مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
تابستان ۱۳۹۱؛۴(۲): ۲۱۸-۲۰۹

Journal of North Khorasan University of Medical Sciences
Summer 2012;4(2):209-218

مقاله پژوهشی

افسردگی در مردان مبتلا به نارسایی سیستولیک قلبی و فاکتورهای مرتبط با آن

شراره ضیغمی محمدی[1] ، ماندانا شهپریان [2]، فرزاد فهیدی[3]، ابراهیم فلاح[3]*

[1]مربی گروه پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج
[2]متخصص بیماریهای قلب و عروق، بیمارستان تامین اجتماعی البرز کرج
[3]کارشناس پرستاری، بیمارستان تامین اجتماعی شهریار
[*]**نویسنده مسئول**: کرج،رجائی شهر،خیابان سیزدهم، بلوار موذن، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، گروه پرستاری.
پست الکترونیک: zeighami@kiau.ac.ir

وصول: ۱۳۹۰ /۴/۱۱ اصلاح ۱۳۹۰/۱۰/۱۵ پذیرش: ۱۳۹۱/۳/۱۸

چکیده

زمینه و هدف: *افسردگی با افزایش وخامت بیماری، طول مدت بستری و مرگ و میر بیماران مبتلا به نارسایی قلبی ارتباط دارد. هدف از مطالعه حاضر بررسی فراوانی و فاکتورهای مرتبط با افسردگی در مردان مبتلا به نارسایی سیستولیک قلبی بود.*

مواد و روش کار: *در این مطالعه مقطعی که بر روی یکصد مرد بیمار مبتلا به نارسایی سیستولیک در بیمارستان های تأمین اجتماعی البرز کرج و شهریار در سال ۱۳۸۹انجام شد؛ روش نمونه گیری به شیوه آسان بود. داده ها توسط فرم اطلاعات جمعیت شناختی، پرسشنامه کیفیت زندگی مینه سوتا و پرسشنامه افسردگی مرکز مطالعات اپیدمیولوژیک افسردگی جمع آوری شد. اطلاعات توسط نرم افزار آماری SPSS18 و با استفاده از آمار توصیفی، آزمون تی، آنالیز واریانس یکطرفه و ضریب همبستگی پیرسون تحلیل گردید.*

یافته ها: *یافته ها نشان داد که میانگین نمره افسردگی ۱۲±۲۰/۳بود. ۴۷٪ افسردگی شدید و ۱۶٪ افسردگی خفیفی تا متوسط داشتند. افسردگی با سن (p=۰/۰۰۲)، تحصیلات (p<۰/۰۰۱)، وضعیت اقتصادی (P=۰/۰۰۲)، مصرف سیگار (P=۰/۰۳۴)، سطح هموگلوبین (P=۰/۰۰۴)،کسر جهشی بطن چپ (p=۰/۰۱۲)، دیگوگسین (P=۰/۰۱۹)، مسدود کننده های گیرنده های آنژیوتانسین (P=۰/۰۰۵)، آلداکتون (P=۰/۰۰۵) و کیفیت زندگی (p<۰/۰۰۱) ارتباط آماری معناداری داشت.*

نتیجه گیری: *افسردگی در مردان مبتلا به نارسایی سیستولیک قلبی افسردگی شایع بود و بر کیفیت زندگی اثر منفی داشت. پرستاران با غربالگری و ارزیابی علائم افسردگی و ارجاع بیماران برای مشاوره و درمان می توانند به ارتقاء کیفیت زندگی در بیماران نارسای قلبی کمک کنند.*

واژه های کلیدی: *نارسایی قلبی، افسردگی، کیفیت زندگی*

مقدمه

نارسایی سیستولیک قلبی، سندرمی بالینی است که به دلیل ناتوانی قلب در پمپ مقادیر ضروری خون اکسیژنه برای برآورده کردن نیاز متابولیک بدن بوجود می آید [۱]. افزایش حجم خون، پرفیوژن ناکافی و کاهش تحمل فعالیت از تظاهرات این سندرم می باشد [۲]. بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در معرض ابتلا به افسردگی قرار دارند [۳]. افسردگی با علائمی چون خلق پایین، احساس گناه، ناامیدی، اعتماد به نفس پایین، خستگی، اختلال در خواب و اشتها و ناتوانی در تمرکز همراه است [۴]. نتایج مطالعه پنا[1] و همکاران نشان داد از میان ۱۰۳ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی، ۶۷ درصد افسرده بودند که ۳۴درصد افسردگی خفیف، ۲۱/۳ درصد افسردگی متوسط و ۱۱/۶ درصد افسردگی شدید داشتند [۵].

1 - Pena

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-21]

رژیم غذایی خاص و محدود از سدیم، از دست دادن طعم دلپذیر غذا و اجبار برای پیروی از آن، احساس ایزوله بودن از دیگران، حس بیمار بودن و اجتناب از خارج شدن از منزل به دلیل تکرر ادرار ناشی از مصرف دیورتیک ها، ژنیکوماستی و اختلال در تصویر ذهنی از خود بدنبال مصرف آنتاگونیستهای آلدسترون مانند اسپیرونولاکتون، بی خوابی، خستگی و اختلال نعوظ ناشی از عوارض داروهای کاهش دهنده فشار خون هم چون بتا بلوکرها، افسردگی ثانویه ناشی از کاهش کارکرد تیروئید به دنبال مصرف آمیوداورون، محدودیت در انجام فعالیتهای لذت بخش به دلیل ترس از صدمه فیزیکی و خونریزی به دنبال مصرف آنتی کواگولانتها، احساس ناراحتی و محدودیت به دلیل چک آپ های مکرر، معاینات مداوم و آزمایشهای گوناگون و هزینه های بالای درمان زمینه بروز افسردگی در بیماران مبتلا به نارسایی قلب را فراهم می کند [۶].

مطالعات مختلف بیانگر آن است که عواملی چون سن پایین [۷]،جنس زن [۸]، مجرد بودن و تنها زندگی کردن [۷]، وضعیت شغلی [۵]، کاهش سطح تحصیلات[۸]، درآمد پایین [۹]، سابقه افسردگی در فرد و خانواده، استرسهای روحی و روانی [۱۰] ، شدت نارسایی قلبی [۱۱]، کسر جهشی پایین بطن چپ [۱۲]، اتیولوژی ایسکمیک برای بروز نارسایی قلب [۱۳]، اختلال عملکردجنسی [۱۴]، کاهش عملکرد جسمی و نارضایتی از خدمات پزشکی در بخشهای مراقبتهای بهداشتی با افسردگی بیماران نارسایی قلبی ارتباط دارند [۱۵].

افسردگی سبب افزایش فعالیت نوروهورمون ها، اختلال در سرعت ضربان قلب [۱۶]، افزایش مارکرهای التهابی [۳]، افزایش انعقاد پذیری شده [۱۷] و با کاهش متابعت از رژیم دارویی و غذایی و کاهش درک حمایت اجتماعی به تشدید علائم نارسایی قلبی کمک می کند [۱۶]. افسردگی بر نحوه استفاده فرد از روش های مقابله با بیماری نارسایی قلبی اثر منفی گذاشته و سبب می گردد که بیمار بیشتر از شیوه های اجتنابی، به جای روشهای فعال از عهده برایی استفاده نماید [۱۸]. افسردگی نقش مهمی در کاهش کیفیت زندگی [۱۹] و افزایش هزینه های درمانی بیمارداشته [۲۰] و از فاکتورهای پیش گویی کننده مرگ و میر ،کاهش پروگنوز [۲۱] و افزایش موارد بستری مجدد در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در بیمارستان می باشد [۳].

جنس یک فاکتور مرتبط با افسردگی شناخته شده است. در مطالعه گاتلیب[1] و همکاران زنان افسردگی بیشتری نسبت به مردان داشتند [۲۲]. در حالیکه در مطالعه ماکاباسکو اکونل[2] و همکاران مردان به نارسایی قلبی دچار افسردگی بیشتری نسبت به زنان بودند [۲۳]. در مطالعه پنا[3] و همکاران تفاوتی در سطح افسردگی مردان و زنان مبتلا به نارسایی قلب مشاهده نشد [۷]. یافته های ضد و نقیضی در رابطه با افسردگی در مردان وجود دارد. با توجه به اهمیت افسردگی در کنترل، درمان و پیامد بیماری نارسایی قلبی، این مطالعه با هدف تعیین فراوانی افسردگی در مردان مبتلا به نارسایی سیستولیک قلبی و فاکتورهای مرتبط با آن، در دو بیمارستان تامین اجتماعی البرز کرج و بیمارستان تامین اجتماعی شهریار در سال ۱۳۸۹ انجام شد.

روش کار

مطالعه حاضر از نوع توصیفی و مقطعی بود که در آن افسردگی و فاکتورهای مرتبط با آن در یکصد مرد مبتلا به نارسایی سیستولیک قلبی مورد بررسی قرار گرفت. جامعه پژوهش این مطالعه کلیه بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بستری در بخش داخلی بیمارستان تامین اجتماعی البرز کرج و بیمارستان تامین اجتماعی شهریار طی تیرماه تا پایان آذر ماه سال ۱۳۸۹ بود. نمونه پژوهش با توجه به معیار شمول (متاهل، حداقل یکسال سابقه ابتلا به نارسایی قلبی، کسر جهشی زیر ۴۰٪، نداشتن سابقه تشخیص افسردگی ومصرف داروهای ضد افسردگی) به روش نمونه گیری آسان از جامعه پژوهش انتخاب شدند. نحوه اجرای پژوهش بدین صورت بود که کمک پژوهشگر بطور روزانه با مراجعه به بیمارستانهای مذکور وبا توجه معیار شمول ضمن توضیح هدف کلی پژوهش، ابزار پژوهش را به روش مصاحبه تکمیل و جمع آوری نمود. اطلاعات مربوط به کسر جهشی بطن چپ و سطح هموگلوبین از پرونده بیمار استخراج شد. ابزار مورد استفاده در این پژوهش عبارت بود از فرم مشخصات دموگرافیک (سن، وضعیت تاهل، تحصیلات، درآمد، وضعیت اقتصادی، شغل، مصرف سیگار) و برخی اطلاعات مربوط به بیماری (طول مدت ابتلا به بیماری، نوع بیماری مزمن همراه با نارسایی قلبی، نوع داروهای مصرفی، کسر تخلیه بطن چپ بر اساس اکوکاردیوگرافی، شاخص

1- Gottlieb
2- Macabasco-O'Connell

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-21]

توده بدنی، بررسی سطح هموگلوبین سرم)، پرسشنامه کیفیت زندگی مینه سوتا و پرسشنامه افسردگی مربوط به مرکز مطالعات اپیدمیولوژیک افسردگی. الف:پرسشنامه افسردگی (مرکز مطالعات اپیدمیولوژیک افسردگی[1] یک پرسشنامه بین المللی روا و پایا برای سنجش افسردگی است که از ادغام چندین پرسشنامه سنجش افسردگی (بک، ولش، گاردنر، زونگ و راستین) بدست آمده است. از این ابزار در مطالعات متعددی برای سنجش افسردگی در بیماران مبتلا به بیماریهای مزمن استفاده شده است. این ابزار در نسخه های ۱۰،۴ و ۲۰ سئوالی موجود است که در مطالعه حاضر از نسخه ۲۰ سئوالی آن استفاده شده است. به هر سئوال ۰ تا ۳ امتیاز تعلق میگیرد (۰= به ندرت یا هیچ وقت (کمتر از ۱روز)، ۱ = کمی (۱-۲ روز)، ۲= گاهی اوقات (۳ تا ۴ روز)، ۳ = بیشتر اوقات (۵ تا ۷ روز) و کل دامنه امتیاز بین ۰تا۶۰ می باشد. کسب نمره بالاتر به معنی میزان افسردگی بیشتر می باشد. براساس این ابزار نمره کمتر از ۱۵ نرمال، ۱۵ تا ۲۱ افسردگی خفیفی تا متوسط، نمره بالای ۲۱ افسردگی شدید می باشد [۲۴]. درمطالعه کلارک[2] و همکاران قابلیت اعتبار این پرسشنامه ۰/۸۵بود [۲۵].

ب: پرسشنامه کیفیت زندگی مینه سوتا[3]: به منظور کسب اطلاعاتی در مورد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی طراحی شده است. در بسیاری از موارد از پرسشنامه های عمومی و غیر اختصاصی برای سنجش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی استفاده است. این پرسشنامه اختصاصی بوسیله رکتور[4] و همکاران به منظور تعیین تاثیر درمان بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلب طراحی شده و رایج ترین ابزار مورد استفاده در ارزیابی کیفیت زندگی این بیماران در مطالعات تحقیقی است. این پرسشنامه درک بیماران از اثرات نارسایی قلب روی جنبه های جسمی، اقتصادی اجتماعی، روانی زندگی را نشان می دهد. سئوالات این پرسشنامه در رابطه با علائم بیماری مانند تنگی نفس، خستگی، ادم محیطی، اختلال در خواب و علائم روانی مانند افسردگی و اضطراب، روابط اجتماعی، فعالیتهای فیزیکی و جنسی، کار و عواطف می باشد. پرسشنامه کیفیت زندگی مینه سوتا حاوی ۲۱ سئوال بود که هر سئوال بر اساس مقیاس لیکرت از صفر تا ۵ نمره گذاری شده بود، عدد صفر نشاندهنده بهترین حالت و عدد ۵ نشاندهنده بدترین حالت بود. دامنه نمرات بین ۰ تا۱۰۵ امتیاز بود و هر چه مجموع نمره بالاتر بود کیفیت زندگی پایینتری را نشان می داد. در این پرسشنامه نمره کمتر از ۲۴ (کیفیت زندگی خوب)، نمره ۲۴ تا ۴۵ (کیفیت زندگی متوسط) و نمره بیشتر از ۴۵ (کیفیت زندگی ضعیف) در نظر گرفته شد. این پرسشنامه از اعتبار و پایایی بالایی نسبت به سایر پرسشنامه های موجود برخوردار است. در مطالعه رکتور[4] پایایی این ابزار ۰/۹۴ گزارش شد [۲۶]. به منظور تعیین اعتبار علمی ابزار های فوق از روش روایی محتوی با مطالعه منابع علمی و با توجه به اهداف پژوهش استفاده شد. در مطالعه فعلی به منظور تعیین ضریب پایایی پرسشنامه از روش باز آزمایی مجدد استفاده گردیدکه به این منظور پرسشنامه ها در دو مرحله به فاصله ۱۰ روز در اختیار ۱۰تن ازبیماران مبتلا به نارسایی قلب قرار گرفت که همبستگی حاصل از دو آزمون برای پرسشنامه کیفیت زندگی مینه سوتا (r=۰/۷۰) و مقیاس افسردگی مرکز مطالعات اپیدمیولوژیک (r=۰/۸۴) بود. در مطالعه حاضر، منظور ازکشیدن سیگار مصرف حداقل یک نخ سیگار در روز و به مدت یکسال بود. شاخص توده بدنی بر حسب تقسیم وزن بر حسب کیلو گرم بر مجذور قد برحسب متر بدست آمد. برای این منظور از افراد خواسته شد تا بدون کفش و پاهای بهم چسبیده در حالی که زانوها، لگن، شانه و سر در یک امتداد قرار دارند، پشت خود را به دیوار بچسباند، سپس پژوهشگر با مماس کردن متر با سر مقدار قد افراد را بر حسب سانتیمتر و با دقت یک سانتی متر محاسبه نمود . ملاحظات اخلاقی درپژوهش حاضر رعایت گردید.

جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار آماری SPSS18 استفاده شد. داده ها توسط جداول توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار توصیف و در تحلیل داده ها از ضریب همبستگی پیرسون آزمون تی تست برای گروه های مستقل و آنالیز واریانس یکطرفه استفاده شد. سطح معنی دار در این پژوهش ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

1 - Center for Epidemiologic Studies Depression Scale
2 - Clark
3- Minnesota Living with Heart Failure questionnaire
4 -Rector

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-21]

یافته ها

میانگین سن مردان مبتلا به نارسایی سیستولیک قلبی ۱۱/۹±۵۹/۲ با دامنه سنی ۳۴تا۸۸ سال و میانگین طول مدت ابتلا به نارسایی قلبی ۲/۹±۴/۵ سال با دامنه ۱ تا ۱۵ سال بود میانگین درآمد ۲۵۴/۷± ۴۸۶ هزار تومان در ماه با دامنه دویست هزارتومان تا دو میلیون چهارصد هزار تومان در ماه بود. ۴۶ درصد بیماران درآمد در حد کفاف زندگی، ۴۲ درصد تحصیلات ابتدایی و ۵۱ درصد وضعیت شغلی بازنشسته داشتند و ۶۲ درصد واحدهای پژوهش غیر سیگاری بودند. میانگین شاخص توده بدنی ۴/۴±۲۶/۱ با دامنه ۴۸/۴ تا۱۸/۵، میانگین کسر جهشی بطن چپ ۷/۴±۳۵/۱ با دامنه ۱۰ تا۴۰ درصد،میانگین سطح هموگلوبین ۱/۸ ± ۱۴/۳ با دامنه ۲۰/۳ تا ۹/۹ گرم در دسی لیتر بود. بیشترین ناخوشی‌های همراه ۳۳درصد هایپرتانسیون و ۳۳ درصد دیابت بود. ۴۱درصد واحدهای پژوهش تحت درمان با دیگوگسین، ۳۸درصد تحت درمان با دیورتیک، ۲۹ درصد تحت درمان با مهارکننده آنزیم مبدل آنژیوتانسین، ۵ درصد تحت درمان با کلسیم بلوکر، ۱۹درصد تحت درمان با بتابلوکر، ۷۴ درصد تحت درمان با نیترات، ۳۵درصد تحت درمان با بلوک کننده های آنژیوتانسین و ۸درصد تحت درمان با اسپیرونولاکتون بودند. میانگین نمره افسردگی درمردان مبتلا به نارسایی قلبی۱۲±۲۰/۳ با دامنه ۰تا۴۵ امتیاز بود. ۳۷درصد مردان مبتلا به نارسایی قلبی افسردگی نرمال و بدون افسردگی، ۱۶درصد افسردگی خفیف تا متوسط و ۴۷درصد افسردگی شدید داشتند.

میانگین بعد روحی و روانی کیفیت زندگی۴/۹±۷/۹با دامنه ۰تا ۲۰ امتیاز، بعد اقتصادی و اجتماعی ۴/۹±۹/۲ با دامنه ۰تا۲۰ امتیاز، بعد جسمی کیفیت زندگی۱۳/۳±۲۴/۴ با دامنه ۰تا ۵۲ امتیاز و میانگین نمره کل کیفیت زندگی۲۱/۳±۴۱/۶ با دامنه ۰تا ۸۸ امتیاز بود.

در زمینه عوامل مرتبط با افسردگی در مردان مبتلا به نارسایی سیستولیک قلبی، نتایج آزمون ضریب همبستگی

جدول ۱: همبستگی بین نمره افسردگی مردان مبتلا به نارسایی سیستولیک قلبی با متغیرهای کمی مورد بررسی

سن	p=۰/۰۰۲	r=۰/۳۱۲
میزان درامد	p=۰/۱۲۷	r=-۰/۱۵۳
طول مدت ابتلا	p=۰/۵۳۱	r=۰/۰۶۳
تعداد نخ سیگارمصرفی	p=۰/۲۹۴	r=۰/۱۶۶
هموگلوبین	p=۰/۰۰۴	r=-۰/۲۸۵
کسرجهشی بطن چپ	p=۰/۰۱۲	r=-۰/۲۵۰
شاخص توده بدنی	p=۰/۱۵۴	r=-۰/۱۴۴
بعدروحی و روانی کیفیت زندگی	p<۰/۰۰۱	r=۰/۷۹۸
بعداقتصادی و اجتماعی کیفیت زندگی	p<۰/۰۰۱	r=۰/۶۸۳
بعد جسمی کیفیت زندگی	p<۰/۰۰۱	r=۰/۷۶۸
کیفیت زندگی	p<۰/۰۰۱	r=۰/۴۹۴

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-21]

جدول ۲: مقایسه میانگین نمره افسردگی بر حسب سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی، شغل و مصرف سیگار در مردان مبتلا به نارسایی سیستولیک قلبی

متغیر		افسردگی انحراف معیار ±میانگین	مقدار P
تحصیلات	بی سواد	۳۱/۹۲±۷/۸۸	p<۰/۰۰۱
	ابتدایی	۲۳/۵±۱۱/۷	
	راهنمایی	۱۵±۹/۸	
	دبیرستان	۱۶/۹±۸/۲	
	دیپلم و فوق دیپلم	۷/۷±۵/۲	
	لیسانس و بالاتر	۶/۲±۹/۷	
میزان درآمد	درآمد بیشتر از در کفاف زندگی	۱۲/۳±۹/۲	P=۰/۰۰۲
	درآمد در حد کفاف زندگی	۱۷/۸±۱۱/۸	
	درآمد کمتر از کفاف زندگی	۲۴/۶±۱۱/۳	
شغل	بیکار	۲۲/۴±۱۳/۳	P=۰/۱۱۶
	بازنشسته	۲۳/۱±۱۲/۵	
	آزاد	۱۶/۶±۱۰/۶	
	کارمند	۱۳/۳±۱۱	
	کشاورز	۲۱±۲/۶	
	سایر	۱۵/۹±۱۰	
سیگار	می کشد	۲۲/۳±۱۱/۸	P=۰/۰۳۴
	نمی کشد	۱۷±۱۱/۷	

پیرسون همبستگی مستقیم و معنا داری بین افسردگی با سن و همبستگی معکوس و معناداری باهموگلوبین و کسرجهشی بطن چپ نشان داد. همچنین بین افسردگی و ابعاد مختلف کیفیت زندگی همبستگی مثبت و قوی معناداری بدست آمد. اما افسردگی ارتباطی با درآمد، طول مدت ابتلا به نارسایی قلبی، تعداد نخهای سیگار کشیده شده در طول روز و شاخص توده بدنی در مردان مبتلا به نارسایی قلبی نشان نداد (p>۰/۰۵) (جدول ۱)

جدول ۲ تفاوت آماری معناداری در میانگین نمره افسردگی بر حسب تحصیلات، وضعیت اقتصادی، مصرف سیگار نشان داد. میانگین نمره افسردگی بر حسب ابتلا به بیماریهای مزمن همراه اختلاف آماری معنادار نداشت. (جدول ۳)

درجدول ۴ میانگین نمره افسردگی با مصرف داروی دیگوگسین، مسدود کننده های آنژیوتانسینII و آلداکتون، رابطه آماری معناداری داشت، اما افسردگی با مصرف دیورتیک، مهار کننده آنزیم مبدل آنژیوتانسین، نیترات، بتابلوکر وکلسیم بلوکر، ارتباط معناداری نشان (p>۰/۰۵)

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-21]

جدول ۳: مقایسه میانگین نمره افسردگی بر حسب نوع بیماری مزمن همراه در مردان مبتلا به نارسایی قلبی

ابتلا به ناخوشی های دیگر		افسردگی انحراف معیار ±میانگین	مقدارP
دیابت	دارد	۲۲/۱±۱۰/۳	P=۰/۲۹۴
	ندارد	۱۹/۴±۱۲/۸	
هایپرتانسیون	دارد	۱۷/۸±۱۲	P=۰/۱۴۸
	ندارد	۲۱/۵±۱۱/۹	
بیماری کلیوی	دارد	۲۷/۲±۱۱/۷	P=۰/۱۱۳
	ندارد	۱۹/۷±۱۱/۹	
بیماری مزمن انسدادی ریه	دارد	۱۹/۲±۱۴/۴	P=۰/۶۳۷
	ندارد	۲۰/۶±۱۱/۳	
بیماری ایسکمیک قلبی	دارد	۱۸/۵±۱۰/۵	P=۰/۴۲۴
	ندارد	۲۰/۸±۱۲/۵	
آسم	دارد	۲۶/۶±۹/۶	P=۰/۲۳۳
	ندارد	۱۹/۹±۱۲/۱	

جدول ۴: مقایسه میانگین نمره افسردگی بر حسب مصرف برخی داروها در مردان مبتلا به نارسایی سیستولیک قلبی

نوع داروهای مصرفی		افسردگی انحراف معیار ±میانگین	مقدارP
دیگوگسین	می گیرد	۲۳/۶±۱۱/۸	P=۰/۰۱۹
	نمی گیرد	۱۷/۹±۱۱/۷	
مهار کننده آنژیم مبدل آنژیوتانسین	می گیرد	۱۹/۱±۱۲/۲	P=۰/۵۲۵
	نمی گیرد	۲۰/۸±۱۲	
مسدود کننده های آنژیوتانسین	می گیرد	۲۴/۹±۱۱/۱	P=۰/۰۰۵
	نمی گیرد	۱۷/۸±۱۱/۸	
آلداکتون	می گیرد	۳۱/۶±۷/۲	P=۰/۰۰۵
	نمی گیرد	۱۹/۳±۱۱/۹	
دیورتیک	می گیرد	۲۱/۵±۱۳/۱	P=۰/۴۲۳
	نمی گیرد	۱۹/۵±۱۱/۳	
نیترات	می گیرد	۱۹/۴±۱۲/۲	P=۰/۲۲۱
	نمی گیرد	۲۲/۸±۱۱/۴	
بتابلوکر	می گیرد	۲۱/۴±۱۳/۴	P=۰/۶۵۸
	نمی گیرد	۲۰±۱۱/۷	
کلسیم بلوکر	می گیرد	۲۰±۸/۸	P=۰/۹۸۶
	نمی گیرد	۲۰±۱۲/۲	

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-21]

بحث

مطالعه حاضر نشان داد که ۴۷ درصد مردان مبتلا به نارسایی سیستولیک قلبی افسردگی شدید داشتند و افسردگی با سن، تحصیلات، وضعیت اقتصادی، مصرف سیگار، سطح هموگلوبین، کسر جهشی بطن چپ، مصرف دیگوگسین، مسدود کننده های گیرنده های آنژیوتانسین II و آلداکتون و کیفیت زندگی ارتباط آماری معناداری داشت.

در مطالعه حاضر ۴۷ درصد از مردان مبتلا به نارسایی سیستولیک قلبی افسردگی شدید داشتند. فراوانی افسردگی مبتلایان به نارسایی قلب در مطالعه گولار کاستینو[1] و همکاران، ۳۷/۶ درصد [۱۵] و در مطالعه پنا و همکاران، ۶۷ درصد افسرده بود که ۱۱/۶ درصد آنان افسردگی شدید داشتند [۵]. مطالعه گولار کاستینو بر روی ۲۱۰ زن و مرد مبتلا به نارسایی قلبی درسنین بالای ۶۵ سال و با استفاده از مقیاس افسردگی سالمندان انجام شده بود و در مطالعه پنا ۱۰۳ بیمار مونث و مذکر از یک مرکز درمانی و با مقیاس افسردگی بک مورد سنجش قرار گرفته بودند. تفاوت موجود در فراوانی افسردگی احتمالاً مربوط به حجم نمونه، سن جمعیت، جنسیت افراد می باشد. افسردگی بر بقا و کیفیت زندگی مبتلایان به نارسایی قلبی اثر منفی دارد، لذا غربالگری، کنترل و درمان علائم افسردگی در طول درمان این بیماران بایستی مورد توجه قرار گیرد.

در بررسی حاضر بیمارانی که سن بیشتری داشتند، افسردگی بیشتری را تجربه می کردند. این یافته با نتایج بررسی پنا و همکاران مشابهت داشت که نشان داد افراد سالمند مبتلا به نارسایی قلبی از افسردگی بیشتری رنج می برند [۷].اما این یافته با نتایج برخی مطالعات همسو نیست. نتایج بررسی هولزاپفل[2]و همکاران ارتباطی بین سن و افسردگی نشان نداد [۲۷].

در مطالعه کوئینگ[3] و همکاران افسردگی ماژور در افراد جوانتر مبتلا به نارسایی قلبی شایعتر بود [۲۸]. شاید ابتلا به بیماریهای مزمن، مسائل و مشکلات مالی دوران بازنشستگی و کاهش میزان حمایت اجتماعی در دوران سالمندی، در افزایش فراوانی افسردگی در بیماران مسن نقش داشته باشد.

در مطالعه حاضر بیمارانی که سطح تحصیلات بالاتری داشتند از افسردگی کمتری رنج می برند. این یافته با نتایج مطالعات فالر[4]، شروود[5] همخوانی دارد که نشان دادند کاهش سطح تحصیلات با افزایش شدت افسردگی در بیماران نارسایی قلبی همراه بوده است [۱۳،۱۲]. به نظر می رسد احتمالاً سطح تحصیلات فرد بر میزان آگاهی فرد از روشهای مراقبت از خود تاثیر دارد. توانایی خود مراقبتی به کاهش شدت علائم و عوارض بیماری، افزایش کیفیت زندگی فرد و درنهایت بهبود خلق کمک می‌کند.

در مطالعه حاضر بیمارانی که درآمد بیشتر از کفاف زندگی برخوردار بودند افسردگی کمتری داشتند. این یافته با نتایج مطالعه کوئینگ و همکاران همسو بود [۹]. اما با نتایج مطالعه پنا و همکاران همسو نبود [۷،۵]. به نظر می رسد تامین هزینه های بستری، درمان، چک آپ ها و کنترل نارسایی قلبی خود یک مسئله چالش برانگیز و مهم برای افراد با درآمد پایین باشد. حمایتهای مالی از افراد کم درآمد همچون تامین بیمه می تواند به کاهش مشکلات روحی و افسردگی کمک نماید.

در مطالعه حاضر مردان بیماری که سطح هموگلوبین پایینتری داشتند بیشتر افسرده بودند. آنمی خفیف تا متوسط به عنوان یک ناخوشی شایع همراه با نارسایی احتقانی قلب معرفی شده است که بدنبال کاهش ظرفیت عملکردی، تنگی نفس و خستگی ، کیفیت زندگی فرد را کاهش می دهد [۲۹]. آنمی با علائم بالینی همچون انزوای اجتماعی، افسردگی واختلال شناختی، دیسپنه، تاکیکاردی، سرگیجه، هایپرتروفی قلبی، کاهش دما و رنگ پریدگی پوست، بی اشتهایی و اختلالات گوارشی همراه می باشد [۳۰]. نتایج مطالعه گیسر[6]و همکاران نشان داد که درمان آنمی به بهبود علائم افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان کمک می کند [۳۱]. بنابراین به نظر می رسد که برای کنترل و درمان افسردگی، شناسایی و درمان آنمی نیز بایستی مد نظر قرار داده شود.

1 - Guallar-Castillon
2 - Holzapfel
3 - Koenig
4 - Faller
5 - Sherwood
6- Geiser

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-21]

در مطالعه حاضر بیمارانی که کسر جهشی بطن چپ پایینتری داشتند افسردگی بیشتر بود. این یافته با نتایج پژوهش پنا، فالر، شروود همسو بود که نشان داد بیمارانی که از کسر جهشی بطن چپ پایینتری برخوردار بودند افسردگی بیشتری داشتند [۵،۱۲،۱۳]. به نظر می رسد کاهش کسر جهشی با عدم تحمل فعالیت و خستگی و اختلال در انجام وظایف فردی، شغلی و اجتماعی همراه است که در بروز اختلالات خلقی و افسردگی می تواند موثر باشد.

در مطالعه حاضر بیماران مبتلا به نارسایی قلبی که تحت درمان با داروی دیگوگسین، مسدود کننده گیرنده های آنژیوتانسینII و آلداکتون بودند افسردگی بیشتری داشتند. این یافته با نتایج مطالعه کاردوسو[1] و همکاران همخوانی دارد که نشان داد عوارض جانبی ناشی از درمانهای دارویی نارسایی قلب مانند تکرر ادرار در دیورتیکها، ژنیکوماستی در آلداکتون، اختلالات جنسی و خواب در بتا بلوکر ها و... در بروز و تشدید افسردگی نقش دارند [۶]. نتایج بررسی سونگ[2] و همکاران نشان داد که گاه علائم مسمومیت با دیگوگسین به عنوان علائم افسردگی در نظر گرفته می شود. خستگی، بی اشتهایی، انزوای اجتماعی و کندی روانی حرکتی در بیشتر موارد مسمومیت با دیگوگسین دیده می شود که می تواند با علائم افسردگی اشتباه شود [۳۲]. با وجود اینکه درمانهای دارویی نارسایی قلب اغلب یک فاکتور مهم تشدید کننده افسردگی در بیماران نارسایی قلب معرفی شده است اما در مطالعه پنا وهمکاران رابطه ای بین درمان های دارویی نارسایی قلبی با افسردگی مشاهده نشد [۵].

این مسئله ضرورت انجام پژوهشهای بیشتر به منظور شناسایی تاثیر درمانهای دارویی نارسایی قلب بر بروز و شدت افسردگی بیماران را خاطر نشان می سازد.

در مطالعه حاضر بیمارانی که کیفیت زندگی جسمی، اقتصادی اجتماعی و روحی و روانی پایینتری داشتند از افسردگی بیشتری رنج می‌بردند. نتایج مطالعات شیمیزو[3] و همکاران نیز بیانگر این مدعا است که بین افسردگی و تمامی ابعاد کیفیت زندگی رابطه معکوس وجود دارد [۱۹].

1 - Cardoso
2 - Song
3- Shimizu

به نظر می رسد خستگی، عدم تحمل فعالیت بدنی، مسائل و مشکلات مالی، اختلال در و اجتماعی ناشی از بیماری و عوارض آن از جنبه های جسمی، اجتماعی و اقتصادی کیفیت زندگی بیمار مبتلا به نارسایی قلب را متاثر و آنها را کاهش می دهد این امر ممکن است بر سلامت روحی و روانی فرد تاثیر گذاشته و بیمار را با مشکلات روحی و روانی همچون افسردگی مواجه سازد.

از محدودیتهای این مطالعه جمع آوری اطلاعات در یک نقطه زمانی معین بود که سیر تغییرات خلقی در طول ابتلا به بیماری و درمان شناسایی نشد، همچنین احتمال تشخیص بالاتر از واقعیت در پاسخ های بیماران به تست افسردگی نیز وجود داشت. حجم نمونه پایین از سایر محدودیت های پژوهش حاضر بود. لذا پیشنهاد می گردد، مطالعات دیگری به روش آینده نگر و با حجم نمونه بالاتر به منظور بررسی سیر تغییرات خلقی در مبتلایان به نارسایی قلبی و تاثیر آن بر مرگ و میر و طول مدت بستری این بیماران انجام گیرد.

نتیجه گیری

افسردگی در مردان مبتلا به نارسایی سیستولیک قلبی افسردگی شایع بود و بر کیفیت زندگی اثر منفی داشت. اساس مراقبتهای پرستاری کل نگر، توجه به نیازها و مشکلات روحی و روانی بیماران در کنار نیازها و مشکلات جسمی ضروری است. پرستاران به کمک غربالگری و ارزیابی علائم افسردگی و ارجاع بیماران جهت مشاوره و درمان، می توانند به ارتقاء کیفیت زندگی بیماران نارسای قلبی کمک نمایند.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر بخشی از نتایج طرح پژوهشی با کد ۱/۱۱۹۷۲بوده است بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج جهت تصویب و حمایت مالی طرح پژوهشی تشکر و قدردانی می گردد.

References

1. Zeighami Mohammadi Sh, Asgharzadeh Haghighi S, Nikbakht Nasrabadi A ,The study of electrolyte abnormalities and renal dysfunction on elderly patients with systolic heart failure,Iranian Journal of Critical Care Nursing 2010; 3(4): 155-66 [Persian].
2. Nikravan Mofrad M, Text book of emergency nursing, Tehran, Noor-e-Danesh, 324-5 [Persian].

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-21]

3. Redwine LSMills PJ, Hong S, Rutledge T, Reis V Maisel A,Irwin MR, Cardiac-related hospitalization and/or death associated with immune dysregulation and symptoms of depression in heart failure patients ,Psychosomatic Medicine 2007;69:23-9 .
4. Dekker RL,Peden AR, Lennie TA,Schooler MP, Moser DK, Living with depressive symptoms: patients with heart failure, Am J Crit Care 2009; 18(4): 310-18.
5. Pena FM, Modenesi Rde F, Piraciaba MC, Marins RM, Souza LB, Barcelos AF, Soares Jda S, Prevalence and variables predictive of depressive symptoms in patients hospitalized for heart failure, Cardiol J 2011; 18(1):18-25.
6. Cardoso G, Trancas B, Luengo A, Reis D, Heart failure and depression: an association with clinical importance, Rev Port Cardiol 2008; 27(1):91-109.
7. Pena FM, Silva Soares JD Costa Paiva BT, Piraciaba MC, Marins RM, Barcellos AF Muniz de Souza LB. Sociodemographic factors and depressive symptoms in hospitalized ,patients with heart failure, Exp Clin Cardiol 2010; 15(2): 29-32.
8. Vaccarino V, Kasl SV, Abramson J, Krumholz HM, Depressive symptoms and risk of functional decline and death in patients with heart failure, J Am Coll Cardiol 2001; 38:199-205.
9. Koenig HG, Depression in elderly patients with congestive heart failure, Gen Hosp Psychiatry, 1998; 20:29-43.
10.Koenig HG, George LK,Depression and physical disability outcomes in depressed medically ill hospitalized older adults, Am J Geriatr Psychiatry1998; 6:230-47.
11.Rohyans LM, Pressler SJ, Depressive symptoms and heart failure: examining the sociodemographic Variables, Clin Nurse Spec 2009; 23(3): 138-44.
12. Faller H ,Stefan Störk S, Schowalter M,Steinbüchel T, Wollner V, Ertl G,Angermann CE, Depression and survival in chronic heart failure: Does gender play a role? Eur J Heart Fail 2007 ; 9 (10): 1018-23.
13.Sherwood A, Blumenthal JA, Trivedi R, Johnson KS, OConnor CM, Adams KF Jr, Dupree CS, Waugh RA, Bensimhon DR, Gaulden L, Christenson RH, Koch GG, Hinderliter AL ,Relationship of depression to death or hospitalization in patients with heart failure, Arch Intern Med 2007; 167(4):367-73.
14.Zeighami Mohammadi Sh, Shahparian M, Fahidi F, Fallah E, Sexual dysfunction in men with systolic heart failure and associated factors ,Iranian Journal of Critical Care Nursing 2012; 5 (1) :35-42[Persian].
15.Guallar-Castillon P, Magarinos-Losada MM, Montoto-Otero C, Tabuenca AI, Rodriguez-Pascual C, Olcoz-Chiva M, Conde-Herrera M, Carreno C, Conthe P, Martinez-Morentin E, Banegas JR, Rodriguez-Artalejo F, Prevalence of depression and associated medical and psychosocial factors in elderly hospitalized patients with heart failure in Spain ,Esp Cardiol 2006; 59(8):770-8.
16.Pintor L, Heart failure and depression, an often neglected combination, Rev Esp Cardiol 2006; 59(8):761-5.
17.Joynt KE, Whellan DJ, OConnor CM, Why is depression bad for the failing heart? A review of the mechanistic relationship between depression and heart failure, J Card Fail 2004; 10:258-71.
18.Chung ML, Lennie TA, Dekker RL, Wu JR, Moser DK, Depressive symptoms and poor social support have a synergistic effect on event-free survival in patients with heart failure, Heart Lung 2011; 29.
19.Shimizu Y, Yamada S, Miyake F, Izumi T, The effects of depression on the course of functional limitations in patients with chronic heart failure, J Card Fail 2011; 17(6):503-10.
20.Luber MP, Meyers BS, Williams-Russo PG, Hollenberg JP,DiDomenico TN, Charlson ME, Depression and service utilization in elderly primary care patients, Am Geriatr Psychiatry 2001;9:169-76.
21.Testa G, Cacciatore F, Galizia G, Della-Morte D, Mazzella F, Gargiulo G, Langellotto A, Raucci C, Ferrara N, Rengo F, Abete P, Depressive symptoms predict mortality in elderly subjects with chronic heart failure, Eur J Clin Invest 2011; 25.
22.Gottlieb SS, Khatta M, Friedmann E, Einbinder L, Katzen S, Baker B, Marshall J, Minshall S, Robinson S, Fisher ML, Potenza M, Sigler B, Baldwin C, Thomas SA, The influence of age, gender, and race on the prevalence of depression in heart failure patients, J Am Coll Cardiol 2004;43(9):1542-1549.
23.Macabasco-O'Connell A, Crawford MH, Stotts N, Stewart A, Froelicher ES, Gender and racial differences in psychosocial factors of low-income patients with heart failure, Heart Lung 2010;39(1):2-11.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-21]

24.Sajadi M,Akbari A,Kianmehr M,Ataroudi A,The relationship between self-care and depression in patients undergoing hemodialysis, Ofogh-E-Danesh 2008; 14(1):13-17 [Persian].
25.Clark CM, Mahoney JS, Clark DJ, Eriksen LR, Screening for depression in Hepatitis C population: the reliability and validity of the center for epidemiologic studies depression scale (CES-D), Journal of Advances in Nursing 2002; 40(3):361-9.
26.Abbasi A,Nasiri H ,Specific instrument for assessment quality of life of chronic heart failure patients ,Journal of Gorgan Bouyeh Faculty Nursing and Midwifery 2006;3(2):41-5 [Persian].
27.Holzapfel N, Zugck C, Muller-Tasch T, Lowe B, Wild B, Schellberg D, Nelles M, Remppis A, Katus H, Herzog W, Junger J,Routine , screening for depression and quality of life in outpatients with congestive heart failure, Psychosomatics 2007; 48:112-6.
28.Koenig HG, Depression outcome in patients with congestive heart failure, Arch Intern Med 2006;166:991-6.
29.Zeighami Mohammadi SH ,Asgharzadeh Haghighi S, Falah N, The prevalence of anemia in elderly with systolic heart failure hospitalized in Alborz social security hospital of Karaj 2009,Iranian Journal Research Center on Aging (Salmand) 2010;16(2):25-34 [Persian].
30.Beghe C, Wilson A, Ershler WB, Prevalence and outcomes of anemia in geriatrics: a systematic review of the literature,Am J Med 2004; 116 (7):3-10.
31.Geiser F, Hahn C, Conrad R, Liedtke R, Sauerbruch T, Schmidt-Wolf I, Glasmacher A, Interaction of psychological factors and the effect of epoetin-alfa treatment in cancer patients on hemoglobin and fatigue, Support Care Cancer 2007; 15(3):273-8.
32.Song YH, Terao T, Shiraishi Y, Nakamura J, Digitalis intoxication misdiagnosed as depression—revisited, Psychosomatics 2001; 42(4):369-70.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-21]

Original Article

Depression in male patients with systolic heart failure and related factors

Zeighami Mohamadi Sh[1], Shahparian M [2], Fahidy F [3], Fallah E [3]*

[1]Instructor of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Islamic Azad University of Karaj, Iran
[2]Cardiologist, social security Alborz hospital,Karaj,Iran
[3] Nursing graduate, social security Shahriar hospital, Shahriar, Iran

****Corresponding Author:*** *School of Nursing and Midwifery, Islamic Azad University of Karaj, Iran*
Email: zeighami@kiau.ac.ir

Abstract

Background & objective: *Depression associate with increase severity of illness, length of hospitalization and mortality in heart failure patient's .The aim of this study was to investigate the frequency and related factors of depression in male systolic heart failure patients.*

Materials & Methods*: This is a cross sectional study that was conducted on 100 male patients with systolic heart failure in Alborz of Karaj and Shahriar Social Security Hospitals in 2010. Sampling method in this study was Convenience sampling. Data collected by demographic data form, MLHFQ (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire), (CES-D) Center for Epidemiologic Studies Depression Scale .Data was analyzed by SPSS software version 18 and using descriptive statistics, t-test, ANOVA and coefficient Pearson correlation.*

Results: *The findings indicated that mean score of depression was 20.3±12 .47% had severe and 16% had mild to moderate depression. Depression significant associated with age($p=0.002$), education($p<0.001$), economic status($p=0.002$), smoking($p=0.034$), hemoglobin level($p=0.004$), left ventricular ejection fraction($p=0.012$), use of digoxin($p=0.019$), angiotensin receptor blocker (ARB)($p=0.005$), aldacton ($p=0.005$)and quality of life($p<0.001$).*

Conclusion*: Depression was common among men with systolic heart failure and had negative impact on quality of life. Nurses by screening and assessment symptoms of depression and refer patients for counseling and treatment can help to improve quality of life in heart failure patient.*

Keywords: *Heart failure, Depression, Quality of life*

Submitted: *2011 Jul 2*
Revised: *2012 Jan 5*
Accepted: *2012 Aug 15*

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-21]

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-21]