

بررسی وضعیت سلامت روان بیماران قلبی-عروقی و تعیین برخی عوامل موثر بر آن در بیماران بستری در بخش های CCU و قلب بیمارستان هاجر شهر کرد

نسرین فروزنده*، معصومه دل آرام، مرضیه فروزنده، سمیه درخشنده

دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.

تاریخ پذیرش: ۹۱/۶/۱۶

تاریخ دریافت: ۹۱/۲/۲۲

چکیده:

زمینه و هدف: بیماری های روانی از جمله افسردگی، اضطراب، دلیریوم و اختلالات شناختی از مشکلات شایع بیماران قلبی و عروقی می باشند. وجود هر یک از این بیماری ها سبب وخامت بیشتر وضعیت جسمی و روانی بیمار شده و تبعات آنان ناتوانی در همه عرصه های زیستی روانی و اجتماعی است؛ لذا این پژوهش با هدف تعیین وضعیت سلامت روان و برخی عوامل موثر بر آن در بیماران بستری در بخش های CCU و داخلی قلب بیمارستان هاجر شهرکرد انجام گرفته است.

روش بررسی: برای انجام این مطالعه توصیفی-تحلیلی که به صورت مقطعی از اردیبهشت ماه ۱۳۹۰ تا بهمن ماه ۱۳۹۰ انجام شد، تعداد ۲۵۲ نفر از بیماران بستری در بخش های CCU و داخلی قلب با تشخیص نارسایی احتقانی قلب، سکته قلبی و هیپرتانسیون انتخاب شدند. جهت بررسی شیوع اختلالات روانی از پرسشنامه پرسشنامه عمومی سلامت (GHQ) استفاده شد و متغیرهای دموگرافیک بیماران در یک ساله اخیر مورد بررسی قرار گرفت.

یافته ها: از ۲۵۲ بیمار ۱۸۹ نفر (۷۵٪) دارای اختلال روانی بودند و شایع ترین اختلالات افسردگی و اضطراب داشتند. اختلالات روانی با عواملی چون سابقه بستری شدن در بیمارستان و وجود استرس در سال های اخیر رابطه معنی داری داشت ($P < 0.05$)؛ به طوری که شیوع اختلالات روانی در بیماران شاغل، کم سواد و یا بیماران دارای تجربه استرس در یک سال گذشته بیشتر بود. نتیجه گیری: بر اساس نتایج مطالعه حاضر، ایجاد امکانات پیشگیری و درمانی مناسب و حمایت بیماران و خانواده آنان ضروری است.

واژه های کلیدی: سلامت روان، بیماران قلبی عروقی، مشخصه های فردی، پرسشنامه ی سلامت عمومی.

مقدمه:

کشور ما نیز آمار بیماری عروق کرونر سیر صعودی داشته و نکته مهم تر آنکه در چند سال اخیر سن ابتلا به این بیماری کاهش نگران کننده ای پیدا کرده است؛ به طوری که تعداد قابل ملاحظه ای از قربانیان را افراد جوان و میانسال تشکیل می دهند که این امر علاوه بر این که برای خانواده ها فاجعه محسوب می شود، فشار سنگینی نیز بر اقتصاد جامعه وارد می سازد (۳). از طرفی در اغلب مبتلایان به بیماری های قلبی-عروقی،

بیماری های قلبی-عروقی شایع ترین عامل مرگ در کشورهای صنعتی است و ۱/۳ افراد بالای ۳۵ سال از بیماری های قلبی به ویژه درگیری عروق کرونر می میرند (۱). بیشتر از ۴۰ میلیون آمریکایی به نوعی از بیماری های قلبی-عروقی مبتلا هستند و هر ساله تقریباً یک میلیون نفر در اثر این بیماری می میرند؛ ۲/۵ میلیون نفر دیگر ناتوان می شوند و هزینه سالانه آن از لحاظ اقتصادی بسیار زیاد و حدود ده ها میلیون دلار است (۲). در

بیماران بستری دچار افسردگی و اضطراب خفیف تا شدید می شوند (۱۱). نتایج به دست آمده از تحقیقات مختلف نیز شیوع افسردگی در بیماران قلبی را از ۱۶٪ تا ۶۵٪ و شیوع اضطراب را از ۱۴٪ تا ۵۱٪ گزارش نموده اند (۱۲، ۵، ۱۳).

از سویی دیگر عوامل روانی مانند افسردگی و اضطراب نقش مهمی در عملکرد و کیفیت زندگی و همکاری بیماران با رژیم درمانی دارند و این عوامل می توانند در پیش آگهی بیماری مؤثر باشند (۱۲، ۸). بنابراین از جمله مسائل مهمی که بیماران قلبی عروقی با آن مواجه هستند مشکلات روحی روانی آن هاست که باید حالات روحی آنان را شناخته و در کاهش ناراحتی ناشی از آن اقدام کرد؛ به طوری که عدم توجه به استرس ها و واکنش های روانی مبتلایان سبب وسعت بیماری آنان می گردد (۱۴)؛ لذا با توجه به شیوع بالای افسردگی و اضطراب در بیماران قلبی و پیامدها و عوارض جدی ناشی از آن ها در این بیماران این مطالعه با هدف تعیین سلامت روان بیماران قلبی-عروقی بستری در بخش های CCU و قلب بیمارستان هاجر شهرکرد صورت گرفت تا قدمی در جهت توجه تیم درمانی به مسائل روانشناختی و به خصوص ارضای نیازهای روحی و عاطفی این بیماران باشد.

روش بررسی:

این مطالعه توصیفی تحلیلی به صورت مقطعی در طی اردیبهشت تا بهمن ۱۳۹۰ بر روی تعداد ۲۵۲ نفر از بیماران قلبی-عروقی بستری در بخش های CCU و قلب بیمارستان هاجر شهرکرد انجام گرفت. تشخیص بیماران تحت عنوان نارسایی قلبی، فشار خون بالا، سکته قلبی و آرترواسکلروز بوده است. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه متغیرها و پرسشنامه سلامت عمومی

بیماری های روانی به شکل بیماری همراه با عارضه بیماری های قلبی دیده می شود. افسردگی، اضطراب، دلیریم و اختلالات شناختی از مشکلات شایع در این بیماران می باشند (۴). بی تردید وجود هر کدام از این بیماری ها با سکته قلبی در یک فرد سبب وخامت بیشتر وضعیت جسمی و روانی او می شود که تبعات آن ناتوانی در همه عرصه های زیستی-روانی و اجتماعی است (۵، ۶).

بیماران بستری در بخش های مراقبت های ویژه قلبی، دچار نگرانی های عاطفی کوتاه مدت شده و تقریباً می توان گفت که دو سوم بیماران سکته کرده دچار افسردگی و اضطراب می شوند (۷). افسردگی و اضطراب از مشکلات جدی بیماران بستری در بخش های قلب است و شیوع آن ها از ۱۵ درصد تا ۵۰ درصد گزارش شده است و اثرات شدیدی روی سلامتی، سیر بهبودی علائم اختصاصی و غیر اختصاصی بیماران و کیفیت زندگی آنان دارد و این مسئله منجر به افزایش به کارگیری مراقبت های بهداشتی، از کار افتادگی زودرس و تحمیل بار اقتصادی روی افراد و سیستم های امنیتی جامعه می شود (۸). همچنین اضطراب و به خصوص افسردگی منجر به افزایش خطر بروز بیماری های عروق کرونر و به ویژه سکته قلبی شده که خود منجر به بروز نارسایی قلبی می شود (۹). همینطور اثرات منفی این اختلالات روی تعادل اتوماتیک قلب، واکنش های التهابی، عملکرد پلاکت ها و مکانیسم های رفتاری منجر به افزایش مشکلات قلبی و میزان مرگ و میر این بیماران می شود (۴). در رابطه با شیوع افسردگی و اضطراب Shill و Jean در تحقیقات خود نشان داده اند که ۴۴٪ بیماران بستری در CCU از افسردگی و اضطراب رنج می برند (۱۰). همچنین در دیگر مطالعات شیوع اختلال افسردگی در طی بستری شدن به علت سکته قلبی ۴۵٪ گزارش و ذکر شده که در مجموع ۳۵-۹۰٪

تجربه و تحلیل داده با استفاده از آزمون های آمار توصیفی و آمار استنباطی (آزمون های آماری کای دو و تی تست) در نرم افزار SPSS16 انجام شد.

یافته ها:

یافته های پژوهش نشان داد که میانگین سنی بیماران بستری $60/2 \pm 13/6$ سال بود. ۶۹٪ افراد را زنان تشکیل می دادند. ۶۳/۳٪ خانه دار، ۷۹/۴٪ بی سواد، ۸۲/۹٪ دارای سابقه بستری شدن در بخش، ۲۲/۶٪ دارای سابقه مصرف سیگار و ۲۹/۴٪ دارای سابقه استرس در یک ساله اخیر بودند. ۹۰/۵٪ تشخیص سکته قلبی و CHF و ۸/۳٪ آنان هیپرتانسیون داشتند و میانگین روزهای بستری شدن در آنان $4 \pm 3/52$ روز بوده است.

در رابطه با تعیین سلامت در این بیماران نتایج نشان داد که ۷۵٪ آنان دارای اختلال روانی بودند و جمع نمرات GHQ در حیطه های مختلف نشان داد که بیشترین میانگین نمره مربوط به اختلال اضطرابی و افسردگی است (جدول شماره ۱).

(General Health Questionnaire=GHQ) بوده است. متغیرها شامل سن، جنس، شغل، محل سکونت، تحصیلات، سابقه بستری شدن در بیمارستان، سابقه مصرف دخانیات و سابقه وجود استرس در یک ساله اخیر بود. پرسشنامه GHQ که توسط کلد برگ (۱۹۷۲) برای غربالگری اختلالات روانی غیر روانپزشکی طراحی شده است دارای ۴ خرده آزمون نشانه های جسمانی، اضطراب، اختلال عملکرد و افسردگی است (۱۵) و در مطالعات مختلف شاخص های اعتبار آن مورد ارزیابی قرار گرفته و حساسیت آن ۸۸-۸۴٪ و ویژگی آن ۷۹-۸۲٪ برآورد شده است. نقطه برش این پرسشنامه ۲۲ می باشد؛ لذا افرادی که نمره کمتر از ۲۲ کسب نمایند جزء افراد سالم و کسانی که نمره ۲۲ کسب کنند، بیمار محسوب می شوند (۱۷،۱۶،۸). روش کار بدین صورت بود که بیمارانی که در بخش های قلب و CCU بستری بودند و حداقل ۲-۳ روز از زمان بستری شدن آنان می گذشت با پرسشنامه متغیرها و پرسشنامه GHQ مورد بررسی قرار گرفتند تا وضعیت سلامت روان آنان و عوامل مؤثر بر آن مشخص گردد. در نهایت

جدول شماره ۱: نمرات پرسشنامه سلامت عمومی در حیطه های مختلف در بیماران قلبی - عروقی

| نوع اختلال | پارامترهای کمی | میانگین \pm انحراف معیار | تعداد |
|---------------|----------------|----------------------------|-------|
| اختلال جسمانی | | $8/64 \pm 3/79$ | ۲۵۸ |
| اضطراب | | $8/91 \pm 4/12$ | ۲۴۰ |
| اختلال عملکرد | | $4/26 \pm 3/07$ | ۲۵۷ |
| افسردگی | | $9/72 \pm 2/56$ | ۲۵۰ |

روانی در افراد شاغل، کم سواد و همچنین افرادی که سابقه استرس در طول یک سال گذشته بوده اند، به طور معنی داری بیشتر بوده است؛ ولی با میزان تحصیلات، محل سکونت و سابقه مصرف سیگار رابطه معنی داری نشان داده نشد (جدول شماره ۲).

همچنین در رابطه با عوامل مؤثر بر وضعیت سلامت روان آزمون کای دو نشان داد که بین اختلالات روانی با عواملی چون شاغل بودن، سابقه بستری شدن در بیمارستان و وجود استرس در سال های اخیر رابطه معنی داری وجود داشته است ($P < 0/05$). به طوری که شیوع اختلالات

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش بر اساس وجود بیماری و متغیرها در**بیماران بستری در بخش داخلی قلب**

| P | بیمار | | سالم | | گروه ها | | متغیرها |
|-------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|------------------|---------|
| | فراوانی نسبی | فراوانی مطلق | فراوانی نسبی | فراوانی مطلق | | | |
| ۰/۰۰۵ | ۷۷/۵ | ۱۸۹ | ۲۲/۵ | ۵۵ | شاغل | شغل | |
| | ۷۱/۴ | ۱۰ | ۸۲/۶ | ۴ | بیکار | | |
| | ۸۳/۸ | ۱۴۰ | ۶۱/۲ | ۲۷ | خانه دار | | |
| ۰/۱۳ | ۷۸/۹ | ۱۵۳ | ۲۱ | ۴۱ | بی سواد | تحصیلات | |
| | ۷۵/۶ | ۳۴ | ۴۲/۳ | ۱۱ | زیر دیپلم | | |
| | ۴۰ | ۲ | ۶۰ | ۳ | بالای دیپلم | | |
| ۰/۷۸ | ۷۷/۵ | ۱۷۲ | ۲۲/۵ | ۵۰ | سکته قلبی | تشخیص | |
| | ۷۵ | ۱۵ | ۲۵ | ۵ | عروقی Bp | | |
| ۱/۰۰ | ۷۷/۵ | ۱۰۷ | ۲۲/۵ | ۳۱ | شهر | محل سکونت | |
| | ۷۷/۴ | ۸۲ | ۲۲/۶ | ۲۴ | روستا | | |
| ۰/۰۲ | ۸۰/۳ | ۱۶۳ | ۹۱/۷ | ۴۰ | دارد | سابقه بستری شدن | |
| | ۶۳/۴ | ۲۶ | ۶۳/۶ | ۱۵ | ندارد | | |
| ۰/۰۲ | ۸۷/۱ | ۶۱ | ۲۱/۹ | ۹ | دارد | سابقه استرس | |
| | ۷۳/۶ | ۱۲۸ | ۶۲/۴ | ۴۶ | ندارد | | |
| ۰/۳۵ | ۷۲/۲ | ۳۹ | ۷۲/۸ | ۱۵ | دارد | سابقه مصرف سیگار | |
| | ۷۸/۹ | ۱۵۰ | ۲۱/۱ | ۴۰ | ندارد | | |

بحث:

این پژوهش پرسشنامه GHQ و در سایر تحقیقات پرسشنامه افسردگی بک یا آزمون اسپیلبرگر بوده است (۲۰،۷،۵). از نظر محیط فرهنگی اجتماعی هم در بررسی های همه گیر شناسی اختلالات روانی در کشور، بالاترین میزان شیوع اختلالات مربوط به استان چهارمحال و بختیاری با ۳۸/۹٪ بوده است (۲۱). که این میزان در بیماران قلبی-عروقی دو برابر جمعیت کلی می باشد و این مسئله اهمیت توجه به سلامت روان این بیماران را نشان می دهد. به علاوه بیماری عروق کرونر در بیماران روانی مبتلا به افسردگی بیش از سایر گروه های بیماران روانی شایع است (۹). اضطراب و افسردگی و یا سایر اختلالات روانی ممکن است قبل یا بعد از بروز فاجعه

در این مطالعه که با هدف تعیین وضعیت سلامت روان و برخی عوامل مؤثر بر آن در بیماران بستری در بخش های CCU و داخلی قلب بیمارستان هاجر شهرکرد انجام گرفت، نتایج مطالعه نشان داد که ۷۵٪ بیماران قلبی بستری در بخش دارای اختلالات روانی به ویژه افسردگی و اضطراب بودند که این یافته با نتایج برخی دیگر از مطالعات که شیوع افسردگی را ۵۱ تا ۶۵ درصد گزارش نموده اند، همخوانی دارد (۱۹،۱۲،۱۸). ولی با نتایج سایر تحقیقات که شیوع افسردگی را از ۱۵٪ تا ۵۶ درصد گزارش نموده اند متفاوت است (۲۰،۷). علت این تفاوت محیط فرهنگی اجتماعی و همچنین متفاوت بودن نوع ابزار مورد استفاده است که در

تلفنی ماهانه- پیگیری با ویزیت های خانگی پرستاران و تماس های متعدد با بیمار می تواند دیسک افسردگی و مرگ را کاهش دهد (۴).

درمان های روانی- اجتماعی روی بازتوانی این بیماران مؤثر بوده و آموزش تن آرامی کنترل استرس و حمایت گروه های اجتماعی از مداخلات روانی- اجتماعی هستند که باعث کاهش بیشتر استرس های هیجانی و فشار خون سیستمیک- سطح چربی خون و کاهش مرگ و میر می شوند. پرستاران از طریق نقش مشاوره ای خود می توانند یاور بیماران در بیان ترس ها و نگرانی هایشان باشند و امید به زندگی را در این بیماران توسعه داده و مکانیسم های از عهده برآیی را در آنان تقویت کنند (۲۳).

در مطالعه حاضر همچنین اضطراب و افسردگی با متغیرهای زمینه ای همچون جنس، سن، محل سکونت، تأهل و تحصیلات رابطه معنی داری نداشته اند ولی با متغیرهایی چون شاغل بودن، سابقه بستری شدن در بخش و سابقه وجود استرس در یک ساله اخیر رابطه معنی داری وجود داشتند که با نتایج سایر تحقیقات همخوانی دارد (۵،۱۱). به علاوه تأثیرات استرس در کسی که دچار بیماری قلبی می باشد مضرتر است (۱۱). تمایل به شهرنشینی و زندگی ماشینی، مصرف روز افزون دخانیات و استرس های حرفه ای، روانی و خانوادگی در بروز یا تشدید آرترواسکلروزیس مؤثر شناخته شده است و یکی از علل مهم بیماری های قلبی و عروقی محسوب می شود. همچنین مقتضیات شغلی و مسئولیت زیاد توأم با کمبود موقعیت برای کنترل وضعیت شغلی با ازدیاد بیماری عروق کرونر ارتباط دارد (۴،۱). Pickering نیز در تحقیق خود نشان داده است که استرس شغلی باعث ایجاد آثار منفی مانند اضطراب و افسردگی و عصبانیت و تنهایی می شود که این عوامل باعث افزایش فشار خون و بیماری عروق کرونری قلب می شود و به خصوص

قلبی رخ دهد (۲۲). کسانی که دارای افسردگی شدید هستند احتمال بیشتری برای ابتلا به سکتة قلبی دارند، اختلال خواب که یک علامت معمول افسردگی به شمار می آید، پیش بینی کننده بروز آتی آنژین و سکتة قلبی محسوب می گردد (۲۲،۱۳).

همینطور افسردگی به عنوان ریسک افزایش بیماری های قلبی به خصوص سکتة قلبی و نارسایی قلبی شناخته شده است (۱۸). نتایج مطالعه Vaccarino و همکاران نشان داده است که یک رابطه قوی بین شدت علائم افسردگی و از کار افتادگی و مرگ و میر در شش ماه بعد از سکتة قلبی و نارسایی قلبی وجود دارد (۲۲).

به دلیل اینکه مدل آناتومیکی قلب نسبت به استرس های هیجانی شدید مانند عصبانیت، ترس یا غمگینی حساس است نمی تواند آن ها را تحمل کند و منجر به تحریک آریتمی های قلبی می شود. در مطالعات نشان داده اند که در کل افسردگی و سطح بالای اضطراب خطر حوادث عروق قلبی را در بیماران افزایش می دهد. به خصوص به دنبال سکتة قلبی که ۲-۵ برابر بیشتر از بیماران غیر مضطرب است، سطح بالای اضطراب باعث خطر مرگ ناگهانی در بیماران قلبی می شود. اختلال افسردگی مازور نیز در ۲۰-۱۵٪ بیماران به دنبال سکتة قلبی وجود داشته است (۹،۴).

مطالعات بیماران قلبی و عروقی یک رابطه مضاعف و نزدیکی در مورد عوارض قلبی شامل سکتة قلبی، آنژین ناپایدار و مرگ را در افراد افسرده نشان داده است. وجود افسردگی و تکرار انقباضات زودرس بطنی بعد از سکتة قلبی باعث افزایش خطر مرگ در بیماران شده است که به خصوص آریتمی ها را علت مرگ در بیماران افسرده دانسته اند. بنابراین مطالعات روانشناختی بعد از سکتة قلبی در بیماران افسرده و تنها، تماس های

موثر بر وضعیت جسمانی این بیماران نمایند تا بدینوسیله فرآیند بهبود چنین بیمارانی تسهیل گردد.

افسردگی بیشترین نقش را بر بیماری های قلبی و عروقی دارد (۱۱).

نتیجه گیری:

کاربرد یافته های پژوهش در بالین:

از نتایج به دست آمده در این مطالعه می توان در جهت لزوم شناخت به موقع افسردگی و اضطراب در مبتلایان به اختلالات قلبی عروقی، لزوم امکانات پیشگیری و درمانی مناسب برای آن ها و بالاخره بررسی های تحلیل بعدی در جهت شناخت پیچیده تر ارتباط بین افسردگی و سکته قلبی استفاده نمود.

نتایج این مطالعه نشان داد که ۷۵٪ بیماران دارای اختلال روانی بودند و بیشترین آن ها افسردگی و اضطراب داشتند که در بیماران شاغل، کم سواد و بیمارانی که سابقه استرس در یک سال گذشته را داشته اند بیشتر بوده است. بنابراین یکی از مسئولیت های پرستاران، توجه به ابعاد روحی بیماران و فراهم آوردن محیطی شفافبخش برای آنان است. لذا پیشنهاد می گردد مدیران پرستاری و سوپر وایزرهای آموزشی با کمک پرستاران، نسبت به انجام مداخلات روانشناختی و گنجانیدن مراقبت روانشناختی در عملکرد پرستاری برای بیماران مبتلا به بیماری های قلبی علی الخصوص بیماران شاغل، کم سواد و یا دارای تجربه استرس در یک سال گذشته، مراقبت جامع را فراهم سازند. همچنین پزشکان متخصص با درخواست مشاوره روانپزشکی سعی در شناسایی و برطرف نمودن مشکلات روحی

تشکر و قدردانی:

بدینوسیله پژوهشگران مراتب تقدیر و تشکر خویش را از دانشجویان پرستاری خانم ها زهرا صادقی زاده، آزاده پیش یار، لیلا موسویان و همه کسانی که در تکمیل این پژوهش زحمت کشیدند، اعلام می دارند.

منابع:

1. Peter A. Shapiro MS. Cardio vascular disorders. In: Kaplan & Sadocks. Comprehensive text book of psychiatry. 7 ed. Lippin cott: USA. Williams & Williams. 1797.
2. Shelley Y, Huff S. Assessment of cardio vascular. In: Phipps M, Neigh B. Medical surgical nursing. 7th ed. London: Mosby; 2003.
3. Mazaheri E, Sezavare SH, Hoseinian E, Fooladi N. The effect of follow up on physical-emotional status of the patients with myocardial infarction in Ardabil, 20002. Journal of Ardabil University of Medical Sciences. 2003; 2(6): 13-15.
4. Stoudmire A, Mcdaniel J. History, classification and trends in psychosomatic medicine. In: Kaplan & Sadock S. Comprehensive text book of psychiatry: From Williams & Williams. 7 th ed. USA: Lippin cott; 2000.
- 5 Modabernia MJ, Sobhani AR, Nasiri-Rad A, Kyakjvry S. Prevalence of depression in patients with acute myocardial infarction. Journal of Guilan University of Medical Sciences. 2003; 10(39): 16-20.
6. Farmanbordar R. Assessment of methods of control and coping with stress in patients with coronary artery disease clinic of a hospital in the heart of the city. Quarterly, School of Nursing and Midwifery, Guilan province. 2001; 10(36): 56-64.

7. Schleifer SJ, Macari-Hinson MM, Coyle DA, Slater WR, Kahn M, Gorlin R, et al. The nature and course of depression following myocardial infarction. *Archives of internal medicine*. 1989; 149(8): 1785-9.
8. Herrmann-Lingen C.. Anxiety and depression in cardiology patients: how to diagnose, how to treat? *Herz* . Aug 2001; 26(5): 326-34.
9. Abramson J, Berger A, Krumholz HM, Vaccarino V. Depression and risk of heart failure among older persons with isolated systolic hypertension. *Archives of Internal Medicine*. 2001 Jul 23; 161(14): 1725-30.
10. Shiell J, Shiell A. The prevalence of psychiatric morbidity on a coronary care ward. *Journal of advanced nursing*. 1991; 16(9): 1071-7.
11. Pickering TG. Mental stress as a causal factor in the development of hypertension and cardiovascular disease. *Current Hypertension Reports*. 2001; 3(3): 249-54.
12. Young E, Eddleston J, Ingleby S, Streets J, McJanet L, Wang M, et al. Returning home after intensive care: a comparison of symptoms of anxiety and depression in ICU and elective cardiac surgery patients and their relatives. *Intensive care medicine*. 2005; 31(1): 86-91.
13. Strik JJ, Honig A, Maes M. Depression and myocardial infarction: relationship between heart and mind. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*. 2001; 25(4): 879-92.
14. Sheikholeslami F . Study of the effect of group therapy on depression following myocardial infarction. *Journal of Hamadan University of Medical Sciences* 2005; 2(11): 48-53.
15. Goldberg DP. Screening for psychiatric disorders. In: Williams P Wilkson G. Rawnsley K. *The cope of epidemiological psychiatry*. London: Rout ledge; 1989.
16. Bagheri SA, Bvlhry J, Peyravy H. Assessment of the mental health status of students Incoming year 73-74 in Tehran University. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*. 1997; 1(4): 30-38.
17. Yaghoubi. Nasr M. Baraheni M T. ShahMohammy Dawood. Epidemiology of mental disorders in urban and rural are as in Guilan Someeh Sara city. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*. 1997; 1(4): 55-66.
18. Carney RF, Stien PH. Jaffea A. Change in heart variability during treatment of depression an patient with coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*. 2000; 62: 639-47.
19. Glassma AH, Shapiro PH. Depression and the course coronary artery disease. *The American Journal of Psychiatry*. 1998; 155: 4-11.
20. Silverstone PH. Depression and outcome in acute myocardial infarction. *British Medical Journal*. 1987; 249: 216-19.
21. Noorbala AA, Bagheri SA, Yasami MT. Assessment of mental health status of individuals 15 years and older in Iran in 1378. *Hakim Research Journal*. 2003; 1(5): 2-10.
22. Vaccarino V, Kasl SV, Abramson J. Krumhols HM. Depression symptom and risk of functional decline and death in patients with heart failure . *Journal of the American College of Cardiology*. 2001; 38(1): 199-205.
23. Baghery H, Memarian R, Alhani F. Effect of group counseling on quality of life in myocardial infarction patients who have been referred to the clinics of Imam khomeini and Shariati Hospitals in Tehran . *Hakim Research Journal*. 2004; 4(6): 89-95.

Study of mental health status of cardiovascular diseases patients and determination of some effective factors on it in the patients hospitalized in CCU and cardiology wards of Hajar Hospital, Shahrekord

Foruzandeh N*, Delaram M, Foruzandeh M, Darakhshandeh S
Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, I.R. Iran.

Received: 12/May/2012 Accepted: 6/Sep/2012

Background and aims: Mental diseases such as depression, anxiety, delirium, and cognitive disorders are common difficulties of cardiovascular diseases patients. The existence of each one of these diseases causes further exacerbation of physical and mental status of the patient and their consequence is inability in all biopsychosocial areas; therefore, this study was conducted to determine the status of mental health and some effective factors on it in the patients hospitalized in CCU and cardiology wards of Hajar Hospital, Shahrekord.

Methods: For conducting this descriptive-analytical study which was done cross-sectionally from April 2011 to January 2012, 252 patients hospitalized in CCU and cardiology wards with diagnosis of congestive heart failure, myocardial infarction, and hypertension were enrolled. To investigate the prevalence of mental disorders, General Health Questionnaire (GHQ) was used and the patients' demographic variables within the past year were investigated.

Results: Of 252 patients, 189 (75%) patients had mental disorders and the most prevalent disorders were depression and anxiety. The mental disorders had significant association with factors like hospitalization history and existence of stress in latest years ($P < 0.05$), so that the prevalence of mental disorders was higher in the employed and lowly educated patients and/or the patients with stress experience within the past year.

Conclusion: According to the results of the present study, developing appropriate prevention and treatment facilities and supporting the patients and their families is necessary.

Keywords: Mental health, Cardiovascular diseases patients, Individual characteristics, General Health Questionnaire.

Cite this article as: Foruzandeh N, Delaram M, Foruzandeh M, Darakhshandeh S. Study of mental health status of cardiovascular diseases patients and determination of some effective factors on it in the patients hospitalized in CCU and cardiology wards of Hajar Hospital, Shahrekord. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2013; 2(2):18-25.

***Corresponding author:**

Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, I.R. Iran. Tel:00983813335654,
E-mail nas_for@yahoo.com