Iranian Journal of Critical Care Nursing
Vol. 4, No. 2, Summer 2011
Page: 97 - 102

مجله پرستاری مراقبت ویژه
دوره 4، شماره 2، تابستان 1390
صفحات: 102 - 97

مقایسه‌ی اضطراب و افسردگی بیمارستانی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر بر حسب درمان پیشنهادی

عباس عبادی[1] PhD، سید طیب مرادیان[*] MSc، فخرالدین فیضی[1] MSc، مجتبی آسیابی[1] BSc

**. دانشکده‌ی پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران*

1. دانشکده‌ی پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج)، تهران، ایرلن

چکیده

اهداف: اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر شیوع بالایی دارد و باعث کاهش پی‌آمد درمان در بیماران می‌شود. این مطالعه به منظور مقایسه‌ی اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر بر حسب درمان پیش‌نهادی، انجام شد.

روش‌ها: اضطراب و افسردگی سیصد بیمار که در بخش داخلی قلب مردان بیمارستان قلب جماران تهران در سال 1389 برای انجام آنژیوگرافی عروق کرونر بستری شده بودند و نیاز به درمان دارویی، آنژیوپلاستی و یا جراحی پیوند عروق کرونر داشتند، به وسیله‌ی پرسش‌نامه‌ی استانداردشده‌ی اضطراب و افسردگی بیمارستانی (HADS)، مقایسه شد. اطلاعات به وسیله‌ی آزمون‌های آماری آنالیز واریانس یک طرفه، کروسکال والیس، مجذور کای و نرم افزار SPSS17 تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میزان افسردگی در بیماران کاندید جراحی عروق کرونر بیش از دو گروه دیگر بود و میزان اضطراب در بیماران تحت درمان با آنژیوپلاستی و جراحی پیوند عروق کرونر، بیش از گروه درمان دارویی بود (p<0/05). در مجموع 38 درصد از بیماران، سطوحی از افسردگی و 45/7 درصد از آن‌ها، سطوحی از اضطراب را تجربه کرده بودند.

نتیجه‌گیری: با توجه به این که شیوع اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر زیاد است و افسردگی و اضطراب اثرات بدی بر پی‌آمدِ درمان در این بیماران دارد، باید اقدامات غربالگری و درمانی مناسبی برای این بیماران انجام گیرد.

واژگان کلیدی: بیماری عروق کرونر، اضطراب و افسردگی بیمارستانی

Comparison of hospital anxiety and depression among patients with coronary artery disease based on proposed treatment

Abbas Ebadi[1] PhD, Seyyed Tayyeb Moradian[*] Msc, Fakhroddin Feyzi[1] MSc, Mojtaba Asiabi[1] BSc

**. Faculty of Nursing, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

1. Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Aims: Anxiety and depression have a high prevalence rate in patients with coronary artery disease, leading to reduced treatment outcome in these patients. Therefore, the present study has been conduced to compare anxiety and depression among patients with coronary artery disease based on proposed treatment.

Methods: Anxiety and depression were compared through a standardized hospital anxiety and depression questionnaire (HADS) in 300 patients, in need of drug therapy, percutaneous coronary angioplasty (PCI), or coronary artery bypass graft (CABG), admitted to male cardiac unit of internal medicine department of Jamaran hospital, Tehran, in 2010, for coronary angiography. Data were analyzed by SPSS17 statistical software using ANOVA, Kruskal-Wallis, and chi-square.

Results: Incidence of depression was higher in patients candidate for CABG than the other two groups; likewise, level of anxiety was more in those with PCI as well as CABG compare to drug treatment group ($p<0.05$). In total, 38 and 45.7 percent of patients underwent some degrees of depression and anxiety respectively.

Conclusion: Regarding high prevalence of anxiety and depression among patients with coronary heart disease and its negative impact on treatment outcome, appropriate screening and therapeutic approaches have to be applied for this group of patients.

Keywords: Coronary artery disease; Hospital anxiety and depression

*نویسنده مسؤول: سید طیب مرادیان، تمام درخواست‌ها باید به نشانی t.moradyan@yahoo.com فرستاده شوند.

دریافت مقاله: 89/8/9 پذیرش مقاله: 90/3/2

مقدمه

بیماری عروق کرونر یکی از علل مرگ و میر [1] و اختلال در کیفیت زندگی مرتبط با سلامت است [2]. کاتتریزاسیون قلبی، اقدامی است که برای محرز شدن تشخیص بیماری عروق کرونر به کار گرفته می شود. این اقدام فراوان‌ترین اقدام مداخله‌ای است که در بیماران بستری در بیمارستان انجام می‌شود [3] که مانند سایر اقدام‌های تهاجمی، باعث استرس و اضطراب در بیماران می‌شود [4]. بیماران بعد از آنژیوگرافی عروق کرونر، معمولاً دو حالت را تجربه می‌کنند. یا مبتلا به بیماری عروق کرونر هستند و نیاز به درمان دارویی یا مداخلات برقراری مجدد جریان خون (آنژیوپلاستی یا جراحی پیوند عروق کرونر) دارند و یا مبتلا به بیماری عروق کرونر نیستند و برای تشخیص علت درد قفسه‌ی سینه باید اقدامات تشخیصی دیگری انجام شود [5]. تشخیص بیماری عروق کرونر، علاوه بر مطرح نمودن مشکلات جسمی، باعث اختلال قابل توجه در وضعیت روانی بیماران می‌شود. از جمله‌ی این اختلالات می‌توان به اضطراب، افسردگی و عدم اطمینان در مورد آینده اشاره کرد [6]. اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر شیوع بالایی دارد و باعث کاهش پی‌آمد درمان و سطح عملکرد بیماران می‌شود [7، 8]. هم‌چنین اضطراب و افسردگی مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت هستند و حتی تأثیر آن-ها بر کیفیت زندگی از جنبه‌های جسمی، مثل کسر تخلیه‌ای بطن چپ، آنژین صدری و دیگر بیماری‌های مزمن بیشتر گزارش شده است [9].

افسردگی وضعیت ناتوان کننده‌ای است که در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر دیده می‌شود. این اختلال در بیست درصد بیماران مبتلا به بیماری‌های عروق کرونر گزارش شده [10] و ارتباط معنا داری با افزایش مرگ و میر و عوارض بیماری های قلبی-عروقی داشته است [11]. میزان مرگ و میر در بیماران افسرده پس از ابتلا به انفارکتوس میوکارد 3/5 برابر بیماران غیر افسرده است [12]. اضطراب، نقش مهمی در پی‌آمد درمانی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر دارد [13]. بیماران مضطرب، حوادث مرگ بار قلبی را 4 تا 6 برابر بیشتر از دیگر بیماران تجربه می‌کنند [14]. اضطراب در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر اثرات روانی و فیزیولوژیکی مختلفی به دنبال دارد [15].

به این علت که اقدام انجام شده برای بیماران نیازمند درمان دارویی و آنژیوپلاستی کمتر تهاجمی است، این بیماران همواره با این مشکل مواجه هستند که مراقبین بهداشتی فکر می‌کنند، اضطراب و افسردگی کمتری را تجربه می‌کنند و نیاز به مداخله و آموزش کمتری دارند؛ بنابراین به اضطراب و افسردگیِ این بیماران، توجه زیادی نشده است [16]. در ایران، بیشترین میزان مرگ و میر مربوط به بیماری‌های قلبی- عروقی است، به طوری که این بیماری‌ها، حدود چهل درصد کل مرگ و میر افراد جامعه را به خود اختصاص داده‌اند [17]. از طرفی اطلاعات کمی در مورد وضعیت روانی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر که تحت درمان با اقدام‌های درمانی مختلف قرار می‌گیرند وجود دارد [18]، لذا این مطالعه به منظور مقایسه‌ی اضطراب و افسردگی در بیمارانی که تحت آنژیوگرافی عروق کرونر قرار گرفته و پس از اثبات بیماری عروق کرونر، قرار شده بود که با یکی از روش های درمان دارویی، آنژیوپلاستی عروق کرونر و یا جراحی پیوند عروق کرونر درمان شوند، انجام شد.

روش‌ها

این مطالعه، یک مطالعه‌ی توصیفی- مقایسه‌ای است که در آن اضطراب و افسردگی بیمارانی که بر اساس نتیجه آنژیوگرافی تشخیص بیماری عروق کرونر در آن‌ها قطعی شده و یکی از سه روش درمان دارویی، آنژیوپلاستی و یا جراحی پیوند عروق کرونر به آن‌ها توصیه شده بود، مقایسه شد. بیمارانی که در بخش داخلی قلب مردان بیمارستان قلب جماران تهران، در 6 ماهه اول سال 1389، برای انجام آنژیوگرافی عروق کرونر بستری شده بودند و سابقه‌ی انفارکتوس میوکارد، نارسایی قلبی ثابت شده، بیماری‌های شدید و مزمن، سابقه‌ی مصرف داروهای روان‌پزشکی و اختلال شدید مغزی و شناختی داشتند، وارد مطالعه شدند. قبل از انجام آنژیوگرافی، اطلاعات بیماران شامل سن، سابقه‌ی بیماری‌های مزمن و مصرف دارو ثبت شدد. رضایت آگاهانه‌ی بیماران برای شرکت در مطالعه اخذ شد. در مجموع 316 بیمار مرد که در 6 ماهِ اول سال 1389 تحت آنژیوگرافی قرار گرفتند وارد مطالعه شدند. پس از انجام آنژیوگرافی، 16 بیمار مبتلا به بیماری عروق کرونر نبودند و از مطالعه خارج شدند. 300 بیماری که مبتلا به بیماری عروق کرونر با درجات مختلف بودند، بر اساس تشخیص پزشک متخصص قلب، قرار شد که به این ترتیب درمان شوند: 129 بیمار درمان دارویی، 78 بیمار آنژیوپلاستی و 93 بیمار جراحی پیوند عروق کرونر. پس از انجام آنژیوگرافی، وضعیت بیماری و درمان مورد نیاز، توسط پزشکان معالج بیماران، به بیماران توضیح داده شد. بیماران پس از اتمام آنژیوگرافی، مجدداً به بخش داخلی قلب منتقل شدند. پس از گذشت حدود 10 ساعت از انجام آنژیوگرافی و بعد از این که بیماران از نظر قلبی-عروقی وضعیت پایداری پیدا کردند، پژوهشگر بر بالین بیماران حاضر شد. از بیماران مورد نظر خواسته شد که ابزار استانداردشده‌ی اضطراب و افسردگی بیمارستانی (HADS) را تکمیل کنند.

این ابزار، یک پرسش‌نامه‌ی چهارده سؤالی، شامل دو مقیاس اضطراب و افسردگی است. هفت سؤال مربوط به بررسی اضطراب و هفت سؤال مربوط به بررسی افسردگی است. در مجموع از هر قسمت 21 امتیاز کسب می‌شود. امتیاز صفر تا هفت به معنای سالم بودن، هشت تا ده اختلال بینابینی و امتیازهای یازده و بالاتر، مشکوک به اختلال در نظر گرفته می‌شوند [19]. استفاده از این پرسش‌نامه برای پیش‌بینی استرس و اضطراب در بیماران قلبی مفید

جدول 1. مقایسه گروه ها از نظر اطلاعات جمعیت شناختی

متغیر	درمان داروئی	پیوند عروق کرونر	آنژیو پلاستی	P value
دیابت	%20/2	%51/6	%37/2	0/014
فشارخون	%39/5	%51/6	%37/2	0/104
هیپر لیپیدمی	%28/7	%46/2	%32/1	0/021
سابقه مصرف دارو	%24	%48	%41	0/0001
استعمال دخانیات	%20/2	%17/2	%20/5	0/820
سابقه خانوادگی	%9/3	%7/5	%5/1	0/549
سابقه بستری در بیمارستان	%61/2	%78/5	%78/2	0/005

است [20] و اعتبار و اعتماد علمی ترجمه‌ی فارسی آن توسط علی منتظری بررسی شده است ($\alpha=0.78$) [19]. اطلاعات مورد نظر وارد نرم افزار SPSS17 شد و به وسیله‌ی آزمون‌های آماری آنالیز واریانس یک طرفه، کروسکال والیس و مجذور کای، تجزیه و تحلیل شد. مبنای معناداری آماری $p<0.05$ قرار داده شد.

یافته‌ها

بیماران مورد مطالعه در محدوده‌ی سنی 25 تا 88 سال قرار داشتند. تعداد افرادی که مبتلا به دیابت و هیپرلیپیدمی بودند، در بیماران کاندید جراحی پیوند عروق کرونر بیشتر بود. هم‌چنین سابقه‌ی مصرف داروهای قلبی و بستری در بیمارستان در گروهی که نیاز به درمان دارویی داشتند، کمتر بود ($p<0.05$). گروه‌های تحت مطالعه در سایر متغیرهای جمعیت شناختی مشابه بودند. (جدول 1). در مجموع 38 درصد از بیماران، سطوحی از افسردگی و 45/7 درصد آن‌ها، سطوحی از اضطراب را تجربه کرده بودند.

با آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه مشخص شد که سه گروه از نظر نمره‌های اضطراب و افسردگی با هم متفاوت بودند که این تفاوت از نظر آماری معنادار بود. آزمون تعقیبی توکی نشان داد که نمره‌ی اضطراب در گروه بیماران کاندید عمل جراحی پیوند عروق کرونر و آنژیوپلاستی، بالاتر از نمره‌ی اضطراب در بیماران کاندید درمان دارویی بود. نمره‌ی افسردگی در بیماران کاندید جراحی عروق پیوند کرونر بیشتر از بیماران کاندید درمان دارویی و آنژیوپلاستی بود (جدول2). 51/6 درصد از بیماران کاندید جراحی پیوند عروق کرونر و 30/2 درصد بیماران گروه درمان دارویی و 34/6 درصد بیماران کاندید آنژیوپلاستی مبتلا به افسردگی بودند یا این که نمره‌ی افسردگی بینابینی داشتند (جدول3). هم‌چنین 65/9 درصد بیماران کاندید جراحی، 48/7 درصد بیماران کاندید آنژیوپلاستی و 37/4 درصد بیماران درمان دارویی، نمره‌ی اضطراب 8 و بالاتر داشتند (جدول4). در مجموع 10/8 درصد از بیماران کاندید جراحی پیوند عروق کرونر مبتلا به افسردگی بودند و 11/8 درصد از آنان از اضطراب رنج می‌بردند.

بحث

اضطراب و افسردگی از مشکلات شایع در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر است. مطالعات نشان داده است که اضطراب و افسردگی، باعث تأثیرات منفی بر پی‌آمد درمانِ بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر می‌شود [7، 8، 11، 13]. در این مطالعه، بیمارانی که مبتلا به دیابت و هیپرلیپیدمی بودند، بیشتر کاندید جراحی پیوند عروق کرونر شدند و بیمارانی که نیاز به درمان دارویی داشتند، سابقه‌ی بستری در بیمارستان و مصرف داروهای قلبی کمتری داشتند. این امر می‌تواند مؤید این قضیه باشد که بیماران کاندید جراحی پیوند عروق کرونر سابقه‌ی بیماری‌های مزمن بیشتری دارند.

در این مطالعه، افسردگی در بیماران کاندید جراحی پیوند عروق کرونر بیشتر بود. میزان بالاتر افسردگی در این بیماران ممکن است به این علت باشد که بیماران کاندید جراحی پیوند عروق کرونر با این فرض مواجه هستند که شدت بیماری آن‌ها بیشتر است و نیاز به انجام مداخلات بیشتری از جمله باز کردن استرنوم، بستری در بخش مراقبت های ویژه، برداشتن ورید صافن برای پیوند عروق کرونر دارند و مدت زمان بیشتری در بیمارستان بستری هستند [5]. جراحی پیوند عروق کرونر باعث تغییرات قابل توجه در وضعیت زندگی شخصی، اجتماعی، حرفه‌ای و شغلی فرد می‌شود و بیماران تحت جراحی عروق کرونر میزان بیشتری از ناتوانی بعد از عمل را تجربه می‌کنند [21]. از طرفی عدم اطمینان از آینده، همواره جزیی از بیماری های قلبی- عروقی است. این حالت به ویژه در بیمارانی که در انتظار جراحی پیوند عروق کرونر هستند، دیده می‌شود. بیماران همواره این سوالات را از خود می پرسند: آیا مجدداً آنژین را تجربه خواهم کرد؟ آیا به طور کامل درمان می‌شوم؟ آیا بعد از عمل جراحی زنده خواهم ماند؟ و... [22].

بیماران تحت جراحی پیوند عروق کرونر، نیازمند تغییرات وسیع در سبک زندگی هستند و به مراقبت‌های وسیعی نیاز دارند. علاوه بر این، اساس درمان بیماری عروق کرونر، رعایت برنامه درمانی است. علیرغم اهمیت این موضوع، بیماران افسرده، تمایل کمتری به رعایت برنامه‌های مربوط به رژیم غذایی، ورزش، کاهش استرس و

جدول 2. مقایسه میانگین اضطراب و افسردگی در گروه های مورد مطالعه

متغیر	درمان داروئی	پیوند عروق کرونر	آنژیو پلاستی	p value
افسردگی	6/71±2/55	7/93±2/59	7/24±2/50	0/002
اضطراب	6/05±2/74	7/63±2/60	6/80/15	<0/001

جدول 3. مقایسه سه گره از نظر وقوع اضطراب

گروه	طبیعی		بینابینی		مضطرب		p value
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
درمان داروئی	82	%63/6	36	%27/9	11	%8/5	0/024
جراحی عروق کرونر	41	%44/1	41	%44/1	11	%11/8	
آنژیوپلاستی	40	%1/3	34	%43/6	4	%5/1	

جدول 4. مقایسه سه گروه از نظر وقوع افسردگی

گروه	طبیعی		بینابینی		افسرده		p value
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
درمان داروئی	90	%69/8	32	%24/8	7	%5/4	0/003
جراحی عروق کرونر	45	%48/4	38	%40/9	10	%10/8	
آنژیوپلاستی	51	%65/4	26	%33/3	1	%1/3	

افزایش حمایت‌های اجتماعی دارند [23]. در این مطالعه، افسردگی در بسیاری از بیماران کاندید درمان دارویی و آنژیوپلاستی هم دیده شد که می‌تواند بیانگر این باشد که بیمارانی که با تشخیص بیماری عروق کرونر مواجه هستند، افسردگی را تجربه می‌کنند [10]. سایر مطالعات نشان داده‌اند که شیوع افسردگی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر بالا است که با نتایج این مطالعه هم‌خوانی دارد [7، 8، 10].

میزان اضطراب در بیماران کاندید جراحی عروق کرونر و آنژیوپلاستی بیشتر از بیماران کاندید درمان دارویی بود. نقش اضطراب در کاهش پیامد بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر ثابت شده است [13]. داشتن کمی اضطراب ممکن است باعث شود که بیماران پاسخ‌های هیجانی بهتری داشته باشند و تغییراتی در سبک زندگی خود بدهند و رفتارهای تطابقی مناسب تری داشته باشند [24]؛ اما استرس بیش از حد، باعث تحریک سیستم سمپاتیک، افزایش ضربان قلب و نیروی انقباضی قلب و فشار خون می‌شود که در نتیجه نیاز قلب به مصرف اکسیژن بیشتر و خون‌رسانی به سلول های قلبی بیش از پیش مختل می‌شود. کاهش خون‌رسانی به همراه افزایش مصرف اکسیژن در سلول‌های عضله‌ی قلب، منجر به افزایش حوادث عروق کرونر می‌شود [25]. مطالعه حسینی نشان داد که بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر در مقایسه با افراد سالم در برخورد با مشکلات بیشتر هیجان‌مدار عمل می‌کنند و در کیفیت روابط خود کشمکش‌های بین فردی بیشتری دارند [26]. در این مطالعه درصد زیادی از بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر، سطوحی از اضطراب را تجربه کرده بودند که نتایج مشابه با سایر مطالعات داشتیم [8، 27]. بیماران تحت جراحی پیوند عروق کرونر می‌توانند به علل مختلف دچار اضطراب شوند. از جمله این علت‌ها می‌توان به ترس از جراحی، ترس از عدم کنترل درد و مرگ و عدم اطمینان از کامل و درست انجام شدن درمان مورد نظر اشاره کرد [28].

تعداد زیادی از بیماران کاندید آنژیوپلاستی و درمان دارویی نیز سطوحی از اضطراب و افسردگی را تجربه کردند که این یافته با نتایج مطالعه هاتر هم‌خوانی دارد [10]، حتی بعضی از مطالعات چنین ذکر کرده‌اند که بیمارانی که تحت آنژیوپلاستی قرار می‌گیرند اضطراب بیشتر و حمایت اجتماعی کمتری را تجربه می‌کنند و مشکلات روانی بیشتری نسبت به بیماران تحت درمان با جراحی پیوند عروق کرونر دارند، که این امر بیانگر این مسئله است که این بیماران به توجه و حمایت بیشتری نیاز دارند [18]. در مجموع می‌توان گفت که بیماران کاندید درمان دارویی و آنژیوپلاستی به دلایل زیر نیازمند مراقبت و پیگیری بیشتری هستند، اما کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند: 1. تشخیص بیماری عروق کرونر که نه تنها یک بیماری تهدید کننده حیات است، بلکه بیماران مبتلا باید تغییرات وسیعی در سبک زندگی خود ایجاد کنند [5]. 2. اغلب این بیماران در مورد درمان انجام شده مطمئن نیستند و نگران بازگشت علایم بیماری و ابتلا به حوادث عروق کرونر هستند. این امر تطابق با

شرایط پیش آمده را مشکل می‌سازد [29]. 3. تصور اغلب پرسنل مراقبتی-درمانی این است که این بیماران به این علت که اقدام درمانی آنها به میزان کمتری تهاجمی است، بنابراین به حمایت روانی کمتری نیاز دارند [16]. 4. بیماران کاندید آنژیوپلاستی و درمان دارویی مدت زمان بستری کمتری نسبت به بیماران جراحی پیوند عروق کرونر دارند و این امر هم چالش برانگیز است، زیرا در این زمان کوتاه امکان انجام مداخلات روان‌شناختی کمتر است و آموزش کمتری به بیمار و خانواده داده می‌شود [18]. 5. مطالعات نشان داده‌اند که توجه کمتری به اضطراب و افسردگی در بیماران قلبی شده است. با وجود شیوع بالای اضطراب و افسردگی در این بیماران، فقط تعداد کمی از این بیماران تحت درمان با داروهای روان‌پزشکی هستند و حمایت روانی-اجتماعی مناسب دریافت نمی‌کنند [30].

با توجه به شیوع بالای اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر، به نظر می‌رسد که باید اقدامات غربالگری مناسب برای این بیماران انجام شود و در صورت نیاز اقدامات درمانی مناسب، مورد توجه قرار گیرد. از جمله اقداماتی که مطالعاتی در مورد تأثیر آن‌ها انجام شده است، می‌توان به اثربخشی داروهای ضد افسردگی و مطالعات روان‌شناختی اشاره کرد که باعث بهبود پیامد و کاهش هزینه‌های درمانی این بیماران می‌شوند [31, 32]. از جمله مداخلات دیگر که می‌تواند مؤثر واقع شود، حمایت عاطفی، اجتماعی و دادن اطلاعات کافی در زمینه بیماری و درمان‌های آن است [33].

نتیجه‌گیری

در این مطالعه میزان افسردگی در بیماران تحت درمان با روش جراحی عروق کرونر بیشتر از دو گروه دیگر بود و میزان اضطراب در بیماران تحت درمان با جراحی عروق کرونر و آنژیوپلاستی بیشتر بود. در مجموع، بیماران تحت درمان با روش درمان دارویی اضطراب و افسردگی کمتری را تجربه کردند و بیماران تحت درمان با جراحی پیوند عروق کرونر، بیشترین میزان اضطراب و افسردگی را تجربه کردند. با توجه به این که میزان اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر زیاد است و افسردگی و اضطراب اثرات بدی بر پی‌آمدِ درمان این بیماران دارند، باید اقدامات غربالگری و درمانی مناسبی برای این بیماران انجام گیرد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از همکاری و مساعدت مسئولین، به ویژه پرسنل پرستاری بخش داخلی قلب مردان بیمارستان قلب جماران، صمیمانه تشکر می‌نمایند.

References

1. Kubzansky LD, Kawachi I. Going to the heart of matter: Do negative emotions cause coronary heart disease? J Psychosom Res. 2000Apr-May;48(4-5):323-37.
2. Zellweger MJ, Osterwalder R, Langewitz W, Pfisterer ME. Coronary artery disease and depression. Eur Heart J. 2004Apr;25(7):543-50.
3. Graboys TB. Coronary angiography: A long look at a short queue. JAMA. 1999Jul14;282(2):184-5.
4. De Jong-watt WJ, Arthur HM. Anxiety and health-related quality of life in patients awaiting elective coronary angiography. Heart Lung. 2004Jul-Aug;33(4):237-48.
5. Suzanne C, Brenda G, Janice L, Kerry H. Brunner & Sudadarths Textbook of medical-surgical nursing. 11ed. Philadelphia: Lippincott; 2008. p.112.
6. 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 [in Chinese]. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi. 2003Mar;24(3):224-8.
7. Sullivan MD, LaCroix AZ, Spertus JA, Hecht J. Five-year prospective study of the effects of anxiety and depression in patients with coronary artery disease. Am J Cardiol. 2000Nov15;86(10):1135-8.
8. Frasure-Smith N, Lesperance F. Reflections on depression as a cardiac risk factor. Psychosom Med. 2005May-Jun;67Suppl 1:S19-25.
9. Hofer S, Benzer W, Alber H, Ruttmann E, Kopp M, Schussler G, et al. Determinants of health-related quality of life in coronary artery disease patients: A prospective study generating a structural equation model. Psychosom. 2005May-Jun;46(3):212-23.
10. Harter M, Woll S, Reuter K, Wunsch A, Bengel J. Recognition and psychiatric disorders in musculoskeletal and cardiovascular rehabilitation patients. Arch Phys Med Rehabil. 2004Jul;85(7):1192-7.
11. Barth J, Schumacher M, Herrmann-Lingen C. Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease:a meta-analysis. Psychosom Med. 2004Nov-Dec;66(6):802-13.
12. Glassman AH, Shapiro PA. Depression and the course of coronary artery disease. Am J Psychiatry. 1998Jan;155(1):4-11.
13. Pignay-Demaria V, Lesperance F, Demaria RG, Frasure-Smith N, Perrault LP. Depression and anxiety and outcomes of coronary artery bypass surgery. Ann Thorac Surg. 2003Jan;75(1):314-21.
14. Kawachi I, Sparrow D, Vokonas P, Weiss ST. Symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease: the normative aging study. Circu. 1994Nov;90(5):2225-9.

15. Fraker TD Jr, Fihn SD, Gibbons RJ, Abrams J, Chatterjee K, Daley J, et al. 2007 Chronic angina focused update of the ACC/AHA 2002 guidelines for the management of patients with chronic stable angina: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines Writing Group to develop the focused update of the 2002 guidelines for the management of patients with chronic stable angina. J Am Coll Cardiol. 2007Dec 4;50(23):2264-74.
16. Astin F, Jones K, Thompson DR. Prevalence and patterns of anxiety and depression in patients undergoing elective percutaneous transluminal coronary angioplasty. Heart Lung. 2005Nov-Dec;34(6):393-401.
17. Farahani MA, Mohammadi E, Ahmadi F, Hajizade E. Cultural barriers in the education of cardiovascular diesease patients in Iran. Int Nurs Rev. 2008Sep;55(3):360-6.
18. Dehdari T, Heidarnia A, Ramezankhani A, Sadeghian S, Ghofranipour F. Anxiety, self efficacy expectation and social support in patients after coronary angioplasty and coronary bypass. Iranian J Public Health. 2008;37(4):119-125.[Persian]
19. Montazeri A, Vahdaninia M, Ebrahimi M, Jarvandi S. The hospital anxiety and depression scale (HADS): Translation and validation study of the iranian version. Health Qual Life Outcomes. 2003Apr28;1:14.
20. Mayou R, Springings D, Birkhead J, Price J. A randomized controlled trial of a brief educational and psychological intervention for patients presenting to a cardiac clinic with palpitation. Psychol Med. 2002May;32(4):699-706.
21. Petry JJ. Surgery and complementary therapies: A review. Altern Ther Health Med. 2000Sep;6(5):64-74.
22. McCormick Km, McClement S, Naimark BJ. A qualitative analysis of the experience of uncertainty while awaiting coronary artery bypass surgery. Can J Cardiovasc Nurs. 2005;15(1):10-22.
23. 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. 2000Jun26;160(12):1818-1823.
24. Moser DK. The rust of life: impact of anxiety on cardiac patients. Am J Crit Care. 2007;16:361-9.
25. Sobel RM, Markov D. The impact of anxiety and mood disorders on physical disease: the worried not-so-well. Curr Psychiary Rep. 2005;7(3):206-12.
26. Hosseini GH, Dejkam M, Bayanzadeh SA, Feyz AH. The quality of relationship, stress and coping strategy in patients with coronary heart disease. J Thought Behav. 1998;13(4):14-28.
27. Pirraglia PA, Peterson JC, Williams-Russo P, Gorkin L, Charlson ME. Depressive symptomatology in coronary artery bypass graft surgery patients. Int J Geriatr Psychiatry. 1999Aug;14(8):668-80.
28. Bresser PJ, Sexton DL, Foell DW. Patients responses to postponement of coronary artery bypass graft surgery. Image J Nurs Sch. 1993Spring;25(1):5-10.
29. White RE, Frasure-Smith N. Uncertainty and psychological stress after coronary angioplasty and coronary bypass surgery. Heart Lung. 1995;24(1):19-27.
30. Ellis JJ, Eagle KA, Kline-Rogres EM, Erickson SR. Depressive symptoms and treatment after acute coronary syndrome. Int J Cardiol. 2005Mar30; 99:443-7.
31. Thompson D, Hylan TR, McMullen W, Romeis ME, Buesching D, Oster G. Predictors of a medical-offset effect among patients receiving antidepressant therapy. Am J Psychiatry. 1998Jun;155(6):824-7.
32. Black J, Allison T, Williams D, Rummans T, Gau G. Effect of intervention for psychological distress on rehospitalization rates in cardiac rehabilitation patients. Int J Psychosom. 1998Mar-Apr;39(2):134-43.
33. Dickerson SS. Support needs of spouses of cardiac patients. J N Y State Nurse Assoc. 1993;24(2):17-21.