

بررسی فراوانی افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونری بستری در بخش قلب بیمارستان اکباتان شهر همدان

دکتر علی قلعه ایها*، دکتر فرزاد امامی**، دکتر بهشاد نقش تبریزی**، دکتر ریحانه علی حسنی***

دریافت: ۸۹/۲/۲۸، پذیرش: ۸۹/۷/۲۰

چکیده:

مقدمه و هدف: افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد شایع بوده و با افزایش میزان مرگ و میر در این دسته از بیماران همراه است. سندرم کرونری حاد شایعترین دلیل کاردیولوژیک است که بیماران هر روز به دلیل آن در بیمارستان بستری می شوند. با توجه به روشن نبودن فراوانی افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونری، این مطالعه با هدف تعیین ابعاد این مشکل حاد انجام گردید.

روش کار: در این مطالعه توصیفی مقطعی تعداد ۳۶۰ بیمار مبتلا به سندرم کرونری حاد طی سال ۱۳۸۴ در بیمارستان اکباتان همدان مورد بررسی قرار گرفتند. جهت تشخیص افسردگی و اضطراب از معیار SCL-90 تجدید نظر شده استفاده گردید. در این معیار افسردگی به مقادیر بیشتر از ۱۰/۴ و اضطراب به مقادیر بیشتر از ۸ اطلاق گردید. اطلاعات از پرسشنامه استخراج و با نرم افزار SPSS و آزمونهای χ^2 ، ANOVA یک طرفه و ضریب همبستگی پیرسون مورد مقایسه قرار گرفتند.

نتایج: فراوانی افسردگی و اضطراب در این مرکز به ترتیب ۶۶/۶٪ و ۴۷/۵٪ بود. میانگین سن بیماران با شدت علائم مختلف اختلاف معنی داری نداشتند. افسردگی و اضطراب در بین زنان شایع تر از مردان بود که این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود ($P < 0.001$). همچنین همبستگی معنی داری بین افسردگی و اضطراب در بیماران مشاهده گردید.

نتیجه نهایی: افسردگی و اضطراب دارای شیوع بالایی نسبت به سایر مطالعات در بین بیماران مبتلا به سندرم کرونری حاد است و همبستگی مثبتی بین آن دو در این دسته از بیماران وجود دارد.

کلید واژه ها: آئزین قفسه صدی / اضطراب / افسردگی / انفارکتوس قلبی

مقدمه:

بررسی های اخیر نشان داده اند که افسردگی هم در افراد سالم و هم در بیماران مبتلا به بیماری کرونری قلب ریسک حوادث قلبی را افزایش می دهد (۲). از نظر بالینی، در ۴۰ تا ۶۵ درصد از بیماران بعد از انفارکتوس میوکارد (MI) علائم افسردگی بارز دیده می شود. در حالیکه در سایر بیماران شیوع اختلالات افسردگی ماژور ۲۰ تا ۲۵ درصد است (۳).

در یک مطالعه ۳۱/۵ درصد از بیماران پس از MI افسردگی را در طول مدت بستری بودن در بیمارستان تا یکسال پس از ترخیص تجربه کرده اند و شیوع افسردگی

بیماریهای قلبی - عروقی از اصلی ترین علل مرگ و میر در تمامی جهان محسوب می شوند. در ایالات متحده تخمین زده می شود ۱۲/۲ میلیون نفر به آن مبتلا باشند. در کشورهای در حال توسعه نیز با تغییر عادات غذایی و ترویج سبک زندگی بی تحرک (Sedentary) به مرور به یکی از شایعترین علل مرگ و میر تبدیل شده است (۱). در سالهای اخیر مطالعات زیادی بر روی تأثیر افسردگی و اضطراب بر روی شروع، طول دوره و پیش آگهی بیماریهای کرونری قلب (CHD) صورت گرفته است.

* استادیار گروه روانپزشکی و عضو مرکز تحقیقات اختلالات رفتاری و سوء مصرف مواد دانشگاه علوم پزشکی همدان (alighaleiha@yahoo.co.uk)

** استادیار گروه قلب و عروق دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان

*** دکتری حرفه ای پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان

تعیین فراوانی افسردگی و اضطراب در بیماران قلبی با سندرم کرونری حاد بستری در بخشهای قلب و CCU بیمارستان اکباتان شهر همدان انجام گرفت.

روش کار:

این مطالعه از نوع توصیفی - مقطعی می باشد که در آن ۳۶۰ نفر بصورت تصادفی ساده و براساس فرمول آماری از بین کلیه بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونری که در سال ۱۳۸۴ در بخش قلب یا CCU بیمارستان اکباتان همدان بستری بودند انتخاب شدند.

بیمارانی که در بخش CCU و یا قلب بیمارستان بستری میشدند تحت بررسی قرار می گرفتند و بعد از تأیید تشخیص سندرم حاد کرونری پرسشنامه آزمون افسردگی و اضطراب SCL 90 (Symptom Checklist-90) تجدیدنظر شده جهت ایشان تکمیل می گردید. از نظر بالینی سندرم حاد کرونری حداقل یکی از سه شکل ذیل را می بایست دارا باشد: ۱- وقوع درد قفسه سینه تیپیک در حال استراحت و یا با مختصر فعالیت که معمولاً بیش از ۲۰ دقیقه طول می کشد. ۲- وقوع درد قفسه تیپیک که به تازگی شروع شده است (در یکماه اخیر) ۳- وقوع درد قفسه سینه تیپیک که بصورت فزاینده می باشد. ممکن است موارد ذکر شده فوق با افزایش مارکرهای قلبی سرم هم همراه باشد (۱۵). تمام پرسشنامه ها در روز دوم بستری تکمیل میشدند.

چنانچه در هنگام ترخیص تشخیص مذکور رد می شد، بیمار از مطالعه خارج می گردید. همچنین بیمارانی که دارای هوشیاری کامل نبوده و توانایی برقراری ارتباط کلامی مناسب را نداشتند، وارد مطالعه نمی شدند. سئوالات پرسشنامه که روائی و پایایی آن با انجام طرح پایلوت و اعلام نظر متخصصین تأیید شده بود توسط محقق از بیمار سؤال می شد و در صورتی که سطح تحصیلات بیمار کافی بود توسط خود او تکمیل می گشت. آزمون SCL 90 دارای ۱۳ سوال در مورد سنجش افسردگی و ۱۰ سوال در مورد اضطراب است و پاسخ هر سوال در ۵ سطح تعیین می گردد. بدین صورت که از هیچ تا به شدت متغیر است. پاسخ هیچ بدون امتیاز، پاسخ کمی یک امتیاز، پاسخ تا حدی دو امتیاز، پاسخ زیاد سه امتیاز و پاسخ به شدت چهار امتیاز را در هر سوال به خود اختصاص می داد.

این آزمون توسط دروگانیس در سال ۱۹۷۳ معرفی شده است و فرم نهایی آن در سال ۱۹۷۶ تهیه شده است (۱۶) این محقق و همکارانش اعتبار درونی این آزمون را با

در زنان با CHD دو برابر مردان بوده است (۲). همچنین مطالعات نشان داده اند که افسردگی به طور گسترده ای توسط کاردیولوژیستها و پزشکان عمومی کمتر از آنچه که هست تشخیص داده می شود (۳).

شواهد نشان می دهند که افسردگی ریسک بیماریهای قلبی - عروقی را در افراد سالم یا افراد مبتلا به CHD افزایش می دهد (۸-۳).

در مطالعه ای که در سال ۲۰۰۳ در مونیخ آلمان صورت گرفته است، این نتیجه حاصل شده است که افسردگی ریسک انفارکتوس قلبی و مرگ و میر به دنبال حوادث عروقی قلب را افزایش می دهد. بعلاوه بیمارانی که بدنبال MI دچار افسردگی می شوند، بیشتر به عوارضی همچون آریتمی های قلبی دچار می شوند. همچنین افسردگی در بیماران CHD منجر به بدتر شدن وضعیت عملکرد قلب (افزایش تعداد دفعات یا شدت درد قفسه سینه)، افزایش محدودیت فیزیکی، کاهش رضایت از درمان و کاهش کیفیت زندگی می شود (۹).

در سال ۲۰۰۱ آروما و همکارانش در فنلاند با مطالعه بر روی ۸۰۰۰ نفر و پیگیری آنها به مدت ۶/۵ سال نشان دادند که در بیماران قلبی - عروقی شیوع افسردگی بالاست و بیماران افسرده با بیماری کاردیواسکولار نسبت به سایر بیماران پروگنوز بدتری دارند (۱۰).

افسردگی و اضطراب به شدت با یکدیگر رابطه داشته (۱۱) و اضطراب یکی دیگر از فاکتورهای روانشناختی مورد توجه در بیماران قلبی محسوب می شود که در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد تا ۵۰٪ موارد شیوع گزارش شده است (۱۲، ۱۳). در مطالعه ملکی و حیدری پهلویان همبستگی بین اضطراب و افسردگی ۶۴ درصد گزارش شده است (۱۴). اضطراب به تنهایی نیز می تواند پیشگویی کننده حوادث قلبی باشد (۷) و بنابراین دارای اهمیت ویژه ای است. کشور ما از جمله کشورهای در حال توسعه است که به شدت با افزایش بیماریهای قلبی - عروقی روبرو است. با این حال بررسی های اندکی در رابطه با عوامل تأثیرگذار بر این دسته از بیماران انجام شده است. با توجه به مطالب عنوان شده و از آنجایی که در درمان بیماران با بیماری قلبی و افسردگی تنها به درمان یکی از بیماریها نمی توان اکتفا نمود و لزوم همکاری نزدیکتر کاردیولوژیستها و روانپزشکان جهت مداخلات درمانی سریعتر نیاز می باشد، مطالعه حاضر با هدف

و اضطراب بر حسب جنس بیماران مورد مطالعه را نشان می دهد و همانطور که ملاحظه می گردد اختلال افسردگی و اضطراب در بین زنان مبتلا به سندرم کرونری حاد بصورت معنی داری بیشتر از مردان می باشد.

میانگین سنی بیماران مورد مطالعه ۵۴/۹۸ سال با محدوده اطمینان $4/78 \pm$ بود که با استفاده از آزمون آماری بین شدت های مختلف افسردگی و اضطراب و میانگین های سنی در هر یک از گروه های مورد بررسی اختلاف معنی داری مشاهده نشد ($P > 0.05$) (جدول ۲).

۱۸۹ نفر از بیماران (۵۲٪) در بخش سی سی یو و ۱۷۱ بیمار (۴۸٪) در بخش قلب بیمارستان بستری بودند آزمون آماری نشان داد که فراوانی اختلالات افسردگی ($P = 0.65$) و اضطراب ($P = 0.098$) در بین بیماران مورد مطالعه از نظر محل بستری تفاوت معنی داری ندارند.

تشخیص نهائی اختلالات مورد مطالعه در بین بیماران مبتلا به سندرم کرونری حاد در جدول ۳ مشاهده می شود. هر چند مقایسه بین گروه انفارکتوس میوکارد بدون صعود قطعه ST با دو گروه دیگر بعلت کم بودن حجم نمونه در این گروه مقدور نبود با اینحال موارد افسردگی و اضطراب بصورت معنی داری در بیماران با آئزین ناپایدار بیشتر بود ($P < 0.05$).

براساس آزمون آماری بین شدت ابتلا به افسردگی و اضطراب رابطه معنی داری وجود داشت ($P = 0.000$) و این بدان معنی است که با افزایش شدت افسردگی فرد، احتمال ابتلای همزمان وی به اضطراب نیز افزایش می یابد (جدول ۴).

استفاده از ضریب آلفا رضایت بخش گزارش کردند (بیشترین مقیاس برای افسردگی ۰/۹۵ و کمترین آن ۰/۷۷) (۱۷).

در مورد روائی پرسشنامه بیشترین همبستگی برای مقیاس افسردگی ۰/۷۳ و کمترین برای مقیاس ترس مرضی ۰/۳۶ گزارش شده است (۱۸). در ایران مدبرنیا و همکاران بین آزمون SCL-90-R و آزمون MMLI همبستگی معنی داری گزارش نمودند و بیشترین ضریب اعتبار در مقیاس افسردگی این آزمون را با روش بازآزمایی ۰/۹۳ و آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش کردند و از این آزمون بعنوان معیار افسردگی و اضطراب در تحقیقات خود استفاده نمودند (۱۹). از این مقیاس در چندین مطالعه دیگر بعنوان آزمون غربالگری اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی ایران استفاده شده است (۲۰، ۲۱) و مطالعات هنجاریابی این آزمون نشان داده است که از اعتبار و پایایی مناسبی در جمعیت ایران برخوردار است (۲۲، ۲۳). در کل نظر به مطالعات فوق الذکر تشخیص براساس مجموع امتیازات کسب شده بالاتر از ۱۰/۴ افسردگی و بیشتر از ۸ اضطراب تلقی گردید (۱۹).

نتایج بدست آمده با کمک آزمون آماری χ^2 ، ANOVA یک طرفه و ضریب همبستگی پیرسون مورد مقایسه قرار گرفت و سطح معنی داری مقادیر کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. آنالیز نهائی به کمک نرم افزار SPSS 13 انجام گرفت.

نتایج:

از ۳۶۰ نفر بیمار مورد بررسی ۲۰۷ نفر مذکر (۵۷٪) و ۱۵۳ نفر مؤنث (۴۳٪) بودند. جدول ۱ فراوانی افسردگی

جدول ۱: فراوانی افسردگی و اضطراب در بین بیماران مبتلا به سندرم کرونری حاد بستری در بیمارستان اکباتان همدان برحسب جنس

افسردگی	مرد		زن		جمع	ارزش P
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)		
افسردگی	خیلی شدید	۰ (۰)	۶ (۳/۹)	۶ (۱/۷)		۰/۰۰۱
	شدید	۲۴ (۱۱/۶)	۲۱ (۱۳/۷)	۴۵ (۱۲/۵)		
	متوسط	۳۰ (۱۴/۵)	۴۲ (۲۷/۵)	۷۲ (۲۰)		
	خفیف	۷۸ (۳۷/۷)	۳۹ (۲۵/۵)	۱۱۷ (۳۲/۵)		
طبیعی	۷۵ (۳۶/۲)	۴۵ (۲۹/۴)	۱۲۰ (۳۳/۳)			
اضطراب	خیلی شدید	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)		۰/۰۰۰
	شدید	۰ (۰)	۱۸ (۱۱/۸)	۱۸ (۵)		
	متوسط	۲۷ (۱۳)	۲۷ (۱۷/۶)	۵۴ (۱۵)		
	خفیف	۶۳ (۳۰/۴)	۳۶ (۲۳/۵)	۹۹ (۲۷/۵)		
طبیعی	۱۱۷ (۵۶/۵)	۷۲ (۴۷/۱)	۱۸۹ (۵۲/۵)			

جدول ۲: فراوانی افسردگی و اضطراب در بین بیماران مبتلا به سندرم کرونری حاد بستری در بیمارستان اکباتان همدان بر حسب سن

جمع تعداد (درصد)	بیشتر از ۷۰ سال تعداد (درصد)	۷۰-۵۶ سال تعداد (درصد)	۴۰-۵۵ سال تعداد (درصد)	زیر ۴۰ سال تعداد (درصد)	
افسردگی					
۰ (۱/۷)	۰ (۰)	۰ (۰)	۶ (۳/۴)	۰ (۰)	خیلی شدید
۴۵ (۱۲/۵)	۰ (۰)	۱۸ (۱۲/۸)	۲۷ (۱۵/۳)	۰ (۰)	شدید
۷۲ (۲۰)	۹ (۳۷/۵)	۳۹ (۲۷/۷)	۲۱ (۱۱/۹)	۳ (۱۶/۷)	متوسط
۱۱۷ (۳۲/۵)	۹ (۳۷/۵)	۳۶ (۲۵/۵)	۶۹ (۲۰)	۳ (۱۶/۷)	خفیف
۱۲۰ (۳۳/۳)	۶ (۲۵)	۴۸ (۳۴)	۵۴ (۳۰/۵)	۱۲ (۶۶/۷)	طبیعی
اضطراب					
۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	خیلی شدید
۱۸ (۵)	۰ (۰)	۶ (۴/۳)	۱۲ (۶/۸)	۰ (۰)	شدید
۵۴ (۱۵)	۶ (۲۵)	۱۵ (۱۰/۶)	۳۳ (۱۸/۶)	۰ (۰)	متوسط
۹۹ (۲۷/۵)	۳ (۱۲/۵)	۴۸ (۳۴)	۴۲۴ (۲۳/۷)	۶ (۳۳/۳)	خفیف
۱۸۹ (۵۲/۵)	۱۵ (۶۲/۵)	۷۲ (۵۱/۱)	۹۰ (۵۰/۸)	۱۲ (۶۶/۷)	طبیعی

جدول ۳: فراوانی افسردگی و اضطراب در بین بیماران مبتلا به سندرم کرونری حاد بستری در بیمارستان اکباتان همدان بر حسب تشخیص نهایی

جمع تعداد (درصد)	انفارکتوس میوکارد بدون صعود قطعه ST تعداد (درصد)	انفارکتوس میوکارد با صعود قطعه ST تعداد (درصد)	آنژین ناپایدار تعداد (درصد)	
افسردگی				
۶ (۱/۷)	۰ (۰)	۰ (۰)	۶ (۲/۵)	خیلی شدید
۴۵ (۱۲/۵)	۰ (۰)	۱۸ (۱۵/۸)	۲۷ (۱۱/۱)	شدید
۷۲ (۲۰)	۲ (۶۶/۷)	۲۱ (۱۸/۴)	۴۹ (۲۰/۲)	متوسط
۱۱۷ (۳۲/۵)	۱ (۳۳/۳)	۲۷ (۲۳/۷)	۸۹ (۳۶/۶)	خفیف
۱۲۰ (۳۳/۳)	۰ (۰)	۴۸ (۴۲/۱)	۷۲ (۲۹/۶)	طبیعی
اضطراب				
۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	خیلی شدید
۱۸ (۵)	۰ (۰)	۰ (۰)	۱۸ (۷/۴)	شدید
۵۴ (۱۵)	۱ (۳۳/۳)	۱۸ (۱۵/۸)	۳۵ (۱۴/۴)	متوسط
۹۹ (۲۷/۵)	۰ (۰)	۲۷ (۲۳/۷)	۷۲ (۲۹/۶)	خفیف
۱۸۹ (۵۲/۵)	۲ (۶۶/۷)	۶۹ (۶۰/۵)	۱۱۸ (۴۸/۶)	طبیعی

جدول ۴: فراوانی افسردگی در بین بیماران مبتلا به سندرم کرونری حاد بستری در بیمارستان اکباتان همدان بر حسب درجات مختلف اضطراب

جمع	اضطراب					افسردگی
	خیلی شدید	شدید	متوسط	خفیف	طبیعی	
۱۲۰	۰	۰	۳	۳۰	۸۷	طبیعی
۱۱۷	۰	۰	۹	۳۶	۷۲	خفیف
۷۲	۰	۶	۲۱	۲۱	۲۴	متوسط
۴۵	۰	۹	۱۸	۱۲	۶	شدید
۶	۰	۳	۳	۰	۰	خیلی شدید
۳۶۰	۰	۱۸	۵۴	۹۹	۱۸۹	جمع

بحث:

مطالعه حاضر نشان داد که در بین بیماران مورد مطالعه فراوانی افسردگی خفیف تا خیلی شدید ۲۴۰ نفر (۶۶/۶٪) می باشد که ۵۱ نفر آنها (۱۴/۲٪) دارای افسردگی شدید و خیلی شدید بودند. در مقایسه با سایر مطالعات، میزان افسردگی در این مطالعه افزایش قابل ملاحظه ای را نشان می دهد.

در سال ۱۹۹۶ برفوت و همکارانش شیوع افسردگی را بین ۱۶ تا ۴۵٪ گزارش کرده اند (۵). همچنین لسپرانس نیز در سال ۲۰۰۰ میزان شیوع افسردگی را در بیماران مبتلا به آنژین صدری تا ۴۱ درصد گزارش کرده است (۲۴). برای توجیه این اختلاف چندین پاسخ احتمالی می تواند وجود داشته باشد از جمله آنکه در عده ای از این مطالعات از معیار DSM-IV جهت تشخیص افسردگی استفاده گردیده است. این معیار قدرت تشخیصی ضعیفی برای کشف موارد افسردگی خفیف و متوسط را دارد. همچنین استفاده از معیارهای تشخیصی گوناگون نیز می تواند پاسخی برای وجود آمارهای متفاوت در این رابطه باشد.

مطالعه بندتو و همکارانش در استرالیا که در سال ۲۰۰۶ منتشر شد نشان داد که معیارهای متفاوت ارزیابی افسردگی می تواند نتایج گوناگونی را در برداشته باشد. مثلاً معیار افسردگی قلبی (Cardiac depression scale) و معیار افسردگی بک (Beck depression inventory) دو معیار رایجی هستند که بجای DSM-IV بکار می روند تا موارد خفیف افسردگی از چشم دور نمایند (۲۵). تحقیق حاضر از معیارهای SCL 90 تجدید نظر شده برای ارزیابی افسردگی و اضطراب استفاده کرده است. در SCL 90 مجموع ۹۰ سوال وجود دارد که برای ارزیابی علائم چندین اختلال روانپزشکی از جمله افسردگی، اضطراب، وسواس و... مورد استفاده قرار می گیرد. چندین پژوهشگر نیز از این روش برای ارزیابی افسردگی و اضطراب در بین بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد و آنژین صدری استفاده کرده اند. از جمله استریک و همکارانش در هلند در چندین مطالعه با استفاده از این تست نسبت به ارزیابی این دسته از بیماران اقدام کرده است و این تست را روشی آسان و سریع برای ارزیابی چندین اختلال روانپزشکی معرفی کرده است (۲۸-۲۶).

در مطالعه حاضر میزان فراوانی اضطراب خفیف تا

شدید ۱۷۱ نفر (۴۷/۵٪) می باشد که ۱۸ نفر آنها (۵٪) دارای اضطراب شدید بودند. این یافته ها با مطالعات جانوزی و همکارانش در سال ۲۰۰۰ مطابقت دارد. در گزارش آنان میزان اضطراب تا ۵۰٪ جمعیت مورد مطالعه را شامل می شد (۱۳).

میانگین سن در شدتهای مختلف افسردگی و اضطراب با یکدیگر برابر بود و اختلاف معنی داری بین آنها دیده نشد. همچنین افسردگی و اضطراب در بین زنان مورد بررسی به صورت معنی داری بیشتر بود. این یافته در چندین مطالعه گزارش شده است (۵) ولی در چند مطالعه نیز تفاوتی بین میزان افسردگی و اضطراب و جنسیت این قبیل بیماران گزارش نشده است (۲۵). دلیل این امر شیوع بیشتر اختلالات قلبی در بین مردان می تواند باشد که سبب عدم کشف ارتباط جنسیتی بین افراد افسرده میشود. در بررسی حاضر، افسردگی در بین بیماران مبتلا به آنژین صدری بیشتر گزارش شده است. با این حال بررسی سایر مطالعات شواهدی دال بر وجود این اختلاف را گزارش نکرده اند (۳، ۲۴).

در این مطالعه همبستگی مثبتی بین امکان ابتلا به افسردگی و شدت علائم با وجود و شدت علائم اضطراب وجود داشت. در این حالت هر چه فرد دارای درجات شدیدتری از افسردگی باشد به همین شدت نیز وقوع اضطراب افزایش می یابد. این یافته توسط کاواچی و همکارانش نیز مورد تأیید قرار گرفته است (۲۹، ۳۰).

لازم بذکر است با توجه به میزان احتمالی بالای افسردگی و اضطراب در ایران متدولوژی مطالعه حاضر بر این پایه استوار است که میزان افسردگی و اضطراب را در بخش قلب مورد بررسی قرار دهد. معمولاً در این گونه مطالعات می بایست گروه کنترل وجود داشته باشد و از جمعیت عادی انتخاب شود ولی هدف اصلی این مطالعه بررسی میزان احتمالاً بالای این حالات در بخش قلب و CCU بود که توجه متخصصین مربوطه به این موضوع بیشتر جلب شود. بهر حال مقایسه جمعیت عادی با این گروه میسر نشد که جزء محدودیت های مطالعه حاضر می باشد.

نتیجه نهایی:

در خاتمه می توان نتیجه گیری کرد که فراوانی ابتلا به افسردگی و اضطراب در بین بیماران مبتلا به سندرم کرونری حاد بستری در بیمارستان اکباتان شهر همدان

14. Maleki H, Heidary Pahlavian A. [A survey of prevalence and related factors to anxiety and depression in students Hamadan university of medical sciences]. Research final report. Hamadan Univ Med Sci, 1992. (Persian)
15. Braunwald E, Zipes DP, Libby P, Bonow R. Braunwald's Heart Diseases: A Textbook of Cardiovascular Medicine. St. Louis: W.B. Saunders, 2008: 1319.
16. Derogatis LR, Lipman RS, Covil L. SCL-90 and outpatients psychiatric rating scale- preliminary report. Psychopharmacol Bull 1973;9: 12-28.
17. Derogatis LR, Rickels K, Rock A. The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. B J Psychiatry 1976; 128: 280-289.
18. Derogatis LR, Cleary PA. Confirmation of the dimensional structure of the SCL 90 : A study in construct validation. J Clin Psychol 1977; 33(4): 981-989.
19. Modabernia J, Shojaie H, Fallahi M. [Standardization of SCL-90-R in high school students of Guilan province]. 7th congress of psychiatry and psychology of Iran, 2005. (Persian)
20. Bagheri A. [A survey of prevalence of mental disorders in rural regions of Meibod (Yazd)]. M.Sc. thesis. Iran Univ Med Sci, 1993. (Persian)
21. Javidi H. [A survey of prevalence of mental disorders in rural regions of Marvdasht]. M.Sc. thesis. Iran Univ Med Sci , 1993. (Persian)
22. Esmaili Gh. [Standardization of SCL-90-R and comparison of mental health in students of Tehran universities to facilitation of consultation services]. M.Sc. thesis. Allameh Tabatabaie University, 1997. (Persian)
23. Rezapour M. S[andardization of SCL-90-R in students of Islami Azad university of Ahvaz]. M.Sc. thesis. Allameh Tabatabaie University, 1997. (Persian)
24. Lespérance F, Frasure-Smith N, Juneau M, Thérroux P. Depression and 1-year prognosis in unstable angina. Arch Intern Med 2000 ; 160 (9):1354-60.
25. Benedetto MD, Linder H, Hare DL, Kent S. Depression following acute coronary syndromes: A comparison between the cardiac depression scale and the Beck depression inventory II. J Psychosoma Res 2006; 60: 13-20.
26. Strik JJ, Honig A, Lousberg R. Clinical correlations of depression following myocardial infarction. Int J Psychiatry Med 2001; 31(3): 255-64.
27. Strik JJ, Honig A, Lousberg R, Denollet J. Sensitivity and specificity of observer and self-report questionnaires in major and minor depression following myocardial infarction. Psychosomatics 2001 ;42(5):423-8.
28. Strik JJ, Lousberg R, Cheriex EC, Honig A. One year cumulative incidence of depression following myocardial infarction and impact on

نسبت به سایر مطالعات بالا می باشد و همبستگی مثبتی بین این دو اختلال در بیماران مورد مطالعه وجود دارد.

سپاسگزاری:

نویسندگان بر خود لازم می دانند از زحمات آقای مهندس خسرو مانی کاشانی (مشاور آماری) تشکر و قدردانی نمایند.

منابع:

1. Kasper H, David H. Harrison's principles of internal medicine. 16th ed. New York: McGraw-Hill , 2005: 1444-1448.
2. Douglas P, Zipes M. Braunwald heart disease. 6th ed. New York : Mc-Graw-Hill, 2005: 2244-2258.
3. Frasure-Smith N, Lespérance F, Talajic M. Depression following myocardial infarction. Impact on 6-month survival. JAMA 1993;270 (15):1819-25.
4. Sobel RM, Markov D. The impact of anxiety and mood disorders on physical disease: the worried not-so-well. Curr Psychiatry Rep 2005;7 (3): 206-12
5. Barefoot JC, Schroll M. Symptoms of depression, acute myocardial infarction, and total mortality in a community sample. Circulation 1996; 93(11):1976-80.
6. Fontana AF, Kerns RD, Rosenberg RL, Colonese KL. Support, stress, and recovery from coronary heart disease: a longitudinal causal model. Health Psychol 1989; 8(2): 175-93.
7. Frasure-Smith N, Lespérance F, Talajic M. Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. Circulation 1995;91(4):999-1005.
8. Hare D. Cardiac rehabilitation. The human face of heart disease. Aust Fam Psysician 1990; 19: 1043-52.
9. Follath F. Depression, stress and coronary heart disease--epidemiology, prognosis and therapeutic sequelae. Ther Umsch 2003 ;60(11):697-701.
10. 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
11. American Psychiatric Association. Diagnosis and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
12. Hippisley-Cox J, Fielding K, Pringle M. Depression as a risk factor for ischaemic heart disease in men: population based case-control study. BMJ 1998;316(7146): 1714-9.
13. Januzzi JL Jr, Stern TA, Pasternak RC, DeSanctis RW. The influence of anxiety and depression on outcomes of patients with coronary artery disease. Arch Intern Med 2000 ; 160(13):1913-21.

- cardiac outcome. *J Psychosom Res* 2004 ; 56(1):59-66.
29. Kawachi I, Sparrow D, Vokonas PS, Weiss ST. Symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease. The Normative Aging Study. *Circulation* 1994 ;90(5):2225-9.
30. Kawachi I, Colditz GA, Ascherio A, Rimm EB, Giovannucci E, Stampfer MJ, Willett WC. Prospective study of phobic anxiety and risk of coronary heart disease in men. *Circulation* 1994; 89(5):1992-7.