

رابطه اضطراب و افسردگی با بیماری‌های قلبی عروقی بعد از عمل جراحی قلب

زهرا ملک‌پور گلسفیدی*، دکتر بیتا نصراللهی**، دکتر کیوان دارندگان***

چکیده:

زمینه و هدف: بیماری‌های قلبی و عروقی علت اصلی مرگ و میر و ناتوانی در دنیاست. استرس، اضطراب، نگرانی از آینده و افسردگی از مشکلات روان‌شناختی است که زندگی مبتلایان را تحت الشعاع قرار می‌دهد. یکی از عواملی که بر سلامت روانی بیماران و چگونگی مواجهه با بیماریشان مؤثر است، درک فرد از بیماری و پیامدهای آن است. هدف از این مطالعه بررسی ارتباط بین اضطراب و افسردگی در بیماران پس از جراحی قلب بازمی‌باشد.

مواد و روش‌ها: ۱۹۴ نفر از بیماران قلبی و عروقی ۳۵ تا ۶۰ ساله که در بازه زمانی اسفند ۱۳۹۴ لغایت تیر ۱۳۹۵ به درمانگاه‌های قلب بیمارستان‌های فوق تخصصی شهر تهران مراجعه کرده بودند و سابقه جراحی قلب باز در طی یک سال گذشته را داشتند به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های اطلاعات فردی و جمعیت‌شناختی، پرسشنامه ادراک بیماری و پرسشنامه استرس، اضطراب و افسردگی (DASS-21) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۲۳ و آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: ضریب همبستگی بین ادراک بیماری و افسردگی بیماران قلبی $r = 0/27$ و ضریب همبستگی بین ادراک بیماری و اضطراب بیماران قلبی $r = 0/42$ می‌باشد. نتیجه گرفته می‌شود که بین ادراک بیماری و اضطراب و افسردگی بیماران قلبی و عروقی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری: اگر ادراک بیماران قلبی و عروقی از بیماریشان با پیش‌داوری همراه باشد، باعث می‌شود که اضطراب و افسردگی بیشتری از خود نشان دهند، اما اگر ادراک آن‌ها از بیماریشان بر اساس اطلاعات موثق از جانب پزشک معالج باشد و بیماری و عوارض آن را درست درک کنند، میزان اضطراب و افسردگی آن‌ها کاهش می‌یابد.

واژه‌های کلیدی: جراحی قلب باز، اضطراب، افسردگی

زمینه و هدف

می‌شود^۱. بیماران قلبی و عروقی علاوه بر مشکلات جسمی با مسائل روانشناختی مانند اضطراب و افسردگی روبرو هستند

جراحی قلب و عروق از جمله جراحی‌هایی است که با هدف افزایش بقاء و ارتقاء کیفیت زندگی در بیماران انجام

نویسنده پاسخگو: دکتر بیتا نصراللهی

تلفن: ۸۸۸۶۵۴۷

E-mail: Dr.bitanasrolahi@gmail.com

* دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات ایران

** استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات تهران

*** جراح عمومی، بیمارستان گنجویان دزفول

تاریخ وصول: ۱۳۹۵/۱۰/۰۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۳/۰۱

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی و از نوع همبستگی است که با هدف بررسی رابطه ادراک بیماری با اضطراب و افسردگی بیماران قلبی و عروقی پس از جراحی قلب باز انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر را بیماران قلبی و عروقی که در بازه زمانی اسفند ۱۳۹۴ لغایت تیر ۱۳۹۵ به درمانگاه‌های قلب بیمارستان‌های فوق تخصصی شهر تهران مراجعه کرده‌اند و سابقه جراحی قلب باز داشتند، تشکیل می‌دادند. ۱۹۴ نفر از این بیماران از بیمارستان‌های ولی عصر (عج)، امام سجاد (ع)، مرکز تحقیقاتی شهید رجایی و مرکز قلب تهران به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد. برای بررسی مفروضه نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد. مفروضه نرمال بودن برای هر سه متغیر با سطح معنی‌داری کوچکتر از ۰/۰۵ رد شده است ($P < 0/05$). با توجه به رد شدن مفروضه نرمال بودن برای بررسی رابطه این متغیرها از ضریب همبستگی رتبه‌ای اسپیرمن استفاده شد.

پرسشنامه اطلاعات فردی و جمعیت شناختی

بخش اول پرسشنامه اطلاعات فردی و جمعیت شناختی محقق ساخته شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، سابقه مصرف دخانیات، سابقه ابتلا به بیماری قلبی در خانواده و بیماری‌های زمینه‌ای دیگر است که به صورت خود گزارش‌دهی توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد. بخش دوم با رضایت افراد و در صورت اطلاع افراد توسط پژوهشگر تکمیل می‌شد و شامل مقدار فشارخون و ضربان قلب بیمار و در صورت همراه داشتن آزمایشات، میزان چربی خون می‌باشد.

پرسشنامه ادراک بیماری

برای بررسی ادراک بیماری از مقیاس کوتاه شده ادراک بیماری استفاده شد. فرم کوتاه این پرسشنامه دارای ۹ ماده است. همه ماده‌ها به جز سؤال آخر که مربوط به علییت است، در یک مقیاس درجه‌بندی از یک تا ده پاسخ داده می‌شوند. هر ماده یک مولفه ادراک بیماری را می‌سنجد. پنج ماده واکنش شناختی به بیماری را مورد سنجش قرار می‌دهند که شامل ادراک از پیامدها، طول مدت بیماری، کنترل شخصی، درمان‌پذیری و شناخت علائم می‌باشد. دو

و شناخت ارتباط ادراک بیماری و پیامدهای بیماری می‌تواند بر کیفیت زندگی آن‌ها مؤثر باشد.^۲

افراد در برخورد با یک بیماری، یک تصویر کلی و باور خاص از آن بیماری و درمان آن در ذهن خود ایجاد می‌کنند که به آن ادراک بیماری گفته می‌شود. این درک از بیماری در نحوه رفتار فرد، تطابق با بیماری و اداره آن بیماری و به طور کلی در نتیجه بیماری و درمان مؤثر است. پژوهش‌ها در زمینه ادراک بیماری نشان می‌دهد، ادراک بیماری شامل پنج بعد مختلف است که عبارتند از: شناخت علائم، طول مدت بیماری، علت بیماری، فرجام بیماری و قابل درمان بودن آن.^۳ اضطراب یکی از شایع‌ترین و مهم‌ترین واکنش‌های روانی به بیماری قلبی و عروقی می‌باشد.^۴ اضطراب اغلب قبل از تجربیات جدید ایجاد می‌شود و امکان دارد به عنوان تهدیدی برای هدایت اعمال فردی و اعتماد به نفس فرد باشد. بیماران قلبی و عروقی به علت عدم آگاهی از روند درمان و بهبودی، تغییرات پیش آمده در نحوه زندگی، بستری شدن در بیمارستان و لزوم رعایت محدودیت‌هایی در سبک زندگی مستعد اضطراب می‌باشند.^۵

افسردگی نیز یکی از عمده‌ترین مسائل پزشکی و اجتماعی در افراد است و به عنوان شایع‌ترین اختلال همراه در بسیاری از بیماری‌های قلبی و به خصوص قلبی مطرح است.^۶ حدود نیمی از مبتلایان به افسردگی یا از بیماری خود بی‌اطلاعند و یا بیماری آن‌ها چیز دیگری تشخیص داده می‌شود. از مهم‌ترین عوامل ایجاد افسردگی می‌توان به عواملی مانند وراثت، عوامل بیوشیمیایی، ساختار روانشناختی، حوادث پرتنش زندگی، نوسان میزان هورمون‌ها و عوامل دیگر اشاره نمود. مکانیزم‌های متعدد رفتاری، عصبی - هورمونی، ایمنی شناختی، تظاهرات قلبی از جمله مکانیزم‌هایی است که از طریق آنها افسردگی می‌تواند دارای پیامدهای جدی و خطر آفرینی برای بیماران قلبی باشد و بر پیش‌آگهی این بیماران تأثیر منفی داشته باشد.^۷

با توجه به اینکه بیماران قلبی و عروقی پیش از ابتلا به بیماری زندگی فعالی داشته و به یکباره خود را به شکل یک بیمار می‌بینند با این باور نادرست که دیگر ممکن است هرگز به زندگی طبیعی خود بازنگردند، دچار افسردگی می‌شوند. این بیماران ممکن است به علت عوارض بیماری و نیاز به جراحی دچار اضطراب شوند. بنابراین هدف این پژوهش بررسی رابطه ادراک بیماری با اضطراب و افسردگی بیماران قلبی و عروقی پس از جراحی قلب باز می‌باشد.

درجه‌بندی کند. در این مقیاس عدد صفر به معنای آن است که آزمودنی علامت مطرح شده در عبارت مورد نظر را در طول هفته گذشته اصلاً تجربه نکرده است. عدد ۱ به معنای آن است که علامت مذکور تا حدی تجربه شده است. عدد ۲ به معنای آن است که آزمودنی علامت گذشته را تا حد زیادی تجربه کرده است و عدد ۳ به معنای آن است که آزمودنی علامت مورد نظر را در طول هفته گذشته خیلی تجربه کرده است.

سؤال‌های DASS-21 به گونه‌ای انتخاب شده‌اند که نشانگر تمام زیر مقیاس‌ها باشند تا بتوان نمره زیر مقیاس‌ها را با ضرب آن در ۲ به مقیاس‌های DASS-42 تبدیل کرد. به این ترتیب می‌توان نمره‌های DASS-21 را با نمره‌های DASS کامل مقایسه کرد و نمره‌ها را با مراجعه به داده‌های موجود برای کل مقیاس تفسیر کرد.

خرده مقیاس اضطراب DASS با پرسشنامه اضطراب بک (BAI) همبستگی ۰/۸۱ دارد و خرده مقیاس افسردگی آن با مقیاس افسردگی بک دارای همبستگی ۰/۷۴ است که نمایانگر اعتبار همگرایی مناسب آزمون می‌باشد.^{۱۰}

روایی و پایایی این مقیاس در ایران توسط صاحبی، سالاری و اصغری انجام شده است. همسانی درونی این مقیاس که با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شد، در مقیاس افسردگی ۰/۷۷، مقیاس اضطراب ۰/۷۹، و مقیاس استرس ۰/۷۸ بود. برای بررسی اعتبار ملاک DASS-21 از اجرای همزمان پرسشنامه‌های افسردگی بک، اضطراب زانگ و استرس ادراک شده، استفاده شده است. همبستگی زیر مقیاس اضطراب با آزمون اضطراب زانگ ۰/۶۷، همبستگی زیر مقیاس استرس با آزمون استرس ادراک شده ۰/۴۹ و همبستگی زیر مقیاس افسردگی با آزمون افسردگی بک ۰/۷۰ بود.^{۱۱}

یافته‌ها

براساس یافته‌های این پژوهش، ۹۰ نفر از پاسخ‌دهندگان (۴۶/۴ درصد) زن و ۱۰۴ نفر (۵۳/۶ درصد) مرد بودند. پاسخ‌دهندگانی که دخانیات استعمال می‌کردند ۶۸ نفر (۳۵/۱ درصد) و پاسخ‌دهندگانی که دخانیات استعمال نمی‌کردند ۱۲۴ نفر (۶۳/۹ درصد) بودند و ۲ نفر از پاسخ‌دهنده‌ها (۱/۰ درصد) به سؤال استعمال دخانیات پاسخ نداده‌اند.

ماده واکنش عاطفی را که شامل نگرانی در مورد بیماری و عواطف است، می‌سنجد و یک مورد هم قابلیت درک بیماری را می‌سنجد. جهت‌گیری علی یک سوال باز پاسخ است که از بیمار خواسته می‌شود سه مورد از علل ابتلا به بیماری را از نگاه خود بیان نماید. با توجه به اینکه بررسی علت ابتلا به بیماری هدف مطالعه نیست، لذا سؤال نه حذف می‌شود و ۸ سؤال بررسی خواهد شد. حداقل نمره کسب شده ۸ و حداکثر ۸۰ می‌باشد. برای محاسبه امتیاز این پرسشنامه به ماده‌های ۳، ۴ و ۷ به صورت معکوس امتیاز داده می‌شود و سپس جمع امتیاز محاسبه می‌شود. نمره بالا درک بهتر و نمره پایین درک کمتر بیماری خواهد بود.^۸

Broadbent و همکارانش ضرایب پایایی باز آزمایی آیت‌ها را بین ۰/۴۸ تا ۰/۷۰ گزارش دادند.^۸ در ایران، در بیماران سکته قلبی آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۴ و ضریب پایایی باز آزمایی مقیاس با فاصله زمانی سه هفته، ۰/۶۸ به دست آمده است.^۹

فرجی نیز آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۵۸ به دست آورد و ضریب پایایی باز آزمایی به فاصله ۱۲ روز را ۰/۸۴ به دست آورد. روایی محتوایی و صوری آن نیز توسط ۱۲ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه تهران تأیید شده است.^۵

پرسشنامه استرس و اضطراب و افسردگی

یک مقیاس خودسنجی است که برای اندازه‌گیری حالت‌های هیجانی منفی استرس، اضطراب و افسردگی طراحی شده است. هر یک از سه زیر مقیاس DASS-21 شامل ۷ سؤال است. زیر مقیاس افسردگی عواملی مانند ملالت، ناامیدی، بی ارزش شمردن زندگی، نازنده‌سازی خود، فقدان علاقه / مشارکت، بی لذتی و سکون را اندازه می‌گیرد. زیر مقیاس اضطراب، برانگیختگی خودکار، تأثیرات اسکلتی ماهیچه‌ای، اضطراب موقعیتی و تجربه فاعلی احساس اضطراب را می‌سنجد. زیر مقیاس استرس، به سطح برانگیختگی مزمن حساس است و دشواری در آرام شدن، برانگیختگی عصبی، سهولت در بی‌قراری / ناراحتی، فزون کنشی / واکنش‌پذیری و عدم تحمل را اندازه می‌گیرد.^{۱۰}

آزمودنی باید پس از خواندن هر عبارت، شدت علامت مطرح شده در آن عبارت را که در طول هفته گذشته تجربه کرده است با استفاده از یک مقیاس ۴ درجه‌ای، (صفر تا سه)

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی معیار متغیرهای مورد مطالعه پژوهش

متغیر	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار	میان
ادراک بیماری	۲۵	۶۶	۵۱/۳۰	۷/۷۸	۵۲
افسردگی	۰	۱۹	۵/۲۶	۳/۶۶	۵
اضطراب	۰	۲۱	۸/۰۶	۳/۹۵	۸

جدول ۲- شاخص‌های توصیفی خرده مقیاس‌های ادراک بیماری

متغیر	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار	میان
ادراک از پیامدها	۱	۱۰	۷/۹۶	۲/۰۵	۹
طول مدت بیماری	۱	۱۰	۷/۷۶	۱/۹۴	۸
کنترل شخصی	۱	۱۰	۶/۵۰	۲/۰۱	۷
درمان‌پذیری	۱	۱۰	۷/۵۲	۱/۹۱	۸
شناخت علائم	۱	۱۰	۷/۱۸	۱/۷۷	۷
نگرانی در مورد بیماری	۱	۱۰	۸/۰۱	۱/۹۷	۸/۷۵
عواطف بیماری	۱	۱۰	۶/۸۰	۱/۹۱	۷
درک علت	۱	۱۰	۷/۹۶	۱/۸۹	۸

جدول ۳- نتایج ضریب همبستگی اسپیرمن برای بررسی رابطه بین مؤلفه‌های ادراک بیماری با اضطراب و افسردگی

متغیرها	ضریب همبستگی		
	اضطراب	درصد احتمال	افسردگی
ادراک از پیامدها	۰/۲۶**	۰/۱۰۰	۰/۱۵
طول مدت بیماری	۰/۲۰**	۰/۰۰۱	۰/۰۸
کنترل شخصی	-۰/۳۴**	۰/۰۰۱	-۰/۳۷**
درمان‌پذیری	-۰/۱۵*	۰/۰۲۷	-۰/۱۳
شناخت علائم	۰/۰۱۲	۰/۸۶۲	-۰/۰۱۲
نگرانی در مورد بیماری	۰/۲۳**	۰/۰۰۱	۰/۲۱**
عواطف بیماری	-۰/۲۹**	۰/۰۰۱	-۰/۱۷*
درک علت	۰/۲۷**	۰/۰۰۱	۰/۱۷*

* در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است.

** در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از مطالعه، بررسی ارتباط بین ادراک از بیماری با اضطراب و افسردگی بیماران قلبی و عروقی پس از جراحی قلب باز است. نتایج نشان داد که بین ادراک از بیماری و افسردگی بیماران قلبی و عروقی رابطه مستقیم و مثبت وجود دارد. به این معنی که با افزایش نمره ادراک از بیماری، میزان افسردگی بیماران قلبی و عروقی افزایش می‌یابد.

همچنین بین مولفه‌های ادراک بیماری و اضطراب بیماران قلبی و عروقی پس از جراحی رابطه وجود دارد. با توجه به نتایج بدست آمده، بین ادراک بیماری و اضطراب بیماران قلبی و عروقی رابطه مستقیم و مثبت وجود دارد. به این ترتیب که با افزایش نمره ادراک از پیامد، اضطراب این بیماران افزایش می‌یابد. پژوهش‌های انجام شده نیز مؤید این یافته‌ها هستند. برای مثال ارتباط بین اضطراب، افسردگی و ادراک بیماری در بیماران مبتلا به سل پاکستانی در پژوهشی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد ۴۶/۳ درصد بیماران مبتلا به افسردگی و ۴۷/۲ درصد مبتلا به اضطراب بودند. و نمرات بالاتر در اضطراب و افسردگی با ادراک بیماری بالاتر ارتباط داشتند.^{۱۲}

سالس و همکارانش مطالعه‌ای را به منظور بررسی نقش خشم، اضطراب و افسردگی به عنوان عوامل خطر بیماری‌های قلبی عروقی انجام دادند. نتایج این پژوهش حاکی از این بود که هر سه این عوامل نقش مهمی در پیش‌بینی بیماری‌های قلبی عروقی داشتند و همچنین از همپوشانی بالایی با یکدیگر برخوردار بودند.^{۱۳}

چنگ و همکارانش، پژوهشی را با عنوان راهبردهای سازگاری؛ ادراک بیماری، اضطراب و افسردگی در بیماران مزمن انجام دادند. نتایج این مطالعه نشان داد بیمارانی که از علائم خود آگاه بودند، فشار بیشتری را در زندگی‌شان تجربه کردند. استفاده متناوب از مکانیزم‌های سازگاری با نمرات اضطراب پایین‌تر مرتبط بود و زنان نسبت به مردان از علائم خود آگاهی بیشتری داشتند.^{۱۴}

شارپ و همکارانش نشان دادند بیماران مبتلا به رماتیسم مفاصل در بیشتر طول بیماری از افسردگی رنج می‌برند و ناتوانی، ادراک بیماری، درد و مهارت سازگاری پایین به طور باثباتی این افسردگی را پیش‌بینی می‌کنند.^{۱۵}

نتایج به دست آمده را باید با توجه به زیر مقیاس‌های ادراک بیماری تفسیر کرد. به عبارت دیگر، اگرچه ادراک

همان‌گونه که در جدول ۱ آمده است، میانگین و انحراف معیار متغیر ادراک بیماری به ترتیب ۵۱/۳۰ و ۷/۷۸ بود. میانگین و انحراف معیار متغیر افسردگی به ترتیب ۵/۲۶ و ۳/۶۶ بود. میانگین و انحراف معیار متغیر اضطراب به ترتیب ۸/۰۶ و ۳/۹۵ بود.

با توجه به جدول ۲، از میان خرده‌مقیاس‌های ادراک بیماری، نگرانی در مورد بیماری بالاترین میانگین (۸/۰۱) و خرده‌مقیاس کنترل شخصی کمترین میانگین (۶/۵۰) را به خود اختصاص داده‌اند.

یافته‌های پژوهش نشان داد که بین ادراک بیماری و افسردگی بیماران قلبی و عروقی پس از جراحی قلب باز رابطه وجود دارد. ضریب همبستگی بین ادراک بیماری و افسردگی بیماران قلبی $r = 0.27$ می‌باشد. با توجه به اینکه سطح معنی‌داری مشاهده شده برای ضریب همبستگی کمتر از ۰/۰۱ است، با ۹۹ درصد اطمینان فرض صفر رد و نتیجه گرفته می‌شود که بین ادراک بیماری و افسردگی بیماران قلبی رابطه مستقیم و معنی‌داری وجود دارد. یعنی با افزایش نمره ادراک بیماری میزان افسردگی بیماران قلبی بیشتر می‌شود. همچنین بین ادراک بیماری و اضطراب بیماران قلبی و عروقی پس از جراحی قلب باز رابطه وجود دارد.

ضریب همبستگی بین ادراک بیماری و اضطراب بیماران قلبی $r = 0.42$ می‌باشد. با توجه به اینکه سطح معنی‌داری مشاهده شده برای ضریب همبستگی کمتر از ۰/۰۱ است با ۹۹ درصد اطمینان فرض صفر رد و نتیجه گرفته می‌شود بین ادراک بیماری و اضطراب بیماران قلبی رابطه مستقیم و معنی‌داری وجود دارد. یعنی با افزایش نمره ادراک بیماری میزان اضطراب بیماران قلبی بیشتر می‌شود.

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، از بین ۸ مؤلفه ادراک بیماری، فقط مؤلفه شناخت علائم با اضطراب رابطه معنی‌دار ندارد. مؤلفه‌های ادراک از پیامدها، طول مدت بیماری، نگرانی در مورد بیماری و درک علت با اضطراب رابطه مثبت و مؤلفه‌های کنترل شخصی، درمان‌پذیری و عواطف بیماری با این متغیر رابطه منفی دارند.

از بین ۸ مؤلفه ادراک بیماری، مؤلفه‌های طول مدت بیماری، درمان‌پذیری و شناخت علائم با افسردگی رابطه معنی‌داری ندارند. مؤلفه‌های ادراک از پیامدها، نگرانی در مورد بیماری و درک علت با افسردگی رابطه مثبت و مؤلفه‌های کنترل شخصی و عواطف بیماری با این متغیر رابطه منفی دارند.

در واقع می‌توان گفت که اگر بیماران قلبی و عروقی در مورد بیماری اطلاعات نادرست داشته باشند و یا ادراک آن‌ها از بیماریشان با پیش‌داوری غلط همراه باشد، بیشتر دچار اضطراب و افسردگی بعد از عمل می‌شوند. اما اگر درک آنان از بیماریشان بر اساس اطلاعات موثق از جانب پزشک معالج باشد و بیماری و عوارض آن را بشناسند، بهتر می‌توانند با بیماری کنار آمده و آن را مدیریت کنند و در نتیجه میزان اضطراب و افسردگی آن‌ها کاهش می‌یابد.

به طور کلی ادراک مثبت از بیماری که با ادراک کنترل بر بیماری و علائم آن همراه است موجب عمل به اقدامات درمانی شده و بهبودی حاصل از این امر خود به ادراک مثبت‌تر می‌انجامد. درحالی که ادراک منفی از بیماری مانند نگرانی نسبت به بیماری باعث می‌شود که بیمار علائم را شدیدتر تلقی کرده و ارزیابی صحیحی از سلامتی خود نداشته باشند که این موضوع بر سلامت روان‌شناختی وی آثار منفی خواهد داشت. اعتقاد به ماهیت و علائم شدید بیماری و حس کنترل شخصی پایین، منجر به پاسخ‌های عاطفی منفی نسبت به بیماری می‌شود. تحت تأثیر این شرایط بیماری پررنگ‌تر تلقی می‌شود، پاسخ‌های عاطفی منفی شدت یافته و نشخوار افکار مربوط به تهدید افزایش می‌یابد و در نهایت اضطراب و افسردگی فرد نیز بالاتر می‌رود.

بیماری با اضطراب و افسردگی رابطه مثبت دارد اما ابعاد مختلف ادراک بیماری رابطه متفاوتی با ادراک بیماری دارند. بین ادراک بیماری و ادراک از پیامدها، طول مدت بیماری، نگرانی در مورد بیماری و درک علت رابطه مثبتی وجود دارد. یعنی با افزایش این عوامل اضطراب فرد افزایش می‌یابد. از آنجایی که بیماران قلبی در دراز مدت ناچار به رعایت کردن محدودیت‌هایی در زمینه‌های تغذیه‌ای و درمانی و سایر جنبه‌های زندگی می‌باشند، آشنایی با پیامدهای بیماری و طول مدت بیماری منجر به افزایش اضطراب می‌شود. وجود رابطه منفی بین ادراک بیماری با مؤلفه‌های کنترل شخصی و درمان‌پذیری، مشخص کرد که اگر در بیماران این آگاهی به وجود آید که بیماری آن‌ها علی‌رغم محدودیت‌هایی که برایشان به همراه دارد قابل کنترل و قابل درمان است از شدت اضطراب آن‌ها کاسته می‌شود.

افزایش ادراک از پیامدها، نگرانی در مورد بیماری و درک علت بیماری نیز به همان دلایلی که در بالا ذکر شد، منجر به افزایش افسردگی می‌شود. افزایش کنترل شخصی نیز این احساس را در فرد به وجود می‌آورد که بیماری و عوارض آن قابل کنترل است، بنابراین فرد به لحاظ عاطفی وضعیت مناسب‌تری پیدا کرده و افسردگی او کاهش می‌یابد.

Abstract:

The Relationship between Anxiety and Depression with Cardiovascular Disease after Open Heart Surgery

Malekpour Golsefidi Z^{}, Nasrollahi B. Ph.D^{**}, Darandegan K. MD^{***}*

(Received: 24 Dec 2016 Accepted: 22 May 2017)

Introduction & Objective: Cardiovascular diseases are the main cause of death and disability in the world and Major psychological problems that typically affect people's Sufferers lives Include stress, anxiety, concern of the future and depression. One of the factors that affect mental health disease and how to cope with the disease. One of the factors that affect on patients mental health and how to cope with the disease, is the Perceptions of the disease and its consequences.

Materials & Methods: A number of 194 cardiovascular patients attending Subspecialty heart clinics in Tehran hospitals during the period from July 2016 to March 2017 and had a history of open heart surgery were selected by convenience sampling. To Gathering the Data was used from the personal information and demographic questionnaires and illness Perception Questionnaire and stress, anxiety and depression Questionnaire (DASS-21). Data were analyzed using software SPSS 23 and Speraman correlation.

Results: The correlation coefficient between illness perception and depression among the heart patients is $r = 0.27$ and the correlation coefficient between the illness perception and anxiety in heart patients is $r = 0.42$. So whit the %99 confidence the null hypothesis is rejected and it is concluded that the perception of cardiovascular disease and depression and anxiety there is a significant positive relationship ($P < 0.01$).

Conclusions: If the perception of patients with cardiovascular disease accompanied with Bias, it causes that they show more anxiety and depression but if their conception of illness Based on the reliable information by the doctor and truly understand the disease and its complications, their depression and anxiety is reduced.

Key Words: Open Heart Surgery, Anxiety, Depression

* *Student of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran*

** *Assistant Professor of Psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran*

*** *General Surgeon, Ganjavian Hospital, Dezfool, Iran*

References:

1. Ismaili S, Zia Bakhsh Tabari Sh, Vaez-Zadeh N, Mohamad Poor Tahamtan R. Review the quality of life of patients after surgery Heart 2006 the city of Sari. Volume 17. December and Persian date 2007; 61 pp. 171-2.
2. Parsamehr M, Afshani A, Nikoo F. Relationship between Anxiety and Depression with Quality of Life after Coronary Artery Bypass Graft. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2015, vol 24 issue 122.
3. Gåfvels C, Wändell PE. Coping strategies in men and women with type 2 diabetes in Swedish primary care. Diabetes research and clinical practice. 2006 Mar 31; 71(3): 280-9.
4. Huffman JC, Celano CM, Beach SR, Motiwala SR, Januzzi JL. Depression and cardiac disease: epidemiology, mechanisms, and diagnosis. Cardiovascular psychiatry and neurology. 2013 Apr 7; 2013.
5. Faraji N, Pashaeypoor S, Negarandeh R. The effect of pre-discharge education and telephone follow-up on illness perception and lifestyle in patients with myocardial infarction. Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty. 2015; 23 (3): d82-91.
6. Cohen BE, Edmondson D, Kronish IM. State of the art review: depression, stress, anxiety, and cardiovascular disease. American journal of hypertension. 2015 Nov 1; 28(11): 1295-302.
7. Bagherian R, Maroofi M, Fatolah Gol M, Saneie S. 2011. Coping strategies among post myocardial infarction patients with anxiety symptoms. J Babol Univ Med Sci; 2011. 12 (3): 50-7.
8. Broadbent, E., Donkin, L., & Stroh, J. C. (2011). Illness and treatment perceptions are associated with adherence to medications, diet, and exercise in diabetic patients. 2011. Diabetes care, 34(2), 338-340.
9. Sajjadinezhad M S, Asgari K, Molavi H, Adibi P. Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Stress Management, Optimism Training and Medical Therapy on Somatic Symptoms, Perceived Stress, Illness Perception and Quality of Life in Patients with Ulcerative Colitis. Arak University of Medical Sciences Journal. 2016; 18 (10): 40-54.
10. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behaviour research and therapy. 1995 Mar 31; 33(3): 335-43.
11. Sahebi A, Asghari MJ, Salari RS. Validation of depression anxiety and stress scale (DASS-21) for an Iranian population. Iranian Psychologists. 2005; 4(1): 299-313.
12. O Husain M, Dearman SP, Caudhry IB, Rizvi N, Waheed W. The relationship between anxiety, depression and illness perception in tuberculosis patients in Pakistan. Clinical practice and Epidemiology in Mental health. 2008 Feb, 4:4.
13. Suls J, Bunde J. Anger, Anxiety and Depression as Risk factors for Cardiovascular Disease: The Problems and Implications overlapping affective dispositions. Psychological Bulletin. 2005 Mar, 131 (2), 260-300.
14. Cheng C, Chan A, Hui W, Lam S. Coping Strategies, Illness perception, anxiety and depression of patients with idiopathic constipation: a population-based study. Alimentary Pharmacology and Therapeutics. 2003. 18 (3), 319-326.
15. Sharpe L, Sensky T, Allard S. The course of depression in recent onset rheumatoid arthritis: the predictive role of disability, illness perceptions, pain and coping. Journal of Psychosomatic Research. 2001. 51 (6), 713-719.