۲] و عامل چهل درصد مرگ و میرها در ایران هستند و هر ساله ۱۲۰ تا ۱۴۰ هزار نفر در کشور به این دلیل فوت می‌کنند [۳]. تحقیقات نشان داده‌اند افسردگی و اضطراب در بیماران تحت درمان برای سندرم کرونری حاد بسیار شایع است [۴]. مرگ و میر در بیماران قلبی که پس از انفارکتوس میوکارد دچار افسردگی شده‌اند بیشتر است [۵]. همچنین اضطراب و افسردگی، از عوامل افزایش دهنده خطر مرگ و میر در بیماران قلبی هستند [۴]. از این رو باید بیمارن قلبی به دقت از نظر افسردگی و اضطراب پیگیری و درمان شوند و اقداماتی برای جلوگیری نیز انجام شود [۶]. افسردگی، حوصله‌ی فرد را برای کنترل رژیم غذایی، تنظیم دقیق فعالیت‌های جسمی، مراجعه‌ی مرتب به پزشک و رعایت سایر موازین درمانی کاهش می‌دهد و به عدم همکاری در اجرای تدابیر درمانی منجر می‌شود [۷].

در پژوهش‌های مختلف، میزان اضطراب و افسردگی در بیماران با بیماریهای عروق کرونر بدین شرح گزارش شده است: چهل درصد اضطراب [۸] و سی درصد افسردگی [۹]، هجده درصد علایم افسردگی ماژور [۱۰]، افسردگی بیست درصد [۳]، شیوع انواع افسردگی۵۲/۶ درصد و افسردگی اساسی ۲۱/۸ درصد [۱۱]، افسردگی ۶۶/۲ درصد، اضطراب ۶۵/۴ درصد [۱۲]، علایم افسردگی در حمله‌ی حاد سکته‌ی قلبی ۵۲/۶ درصد [۱۳] و این میزان‌ها در ۴۸ ساعت بعد از سکته‌ی قلبی ۶۰/۷ درصد و شش روز بعد ۷۲ درصد [۱۴] گزارش شده است. با توجه به میزان بالای افسردگی و همبستگی آن با پی‌گیری ضعیف‌تر فرآیند درمان، تیم درمانی در قدم اول باید در زمینه‌ی شناخت عوامل مستعدکننده‌ی افسردگی پس از بروز حمله‌ی سکته، آگاهی کافی داشته باشد و این آگاهی به دست نمی‌آید مگر این که تحقیقات کافی در مورد عوامل مرتبط با این اختلال به عمل آید [۵]. بیماران افسرده قابل درمان هستند و درمان آن‌ها سبب بهبود نتایج درمان بیماری قلبی می‌شود؛ اما شرط موفقیت در درمان افسردگی سه چیز است: تشخیص زودرس، درمان به موقع و درست و جلوگیری از عودهای مکرر [۱۵].

از جمله عوارض بیماری‌های قلبی عروقی، استرس‌های سایکولوژیک نظیر اضطراب، افسردگی و خصومت است که سبب تشدید و طولانی شدن بیماری و تداخل در امر درمان و در نهایت تاخیر در بهبودی می‌شود [۱۰]. شیوع افسردگی بالینی و علایم افسردگی در مردان و زنان مبتلا به بیماری‌های قلبی بالاتر از جمعیت عمومی است [۱۶]. اضطراب نیز در این بیماران شیوع بالایی دارد [۱۷]. همچنین افسردگی با مورتالیتی و موربیدیتی در افراد مبتلا به سندرم کرونری حاد ارتباط مستقیم دارد [۱۰]، افسردگی، هم در شکل‌گیری و هم در پیش‌آگهی بیماری‌های قلبی عروقی، از جمله بیماری‌های عروق کرونر قلب، نقش دارد [۱۷]، به طوری که محققان معتقدند افسردگی درمان نشده مانند سیگار، افزایش فشارخون و هیپرلیپیدمی می‌تواند خطر ابتلا به بیماریهای کرونر را از یک به ۲/۲ افزایش دهد [۱۲] اضطراب نیز ریسک حمله‌ی قلبی را پنج الی ده درصد افزایش می‌دهد [۱۸].

مطالعات کلینیکی هفده تا ۲۲ درصد شیوع افسردگی ماژور را طی اولین سال بعد از افرکتوس میوکارد را گزارش کرده‌اند [۱۹]، ضمن این که افرادی که اضطراب و افسردگی دارند، سه برابر بیشتر از دیگران احتیاج به مسکن و مخدر دارند، عوارض بیشتری را تجربه می‌کنند و عملکرد سیستم ایمنی شان ضعیف تر است [۲۰]. از این رو اداره‌ی صحیح این اختلالات می‌تواند موجب بهبودی سیر بیماری قلبی و ارتقای کیفیت زندگی بیماران و از طرفی کاهش هزینه‌های درمان شود. بر اساس نتایج می‌توان پیش‌نهاد نمود که درخواست مشاوره‌ی روانپزشکی برای این بیماران مورد بررسی قرار گیرد. با این حال، در تحقیق *بیرقی* و همکاران با وجود مشاهده‌ی میزان بالای شیوع علایم افسردگی (۷۲ درصد) و اضطراب (۹۰ درصد)، مشاوره‌ی روانپزشکی فقط برای یک بیمار درخواست شده بود [۱۸] . اضطراب برحسب جنس نیز متفاوت است به طوری که یازده درصد از زنان و هفت درصد از مردان اضطراب داشته‌اند [۲۱]. اضطراب و افسردگی را جزء مسایل شخصی فرض نموده‌اند و در تحقیقات اشاره شده نشان داده‌اند که در فرهنگ‌ها و جوامع مختلف شیوع و بروز متفاوتی دارند. این پژوهش با توجه به اهمیت مشکلات روانپزشکی در بیماران قلبی و در راستای تعیین میزان اضطراب و افسردگی در بین بیماران قلبی مراجعه کننده به بیمارستان‌های آموزشی شهر کرمان و عدم وجود پژوهشی مرتبط با این هدف در کرمان و بالاترین درصد مراجعه کننده به این بیمارستان‌ها تنظیم شده است.

روش‌ها

این پژوهش، یک مطالعه توصیفی مقطعی بود. بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه‌ی قلبی و داخلی قلب بیمارستان‌های شفا و افضلی‌پور دانشگاه علوم پزشکی کرمان، جامعه‌ی پژوهش را تشکیل می‌دادند. ۳۶۶ نفر در پژوهش مشارکت نمودند. شرایط ورود به پژوهش شامل بستری شدن برای بار اول در بخش‌های مذکور، نداشتن هرگونه بیماری جسمی شدید (غیر از بیماری قلبی) و عدم سابقه بیماری روان‌پزشکی در بیمار بود.

بیماران، پس از توضیح اهداف انجام پژوهش توسط مصاحبه‌گر، در صورت وجود تمایل و توانایی پاسخ‌دهی به سوالات، با اخذ رضایت آگاهانه وارد مطالعه می‌شدند. دلیل انتخاب روزهای دوم و ششم بستری بر طبق تحقیقات مختلف از جمله پژوهش حسینی و

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

همکاران [۱۴] بود. سایر دلایل شامل رفع اضطراب اولیه ناشی از تشخیص و ثبات وضعیت جسمی در مراحل اولیه و بستری در بخش‌های ویژه، همچنین پذیرش بیماری و در نهایت تعیین نقش محیط بیمارستان در بروز این اختلالات بود. برای جمع‌آوری اطلاعات از یک پرسش‌نامه‌ی دو قسمتی استفاده شد. بخش اول خصوصیات دموگرافیک و بخش دوم از پرسش‌نامه‌ی اضطراب افسردگی بیمارستانی (HADS) با چهارده سوال استفاده شد. این پرسش‌نامه برای بیماران بستری غیر روانی استفاده می‌شود. مقیاس پاسخ‌های سوالات رتبه‌ای و چهار حالتی است که برای پاسخ هر سوال امتیازی بین صفر تا سه تعلق می‌گیرد. بدین ترتیب هر فرد در هر حیطه، امتیازی بین صفر تا ۲۱ خواهد داشت. که امتیاز بین صفر تا هفت نرمال، هشت تا ده بینابینی و بالاتر از ده به عنوان موارد انحراف از سلامتی شناخته می‌شود. سوالات فرد برای سنجش اضطراب و سوالات زوج برای سنجش افسردگی به کار گرفته می‌شود. این ابزار در ایران توسط منتظری و همکاران در سال ۲۰۰۳ روایی و پایایی شده است. ثبات درونی آن با آلفای کرونباخ برای اضطراب ۷۸ درصد و برای افسردگی ۸۶ درصد بوده است [۲۲]. آزمون تی زوجی، تی مستقل و آنالیز یک طرفه واریانس برای تجزیه و تحلیل آماری و نرم‌افزار SPSS17 مورد استفاده قرار گرفتند. سطح معنی‌داری برای همه آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سنی بیماران شرکت کننده در پژوهش (۱۲/۹۷) ۵۹/۱۴ سال و ۶۰/۱ درصد از بیماران مرد بودند. شغل بیماران به ترتیب کارمند (۱۶/۹ درصد)، آزاد (۳۰/۱ درصد) و بیکار (۵۱/۱ درصد) بود. ۸۴/۲ درصد شرکت کنندگان تحصیلات دیپلم، ۸/۲ درصد فوق‌دیپلم، ۱/۶ درصد لیسانس و ۲/۷ درصد فوق‌لیسانس داشتند. وضعیت تأهل شامل مجرد (۲/۲ درصد)، متأهل (۸۷/۷ درصد)، بیوه (۱۷/۹ درصد) و طلاق گرفته (۰/۳درصد) بود. ۴۱ درصد از بیماران شرکت‌کننده در پژوهش سیگار می‌کشیدند. میانگین نمره‌ی اضطراب در ۴۸ ساعت اول بستری ۱۰/۱۲ با انحراف معیار ۳/۴۹ بود. میانگین نمره‌ی افسردگی ۱۰/۱۰ با انحراف معیار ۲/۶۹ بود. میانگین نمره‌ی اضطراب شش روز پس از بستری ۱۰/۱۷ با انحراف معیار ۲/۹۷ و نمره افسردگی ۹/۹۵ با انحراف معیار ۲/۶۲ بود. آزمون تی زوجی تفاوت معنی‌داری بین نمره اضطراب و افسردگی ۴۸ ساعت و ۶ روز پس از بستری نشان نداد. نمره اضطراب و افسردگی به تفکیک متغیرهای دموگرافیک ۴۸ ساعت و شش روز بعد از بستری در جدول ۱ آورده شده است.

با استفاده از آزمون تی مستقل، بین زنان و مردان تفاوت معنی‌داری بین اضطراب و افسردگی، ۴۸ ساعت و شش روز بعد بستری تفاوتی مشاهده نشد. همچنین بین اضطراب و افسردگی ۴۸ ساعت و شش روز بعد از بستری با استفاده از آزمون تی زوجی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. بین تحصیلات مختلف با استفاده از آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه در مورد اضطراب ۴۸ ساعت پس از بستری تفاوت

جدول ۱: تاثیر متغیرهای دموگرافیک بر اضطراب و افسردگی در بیماران بستری در بخش‌های قلبی ۴۸ ساعت و ۶ روز پس از بستری

متغیر		اضطراب		افسردگی	
		۴۸ ساعت	۶ روز	۴۸ ساعت	۶ روز
جنس	مرد	۹/۷۶±۳/۵۲	۱۰/۰۷±۲/۹۱	۱۰/۱۷±۲/۸۰	۹/۹۲±۲/۶۹
	زن	۱۰/۴۷±۳/۴۳	۱۰/۳۱±۳/۱۲	۹/۹۵±۲/۴۵	۹/۹۳±۲/۴۷
سطح تحصیلات	دیپلم و زیر دیپلم	۹/۹۶±۳/۵۰	۱۰/۱۹±۲/۸۵	۹/۹۲±۲/۴۹	۹/۷۳±۲/۳۵
	فوق دیپلم	۱۰/۹۶±۳/۳۲	۱۱/۰۳±۳/۲۸	۱۱/۰۳±۲/۵۱	۲/۸۶±۲/۹۴
	لیسانس	۹/۸۳±۲/۴۸	۹/۳۳±۳/۱۴	۱۰/۳۳±۲/۲۵	۹/۸۳±۱/۷۲
	فوق لیسانس	۸/۶۶±۴/۵۲	۶/۶۰±۳/۶۵	۱۳/۴۰±۲/۴۵	۱۳/۹۰±۲/۱۸
سن		p=۰/۶۴ r=−۰/۰۲	p=۰/۹۶ r=−۰/۰۰	p=۰/۰۰۱ r=−۰/۱۶	p=۰/۰۲ r=−۰/۱۱
مصرف سیگار	دارد	۱۰/۲۲±۳/۲۹	۱۰/۳۱±۲/۵۲	۹/۹۳±۳/۶۷	۹/۹۲±۲/۷۴
	ندارد	۱۰/۴۶±۲/۷۲	۹/۸۹±۲/۳۵	۱۰/۰۶±۳/۲۲	۹/۹۶±۲/۷۵
وضعیت تاهل	مجرد	۸/۵۷±۵/۵۳	۹/۳۷±۵/۱۸	۱۲/۸۷±۰/۹۹	۱۱/۶۲±۱/۹۹
	متاهل	۱۰/۰۰±۳/۵۰	۱۰/۲۱±۲/۹۵	۱۰/۱۶±۲/۶۶	۱۰/۰۷±۲/۶۰
	بیوه	۱۰/۹۶±۳/۱۶	۱۱/۰۳±۲/۸۴	۸/۴۴±۲/۳۶	۸/۱۷±۲/۲۸

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

معنی‌داری مشاهده نشد. در اضطراب بعد از شش روز بین گروه‌های مختلف تحصیلات، تفاوت آماری معنی‌دار مشاهده شد و نشان داد که بین اضطراب افراد فوق لیسانس با افراد دیپلم و فوق دیپلم اختلاف مشاهده شد و نمره اضطراب افراد فوق لیسانس از این دو گروه کمتر بود. نمره افسردگی ۴۸ ساعت بعد از بستری با استفاده از آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه تفاوت آماری معنی‌داری بین گروه‌های مختلف تحصیلی مشاهده شد و افراد فوق لیسانس نمره افسردگی بیشتری نسبت به افراد دیپلم داشتند. مقایسه‌ی افسردگی شش روز پس از بستری نشان داد که افسردگی افراد فوق لیسانس بیشتر از افراد لیسانس و فوق دیپلم بود. بین ۴۸ ساعت و شش روز پس از بستری در داخل گروه‌های تحصیلی تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نشد. بین سن و اضطراب ۴۸ ساعت و شش روز اول بستری ارتباطی مشاهده نشد اما بین سن و افسردگی ۴۸ ساعت و شش روز اول بستری ارتباط منفی وجود داشت و با افزایش سن، افسردگی بیمار کاهش می‌یافت.

بحث

بین اضطراب و افسردگی ۴۸ ساعت پس از بستری و شش روز بعد تفاوتی وجود نداشت. اضطراب و افسردگی به عنوان دو ناهنجاری روانی بایستی به عوامل خطرساز بیماری‌های عروق کرونر اضافه شوند [۲۳]. افسردگی بعد از انفارکتوس میوکارد با افزایش مورتالیتی همراه است و بیماران با اضطراب بعد از انفارکتوس حاد میوکارد بیشتر دچار عوارض در بیمارستان می‌شوند [۲۴]. براساس نتایج این پژوهش میانگین سنی بیماران ۵۹/۱۴ سال با انحراف معیار ۱۲/۹۷ بوده که نسبت به پژوهش‌های حسن پور و همکاران [۲] با میانگین سنی ۵۵/۷ سال و *اکن* و همکاران [۱۷] با میانگین سنی ۵۰/۹ سال بالاتر است. در این تحقیق ۶۰/۱ درصد از بیماران مرد و ۳۹/۱ درصد زن بودند که نسبت به پژوهش *اکن* و همکاران که ۶۷ درصد مرد و ۳۳ درصد زن بودند درصد مردان مورد بررسی پایین‌تر است؛ ولی نسبت به پژوهش *حسن‌پور* و همکاران در شهرکرد [۲] با میزان ۵۷ درصد مذکر و *مدبرنیا* و همکاران [۱۱] با ۵۸/۵ درصد بالاتر است. بین اضطراب با جنسیت در ۴۸ ساعت اول بستری و شش روز بعد رابطه معنی‌دار وجود نداشت که با پژوهش *سلیمانی* و همکاران در شهر کرمان در سال ۷۴ هماهنگ است.

در بررسی میزان اضطراب در ۴۸ ساعت اول، دوازده درصد از بیماران دارای اضطراب شدید بودند که نسبت به نتایج پژوهش‌های *هانسن* و همکاران [۲۵] با میزان ۱۹/۷ درصد، *برنز* [۹] با میزان چهل درصد، *بهشتی* و همکاران [۱۲] با میزان ۶۵/۴ درصد، *بیرقی* [۱۸] با میزان۹۰ درصد و *نظری* و همکاران [۲۶] در بخش‌های داخلی ـ جراحی بیمارستان‌های آموزشی شهر کرمان با میزان ۵۰/۴ درصد کمتر است؛ ولی نسبت به پژوهش‌های *وهابی* و همکاران [۲۷] با ۶/۶ درصد و *سلیمانی* و همکاران [۲۸] با دو درصد اضطراب شدید بالاتر بوده است. این تفاوت می‌تواند ناشی از ابزارهای مورد استفاده، فرهنگ و حمایت‌های عاطفی و اجتماعی کادر پزشکی و خانواده باشد که مطالعات بیشتری در این زمینه را طلب می‌نماید. اضطراب یک احساس شایع روانی در پنجاه درصد افراد بستری در بخش‌های مراقبت ویژه‌ی قلبی است [۲۹]. اغلب بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه قلبی در ۴۸ ساعت اول دچار اضطراب هستند [۳۰]. میزان اضطراب در بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه‌ی قلبی بالاتر از متوسط است [۲۷].

اضطراب روی واکنش‌های فیزیولوژیک مددجو مثل تعداد تنفس، ضربان قلب، فشار خون، مصرف اکسیژن میوکارد و غلظت پلاسمایی اپی‌نفرین و نوراپی نفرین تأثیر می‌گذارد؛ بنابراین پرستاران باید اضطراب را در بیماران شناسایی کرده و از روش‌های مناسب برای کاهش اضطراب ایشان استفاده نمایند [۳۱].

روش‌های غیردارویی مانند آموزش به بیمار، تن آرامی و موسیقی می‌توانند در کاهش اضطراب موثر باشند [۳۰]. در مطالعه‌ی مشابه قبلی ۱۹/۷ درصد از بیماران در آغاز بستری نشانه‌های اضطراب را داشتند که بعد از سه، شش، دوازده و هجده ماه بعد به ترتیب به ۱۶/۱، ۱۶/۵، ۱۴/۱ و ۱۶/۸ درصد کاهش یافت [۲۵]. در این پژوهش نیز درصد اولیه اضطراب از دوازده درصد در ۴۸ ساعت اولیه به ۹/۸ درصد در روز ششم کاهش یافت. این مطلب نشان دهنده این است که یافته‌های این پژوهش با تحقیق مشابه همخوانی دارد و روند اضطراب بیماران پس از مراحل اولیه‌ی بستری و پس از کسب اطلاعات و تثبیت وضعیت حاد اولیه کاهش می‌یابد.

مطالعات کلینیکی میزان شیوع افسردگی را بین هفده تا ۲۲ درصد در طی اولین سال بعد از انفارکتوس میوکارد گزارش کرده‌اند که این میزان در زنان بالاتر است [۱۹]. میزان افسردگی در جمعیت عمومی سیزده درصد و در بیماران قلبی ۲۸ درصد گزارش شده است که از این بین پانزده تا بیست درصد افسردگی ماژور و به همین نسبت افسردگی مینور بعد از انفارکتوس میوکارد گزارش شده است [۲۵]. در این پژوهش میزان افسردگی شدید ۷/۷ درصد بود که نسبت به سایر مطالعات پائین‌تر بوده است که احتمالا به دلیل فاصله کوتاه بررسی پس از وقوع بیماری قلبی است و نمی‌توان این درصد را با آمار یک ساله مقایسه کرد.

بیش از پنجاه درصد بیمارانی که برای اولین بار دچار سکته‌ی قلبی شده بودند به افسردگی مبتلا شده بودند و میزان افسردگی در زنان، مجردها و کم‌سوادها، بیشتر بوده است. در پژوهش حاضر، ۷۲/۲ درصد از مردان افسردگی شدید و ۲۷/۸ درصد از زنان افسردگی شدید داشتند. شدت افسردگی اولیه و تداوم آن در شش روز بعد در زنان بیش از مردان بود. از آن جا که افسردگی بعد از سکته‌ی قلبی مانند عامل ثابت شده‌ای مثل هیپرکلسترومی در پیش‌آگهی نقش

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

دارد، همچنین افسردگی همزمان با سکته قلبی دو تا سیزده درصد و تا یک سال بعد به میزان بیست تا سی درصد افزایش می‌یابد [۱۴]. در پژوهش حاضر، میزان افسردگی در روز ششم به میزان ۶/۸ درصد کاهش یافته است؛ اما در پژوهش *هانسن* و همکاران [۲۵] ۱۳/۶ درصد از بیماران در ابتدا افسردگی داشتند و بعد از سه، شش، دوازده و هجده ماه بعد به ترتیب به ۱۳/۴، ۱۴/۷، ۱۰/۲ و ۱۳/۷ درصد کاهش یافته بود که با توجه به بررسی بیشتر، این نتایج با آمار کلی تشابه بیشتری دارد.

بین افسردگی با جنسیت در ۴۸ ساعت اول بستری و شش روز بعد رابطه‌ی معنی‌دار مشاهده نشد که با پژوهش *مدبرنیا* و همکاران [۱] و *سلیمانی* و همکاران [۲۸] که بین جنس و افسردگی ارتباطی را گزارش نکرده بودند هماهنگ است. ولی شیوع افسردگی در پژوهش مشابه [۱۴] در زنان ۲۴/۸ درصد و در مردان ۲۷/۸ درصد بود که با یافته‌های تحقیق اخیر هماهنگ است. بین سطح تحصیلات و افسردگی در ۴۸ ساعت اول (p=۰/۰۰۱) و شش روز بعد (p=۰/۰۰) رابطه‌ی معنی‌دار بوده است که با پژوهش مشابه که در آن رابطه تحصیلات با افسردگی معنی‌دار بوده است هماهنگ است [۱۱]؛ ولی با پژوهش *سلیمانی* و همکاران [۲۸] که بین تحصلات و افسردگی رابطه معنی‌دار نبود تفاوت دارد. این تفاوت احتمالا به دلیل ابزارهای متفاوت در پژوهش و خدمات درمانی مناسب‌تر و افزایش سطح آگاهی بیماران از بیماری‌های قلبی و روند پیگیری است. نظر به این که اخیرا مطالعات متعدی تعیین دقیق اضطراب و افسردگی و درمان اختلالات مذکور متعاقب مشکلات قلبی را لازم دانسته‌اند [۳۲] و با توجه به میزان اضطراب و افسردگی در این پژوهش پیش‌نهاد می‌شود که علاوه برتعیین میزان اختلالات مذکور برنامه‌های درمانی متناسب با مشکلات بیماران نیز در نظر گرفته شود.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج این پژوهش دو اختلال افسردگی و اضطراب که می‌توانند تاثیر قابل توجهی بر پیامد بیماران قلبی داشته باشند شیوع بالایی در بین بیماران قلبی بستری دارند و نیازمند اقدام موثر در زمینه شناسایی سریع و کاهش عوارض توسط پرسنل پرستاری هستند.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران مراتب تقدیر و تشکر خویش را از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان، مرکز تحقیقات فیزیولوژی و کمیته پژوهشی HSR، که با تصویب این طرح با شماره ۸۸/۹۲ موجبات پژوهش مزبور را فراهم نمودند اعلام می‌دارند.

References

1. Libby P, Braunwald E. Braunwald's heart disease : A textbook of cardiovascular medicine. 8th ed. Philadelphia: Saunders/Elsevier. 2008.
2. Hasanpour-Dehkordi A, Delaram M, Foruzandeh N, Ganji F, Asadi-Noghabi AA, Bakhsha F, et al. A survey on quality of life in patients with myocardial infarction, referred to Shahrekord Hagar hospital in 2005. J Shahrekord Univ Med Scien. 2007;9(3):78-84.
3. Vyzshfar F, editor. Epidemiology of cardiovascular disease in patients in intensive care unit Larestan. Medical research, proceedings of the first congress of prevention of non communicable diseases. Tehran. 2002.
4. Stewart M, Davidson K, Meade D, Hirth A, Makrides L. Myocardial infarction: survivors' and spouses' stress, coping, and support. J Adv Nurs. 2000 Jun;31(6):1351-60.
5. Ali-Remayy N, editor. Depression after stroke. Medical research, proceedings of the second congress of prevention of non communicable diseases.Shiraz. 2003.
6. Martens E, Nyklí ek I, Szabó B, Kupper N. Depression and anxiety as predictors of heart rate variability after myocardial infarction. Psychological medicine. 2008;38(03):375-83.
7. Vural M, Acer M, Akbas B. The scores of Hamilton depression, anxiety, and panic agoraphobia rating scales in patients with acute coronary syndrome. Anadolu Kardiyol Derg. 2008 Feb;8(1):43-7.
8. Dickens C, McGowan L, Percival C, Tomenson B, Cotter L, Heagerty A, et al. New onset depression following myocardial infarction predicts cardiac mortality. Psychosom Med. 2008May;70(4):450-5.
9. Brenes GA. Anxiety, depression, and quality of life in primary care patients. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2007;9(6):437-43.
10. Roh-afza H, Saidi M, Sadeghi M, Bashtam M, Rabii K. Effect of cardiac rehabilitation on a period of psychological stress. J Res Med Scien. 2003;8(3):94-7.
11. Modabernia MJ, Sobhani A, Nasiri-rad A, Kiakajoori S. Prevalance of depression in MI patients. Medical faculty Journal of Guilan University of Medical Sciences. 2001;10(39-40):16-21.
12. Beheshti A, Irajian G, Darabian M, Shafaeian M, Ghorbani R, Keshavarzian M. Determination of frequency and intensity of psychical disorders in patients with chest pain with non-cardiac origin referred to cardiovascular clinics (2004-2005). koomesh: Journal of Semnan University of Medicla Sciences. 2006;7(1):101-6.
13. Lesperance F, Frasure-Smith N, Talajic M, Bourassa MG. Five-year risk of cardiac mortality in relation to initial severity and one-year changes in depression symptoms after myocardial infarction. Circulation. 2002 Mar 5;105(9):1049-53.
14. Hosseini H, Tayebian S, Samarbakhsh A. Prevalence of symptoms of depression related factors for first myocardial infarction. Pejouhandeh. 2005;10(5):317-20.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

15. Davydyan H, editor. Major mental health issues in the country. Medical research, proceedings of the first congress of prevention of non communicable diseases; 2002; Tehran.
16. Shamsipour H, Besharat MA, Sadeghian S. An investigation of the relationship between marital stress and depressive symptoms among women with coronary heart disease. Journal of Psychology and Education. 2005;35(2):21-37.
17. Eken C, Oktay C, Bacanli A, Gulen B, Koparan C, Ugras SS, et al. Anxiety and depressive disorders in patients presenting with chest pain to the emergency department: a comparison between cardiac and non-cardiac origin. J Emerg Med. 2010 Aug;39(2):144-50.
18. Beyraghi N, Tonekaboni SH, Vakili G. Anxiety and depression in patients admitted in cardiac care unit, Taleghani Hospital, Tehran, Iran, 2003. Hormozgan Medical Journal. 2005;9(4):261-4.
19. Bjerkeset O, Nordahl HM, Mykletun A, Holmen J, Dahl AA. Anxiety and depression following myocardial infarction: gender differences in a 5-year prospective study. J Psychosom Res. 2005 Feb;58(2):153-61.
20. Pozuelo L, Tesar G, Zhang J, Penn M, Franco K, Jiang W. Depression and heart disease: What do we know, and where are we headed? Cleveland Clinic journal of medicine. 2009;76(1):59.
21. Haug T, Mykletun A, Dahl A. The association between anxiety, depression, and somatic symptoms in a large population: the HUNT-II study. Psychosomatic medicine. 2004;66(6):845.
22. Montazeri A, Vahdaninia M, Ebrahimi M, Jarvandi S. The Hospital Anxiety and Depression Scale(HADS): translation and validation study of the Iranian version. Health and quality of life outcomes. 2003;1(1):14.
23. Jakobsen AH, Foldager L, Parker G, Munk-Jorgensen P. Quantifying links between acute myocardial infarction and depression, anxiety and schizophrenia using case register databases. J Affect Disord. 2008 Jul;109(1-2):177-81.
24. Huffman JC, Smith FA, Blais MA, Beiser ME, Januzzi JL, Fricchione GL. Recognition and treatment of depression and anxiety in patients with acute myocardial infarction. Am J Cardiol. 2006 Aug 1;98(3):319-24.
25. Hanssen TA, Nordrehaug JE, Eide GE, Bjelland I, Rokne B. Anxiety and depression after acute myocardial infarction: an 18-month follow-up study with repeated measures and comparison with a reference population. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2009 Dec;16(6):651-9.
26. Nazari T, Yassemi MT, Doust-Mohammadi M, Nematzadeh-Mahani K. Prevalence of depression and anxiety among patients in internal and surgical wards. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2002;6(2):18-24.
27. Vahabi Y. The Effect of Music Therapy and Relaxation on Hospitalized CCU Patients' Anxiety. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2003;8(3):75-82.
28. Soleimani L. Determine the prevalence of anxiety and depression in CCU, pccu. Kerman: Kerman University of Medical Sciences.1995.p.450.
29. Januzzi JL, Jr., Stern TA, Pasternak RC, DeSanctis RW. The influence of anxiety and depression on outcomes of patients with coronary artery disease. Arch Intern Med. 2000 Jul 10;160(13):1913-21.
30. Bassampoor S. The effect of relaxation techniques on anxiety of patients withmyocardial infarction. The Journal of Qazvin University of Medical Sciences. 2005;35(1):53-8.
31. Pourmemari MH. A study of the effect the Benson relaxation technique on anxiety and cardiac dysrhythmias in cardiac catheterization. Journal of Zanjan University of Medical Sciences 1996;13(3):40-9.
32. Martin CR, Lewin RJ, Thompson DR. A confirmatory factor analysis of the Hospital Anxiety and Depression Scale in coronary care patients following acute myocardial infarction. Psychiatry Res. 2003 Aug 30;120(1):85-94.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]