

بررسی نقش عوامل استرس زا در صد بیمار قلبی مراجعه کننده به یک درمانگاه قلب دانشگاهی مشهد

The Role of Stress in 100 Patients Who Referred to a Cardiology Center

Fiazi Bordbar.M.R.*
S.A. Hosseini **

Introduction: Stress is an important factor for exacerbation of psychiatric and non-psychiatric disorders such as heart disorders.

Material and Method: One-hundred cardiac patients who referred to Imam Reza Hospital and 100 persons as a control group were interviewed for psychiatric problems. They completed a questionnaire including:

1. Personal information included age, sex, marital status, education, salary and past medical history about cardiac and psychiatric disorders
2. Beck Depression Test
3. Stress in the patient's life that was checked with the Holms and Rahe Scale in the last year. Final results were analyzed by chi square.

Results: Eighty-six patients (86%) had more than 200 life change units (ICU) in the last year comparing with two patients in control group ($p < 0.01$). The difference between demographic information is not striking in two groups. The incidence of depression, based on Beck Depression Test, was more than in the control group ($p < 0.01$).

Discussion: The incidence of stressful events in the patients with cardiac conditions is more than the control group. Therefore, the coping mechanism is an important factor for prevention of heart disorders. We suggest that all cardiology wards and hospitals should be changed to "The Preventive Center of Heart Diseases", and a collaborative team including cardiologist, psychiatrist, clinical psychologist, epidemiologist, social worker and nurse should systematically evaluate all component factors to follow up the patients. They should intervene in the patient's style of living and modify it accordingly. They should also inform the society to follow all aspects of prevention including primary, secondary and tertiary ones. It seems that this approach could be utilized in all disciplines of medicine and all medical families be engaged in preventing the disorders which are authorized.

Key Words: Stress, Cardiac diseases, Holmes & Rahe, Beck Prevention. Coping mechanisms

* Assistant Prof. Psychiatric ward ,Mashhad Unit of Medical Sciences

**Prof. of Psychiatry ,Mashhad Unit of Medical Sciences

تفاوت معنی داری از نظر سن ، تحصیلات ، محل زندگی ، نوع شغل تعداد فرزندان وجود نداشت . میزان افسردگی بر اساس پرسش نامه در بیماران قلبی به طور معنی داری بیشتر از افراد شاهد بود ($P < 0/01$)

کلمات کلیدی :

بیماری های قلبی عروقی ، حوادث استرس زا ، استرس ، هولمز و راه ، افسردگی

خلاصه :

استرس یکی از ریسک فاکتورهایی است که باعث تشدید و یا ایجاد بسیاری از بیماری های روان پزشکی و حتی غیر روان پزشکی می گردد . یکی از اختلال هائی که استرس در ایجاد آن نقش اساسی دارد بیماری های قلبی است . تعیین میزان این نقش از اهداف محققان است .

صد بیمار قلبی پذیرش شده در بخش اورژانس بیمارستان امام رضا و صد فرد سالم از نظر قلب که از نظر متغیرهای دموگرافیک با بیماران یک سان بودند ، به عنوان گروه شاهد در تحقیق گنجانده شدند . برای هر ۲ گروه سه پرسشنامه زیر تکمیل شد .

- ۱- اطلاعات شخصی شامل ، سن ، جنس ، وضعیت ازدواج، تحصیل، محل زندگی ، سابقه مراجعه به روان پزشک و درمان روان پزشکی
- ۲- پرسش نامه افسردگی بک
- ۳- استرس های یک سال اخیر زندگی فرد براساس جدول تغییرات اخیر زندگی هولمز و راهه
- ۴- نتایج نهایی هر ۲ گروه با استفاده از آزمون خبی با یکدیگر مقایسه شد .

۸۶ نفر از بیماران قلبی (۸۶٪) بیشتر از ۲۰۰ واحد تغییر زندگی (LCU) را در طی سال اخیر تجربه کرده بودند ، در حالی که این میزان در گروه شاهد ۲ نفر (۲٪) بود ($P < 0/01$) بین عوامل دموگرافیک بیماران و گروه شاهد

مقدمه :

بیماری های قلبی عروقی یکی از علل عمده مرگ و میر در جهان است و سالیانه میلیون ها نفر در اثر ابتلای به این بیماری ها جان خود را از دست می دهند . به همین علت نیاز به بررسی علت این بیماری ها ، روند بیماری و درمان آن احساس می شود . گرچه علل بیماری های قلبی عروقی بسیار زیادند اما بعضی عوامل اهمیت بیشتری دارند و به عنوان عامل های خطر اصلی شناخته می شوند . که از آن جمله می توان به مصرف سیگار - دیابت - کلسترول بالا اشاره کرد (۱،۲).

از سالها قبل متوجه شده اند که استرس یکی از عوامل بسیار مهم در ایجاد و یا تشدید بیماری های قلبی بوده است . به همین جهت بررسی های فراوانی بر روی طرز اثر استرس و راه های مقابله با آن شده است و نتایج جالب توجهی نیز به عمل آمده است . در این بررسی ها متوجه شده اند تا ۸۰٪ افرادی که به درمانگاه های قلب مراجعه می کنند در سابقه خود دارای حادثه استرس زای مهمی بوده اند . همچنین در مطالعات مختلف مشخص شده است که میزان مرگ و میر در بیمارانی که مشکلات روان پزشکی داشته اند بسیار بیشتر از افرادی بوده است که این مشکلات را نداشته اند . از طرفی مشاهده شده است که با کمک به حل مشکلات بیمار ، بیماری قلبی وی نیز سریعتر بهبود می یابد (۳،۴) .

روتین ، سابقه مراجعه به روان پزشک و سابقه بیماری روان پزشکی شناخته شده .

بعد از تکمیل پرسش نامه ها اطلاعات به دست آمده از دو گروه استفاده با آزمون خی مورد مقایسه قرار گرفت .

حوادث تغییردهنده زندگی هولمز وراهه :

بعضی از محققان لیست هائی از حوادث زندگی فراهم کرده اند که مفاد آن شامل موارد استرس زائی است که زندگی انسان را درگیر کرده اند . این لیست ها گاهی تقسیم به حوادث مثبت و حوادث منفی می گردند . بعضی آن ها را به حوادث کنترل شده و کنترل نشده و یا به حوادث مطلوب در مقابل نامطلوب تقسیم می کنند .

اولین پرسش نامه جهت ارزیابی ۴۳ حادثه تغییر دهنده زندگی طرح ریزی شده توسط ریچارد راهه (Richard Rahe) و توماس هلمز (Thomas Holmes) در سال ۱۹۶۳ انجام شد ، که به نام فهرست حوادث اخیر

(Schedule of Recent Events یا SRE)

نامیده می شد .

محققان فوق در سال ۱۹۷۵ ، تعداد این حوادث را به ۷۴ عدد افزایش دادند و یک پرسش نامه حوادث اخیر زندگی (Recent Life Change Questionnaire یا RLCQ) تهیه کردند . ۴۲ عدد از ۴۳ حادثه تغییر دهنده زندگی اولیه در RLCQ باقی ماند و تنها کریسمس حذف گردید . این جدول در سال ۱۹۹۴ توسط میلر وراهه نیز مورد ارزیابی مجدد قرار گرفت (جدول ۱).

باتوجه به مطالب ذکر شده ، اهمیت بررسی اثرات عوامل روانی در بروز بیماری های قلبی مشخص می شود . به همین علت محققان بر آن شدند تا میزان استرس در افراد مراجعه کننده به درمانگاه های قلب را ارزیابی نمایند تا با ادامه این راه بتوان به درمان بیماری های قلبی ، از آن ها پیش گیری نمود .

روشی انجام کار :

صد بیمار قلبی (۵۰ مرد + ۵۰ زن) که در اورژانس قلب بیمارستان امام رضامشهد پذیرش شدند و وجود بیماری قلبی در آن ها با توجه به معاینه متخصص قلب ، انجام شده بود به طور تصادفی انتخاب شدند . صد نفر دیگر (۵۰ مرد + ۵۰ زن) که بیماری قلبی نداشتند (که این مورد نیز توسط متخصص قلب و با معاینه و آزمایش های لازم نائید می شد) به عنوان گروه شاهد انتخاب شدند . برای هر دو گروه ۳ پرسش نامه زیر تکمیل شد :

۱- جدول حوادث تغییر دهنده اخیر زندگی (Recent life changes) که بر مبنای جدول حوادث تغییردهنده «هلمز و راهه» (Holmes & Rahe) تهیه شده بود و برای یک سال اخیر بیماران تکمیل می شد در قسمت های بعدی مقاله در مورد آن توضیح بیشتری داده شده است .

۲- پرسش نامه افسردگی بک

۳- اطلاعات دموگرافیک و شخصی شامل : سن ، جنس ، تحصیلات ، وضعیت تاهل ، نوع شغل ، محل زندگی ، میزان درآمد خانواده ، تعداد فرزندان ، سابقه مصرف دخانیات ، سابقه بیماری قلبی ، فشار خون ، آزمایش های

جدول ۱- تحولات جدول تغییرات زندگی در طی سالهای قبل

۱۹۹۲		۱۹۷۸		۱۹۶۷		حادثه زندگی
LCU	رتبه	LCU	رتبه	LCU	رتبه	
۱۲۳	۱	۱۰۰	۱	۱۰۰	۱	مرگ همسر
۱۰۰	۲	۶۲	۴	۷۳	۲	طلاق
۸۲	۴	۵۲	۸	۶۵	۳	جدایی از همسر
۷۴	۷	۵۷	۶	۶۳	۴	بازداشت در زندان
۹۴	۳	۷۳	۲	۶۳	۵	مرگ عضو نزدیک خانواده
۸۰	۵	۴۲	۱۶	۵۳	۶	بیماری یا صدمه شدید شخصی
۵۰	۱۹	۵۰	۱۰	۵۰	۷	ازدواج
۷۹	۶	۶۴	۳	۴۷	۸	اخراج از کار
۵۹	۱۲	۴۲	۱۷	۴۵	۹	پیوند دوباره با همسر
۵۵	۱۶	۴۹	۱۱	۴۵	۱۰	بازنشستگی
۵۸	۱۴	۵۲	۹	۴۴	۱۱	تغییر عمده در ندرستی یا رفتار یکی از اعضا خانواده
۶۶	۹	۶۰	۵	۴۰	۱۲	حاملگی
۴۵	۲۱	۴۹	۱۲	۳۹	۱۳	مسائل جنسی
۵۸	۱۳	۴۷	۱۴	۳۹	۱۴	پیوستن عضو جدید به خانواده
۶۴	۱۰	۳۸	۲۱	۳۸	۱۵	سازگاری مجدد شغلی عمده
۵۷	۱۵	۴۸	۱۳	۳۸	۱۶	تغییر عمده در وضع مالی
۷۱	۸	۴۶	۱۵	۳۷	۱۷	مرگ دوست نزدیک
۵۲	۱۷	۳۸	۲۲	۳۶	۱۸	تغییر شغل
۵۱	۱۸	۳۴	۲۴	۳۵	۱۹	تغییر عمده در تعداد مباحثات با همسر
۴۴	۲۳	۳۹	۱۸	۳۱	۲۰	رهن بیش از ۱۰ هزار دلار
۶۳	۱۱	۵۷	۷	۳۰	۲۱	انستداد رهن یا وام
۴۳	۲۴	۳۰	۳۲	۲۹	۲۲	تغییر عمده در مسئولیت های شغلی
۴۵	۲۲	۲۹	۳۶	۲۹	۲۳	رفتن پسر یا دختر از خانواده
۳۸	۲۸	۲۹	۳۴	۲۹	۲۴	درگیری با قانون
۳۹	۲۷	۳۳	۲۵	۲۸	۲۵	پیشرفت برجسته شخصی
۴۸	۲۰	۳۷	۲۳	۲۶	۲۶	شروع به کار یا ترک شغل همسر
۳۸	۲۹	۳۲	۲۸	۲۶	۲۷	شروع یا ختم تحصیلات رسمی
۴۲	۲۵	۳۹	۱۹	۲۵	۲۸	تغییر عمده در شرایط زندگی
۲۷	۳۶	۳۱	۳۰	۲۴	۲۹	تجدید نظر در عادات شخصی
۳۰	۳۲	۳۹	۲۰	۲۳	۳۰	درگیری با کار فرما
۳۶	۳۱	۳۳	۲۷	۲۰	۳۱	تغییر عمده در ساعات یا شرایط کار
۴۰	۲۶	۳۳	۲۶	۲۰	۳۲	تغییر محل سکونت
۳۶	۳۰	۳۸	۲۹	۲۰	۳۳	تغییر دادن مدرسه
۲۸	۳۴	۳۰	۳۰	۱۹	۳۴	تغییر عمده در میزان یا نوع تفریحات
۲۲	۴۲	۲۹	۳۵	۱۹	۳۵	تغییر عمده در فعالیتهای مربوط به کلیسا
۲۷	۳۸	۲۸	۴۰	۱۸	۳۶	تغییر عمده در فعالیتهای اجتماعی
۲۸	۳۵	۲۶	۴۲	۱۷	۳۷	وام یا رهن کمتر از ۱۰ هزار دلار
۲۶	۴۰	۳۱	۳۱	۱۶	۳۸	تغییر عمده در عادات خواب
۲۷	۳۹	۲۶	۴۱	۱۵	۳۹	تغییر عمده در تعداد جلسات خانوادگی
۲۷	۳۷	۲۹	۳۸	۱۵	۴۰	تغییر عمده در عادات غذایی
۲۵	۴۱	۲۹	۳۷	۱۳	۴۱	تعلیلات
۳۰	۳۳			۱۲	۴۲	کریسمس
۲۲	۴۳	۳۲	۲۹	۱۱	۴۳	تخلفهای قانونی کوچک
۵۰		۴۲		۳۴		متوسط ارزش LCU برای تمام حوادث

بندی حوادث استرس زا تفاوت زیادی با انواع خارجی نداشت. (۹).

نتایج:

محدوده سنی بیماران قلبی از ۱۵ تا ۸۹ سال بود که میانگین آن ۵۴/۹ سال (بانحراف معیار ۲۰/۲ سال) و محدوده سنی افراد شاهد از ۱۶ تا ۸۳ سال و میانگین ۵۱/۴ سال بود (انحراف معیار ۲۱/۳ سال)، که تفاوت معنی داری بین دو گروه دیده نمی شد ($p > ۰/۰۵$).

در بیماران قلبی دو نفر از مردان و یک نفر از زنان (۳٪) مجرد بودند، ۴۳ مرد و ۳۳ زن (۷۶٪) متاهل بودند، ۴مرد و ۱۶ زن (۲۰٪) طلاق واقع شده بود. و یک مرد از همسرش جدا زندگی می کرد. (۱٪) . در گروه شاهد نیز دو مرد و یک زن (۳٪) مجرد، ۴۷ مرد و ۴۱ زن (۸۸٪) متاهل، یک مرد و هفت زن (۸٪) طلاق و یک زن جدا از همسر زندگی می کرد. از نظر نوع وضعیت خانوادگی در دو گروه تفاوت معنی داری مشهود نبود ($P > ۰/۰۵$) (جدول شماره ۲).

ارزیابی شدت تغییر زندگی را می توان در هر دوره زمان انتخابی از جمله یک سال انجام داد. ارزیابی تغییرات زندگی در عرض یک سال را واحد تغییر زندگی (L.C.U)(Life Change Unit) می نامند. (۳،۴). تغییرات بیش از ۲۰۰ در سال خطر آفرین ارزیابی می شود. در ایران نیز جدولی جهت رتبه بندی حوادث استرس زا تهیه شده است که اولین آن توسط مهاجرو همکاران بر روی گروهی از دانشجویان در سال ۱۳۶۸ تهیه شد. بعد از آن در سال ۱۳۶۹ دکتر متقی پور و دکتر مهاجر با استفاده از همان پرسش نامه و تغییرات اندک، لیست جدیدی از حوادث استرس زا را از ۵۷ کارمند دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی نظر خواهی کردند. با توجه به ویژگی های فرهنگی و اجتماعی جامعه ایرانی انتظار می رفت که این رتبه بندی در ایران با رتبه بندی های انجام شده در کشورهای اروپائی و آمریکایی کاملاً متفاوت باشد ولی در تحقیقی که در ایران و بر روی گروهی از دانشجویان (مهاجر و همکاران ۱۳۶۸) انجام شد به طور کلی رتبه

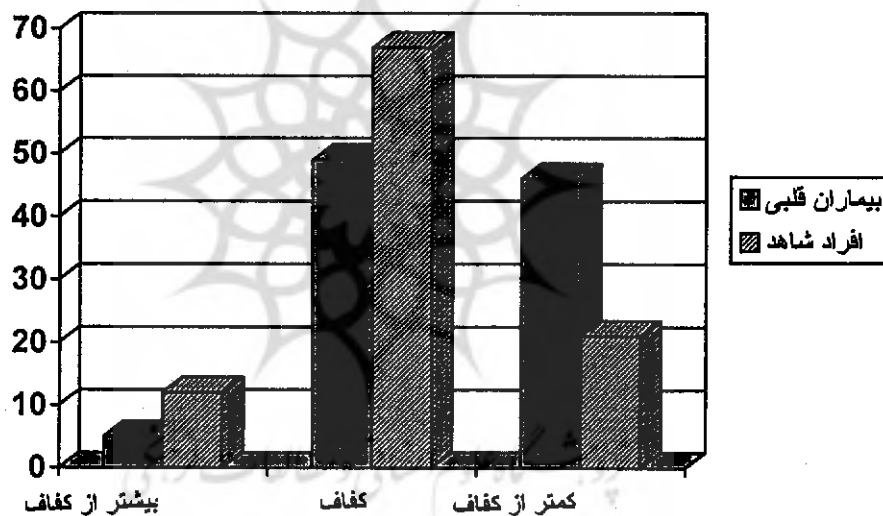
جدول ۲- بررسی وضعیت خانوادگی در بیماران قلبی و افراد شاهد مورد بررسی

وضع خانوادگی		بیمار قلبی						شاهد	
		مرد		زن		مجموع			
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
مجرد	۲	۴٪	۱	۲٪	۳	۳٪	۳	۳٪	۳
متاهل	۴۳	۸۶٪	۳۳	۶۶٪	۷۶	۷۶٪	۴۷	۹۴٪	۸۸
تفویع طلاق	۴	۸٪	۱۶	۳۲٪	۲۰	۲۰٪	۷	۱۴٪	۸
جداشده	۱	۲٪	۰	۰٪	۱	۱٪	۰	۰٪	۰

(۴۶٪) و ۲۱ نفر از افراد شاهد (۲۱٪) کمتر از کفاف ، ۴۹ نفر از بیماران (۴۹٪) و ۶۷ نفر از شاهدان (۶۷٪) در حد کفاف و ۵ نفر از بیماران (۵٪) و ۱۲ نفر از افراد شاهد (۱۲٪) بیشتر از کفاف . با مراجعه به آزمون خی ، این تفاوت با دقت بیش از ۹۹٪ ($p > ۰/۰۱$) معنی دار بود. (نمودار شماره یک).

گروه بیماران و افراد شاهد از نظر میزان تحصیل ، نوع شغل ، محل زندگی (شهر و روستا) و تعداد فرزندان نیز بایکدیگر مقایسه شدند تفاوت معنی داری در هیچ کدام از متغیرهای ذکر شده مشاهده نشد ($P > ۰/۰۵$) بیماران و افراد شاهد بر اساس اظهار نظر خود وضعیت اقتصادی خود را به شرح زیر گزارش نمودند : ۴۶ نفر از بیماران

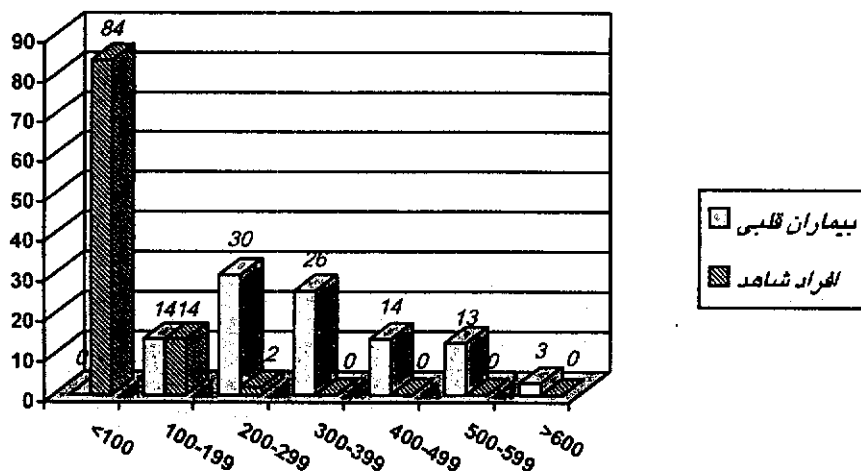
نمودار ۱ - بررسی وضعیت اقتصادی بیماران قلبی و افراد شاهد بر مبنای اظهار خود افراد



۸۶ نفر از بیماران قلبی (۸۶٪) دارای LCU بالای ۲۰۰ می باشند که این رقم در افراد شاهد فقط ۲ نفر (۲٪) بود (نمودار شماره ۲).

بعد از جمع آوری اطلاعات از بیماران قلبی و افراد شاهد ، بر اساس جدول حوادث استرس زای زندگی که توسط آقایان مارک میلر (Mark Miller) و ریچارد راهه در سال ۱۹۹۴ طرح ریزی شده بود ، مشخص شد که

نمودار ۲- حوادث استرس زا در بیماران قلبی در مقایسه گروه شاهد بر اساس جدول حوادث استرس زای زندگی تهیه شده توسط راهه و میلر در سال ۱۹۹۴



وجود نداشت و حوادثی مثل « تغییر محل سکونت » و « شروع یا ترک کار همسر » در افراد شاهد بیشتر بود .

جدول ۳- مقایسه حوادث استرس زا در بیماران قلبی و افراد شاهد ، بر حسب آزمون مجذور خی

P	حادثه استرس زا
P<0.05	مرگ همسر
P>0.05	جدایی از همسر
P>0.05	بازداشت در زندان
P<0.01	مرگ عضونزدیک خانواده
P<0.01	بیماری یا صدمه شدید شخصی
P>0.05	ازدواج
P<0.01	اخراج از کار
P>0.05	پیوند دوباره با همسر
P>0.05	بازنشستگی از کار
P<0.01	تغییر عمده در تندرستی یا رفتار عضو نزدیک خانواده
P>0.05	حاملگی
P>0.05	پیوستن عضوجدید به خانواده
P<0.01	تغییر عمده در وضع مالی
P<0.01	مرگ دوست نزدیک
P>0.05	تغییر شغل
P<0.01	تغییر عمده در تعداد مباحثات با همسر
P>0.05	انسداد رهن یا وام
P>0.05	تغییرات عمده در مسئولیتهای شغلی
P>0.05	رفتن پسر یا دختر از خانه
P<0.01	درگیری با قانون
P>0.05	شروع یا ختم تحصیلات رسمی
P<0.01	تغییر عمده در شرایط زندگی
P<0.01	تجدید نظر در عادات زندگی
P<0.05	مساله با کارفرما
P<0.01	تغییر در ساعات با شرایط کار
P>0.05	تغییر دادن مدرسه
P<0.01	تغییر عمده در میزان تفریحات
P<0.01	تغییر عمده در میزان فعالیتهای اجتماعی
P<0.01	تغییر در عادات خواب
P<0.01	تغییر در جلسات خانوادگی
P<0.01	تغییر در عادات غذایی
P>0.05	تخللهای کوچک قانونی

همچنین از ۹۸ نفر شاهدی که (۹۸٪) دارای واحد تغییر زندگی (LCU) زیر ۲۰۰ بودند ، ۸۴ نفر (۸۴٪) ۱۰۰ امتیاز و یا کمتر داشتند . متوسط واحد تغییر زندگی (LCU) بیماران قلبی ۳۴۱/۵۵ امتیاز برای هر بیمار و متوسط واحد تغییر زندگی (LCU) شاهدان ، ۶۴/۴ امتیاز برای هر فرد بود .

از بین حوادث ذکر شده در جدول حوادث تغییر دهنده زندگی بعضی حوادث شیوع بیشتری در بیماران قلبی داشتند که از آن بین می توان موارد زیر را ذکر نمود :

« مرگ عضو خانواده » که ۲۴ مرد (۴۸٪) و ۳۱ زن (۶۲٪) در پرسش نامه خود ، به آن اشاره نموده اند و بعضی افراد بیشتر از یک مرگ در اعضای خانواده را در طی سال اخیر زندگی خود تجربه کرده بودند « بیماری و یا صدمه شخصی شدید » به جز بیماری قلبی اخیر در ۲۱ مرد (۴۲٪) و ۱۵ زن (۳۰٪) وجود داشته است « تغییر عمده در تندرستی یا رفتار عضو نزدیک خانواده » نیز در ۱۰ مرد (۲۰٪) و ۱۶ زن (۳۲٪) از بیماران قلبی بوده است . « تغییر عمده وضع مالی » را ۲۵ مرد (۵۰٪) و ۶ زن (۱۲٪) در یک سال اخیر خود ذکر نموده اند . « مرگ دوست نزدیک در ۱۷ نفر از بیماران قلبی (۹ مرد) (۱۸٪) و ۸ زن (۱۶٪) وجود داشته است . ۱۳ مرد (۲۶٪) و ۱۷ زن (۳۴٪) از بیماران قلبی « تغییر عمده ای در تعداد مباحثات با همسر » را ذکر می کردند. ۱۹ مرد (۳۸٪) و ۱۵ زن (۳۰٪) در سال اخیر پسر و یا دخترانشان از خانه رفته است . همچنین حوادثی مانند « تغییر عمده در ساعات و یا شرایط کار » ، « تغییر عمده در میزان تفریح » ، « تغییر عمده در فعالیت های اجتماعی » ، « تغییر عمده در خواب » ، « تغییر عمده در تعداد جلسه های خانوادگی » و « تغییر عمده در عادات غذایی » نیز در ۴۰ تا ۷۶ نفر از بیماران قلبی دیده شده است .

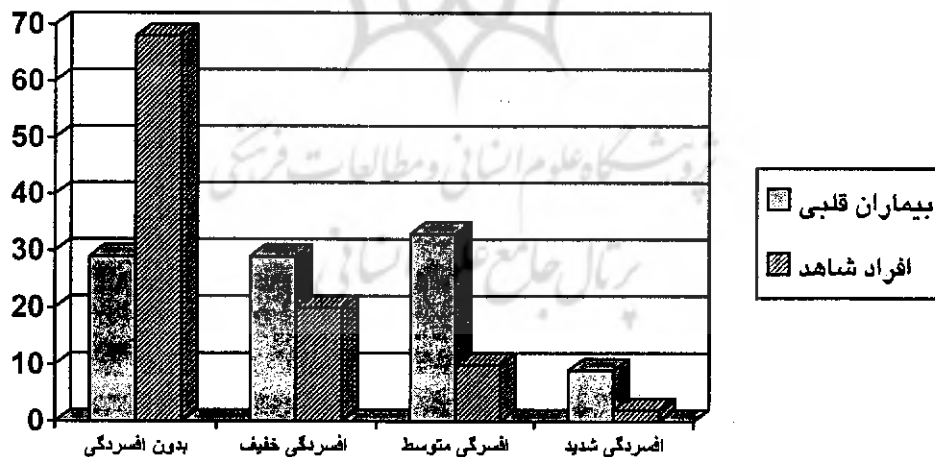
بعضی حوادث با شیوع کمتری در بیماران قلبی مشاهده می شود و تعدادی از این حوادث نیز در بیماران قلبی مورد مطالعه دیده نشد .

در اکثر موارد تفاوت میان حوادث استرس زای بیماران قلبی و افراد شاهد معنی داری بوده و بر اساس آزمون خی (Chi-Square) بین آنها تفاوت بسیاری وجود دارد (جدول شماره ۳) . البته حوادثی مثل « طلاق » و « پیشرفت بر جسته شغلی » در بیماران قلبی

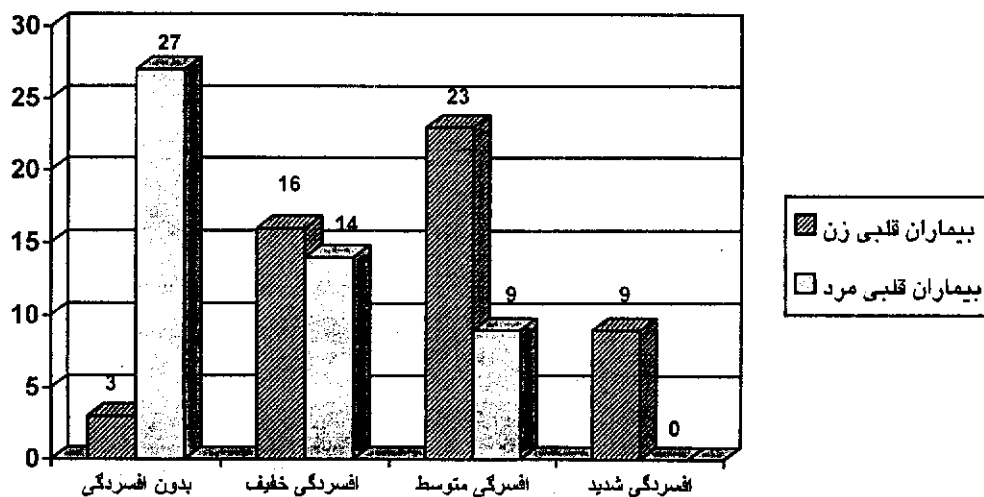
شماره ۳). با مراجعه به آزمون خی تفاوت بین افسردگی بیماران قلبی و افراد شاهد با $P < 0/01$ معنی دار می باشد. در بین بیماران قلبی مرد ۲۷ نفر (۵۴٪) افسردگی نداشتند، در حالی که در بیماران قلبی زن فقط ۲ نفر (۴٪) افسردگی نداشتند. در مردان بیمار ۱۳ نفر (۲۶٪) و در زنان ۱۶ نفر (۳۲٪)، افسردگی خفیف داشتند. افسردگی متوسط در ۱۰ مرد بیمار (۲۰٪) و ۲۳ زن بیمار (۴۶٪) دیده شد. ۹ زن بیمار (۱۸٪) افسردگی شدید داشتند، در حالی که هیچ یک از مردان بیمار افسردگی شدید نداشتند. (نمودار شماره ۴) تفاوت بین مردان و زنان بیمار از لحاظ افسردگی بر اساس آزمون خی، با دقت $P < 0/01$ معنی دار می باشد.

میزان افسردگی بیماران قلبی و افراد شاهد بر اساس تست بک ارزیابی شد که از بین بیماران ۲۹ نفر (۲۹٪) افسردگی نداشتند که این رقم در افراد شاهد ۶۸ نفر (۶۸٪) بود. ۲۹ نفر بیمار قلبی (۲۹٪) دارای افسردگی خفیف بودند، در حالی که ۱۹ نفر از افراد شاهد (۱۹٪) افسردگی خفیف داشتند. همچنین ۳۳ نفر از بیماران قلبی (۳۳٪) افسردگی متوسط داشتند که این رقم در افراد شاهد فقط ۱۱ نفر (۱۱٪) بود. تعداد بیمارانی که افسردگی شدید داشتند ۹ نفر (۹٪) بود و فقط ۲ نفر از افراد شاهد مورد مطالعه (۲٪)، افسردگی شدید داشتند (نمودار

نمودار ۳- بررسی فراوانی افسردگی در بیماران قلبی و افراد شاهد بر حسب تست بک



نمودار ۴- بررسی فراوانی افسردگی در مردان و زنان قلبی بر اساس تست بک



نکته قابل توجه این است که برای هر فرد بعضی از مسائل، از درجه اهمیت بالائی برخوردار هستند. به عنوان مثال بعضی بیماران، علت بیماری قلبی خود را فوت مادر، مشکلات مالی و یا بازداشت در زندان می دانستند و این عامل برای آن ها نقش حیاتی داشت و به خوبی مشخص بود که فرد، روش رویارویی قابل قبولی جهت مقابله با آن حادثه انتخاب ننموده است.

باید توجه داشت، حتی در مواقعی که میزان حوادث استرس زا در سال اخیر زندگی فرد، کم بود، شروع بیماری فرد به چند سال قبل بر می گشت که در آن زمان حادثه و یا حوادث مهمی برای وی اتفاق افتاده بود.

شدت افسردگی بیماران قلبی نیز بسیار بیشتر از افراد شاهد بود ($P < 0/01$). این مسئله با نتایج به دست آمده توسط محققان دیگر همخوانی دارد و نیاز به مشاوره روان پزشکی و حتی شروع داروهای ضد افسردگی را گوشزد می نماید (۳،۴) میزان افسردگی در زنان بیمار بسیار بیشتر از مردان بود، به طوری که تمام ۹ بیمار دارای افسردگی شدید، زن بودند. این مسئله نیز به درک و احساسات زنان در یک جامعه ایرانی باز می گردد و نیاز به توجه ویژه دارد.

یافته های فوق نشان می دهند که مفهوم زیستی روانی اجتماعی (Biopsychosocial) که در آسیب شناسی روانی مطرح می شود، جنبه های کاملاً عینی دارد. همچنین برافورد و مل مشکلات براساس نظریه سیستم ها را مورد تاکید قرار می دهد، که اگر ما قصد بررسی و اصلاح یک پدیده را داریم باید تمام سیستم های فراگیر آن پدیده را مورد بررسی قرار دهیم و نسبت به اصلاح آن ها اقدام می کنیم. بار دیگر این واقعیت به صورت بسیار عینی خود را نشان می دهد که مراکز درمانی سر پائی و بستری اختلالات قلبی نباید صرفاً به درمان های علامتی بسنده کنند و مسئولیت اساسی آن ها کشف عامل های مستعد کننده (Predisposing Factors)، عامل های آشکار ساز (Causative Factors) عامل های انگیزنده (Precipitating Factors) و عامل های نگهدارنده

از بین ۱۰۰ بیمار قلبی مورد مطالعه ۲۲ نفر (۲۲٪) قبل از تشخیص بیماری قلبی خود به روان پزشک مراجعه داشته اند و ۷۸ نفر (۷۸٪) سابقه مراجعه به روان پزشک را نداشته اند. اما بعد از تشخیص بیماری قلبی فقط ۸ نفر (۸٪) مراجعه به روان پزشک را ادامه داده اند و هم اکنون نیز تحت مراقبت روان پزشک می باشند و ۹۲ نفر (۹۲٪) مراجعه به روان پزشک نداشته اند. از بین کل این افراد فقط یک زن سابقه بستری در مراکز روان پزشکی را داشته است. در بین افراد شاهد مورد مطالعه فقط ۸ نفر (۸٪) سابقه مراجعه به روان پزشک را دارند که تنها ۲ نفر (۲٪) هم اکنون تحت نظر روان پزشکان می باشند و ۹۲ نفر (۹۲٪) به هیچ عنوان سابقه مراجعه به روان پزشک را ذکر نمی کنند. از بین افراد شاهد، هیچ کدام سابقه بستری در مراکز روان پزشکی نداشته اند.

بحث و نتیجه گیری

همان طور که قبلاً ذکر شد، میزان حوادث استرس زای بیماران قلبی به طور فاحشی بیشتر از این میزان، در افراد شاهد بود و این مطلب در مطالعات مختلفی به اثبات رسیده است (۵،۶،۷). به همین دلیل استفاده از مشاوره روان پزشکی در درمان بیماری های قلبی می تواند بسیار کمک کننده باشد. همچنین رواج روش های درمانی مانند آرام سازی در بین افراد مختلف می تواند نقش پیش گیری کننده داشته باشد (۳،۸).

از بین حوادث استرس زائی که بررسی شد، در بیماران قلبی بعضی شیوع بیشتری داشتند. این امر نشان می دهد، بعضی حوادث که در جدول مربوطه آورده شده اند، حداقل در جوامع ایرانی، اثر عمیقتری بر افراد می گذارد. به عنوان مثال « مرگ دوست نزدیک » و یا « بیماری افراد خانواده » از علل مهم استرس زا در افراد مورد بررسی بودند که در جدول ابتدائی هلمز و راهه در رتبه پنجم و یازدهم قرار داشتند. و از طرفی عواملی مثل ازدواج، حاملگی و یا بازنشستگی از عواملی هستند که در جوامع ما، استرس کمتری ایجاد می کنند.

نتیجه گیری:

میزان حوادث استرس زای اخیر زندگی به طور معنی داری در بیماران قلبی بیشتر از جمعیت عمومی است ، بنابراین آموزش مکانیسم های مدارا به افراد، می تواند نقش مهمی در پیش گیری از بیماری های قلبی داشته باشد . ما پیشنهاد می کنیم تمام بخش ها و بیمارستان های بیماری های قلب به عنوان مراکز پیش گیری از اختلالات قلبی تغییر فعال شوند و تیمی مرکب از متخصصان قلب، روان پزشک، روان شناس بالینی متخصص همه گیر شناسی و آمار، مددکار اجتماعی و پرستار علت بروز این اختلال ها و طیف آن ها را ارزیابی در ریشه یابی نمایند و در سبک و روش زندگی بیماران مداخله نمایند و سعی کنند آن را اصلاح نمایند. همچنین آن ها باید با انتشار نتایج به جامعه هشدار دهند، تا تمام موازین پیش گیری شامل پیش اولیه، ثانویه و نوع سوم پیاده شوند. به نظر می رسد این پیشنهاد در مورد تمام مراکز درمانی بیماری های مختلف قابل ارائه و اجرا می باشد و این انتظار وجود دارد تا توسط برنامه ریزان و مقالات مسئول بهداشتی کشور و جهان مورد توجه قرار گیرد.

(Maintaining Factors) در مورد اختلالات قلبی و کنترل آن ها می باشد و باز هم لزوم تغییر کاربری این واحدها به مرکز پیش گیری از اختلالات قلبی روشن می شود و در غیر این صورت متخصصان قلب تنها به انجام پاره ای از مسئولیت های خود بسنده کرده اند که به نظر نمی رسد قابل قبول باشد .

با توجه به یافته های فوق تاکید بر دید روان تنی در اختلال های قلبی ، تایید می شود و در موارد شدید لازم است مشاوره روان پزشکی مورد استفاده قرار گیرد . در بین بیماران قلبی مورد مطالعه ما ۲۲٪ افراد ، سابقه مراجعه به روان پزشک را داشتند ، اما فقط ۸٪ این ارتباط را ادامه داده بودند . این مطلب نشان می دهد ، نیاز به مشاوره روان پزشک توسط بیمار نیز احساس شده است . در نهایت جدید مراکز پیش گیری از اختلالات قلبی عروقی ، حضور روان شناس بالینی و روان پزشک در این مراکز و انجام آزمون های اختصاصی روانی و روان درمانی الزامی است.

Reference

- 1- Isselbacher, Braunwald, Wilson, Fauci, kaspar: Harrisons, Principles of Internal Medicine . 13th Edition , 2001
 - 2- Braunwald :Heart Disease : 5th Edition, Volume 3,2002
 - 3- Sadock BJ, Sakock VA: Comprehensive Textbook of Psychiatry 7th Edition , Volume 2, 2000
 - 4- Kaplan HL, Sadock BJ: Synopsis of Psychiatry 9th Edition 2003.
 - 5- Hotz SB: Stress and Cardiovascular Disease Risk Behaviours : Implications for Health BehaviourChange. Can-J-Cardiol. 1995 Jan ; 11 Suppl A: 8A-11 A.
 - 6- Chorot P, Sandin B: Life Events and Stress Reactivity as Pridictors of Cancer, Coronary Heart Disease and Anxiety Disorders. Int-J-Psychoson . 1994 ;41(1-4) :34-40.
 - 7- Littman AB :
Review of Psychosomatic Aspects of Cardiovascular Diseae . Psychother-Psychosom . 1993; 60(3-4) :148-167 .
 - 8- Suadicani P , Hein HO, Gyntelberg F :
Are Social Inequalities as Associated With the Risk of Ischemic Heart Disease a Result of Psychosocial Working Condition ? Atherosclerosis . 1993 Jul ; 101(2): 165-175.
- ۹- دکتر یاسمن تقی پور ، دکتر مرتضی مهاجر، بهروز کاتوزیان «رتبه بندی رویدادهای استرس زای زندگی » ، دارو و درمان سال ۸ ، شماره مسلسل ۹۶ ، (دی ۱۳۷۰) ، صص ۲۳-۲۶ .