

## مقدمه

اضطرابی دارند. از جمله مهم‌ترین بیماری‌های جسمی مزمن که می‌توانند زمینه‌ساز بروز اختلالات روانی در بیمار گردند عبارتند از: سرطان، بیماری‌های قلبی و عروقی، اختلالات ریوی، بیماری‌های گوارشی، آسم و آلرژی‌ها، دیابت و ایدز. هر چه بیماری جسمی شدیدتر و طولانی‌تر باشد، همراهی آن با افسردگی و اضطراب بیشتر می‌شود به طوری که شیوع ۶ ماهه‌ی افسردگی و اضطراب در این موارد ۹/۴-۵/۸ درصد دارد (۴،۳). بر اساس تحقیقات انجام شده در دنیا، ۲۰ درصد بیماران دچار بیماری‌های جسمی از افسردگی عمده رنج می‌برند (۴) و مطالعات مربوط در یونان نشان داده که ۲۸/۱ درصد از بیماران بستری در بیمارستان‌های عمومی طبی یا جراحی دچار افسردگی هستند (۵).

در مطالعات مختلف، شیوع بالاتر افسردگی و اضطراب در بیماران با بیماری‌های ریوی مزمن نسبت به سایر اختلالات گزارش شده است. در تحقیقی که کاونتری<sup>۱</sup> بر روی بیماران مبتلا به اختلال انسدادی مزمن ریه<sup>۲</sup> (COPD) انجام داد مشخص شد که ۴۰-۲۰ درصد این بیماران علائم اضطرابی و افسردگی دارند و بازتوانی ریوی<sup>۳</sup> باعث بهبود علائم روان-شناختی و کاهش عوارض آنان می‌گردد (۶). پیتراس<sup>۴</sup> و همکاران در تحقیقی که بر روی بیماران مبتلا به آسم و COPD انجام دادند مشخص نمودند که یک ارتباط مثبت بین افسردگی و اضطراب با دیس‌پنه وجود دارد (۷) و در تحقیق اولوبای<sup>۵</sup> بر روی ۵۲ بیمار مبتلا به اختلال انسدادی مزمن ریه، وضعیت کیفیت زندگی و هیجانی این افراد مورد بررسی قرار گرفت و مشخص شد که بین آیتم‌های افسردگی و حجم فشاری بازدمی ریه در ثانیه‌ی اول<sup>۶</sup> (FEV<sub>1</sub>) و سلامت کل روان و عملکرد فیزیکی، ارتباط معنی‌داری وجود داشته و مداخلات تنفسی همراه مداخلات روان‌شناختی بر روی کیفیت زندگی بیماران اختلال انسدادی مزمن ریه، موثر می‌باشد (۸). در ایران درصد بالایی از بیماران بستری در بخش‌های داخلی و

بیماران با مشکلات ریوی از نظر عملکردی بسیار آسیب‌پذیرند، مشکلات روانی مزمن دارند، این افراد ممکن است دردهای متعدد جسمانی، بستری‌های مکرر و وابستگی دارویی داشته باشند. احتمال بالاتر بودن میزان افسردگی و اضطراب در این بیماران نسبت به سایر بیماران جسمی مزمن می‌تواند به دلایل مذکور باشد (۱). جسم و روان به عنوان دو جنبه از وجود انسان همواره بر یکدیگر تاثیرگذارند و وضعیت یکی از آن‌ها می‌تواند تعیین‌کننده‌ی وضعیت دیگری باشد. بیماری‌های جسمی و اختلالات روانی از ابعاد زیر، یکدیگر را تحت تاثیر قرار می‌دهند:

۱- بیماری‌های جسمی از نظر شیمیایی و فیزیولوژیکی می‌توانند موجب پدید آمدن اختلالات روانی شوند. در بسیاری از مواقع، بیماری جسمی می‌تواند تغییرات شیمیایی و هورمونی در بدن ایجاد نماید و در فرد مبتلا به بیماری جسمی، منجر به بروز اختلال روانی گردد.

۲- بیماری‌های جسمی، توانایی‌ها و قدرت جسمانی و عملکردی فرد را دچار اختلال می‌کند و به این طریق برای بیمار وضعیت ناامیدکننده‌ای را به وجود می‌آورد که منجر به کاهش اعتماد به نفس و امیدواری در فرد می‌شود. از آن جا که بیمار در طول بیماری جسمی خود نمی‌تواند کارایی‌های همیشگی جسمی خود را داشته باشد و بسیاری از فعالیت‌هایش محدود می‌شود، این وضعیت او را دچار اضطراب، خشم و افسردگی کرده و با تنش و بحران روانی مواجه می‌سازد و در این شرایط، بیماری جسمی، فرد را از نظر روانی آسیب‌پذیر ساخته که منجر به ابتلا به اختلال روانی می‌شود.

۳- اختلال روانی به دلیل کاهش ایمنی بدن، از توان مقابله‌ی بدن در برابر بیماری‌های جسمی می‌کاهد. در چنین شرایطی اختلال روانی علت بروز بیماری جسمی است به طوری که هیچ علت فیزیولوژیکی و عضوی برای بیماری جسمی فرد وجود ندارد. بیماری روانی به دلیل اثرات روانی که در فرد ایجاد می‌کند، قدرت مقابله‌ی فرد را با بیماری جسمی کاهش داده، بدن را مستعد ابتلا به بیماری‌های جسمی می‌کند (۱،۲). بیماری‌های مزمن جسمی همراهی بالایی با اختلالات خلقی و

<sup>1</sup>Coventry<sup>2</sup>Chronic Obstructive Pulmonary Disease<sup>3</sup>Pulmonary Rehabilitation<sup>4</sup>Pietras<sup>5</sup>Ulubay<sup>6</sup>Forced Expiratory Volume in the First Second

معیار ورود در این مطالعه رضایت و همکاری بیمار و ابتلا به آسم متوسط و شدید و یا COPD درجه‌ی ۳ و ۴ می‌باشد. بیمارانی که اختلالات طبی شدید جسمی، مفصلی یا قلبی داشته و یا سابقه‌ی مصرف داروهای ضد افسردگی، ضد اضطراب و سایر داروهای سایکوتروپ را ذکر می‌کردند از مطالعه حذف شدند.

سایر اطلاعات مورد نیاز شامل سن، جنس، سطح تحصیلات و نوع بیماری نیز جمع‌آوری گردید.

علائم بالینی در بیمار مبتلا به آسم با شدت متوسط شامل تنگی نفس، سرفه، خس خس سینه و عود علائم بیش از ۲ بار در هفته است که گاهی در فعالیت روزمره نیز اختلال ایجاد می‌کند. در این بیماران FEV<sub>1</sub> در اسپرومتری بین ۶۰ تا ۸۰ درصد می‌باشد. در آسم شدید، علائم بیماری در تمام طول روز وجود دارد. بیمار بیش از ۴ بار در هفته، حملات آسم شبانه دارد. فعالیت روزمره‌ی فیزیکی مختل است و در اسپرومتری FEV<sub>1</sub> کمتر از ۶۰ درصد دارد (۱۲).

در COPD درجه‌ی ۳ علائم سرفه، دفع خلط وجود داشته، به علاوه FEV<sub>1</sub> در اسپرومتری بین ۶۰ تا ۸۰ درصد می‌باشد. در COPD درجه‌ی ۴ علاوه بر سرفه و دفع خلط، FEV<sub>1</sub> بین ۳۰ تا ۵۰ درصد بوده و علائم نارسایی تنفس و یا افزایش فشار شریان پولمونر و نارسایی قلب راست وجود دارد (۱۲).

با توجه به مطالعه‌ی انجام شده توسط موساس<sup>۳</sup>، با توجه به میزان اضطراب بیماران انسدادی مزمن ریه، سل و آسم با اطمینان ۹۵ درصد و توان ۸۰ درصد، حجم نمونه در هر گروه برابر ۴۲ نفر به دست آمد که برای اطمینان بیشتر حجم نمونه در هر گروه مساوی ۴۵ نفر در نظر گرفته شد (۱۳).

اهداف تحقیق برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شده و از تمام آن‌ها برای شرکت در تحقیق، فرم رضایت‌نامه آگاهانه اخذ گردید. هم‌چنین به بیماران اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی خواهد ماند.

بعد از تکمیل ۱۳۵ پرسش‌نامه، یافته‌های موجود در جداول سازمان‌یافته به همراه سایر اطلاعات جمع‌آوری شده یادداشت شد. برای توصیف داده‌ها از نمودارها و جداول آماری و برای

جراحی از مشکلات روان‌شناختی رنج می‌برند و با توجه به این که تا کنون هیچ ارزیابی در زمینه‌ی مقایسه‌ی میزان اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به اختلالات ریوی در ایران و به خصوص استان خراسان صورت نگرفته در مطالعه‌ی حاضر به بررسی این موضوع پرداخته شده است.

## روش کار

مطالعه‌ی حاضر یک بررسی مقطعی به روش غیر احتمالی آسان بود و تعداد ۱۳۵ بیمار مبتلا به اختلال سل ریوی، آسم برونشیال و اختلال انسدادی مزمن ریه مراجعه‌کننده به اورژانس داخلی، درمانگاه و بخش بیماری‌های ریوی بیمارستان امام رضا (ع) و بیمارستان قائم (عج) شهرستان مشهد در سال ۱۳۹۰ که تشخیص بیماری آن‌ها به تایید پزشک فوق تخصص ریه رسیده بود انتخاب گردیدند. بیماران در ۳ گروه ۴۵ نفری (اختلال سل ریوی، آسم برونشیال و اختلال انسدادی مزمن ریه) بر اساس فرمول حجم نمونه انتخاب شدند. بیماران هر سه گروه از نظر سن، جنس و شدت بیماری (که بر اساس اسپرومتری انجام می‌شود) همسان‌سازی گردیدند. حداقل مدت زمان ۶ ماه از شروع بیماری تمام بیماران گذشته بود. تمام بیماران با آزمون افسردگی بک<sup>۱</sup> (BDI) از نظر افسردگی مورد ارزیابی قرار گرفتند. این آزمون ۲۱ آیتم دارد که از ۰-۳ نمره‌گذاری می‌گردد (۹) و بارها در ایران انجام شده و برای جمعیت ایرانی هنجاریابی گردیده است. ضریب آلفای کرونباخ آن برای سنجش همسانی درونی ۰/۷۸ و ضریب پایایی در آزمون-آزمون مجدد ۰/۸۶ به دست آمده است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار بود (۱۰). هم‌چنین بیماران با استفاده از آزمون مقیاس اضطراب حالت-صفت اسپیل‌برگر<sup>۲</sup> از نظر اضطراب آشکار و پنهان مورد ارزیابی قرار گرفتند. این آزمون ۴۰ آیتم دارد و از ۴-۱ نمره‌گذاری می‌گردد. نمره‌های هر کدام از دو مقیاس اضطراب آشکار و پنهان می‌تواند در دامنه‌ای از ۲۰ تا ۸۰ قرار گیرد. پایایی این مقیاس در جامعه‌ی ایرانی بر اساس آلفای کرونباخ در مورد مقیاس اضطراب آشکار ۰/۹۱، مقیاس اضطراب پنهان ۰/۹۰ گزارش گردیده است (۱۱).

<sup>1</sup>Beck Depression Inventory

<sup>2</sup>Spielberger state trait anxiety

<sup>3</sup>Moussas

تجزیه و تحلیل آن‌ها از آزمون‌های مجذور خی، آنووا و نسخه‌ی ۱۶ نرم‌افزار SPSS با در نظر گرفتن  $P < 0.05$  استفاده شد.

### نتایج

در مطالعه‌ی حاضر تعداد ۱۳۵ بیمار مراجعه‌کننده به اورژانس داخلی، درمانگاه و بخش ریه بیمارستان‌های امام رضا (ع) و قائم (عج) مشهد در سال ۱۳۹۰ که به آسم برونشیا، بیماری انسدادی مزمن ریوی و سل ریوی مبتلا بودند و حداقل ۶ ماه از شروع بیماری‌شان گذشته بود مورد بررسی قرار گرفتند.

از نظر توزیع جنسی، ۵۵ نفر بیماران زن و ۸۰ نفر مرد بودند. دامنه‌ی سنی بیماران بین ۹۰-۱۸ سال و میانگین سنی آن‌ها ۵۴/۹ سال بود. از نظر سطح تحصیلات، ۳۸/۵ درصد در حد بی‌سواد بودند. ۲۲/۲ درصد تحصیلات ابتدایی، ۱۲/۶ درصد سیکل و ۲۴/۴ درصد دیپلم و ۲/۳ درصد لیسانس داشتند. از نظر شغل، ۸۰ درصد زنان پژوهش‌خانه‌دار بوده و ۲۲/۲ درصد مردان، شغل آزاد داشتند در حالی که ۱۳/۳ درصد کشاورز، ۱۱/۹ درصد کارمند و ۱۱/۱ درصد بی‌کار و بقیه بازنشسته بودند. در گروه بیماران مبتلا به آسم ۴۶/۶ درصد از بیماران، زن و ۵۳/۴ درصد مرد بودند. در گروه بیماران مبتلا به بیماری انسدادی مزمن ریوی ۴۲/۲ درصد زن و ۵۷/۸ درصد از بیماران مرد بودند. در گروه بیماران مبتلا به سل ریوی ۳۳/۳ درصد از موارد زن و ۶۶/۷ درصد از موارد مرد بودند. شیوع هر سه بیماری آسم و بیماری انسدادی مزمن ریوی و سل ریوی در مردان بیشتر بود.

بنا بر نتایج آزمون افسردگی بک (جدول ۱)، بیشترین تعداد بیماران یعنی ۵۲ نفر دچار افسردگی خفیف (۳۸/۵٪) و ۴ نفر (۶٪) از کل نمونه‌ها به افسردگی شدید مبتلا بودند.

### جدول ۱- رابطه‌ی بین شدت افسردگی و اختلال در بیماران مبتلا

به اختلال انسدادی مزمن ریو، آسم برونشیا و سل ریوی

آزمون بک	آسم		*COPD		معنی‌داری
	درصد فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی	
بدون علامت	۱۲	۲۶/۷	۲۰	۴۴/۵	۱۵/۶
افسردگی خفیف	۲۵	۵۵/۶	۱۷	۳۷/۸	۲۲/۲
افسردگی متوسط	۸	۱۷/۷	۶	۱۳/۳	۵۳/۳
افسردگی شدید	۰	۰	۲	۴/۴	۸/۹
کل	۴۵	۱۰۰	۴۵	۱۰۰	۱۰۰

\* بیماری مزمن انسدادی ریو

بر اساس نتایج مندرج در جدول ۱ و آزمون مجذور خی، بین نوع بیماری و میزان افسردگی، رابطه‌ی معنی‌دار آماری وجود دارد ( $P=0.000$ ).

از نظر فراوانی شدت اضطراب آشکار، در بیش از نیمی از نمونه‌های مورد پژوهش یعنی ۷۰ نفر (۵۱/۹٪) اضطراب متوسط به بالا مشاهده گردید و ۳۸ نفر (۲۸/۱٪)، مبتلا به اضطراب نسبتاً شدید بودند (جدول ۲).

### جدول ۲- رابطه‌ی بین شدت اضطراب آشکار و اختلال

در بیماران مبتلا به اختلال انسدادی مزمن ریو،

آسم برونشیا و سل ریوی

اضطراب آشکار	آسم		*COPD		سل ریوی	نتیجه‌ی فراوانی درصد فراوانی درصد فراوانی درصد آزمون
	درصد فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی		
اضطراب خفیف	۰	۰	۰	۰	۴	۸/۹
اضطراب متوسط به پایین	۳	۶/۷	۱۱	۲۴/۴	۸	۱۷/۸
اضطراب متوسط به بالا	۳۰	۶۶/۷	۲۶	۵۷/۸	۱۴	۳۱/۱
اضطراب نسبتاً شدید	۱۲	۲۶/۷	۸	۱۷/۸	۱۸	۴۰
اضطراب شدید	۰	۰	۰	۰	۱	۲/۲
اضطراب خیلی شدید	۰	۰	۰	۰	۰	۰
کل	۴۵	۱۰۰	۴۵	۱۰۰	۴۵	۱۰۰

\* بیماری مزمن انسدادی ریو

بر اساس نتایج مندرج در جدول ۲ و آزمون مجذور خی مشخص شده است که بین نوع بیماری و اضطراب آشکار، رابطه‌ی معنی‌دار آماری وجود دارد ( $P=0.001$ ).

از نظر فراوانی شدت اضطراب پنهان، بیشترین تعداد نمونه‌های مورد پژوهشی یعنی ۵۷ نفر (۴۲/۲٪) دارای اضطراب نسبتاً شدید و ۵۱ نفر (۳۷/۸٪) از این نمونه‌ها مبتلا اضطراب متوسط به بالا بودند (جدول ۳).

بر اساس مندرجات جدول ۳ و آزمون مجذور خی بین نوع بیماری و اضطراب پنهان، رابطه‌ی معنی‌دار آماری وجود دارد ( $P=0.026$ ). رابطه‌ی بین جنسیت با افسردگی و اضطراب آشکار و پنهان در بیماران مبتلا به اختلال انسدادی مزمن ریو، آسم برونشیا و سل ریوی در جدول ۴ نشان داده شده است.

بر اساس نتایج جدول ۴ بین جنسیت بیماران با افسردگی، رابطه‌ی معنی‌دار آماری وجود دارد ( $P=0.001$ ). هم‌چنین بین

به صورت کلی بیماری‌های طبی یکی از علل ایجاد افسردگی اعلام شده‌اند و میزان بروز افسردگی در بیماران دچار اختلالات تنفسی شامل آسم، COPD و سل ریوی به صورت میانگین ۶۰ درصد می‌باشد (۱،۲).

در پژوهش حاضر، بیماران مبتلا به COPD کمترین میزان ابتلا به افسردگی و بیماران دچار سل ریوی بیشترین میزان ابتلا به افسردگی را داشتند که به ترتیب ۵۵/۶ درصد و ۸۴/۴ درصد بود. در این میان، عمده‌ی بیماران مبتلا به COPD دچار افسردگی خفیف و اغلب بیماران مبتلا به سل ریوی، دچار افسردگی متوسط بودند.

نتایج نشان داد که میزان شیوع افسردگی در بین بیماران مبتلا به سل ریوی بیشتر از بیماران مبتلا به COPD و آسم می‌باشد. در رابطه با میزان اضطراب در بیماران مبتلا به سل ریوی ۴۲/۲ درصد دچار اضطراب آشکار شدید و ۵۷/۷ درصد دچار اضطراب پنهان شدید بودند. این در حالی است که تنها ۱۴/۸ درصد از بیماران مبتلا به COPD اضطراب آشکار شدید و ۴۰ درصد اضطراب پنهان شدید داشتند.

به صورت کلی و جمع‌بندی شده، میزان اضطراب (آشکار و پنهان) در هر ۳ گروه بیماران مبتلا به آسم، COPD و سل ریوی ۱۰۰ درصد موارد بود و میزان افسردگی در گروه آسم ۷۳/۳ درصد، در گروه COPD ۵۵/۵ درصد و در گروه سل ریوی ۸۴/۴ درصد بود که چندین برابر میزان این اختلال در جمعیت عمومی است (۲،۱).

نتایج پژوهش حاضر هم‌سو با دیگر مطالعات انجام شده در سایر نقاط دنیا می‌باشد. در مقاله‌ی موساس تعداد ۱۳۲ بیمار مبتلا به اختلالات مزمن ریه در ۳ گروه آسم، سل ریوی و COPD مورد ارزیابی قرار گرفتند و مشخص شد که ۴۹/۲ درصد نمونه‌ها از افسردگی متوسط تا شدید و ۲۶/۵ درصد آن‌ها از مشکل اضطراب رنج می‌بردند (۱۳).

در تحقیق دیگری توسط وناده<sup>۱</sup> در بین بیماران COPD افزایش بروز افسردگی در این بیماران گزارش گردید (۱۴). تحقیق دیگری توسط پاتوزک<sup>۲</sup> و همکاران در مورد COPD

جنسیت بیماران و اضطراب آشکار ( $P=0/019$ ) و جنسیت بیماران با اضطراب پنهان، رابطه‌ی معنی‌دار آماری وجود دارد ( $P=0/030$ ).

### جدول ۳- رابطه‌ی بین شدت اضطراب پنهان و اختلال

در بیماران مبتلا به اختلال انسدادی مزمن ریه،

اضطراب پنهان	آسم برونشیال و سل ریوی					
	آسم فراوانی درصد	*COPD فراوانی درصد	سل ریوی فراوانی درصد	نتیجه‌ی آزمون	آسم فراوانی درصد	سل ریوی فراوانی درصد
اضطراب خفیف	۱	۲	۱	۲/۲	۲/۲	۲/۲
اضطراب متوسط به پایین	۳	۵	۱۰	۲۲/۲	۶/۷	۱۱/۱
اضطراب متوسط به بالا	۲۳	۲۰	۸	۱۷/۸	۵۱/۱	۴۴/۴
اضطراب نسبتاً شدید	۱۷	۱۵	۲۵	۵۵/۶	۳۳/۳	۳۳/۳
اضطراب شدید	۱	۳	۱	۲/۲	۶/۷	۶/۷
اضطراب خیلی شدید	۰	۰	۰	۰	۰	۰
کل	۴۵	۴۵	۴۵	۱۰۰	۴۵	۴۵

\* بیماری مزمن انسدادی ریه

### جدول ۴- رابطه‌ی بین جنسیت با افسردگی و اضطراب آشکار و

پنهان در بیماران مبتلا به اختلال انسدادی مزمن ریه،

علایم	آسم برونشیال و سل ریوی			
	مرد فراوانی درصد	زن فراوانی درصد	نتیجه‌ی آزمون	مرد فراوانی درصد
بدون علامت	۲۹	۱۰	۲۵/۶	۷۴/۴
افسردگی خفیف	۳۶	۱۶	۳۰/۸	۶۹/۲
افسردگی متوسط	۱۳	۲۵	۶۵/۸	۳۴/۲
افسردگی شدید	۲	۴	۶۶/۷	۳۳/۳
اضطراب آشکار خفیف	۰	۰	۱۰۰	۰
اضطراب آشکار متوسط به پایین	۱۲	۹	۴۲/۹	۵۷/۱
اضطراب آشکار متوسط به بالا	۴۹	۲۱	۰/۰۱۹	۷۰
اضطراب آشکار نسبتاً شدید	۱۹	۱۹	۵۰	۵۰
اضطراب آشکار شدید	۰	۰	۱۰۰	۰
اضطراب پنهان خفیف	۲	۲	۵۰	۵۰
اضطراب پنهان متوسط به پایین	۷	۱۱	۶۱/۱	۳۸/۹
اضطراب پنهان متوسط به بالا	۳۸	۱۳	۰/۰۳۰	۷۴/۵
اضطراب پنهان نسبتاً شدید	۲۹	۲۸	۴۹/۱	۵۰/۹
اضطراب پنهان شدید	۴	۱	۲۰	۸۰

### بحث

از بین ۱۳۵ بیمار مورد بررسی در این پژوهش، به صورت مساوی ۴۵ بیمار مبتلا به آسم ریوی، ۴۵ بیمار مبتلا به COPD و ۴۵ بیمار مبتلا به سل ریوی بودند.

<sup>۱</sup>van Ede

<sup>۲</sup>Potoczek

در مطالعه‌ی حاضر ۹۰/۴ درصد از کل بیماران مورد بررسی متاهل بودند و بیمار مطلقه یا بیوه نداشتیم. با توجه به مطالب گفته شده شاید بتوان به این لحاظ نیز بین شیوع بروز افسردگی و بیمارانی که اختلالات طبی مثل مشکلات تنفسی دارند ارتباطی برقرار کرد.

در مطالعه‌ی نصیری و همکاران بر روی وضعیت تنفسی و خلقی بیماران مبتلا به بیماری انسدادی مزمن ریه، میانگین کل نمره در این مطالعه ۱۶/۲۷ به دست آمد و وضعیت تنفسی بیماران COPD با خلق افسرده ارتباط دارد. بنا بر این بیماران مبتلا به COPD در هر شرایطی احتیاج به حمایت روانی دارند (۱۸).

در مطالعه‌ای که کاروالهوا<sup>۱</sup> و همکاران بر روی شدت علائم اضطراب و افسردگی در سه دسته بیماران با آسم کنترل شده، آسم کنترل نشده و COPD بر روی ۱۸۹ نفر انجام دادند مشخص شد که میزان اضطراب و افسردگی در بیماران آسمی به طور معنی‌دار بیشتر از بیماران COPD و در بیماران با آسم کنترل نشده بیشتر از بیماران با آسم کنترل شده است (۱۹).

در این مطالعه، درصد افسردگی خفیف و اختلال اضطراب آشکار در مردان بیشتر از زنان بود. علت ممکن است نگرانی راجع به بیماری و یا سایر مسایل اقتصادی اجتماعی باشد. با توجه به تاثیر اختلالات فوق بر روی عملکرد فیزیکی افراد، شاید در مردان که مسئولیت خانواده را بر عهده دارند افت عملکرد در زمینه‌های شغلی و افت درآمد و طولانی شدن بیماری، عامل نگرانی بیشتر آنان نسبت به زنان باشد.

علت بیشتر بودن افسردگی متوسط شدید در بیماری سل ریوی می‌تواند از زمان بیماری و افت عملکرد افراد، نیاز به بستری شدن‌های متعدد و مصرف طولانی مدت داروها و همین طور نگرانی بیشتر راجع به بیماری و مرگ و میر بالاتر اختلال باشد. با توجه به این که این بیماران محدودیت‌های زیادی در ارتباط با دیگران از نظر کنترل سرایت دارند، این امر می‌تواند باعث کاهش ارتباطات بین فردی در ایشان باشد. بالاتر بودن اضطراب متوسط آشکار در بیماران آسمی شاید به دلیل

شدید، جنس بیماران و حضور علائم روان‌شناختی عمیق انجام دادند، مشخص شد که ۴۲ درصد بیماران در خطر افسردگی و حملات پانیک هستند و زنان بیشتر از مردان در خطر این اختلالات هستند (۱۵). همین محقق پژوهش دیگری در مورد اختلال پانیک، افسردگی، مکانیسم‌های دفاعی و عملکرد خانواده در بیماران مبتلا به COPD شدید انجام داد و مشخص نمود که ۴۴/۴ درصد از بیماران از اختلال پانیک و ۴۵ درصد از اختلال افسردگی رنج می‌بردند (۱۶).

میزان شیوع افسردگی و اضطراب در بین بیماران بخش‌های بیمارستانی در پژوهش نظری و همکاران نشان داد که در بخش داخلی قسمت زنان با ۷۱ درصد ابتلا به افسردگی، بیشترین میزان شیوع و بخش داخلی قسمت مردان با ۳۹ درصد ابتلا به افسردگی، کمترین میزان شیوع را دارند. متوسط میزان شیوع افسردگی در بخش‌های مختلف ۵۳/۶ درصد بود. بیشترین میزان شیوع اضطراب در بخش داخلی زنان (۶۵٪) و کمترین میزان اضطراب در بخش جراحی مردان (۳۹٪) گزارش گردید. میانگین میزان شیوع اضطراب در بخش‌های مختلف ۵۰/۴ درصد بود. صرف‌نظر از جنس، افسردگی و اضطراب در بخش‌های داخلی شایع‌تر از بخش‌های جراحی بوده است (۱۷).

در مطالعه‌ی حاضر نیز بین جنسیت با افسردگی و اضطراب آشکار و پنهان، رابطه‌ی معنی‌دار آماری وجود داشت به گونه‌ای که افسردگی متوسط و شدید در زنان مطالعه‌ی حاضر دو برابر مردان گزارش گردید.

از سوی دیگر سن شروع اختلال افسردگی اساسی حدود ۴۰ سالگی و در ۵۰ درصد بیماران، سن شروع بین ۵۰-۲۰ سالگی است. در مطالعه‌ی حاضر، محدوده‌ی سنی بیماران از ۱۸ تا ۹۰ سال و میانگین سنی ۵۴/۹ سال بوده است لذا می‌توان شیوع افسردگی را به بیماری طبی آن‌ها البته به عنوان یکی از عوامل مطرح شده برای بروز افسردگی این بیماران دانست.

طبق مطالعات انجام شده، افسردگی در افراد فاقد رابطه‌ی بین فردی نزدیک یا طلاق گرفته و افراد مجرد، بیشتر دیده می‌شود. اگر چه شروع زودرس زندگی زناشویی یا ناهماهنگی‌های زناشویی خود می‌تواند ایجادکننده‌ی افسردگی در افراد باشد.

<sup>۱</sup>Carvalho

آن‌ها، تشخیص اختلالات روان‌پزشکی شایع همراه با این بیماری‌ها توسط متخصص مربوطه، درمان دارویی و روان-شناختی اختلالات روان‌پزشکی توسط متخصص مربوطه، کاهش تنش در این گونه بیماران با مداخلات لازم و انجام مشاوره، ایجاد فضایی آرام و شاد در محیط خانواده و محل کار، آموزش اعضای خانواده‌ی بیماران در خصوص بیماری‌های مزمن ریوی و اختلالات روان‌پزشکی همراه.

### نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های این مطالعه بین نوع بیماری و میزان افسردگی و اضطراب بیماران رابطه‌ی معنی‌دار وجود دارد و بیماران مبتلا به سل ریوی دارای بالاترین میزان نشانه‌های افسردگی و اضطراب آشکار هستند. بنا بر این می‌توان با آگاهی به این موضوع و شناخت آسیب‌پذیری بیماران مبتلا به اختلالات تنفسی نسبت به نشانه‌های روان‌پزشکی جهت پیشگیری و درمان اقدام نمود.

خصوصیت خاص این اختلال باشد که به نظر می‌رسد رابطه‌ی علت و معلولی بین اختلالات اضطرابی و آسم وجود دارد.

بالا تر بودن اضطراب نسبتاً شدید و اضطراب شدید در سل ریوی می‌تواند به علت نگرانی بیمار در مورد بهبود قطعی و افت عملکرد شغلی و بین فردی طولانی‌مدت بودن بیماری و شرایط خاص محیطی و خانوادگی آن‌ها باشد.

بالا تر بودن میزان اضطراب پنهان متوسط بالا در اختلال آسم بستگی به خصوصیات سرشتی این افراد دارد که در افراد مضطرب میزان ابتلا به آسم و سایر اختلالات گوارشی مانند سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر بیشتر است.

با توجه به بالاتر بودن میزان علائم اضطرابی و افسردگی در بیماران ریوی، پیشنهادات زیر در جهت کاهش عود و پیشگیری از این اختلالات می‌تواند موثر باشد:

درمان بیماری‌ها در اسرع وقت توسط پزشک معالج، شناسایی عوامل برانگیزاننده و تشدیدکننده‌ی این بیماری‌ها و احتراز از این عوامل، شناسایی اطلاعات غلط بیماران و تصحیح

### References

- 1.Reilly JJ, Silverman EK, Shapiro SD. Chronic obstructive pulmonary disease. In: Longo DL, Kasper DL, Jameson JL, Fauci AS, Hauser SL, Lascenzo J. (editors). Principles of internal medicine. 18<sup>th</sup> ed. USA: McGraw Hill; 2012: 2151-9.
- 2.Urrutia I, Aguirre U, Pascual S, Esteban C, Ballaz A, Arrizubieta I, et al. Impact of anxiety and depression on disease control and quality of life in asthma patients. J Asthma 2012; 49(2): 201-8.
- 3.Cassem EH. Depression and anxiety secondary to medical illness. Psychiatr Clin North Am 1990; 13(4): 597-612.
- 4.Cassem NH, Bernstein JG. Depressed patients. In: Stern TA, Fricchione GL, Cassen WH, Jellinek MS, Rosenbaum JF. (editors). Massachusetts general hospital handbook of general hospital psychiatry. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia, PA: Mosby/Elsevier; 2004: 25-68.
- 5.Lykouras E, Ioannidis H, Voulgaris A. Depression in general hospital patients: Preliminary results. Arch Hell Med 1987; 4: 287-9.
- 6.Coventry PA. Does pulmonary rehabilitation reduce anxiety and depression in chronic obstructive pulmonary disease? Curr Opin Pulm Med 2009; 15(2): 143-9.
- 7.Pietras T, Witusik A, Panek M, Holub M, Gałeczki P, Wujcik R, et al. [Anxiety and depression in patients with obstructive diseases]. Pol Merkur Lekarski 2009; 26(156): 631-5. (Polish)
- 8.Ulubay G, Sarinç Ulaşlı S, Akinci B, Görek A, Akçay S. [Assessment of relation among emotional status, pulmonary function test, exercise performance, and quality of life in patients with COPD]. Tuberk Toraks 2009; 57(2): 169-76. (Turkish)
- 9.Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck depression inventory: Twenty-five years of evaluation. Clin Psychol Rev 1988; 8: 77-100.

- 10.Sardoei GhR. [Introduction in normalization of revised Beck depression inventory]. Tehran: Allameh Tabatabaei University, College of psychology and educational sciences, 1995. Available from: <http://spdb.uswr.ac.ir/ViewPynnmh.aspx?Cd=101> (Persian)
- 11.Mahram B. [Guidance of Spiel-Berger state-trait anxiety scale, instruction and interpretation based on standardization in Mashhad city]. Ferdowsi University of Mashhad, College of psychology and educational sciences; 1993. (Persian)
- 12.Longo D, Fauci A, Kasper D, Hauser E, Jameson L, Loscalzo J. [Disorders of respiratory system. In: Harrison's internal medicine]. Longo D, Fauci A, Kasper D, Hauser E, Jameson L, Loscalzo J, et al. (editors). Ghorbani MH, Arbab M, Razeghi S, Afshar H. (translators). 2012. 18<sup>th</sup> ed. Tehran: Arjmand; : 96-122, 197-207. (Persian)
- 13.Moussas G, Tselebis A, Karkanias A, Stamouli D, Ilias I, Bratis D, et al. A comparative study of anxiety and depression in patients with bronchial asthma, chronic obstructive pulmonary disease and tuberculosis in a general hospital of chest diseases. *Ann Gen Psychiatry* 2008; 7: 7.
- 14.van Ede L, Yzermans CJ, Brouwer HJ. Prevalence of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review. *Thorax* 1999; 54(8): 688-92.
- 15.Potoczek A, Nizankowska-Mogilnicka E, Bochenek G, Szczeklik A. [Severe COPD and gender of patients versus the presence of profound psychological trauma]. *Psychiatr Pol* 2008; 42(5): 719-30. (Polish)
- 16.Potoczek A, Nizankowska-Mogilnicka E, Bochenek G, Szczeklik A. [Links between panic disorder, depression, defense mechanisms, coherence and family functioning in patients suffering from severe COPD]. *Psychiatr Pol* 2008; 42(5): 731-48. (Polish)
- 17.Nazari T, Yassemi T, 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; 8(2): 18-25. (Persian)
- 18.Nasiri A, Navipour H, Ahmadi F. [Association between pulmonary disease and mood disorders in patients with COPD]. *Journal of Birjand medical science* 2001; 7(1): 43-6. (Persian)
- 19.Carvalho NS, Ribeiro PR, Ribeiro M, Nunes MP, Cukier A, Stelmach R. Comparing asthma and chronic obstructive pulmonary disease in terms of symptoms of anxiety and depression. *J Bras Pneumol* 2007; 33(1): 1-6.