

بررسی میزان افسردگی قبل و بعد از عمل در بیماران جراحی پیوند عروق کرونری و ارتباط آن با برخی فاکتورهای بالینی و دموگرافیکی

فروزان بهروزیان^۱، آتیه چاپاری ایلخچی^{۲*}، سمیرا یزدانی نژاد^۲، ناهید خواجه موگهی^۳، محمدعلی شیخی^۴، رضا بهرامی ایلخچی^۵، محمد صالحی ویسی^۶، احمد بهرامی ایلخچی^۷

چکیده

زمینه: جراحی پیوند عروق کرونری از درمان‌های رایج بیماران قلبی می‌باشد. افسردگی، به افزایش مرگ و میر و افت عملکرد در این بیماران منجر می‌گردد. با توجه به نتایج متناقض مطالعات قبلی و استفاده از پرسش‌نامه‌های خودگزارشگر در اکثر آنها، هدف این مطالعه، ارزیابی شیوع افسردگی بر اساس مقیاس افسردگی همیلتون و تعیین ارتباط آن با عوامل بالینی و دموگرافیک بیماران کاندید جراحی پیوند عروق کرونری در بیمارستان گلستان اهواز، قبل و بعد از عمل می‌باشد.

روش: ۶۲ بیمار که جهت عمل جراحی پیوند عروق کرونری بستری شدند، یک روز قبل، ۵ روز و یک ماه بعد از عمل، مورد مصاحبه روان‌پزشکی قرار گرفتند و مقیاس افسردگی همیلتون و پرسش‌نامه اطلاعات بالینی و دموگرافیکی تکمیل شد. داده‌ها با نرم‌افزار آماری WinSpss17 آنالیز شدند. مقایسه متغیرها با آزمون‌های تی زوجی، آنالیز واریانس، و آزمون‌های ناپارامتری فریدمن و مجذور کای بر حسب شرایط صورت گرفت. نتایج در صورت وجود $p < 0.05$ ، معنادار شناخته شد.

نتایج: اگرچه درصد افراد افسرده (۲۰/۹۶٪) در سه زمان مطالعه تغییر نکرده است، ولی نتایج نشان داد که شدت افسردگی بیماران یک روز قبل از عمل، ۵ روز و یک ماه بعد از عمل به ترتیب کاهش یافته است. همچنین در بین عوامل پیش‌بینی‌کننده ابتلا به افسردگی، جنسیت و وضعیت اشتغال افراد با $p < 0.05$ در هر سه زمان مورد مطالعه، معنادار شناخته شدند.

نتیجه‌گیری: با توجه به شیوع بالای افسردگی در بیماران کاندید عمل جراحی پیوند عروق کرونری و بیماران عمل‌شده، ارزیابی روان‌پزشکی این بیماران جهت شناسایی افراد نیازمند درمان روان‌پزشکی لازم به نظر می‌رسد. ضمناً خدمات تأمین اجتماعی مؤثر در حوزه اشتغال در کاهش میزان افسردگی این افراد در تمام طول درمان می‌تواند نقش تعیین‌کننده‌ای داشته باشد.

واژگان کلیدی: افسردگی، جراحی پیوند عروق کرونری، پرسش‌نامه افسردگی همیلتون

- ۱- استادیار روان‌پزشکی، گروه روان‌پزشکی، بیمارستان گلستان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز، ایران. تلفن و پست الکترونیک: ۰۹۱۷۳۱۱۶۷۲۵، fbehrouzian@gmail.com
 - ۲- دستیار روان‌پزشکی، گروه روان‌پزشکی، بیمارستان گلستان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز، ایران. تلفن و پست الکترونیک: ۰۹۱۴۴۰۰۴۹۶۸، chapari.atieh@gmail.com
 - ۳- کارشناس ارشد روان‌شناسی، گروه روان‌پزشکی، بیمارستان گلستان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز، ایران. تلفن و پست الکترونیک: ۰۹۱۲۱۲۵۸۳۵۹، s.yazdaninejad@gmail.com
 - ۴- استادیار گروه جراحی قلب، بیمارستان گلستان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز، ایران. تلفن و پست الکترونیک: ۰۹۱۶۱۱۳۱۷۳۷، khaje_n@yahoo.com
 - ۵- استادیار گروه جراحی مغز و اعصاب، بیمارستان گلستان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز، ایران. تلفن و پست الکترونیک: ۰۹۱۶۸۰۱۳۹۱۶، masheykhi@gmail.com
 - ۶- کارشناس ارشد آمار، مربی دانشگاه صنعتی خاتم‌الانبیای بهبهان، بهبهان، ایران. تلفن و پست الکترونیک: ۰۹۱۶۳۷۱۰۵۳۴، salehivaysi@gmail.com
 - ۷- فلوشیپ بیهوشی قلب، بخش جراحی قلب، بیمارستان عالی نسب تبریز، تبریز، ایران. تلفن و پست الکترونیک: ۰۹۱۴۳۱۲۲۳۱۹، bahrami1371@yahoo.com
نویسنده مسؤول:
- آتیه چاپاری ایلخچی؛ ایران، اهواز، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، دانشکده پزشکی، گروه روان‌پزشکی. تلفن و پست الکترونیک: ۰۹۱۴۴۰۰۴۹۶۸، chapari.atieh@gmail.com

مقدمه

بیماری‌های قلبی عروقی، شایع‌ترین علت مرگ و منبع اصلی ناتوانی مزمن در سراسر جهان می‌باشد و بیشترین هزینه درمانی را نیز به‌همراه دارد. میزان شیوع بیماری قلبی عروقی در خاورمیانه و شمال آفریقا رو به افزایش می‌باشد (۱). امروزه جراحی عروق کرونری یکی از درمان‌های انتخابی در بسیاری از بیماران با بیماری شدید عروق کرونری می‌باشد و بیش از ۶۰۰/۰۰۰ عمل، سالانه در ایالات متحده آمریکا انجام می‌شود. میزان هزینه تخمین‌زده شده برای این عمل در سال ۲۰۰۴ بیش از ۱۰ میلیون دلار بوده است. اگرچه جراحی عروق کرونری به روشنی منجر به اثرات خوب کلینیکی در بسیاری از بیماران با بیماری عروق کرونری می‌شود (۲ و ۳)، از سوی دیگر، منجر به ایجاد عکس‌العمل‌های فیزیولوژیک، شناختی و عاطفی در بیمار و خانواده آنها می‌شود که برخی از بیماران نمی‌توانند با آن سازگار شوند و در نتیجه، حتی در صورت داشتن نتایج خوب بعد از عمل، عملکرد مناسبی ندارند و بسیاری از آنها سرکار خود برنمی‌گردند (۴ و ۵). کمبود بهبود طبی و روانی اجتماعی تا ۱۵٪ بیماران دیده می‌شود و کاهش کیفیت زندگی در تعداد بیشتری دیده می‌شود (۲). این امر می‌تواند با عوامل متعددی توجیه شود که یکی از مهم‌ترین آنها وضعیت عاطفی بیماران قبل و بعد از عمل می‌باشد. چنین اختلالاتی می‌تواند در برخی بیماران به‌طور قابل توجهی باعث محدود شدن و یا جلوگیری از فرایندهای توان‌بخشی گردد (۴ و ۵). به‌منظور درک کامل اینکه چرا این عمل نتیجه مورد انتظار را در بسیاری از بیماران ایجاد نمی‌کند محققین توجه خود را به سمت افسردگی برده‌اند (۲).

افسردگی یک ریسک‌فاکتور مستقل برای رسوب آرترواسکلروتیک‌در عروق کرونری می‌باشد. افسردگی نه تنها در افزایش تظاهرات اولیه بیماری کرونری قلب دخیل

است، بلکه همچنین در موفقیت برنامه‌های پیشگیری اولیه و ثانویه نقش دارد. افسردگی قبل و بعد از عمل جراحی پیوند عروق کرونری باعث افزایش موربیدیتی روانی اجتماعی ۶ ماه و ۵ سال بعد از جراحی می‌شود و پیشگویی‌کننده مهم مورتالیتی در ۳۰ روز بعد از عمل می‌باشد. افراد افسرده وضعیت عملکرد و سلامتی پایینی ۶ ماه بعد از عمل دارند (۶). مطالعات مختلفی، شدت افسردگی قبل و بعد از عمل جراحی عروق کرونری را بررسی نمودند. نتایج برخی مطالعات حاکی از آن بود تفاوتی در میزان اضطراب و افسردگی قبل و بعد از عمل وجود نداشت (۶). در حالی‌که برخی مطالعات نشان دادند که افراد با علائم زیاد افسردگی قبل و بعد از عمل احساس پایداری از افسردگی بعد از عمل داشتند و بیماران با علائم متوسط عاطفی قبل از عمل در ریسک احساس دایمی افسردگی حتی تا ۵ سال بعد از عمل قرار دارند (۵). همچنین مطالعه دیگری نشان داد اگرچه بعد از عمل در بسیاری از بیماران افسردگی و اضطراب اولیه کاهش می‌یابد، اما در برخی بیماران علائم افسردگی دایمی یا بدتر می‌شود (۷). از سوی دیگر، نتایج برخی مطالعات دیگر حاکی از این است که افسردگی و جراحی ارتباط علیتی با هم ندارند و بیمارانی که بعد از عمل جراحی قلب، دچار افسردگی بوده‌اند احتمالاً قبل از عمل هم افسرده بودند و حتی شاید جراحی باعث بهبود خلق بیماران شود (۸). برخی مطالعات نشان می‌دهد که با ارزیابی قبل از عمل می‌توان بیماران در معرض افسردگی بعد از عمل را شناسایی کرد و با مشاوره پیشگیرانه روان-پزشکی و مداخلات روانی، فشار عاطفی و هزینه اقتصادی و پزشکی را کم کرد (۴).

در خصوص نقش فاکتورهای دموگرافیک و بالینی در افسردگی قبل و بعد از عمل جراحی پیوند عروق کرونری اگرچه تاکنون مطالعات زیادی صورت گرفته است، اما نتایج متناقض بوده است. همچنین در اکثر مطالعات قبلی جهت

عمل در درمانگاه قلب، مورد مصاحبه کامل روان‌پزشکی قرار گرفتند و پرسش‌نامه افسردگی همیلتون و نیز فرم اطلاعاتی مربوط به خصوصیات دموگرافیک و بالینی بیماران تکمیل شد. مقیاس درجه‌بندی افسردگی همیلتون برای پایش شدت افسردگی به کار می‌رود و به گونه‌ای طراحی شده است که ارزیاب پس از انجام مشاهدات بالینی به درجه‌بندی کمی علایم مختلف افسردگی در بیمار بپردازد. در واقع، این مقیاس مانند فهرست بررسی رفتاری عمل می‌کند که ارزیاب را قادر می‌کند با توجه به گزینه‌های رفتاری از پیش تعیین‌شده و استاندارد به ارزیابی بیمار بپردازد. این مقیاس شامل ۲۴ علامت افسردگی است. در مقابل هر علامت بین ۳ تا ۵ گزینه قرار می‌گیرد و ارزیاب گزینه‌ای را انتخاب می‌کند که با توجه به مشاهداتش بیشترین تناسب را با وضعیت بیمار دارد. پایایی مقیاس افسردگی همیلتون خوب تا عالی و روایی آن خوب است (۹). فرم اطلاعاتی مربوط به معیارهای دموگرافیکی و بالینی شامل سن، تحصیلات، وضعیت تأهل، اشتغال، سطح درآمد، جنس، سابقه سیگار کشیدن، سابقه جراحی قلبی پیوند عروق کرونری قلبی، سابقه فامیلی بیماری شریانی کرونری و مدت اقامت در ICU بود که با توجه به مقالات قبلی و طبق نظر دو روانپزشک و یک روانشناس و کارشناس آماری تنظیم شد.

داده‌های به‌دست آمده، به وسیله نسخه ۱۷ نرم‌افزار آماری SPSS تحت آنالیز آماری قرار گرفتند. اطلاعات به‌دست آمده به صورت میانگین \pm انحراف معیار، مقادیر حداقل و حداکثر و نیز فراوانی و درصد بیان شدند.

مقایسه متغیرهای کمی با آزمون تی زوجی و آزمون ناپارامتری فریدمن، آزمون آنالیز واریانس بر حسب شرایط صورت گرفت و مقایسه متغیرهای کیفی با استفاده از آزمون مجذور کای صورت گرفت.

ارزیابی افسردگی از پرسش‌نامه‌های خودگزارشگر (Beck, HADS) استفاده شده است که در این نوع پرسش‌نامه‌ها احتمال اینکه پاسخ‌ها تحت تأثیر ویژگی‌های فردی بیماران قرار بگیرد، وجود دارد، اما در مطالعه حاضر از پرسش‌نامه افسردگی همیلتون استفاده شد که با استفاده از مصاحبه نیمه‌ساختاری و با کمک مشاهدات بالینی قبلی، بالینگر در مورد علایم بالینی قضاوت می‌کند. با توجه به شیوع بالای بیماری‌های قلبی و نیاز به افزایش روزافزون عمل جراحی بای‌پس عروق کرونری و نیز نتایج متناقض مطالعات قبلی در مورد میزان افسردگی قبل و بعد از عمل جراحی و همچنین نتایج متفاوت در خصوص نقش فاکتورهای دموگرافیک و بالینی در افسردگی قبل و بعد از عمل، مطالعه حاضر در بیماران کاندید عمل جراحی پیوند عروق کرونری، قبل و بعد از عمل، در بیمارستان گلستان اهواز صورت گرفت، تا در صورتی که نتایج، نشانگر افسردگی بالا در بیماران باشد بتوان با مداخلات به‌موقع روان‌پزشکی به بیماران کمک نمود.

روش

این مطالعه در بیمارستان گلستان اهواز از ابتدای مهرماه ۱۳۹۰ تا پایان اردیبهشت ماه ۱۳۹۱ انجام گرفت. تمام بیمارانی که جهت جراحی پیوند عروق کرونری بستری می‌شدند بعد از دریافت رضایت آگاهانه، با در نظر گرفتن معیارهای ورود (عمل جراحی غیر اورژانس پیوند عروق کرونری، زبان مکالمه فارسی) و معیارهای خروج (داشتن درد قلبی ناپایدار، ابتلا به دمانس، ابتلا به سایکوزحاد) وارد مطالعه می‌شدند. ۶۲ بیمار وارد مطالعه شدند.

بر اساس مطالعات قبلی و نیز با توجه به زمان بستری، ترخیص و پیگیری سرپایی بیماران، آنها ۱ روز قبل از عمل و ۵ روز بعد از عمل در بخش جراحی قلب و ۱ ماه بعد از

مطالعه سن، طول مدت درمان، درآمد، تعداد افراد خانوار، طول مدت انتظار عمل، سابقه سیگار کشیدن، سابقه جراحی قلب، سابقه خانوادگی جراحی قلب، مدت اقامت در ICU، تأهل و تحصیلات، نقشی در ابتلا به افسردگی در هیچ کدام از زمان‌های ارزیابی نداشت.

میانگین نمره افسردگی در زنان در هر ۳ زمان ارزیابی، بیشتر از مردان بود.

میانگین نمره افسردگی در ارزیابی یک‌ماه بعد از عمل در افراد با سابقه فامیلی بیماری قلب، به‌طور معناداری بیشتر از افراد بدون سابقه فامیلی بیماری قلب بود.

میانگین نمره افسردگی در افراد بیکار در هر ۳ زمان ارزیابی بیشتر از افراد شاغل و بازنشسته بود، که این تفاوت در زمان ارزیابی ۵ روز بعد از عمل معنادار بود. در آنالیز دیگری که جهت ارزیابی دقیق‌تر صورت گرفت، در زمان ارزیابی ۱ روز قبل از عمل ۳۲٪ از افراد بیکار، ۱۶٪ از افراد شاغل و ۱۱٪ از افراد بازنشسته افسرده بودند که این تفاوت بر اساس آزمون مجذور کای معنادار نبود ($p=0/21$). در ارزیابی ۵ روز و ۱ ماه بعد از عمل ۳۶٪ از افراد بیکار، ۱۶٪ از افراد شاغل و ۵٪ از افراد بازنشسته افسرده بودند که بر اساس آزمون مجذور کای، میزان افسردگی در افراد بیکار به‌طور معناداری بیش از افراد شاغل و بازنشسته بود ($p=0/047$).

جهت شناسایی عوامل مؤثر در ابتلا به افسردگی در هر مرحله و جابه‌جایی در عوامل مؤثر رگرسیون لجستیک صورت گرفت که برای این بررسی، افراد بر اساس ابتلا و عدم ابتلا به افسردگی به دو گروه تقسیم شدند و معلوم شد که جنسیت ($p=0/001$) و بیکاری ($p=0/004$) که پیش‌بینی‌کننده ابتلا به افسردگی یک روز قبل و ۵ روز بعد از عمل است، پس از عمل نیز جنسیت ($p=0/006$) و بیکاری ($p=0/049$) پیش‌بینی‌کننده ابتلا به افسردگی بوده‌اند.

برای شناسایی عوامل مؤثر در افسردگی افراد در سه زمان مختلف و بررسی جابه‌جایی در عوامل مؤثر در افسردگی در مراحل مختلف بررسی از رگرسیون لجستیک استفاده شد و نتایج در صورت دارا بودن $p < 0/05$ از نظر آماری معنادار شناخته شد.

نتایج

میانگین سنی بیماران $59/7 \pm 9$ سال (بین ۴۲-۸۵ سال) بود. 24 نفر از افراد مورد مطالعه زن و $61/3$ ٪) 38 نفر مرد بودند. بر اساس نمره مقیاس همیلتون، شدت افسردگی افراد به‌صورت ۷-۰ نرمال؛ ۸-۱۲ افسردگی خفیف؛ ۱۳-۱۸ افسردگی متوسط؛ ۱۹-۲۳ افسردگی شدید؛ و < 23 با شدت افسردگی خیلی شدید، رتبه‌بندی شد که تعداد افراد هر گروه در جدول (۱) نشان داده شده است. در زمان ارزیابی یک روز قبل، ۵ روز بعد و ۱ ماه بعد از عمل $20/96$ ٪) 13 نفر از بیماران افسرده بودند. علت یکسان بودن درصد افراد مبتلا به افسردگی در هر ۳ زمان، جابه‌جایی در وضعیت افراد بود؛ به این معنا که تعداد موارد بهبودی و بدتر شدن خلق بعد از جراحی پیوند عروق کرونری یکسان بود (جدول ۱). برای مقایسه چند گروه وابسته از آزمون ناپارامتری فریدمن استفاده شد که بر اساس آزمون ناپارامتری فریدمن اگر چه متوسط شدت افسردگی افراد مورد مطالعه به‌ترتیب کاهش یافته و از $2/13$ در قبل از عمل به $1/96$ ، ۵ روز پس از عمل و $1/91$ یک ماه پس از عمل رسیده، ولی با توجه به $p=0/153$ تفاوت معنادار نبوده است.

جهت تعیین نقش خصوصیات بالینی و دموگرافیک در افسردگی قبل، ۵ روز و ۱ ماه بعد از عمل، آنالیز داده‌ها صورت گرفت که در جداول (۱ تا ۴) نشان داده شده است. همان‌طور که در جداول (۲-۵) نشان داده شده است در این

جدول ۱: فراوانی افراد مبتلا به افسردگی خفیف، متوسط، شدید و خیلی شدید و بدون افسردگی ۱ روز قبل از عمل، ۵ روز بعد و ۱ ماه بعد از عمل

قبل از عمل فراوانی	۵ روز بعد از عمل فراوانی	یک ماه بعد از عمل فراوانی	
۴۹ (٪۷۹)	۴۹ (٪۷۹)	۴۹ (٪۷۹)	نرمال
۴ (٪۶/۵)	۵ (٪۸/۱)	۵ (٪۸/۱)	افسردگی خفیف
۵ (٪۸/۱)	۳ (٪۴/۸)	۳ (٪۴/۸)	افسردگی متوسط
۳ (٪۴/۸)	۳ (٪۴/۸)	۱ (٪۱/۶)	افسردگی شدید
۱ (٪۱/۶)	۲ (٪۳/۲)	۴ (٪۶/۵)	افسردگی خیلی شدید

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیرهای بالینی و دموگرافیک در افراد افسرده و میانگین نمره افسردگی در گروه‌های مختلف بیماران یک روز قبل از عمل پیوند عروق کرونری

آنالیز P	غیر افسرده $M \pm SD$	افسرده $M \pm SD$	
۰/۲۸	۶۰/۳۵±۹/۱۲	۵۷/۳۰±۸/۴۲	سن
۰/۰ ۵۵	۴۱۲/۹۳±۲۵۳/۸۴	۷۹۸/۴۶±۱۲۸۹/۷۱	درآمد (هزار تومان در ماه)
۰/۷۴	۴۸۷/۶۰±۹۱۰/۲۷	۵۸۱/۹۲±۹۸۷/۸۸	طول مدت درمان (روز)
۰/۷۵	۸۸/۲۶±۳۰۱/۷۰	۶۱/۳۰±۱۰۸/۳۶	مدت انتظار عمل (روز)
آنالیز P	انحراف معیار نمره افسردگی	میانگین نمره افسردگی	
			سابقه سیگار کشیدن
۰/۳۵	۶/۱۹	۳/۰۹	+
	۷/۲۷	۴/۸	-
			سابقه جراحی قلب
۰/۳۹	۰	۰	+
	۷/۰۲	۴/۲	-
			سابقه فامیلی جراحی قلب
۰/۱۴	۳/۱	۱/۶۹	+
	۷/۴	۴/۸۵	-
			سابقه فامیلی بیماری قلب
۰/۱	۴/۴	۲/۶۲	+
	۸/۲	۵/۴	-
			تأهل
۰/۲۸	۶/۱	۳/۶	متأهل
	۸/۸۳	۵/۸	بیوه
			جنس
۰/۰ ۳	۸/۶	۶/۵	زن
	۵/۱	۲/۷	مرد

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار متغیرهای بالینی و دموگرافیک در افراد افسرده و غیر افسرده میانگین نمره افسردگی در گروه های مختلف بیماران ۵ روز بعد از عمل پیوند عروق کرونری.

آنالیز P	غیر افسرده $M \pm SD$	افسرده $M \pm SD$	
۰/۴۶	۶۰/۱۴±۹/۱۳	۵۸/۰۷±۸/۶۵	سن
۰/۱۱	۴۲۷/۰۲±۲۵۰/۵۷	۷۴۷/۵۳±۱۳۰۶/۸۸	درآمد (هزار تومان در ماه)
۰/۷۴	۴۸۷/۷۵±۹۱۰/۱۹	۵۸۲/۴۶±۹۸۷/۵۴	طول مدت درمان (روز)
۰/۷۵	۸۸/۳۰±۳۰۱/۶۹	۶۱/۱۵±۱۰۸/۴۵	مدت انتظار عمل (روز)
آنالیز P	انحراف معیار نمره افسردگی	میانگین نمره افسردگی	
			سابقه سیگار کشیدن
۰/۳	۷/۴	۴/۸۷	+
	۸/۷	۴/۷	-
			سابقه جراحی قلب
۰/۴۲	۰	۰	+
	۷/۲	۴/۲	-
			سابقه فامیلی جراحی قلب
۰/۱۵	۳/۱۷	۱/۶۱	+
	۷/۷۴	۴/۷۹	-
			سابقه فامیلی بیماری قلب
۰/۹	۴/۶	۲/۴۶	+
	۸/۴	۵/۵	-
			ICU اقامت در
۰/۹۵	۷/۲۵	۴/۱۸	۲روز
	۶/۳۶	۴/۵۰	بیش از ۲ روز
			تاهل
۰/۰۵۵	۵/۷	۳/۱۴	متاهل
	۱۰/۰۳	۷/۲	بیوه
			جنس
۰/۰۴	۹/۴	۷/۳	زن
	۴/۷	۲/۰۷	مرد

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار متغیرهای بالینی و دموگرافیک در افراد افسرده و غیر افسرده و میانگین نمره افسردگی در گروه‌های مختلف بیماران ۱ ماه بعد از عمل پیوند عروق کرونری

آنالیز P	غیر افسرده $M \pm SD$	افسرده $M \pm SD$	
۰/۷۱	۵۹/۴۷±۹/۳۶	۶۰/۵۳±۷/۸۰	سن
۰/۰۹	۴۲۳/۴۰±۲۵۰/۳۷	۷۶۰/۶۱±۴۲۳/۴۰	درآمد (هزار تومان در ماه)
۰/۸۴	۵۲۰/۲۵±۹۱۶/۸۷	۴۶۱/۹۲±۹۶۵/۸۱	طول مدت درمان (روز)
۰/۷۴	۸۸/۵۵±۳۰/۱۶۳	۶۰/۲۳±۱۰۸/۸۷	مدت انتظار عمل (روز)
آنالیز P	انحراف معیار نمره افسردگی	میانگین نمره افسردگی	
			سابقه سیگار کشیدن
۰/۸۳	۸/۷	۴/۷	+
	۷/۷	۴/۳	-
			سابقه جراحی قلب
۰/۴۳	۰	۰	+
	۸/۲۵	۴/۶	-
			سابقه فامیلی جراحی قلب
۰/۱۴	۳/۴۲	۱/۶۱	+
	۸/۷۲	۵/۲۴	-
			سابقه فامیلی بیماری قلبی
۰/۰۳	۴/۲	۲/۱۷	+
	۹/۷	۶/۳	-
			اقامت در ICU
۰/۸۵	۸/۱۷	۴/۵	۲روز
	۴/۹	۳/۵۰	بیش از ۲ روز
			تاهل
۰/۲۲	۶/۹	۳/۷۸	متاهل
	۱۰/۶	۶/۶	بیوه
			جنس
۰/۰۱	۱۰/۸	۷/۵	زن
	۴/۷	۲/۵	مرد

جدول ۵: میانگین افسردگی در سطوح مختلف تحصیلی و نیز گروه‌های مختلف شغلی یک روز قبل، ۵ روز بعد و ۱ ماه بعد از عمل

یک ماه بعد از عمل		۵ روز بعد از عمل		۱ روز قبل از عمل		
P	$M \pm SD$	P	$M \pm SD$	P	$M \pm SD$	
						تحصیلات
۰/۹۲	۵/۱۵±۹/۲۰	۰/۹۶	۴/۵±۷/۹۳	۰/۹۲	۳/۹۷±۷/۱۹	بی‌سواد
	۳/۴±/۰ ۵		۳/۴۶±۶/۳۵		۴/۳۳±۷/۰ ۵	زیر دیپلم
	۳/۲۵±۳/۹۴		۴/۲۵±۳/۳۰		۳/۷۵±۴/۷۸	دیپلم
	۴±۱/۴۱		۳/۵۰±۴/۹۴		۱۰/۵±۴/۹۴	فوق دیپلم
	.		.		.	بالتر از لیسانس
						اشتغال
۰/۰ ۵۱	۷/۴±۱۰/۷	۰/۰ ۲۵	۷/۰±۹/۳	۰/۱	۶/۴±۸/۴	بیکار
	۳/۶۱±۶/۰ ۱		۲/۸۳±۵/۴۵		۳/۵±۵/۷	شاغل
	۱/۵±۳/۱		۱/۳±۲/۷		۲/۰±۴/۸	بازنشسته

بحث

بالتری از افسردگی را گزارش کند. با توجه به اینکه در کشور ما شیوع بیماری‌های روان‌پزشکی در مردان ۱۴/۹٪ و در زنان ۲۵/۹٪ گزارش شده است، انتظار می‌رود میزان شیوع افسردگی در جمعیت عمومی کمتر از این رقم باشد، بنابراین نتایج به‌دست‌آمده از مطالعه ما نشانگر درصد بالای افسردگی در بیماران کاندید عمل جراحی پیوند عروق کرونری می‌باشد (۱۴). از آنجایی که مطالعات قبلی نشان می‌دهد افسردگی قبل و بعد از عمل، باعث افزایش موربیدیتی جسمی و روانی اجتماعی بعد از عمل می‌شوند و پیش‌بینی‌کننده قوی مرگ و میر در طی سی روز پس از عمل می‌باشند (۶). توجه به این امر و ارزیابی و مداخله روان‌پزشکی و روان‌شناسی به‌موقع بیماران کاندید جراحی پیوند عروق کرونری می‌تواند نقش مؤثری در کاهش عوارض فوق و به‌دنبال آن کاهش هزینه‌های اقتصادی وارد بر بیمار، خانواده و جامعه داشته باشد.

در این مطالعه، شیوع افسردگی با استفاده از پرسش‌نامه افسردگی همیلتون در ارزیابی یک روز قبل، ۵ روز بعد و ۱ ماه بعد از عمل جراحی پیوند عروق کرونری ۲۰/۹۶٪ به دست آمد که این درصد همخوان با مطالعات دانکل (Dunkcel A) و همکاران، کورنری (Connerney I) و همکاران، یانگ (Yong L) و همکاران، کرانیچ (Krannich JH) و همکاران می‌باشد (۶، ۱۰، ۱۱، ۱۲). در حالی که در مطالعه ضرابی و همکاران درصد افسردگی کمتر و در مطالعه بلومنتال (Blumenthal JA) و همکاران، ریمازوسک (Rymazewsk J) و همکاران، استروبن (Strobant) و همکاران به میزان قابل توجهی بیش از مطالعه ما بود (۴، ۵، ۱۳، ۱۴) که استفاده از ابزارهای متفاوت ارزیابی در تحقیقات قبلی می‌تواند یکی از دلایل تفاوت نتایج باشد؛ به‌عنوان مثال، استفاده از ابزارهایی که حاوی علائم سوماتیک افسردگی بوده‌اند ممکن است درصد

امیل و همکاران، دانکل و همکاران، جنسیت نقش پیش-بینی‌کننده نداشت (۲۵، ۳۲، ۳۳).

در مطالعه ما هر چند نمره افسردگی در افراد متأهل کمتر از افراد بیوه در هر ۳ زمان ارزیابی بود، ولی اختلاف از نظر آماری معنادار نبود. با توجه به اینکه افراد بیوه از حمایت کمتری برخوردارند و نقش بیوه بودن در ابتلا به افسردگی به اثبات رسیده است، انتظار می‌رفت نمره افسردگی افراد متأهل به‌طور بارزی کمتر از افراد بیوه باشد که این شاید به-خاطر حجم کم نمونه باشد. پیشنهاد می‌شود که در مطالعات با حجم نمونه بالاتری مورد ارزیابی قرار بگیرد.

در مطالعه ضربایی و همکاران و امیل و همکاران هم تأهل نقشی در ابتلا به افسردگی نداشت (۱۴، ۲۵). در این مطالعه، ارتباطی بین سطح تحصیلات و افسردگی یافت نشد که با نتیجه مطالعه تسوشیما و همکاران، و پیراگلیا (Pirraglia PA) و همکاران مشابه می‌باشد. با توجه به نقش استرس در بیماری قلبی و نیز استفاده بیشتر افراد دارای تحصیلات بالا از روش‌های منطقی و مسأله‌مدارانه، انتظار می‌رفت افراد با تحصیلات کم همخوان با برخی مطالعات قبلی افسردگی بالاتری داشته باشند، اما در مطالعه ما این نتیجه به‌دست نیامد و به‌نظر می‌رسد در جامعه مورد مطالعه، افراد با هر سطح تحصیلاتی به میزان یکسانی از افسردگی رنج می‌برند (۱۱، ۱۴، ۲۲، ۲۷، ۳۲). در مطالعه ما، بیکاری نقش پیش‌بینی‌کننده در ابتلا به افسردگی در هر سه زمان ارزیابی داشت که با نتیجه مطالعه ضربایی و همکاران امیل و همکاران همخوانی دارد (۱۴، ۲۵) و این با نقش اثبات‌شده بیکاری در بروز افسردگی در هر جامعه دیگر قابل توجیه است.

میزان درآمد در میان افراد افسرده و غیر افسرده از نظر آماری متفاوت نبود، که با نتیجه مطالعه‌ای آل (Ai AI) و همکاران و دانکل و همکاران مشابه است، ولی در مطالعه

همچنین در مطالعه حاضر، شیوع افسردگی در هر ۳ زمان ارزیابی یکسان بود که نشان می‌دهد که عمل جراحی پیوند عروق کرونری، اثر بارزی بر روی بروز سیر افسردگی ندارد. نتایج مطالعات مختلف در این زمینه متناقض می‌باشد؛ به‌طوری‌که نتایج تعدادی از مقالات با مطالعه ما همخوانی دارد (۴، ۶، ۱۰، ۱۱). در تعدادی از مطالعات، میزان افسردگی بعد از عمل افزایش می‌یابد (۱۳، ۱۶، ۱۷) و در تعدادی دیگر میزان افسردگی بعد از عمل کاهش می‌یابد (۵، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳). که این تناقض ممکن است ناشی از تفاوت در میان جمعیت مورد مطالعه از نظر خصوصیات مذهبی، اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، حمایت اجتماعی و نیز تفاوت در سیستم ارائه خدمات بهداشتی در مناطق مختلف باشد. علی‌رغم کاهش نمره افسردگی مقیاس همیلتون بعد از عمل، این کاهش از نظر آماری معنادار نبود، که این با نتیجه مطالعه نماتیم (Nematim MH) و همکاران و امیل (Amyl AI) و همکاران که در آن نمره افسردگی بعد از عمل کاهش می‌یافت همخوانی داشت. (۲۴، ۲۵).

در مطالعه حاضر، سن نقشی در ابتلا به افسردگی نداشت ($p=0/28$)، که با مطالعه کرانیچ (Krannich JH) و همکاران، ولتین (Valentin M)، تسوشیما (WT) و همکاران (Tsushima) و همکاران و امیل و همکاران همخوانی دارد (۶، ۲۵-۲۷). در مطالعه دانکل و همکاران و دوئرینگ (Doering LV) و همکاران سن جوان، ریسک‌فاکتور ابتلا به افسردگی بود (۱۱، ۲۳).

در این مطالعه، میانگین نمره افسردگی در زنان در هر سه زمان ارزیابی بیشتر از مردان بود ($P=0/10$ ، $P=0/04$)، که نتایج آن با مطالعات متعددی همخوان بود که این امر با شیوع بیشتر افسردگی در خانم‌ها قابل توجیه است (۱۰، ۱۱، ۱۴، ۲۷-۳۱)، ولی در مطالعه مدبرنیا و همکاران و

نسبت داد. از سوی دیگر، حمایت بیشتر و کاهش تنش‌های موجود از طرف اطرافیان در فردی که عمل قلب انجام داده است، به‌خصوص در صورتی که آگاهی بیشتری نسبت به نیاز به حمایت با توجه به سابقه فامیلی بیماری قلبی وجود داشته باشد ممکن است در کاهش نمره افسردگی مؤثر باشد.

سابقه جراحی قلب اثری در میانگین نمره افسردگی در هیچ‌کدام از زمان‌های ارزیابی نداشت که نتایج با مطالعه پالماتیر (Palmatier AD) هماهنگ است (۳) و با مطالعه وورال (Vural M) و همکاران که سابقه جراحی منجر به کاهش نمره افسردگی می‌شد، مغایرت دارد (۳۸). اگرچه انتظار می‌رود انجام جراحی پیوند عروق کرونری قلبی، آمادگی فرد برای انجام عمل مجدد را بیشتر کرده و احتمال افسردگی را کاهش دهد، اما از سوی دیگر نیاز به انجام عمل قلب مجدد در صورتی که بیمار آگاهی کافی از ماهیت بیماری قلبی خود نداشته باشد، خود ممکن است باعث بروز افسردگی در وی گردد. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

۱- با توجه به محل انجام مطالعه و بنابراین طبقه پایین اقتصادی بیماران مراجعه‌کننده و حتی احتمال عدم مراجعه عده‌ای از افراد جهت عمل به علت هزینه بالای عمل و یا ابتلا به افسردگی، نتایج این مطالعه قابل تعمیم به بیماران بیمارستان‌های دولتی اهواز و نه کل جامعه می‌باشد.

۲- احتمال دخالت خطای یادآوری در مورد متغیرهایی مثل سابقه خانوادگی بیماری و جراحی قلب، طول مدت درمان وجود دارد.

۳- نیاز به مطالعات دیگری با حجم نمونه بالاتر و مدت زمان طولانی‌تر پیگیری و کنترل بهتر خطای نمونه‌گیری و بررسی نقش متغیرهای دیگر وجود دارد.

امیل و همکاران در آمد بالا پیش‌بینی‌کننده نمره افسردگی بالا بود (۲۵، ۲۸، ۳۳).

سابقه سیگار کشیدن نقشی در نمره افسردگی در هیچ‌کدام از زمان‌های ارزیابی نداشت، که شاید به‌خاطر شیوع بالای میزان سیگار کشیدن در جامعه عمومی باشد. این نتیجه با مطالعه شرادر (Schradler G) مغایر است (۳۴)، و با مطالعه مورفی (Murphy BM) و همکاران همخوانی دارد (۳۵). در این مطالعه، مدت اقامت در ICU نقشی در افزایش ابتلا به افسردگی نداشت که با نتیجه سایر مطالعات مغایرت دارد که علت این امر ممکن است ناشی از روزهای کم ماندن در ICU در مطالعه حاضر و نیز تعداد کم افراد با سابقه بیش از ۲ روز اقامت در ICU باشد (۴ و ۲۲).

از آنجایی که ترس از نادانسته‌ها و ناشناخته‌ها سبب پیدایش اضطراب و افسردگی می‌گردد، انتظار می‌رود مدت انتظار عمل طولانی‌تر با افسردگی بیشتر همراه باشد، اما در مطالعه حاضر، مدت انتظار عمل نقش پیشگویی‌کننده‌ای در ابتلا به افسردگی نداشت که با نتیجه سایر مطالعات همخوانی ندارد. علت این نتیجه در مطالعه ممکن است به علت کوتاه بودن مدت انتظار عمل در بیماران مورد مطالعه ما باشد (۳۶ و ۳۷). همچنین از نظر طول مدت درمان قبل از انجام عمل، بین افراد افسرده و سالم تفاوت معناداری وجود نداشت که با مطالعه ولتین و همکاران همخوانی دارد (۲۶).

در مطالعه حاضر، سابقه فامیلی جراحی قلب ارتباطی با افسردگی قبل و بعد از عمل نداشت، ولی سابقه فامیلی بیماری قلبی، مرتبط با کاهش نمره افسردگی در ارزیابی یک ماه بعد از عمل بود. با توجه به مقدار عدد p در سایر زمان‌های ارزیابی احتمالی معنادار شدن این نتیجه در سایر زمان‌ها وجود دارد. از نظر تئوری، این کاهش را می‌توان به افزایش سطح آگاهی بیماران و خانواده آنها در صورت وجود سابقه خانوادگی بیماری و نوعی حساسیت‌زدایی

نتیجه‌گیری

افراد دارای سابقه عمل جراحی پیوند عروق کرونری در بیمارستان‌های دولتی به‌ویژه افراد پرخطر جهت شناسایی افراد نیازمند درمان روان‌پزشکی لازم به‌نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی

در پایان از تمام بیماران و پرسنل بخش جراحی قلب بیمارستان گلستان و تمام کسانی که در انجام این مطالعه با ما همکاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

در این مطالعه، ۲۰/۹۶٪ بیماران کاندید عمل جراحی عروق کرونری قبل و بعد از عمل مبتلا به افسردگی بودند و عمل جراحی نقشی در بروز و سیر آن نداشت. بیکاری و زن بودن نقش پیشگویی‌کننده در ابتلا به افسردگی در هر ۳ زمان ارزیابی داشت و سابقه فامیلی بیماری قلب مرتبط با نمره کم افسردگی در ارزیابی ۱ ماه بعد از عمل بود. با توجه به شیوع بالای افسردگی در این بیماران، ارزیابی قبل از عمل بیماران کاندید جراحی پیوند عروق کرونری و نیز

References

- 1-GazianoTA, Gaziano JM. Epidemiology of cardiovascular disease. In: Lango DL, Fauci AS, kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J, eds. Harison's principles of internal medicine. 18th ed. New York: MC Graw Hill Medical; 2012. P. 1811-6.
- 2-Burg MM, Benedetto MC, Rosenberg R, Soufer R. Persurgical depression predicts medical morbidity 6 months after coronary artery bypass graft surgery. *Psychosom Med* 2003;65(1):111-8.
- 3-Palmatier AD. The functioning of patients and partners after CABG surgery: examining the patients psychological & physical adjustment.the access and utilization [dissertation]. Philadelphia: Univ. Dexel; 2008.
- 4-Rymazewska J, Kienja A, Hadrys T. Depression & anxiety in CABG patients. *Eur Psychiatry* 2003;18(4):155-60.
- 5-Stroobant N, Vingerhoets G. Depression, anxiety, and neuropsychological performance in coronary artery bypass graft patients: a fullow up study. *Psychosomatics* 2008;49(4):326-31.
- 6-Krannich JH, Weyer P, Lueger S, Herzog M, Bohrer T, Elert O. Presence of depression and anxiety before and after coronary artery bypass graft surgery and their relationship to age. *BMC Psychiatry* 2007;7:47.
- 7-Murphy BM, Elliott PC, Higgins RO, Le Grande MR, Worcester MU, Goble AJ, et al. Anxiety and depression after coronary artery bypass graft surgery: most get better, some get worse. *Eur J Cardiovasc Pre Vrehabil* 2008;15(4):434-40.
- 8-Bypass surgery does not cause depression, contrary to doctor assessment [serial online] 2010jan-aprilr; 2(1): [2 screens]. Available from:URL: <http://www.PS/group.com/dg/2591 E.htm>. Accessed cited Jun 10, 2011.
- 9-Kaviani H, Musavi A, Mohit A. [Mosahebe va azmun haye ravanshenakhti]. Tehran: Sana; 2001. P. 185-95.
- 10-Yang L, Wang J, Zhang L, Hou J, Yuan X, Hu S, et al. Preoperative high-sensitivity C-reactive protein predicts depression in patients undergoing coronary artery bypass Surgery: a single-center prospective observational study. *J Thorac Cordiovasc Surg* 2012;144(2):500-5.
- 11-Dunkel A, Kendel F, Lehmkuhl E, Babitsch B, Oertelt-Prigione S, Hetzer R, et al. Predictors of preoperative depressive risk in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *Clin Res Cardiol* 2009;98(10):643-50.
- 12-Connreney I, Shapiro PA, McLaughlin JS, Bagiella E, Sloan RP. Relation between depressions in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *J Psychosom Res* 1998;45(2):127-38.
- 13-Blumenthal JA, Lett Hs, Babya MA, White W, Smith PK, Mark DB, et al. Depression as a risk factor for mortality after coronary artery bypass graft Surgery. *Lancet* 2003;362(9384):604-9.
- 14-Zarabi M, Moddabernia MJ, Alimi M, badri T. [Depression Prevalance in CABG patients]. *Gilan med J* 2006;17(66):60-7. [In Persian]
- 15-Kusterzycki W, Rymaszewska J, Malcher K, Szczepanska-Gieracha J, Biecek P. Risk factor of depressive and anxiety symptoms 8 years after coronary artery bypass grafting. *Eur J Cardithorac Surg* 2012;41(2):302-6.
- 16-Li XM, Li TT, Cong HL, et al. [Impact of depression on prognosis of patient with coronary heart disease undergoing revascularization]. *Zhonghua Xin Xue Guan Bing Za Zhi* 2012;40(2):99-103. [In Chinese]

- 17-Gallagher R, Mckinley S. Anxiety, depression and perceived control in patients having coronary artery bypass grafts. *J Adv Nurs* 2009;65(11):2386-96.
- 18-Lopez V, sek Ying C, Poon Cr, et al. Physical, psychological and social recovery patterns after coronary artery bypass graft surgery. A prospective repeated measures questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2007;44(8):1304-15.
- 19-Duist AA, Duivenvoorden HJ, Boek S, Taams MA, Mochtar B, Krauss XH, et al. The course of anxiety and depression in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *J Psychosom Res* 1998;45(2):127-38.
- 20-Wang XS, Mei YQ, Li AP, Ji Q, Sun YF, Zhu C, et al. [Depression before and after operation in patients undergoing coronary artery bypass grafting and the effect thereof on quality of life]. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi* 2008;88(46):3283-6. [In Chinese]
- 21-Mitchell RH, Robertson E, Harvey PJ, Nolan R, Rodin G, Romans S, et al. Sex differences in depression after coronary artery bypass graft surgery. *Am Heart J* 2005;150(5):1017-25.
- 22-Pirraglia PA, Peterson JC, Williams-Russo P, Gorkin L, Charlson ME. Depressive symptomatology in coronary artery bypass graft surgery patients. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999;14(8):668-80.
- 23-Doering LV, Magsarili MC, Howitt LY, Cowan MJ. Clinical depression in women after cardiac surgery. *J Cardiovasc Nurs* 2006;21(2):132-9.
- 24-Nemati MH, Astaneh B. The impact of coronary artery bypass graft surgery on depression and anxiety. *J Cardiovasc Med (Hagerstown)* 2011;12(6):401-4.
- 25-Ai AL, Peterson C, Bolling SF. Psychological recovery from coronary artery bypass graft surgery: the use of complementary therapies. *J Altern Complement Med* 1997;3(4):343-53.
- 26-Valentini M, Spezzaferri R, Brambilla G, Tavanelli M, Sanguiliano M, Majorino G, et al. [Complexity of observable psychological distress after surgical myocardial revascularization in male subjects]. *Ital Heart J Suppl* 2005;6(6):375 – 81. [In Italian]
- 27-Tsushima WT, Johnson DB, Lee JP, Matsukawa JM, Fast KM. Depression, anxiety and neuropsychological test Scores of candidates for coronary artery bypass graft surgery. *Arch Clin Neuropsychol* 2005;20(5):667-73.
- 28-Ai AL, Peterson C, Dunkle RE, Saunders DG, Bolling SF, Buchtel HA.. How gender affects psychological adjustment one year after coronary artery bypass graft Surgery. *Women Health* 1997;26(4):45-65.
- 29-Vaccarino V, Lin ZQ, Kasl SV, Mattern JA, Roumanis SA, Abramson JL, et al. Gender differences in recovery after coronary artery bypass surgery. *J AM Coll Cardiol* 2003;41(2):307-14.
- 30-Sorensen EA, Wang F. Social support, depression, functional status, and gender differences in older adult undergoing first-time coronary artery bypass graft surgery. *Heart lung* 2009;38(4):306-17.
- 31-Gravelly-Witte S, De Gucht V, Heiser W, Grace SL, Van Elderen T. The impact of angina and cardiac history on health-related quality of life and depression in coronary heart disease patients. *Chronic Illn* 2007;3(1):66-76.
- 32-Modabernia MJ, Sobhani AR, NasiriRad A, Kiyakojuri S. [Depression prevalence in myocardial infarction patients]. *Gilan med J* 2000;10(39-40):16-21. [In Persian]
- 33-Dunkel A, Kendel F, Lehmkuhl E, Hetzer R, Regitz-Zagrosek V. Casual attributions among patients undergoing coronary artery bypass surgery: gender aspects and relation to depressive symptomatology. *J Behav Med* 2011;34(5):351-9.
- 34-Schrader G, Cheok F, Hordacre AL, Marker J. Predictors of depression 12 months after cardiac hospitalization: the Identifying Depression as a Comorbid Condition study. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40(11-12):1025-30.
- 35-Murphy BM, Le Grande MR, Navaratnam HS, Higgins RO, Elliott PC, Turner A, et al. Are poor health behaviours in anxious and depressed cardiac patients explained by sociodemographic factors? *Eur J Prev Cardiol* 2012.
- 36-Jónsdóttir H, Baldursdóttir L. The experience of people awaiting coronary artery bypass graft surgery: the Icelandic experience. *J Adv Nurs* 1998;27(1):68-74.
- 37-Screche-Powell C, Owen S. Early experience of patients waiting to be accepted for CABG. *Br J Nurs* 2003;12(10):612-9.
- 38-Vural M, Acer M, Akbas B. The scores of Hamilton depression, anxiety and panic agoraphobia rating scales in patients with acute coronary syndrome. *Anadolu Kardiyol Derg* 2008;8(1):43-7.

Depression Prevalence before and after Coronary Artery Bypass Surgery and its Correlation with Some Clinical and Demographic Factors

Forozan Behroozian¹, Atie Chapari Ilkhchi^{2*}, Samira Yazdani nejad², Nahid Khajemogahi³,
 Mohammad Ali Sheikhi⁴, Reza Bahrami Ilkhchi⁵, Mohammad Salehivayisi⁶,
 Ahmad Bahrami Ilkhchi⁷

1-Assistant Professor, Department of Psychiatry, Golestan Hospital, School of Medicine, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

2-Resident of Psychiatry, Department of Psychiatry, Golestan Hospital, School of Medicine, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

3-MS in Psychology, Department of Psychiatry, Golestan Hospital, School of Medicine, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

4-Assistant Professor, Department of Cardiac Surgery, Golestan Hospital, School of Medicine, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

5-Assistant Professor, Department of Neurosurgery, Golestan Hospital, School of Medicine, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

6-MS in Statistic, Instructor of Behbahan Khatamolanbia University of Technology, Behbahan, Iran.

7-Cardiac Anaesthesia Fellowship, Department of Cardiovascular Surgery, Aalinasaf Hospital, Tabriz, Iran.

*Corresponding Author:

Atie Chapari Ilkhchi, Department of Psychiatry, Golestan Hospital, School of Medicine, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

Tel:09144004968

Email: chapari.atieh @ gmail.com

Abstract

Background: Coronary artery bypass surgery is a common treatment for cardiovascular patients. Depression leads to increase mortality and low performance in post-operative patients. Considering controversial results in previous studies about depression, and use of self-report questionnaires in most of previous studies, the aim of this study was to assess depression prevalence before and after the surgery, with Hamilton Depression Scale and to determine the relationship with clinical and demographic factors in patients who were candidate for bypass surgery in Ahvaz Golestan Hospital.

Methods: A number of 62 patients who were admitted for coronary artery bypass graft surgery were interviewed and their demographic and clinical A number of the Hamilton Depression Scale were completed one day before, 5 days after and one month after surgery. Data were analyzed by statistical software SPSS 17win. Variables were compared using paired T-test, ANOVA, Friedman or Chi-square test based on the circumstances. P 0/05 was considered statistically significant.

Results: Although, patient depression severity decreased in each of the three assessment times respectively, but 20.96% of the patients had depression. Female gender and unemployment were predictors of depression in each of the three assessment periods. P value one day before and 5 days after surgery were, respectively 0/0001 and 0/004, and one month after surgery were, respectively 0/006 and 0/049.

Conclusions: Considering the high prevalence rate of depression in patients candidate for or undergone coronary artery bypass graft surgery, seems necessary psychiatric evaluation of them to identify those in need of psychiatric treatment

Keywords: depression, coronary artery bypass surgery, hamilton depression scale.

Please cite this paper as:

Behroozian F, Chapari Ilkhchi A, Yazdani Nejad S, Khajemogahi N, Sheikhi M.A, Bahrami Ilkhchi R, Salehivayisi M, Bahrami Ilkhchi A. Depression Prevalence before and after Coronary Artery Bypass Surgery and its Correlation with Some Clinical and Demographic Factors. *Jentashapir Sci Med J* 2013; 73-85

Received: 30.12.2012

Accepted: 16.03.2013

دو ماهنامه علمی - پژوهشی جنتاشاپیر، ویژه نامه ی سال ۱۳۹۲

<http://journals.ajums.ac.ir/jentashapir>