

شیوع علائم اضطراب و افسردگی سه ماه پس از سکته قلبی

رضا باقریان سرارودی^۱، حمید صانعی^۲، محسن احمدی طهور سلطانی^۳، هادی بهرامی احسان^۴

۱- گروه روانپزشکی و مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. ۲- گروه قلب، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و نویسنده مسئول.

۳- گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج). ۴- گروه روانشناسی، دانشگاه تهران.

چکیده	اطلاعات مقاله
<p>مقدمه: هدف این مطالعه بررسی شیوع علائم اضطراب و افسردگی در سه ماه بعد در بیماران مبتلا به سکته قلبی بود.</p> <p>روش کار: در یک بررسی مقطعی ۱۷۶ بیمار ۳۲ تا ۸۴ ساله با میانگین سنی ۵۶ سال که با تشخیص قطعی انفارکتوس میوکارد در یکی از بیمارستان‌های مجهز به واحد مراقبت قلبی (CCU) شهر اصفهان طی پنج ماه اول سال ۱۳۹۱ بستری شده بودند، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سه ماه پس از سکته قلبی، بیماران با استفاده از مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستان ارزیابی شدند. سپس با در نظر گرفتن نقطه برش ۸ در هر خرده مقیاس، بیماران با علائم و بدون علائم افسردگی و بیماران با علائم و بدون علائم اضطراب از یکدیگر جدا شدند.</p> <p>یافته‌ها: میانگین‌ها و انحراف استاندارد نمرات اضطراب و افسردگی به ترتیب (۴/۲۷) (۵/۷ و (۴/۵۷) (۶/۰۴ مشاهده شد. میانگین‌ها و انحراف استاندارد نمرات افسردگی در بیماران با علائم و بدون علائم افسردگی به ترتیب (۲/۷۷) (۱۰/۸۸ و (۲/۲۶) (۳ و در بیماران با علائم و بدون علائم اضطراب به ترتیب (۳/۴۵) (۱۰/۳۴ و (۳/۵۷) (۴/۰۸ بود. همچنین میانگین‌ها و انحراف استاندارد نمرات اضطراب در بیماران با علائم و بدون علائم افسردگی به ترتیب (۴/۰۵) (۹/۱۳ و (۲/۷۱) (۳/۵۵ و در بیماران با علائم و بدون علائم اضطراب به ترتیب (۲/۶) (۱۱/۰۲ و (۲/۲۹) (۳/۲۹ بود. ۳۱/۳٪ از بیماران دارای علائم اضطراب، ۳۸/۶٪ از آنان دارای علائم افسردگی بودند.</p> <p>نتیجه‌گیری: به طور کلی یافته‌ها نشان دادند که علائم اضطراب و افسردگی در بیماران پس از سکته قلبی بسیار شایع می‌باشند.</p>	<p>نوع مقاله مقاله پژوهشی</p> <p>تاریخچه مقاله دریافت: ۱۳۹۳/۳/۱۶ پذیرش: ۱۳۹۳/۷/۲۷</p> <p>کلید واژگان شیوع، اضطراب، افسردگی، سکته قلبی</p> <p>نویسنده مسئول Email: h_sanei@med.mui.ac.ir</p>

مقدمه

بیماری‌های قلبی شایع‌ترین علت مرگ و میر در اکثر کشورهای جهان است، بیش از ۳۰ درصد مرگ‌ها در کشورهای صنعتی دنیا بر اثر این دسته از بیماری‌ها به وقوع می‌پیوندد. بیماری‌های قلب عروق نه تنها شمار مرگ و میر بالایی را به خود اختصاص داده است، بلکه همواره با اختلال در سلامت عمومی با ماهیت ناتوان‌کننده خود درد درازمدت باعث ایجاد محدودیت‌هایی در زندگی افراد شده و باعث کاهش بقا بیمار می‌گردند (۱).

بررسی وضعیت سلامت عمومی بیماران مبتلا به سکته قلبی با توجه به افزایش روز افزون این بیماری و اثرات آن بر کل شیوه زندگی بیمار و خانواده وی، اهمیت بسیاری دارد. فردی که دچار این بیماری شده است ممکن است دچار تغییرات کامل در روابط خانوادگی، کار، ارزش‌ها، توانایی جسمی و اجتماعی و همچنین توانایی مراقبت از خود گشته و به نوعی سلامت

عمومی وی دچار تزلزل شود (۲). با توجه به تغییراتی که در روند جاری زندگی افراد پس از سکته قلبی رخ می‌دهد، علائم افسردگی و اضطراب بین بیماران پس از سکته قلبی^۱ بسیار شایع است (۳) و می‌تواند اثرات منفی بر پیش‌آگهی این بیماری داشته باشد (۴ و ۵). هر چند ارتباط بین سکته قلبی و وضعیت سلامت عمومی بالاخص افسردگی و اضطراب می‌تواند دو سویه باشد. یافته‌ها نشان داده‌اند که وضعیت سلامت عمومی بیماران در کل و همچنین در سه حیطه اول مقیاس سلامت عمومی یعنی شکایات جسمانی، نشانه‌های اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی، در ابتدای بروز سکته با افراد سالم اختلاف معناداری داشته است (۷۰۶). در طرف مقابل بروز بیماری و تداوم آن می‌تواند موجب شدت اختلال در وضعیت سلامت عمومی گردد (۸ و ۹). بر اساس شواهد برخی مطالعات بین ۱۷ تا ۴۵ درصد (۱۰، ۱۱، ۱۲ و ۱۳) بیماران

علائم افسردگی و ۲۴ تا حدود ۵۰٪ بیماران مبتلا به سندرم‌های کرونری حاد بروز علائم اضطراب را تجربه می‌نمایند (۱).

شواهد نشان می‌دهند وقوع سکته قلبی به عنوان استرس عمده، ریسک بروز علائم اضطراب (۱۴ و ۱۵) و افسردگی (۱۵) را تا چند برابر افراد عادی افزایش می‌دهد. لن^۱ و همکاران (۱۲) در مطالعه‌ای شیوع علائم افسردگی را تا ۳۱٪ و علائم اضطراب را تا ۲۶٪ در حین بستری در بیماران پس از سکته قلبی گزارش نمودند. در ایران در مطالعه‌ای شیوع علائم افسردگی پس از سکته قلبی با استفاده از مقیاس افسردگی بک در مراقبت‌های اولیه^۲ ۴۵ درصد (۱۶) و در مطالعه دیگر ۵۲/۶٪ (۱۷) گزارش شد. حتی در یک بررسی دیگر در ایران شیوع علائم افسردگی تا ۷۲ درصد و علائم اضطراب تا ۹۰ درصد در بیماران بستری در بخش قلب گزارش شده است (۱۸). گرچه این درصدها کمی اغراق آمیز به نظر می‌رسند، اما سکته قلبی به عنوان یک حادثه تهدیدآمیز بیماران مبتلا را تحت تاثیر قرار می‌دهد (۱۹). در یک مطالعه اخیر در ایران ۴۲٪ از بیماران سکته قلبی بستری دارای علائم اضطراب و ۳۱٪ از آنان دارای علائم افسردگی بودند (۱۰).

گرچه مطالعات متعدد بیانگر آن است که از جمله مشکلات اساسی بیماران پس از سکته قلبی شیوع اضطراب و افسردگی است (۱۰)، اما اکثر این مطالعات در ایران شیوع اضطراب و افسردگی را در حین بستری مورد مطالعه قرار داده اند و از شیوع مشکلات روانشناختی در ماه‌های پس از سکته قلبی اطلاعات کافی در دست نیست. ضمن اینکه پراکندگی یافته‌های مطالعات مورد اشاره هنوز ابهاماتی در این خصوص باقی گذاشته است. بنابراین هدف این مطالعه تعیین میزان اضطراب و افسردگی در بیماران در سه ماه پس از وقوع پس از سکته قلبی بود.

روش کار

مقاله حاضر یک مطالعه توصیفی-مقطعی به منظور تعیین شیوع اضطراب و افسردگی سه ماه پس از سکته قلبی در بیماران بود. داده‌های مورد استفاده در این مطالعه، بخشی از داده‌هایی بود که در طرح پژوهشی تحت عنوان "پیش‌بینی افسردگی پس از سکته قلبی" به دست آمده بود. طرح پژوهش اصلی در شورای پژوهشی دانشگاه تهران مورد تصویب قرار گرفت و پروتکل آن هیچ گونه تضادی با موازین کمیته اخلاق پژوهش نداشت. موافقت کتبی و آگاهانه از هر کدام از بیماران شرکت‌کننده در این پروژه اخذ گردید.

بیماران نمونه با استفاده روش نمونه‌گیری در دسترس (پی در پی) بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب گردیدند. معیارهای ورود شامل:

۱- دو معیار از سه معیار تشخیص سکته قلبی^۳ (MI) بود. این معیارها شامل: ۱-۱- درد قفسه سینه با مشخصه کم رسانی^۴ خون به عضله قلب که حداقل ۲۰ دقیقه طول بکشد، ۱-۲- وجود تغییرات پاتولوژیک بیانگر ایسکمی / انفارکتوس در امواج الکتروکاردیوگرافی^۵ (ECG)، ۱-۳- افزایش آنزیم‌های قلبی.

۲- موافقت بیمار برای ورود به مطالعه. معیارهای خروج شامل: ۱- MI بیمار ثانوی بر جراحی بای پاس^۶ یا آنژیوپلاستی^۷ باشد، ۲- وجود بیماری طبعی جدی دیگری که موجب کاهش امید به زندگی شود، ۳- وجود اختلال عمده روانپزشکی در بیمار، ۴- تحت درمان‌های افسردگی بودن، ۵- وجود اختلال‌های شناختی یا ضعف در کارکرد شناختی بیمار، ۶- عدم توانائی صحبت کردن به فارسی سلیس به طوری که در انجام مصاحبه و تکمیل پرسشنامه‌ها ایجاد مشکل کند، ۷- شرایط طبعی عمومی بسیار ضعیف بر اساس نظر پزشک معالج طی زمان بستری، ۸- وقوع یک MI طی زمان بستری به دلایل طبعی دیگر و ۹- عدم امکان پیگیری بیمار پس از ترخیص.

جهت جمع‌آوری داده‌های پژوهش از ابزار ذیل استفاده شد: مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستان (HADS)^۸؛ این پرسشنامه یک ابزار کوتاه است که با حذف علائم جسمی و تمرکز بر علائم روانشناختی سطح اضطراب و افسردگی در بیماران جسمی مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستان شامل ۱۴ آیتم و دو خرده آزمون اضطراب و افسردگی می‌باشد. هر آیتم در طیف لیکرتی ۴ نمره ای درجه‌بندی شده است. حداکثر نمره در هر خرده آزمون ۲۱ نمره می‌باشد (۲۰). ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در مطالعات متعددی مورد بررسی قرار گرفته است. یک مطالعه مروری اخیر کارآئی مناسب این پرسشنامه در ارزیابی شدت علائم اضطراب و افسردگی و به حداقل رساندن احتمال برآوردهای کاذب از اضطراب و افسردگی در بیماران جسمی را مورد تایید قرار داده است (۲۱). ابعاد روان‌سنجی نسخه فارسی این مقیاس مورد بررسی گرفته است. آلفای کرونباخ در نمونه ای از بیماران ایرانی برای خرده مقیاس‌های اضطراب و افسردگی به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۸۶ بدست آمد. به علاوه یافته‌ها نشان داد که هر دو خرده آزمون این مقیاس به خوبی توان تمایز گروه‌های دارای علائم و فاقد علائم اضطراب و افسردگی را دارد. بطورکلی نتایج کیفیات روان‌سنجی این مقیاس بیانگر اعتبار قابل قبول این مقیاس بود (۲۲). در این مطالعه نمره ۸

- 1-Lane
- 2-Beck Depression Inventory for Primary Care
- 3-Myocard infarction
- 4-Typical Ischemic
- 5-Electrocardiography
- 6-Bypass
- 7-Angioplasty
- 8-Hospital Anxiety and Depression Scale 9-Gill

به منظور توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و روانشناختی بیماران از شاخص‌های آمار توصیفی و برای مقایسه شیوع اضطراب و افسردگی بین دو گروه سنی بالای ۶۰ سال و زیر ۶۰ سال از آزمون کای اسکوار استفاده گردید.

یافته‌ها

نمونه مورد مطالعه شامل ۱۷۶ بیمار MI بین سن ۳۲ تا ۸۴ سال و با میانگین سنی ۵۶ سال بود که با تشخیص قطعی MI در یکی از بیمارستان‌های مجهز به CCU شهر اصفهان طی ۵ ماه اول سال ۱۳۹۱ بستری شده بودند. اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در جدول ۱ ارائه شده است. همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود

جدول ۱: میانگین، فراوانی، انحراف استاندارد و درصد توزیع ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران

متغیرها	میانگین یا فراوانی (X/ %) n=۱۷۶	انحراف استاندارد
میانگین سن	۵۵/۹۱	۱۰/۰۵
جنسیت	مرد	۸۴/۱
	زن	۱۵/۹
تاهل	متاهل	۸۸/۶
	مجرد	۱۱/۴
تحصیلات	پایین	۶۳/۶
	متوسط	۲۶/۷
	بالا	۹/۷
پائین	پائین	۵۱/۷
	متوسط	۳۵/۲
	بالا	۱۳/۱
سابقه سکته قلبی	دارد	۳۰/۱
	ندارد	۶۹/۹
LVEF > /۴۰	۸۹	٪۵۰/۶
رویدادهای یک سال گذشته	۱۴۸/۲۸	۸۶/۴۹

مشارکت‌کنندگان عمدتاً مرد (٪۸۴)، متاهل (٪۸۸/۶) و از طبقه اجتماعی-اقتصادی پائین (٪۵۱/۷) و متوسط (٪۳۵/۲) بودند، تنها (٪۱۳/۱) شرکت‌کنندگان از طبقه اجتماعی اقتصادی بالا بودند. ۱۲۳ نفر (٪۶۹/۹) آنها فاقد سابقه قلبی MI بودند. ۴۸/۳٪ بیماران با تشخیص سطح MI آنتریور و ۵۱/۷٪ غیرآنتریور بستری شده بودند. با در نظر گرفتن نقطه برش ۸ در هر خرده‌مقیاس، بیماران با علائم و بدون علائم افسردگی و بیماران با علائم و بدون علائم اضطراب از یکدیگر جدا شدند که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

به عنوان نقطه برش (در سه ماه پس از سکته قلبی) در هر خرده‌مقیاس در نظر گرفته شد (۲۱) و در خرده‌مقیاس افسردگی، بیماران به دو گروه با علائم و بدون علائم افسردگی تقسیم شدند و در خرده‌مقیاس اضطراب نیز بیماران دارای علائم اضطراب از بیماران بدون علائم اضطراب جدا شدند. مقیاس اضطراب و افسردگی سه ماه پس از سکته قلبی به تک تک بیماران داده شد و با نظارت یک نفر دانشجوی فوق لیسانس روانشناسی تکمیل گردید. در تکمیل پرسشنامه‌ها شرایط جسمی و روانشناختی بیماران کاملاً در نظر گرفته شد و چنانچه برخی در لحظه اجرا پرسشنامه‌ها، از شرایط مناسبی برخوردار نبودند، اجرا پرسشنامه به جلسه بعدی موکول شد.

جدول ۲: شیوع علائم افسردگی، اضطراب در ۳ ماه پس از وقوع سکته قلبی بر اساس مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستان

ابزار غربالگری	خرده‌مقیاس	
	اضطراب	افسردگی
بیماران با علائم	٪۳۱/۳)۵۵	٪۳۸/۶)۶۸
بیماران بدون علائم	٪۶۸/۸)۱۲۱	٪۶۱/۴)۱۰۸

بین دو گروه بیمار بطور معناداری تفاوت داشت (جدول ۳). نتایج نشان داد علائم اضطراب در بیماران زیر ۶۰ سال بطور معناداری بیشتر است ($P=0/01$).

همانطوریکه نتایج نشان جدول ۲ نشان می دهد، ۳۱/۳٪ از مشارکت کنندگان دارای علائم اضطراب و ۳۸/۶٪ از آنان دارای علائم افسردگی بودند.

جدول ۳: میانگین های شدت افسردگی و اضطراب در سه ماه پس از وقوع سکتة قلبی بر اساس مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستان

ابزار غربالگری		میانگین در کل نمونه
خرده مقیاس افسردگی	خرده مقیاس اضطراب	
۱۰/۸۸ (۲/۷۷)	۹/۱۳ (۴/۰۵)	میانگین در بیماران با علائم افسردگی
۳ (۲/۲۶)	۳/۵۵ (۲/۱۷)	میانگین در بیماران بدون علائم افسردگی
۱۰/۳۴ (۳/۴۵)	۱۱/۰۲ (۲/۶)	میانگین در بیماران با علائم اضطراب
۴/۰۸ (۳/۵۷)	۳/۲۹ (۲/۱۷)	میانگین در بیماران بدون علائم اضطراب
(۴/۵۷)۶/۰۴	(۴/۲۷)۵/۷	

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه، شیوع اضطراب و افسردگی در بیماران سه ماه پس از وقوع سکتة قلبی را مورد بررسی قرار داد. یافته های این مطالعه نشان داد که ۳۱/۳٪ از شرکت کنندگان دارای علائم اضطراب و ۳۸/۶٪ از آنان دارای علائم افسردگی بودند. همچنین یافته ها تفاوتی بین دو گروه بیمار بالای ۶۰ سال و پائین ۶۰ سال از لحاظ شیوع علائم افسردگی نشان نداد اما این تفاوت در شیوع علائم اضطراب مشاهده شد. علائم اضطراب در بیماران زیر ۶۰ سال به طور معناداری بیشتر بود.

یافته های مطالعه حاضر در مورد شیوع علائم اضطراب و افسردگی در راستای یافته های حاصل از مطالعه لن و همکاران در بریتانیا (۱۲) است. با این حال با یافته های مطالعات ایرانی انجام شده توسط مدبرنیا و همکاران (۱۷)، بیرقی و همکاران (۱۸) و باقریان و همکاران (۱۰) در ایران تفاوت عمده دارد. این اختلاف می تواند ناشی از تفاوت در مقاطع ارزیابی اضطراب و افسردگی در مطالعه حاضر و سایر مطالعات ایرانی باشد. در مطالعه حاضر ارزیابی در مقطع سه ماه پس از وقوع سکتة قلبی انجام شده در حالیکه ارزیابی در مطالعات مورد اشاره بلافاصله پس از وقوع سکتة قلبی و در حین بستری انجام گرفته است. بنابراین تفاوت در نتایج قابل انتظار می باشد. مقایسه نتایج نشان می دهد شیوع علائم اضطراب و افسردگی در حین بستری و بلافاصله پس از وقوع حمله قلبی بیشتر از شیوع این علائم در سه ماه پس از وقوع سکتة قلبی است. به نظر می رسد بخشی از علائم اضطراب و افسردگی تجربه شده پس از حمله قلبی واکنشی به وقوع سکتة قلبی به عنوان یک استرس عمده (۲۰ و ۲۱) و غیر قابل انتظار در زندگی باشد. حتی مطالعات متعدد نشان داده است این علائم همراه اختلال استرس پس از ضربه^۱ در بیماران پس از سکتة قلبی بروز می کند (۱۹). به طور

میانگین های شدت اضطراب و افسردگی در گروه های تفکیک شده بر اساس نقاط برش در خرده آزمون های HADS در جدول ۳ مشاهده می شود. میانگین ها و انحراف استاندارد نمرات افسردگی در بیماران با علائم و بدون علائم افسردگی به ترتیب (۲/۷۷) ۱۰/۸۸ و (۲/۲۶) ۳ و در بیماران با علائم و بدون علائم اضطراب به ترتیب (۳/۴۵) ۱۰/۳۴ و (۳/۵۷) ۴/۰۸ می باشد. همچنین میانگین ها و انحراف استاندارد نمرات اضطراب در بیماران با علائم و بدون علائم افسردگی به ترتیب (۲/۱۷) ۳/۵۵ و (۲/۷۱) ۹/۱۳ و در بیماران با علائم و بدون علائم اضطراب به ترتیب (۲/۶) ۱۱/۰۲ و (۲/۱۷) ۳/۲۹ است. میانگین ها و انحراف استاندارد نمرات اضطراب و افسردگی در کل نمونه به ترتیب (۴/۲۷) ۵/۷ و (۴/۵۷) ۶/۰۴ مشاهده شد. جهت مقایسه شیوع علائم اضطراب و افسردگی در دو گروه سنی بالای ۶۰ سال و زیر ۶۰ سال از آزمون کای اسکور استفاده شد که نتایج آن در جدول (۴) مشاهده می شود.

جدول ۴: مقایسه شیوع علائم افسردگی و اضطراب در دو گروه بالا و زیر ۶۰ سال توسط آزمون کای اسکور

ابزار غربالگری	بالای ۶۰ سال	پائین ۶۰ سال	P-Value
خرده مقیاس اضطراب	۴۴ (۳۷٪)	۱۱ (۱۹٪)	۰/۰۱
خرده مقیاس افسردگی	۴۸ (۴۰٪)	۲۰ (۳۴٪)	۰/۲۶

همانطور که نتایج جدول بالا نشان می دهد، گرچه تفاوت معناداری در شیوع علائم افسردگی بین دو گروه بیمار بالای ۶۰ سال و پائین ۶۰ مشاهده نشد، اما شیوع علائم اضطراب

کلی مطالعات متعددی نشان می‌دهد وقوع سکته قلبی به عنوان استرس عمده خطر بروز علائم اضطراب (۱۴ و ۱۵) و افسردگی (۹) را تا چند برابر افراد عادی افزایش می‌دهد.

شیوع افسردگی در طول زندگی در جمعیت عمومی بین ۶ درصد تا ۲۵ درصد گزارش شده است (۲۳). در حالی که بروز آن اغلب در مبتلایان به بیماری‌های جسمی، به ویژه بیماران بستری از ۵ درصد تا ۵۰ درصد گزارش شده است (۲۴). به نظر می‌رسد درصدهای به دست آمده در برخی مطالعات اغراق آمیز است. همراهی علائم روانشناختی و علائم بیماری جسمی عاملی است که تا حد زیادی غربالگری بیماران با علائم افسردگی و اضطراب را با مشکل روبرو می‌سازد. برخی علائم جسمی در اضطراب و افسردگی نظیر خستگی، اختلال خواب و اشتها علائمی هستند که اغلب با اختلال‌های جسمی مختلف همراه هستند و ممکن است نشانه افسردگی و اضطراب نباشند. همچنین ابزار غربالگری و تفاوت در نقاط برش از جمله مواردی است که می‌تواند تفاوت در نتایج را تبیین نماید. به علاوه، در به کارگیری مقیاس‌های استاندارد غربالگری مشکلات روانشناختی در بیماران جسمی معمولاً این احتمال وجود داشته است که علائم خاصی که همراه بیماری‌های جسمی است با علائم روانشناختی تداخل یابد و از یکدیگر تفکیک نگردد. به همین دلیل در برخی از مقیاس‌های غربالگری مشکلات روانشناختی در بیماری‌های جسمی عمدتاً تأکید بر علائم شناختی و خلقی شده است (۲۵).

یافته‌های پژوهش حاضر نیز نشان داد که شیوع علائم اضطراب در بیماران سکته قلبی زیر ۶۰ سال در مقایسه با شیوع این علائم در بیماران بالای ۶۰ سال بطور معناداری بالاتر است. بروز علائم اضطراب پس از سکته قلبی یک مشکل روانشناختی بسیار شایع است (۳) که می‌تواند اثرات منفی بر پیش‌آگهی این بیماری داشته باشد (۴ و ۵). برخی مطالعات نشان داده‌اند تقریباً تا ۵۰٪ بیماران مبتلا به سندرم‌های کرونری حاد علائم اضطراب تجربه می‌کنند (۳). سکته قلبی به عنوان یک رویداد استرس‌آمیز بیماران مبتلا را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۹) و در موارد بسیار می‌تواند باعث بروز اختلال

استرس پس از ضربه گردد (۱۴). با توجه به اینکه وقوع حملات قلبی معمولاً در سنین بالا شایع‌تر و بیشتر قابل‌انتظار می‌باشد. بنابراین شیوع علائم اضطراب در بیماران جوان‌تر به دلیل غیرقابل‌انتظار بودن سکته قلبی امری بدیهی است.

بروز علائم اضطراب و افسردگی پس از سکته قلبی اثرات منفی بر پیش‌آگهی بیماری قلبی این بیماران دارد (۱۰). بنابراین لازم است متخصصین قلب و عروق و تیم پزشکی توجه ویژه به جنبه‌های روانشناختی سکته قلبی، پیامدهای مشکلات روانشناختی در بیماران سکته قلبی و جلب همکاری متخصصین روانپزشک و روانشناس به منظور مشارکت آنها در امر درمان و توانبخشی این بیماران نمایند.

محدودیت‌های هر مطالعه امر اجتناب‌ناپذیری است. بنابراین تفسیر یافته‌ها هر مطالعه بایستی در بستر آن محدودیت‌ها باشد. نمونه مورد مطالعه به بیماران سکته قلبی شهر اصفهان محدود شده است، لذا در تعمیم یافته‌ها باید جانب احتیاط را رعایت نمود. فقدان اطلاعات دقیق از نقش عواملی نظیر سابقه بیماری قلبی، سابقه روانپزشکی، بیماری‌های همراه، داروهای مصرفی و میزان مصرف و نقش آنها در شیوع علائم اضطراب و افسردگی، نتیجه‌گیری قاطع از یافته‌های پژوهش را با محدودیت روبه‌رو می‌کند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، با استفاده از روش‌های پژوهشی دقیق‌تر و کنترل نقش این متغیرهای مخدوش‌کننده، ضمن بررسی شیوع علائم اضطراب و افسردگی، عوامل روانشناختی مختلف در سازگاری این بیماران مورد مطالعه قرار گیرد. از آنجایی که طبق پژوهش حاضر شیوع اضطراب و افسردگی پس از بروز سکته قلبی در بیماران بالاست، انجام مداخلات روانشناختی در بیماران قلبی از ضرورت بسزایی برخوردار است.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند که از کلیه کارکنان محترم بخش‌های CCU بیمارستان‌های الزهرا (س)، نور، فیض، چمران، شریعتی، غرضی، سپاهان، سینا و سعدی اصفهان که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند، قدردانی نمایند.

References

- 1-Arghami S, Nasl-Seraji J, Mohammad K, et al. Mental health in high-tech system. Iran J Pub Healt. 2005; 34(1): 31-37.
- 2-O,Donnel L. Complication of MI beyond the acutestage. Am J Nurs. 1996; 96(9); 23-30.
- 3-Jeff C. Huffmana,c, Felicia A. Smitha,c, Mark A. Blaisa,c, James L. Januzzib,c, Gregory L. Fricchione. Anxiety, independent of depressive symptoms, is associated with in-hospital cardiac complications after acute my-

ocardial infarction. Journal of Psychosomatic Research. 2008; 65: 557-63.

- 4-Van Melle JP, de Jonge P, Spijkerman TA, et al. Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis. Psychosom Med. 2004; 66: 814-22.

- 5-Jaffe AS, Krumholz HM, Catellier DJ, et al. Prediction of medical morbidity and mortality after acute myocardial infarction in patients at increased psychosocial risk in the Enhancing

- Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICH) study. *Am Heart J.* 2006; 152: 126-35.
- 6-Noorbala AA, Bagheri-Yazdi SA, Mohammad K. The validation of General Health Questionnaire-28 as a psychiatric screening tool. *Hakim Res J.* 2008; 11(4): 47-53. [Persian]
- 7-Ahrami F, Ramezani-Farani A. Religious orientation (Internal and external) effects on aged mental health. *J Rehabil.* 2005; 20(6): 47-42.
- 8-Lewin B, Robertson IR, Cay L, et al. Effects of self-help post myocardial infarction rehabilitation on psychological adjustment and use of health services. *Lancet.* 1992; 339(8800): 1036-40.
- 9- Januzzi J, Stern T, Pasternak R and De-Sanctis R. The influence of anxiety and depression on outcomes of patients with coronary artery disease. *Arch Intern Med.* 2000; 160(13): 1913-22.
- 10- Bagherian R, Maroofi M, Fatolah Gol M, Zare F. Prevalence of Anxiety, Depression and Coping Styles in Myocardial Infarction Patients Hospitalized in Isfahan Hospitals. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences.* 2010; 20(77): 35-43. [Persian]
- 11-Torres M, Caldero'n S, Di'az I, Chaco'n A, Fernandez F, Marti'nez I. Health-related quality of life in coronary heart disease compared to norms in Spanish population. *Qual Life Res* 2004; 13:1401-7.
- 12-Lane D, Carroll D, Ring C, Beevers DG, Lip GY. The prevalence and persistence of depression and anxiety following myocardial infarction. *Br J Health Psychol.* 2002; 7(1):11-21.
- 13-Spijkerman, T. A., van den Brinka, R. H. S., Jansena, J. H. C., Crijnsc, H. J. G. M., & Ormela, J. H. C. Who is at risk of post-MI depressive symptoms? *Journal of Psychosomatic Research.* 2005; 58: 425- 32.
- 14-Pedersen SS, Middel B, Larsen ML. Post-traumatic stress disorder in first-time myocardial infarction patients. *Heart Lung.* 2003; 32: 300-7.
- 15-Pedersen SS, van Domburg RT, Larsen ML. The effect of low social support on short-term prognosis in patients following a first myocardial infarction. *Scand J Psychol.* 2004; 45:313-8.
- 16- Bagherian Sararoudi R, Guilani B, Bahrami Ehsan H, & Saneei H. Relationship between post-MI depression and left ventricular dysfunction. *Iranian Journal of Psychiatry and Psychology.* 2008; 13(4):320-27.[Persian]
- 17-Modabernia MJ, Sobhani A, Nasiri rad A, Kiakajoori S. Prevalence of Depression in MI Patients. *Journal of Medical Faculty Guilan University of Medical Sciences.* 2001; 10(39, 40): 16-21. [Persian]
- 18-Beyraghi N., Tonekaboni S.H., Vakili Gh. Anxiety and depression in patients admitted in cardiac care unit, Taleghani hospital, Tehran, Iran, 2003. *Hormozgan Medical Journal.* 2005; 9(4):261-64. [Persian]
- 19-Chunga MC., Bergerb Z., Rudd H. Coping with posttraumatic stress disorder and co morbidity after myocardial infarction. *Comprehensive Psychiatry.* 2008; 49: 55-64.
- 20-Zigmond AS & Snaith PR. The Hospital Anxiety and Depression Scale *Acta Psychiatr Scand.* 1983; 67:361-70.
- 21-Bjelland I, Dahl AA, Tangen Haug T and Neckelmann The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: an updated literature review *J Psychosom Res.* 2002; 52:69-77.
- 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: 1-5.
- 23-Kessler, R. C. Epidemiology of depression. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.). *Handbook of depression* (pp. 23-42). New York: Guilford Press, 2002.
- 24-Sutor, B., Rummans, T. A., Jowsey, S.G., Krahn, L. E., Martin, M. J., O'Connor, M. K., & et al. Major depression in medically ill patients. *Mayo Clinic Proceedings.* 1998; 73 (4): 329-37.
- 25-Parker, G., & Gladstone, G. Capacity of the 10-item depression in the medically ill screening measure to detect depression 'casernes' in psychiatric out-patients. *Psychiatry Research.* 2004; 127: 283- 87.

Prevalence of Anxiety and Depression Three Months after Myocardial Infarction

Bagherian Sararoudi R (MD), Sanei H (MD)*, Ahmadi Tahour Soltani M (Ph.D), Bahrami Ehsan H (Ph.D)

Abstract

Introduction: Although anxiety and depressive symptoms have negative effects on prognosis following myocardial infarction (MI), the studies about prevalence of these symptoms in the months after MI are limited. The aim of this study was to determine prevalence of anxiety, depressive symptoms at three months after MI among post-MI patients.

Method: In a cross sectional study 176 consecutive patients following MI admitted to the CCU wards of hospitals in Isfahan were selected during the first five months of 2012. At three months after MI Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) were completed by the MI patients. Then the patients were divided into with and without depressive symptoms and with and without anxiety symptoms regarding the cutoff point in both subscales.

Results: The means and standard deviation of anxiety and depression subscales were 5.7 (4.27) and 6.04 (4.57) respectively. The means and standard deviation depression scores among patients with and without depressive symptoms were 10.88 (2.77) and 3 (2.26) respectively, and among patients with and without anxiety symptoms were 10.34 (3.45) and 4.08 (3.57) respectively. Also the means and standard deviation of anxiety symptoms among patients with and without depressive symptoms were 9.13 (4.05) and 3.55 (2.71) respectively, and among patients with and without anxiety symptoms were 11.02 (2.6) and 3.29 (2.17) respectively. 31.3% and 38.6% of patients were with anxiety symptoms and depressive symptoms, respectively.

Conclusion: Generally, the findings showed that symptoms of anxiety and depression are many common among the post MI patients.

Key words: Prevalence, Anxiety, Depression, Myocardial Infarction

*Corresponding author: Isfahan Cardiovascular Research Center, Isfahan University of Medical Science, Isfahan, Iran .Email: h_sanei@med.mui.ac.ir