J Crit Care Nurs. 2022 August;15(3)
Published online 2022
Research Article

Assessment of Anxiety and Depression in the Elderly with Acute Coronary Syndrome Hospitalized in Selected Hospitals in Tehran 2021: A Multicenter Cross-Sectional Study

Taher Maleki[1], Majideh Heravi-Karimooi[2*], Mahshid Foroughan[3], Farid Zayeri[4]
1. Shahed University, Faculty of Nursing & Midwifery, Tehran, Iran
*2. Elderly Care Research Center- Shahed University, Faculty of Nursing & Midwifery, Tehran, Iran
3. Aging Research Center, University of Welfare and Rehabilitation Sciences, University of Rehabilitation and Health Sciences, Tehran, Iran
4. Proteomics Research Center, Department of Biostatistics, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

** Corresponding Author: Majideh Heravi-Karimooi, Elderly Care Research Center- Shahed University, Faculty of Nursing & Midwifery, Tehran, Iran. Email: heravi@shahed.ac.ir*

Abstract

Background and aim: Coronary Artery Disease (CAD) despite physical disorders can also lead to significant mental disturbances like anxiety and depression. Therefore, the present study was conducted in order to assess the level of anxiety and depression in the elderly with acute coronary syndromes hospitalized in selected hospitals in Tehran 1400.

Methods: The current study is a cross-sectional, quantitative and descriptive-analytical study that was conducted in 2021. The study population included the elderly male and female patients (over 60 years old) who suffered from acute coronary syndrome hospitalized in selected hospitals in Tehran. For this purpose, 229 people were randomly selected to participate in the study. The Abbreviated Mental Test (AMT) and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) were used as questionnaries in this study.

Results: Findings showed that with an increase of one unit of the anxiety score, if other variables were fixed, the depression score increased by an average of 0.45 units. Also, the results for other demographic variables showed that people with low education, having non-personal residence, lack of social support, families with more than four children, unemployed people and male gender had a higher depression score.

Conclusion: Considering the existence of a significant relationship between anxiety and depression with the mentioned variables, it is suggested that health service providers and their families pay attention to elderly patients in order to reduce the level of anxiety and depression.

Keywords: *Anxiety, Depression, Acute Coronary Syndrome, Elder*

Copyright © 2018, Critical Care Nursing. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

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

[DOI: 10.30491/JCC.15.3.49]

مجله پرستاری مراقبت‌های ویژه
دوره ۱۵، شماره ۳، ۱۴۰۱
صفحات: ۵۷-۴۹

بررسی میزان اضطراب و افسردگی در سالمندان مبتلا به سندرم کرونری حاد در بیمارستان‌های منتخب شهر تهران سال ۱۴۰۰: یک مطالعه مقطعی چندمرکزه

طاهر ملکی[۱]، مجیده هروی کریموی*[۲]، مهشید فروغان[۳]، فرید زایری[۴]

۱. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
*۲. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های سالمندی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
۳. گروه سالمندشناسی، مرکز تحقیقات سالمندی ، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران
۴. مرکز تحقیقات پروتئومیکس و گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

نویسنده مسوول: مجیده هروی کریموی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های سالمندی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. ایمیل: aheravi@shahed.ac.ir m

چکیده

زمینه و هدف: بیماری عروق کرونر، علاوه بر مطرح نمودن مشکلات جسمی، باعث اختلال قابل‌توجه در وضعیت روانی بیماران می‌شود که از جمله این اختلالات می‌توان به اضطراب و افسردگی اشاره کرد. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان اضطراب و افسردگی در سالمندان مبتلا به نشانگان کرونری حاد بستری در بیمارستان‌های منتخب شهر تهران سال ۱۴۰۰ انجام شد.

روش‌ها: مطالعه‌ی حاضر از نوع مطالعات مقطعی است که در سال ۱۴۰۰ انجام شد. جامعه آماری مطالعه بیماران سالمند مرد و زن (بالای ۶۰ سال) مبتلا به بیماری سندرم کرونری حاد بستری در بیمارستان‌های منتخب شهر تهران بودند که به روش تصادفی ۲۲۹ نفر انتخاب وارد مطالعه شدند. ابزار این مطالعه پرسشنامه (پرسشنامه‌های آزمون کوتاه شناختی، مشخصات فردی و اجتماعی و پرسشنامه مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی) بودند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که با افزایش یک واحد نمره اضطراب، در صورت ثابت گرفتن سایر متغیرها، میزان نمره افسردگی بطور متوسط ۰/۴۵ واحد افزایش پیدا می‌کند. همچنین نتایج برای سایر متغیرهای جمعیت‌شناختی نشان داد که افراد دارای تحصیلات پایین، داشتن سکونت غیرشخصی، عدم برخورداری از حمایت اجتماعی، خانوارهای دارای بیش از چهار فرزند، افراد بیکار و جنسیت مرد نسبت به افراد دارای تحصیلات دانشگاهی، داشتن سکونت شخصی، برخورداری از حمایت اجتماعی، خانوارهای دارای کمتر از چهار فرزند، افراد شاغل و جنسیت زن، از نمره افسردگی بالاتری برخوردار بودند.

نتیجه‌گیری: با توجه به وجود رابطه معناداری بین برخی از متغییرهای جمعیت‌شناختی سالمندان با میزان افسردگی و اضطراب و همچنین مستعد بودن بیماران سالمند به بیماری‌های قلبی و عروقی و تأثیرات نامتعارف افسردگی بر این گروه از بیماران، نتیجه‌گیری می‌شود که توجه جدی به این ویژگی‌های جمعیت‌شناختی که مؤثر بر میزان افزایش افسردگی و اضطراب بیماران هستند، از طرف ارایه‌کنندگان خدمات سلامت و خانواده بیمار صورت گیرد تا از میزان افسردگی و اضطراب بیماران سالمند بکاهد.

کلیدواژه‌ها: *اضطراب؛ افسردگی؛ سالمندان؛ سندرم کرونری حاد*

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

[DOI: 10.30491/JCC.15.3.49]

مقدمه

بیماری‌های عروق کرونر شایع‌ترین بیماری‌های قلبی عروقی و شایع‌ترین علت مرگ‌ومیر در دنیا هستند[۱]؛ از طرفی اضطراب و افسردگی می‌توانند خطر بروز بیماری قلبی و عروقی را در افراد سالم و پیامدهای مضر در افراد دارای بیماری قلبی و عروقی را افزایش دهند. ارتباط میان این اختلالات و بیماری‌های قلبی و عروقی در مطالعات فراوان عنوان شده است. نتایج مطالعات اخیر نیز نشان می‌دهد که اضطراب و افسردگی به عنوان عاملی شایع برای بروز مرگ‌ومیر و ناخوشی‌ها و همچنین پیش‌بینی‌کننده پیامدهای قلبی مضر و خطرناک در بیماران قلبی و عروقی است[۲].

سندروم‌های حاد کرونر از موارد تهدیدکننده سلامتی در سنین سالمندی و یکی از اختلال‌های مهم و بسیار شایع و از علل اصلی بروز مرگ در افراد بالای ۶۵ سال هستند. علت ۶۰ درصد همه مرگ‌ها در افراد بالای ۷۵ سال سکته حاد میوکارد ذکر شده و مرگ و میر آن‌ها در بیمارستان نسبت به افراد جوانتر حداقل سه برابر بیشتر است[۱].

از طرفی هرم جمعیتی کشور ایران در حال تغییر است به طوری که پیش‌بینی می‌شود که در سال ۱۴۳۰ حدود ۲۵ درصد جمعیت کشور را سالخوردگان تشکیل دهند که این موضوع بار فراوانی از نظر بیماری‌ها در پی خواهد داشت. بنابراین، باید در سیاست‌گذاری‌ها به این موضوع بصورت ویژه توجه شود[۳]. در ابتدای هزاره سوم، پدیده سالمندی بیش از گذشته به صورت یک واقعه عمده جهانی جلوه‌گر می‌شود[۴]. الگوی اپیدمیولوژیک بیماری‌ها در سنین سالمندی و گرایش به سوی بیماری‌های مزمن از یک سو و مواجه شدن با افراد سالمندی که سالم هستند و نیاز به حمایت‌های بهداشتی و درمانی دارند از سوی دیگر نیاز به مداخلات مناسب داشته و همانگونه که امید به زندگی در جوامع افزایش می‌یابد تدوین و اجرای سیاست‌های پیشگیرانه و درمانی برای حفظ و ارتقای سطح سلامت سالمندان ضروری است. تشخیص بیماری عروق کرونر، علاوه بر مطرح نمودن مشکلات جسمی، باعث اختلال قابل توجه در وضعیت روانی بیماران می‌شود. از جمله این اختلالات می‌توان به اضطراب، افسردگی و عدم اطمینان در مورد آینده اشاره کرد. بیماری‌های عروق کرونر مشکلات متعددی از جمله درد، کاهش اکسیژن‌رسانی به بافت‌ها و کاهش تحمل در قبال فعالیت‌های روزانه را در پی دارد و می‌تواند منجر به ایجاد فشارهای روانی و اضطراب در مبتلایان شود. در پژوهشی که کوهن Cohen انجام داد به این نتیجه دست یافت که افسردگی، خطر مرگ‌ومیر ناشی از سکته‌های قلبی و حوادث عروقی را افزایش می‌دهد. از طرفی افسردگی شایع‌ترین اختلال خلقی است که غمگینی، خلق افسرده، بی‌علاقگی، عدم توانایی در لذت بردن از علائم کلیدی آن است[۶]. همچنین شواهد بیانگر آن است افسردگی و اضطراب به شدت با یکدیگر رابطه دارند و اغلب این دو اختلال در کنار یکدیگر تجربه می‌شوند[۷]. همچنین در پژوهشی که پائولو اوسلا و همکاران (۲۰۱۸) در مطالعه‌ای که ۲۶۶ بیمار بدون سابقه‌ی افسردگی قبلی را مورد ارزیابی قرار داده بودند، نشان داد که تأثیر مخرب افسردگی بر پیش‌آگهی قلب در یک جامعه‌ی انتخاب شده را تأیید می‌کند و نشان می‌دهد که اضطراب پس از اولین تشخیص بیماری سندرم کرونری حاد بسته به دوره‌ی بیماری ممکن است نقش‌های مختلفی داشته باشد.[۳].

با توجه به شیوع بالای اختلالات افسردگی و اضطراب، ماهیت ناتوان‌کننده آن و هزینه‌های سنگینی که به فرد مبتلا و جامعه تحمیل می‌نماید به نظر می‌رسد در برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری در حوزه بهداشت روانی این دسته از اختلالات باید مورد توجه ویژه‌ای قرار گیرند. بدیهی است که پژوهش و بررسی ابعاد، سبب‌شناسی، علامت‌شناسی و درمان اشکال مختلف این اختلالات در جمعیت‌های متفاوت نظیر جمعیت بیماران قلبی حائز اهمیت است[۸]. کشور ما از جمله کشورهای در حال توسعه است که به شدت با افزایش بیماری‌های قلبی عروقی و سالمندی روبرو است. با این‌حال بررسی‌های اندکی در رابطه با عوامل تأثیرگذار بر این دسته از بیماران انجام شده است. افسردگی و اضطراب منجر به اختلالات عملکردی و استفاده مفرط از خدمات مراقبت بهداشتی و درمانی می‌شوند که این اختلالات می‌توانند میزان مرگ‌ومیر به علل قلبی- عروقی را نیز افزایش دهند. به نظر می‌رسد که انجام غربالگری افسردگی و اضطراب در بیماران سالمند قلبی و عروقی در محیط‌های مختلف از جمله بیمارستان ضروری است و فرصت غربالگری اختلالات هیجانی منفی و درمان به موقع آن‌ها در این گروه از بیماران فراهم شود. زیرا درمان به موقع و مناسب آن‌ها می‌تواند بهبود پیامدهای قلبی را به دنبال داشته باشد[۲]. جستجو و بررسی‌های انجام‌شده نشان داد که سنجش مؤلفه‌های میزان اضطراب و افسردگی به صورت اختصاصی در بیماران سالمند مبتلا به سندرم کرونری حاد بستری در بخش‌های سی سی یو، قلب و اورژانس در ایران انجام نگرفته است. در این پژوهش سعی شد تا تأثیر متغیرهای جمعیت‌شناختی بر روی متغیرهای افسردگی و اضطراب را در بیماران سالمند بستری با تشخیص سندرم کرونری حاد در بیمارستان‌های منتخب شهر تهران در سال۱۴۰۰ اندازه‌گیری کنند. در همین راستا مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان اضطراب و افسردگی در سالمندان مبتلا به سندرم کرونری حاد بستری در بخش‌های سی سی یو، قلب و اورژانس بیمارستان‌های منتخب شهر تهران سال ۱۴۰۰ انجام شد.

روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع مطالعات مقطعی است که در سال ۱۴۰۰ در بیمارستان‌های شریعتی، قلب ارتش، بازرگانان و محب مهر انجام

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

[DOI: 10.30491/JCC.15.3.49]

شد. در این پژوهش نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای انجام گرفت. ابتدا از بین بیمارستان‌هایی که دارای بخش‌های سی سی یو و قلب بودند، جهت مطالعه انتخاب شدند. سپس با استفاده از روش جدول اعداد تصادفی از بین بیماران سالمند مبتلا به بیماری سندرم کرونری حاد بستری که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، انتخاب تصادفی انجام گرفت. در مرحله بعد، با کسب مجوز شرکت در مطالعه بیماران از پزشک معالج بیمار و اخذ رضایت‌نامه کتبی آگاهانه هدف از اجرای پژوهش و نحوه انجام آن برای بیماران توضیح داده شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که تمامی پاسخ‌های داده‌شده محرمانه نزد پژوهشگران خواهد ماند. جامعه آماری در این مطالعه شامل بیماران سالمند مرد و زن (بالای ۶۰ سال) مبتلا به بیماری سندرم کرونری حاد بستری در بیمارستان‌های منتخب شهر تهران بودند. حجم نمونه بر اساس مطالعه مرادیان و همکاران[۲] با در نظر گرفتن میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب و افسردگی به ترتیب (۷/۲۳) ۲/۶ و (۶/۷۴) ۲/۶ با ۹۵ درصد اطمینان (α=۰/۰۵) و خطای مورد پذیرش حدود ۵ درصد ۲۹۶ نفر انتخاب و وارد مطالعه شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل تمایل بیمار نسبت به شرکت در پژوهش، توانایی تکلم به زبان فارسی، مجوز پزشک متخصص قلب بیمار جهت ورود بیمار به مطالعه بود. پرسشنامه آزمون کوتاه‌شناختی آزمونی است شامل ۱۰ سؤال ساده و کوتاه که جهت‌یابی، تمرکز و توجه، حافظه کوتاه‌مدت و بلندمدت را می‌سنجد و برای غربالگری اختلال شناختی شامل دمانس و دلیریوم در سالمندان کاربرد دارد. این فرم ۱۰ امتیاز دارد که اجرای آن تنها سه دقیقه طول می‌کشد. در این مطالعه سالمندانی که نمره ۶ و بالاتر را کسب کرده بودند وارد مطالعه شدند[۱۰]. همچنین معیار خروج از مطالعه شامل مصرف داروی ضد افسردگی، ابتلا با بیماری کووید-۱۹، اختلالات شناختی و کسب نمره ۶ و بالاتر از آزمون کوتاه شده وضعیت‌شناختی AMTs (Abbreviated Mental Test) و عدم تمایل مشارکت‌کنندگان در رابطه با تمایل به ادامه شرکت در مطالعه بود.

ابزار گردآوری اطلاعات در این مطالعه پرسشنامه‌های مشخصات فردی و اجتماعی و پرسشنامه مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی HADS بودند. پرسشنامه مشخصات فردی و اجتماعی بود که شامل سن، جنسیت، میزان تحصیلات بیمار، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، کفایت وضعیت اقتصادی، تعداد فرزندان، وضعیت سلامت، وضعیت محل سکونت، وضعیت زندگی در نظر گرفته شد. پرسشنامه بیمارستانی اضطراب و افسردگی HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) دارای چهارده سؤال و دو مقیاس اضطراب و افسردگی است. از مجموع سؤالات هفت سؤال مربوط به سطح اضطراب و هفت سؤال دیگر سطح افسردگی را شامل می‌شود. در نهایت از مجموع ۲۱ امتیاز اکتسابی در هر قسمت، نمره بالاتر از هشت در هر قسمت به عنوان وجود اضطراب و افسردگی لحاظ شد[۲]. شایان ذکر است نسخه فارسی مقیاس مذکور مورد تأیید قرار گرفته است[۲].

جهت انجام پژوهش، محقق روزانه به بخش‌های مربوطه مراجعه کرده و به صورت حضوری و شخصاً اقدام به جمع‌آوری داده نمود. سپس بر اساس نمونه‌گیری و توافق از قبل، بیماران را انتخاب و با توضیح اهداف پژوهش و اخذ رضایت آگاهانه بیمار، اقدام به توزیع پرسشنامه‌ها نمود.

در این پژوهش، به منظور تجزیه و تحلیل آماری، از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد. متغیرهای پیوسته به صورت میانگین±انحراف معیار و متغیرهای طبقه‌ای به صورت تعداد (درصد)، بیان شدند. ابتدا به کمک آمار توصیفی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و توزیع نمرات افراد مورد بررسی قرار گرفت. سپس به منظور انتخاب آزمون‌های مناسب با توجه به اهداف مطالعه، ابتدا پیش فرض‌هایی از جمله توزیع طبیعی داده‌ها مورد بررسی قرار گرفت. پس از محرز شدن پیش فرض‌های مرتبط با آزمون‌های پارامتری، جهت مقایسه میانگین متغیرهای کمی پیوسته در دو گروه و یا بیشتر به ترتیب از آزمون‌های تی مستقل دو نمونه‌ای و تحلیل واریانس استفاده شد. در نهایت برای بررسی اندازه اثر متغیرهای معنی‌دار مورد مطالعه بر میزان افسردگی و اضطراب از رگرسیون خطی ساده و چندگانه استفاده شد.

یافته‌ها

از تعداد ۲۹۶ پرسشنامه توزیع شده ۲۸۶ پرسشنامه بطور کامل بازگردانده شد (نرخ پاسخ‌دهی برابر ۹۶/۶ درصد بود). قابل ذکر است برخی از پرسشنامه‌ها (۱۰ پرسشنامه) به دلیل عدم مشارکت بیمار بازگردانده نشد. اکثریت شرکت‌کنندگان در مطالعه (۵۵/۹ درصد) در رده سنی ۷۱-۸۰ سال و کمترین رده سنی (۹/۱) مربوطه به سن ۸۱ تا ۹۰ سال بودند. همچنین به ترتیب ۵۴/۹ درصد مشارکت‌کنندگان مرد و ۴۵/۱ درصد زن بودند. ۴۹ درصد مشارکت‌کنندگان کمتر از سه فرزند و ۴۸/۳ درصد بیشتر از چهار فرزند، ۳۲/۶ درصد مشارکت‌کنندگان شاغل و ۷۳/۸ درصد مشارکت‌کنندگان متأهل بودند. سایر اطلاعات جمعیت‌شناختی مورد مطالعه در (جدول یک) ارائه داده شده است.

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

[DOI: 10.30491/JCC.15.3.49]

جدول یک. توزیع فراوانی مشخصات جمعیت‌شناختی افراد نمونه

متغیر		تعداد	درصد	متغیر		تعداد	درصد
سن (سال)	۷۰-۶۰	۱۰۰	۳۵	میزان تحصیلات	بی سواد	۵۸	۲۰/۳
	۸۰-۷۱	۱۶۰	۵۵/۹		در حد خواندن و نوشتن	۷۷	۲۷
	۹۰-۸۱	۲۶	۹/۱		ابتدایی	۶۰	۲۰/۷
	کل	۲۸۶	۱۰۰		متوسطه	۶۷	۲۳/۴
جنسیت	زن	۱۲۹	۴۵/۱		دانشگاهی	۲۴	۸/۶
	مرد	۱۵۷	۵۴/۹		کل	۲۸۶	۱۰۰
	کل	۲۸۶	۱۰۰	وضعیت اشتغال	خانه دار	۹۰	۳۱/۵
دین	مسلمان	۲۸۰	۹۷/۹		شاغل	۹۴	۳۲/۶
	مسیحی	۳	۱/۰۵		بازنشسته	۷۸	۲۷/۳
	کل	۲۸۳	۹۸/۹۵		بیکار	۱۱	۳/۹
	گمشده	۳	۱/۰۵		از کار افتاده	۱۱	۳/۹
تعداد فرزندان	کمتر از سه فرزند	۱۴۰	۴۹		کل	۲۸۴	۹۹/۳
	بیشتر از چهار فرزند	۱۳۸	۴۸/۳		گمشده	۲	۰/۷
	کل	۲۷۸	۹۷/۲	وضعیت تأهل	متاهل	۲۱۱	۷۳/۸
	گمشده	۸	۲/۸		مجرد	۸	۲/۸
پول کافی برای رفع نیازهای خود	اصلا	۳	۱/۱		همسر فوت کرده	۵۷	۱۹/۹
	کمی	۴۶	۱۵/۹		مطلقه	۸	۲/۸
	در حد متوسط	۱۳۸	۴۸/۵		کل	۲۸۴	۹۹/۳
	کافی است	۹۷	۳۳/۹		گمشده	۲	۰/۷
	کل	۲۸۴	۹۹/۴	وضعیت سلامتی از دیدگاه بیمار	ضعیف	۱۹	۶/۹
	گمشده	۲	۰/۶		نه چندان خوب	۷۵	۲۶/۹
وضعیت زندگی	تنها	۵۲	۱۸/۲		متوسط	۱۳۸	۴۸/۱
	با همسر	۱۹۲	۶۷/۲		خوب	۵۲	۱۷/۵
	با فرزندان	۳۹	۱۳/۶		خیلی خوب	۱	۳
	کل	۲۸۳	۹۹		کل	۲۸۵	۹۹/۷
	گمشده	۳	۱		گمشده	۱	۰/۳
میزان وابسته بودن بیمار بر اساس تشخیص مصاحبه گر	وابسته	۵۴	۱۹/۳	وضعیت محل سکونت	شخصی	۲۴۵	۸۵/۳
	نیمه وابسته	۱۰۰	۳۵/۲		غیر شخصی	۴۰	۱۴/۴
	مستقل	۱۳۱	۴۵/۶		کل	۲۸۵	۹۹/۷
	کل	۲۸۵	۹۹/۷		گمشده	۱	۰/۳
	گمشده	۱	۰/۳	ابتلا به بیماری افسردگی، آرتریت دیابت،آسم	بلی	۲۵۸	۸۹/۸
برخورداری از حمایت اجتماعی به طور رسمی	بله	۶۷	۲۳/۴		خیر	۲۵	۹/۲
	تاحدودی	۱۶۲	۵۶/۷		کل	۲۸۳	۹۹
	خیر	۵۷	۱۹/۹		گمشده	۳	۱
	کل	۲۸۶	۱۰۰				

آمارهای توصیفی نشان داد که میانگین نمره اضطراب در افراد مورد مطالعه ۱۰/۰۴ با انحراف معیار ۳/۸۴ بود و میانگین نمره افسردگی ۹/۱۷ با انحراف معیار ۳/۵۲ بود. با توجه به این که میانگین نمره افسردگی و اضطراب در افراد مورد مطالعه بیشتر از ۸ است بنابراین نتیجه می‌گیریم که اضطراب و افسردگی در بین افراد مورد مطالعه وجود دارد (جدول دو).

جدول دو. میانگین و انحراف معیار نمره افسردگی و نمره اضطراب در افراد مورد مطالعه

	تعداد	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف معیار
افسردگی کل	۲۸۶	۰۰.۰	۲۱/۰۰	۱۰/۰۴	۳/۸۴
اضطراب کل	۱۱۴	۳/۰۰	۲۱/۰۰	۹/۱۷	۳/۵۲

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

[DOI: 10.30491/JCC.15.3.49]

نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که با افزایش یک واحد نمره اضطراب، در صورت ثابت گرفتن سایر متغیرها، میزان نمره افسردگی بطور متوسط ۰/۴۵ واحد افزایش پیدا می‌کند. همچنین نتایج برای متغیرهای کیفی مانند سطح تحصیلات نیز نشان داد که سطح تحصیلات ارتباط آماری معنی‌داری با میزان نمره افسردگی دارد، به طوری که در مقایسه با افرادی که بی‌سواد و یا دارای تحصیلات پایین هستند انتظار می‌رود در صورت ثابت گرفتن اثر سایر متغیرها، افرادی که دارای سطح تحصیلات دانشگاهی هستند ۳/۲۳ واحد دارای نمره افسردگی پایین‌تری باشد. نتایج حاکی از این بود که وضعیت محل سکونت نیز ارتباط آماری معنی‌داری با میزان نمره افسردگی دارد، به طوری که در مقایسه با افرادی که دارای محل سکونت شخصی هستند انتظار می‌رود، افرادی که دارای محل سکونت غیر شخصی هستند ۱/۶۶ واحد دارای نمره افسردگی بالاتری باشند. برخورداری از حمایت اجتماعی ارتباط آماری معنی‌داری با میزان نمره افسردگی دارد، به طوری که در مقایسه با افرادی که از حمایت اجتماعی کامل برخوردار هستند انتظار می‌رود، افرادی که تا حدودی از حمایت اجتماعی برخوردار هستند ۱/۳۸ واحد دارای نمره افسردگی بالاتری هستند.

تعداد فرزندان خانواده ارتباط آماری معنی‌داری با میزان نمره افسردگی دارد، به طوری که در مقایسه با خانواده‌هایی که کمتر از چهار فرزند دارند انتظار می‌رود، خانواده‌هایی که دارای بیشتر از ۴ فرزند هستند ۰/۶۸ دارای نمره افسردگی بالاتری باشند. از طرفی نتایج برای جنسیت نشان داد که جنسیت ارتباط آماری معنی‌داری با میزان نمره افسردگی ندارد. وضعیت سلامتی ارتباط آماری معنی‌داری با میزان افسردگی دارد، به طوری که در مقایسه با افرادی که از نظر وضعیت سلامتی ضعیف هستند، افرادی که دارای وضعیت سلامتی متوسط هستند، ۱/۷۸ واحد دارای نمره افسردگی پایین‌تری هستند و همچنین مشاهده شد که در مقایسه با افرادی که از نظر وضعیت سلامتی ضعیف هستند، افرادی که دارای وضعیت سلامتی خوبی هستند ۱/۸۹ واحد دارای نمره افسردگی پایین‌تری هستند (جدول سه).

جدول سه. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه با متغیر پاسخ افسردگی

متغییرها		Unstandardized Coefficients	P-value	95% Confidence Interval for B	
		B		Lower Bound	Upper Boun
اضطراب	–	۰/۴۵	۰/۰۱>***	۰/۳۷	۰/۵۴
تعداد فرزندان	کمتر از ۴ فرزند	-	-	-	-
	بیشتر از ۴ فرزند	۰/۶۸	۰/۴۳*	۰/۰۲	۱/۳۵
جنسیت	زن	-	-	-	-
	مرد	۰/۵۲	۰/۲۸	−۰/۴۳	۱/۴۷
میزان تحصیلات	بی سواد	-	-	-	-
	در حد خواندن و نوشتن	۰/۲۳	۰/۶۱	−۰/۶۷	۱/۱۳
	ابتدایی	۰/۲۶	۰/۵۸	−۰/۶۸	۱/۱۹
	متوسطه	۰/۵۳	۰/۲۷	−۰/۴۲	۱/۴۷
	دانشگاهی	−۳/۲۳	***۷/۹۵	−۴/۶۳	−۱/۸۴
وضعیت اشتغال	خانه دار	-	-	-	-
	شاغل	۰/۸۴	۰/۴۷	−۰/۷۴	۱/۵۸
	بازنشسته	۱/۶۸	-۰/۵۳	−۰/۰۱	۲/۱۳
	بیکار	۳/۵۲	۰/۰۰۱>***	۱/۶۳	۵/۴۱
	از کار افتاده	۰/۴۴	۰/۶۱۷	−۱/۳۱	۲/۱۹
وضعیت زندگی	تنها	-	-	-	-
	با همسر	۱/۱۳	۰/۰۱>**	۰/۲۸	۱/۹۸
	با فرزندان	۰/۵۶	۰/۲۹	−۰/۵۰	۱/۶۳
وضعیت مالی	کمی	-	-	-	-
	در حد متوسط	−۰/۱۶	۰/۷۳	−۱/۰۷	۰/۷۶
	کافی است	−۰/۳۲	۰/۵۲	−۱/۳۳	۰/۶۸
وضعیت سلامتی	ضعیف	-	-	-	-
	نه چندان خوب	−۱/۵۳	*۰/۰۱	−۲/۷۸	−۰/۲۷
	متوسط	−۱/۷۸	۰/۰۱>**	−۳/۰۴	−۰/۵۲
	خوب	−۱/۸۹	*۰/۰۱۱	−۳/۳۵	−۰/۴۲

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

[DOI: 10.30491/JCC.15.3.49]

برخورداری از حمایت اجتماعی	بله	-	-	-	-
	تاحدودی	۱/۳۸	۰/۰۱>**	۰/۵۵	۲/۲۱
	خیر	۰/۲۸	۰/۵۹	-۰/۷۶	۱/۳۲
میزان وابسته بودن بیمار	وابسته	-	-	-	-
	نیمه وابسته	-۰/۱۰	۰/۸۱	-۰/۹۶	۰/۷۶
	مستقل	۰/۵۴	۰/۲۶	-۰/۴۱	۱/۴۹
وضعیت محل سکونت	شخصی	-	-	-	-
	غیر شخصی	۱/۶۶	۰/۰۱>**	۰/۶۷	۲/۶۵

* معنی‌داری در سطح ۰/۰۱ درصد تا ۰/۰۵ درصد
** معنی‌داری در سطح ۰/۰۰۱ درصد تا ۰/۰۱ درصد
*** معنی‌داری در سطح کمتر از ۰/۰۰۱ درصد

بحث

هدف از انجام این پژوهش بررسی میزان اضطراب و افسردگی در سالمندان مبتلا به سندرم کرونری حاد در بیمارستان‌های منتخب شهر تهران بود.

نتایج مطالعه نشان داد که بیشترین شرکت‌کنندگان در مطالعه (۵۵/۹ درصد) در رده سنی ۷۱–۸۰ سال بودند. ۵۴/۱ درصد مشارکت‌کنندگان مرد و ۴۹ درصد مشارکت‌کنندگان کمتر از سه فرزند، ۹۱/۷ درصد مشارکت‌کنندگان تحصیلات پایین‌تر از دیپلم، ۳۲/۴ درصد مشارکت‌کنندگان شاغل، ۷۲/۸ درصد مشارکت‌کنندگان متأهل و ۴۷/۶ درصد از مشارکت‌کنندگان نیز در وضعیت مالی متوسط قرار داشتند.

نتایج مطالعه قلعه‌ایها و همکاران که در خصوص بررسی فراوانی افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونری بستری در بخش قلب بیمارستان اکباتان شهر همدان انجام شده بود، نشان داد که اکثریت افراد شرکت‌کننده در مطالعه (۵۷ درصد) مرد و دارای میانگین سنی ۵۴/۹۸ سال بودند[۱۰]. که از نظر جنسیت افراد شرکت‌کننده مشابه با مطالعه حاضر شناسایی شد.

نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که از نظر آماری و در سطح اطمینان ۹۵ درصد، اختلاف میزان اضطراب بین زنان و مردان و رده سنی افراد شرکت‌کننده معنی‌دار نبود. همچنین نتایج نشان داد که اختلاف میزان افسردگی بین زنان و مردان و رده سنی افراد شرکت‌کننده معنی‌دار است و میزان افسردگی در بین مردان شایع‌تر است. نتایج مطالعه جوادزاده و همکاران نیز در این خصوص نشان داد که شیوع اضطراب در زنان و مردان تفاوتی ندارد[۱۱]. همچنین در مطالعه مذکور، با مقایسه میانگین اضطراب موقعیتی در زنان و مردان مشخص شد زنان به میزان خفیفی درجات بالاتری از این اضطراب را نسبت به مردان نشان دادند، اما این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نبود.

بر خلاف مطالعه حاضر؛ در مطالعه Rankin افسردگی در زیرگروه مردان بیشتر از زنان[۱۲] بود. در تحقیقات مختلف از جمله علوی[۱۳]، نقوی[۱۴]، Malik[۱۵]، Ossola[۱۶]، بهروزیان و همکاران[۱۷] افسردگی در زیرگروه زنان بالاتر بود. نتایج این مطالعات با مطالعه حاضر ناهمسو بود.

از بین متغیرهای جمعیت شناختی، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که علائم افسردگی در بیماران بالای ۶۰–۷۰ سال بیشتر از سایر رده‌های سنی دیگر است با این وجود، این اختلاف از نظر آماری معنادار نبود. مطالعه بهروزیان و همکاران[۱۷]، Krannich و همکاران[۱۸]، Tsushima و همکاران[۱۹]، Valentini[۲۰] هم‌راستا با پژوهش حاضر است. در مطالعات ذکر شده نیز مانند مطالعه حاضر ارتباطی بین افسردگی و اضطراب و سن بیماران یافت نشد.

در مطالعه Dunkel و همکاران، Doering و همکاران و Perski و همکاران علائم افسردگی و اضطراب در بیماران سالمند بیشتر گزارش شد[۲۱]. که با نتایج این مطالعه هم‌راستا نبود. یافته‌های برخی از مطالعات هم‌راستا با مطالعه حاضر بود و سن بیماران هیچ تأثیری روی اضطراب آنان نداشت[۲۲]. لازم به ذکر است به دلیل اینکه افراد جوان‌تر در دوره فعال کار و زندگی هستند و مسئولیت‌های مختلف اجتماعی و خانوادگی را بر عهده دارند و شیوع بیماری قلبی باعث ایجاد محدودیت در فعالیت‌های فیزیکی آنان می‌شود و افراد مسن در سال‌های بازنشستگی خود هستند، این تغییرات در افراد مسن کمتر است. بنابراین افراد سالمند در مواجه شدن با عمل قلب باز محرک‌های تنش‌زای کمتری را نسبت به جوانان تجربه می‌کنند[۱۱].

همچنین نتایج مطالعه حاضر در خصوص متغیرهای سطح تحصیلات، وضعیت سلامتی، وضعیت مالی، حمایت اجتماعی و داشتن محل سکونت شخصی و وابستگی افراد نشان داد که، بیمارانی که دارای سطح تحصیلات بالاتر، وضعیت جسمانی مطلوب، وضعیت مالی مطلوب، دارای حمایت اجتماعی و دارای محل سکونت شخصی هستند از میزان افسردگی کمتری نسبت به سایر افراد بررسی شده در هر گروه برخوردار هستند. همچنین نتایج آماری نشان داد میزان اضطراب با سطوح وابستگی پایین، وضعیت سلامتی بالا رابطه معنی‌داری وجود دارد. نتایج نشان داد کسانی که وابستگی بالاتری دارند، از میزان اضطراب بیشتری

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]
[DOI: 10.30491/JCC.15.3.49]

برخوردار هستند. نتایج مطالعات Dunkel و همکاران[۲۳] و McCrone[۲۴] در این خصوص نشان داد که افراد با وضعیت جسمانی مطلوب و سالم و افراد دارای تحصیلات از میزان استرس و افسردگی کمتری برخوردار هستند که با نتایج مطالعه حاضر هم‌راستا بود. به نظر می‌رسد افرادی که دارای سلامت بیشتر و تحصیلات بالاتری هستند به دلیل آگاهی بالا و اطمینان از صحت و سلامتی خود کمتر افسرده شده و میزان اضطراب کمتری را نیز تجربه می‌کنند.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به کاهش قدرت تعمیم‌پذیری به علت نمونه‌گیری در دسترس اشاره کرد. همچنین به علت مقطعی بودن نوع مطالعه نمی‌توان علیت را نتیجه‌گیری نمود.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر نتیجه‌گیری می‌شود که با افزایش یک واحد نمره اضطراب، در صورت ثابت گرفتن سایر متغیرها، میزان نمره افسردگی به طور متوسط ۰/۴۵ واحد افزایش پیدا می‌کند. همچنین نتایج برای سایر متغیرهای جمعیت شناختی نشان داد که افراد دارای تحصیلات پایین، داشتن سکونت غیرشخصی، عدم برخورداری از حمایت اجتماعی، خانوارهای دارای بیش از چهار فرزند، افراد بیکار و جنسیت مرد؛ نسبت به افراد دارای تحصیلات دانشگاهی، داشتن سکونت شخصی، برخورداری از حمایت اجتماعی، خانوارهای دارای کمتر از چهار فرزند، افراد شاغل و جنسیت زن؛ از نمره افسردگی بالاتری برخوردار بودند.

لذا با توجه به وجود رابطه معنی‌داری بین برخی از متغییرهای جمعیت‌شناختی سالمندان با میزان افسردگی و اضطراب و همچنین مستعد بودن بیماران سالمند به بیماری‌های قلبی و عروقی و تأثیرات نامتعارف افسردگی بر این گروه از بیماران، می‌توان نتیجه گرفت که توجه جدی به این ویژگی‌های جمعیت‌شناختی که مؤثر بر میزان افزایش افسردگی و اضطراب بیماران هستند، از طرف ارایه‌کنندگان خدمات سلامت و خانواده بیمار صورت گیرد تا از میزان افسردگی و اضطراب بیماران سالمند بکاهد.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه در مقطع کارشناسی ارشد رشته پرستاری مراقبت‌های ویژه، مصوب دانشگاه شاهد، با کد اخلاق به شماره IR.SHAHED.REC.1400.013 است. از تمامی مشارکت‌کنندگان در این مطالعه، همچنین از تمامی بیماران، مسئولین و اساتید مربوطه در دانشگاه شاهد که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند کمال تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع: نویسندگان اظهار داشتند که تضاد منافعی وجود ندارد.

منابع

1. Vladeanu M, Bojan I.B, Bojan A, Iliescu D, Badescu M.C, Badulescu O.V, et al. Angiotensin-converting enzyme gene D-allele and the severity of coronary artery disease. Experimental and therapeutic medicine. 2020;20(4):3407-11.
2. Moradian S.T, Ebadi A, Saeid Y, Asiabi M. Hospital anxiety and depression in patients with coronary artery disease. Journal of Nursing Education. 2013;1(2):54-61.
3. UN. World Population Ageing, United Nations. Department of International Economic &bSocial Affairs. Population Division. 2007.
4. Cardona Arango D, Segura Cardona AM. Public health policies as regards the elderly in Colombia. Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia. 2011;46(2):96-9.
5. Qiu YG, Zheng LR, Chen JZ, Zhu JH, Zhang FR, Xu Y, et al. Psychologic status and their influencing factors in patients suspected of coronary disease before and after coronary catheterization. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi. 2003;24(3):224-8.
6. Cohen B.E. Edmondson, and I.M. Kronish, State of the Art Review: Depression, Stress, Anxiety, and Cardiovascular Disease. Am J Hypertens. 2015;28(11):1295-302.
7. Michael J. Zellweger Remo H. Osterwalder W. L, Matthias E. Pfisterer.Coronary artery disease and depression. Eur Heart J. 2004;25(1):3-9.
8. Bagherian R, Maroofi M, Zare FS, Baghbanian A. Coping Styles among Post MI Patients with Depressive Symptoms. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2011.16(4):432-42.
9. WHO. Regional Committee for The Eastern Mediterranean, WHO July 2003.
10. Qaleh Iha A, Naghsh Tabrizi B, Ali Hassani R. Prevalence of depression and anxiety in patients with acute coronary syndrome admitted to the cardiac ward of Ekbatan Hospital in Hamadan. Journal of Ibn Sina Clinical Medicine. 2010; 17(4)43-9. [Persian]
11. Javadzadeh Moghtader A, Salari A, Shad B, Hasandokht T, Nourisaeed A. Depression and Anxiety in Patients Undergoing Open Heart Surgery: Age and Sexual Differences. Quarterly of Horizon of Medical Sciences. 2018;24(3): 231-8. [Persian]
12. Rankin, S. Differences in recovery from cardiac surgery: a profile of male and female patients.

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

[DOI: 10.30491/JCC.15.3.49]

Heart & Lung: The Journal of Critical Care. 1990;19(5 Pt 1):481-5.
13. Alvi H.N, Ahmad S, Prevalence of depression in patients of Acute Coronary Syndrome. Pak J Med Health Sci. 2016;10(2):620-1.
14. Tasneem Z, Naqvi MD, FRCP, FACC, Asim M, Rafique MD, VonnyAndreas MD, Masoud Rahban MD, et al. Predictors of depressive symptoms post-acute coronary syndrome. Gend Med. 2007;4(4):339-51.
15. Susmita Mallik MD, MPH MS; John A, Spertus MD, MPH; Kimberly J, Reid MS, et al. Depressive symptoms after acute myocardial infarction: evidence for highest rates in younger women. Arch Intern Med. 2006;166(8):876-83.
16. Ossolaab P, Pagliaa F, Pelosi A, Panfilis Ch, Conte G, Tonna M, et al. Risk factors for incident depression in patients at first acute coronary syndrome. Psychiatry Res. 2015; 228(3):448-53.
17. F Behrozian, A Chapari Ilkhchi, S Yazdani Nejad, N Khajemogahi, A Sheikhi Mohammad, R Bahrami Ilkhchi and et al. Depression Prevalence before and after Coronary Artery Bypass Surgery and its Correlation with Some Clinical and Demographic Factors. 2013;2(5): 73-85. [Persian]
18. Krannich J.H, Weyers P, Lueger S, Herzog M, Bohrer TH, Elert O. Presence of depression and anxiety before and after coronary artery bypass graft surgery and their relationship to age. BMC psychiatry. 2007;7(1):1-6.
19. Tsushima WT, Johnson DB, Lee JD, Matsukawa JM, Fast KM. Depression, anxiety and neuropsychological test scores of candidates for coronary artery bypass graft surgery. Archives of clinical neuropsychology. 2005;20(5):667-73.
20. Valentini M, Spezzaferri R, Brambilla G, Tavanelli M, Sangiuliano M, Majorino G, et al. Complexity of observable psychological distress after surgical myocardial revascularization in male subjects. Italian Heart journal. Supplement: Official Journal of the Italian Federation of Cardiology. 2005;6(6):375-81.
21. Perski A, Osuchowski K, Andersson L, Sanden ¦, Feleke E, Anderson G. Intensive rehabilitation of emotionally distressed patients after coronary by-pass grafting. Journal of internal medicine. 1999; 246(3):253-63.
22. Gonçalves KKN, Silva JId, Gomes ET, Pinheiro LLdS, Figueiredo TR, Bezerra SMMdS. Anxiety in the preoperative period of heart surgery. Revista brasileira de enfermagem. 2016;69:397-403.
23. Dunkel A, Kendel F, Lehmkuhl E, Babitsch B, Oertelt-Prigione S, Hetzer R, et al. Predictors of preoperative depressive risk in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. Clinical Research in Cardiology. 2009;98(10): 643-50.
24. McCrone S, Lenz E, Tarzian A, Perkins S. Anxiety and depression: incidence and patterns in patients after coronary artery bypass graft surgery. Applied Nursing Research. 2001;14(3): 155-64.

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

[DOI: 10.30491/JCC.15.3.49]