

مقایسه فراوانی و شدت افسردگی در بیماران بستری در بیمارستان به علت حمله حاد عروق کرونر و بیماری کاتاراکت

دکتر مدبر آراسته^۱

استادیار روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کردستان

خلاصه

مقدمه: اختلالات افسردگی یکی از ناتوانی های شایع مرتبط با بیماری های ایسکمیک قلبی می باشند و اثرات جدی در افزایش خطر حوادث قلبی بعدی و مرگ و میر در این بیماران دارند. بیماران مبتلا به کاتاراکت نیز با توجه به ماهیت بیماری و ایجاد ناتوانی در وضعیت بینایی در بروز خطر افسردگی می باشند اما به نسبت سایر بیماران بستری در بیمارستان، این میزان شیوع نزدیک تر به شیوع در کل جامعه می باشد و لذا می توانند به عنوان گروه کنترل بیمارستانی مناسبی مد نظر قرار گیرند، لذا این مطالعه با هدف بررسی میزان شیوع افسردگی در بیماران متعاقب حمله حاد عروق کرونر و مقایسه با بیماران مبتلا به کاتاراکت انجام شد.

روش کار: این مطالعه یک مطالعه ی توصیفی تحلیلی مقطعی بود. حجم نمونه در هر گروه ۱۴۰ نفر بود و روش نمونه گیری سرشماری بود. داده ها با استفاده از پرسش نامه ی استاندارد افسردگی بک و هم چنین پرسش نامه ای شامل اطلاعات دموگرافیک جمع آوری گردید. تجزیه و تحلیل داده ها با کمک نرم افزار آماری SPSS و استفاده از جداول توزیع فراوانی و آزمون آماری خی دو انجام شد.

نتایج: در گروه بیماران عروق کرونری، ۵۶/۴٪ مرد، ۸۰٪ متاهل و در گروه بیماران کاتاراکت ۴۷/۱٪ مرد و ۷۷/۸٪ متاهل بودند. تفاوت معنی داری بین گروه ها از نظر عواملی مانند سن، جنس، شغل، وضعیت تحصیلات، وضعیت تاهل و محل زندگی وجود نداشت. با توجه به نتایج حاصل ۷۰٪ افراد مورد مطالعه در گروه بیماران قلبی و ۴۷٪ در گروه بیماران چشم افسردگی داشتند ($P=0/0001$). بیشترین درصد افسردگی در هر دو گروه در زنان دیده شد ($P=0/002$). در بیماران هر دو گروه کرونری و کاتاراکت در افراد با سابقه فشار خون بالا، دیابت و چربی خون بالا، میزان افسردگی بیشتر بود.

بحث: میزان بالای افسردگی در افراد متعاقب حمله حاد عروق کرونر می تواند به علت شرایط ویژه بیماری آن ها، محیط پر استرس بستری و درمان های خاص آنان و هم چنین وجود افسردگی قبلی در آنان باشد. لذا تاثیر آن به عنوان یک عامل خطر تشدید بیماری های عروق کرونر قلبی باید مد نظر بوده و غربالگری بیماران بستری به علت حمله حاد عروق کرونر از نظر افسردگی توصیه می گردد.

واژه های کلیدی: افسردگی، بیماری های ایسکمیک قلبی، حمله حاد عروق کرونر، کاتاراکت.

مقدمه

افسردگی و بیماری های ایسکمیک قلبی دو مشکل عمده و شایع بهداشتی نه تنها در ایالات متحده بلکه در سراسر جهان می باشند (۱، ۲). افسردگی یکی از وضعیت های ناتوان کننده همراه در بیماری های ایسکمیک قلبی (IHD) می باشد و مطالعات مختلف افسردگی را به عنوان یک عامل مستقل موثر بر ایجاد و تشدید IHD ذکر کرده اند (۳-۱). تخمین زده می شود شیوع افسردگی اساسی در بیماران بعد از سکته قلبی در حدود ۲۰٪ باشد (۱).

افسردگی و بیماری های ایسکمیک قلبی دو مشکل عمده و شایع بهداشتی نه تنها در ایالات متحده بلکه در سراسر جهان می باشند (۱، ۲).

*آدرس مولف مسئول: ایران، سنج، بلوار پاسداران، نرسیده به دانشگاه علوم پزشکی کردستان، بیمارستان قدس، بخش روان پزشکی
تلفن تماس: ۰۸۷۱-۶۶۶۰۰۲۵

Email: m_araste2007@yahoo.com

تاریخ تایید: ۸۷/۲/۲۱

تاریخ وصول: ۸۶/۹/۲۷

¹. Ischemic Heart Disease

و تفاوت معنی داری در میزان افسردگی در وضعیت پایه و پس از پیگیری انجام شده با سایر بیماران و بیماران عمل شده کاتاراکت نداشته اند (۲۳) و هم چنین با توجه به این که بیماران مبتلا به کاتاراکت در مقایسه با سایر بیماران بستری در بیمارستان با بیماران قلبی به طور نسبی از نظر سن و سایر عوامل زمینه ای همسان بوده و نسبت به سایر بیماران میزان افسردگی در آن ها به میزان افسردگی در جمعیت عمومی نزدیک تر است (۲۴، ۲۵)، لذا مقایسه وضعیت افسردگی در بیماران قلبی و بیماران مبتلا به کاتاراکت که با توجه به توضیحات فوق الذکر می توانند به عنوان یک گروه کنترل مناسب بیمارستانی در نظر گرفته شوند، می تواند در تایید اثر افسردگی به عنوان یک عامل خطر مستقل در تشدید بیماری قلبی در صورت وجود تفاوت در میزان افسردگی در این دو گروه، مورد توجه قرار گیرد. این مطالعه با هدف بررسی میزان شیوع افسردگی در بیماران بستری متعاقب یک حمله حاد عروق کرونر در بخش های CCU، Post CCU و قلب بیمارستان توحید سندانج و مقایسه با بیماران کاتاراکت بستری در بخش چشم پزشکی این بیمارستان در سال ۸۴، طراحی و اجرا شد.

روش کار

این مطالعه، یک مطالعه توصیفی تحلیلی مقطعی بود. جامعه ی آماری شامل بیماران مبتلا به کاتاراکت یک طرفه ی بستری در بخش چشم در مرحله ی قبل از عمل جراحی و بیماران با اولین حمله حاد عروق کرونر بستری در بخش های CCU، Post CCU و قلب بیمارستان توحید در زمان انجام طرح بود و حجم نمونه در هر گروه ۱۴۰ نفر بود که با روش نمونه گیری به صورت سرشماری وارد مطالعه شدند، با در نظر گرفتن احتمال ریزش نمونه ها، تعداد ۴۰ نفر به حجم نمونه اولیه اضافه گردید. معیار ورود به مطالعه شامل ابتلا به اولین حمله حاد عروق کرونر یا کاتاراکت یک طرفه بدون وجود بیماری حاد و معیار های خروج شامل سابقه افسردگی قلبی و سایر بیماری های خلقی و استفاده از داروهای ضد افسردگی در حال حاضر بود.

در یک مطالعه ۴۱/۲٪ از ۴۹۰ بیمار دارای بیماری عروق کرونر قلب بعد از یک حمله حاد کرونری علایم افسردگی را تجربه کرده بودند، اما تنها در ۱۰٪ از این بیماران درمان مناسب ضد افسردگی و یا حمایت مناسب روانی اجتماعی انجام شده بود (۴). شیوع درجات مختلف افسردگی بعد از انفارکتوس قلبی^۱ در مطالعات انجام شده در کشور ما در حدود ۵۲٪ و افسردگی اساسی در حدود ۲۱/۸٪ ذکر شده است (۵، ۶).

هم چنین در مقایسه با افراد سالم فراوانی افسردگی به طور معنی داری در بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی بیشتر ذکر شده است (۷). در مطالعه ی دیگری در کشور، نتایج نشان داد بیماران با حمله حاد عروق کرونر در رویارویی با رخداد های پر فشار زندگی آشفته گی روانی را بیشتر از افراد سالم تجربه کرده اند و پاسخ های مقابله ی آنان نیز بیشتر مبتنی بر مهار هیجانی ذکر شده بود و در کیفیت روابط خود، کشمکش های بین فردی بیشتری داشتند (۸).

مطالعات مختلف نشان داده است که افسردگی با افزایش خطر مرگ در موارد خفیف تا متوسط افسردگی (مبتنی بر امتیاز بیشتر از ۱۰ پرسش نامه ی بک) ارتباط دارد (۹). در مطالعه ی دیگری شیوع مرگ در بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی افسرده ۳/۵ برابر بیماران غیر افسرده ذکر شده است (۱۰). هم چنین نتایج مطالعه ی انجام شده در مرکز پزشکی جان هاپکینز نشان داد که افراد با افسردگی بعد از انفارکتوس قلبی، در پیگیری ۴ ماهه، تمایل کمتری به رعایت رژیم کم چربی، ورزش کردن، کاهش استرس و افزایش حمایت اجتماعی داشتند (۱۱). مکانیسم های مختلفی هم چون آریتمی قلبی (۹، ۱۲)، کاهش تون واگ و افزایش تون سمپاتیك در بیماران افسرده (۱۳-۱۵)، کاهش تغییرات ضربان قلب، استرس های عاطفی، ایجاد ایسکمی عضله قلب و غیر طبیعی شدن فعالیت مجدد پلاکت ها (۲۱-۱۶) در ایجاد و تشدید بیماری های ایسکمیک قلبی و افزایش مرگ و میر بیماران افسرده بعد از انفارکتوس قلبی پیشنهاد شده است. از سوی دیگر با توجه به این که در مطالعات قلبی، بیماران مبتلا به کاتاراکت به عنوان یک گروه در معرض خطر افسردگی مطرح شده اند (۲۲)

^۱. Myocardial Infarction

۷۷/۸٪ متاهل بودند. میانگین سنی در دو گروه تفاوت معنی داری نداشت ($P > 0/05$). بیشترین گروه شغلی در بیماران گروه کرونری شامل خانه دار با ۳۵/۷٪ و سپس بی کار و بازنشسته با ۲۲/۹٪ بود و در گروه بیماران مبتلا به کاتاراکت همین گروه های شغلی به ترتیب با ۴۷/۹٪ و ۲۳/۶٪ بیشترین درصد را به خود اختصاص می دادند. تفاوت معنی داری بین گروه ها از نظر عواملی مانند سن، جنس، شغل، وضعیت تحصیلات، وضعیت تاهل و محل زندگی وجود نداشت. خصوصیات دموگرافیک نمونه ها در جدول شماره (۱) ارایه شده است. با توجه به نتایج حاصل ۷۰٪ افراد مورد مطالعه در گروه بیماران قلبی و ۴۷٪ در گروه بیماران کاتاراکت افسردگی داشتند که این تفاوت از نظر آماری معنی دار بود ($P = 0/0001$). افسردگی شدید در ۱۰/۷٪ بیماران گروه کرونری دیده شد، در حالی که این رقم در گروه بیماران کاتاراکت ۵٪ بود ($P = 0/00002$). تفکیک شدت افسردگی در دو گروه در نمودار (۱) ارایه شده است. با توجه به یافته های ارایه شده در نمودار، میزان افسردگی متوسط در گروه بیماران متعاقب حمله حاد عروق کرونر ۲/۵ برابر و افسردگی شدید ۲/۱ برابر بیماران مبتلا به کاتاراکت بوده است. بیشترین میزان افسردگی در گروه بیماران کرونر در گروه سنی ۹۰-۷۰ سال (۷۴/۴٪) و پس از آن در گروه سنی ۶۹-۶۰ سال (۷۳/۳٪) و بیشترین میزان افسردگی شدید در گروه سنی ۵۹-۵۰ سال (۱۲/۹٪) دیده شد و در گروه بیماران کاتاراکت بیشترین میزان افسردگی در گروه سنی ۴۹-۲۰ سال (۵۰٪) و پس از آن در گروه سنی ۹۰-۷۰ سال (۴۹/۲٪) و بیشترین میزان افسردگی شدید در گروه سنی ۵۹-۵۰ سال (۱۶/۷٪) دیده شد. از نظر شغلی بیشترین میزان افسردگی در بیماران گروه کرونری در خانه دارها (۸۴٪ بیماران) و در گروه بیماران کاتاراکت در کارمندان (۵۷/۱٪) و کمترین میزان افسردگی در بیماران گروه کرونری در افراد با شغل آزاد (۴۹/۹٪) و در بیماران گروه کاتاراکت در کارگران (۲۷/۳٪) مشاهده شد.

پس از اخذ تاییدیه ی کمیته ی اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی کردستان در زمینه اجرای طرح با مراجعه به بیماران و توضیح هدف مطالعه و اخذ رضایت نامه ی کتبی از بیماران جهت شرکت در مطالعه، داده ها با استفاده از پرسش نامه ی استاندارد افسردگی بک و هم چنین پرسش نامه ای شامل اطلاعات دموگرافیک به صورت مصاحبه حضوری و خواندن پرسش نامه برای بیمار و ثبت نظر بیمار و هم چنین مراجعه به پرونده بیماران تکمیل و جمع آوری گردید و بیماران بر اساس نمره اخذ شده پرسش نامه در چهار گروه طبیعی (امتیاز ۰-۱۰)، افسردگی خفیف (امتیاز ۱۶-۱۱)، افسردگی متوسط (امتیاز ۳۰-۱۷) و افسردگی شدید (امتیاز ۶۳-۳۱) طبقه بندی شدند. در صورت عدم تمایل نمونه ها جهت شرکت در مطالعه، نمونه ی مورد نظر از مطالعه خارج و نمونه گیری با توجه به سرشماری بودن روش نمونه گیری تا رسیدن به تعداد نمونه ی مورد نظر ادامه یافت.

در کل، میزان پاسخ دهی در دو گروه به ترتیب ۸۰٪ در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر و ۸۲٪ در بیماران مبتلا به کاتاراکت بود. روایی پرسش نامه با روش اعتبار محتوی تایید گردید و با استفاده از مطالعه ی مقدماتی بر روی ۲۰ بیمار با روش باز آزمایی به فاصله ۲ هفته، پایایی آن ۰/۷۴ تعیین گردید. لازم به ذکر است بررسی های بسیاری در زمینه روایی و پایایی نسخه اصلی این پرسش نامه در جمعیت بالینی و عمومی انجام شده است. در ایران نیز در مطالعه ی ابراهیمی، بوالهروی و ذوالفقاری، پایایی نسخه ترجمه شده ی این پرسش نامه ۰/۷۶ گزارش شده است (۲۶). تجزیه و تحلیل داده های به دست آمده پس از ورود به رایانه با کمک نرم افزار آماری SPSS انجام شد و توزیع فراوانی مطلق و نسبی گروه ها تعیین شد و جهت تحلیل داده ها از آزمون آماری مجذور خی استفاده گردید.

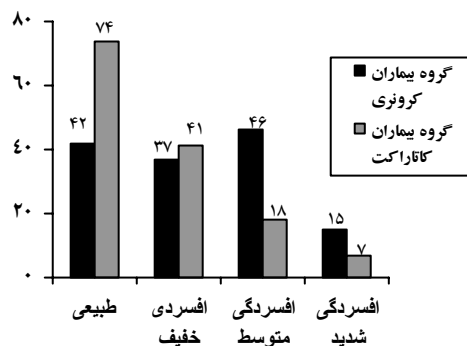
نتایج

در کل ۲۸۰ نمونه در دو گروه ۱۴۰ نفری مورد بررسی قرار گرفتند که از این تعداد در گروه بیماران عروق کرونری ۵۶/۴٪ مرد و ۸۰٪ متاهل و در گروه بیماران کاتاراکت ۴۷/۱٪ مرد و

جدول ۱- خصوصیات دموگرافیک نمونه های مورد مطالعه

پارا مترهای مورد مطالعه	گروه ها	بیماران با حمله ی حاد عروق کرونری		بیماران مبتلا به کاتاراکت	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
گروه سنی	سال ۲۰-۴۹	۳۲	۲۲/۸	۲۴	۱۷/۱
	سال ۵۰-۵۹	۳۱	۲۲/۲	۱۸	۱۲/۹
	سال ۶۰-۶۹	۳۴	۲۴/۳	۳۵	۲۵
	سال ۷۰-۹۰	۴۳	۳۰/۷	۶۳	۴۵
	جمع	۱۴۰	۱۰۰	۱۴۰	۱۰۰
جنس	مذکر	۷۹	۵۶/۴	۶۶	۴۷/۱
	مونث	۶۱	۴۳/۶	۷۴	۵۲/۹
	جمع	۱۴۰	۱۰۰	۱۴۰	۱۰۰
تاهل	مجرد، مطلقه، بیوه	۲۸	۲۰	۳۱	۲۲/۲
	متاهل	۱۱۲	۸۰	۱۰۹	۷۷/۸
	جمع	۱۴۰	۱۰۰	۱۴۰	۱۰۰
محل سکونت	شهر	۱۱۰	۷۸/۶	۹۱	۶۵
	روستا	۳۰	۲۱/۴	۴۹	۳۵
	جمع	۱۴۰	۱۰۰	۱۴۰	۱۰۰
تحصیلات	بی سواد	۷۴	۵۲/۸	۹۷	۶۹/۴
	زیر دیپلم	۵۴	۳۸/۶	۳۲	۲۲/۸
	دیپلم	۶	۴/۳	۷	۵
	بالتر از دیپلم	۶	۴/۳	۴	۲/۸
شغل	جمع	۱۴۰	۱۰۰	۱۴۰	۱۰۰
	کارمند	۱۶	۱۱/۴	۷	۵
	کارگر	۱۸	۱۲/۹	۱۱	۷/۹
	شغل آزاد	۲۴	۱۷/۱	۱۹	۱۳/۶
	خانه دار	۵۰	۳۵/۷	۶۷	۴۷/۸
بی کار و باز نشسته	۳۲	۲۲/۹	۳۶	۲۵/۷	
جمع	۱۴۰	۱۰۰	۱۴۰	۱۰۰	

¹. Not Significant



نمودار ۱- مقایسه ی افسردگی در بیماران متعاقب حمله حاد عروق کرونری و کاتاراکت

بیشترین درصد افسردگی در هر دو گروه در زنان دیده شد به گونه ای که ۸۵/۷٪ بیماران با افسردگی شدید در گروه بیماران کاتاراکت و ۷۳/۳٪ بیماران با افسردگی شدید در گروه بیماران کرونری را زنان تشکیل می دادند ($P=0/002$). در گروه بیماران کرونری، ۷۳ نفر سابقه ی قلبی بیماری داشتند که از بین آنان ۶۴/۴٪ افسرده بودند، این درصد در گروه بدون سابقه قلبی بیماری قلبی ۷۶/۲٪ بود. در گروه بیماران کاتاراکت ۱۱ نفر سابقه ی بیماری قلبی داشتند که از بین آن ها ۸۱/۹٪ افسرده بودند. در افراد بدون سابقه ی بیماری قلبی این درصد ۴۴/۲٪ بود. جدول شماره ی (۲) فراوانی موارد افسردگی بر حسب سابقه ی بیماری هایی هم چون دیابت و فشار خون و چربی خون بالا ارایه شده است.

جدول ۲- فراوانی افسردگی در بیماران بستری کرونری و کاتاراکت مورد مطالعه بر حسب سابقه ی بیماری های دیابت،

فشار خون بالا و افزایش چربی خون

گروه	درجه افسردگی		طبیعی		افسردگی خفیف		افسردگی متوسط		افسردگی شدید	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بیماران بستری کرونری	۸	۲۴/۲	۷	۲۱/۲	۱۳	۳۹/۳	۵	۱۵/۱	۳۳	۱۰۰
	۳۴	۳۱/۷	۳۰	۲۸	۳۳	۳۰/۸	۱۰	۹/۳	۱۰۷	۱۰۰
	۱۴	۲۴/۵	۱۰	۱۷/۵	۲۳	۴۰/۳	۱۰	۱۷/۵	۵۷	۱۰۰
	۲۸	۳۳/۷	۲۷	۳۲/۵	۲۳	۲۷/۷	۵	۶	۸۳	۱۰۰
	۹	۲۳/۶	۱۰	۲۶/۳	۱۴	۳۶/۸	۵	۱۳/۱	۳۸	۱۰۰
بیماران کاتاراکت	۳۳	۳۲/۳	۲۷	۲۶/۴	۳۲	۳۱/۳	۱۰	۹/۸	۱۰۲	۱۰۰
	۴	۲۸/۶	۶	۴۲/۸	۲	۱۴/۳	۲	۱۴/۳	۱۴	۱۰۰
	۷۰	۵۵/۵	۳۵	۲۷/۸	۱۶	۱۲/۷	۵	۴	۱۲۶	۱۰۰
	۱۲	۳۵/۳	۱۴	۴۱/۱	۶	۱۷/۶	۲	۵/۹	۳۴	۱۰۰
	۶۲	۵۸/۵	۲۷	۲۵/۵	۱۲	۱۱/۳	۵	۴/۷	۱۰۶	۱۰۰
	۲	۲۵	۳	۳۷/۵	۱	۱۲/۵	۲	۲۵	۸	۱۰۰
۷۲	۵۴/۵	۳۸	۲۸/۸	۱۷	۱۲/۹	۵	۳/۸	۱۳۲	۱۰۰	

بحث و نتیجه گیری

پاراسمپاتیک و تغییرات ضربان قلب (۱۵)، ایجاد ایسکمی قلبی و غیر طبیعی شدن فعالیت مجدد پلاکت ها (۲۱-۱۶) برای آن ارایه گردیده است. فراوانی افسردگی در بیماران متعاقب حمله حاد عروق کرونر در این مطالعه در مقایسه با سایر مطالعات مشابه انجام شده در کشور که درصد افسردگی را در حدود ۵۲/۶٪ ذکر کرده اند (۵،۶) و هم چنین نتایج مطالعه الیس و همکاران که این درصد را ۴۱/۲٪ ذکر کرده است (۴)، از رقم بالاتری برخوردار است که این تفاوت می تواند تحت تاثیر تفاوت ساختار فرهنگی و اقتصادی اجتماعی بیماران این استان و هم چنین عوامل استرس زایی همچون تفاوت خدمات ارایه شده در بخش های بیمارستانی و عدم وجود حمایت های روانی و اجتماعی مناسب در سطح بیمارستان های دولتی در مقایسه با دیگر مطالعات باشد. نسبت زن به مرد در بیماران افسرده در مطالعه ما در بیماران گروه قلب ۱/۴ به ۱ و در بیماران گروه کاتاراکت ۱/۳۷ به ۱ بود که به نسبت کل جامعه که منابع رقم ۲ به ۱ را برای نسبت زن به مرد برای آن ذکر کرده اند از برابری بیشتری در توزیع جنسی برخوردار است (۲۷).

با توجه به نتایج حاصل از این مطالعه ۷۰٪ افراد مورد مطالعه در گروه بیماران کرونری و ۴۷٪ در گروه بیماران کاتاراکت افسردگی داشتند که تفاوت معنی دار آماری بین دو گروه بیماران کرونری و کاتاراکت از نظر میزان افسردگی وجود داشت که این نتایج در مقایسه با آمار ذکر شده افسردگی در کل جامعه که میزان افسردگی را ۳-۲٪ در مردها و ۵-۱۰٪ در زن ها ذکر می کنند (۲۷) در هر دو گروه بیماران کرونری و کاتاراکت از رقم بسیار بالاتری برخوردار است که نشانگر نیاز بیماران دارای بیماری های عضوی و پر استرس به مراقبت بیشتر و ارایه ی خدمات روان پزشکی است. از سوی دیگر اختلاف معنی دار فراوانی افسردگی در بیماران گروه کرونری در مقایسه با بیماران گروه کاتاراکت (حدود ۱/۵ برابر) نیاز هر چه بیشتر این بیماران را به بررسی های روان پزشکی نشان می دهد، زیرا افسردگی عامل خطر تشدید بیماری های قلبی خصوصا بیماری های عروق کرونر می باشد که این موضوع در مطالعات دیگر نیز مطرح شده است و مکانیسم های مختلفی از جمله مستعد بودن بیماران افسرده به آریتمی قلبی (۹، ۱۲، ۱۵)، تغییرات در تناسب بین تون سمپاتیک و

هر دو گروه در بیماران دارای افسردگی متوسط و شدید بیشتر از بیماران بدون سابقه دیابت، فشار خون بالا و چربی خون بالا، خصوصا در بیماران بستری کرونری بود. عدم تمایل به رعایت رژیم غذایی، کاهش ورزش و سطح مراقبت از خود در بیماران افسرده همان گونه که در مطالعه ی انجام شده در مرکز پزشکی جان هاپکینز نیز به آن اشاره شده بود (۱۱) و هم چنین محدودیت فعالیت بدنی و تحرک در بیماران قلبی می تواند به عنوان عامل مستعد کننده بیماران دارای بیماری عروق کرونر مبتلا به افسردگی به دیابت، چربی خون بالا و فشار خون بالا، باشد. از سوی دیگر مقدم بودن ابتلا به این بیماری ها خود عاملی استرس زا در ایجاد افسردگی در این بیماران است. نقش مخدوش گر این سوابق به عنوان یکی دیگر از محدودیت های این مطالعه مطرح می باشد و در نظر داشتن آن ها در مطالعات آتی توصیه می گردد.

با توجه به نتایج این مطالعه، در بیماران کرونری چنان چه سابقه ی قلبی بیماری قلبی (به جز مشکل عروق کرونر) وجود داشت، میزان افسردگی فعلی کمتر بود و در گروه بیماران کاتاراکت چنان چه سابقه ی قلبی بیماری قلبی وجود داشت، میزان افسردگی فعلی بیشتر بود. توجه احتمالی این است که در بیماران مبتلا به بیماری های ایسکمیک قلبی با سابقه ی قلبی بیماری قلبی به علت مشابه بودن استرس و آشنا بودن با محیط بستری (بخش قلب یا CCU) و هم چنین درمان های موجود، میزان بروز افسردگی کمتر است. شیوع بیشتر افسردگی در بیماران بستری در بخش چشم با سابقه ی قلبی بیماری قلبی، احتمالا تاییدی بر نتایج مطالعه ی اخیر ما است که وجود افزایش شیوع افسردگی را بالا ببرد و از سوی دیگر نقش افسردگی را در مستعد کردن بیماران به بیماری های ایسکمیک قلب و بدتر کردن پیش آگهی آن ها مطرح می نماید که تایید این فرضیه نیاز به انجام مطالعات آتی دارد. افسردگی در بیماران مبتلا به حمله حاد عروق کرونر به علت شرایط ویژه ی بیماری آن ها، محیط پر استرس بستری و درمان های خاص آنان شایع تر بوده و هم چنین وجود افسردگی قلبی در آنان،

نتایج مطالعه حاضر در مقایسه با مطالعه سیدی و همکاران (۶) که شیوع افسردگی در زنان ۳-۲ برابر بیش از مردان ذکر شده است از نسبت پایین تری برخوردار است، اما با نتایج مطالعه انجام شده در دانشگاه علوم پزشکی ایران هماهنگی دارد (۵)، با توجه به این که بیشترین میزان افسردگی در بیماران گروه کرونری در رده سنی ۹۰-۷۰ سال دیده شده است، نزدیک بودن نسبت جنسی در این بیماران تا حدود زیادی توجیه پذیر است و از سوی دیگر نشانگر تاثیر عامل بیماری مزمن و عضوی و استرس حاد در ابتلای بیماران به افسردگی می باشد.

بیشترین میزان افسردگی در گروه بیماران کرونری در گروه سنی ۹۰-۷۰ سال دیده شد، اما با توجه به این که عمده بیماران بستری در بخش های قلب و چشم، با در نظر گرفتن نوع بیماری خاص آن ها، افراد مسن می باشند، شیوع افسردگی در گروه های سنی پایین تر در مطالعه ی ما کمتر قابل قضاوت است و یکی از محدودیت های این مطالعه می باشد. در این مطالعه میزان افسردگی در هر دو گروه در افراد متاهل به وضوح پایین تر بود که با نتایج سایر مطالعات (۶-۴، ۹)، هماهنگی دارد و نشانگر تاثیر مثبت حمایت در جلوگیری از بروز افسردگی در این بیماران خصوصا بیماران مبتلا به بیماری های قلبی می باشد و نیاز برقراری حمایت اجتماعی مناسب برای این بیماران را مطرح می کند که در مطالعات قلبی نیز این امر مورد تاکید قرار گرفته است (۶، ۱). در این مطالعه، در بیماران گروه کرونری از نظر مقاطع مختلف تحصیلی، بیشترین میزان افسردگی در افرادی بی سواد دیده شد (۷۹/۸٪) و پس از آن افراد دیپلمه قرار داشتند. در گروه بیماران کاتاراکت بیشترین درصد افسردگی در دیپلمه ها بود که ۷۱/۴٪ این گروه افسردگی داشتند و پس از آن افراد بی سواد بودند. کمترین میزان افسردگی در افراد دارای تحصیلات عالیه دیده شد که این نتایج با نتایج مطالعه ی سیدی و همکاران هم خوانی دارد (۶). در سایر مطالعات (۱، ۵، ۱۰) نیز بیشترین افسردگی در افراد بی سواد دیده شده است. در این مطالعه شیوع افسردگی در روستایی ها، مختصرا بالاتر بود که این نتایج با نتایج مطالعه مدبرنیا و همکاران هم خوانی دارد (۵). تعداد افراد با سابقه دیابت، فشار خون بالا و چربی خون بالا در

نشان می دهد و در این بیماران در مقایسه با بیماران بستری به علت کاتاراکت نیز به طور بارزی افسردگی بیشتری مشاهده شد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان اجرا شده است. به این وسیله از زحمات خانم دکتر باران پرهیزگار و آقای دکتر ناصر رحمانی به خاطر همکاری صمیمانه در اجرای طرح و هم چنین مشاور آماری محترم طرح، آقای سیروس شهسواری و کارکنان محترم بخش های CCU، Post CCU، قلب و چشم بیمارستان توحید سنندج که اجرای تحقیق بدون همکاری ایشان میسر نبود، کمال تشکر و قدردانی به عمل می آید.

به عنوان یک عامل خطر در تشدید بیماری های قلبی باشد. توصیه می شود پرسش نامه ی بک به عنوان یک ابزار ساده و استاندارد که تکمیل آن در طی چند دقیقه امکان پذیر است و در مطالعات قبلی نیز بر سودمند بودن به کار گیری آن تاکید شده است (۲) در بررسی اولیه بیماران بستری مبتلا به حمله حاد عروق کرونر و یا در زمان ترخیص این بیماران جهت غربالگری آن ها از نظر ابتلا به افسردگی در برنامه کنترل و بازتوانی این بیماران مورد استفاده قرار گیرد.

از محدودیت های این پژوهش می توان به نقش مخدوش گر سابقه ی بیماری های دیابت، چربی خون بالا و فشارخون بالا در نمونه های مورد مطالعه اشاره کرد که در نظر داشتن آن ها در مطالعات آتی توصیه می گردد.

افسردگی در بیماران بستری مبتلا به اختلالات کرونری حاد قلبی، میزان های بالاتری را نسبت به آمارهای کلی جامعه

منابع

1. O'Connor CM, Gurbel PA, Serebruany VL. Depression and ischemic heart disease. *Am Heart J* 2000; 140: 63-9.
2. Parissis JT, Fountoulaki K, Filippatos G, Adamopoulos S, Paraskevaidis I, Kremastinos D. Depression in coronary artery disease: Novel pathophysiologic mechanisms and therapeutic implications. *Int J Cardiol* 2007; 2: 153-60.
3. Jiang W, Glassman A, Krishnan R, O'Connor CM, Califf RM. Depression and ischemic heart disease: What have we learned so far and what must we do in the future? *Am Heart J* 2005; 1: 54-78.
4. Ellis J, Eagle K, Kline-Rogres E, Erickson SR. Depressive symptoms and treatment after acute coronary syndrome. *Int J Cardiol* 2005; 99: 443-47.
5. Modabernia MJ, Sobhani AR, Nasiri Rad A, Kiakajoori S. [Prevalence of depression in MI patients]. *Journal of medical faculty Guilan university of medical sciences* 2001; 39-40: 16-21. (Persian)
6. Seyedi M, Taghadosi M. [Prevalence of depression among patients with acute myocardial infarction referred to Shahid Beheshti hospital, 1998]. *Journal of Kashan university of medical sciences and health services* 2000; 13: 97-103. (Persian)
7. Yazdandoost R, Rezvantlab H, Peirovi AH. [Investigation of dysfunctional attitudes, depression and severity of coronary heart disease in patients admitted at CCU]. *Journal of thought and behavior* 2001; 24: 38-44. (Persian)
8. Hosseini Ghadamgahi J, Dejkam M, Bayanzadeh SA, Feyz AH. [The quality of relationship, stress and coping strategy in patients with coronary heart disease]. *Journal of thought and behavior* 1998; 13: 14-24. (Persian)

9. Barefoot JC, Helms MJ, Mark DB, Blumenthal JA, Califf RM, Haney TL, et al. Depression and long-term mortality risk in patients with coronary artery disease. *Am J Cardiol* 1996; 6: 613-17.
10. Glassman AH, Shapiro PA. Depression and the course of coronary artery disease. *Am J Psychiatry* 1998; 1: 4-11.
11. Ziegelstein RC, Fauerbach JA, Stevens SS, Romanelli J, Richter DP, Bush DE. Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction. *Arch Intern Med* 2000; 12: 1818-23.
12. Frasure-Smith N, Lespérance F, Talajic M. Depression following myocardial infarction. Impact on 6 month survival. *JAMA* 1993; 15: 1819-25.
13. Roose SP, Glassman AH, Dalack GW. Depression, heart disease, and tricyclic antidepressants. *J Clin Psychiatry* 1989; 50: 6-12.
14. Roy A, Pickar D, De Jong J, Karoum F, Linnoila M. Norepinephrine and its metabolites in cerebrospinal fluid, plasma, and urine. Relationship to hypothalamic-pituitary-adrenal axis function in depression. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 9: 849-57.
15. Schwartz PJ, La Rovere MT, Vanoli E. Autonomic nervous system and sudden cardiac death. Experimental basis and clinical observations for post-myocardial infarction risk stratification. *Circulation* 1992; 1: 177-91.
16. Anda R, Williamson D, Jones D, Macera C, Eaker E, Glassman A, et al. Depressed affect, hopelessness, and the risk of ischemic heart disease in a cohort of U.S. adults. *Epidemiology* 1993; 4: 285-94.
17. Everson SA, Goldberg DE, Kaplan GA, Cohen RD, Pukkala E, Tuomilehto J, et al. Hopelessness and risk of mortality and incidence of myocardial infarction and cancer. *Psychosom Med* 1996; 2: 113-21.
18. Aromaa A, Raitasalo R, Reunanen A, Impivaara O, Heliövaara M, Knekt P, et al. Depression and cardiovascular diseases. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1994; 377: 77-82.
19. Musselman DL, Tomer A, Manatunga AK, Knight BT, Porter MR, Kasey S, et al. Exaggerated platelet reactivity in major depression. *Am J Psychiatry* 1996; 10: 1313-17.
20. Nemeroff CB, Musselman DL. Are platelets the link between depression and ischemic heart disease? *Am Heart J* 2000; 140: 57-62.
21. Jiang W, Babyak MA, Rozanski A, Sherwood A, O'Connor CM, Waugh RA, et al. Depression and increased myocardial ischemic activity in patients with ischemic heart disease. *Am Heart J* 2003; 1: 55-61.
22. Mitsonis CI, Mitropoulos PA, Dimopoulos NP, Mitsonis MI, Andriotis NM, Gitsa OE. Anxiety and depression in cataract surgery: A pilot study in the elderly. *Psychol Rep* 2006; 1: 257-65.
23. McGwin G, Li J, McNeal S, Owsley C. The impact of cataract surgery on depression among older adults. *Ophthalmic Epidemiol* 2003; 10: 303-13.
24. Lloyd CE, Dyer PH, Barnett AH. Prevalence of symptoms of depression and anxiety in a diabetes clinic population. *Diabet Med* 2000; 17: 198-202.
25. Fernández de Bobadilla J, Sicras-Mainar A, Navarro-Artieda R, Planas-Comes A, Soto-Alvarez J, Sánchez-Maestre C, et al. Estimation of the prevalence, incidence, co morbidities and direct costs associated to stroke patients requiring care in an area of the Spanish population. *Rev Neurol* 2008; 46: 397-405.
26. Ebrahimi A, Bolhari J, Zolfaghari F. [Stress coping strategies and social support in depressive veterans with spinal cord injury]. *Journal of thought and behavior* 2002; 30: 40-8. (Persian)
27. Sadock B, Sadock V. Major depression and bipolar disorder. In: Sadock B, Sadock V. (editors). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2003: 534-90.