

کنترل شخصی ادراک شده و افسردگی پس از سکته قلبی Personal Perceived Control and Post-MI Depression

تاریخ پذیرش: ۸۸/۷/۲۱

تاریخ دریافت: ۸۷/۱۰/۳

Bagherian, R. * Ph.D., Bahrami- Ehsan, H. Ph.D., Guilani, B. Ph.D., Saneei, H. M.D.

رضا باقریان*، هادی بهرامی احسان**، بیژن گیلانی**، حمید صانعی**

Abstract

Introduction: Depression is very common amongst post-Myocardial Infarction patients and has been associated with adverse clinical events in these Patients. The purpose of this study is to consider the relationship between personal control in baseline and onset of post-MI depression.

Method: 176 patients between 32 to 84 years old whom followed MI admitted to CCU wards in Isfahan were selected based on the inclusive and exclusive criteria. Baseline data collection was administrated by Demographic and Medical Questionnaire, Personal Control scale, Beck Depression Inventory and Echocardiography. Three months after discharge, the Beck Depression Inventory for Primary Care (BDI-PC) was completed by the subjects. Covariance model was used to analyze the data.

Results: The findings indicate that 45% suffered from post-MI depression. The results of Covariance analysis show significant difference between two groups of patients with and without post-MI depression in Personal Control Scale ($F= 6.16, P< 0.05$).

Conclusion: Generally, the findings indicate the relationship between patients' beliefs about controlling of disease after MI and onset of post MI depression. Thus, this finding can be considered in rehabilitation in order to prevention of post-MI depression.

Keywords: Myocardial Infarction, Depression, Personal Control.

چکیده

مقدمه: افسردگی در بیماران بعد از سکته قلبی بسیار شایع است و پیامدهای ناگوار متعددی نیز برای این بیماران به همراه دارد. هدف این مطالعه بررسی ارتباط کنترل شخصی در ارزیابی خط پایه و بروز افسردگی پس از سکته قلبی بود.

روش: ۱۷۶ بیمار ۳۲ تا ۸۴ ساله که با تشخیص قطعی انفارکتوس میوکارد در یکی از بیمارستان‌های مجهز به واحد مراقبت قلبی (CCU) شهر اصفهان طی پنج ماه اول سال ۱۳۸۵ بستری شده بودند، با در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج و به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. در جمع‌آوری داده‌های خط پایه از پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و طبی، مقیاس کنترل شخصی، پرسشنامه افسردگی بک و اکوکاردیوگرافی استفاده شد. سه ماه پس از ترخیص، افسردگی در این بیماران با استفاده از مقیاس افسردگی بک ویژه مراقبت‌های اولیه (BDI-PC) ارزیابی شد. داده‌های به دست آمده در خط پایه و مرحله پیگیری با استفاده از روش تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که ۴۵٪ از آزمودنیها دچار افسردگی پس از سکته قلبی بودند. یافته‌های حاصل از تحلیل کوواریانس تفاوت معناداری در نمرات کنترل شخصی بین دو گروه بیمار پس از سکته قلبی با افسردگی و بدون افسردگی نشان داد.

نتیجه‌گیری: به طور کلی یافته‌ها نشان داد که احتمالاً باورهای بیماران مبنی بر کنترل پذیری بیماری در روزهای پس از سکته قلبی با بروز افسردگی بعدی رابطه دارد. این یافته می‌تواند به منظور پیش‌گیری از بروز افسردگی پس از سکته قلبی در توانبخشی این بیماران مورد توجه قرار گیرد.
واژه‌های کلیدی: سکته قلبی، افسردگی، کنترل شخصی.

مقدمه

آنان تأثیر دارد. هلجسون [۱۴] در ارزیابی ۸۰ بیمار سکتة قلبی (MI)^۳ بستری، ارتباط بین کنترل ادراک شده و افسردگی، اضطراب و خصومت را نشان داد. هلجسون [۱۵] در یک مطالعه طولی بر روی ۲۷۸ بیمار MI که با روش درمان باز کردن عروق کرونر قلب با استفاده از بالون^۴ (PTCA) درمان شدند، ارتباط نزدیکی بین کنترل ادراک شده با افسردگی و اضطراب را نشان داد. گرچه هر دو مطالعه اخیر رابطه مهمی را بین سازه های کنترل ادراک شده و افسردگی و اضطراب نشان دادند، اما هیچکدام از این دو مطالعه این روابط را به طور اختصاصی روشن نساختند. همینطور در پژوهش بوهاچیک^۵ و همکاران [۱۶] روی بیماران تعویض قلب بین احساس کنترل در خط پایه و افسردگی در شش ماه بعد رابطه ای مشاهده شد. معهداً اساساً این مطالعات مربوط به بیماران پس از سکتة قلبی نبوده است. تا آنجا که متون مربوطه جستجو گردید تنها مطالعه انجام گرفته روی بیماران پس از سکتة قلبی با روش آینده نگر، پژوهش موزر^۶ و دراکاپ^۷ [۱۷] است. این پژوهشگران که در پژوهش خود ۱۷۶ بیمار پس از MI را بررسی نمودند ادراک بیماران از کنترل را در خط پایه مورد ارزیابی قرار دادند و در پیگیری شش ماهه مشاهده کردند که آزمودنیهای با کنترل بالا سطح افسردگی پایین تری داشتند. در مطالعه دیگری روی ۲۲۲ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی نتایج نشان داد که سطح افسردگی در بیماران با کنترل ادراک شده پایین از سطح افسردگی در بیماران با کنترل ادراک شده بالا، بیشتر بود [۱۸]. به طور خلاصه، گرچه یافته های موجود در پیشینه این موضوع بیانگر رابطه بین کنترل شخصی و افسردگی در بیماران

بیماران مبتلا به بیماریهای وخیم جسمانی اغلب در چالش مداوم برای سازگاری به منظور حفظ کیفیت زندگی و بهزیستی خویش هستند. احساس کنترل شخصی از ویژگیهای انسان شمرده شده است [۱] و یکی از عوامل اصلی فرایند مقابله ای است که در سازگاری با بیماری نقش با اهمیتی دارد [۲]. منظور از کنترل شخصی ادراک شده باور فرد به این است که تا چه اندازه توانایی تأثیر بر رویدادها یا موقعیتهای را دارد [۳، ۴].

طبق نظر فولکمن^۱ و موسکوویتز^۲ [۵] مقابله یک فرایند پیچیده و چند بعدی است که به مقتضیات و منابع محیطی نیز وابسته است. به طور خلاصه اعتقاد بر این است که داشتن توانایی و منابع در استفاده از مقابله مسأله - مدار آثار روان شناختی و نیز فیزیولوژیک مشکلات و عوامل استرسزای روزانه را کاهش می دهد. یکی از این منابع مورد نظر احساس کنترل شخصی است [۶]. شواهد نشان داده است که جهت گیری کنترل بیرونی بیشتر با پیامدهای روانی - اجتماعی منفی نظیر افسردگی و اضطراب ارتباط دارد [۴، ۷]. همچنین این شواهد بیانگر آن است که احساس کنترل بر بیماری جسمانی با پیامدهای روان شناختی مثبت رابطه دارد [۴، ۸]. برای مثال شواهد نشان می دهد که سطح بالای کنترل شخصی در افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید [۹]، مبتلا به بیماری کلیوی [۱۰]، مبتلا به دیابت [۱۱] و مبتلا به سرطان [۱۲] با سطح پایین افسردگی همبستگی دارد. بارز و همکاران [۱۳] در یک مطالعه آینده نگر نشان دادند که کنترل ادراک شده در بیماران مبتلا به سرطان سینه می تواند سازگاری روان شناختی را پیش بینی نماید. همچنین یافته های مطالعات انجام شده در بیماران قلبی نشان می دهد که کنترل شخصی بر کارکرد روان شناختی

³ - Myocardial Infraction (MI)

⁴ - Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty

⁵ - Bohachick, P.

⁶ - Moser, D. K.

⁷ - Dracup, K.

¹ - Folkman, S.

² - Moskowitz, J. T.

مطالعه. معیارهای خروج شامل: ۱) - MI بیمار ثانوی بر جراحی بای پاس^۹ یا آنژیوپلاستی^{۱۰} باشد ۲) - وجود بیماری طبی جدی دیگری که موجب کاهش امید به زندگی شود ۳) - وجود اختلال عمده روانپزشکی در بیمار ۴) - تحت درمانهای افسردگی بودن ۵) - وجود اختلالاتهای شناختی یا ضعف در کارکرد شناختی بیمار ۶) - عدم توانایی صحبت کردن به فارسی سلیس به طوری که در انجام مصاحبه و تکمیل پرسشنامه ها ایجاد مشکل کند ۷) - شرایط طبی عمومی بسیار ضعیف بر اساس نظر پزشک معالج طی زمان بستری ۸) - وقوع یک MI طی زمان بستری به دلایل طبی دیگر ۹) - عدم امکان پیگیری بیمار پس از ترخیص.

مقیاس‌ها: ۱- پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و طبی بیماران: داده‌های جمعیت‌شناختی و پزشکی بیماران به کمک پرسشنامه ای که برای گردآوری این داده‌ها تنظیم شده بود به دست آمد. اطلاعات پزشکی بیمار از پرونده وی استخراج گردید.

۲- مقیاس افسردگی بک برای مراقبتهای اولیه^{۱۱} (BDI-PC) ویژه بیماران طبی: این پرسشنامه توسط بک و همکاران با حذف مواد جسمانی از پرسشنامه اصلی جهت استفاده در مراکز پزشکی به عنوان ابزار غربالگری و به منظور به حداقل رساندن احتمال برآوردهای کاذب از افسردگی در بین بیماران جسمانی ساخته شده است. مطالعات قبلی نشانگر برتری توان این ابزار نسبت به مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستان است [۱۹، ۲۰]. این مقیاس یک پرسشنامه ۷ ماده‌ای است که هر ماده بیانگر علامتی از افسردگی است. ماده‌های این مقیاس با معیارهای DSM-IV برای تشخیص افسردگی بالینی انطباق دارد [۲۱]. شدت هر علامت در هر ماده در چهار عبارت بیان شده است. عبارات هر ماده از صفر تا ۳ نمره گذاری می شود. نمره صفر در هر ماده بیانگر

مزمین است. معهدا، تا آنجا که متون علمی بررسی شد اولاً اکثر پژوهشهای انجام شده در این مورد به صورت مقطعی بوده است و ثانیاً فقط دو مطالعه موزر و هلجسون اختصاصاً به بررسی رابطه کنترل شخصی و افسردگی پس از سکته قلبی پرداخته است و سایر مطالعات این رابطه را در سایر بیماران مورد بررسی قرار داده‌اند. لذا در این مطالعه به صورت آینده نگر، کنترل شخصی در ارزیابی خط پایه مورد ارزیابی قرار گرفت و سپس در مقطع زمانی سه ماه بعد از سکته قلبی رابطه کنترل شخصی اولیه با بروز افسردگی بعدی مورد بررسی قرار گرفت.

روش

این مطالعه یک پژوهش آینده نگر است که از طریق آن ارتباط کنترل شخصی ادراک شده با بروز علائم افسردگی پس از سکته قلبی مورد بررسی قرار گرفت. **آزمودنیها:** نمونه مورد مطالعه شامل ۱۷۶ بیمار MI بین سن ۳۲ تا ۸۴ سال و با میانگین سنی ۵۶ سال بود که با تشخیص قطعی MI در یکی از بیمارستانهای مجهز به CCU شهر اصفهان طی ۵ ماه اول سال ۱۳۸۵ بستری شده بودند. آزمودنیها عمدتاً مرد (۸۴٪)، متأهل (۸۸/۶٪)، و از طبقه اجتماعی - اقتصادی پایین و متوسط (۸۷٪) بودند. ۱۲۳ نفر آنها فاقد سابقه قبلی MI بودند. ۴۸/۳٪ بیماران با تشخیص سطح MI آنتریور و ۵۱/۷٪ غیر آنتریور بستری شده‌اند.

بیماران نمونه با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی در دسترس (پی در پی) بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب گردیدند. معیارهای ورود شامل: الف) دو معیار از سه معیار تشخیص MI بود. این معیارها شامل: ۱) - درد قفسه سینه مشخصه کم‌رسانی^۸ خون به عضله قلب که حداقل ۲۰ دقیقه طول بکشد ۲) - وجود تغییرات پاتولوژیک بیانگر ایسکمی / انفارکتوس در امواج الکترو کاردیوگرافی (ECG) ۳) - افزایش آنزیمهای قلبی. ب) موافقت بیمار برای ورود به

⁹ - Bypass

¹⁰ - Angioplasty

¹¹ - Beck Depression Inventory For Primary Care

⁸ - Typical Ischemic

درجه بندی شده است. به منظور تهیه نسخه فارسی این مقیاس، ابتدا در ترجمه و برگردان نسخه انگلیسی به فارسی از همکاری و مشاوره یک نفر کارشناس ارشد زبان انگلیسی استفاده گردید. سپس نسخه فارسی تهیه شده توسط یکی از اساتید گروه زبان انگلیسی مجدداً نیز به انگلیسی بازگردانده شد و بعد از تأیید نسخه فارسی این مقیاس، کیفیات روانسنجی این مقیاس روی نمونه های ایرانی مورد مطالعه جداگانه قرار گرفت. آلفای کرونباخ برای این مقیاس در نمونه ۱۷۶ نفری از بیماران MI ایرانی ۰/۸۸ به دست آمد. همچنین اعتبار بازآزمایی این مقیاس در نمونه ۶۲ نفری از بیماران قلبی به فاصله سه هفته ۰/۷۴ به دست آمد. به علاوه روایی سازه این خرده مقیاس با مقایسه با مقیاس مهارت شخصی پرلین^{۱۵} [۲۶] مورد بررسی قرار گرفت. ضریب همبستگی دو مقیاس به عنوان شاخص روایی سازه مقیاس کنترل شخصی ۰/۶۴ به دست آمد. بنابراین نتایج نشان داد که این مقیاس برای ارزیابی کنترل شخصی در بیماران قلبی ایرانی از روایی مناسبی برخوردار است.

همچنین روایی محتوایی این مقیاس از طریق اظهار نظر ۱۵ نفر از روان شناسان و روان پزشکان با استفاده از طیف لیکرتی ۶ درجه‌ای برای ماده‌ها و ده درجه‌ای برای کل مقیاس مورد بررسی قرار گرفت. به طور کلی نتایج استخراج شده از این ارزیابی بیانگر روایی بالا و رضایت‌بخش این مقیاس است.

۴- نسخه دوم پرسشنامه افسردگی بک^{۱۶} (BDI-II): پرسشنامه افسردگی بک یکی از شناخته شده ترین آزمونهای سنجش افسردگی است. این آزمون شامل ۲۱ ماده است و هر ماده دارای چهار جمله می باشد که هر کدام علامتی از افسردگی را از صفر تا ۳ درجه بندی می کنند. نمره هر فرد در پرسشنامه افسردگی بک که با جمع نمرات در تمام ماده‌ها به دست می آید بین ۰ تا ۶۳ می باشد [۲۷].

فقدان آن علامت و نمره یک تا سه بیانگر وجود آن و سطوح شدت آن علامت است. حداکثر نمره در این مقیاس ۲۱ می‌باشد. کیفیات روان سنجی این مقیاس در مطالعات متعددی مورد بررسی قرار گرفته است و نشان داده شده است که این مقیاس در غربالگری افسردگی در بیماران جسمانی از اعتبار و روایی غربالگری بالایی برخوردار است [۲۲، ۲۳].

کیفیات روانسنجی مقیاس BDI-PC روی نمونه‌های ایرانی مورد مطالعه جداگانه قرار گرفت. آلفای کرونباخ به عنوان همسانی درونی این مقیاس در نمونه ۱۷۶ نفری مورد مطالعه ۰/۸۸ به دست آمد. همچنین نتایج به دست آمده از آزمون و بازآزمایی این مقیاس در فاصله ۳ هفته ای در یک نمونه ۶۲ نفری از بیماران قلبی، ضریب اعتبار بازآزمایی را ۰/۷۴ نشان داد. به علاوه روایی سازه این مقیاس با مقایسه با خرده‌مقیاس افسردگی نسخه ایرانی مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستان [۲۴] در ۱۴۰ نفر از بیماران نمونه مورد مطالعه ۰/۸۷ به دست آمد. همچنین با استفاده از مصاحبه بالینی سازمان یافته براساس معیارهای DSM-IV در نمونه مذکور، نقطه برش ۵ با حساسیت ۰/۸۴، ویژگی ۰/۹۷ و حداکثر ضریب کفایت بالینی^{۱۲} ۰/۹۱ برای این مقیاس به منظور غربالگری افسردگی بالینی شامل افسردگی اساسی و افسردگی خفیف^{۱۳} به دست آمد [۲۵].

۳- خرده مقیاس کنترل شخصی پرسشنامه بازنگری شده ادراک بیماری^{۱۴} (IPQ-R): این پرسشنامه بر اساس نظریه خود - نظم بخشی لونتال به منظور ارزیابی جنبه های شناختی بیماری ساخته شده است. در این پژوهش از مقیاس کنترل شخصی این پرسشنامه به منظور ارزیابی متغیر کنترل شخصی بر بیماری استفاده شد. آیتمهای این مقیاس در یک طیف پنج نمره ای لیکرتی از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف

¹²- Maximum Clinical Efficiency

¹³- Minor Depression

¹⁴- Revised Illness Perception Questionnaire

¹⁵- Pearlin, L. L.

¹⁶- Beck Depression Inventory-II

مناسب از عملکرد یا اختلال در عملکرد سیستمیک بطن چپ است که توسط اکوکاردیوگرافی تعیین می‌گردد و نتیجه آن به صورت درصد مشخص می‌شود. این شاخص با فرمول زیر نشان داده می‌شود [۲۹]. در این مطالعه منظور LVEF ارزیابی شده با فاصله کوتاه بعد از MI است.

روایی و اعتبار پرسشنامه افسردگی بک به کرات مورد بررسی قرار گرفته است و در سطح بالایی گزارش شده است. اخیراً اوسمان و همکارانش [۲۸] ضریب اعتبار ماده های نسخه دوم پرسشنامه افسردگی بک را با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و ضرایب همبستگی بالایی با سایر پرسشنامه افسردگی نیز گزارش نمودند. ۵- اکوکاردیوگرافی: LVEF یک شاخص بالینی

حجم پایان سیستمولی - حجم پایان دیاستولی

$$LVEF = \frac{\text{حجم پایان دیاستولی}}{\text{حجم پایان دیاستولی}} \times 100$$

حجم پایان دیاستولی

مقیاس DI-PC و بر اساس نقطه برش ۵، بیماران افسرده از بیماران غیر افسرده متمایز شدند. سپس داده‌های جمع‌آوری شده طی دوره بستری و مرحله پیگیری با توجه به تمایز دو گروه افسرده و غیر افسرده با استفاده از روش تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

در اکثر پژوهش‌های اندکی نیز که در این زمینه انجام شده است این شاخص به صورت یک متغیرمقوله‌ای (نظیر دو سطحی پایین و طبیعی) به کار رفته است [۳۰ ، ۳۱].

روند اجرای پژوهش: این پژوهش به صورت آینده نگر به منظور تعیین رابطه کنترل شخصی و افسردگی پس از MI انجام شد. ابتدا طی دوره بستری داده‌های مورد نیاز از بیمارانی که وارد نمونه شده بودند جمع‌آوری شد. سپس در مقطع زمانی سه ماه پس از سکنه قلبی با استفاده از مقیاس افسردگی بک برای مراقبت‌های اولیه، افسردگی در بیماران مورد ارزیابی قرار گرفت. در اجرای این مقیاس از بیماران خواسته می‌شد گزینه‌های هر ماده را با دقت بخوانند و با در نظر گرفتن حالات خویش طی دو هفته اخیر، گزینه صحیح در مورد خود را انتخاب نمایند. در مرحله پیگیری با استفاده از نمرات بیماران در مقیاس BDI-PC و بر اساس نقطه برش ۵ بیماران افسرده از بیماران غیر افسرده متمایز شدند. سپس داده‌های جمع‌آوری شده طی دوره بستری و مرحله پیگیری با توجه به تمایز دو گروه افسرده و غیر افسرده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

از ۱۷۶ بیمار MI بستری شده ۷۹ بیمار (۴۴/۹٪) در سه ماه بعد از ترخیص دچار افسردگی شدند. جدول ۱ مقایسه بیماران افسرده و بیماران غیر افسرده در سه ماه پس از ترخیص را از لحاظ هر یک از متغیرهای جمعیت شناختی و طبی در زمان بستری (خط پایه^{۱۷}) با استفاده از تحلیل تک متغیری نشان می‌دهد. نتایج در جدول ۱ نشان می‌دهد که دو گروه در شدت علائم افسردگی حین بستری میانگین بیماران افسرده ۱۸/۳۱ در مقابل میانگین گروه غیر افسرده ۸/۴۹ ، $P < 0/01$ و عملکرد بطن چپ (۲۵٪ در مقابل ۱۵/۳٪ دارای LVEF پایین تر از ۴۰٪ ، $P < 0/01$) با یکدیگر تفاوت معنادار داشتند و دو گروه از نظر سایر ویژگی‌های خط پایه یکسان می‌باشند. با توجه به تفاوت دو گروه از نظر شدت علائم افسردگی حین بستری و عملکرد بطن

روش تحلیل داده‌ها: در مقایسه ویژگی‌های دو گروه از آزمون تک متغیری استفاده گردید. در مرحله پیگیری (سه ماه پس از ترخیص) با استفاده از نمرات بیماران در

¹⁷- Base line

متغیرهای شدت علائم افسردگی حین بستری و عملکرد بطن چپ عنوان متغیرهای کوواریت تفاوت معناداری بین دو گروه ($F= ۶/۱۶$ و $P<۰/۰۵$) نشان داد (جدول ۲).

چپ با یکدیگر، این متغیرها به عنوان متغیرهای کوواریانس در تعدیل نمره های آزمودنیها در ارزیابی کنترل شخصی وارد مدل تحلیل کوواریانس گردید. جدول شماره ۲ نتایج تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس را نشان می‌دهد. نتایج تحلیل کوواریانس نمرات کنترل شخصی با وارد کردن

جدول ۱- نتایج آماری در آزمون رابطه بین هر متغیر در خط پایه و بروز افسردگی در سه ماه پس از ترخیص

سطح معناداری	فاصله اطمینان %۹۵	نسبت شانس (OR) ^{۱۸}	گروه بیماران غیر افسرده	گروه بیماران افسرده	متغیرهای جمعیت شناختی و طبی
			در سه ماه پس از ترخیص n=۹۷	در سه ماه پس از ترخیص n=۷۹	
۰/۰۶۸	(۰/۴۲-۱/۰۰۲)	۰/۹۷	۵۷/۱۶	۵۴/۳۷	میانگین سن
۰/۰۷	(۰/۹۳-۴/۸۹)	۲/۱۴	%۴۸/۹ %۶/۳	%۳۵/۲ %۹/۷	جنس مرد زن
۰/۱۴	(۰/۷۷-۵/۱۴)	۱/۹۹	%۵۰/۶ %۴/۵	%۳۸/۱ %۶/۸	تاهل متاهل مجرد
۰/۰۰۱	(۱/۷۴-۶/۱۱)	۳/۲۶	%۱۵/۳	%۲۵	LVEF > ۴۰%
۰/۴۰	(۰/۴۲-۱/۴۰)	۰/۷۷	%۳۰/۶۸	%۲۲/۱۶	سابقه خانوادگی بیماری قلبی
۰/۶۸	(۰/۴۵-۱/۶۶)	۰/۸۷	%۱۷/۶۱	%۱۳	فشار خون بالا
۰/۲۲	(۰/۷۹-۲/۶۳)	۱/۴۵	%۲۵/۵۶	%۲۵	مصرف سیگار
۰/۳۹	(۰/۶۹-۲/۵۷)	۱/۳۳	%۱۴	%۱۴	دیابت
۰/۵۱	(۰/۴۴-۱/۴۹)	۰/۸۲	%۲۵	%۱۸/۲	هیپرلیپیدمیا
۰/۰۰۱	(۱/۱۱-۱/۳۳)	۱/۱۷	۸/۴۹	۱۸/۳۱	میانگین افسردگی حین بستری
۰/۶۷	(۰/۵۸-۱/۹۰)	۱/۰۵۷	۰/۰۵۴	۰/۰۵	لگاریتم حداکثر آنزیم CPK

¹⁸ - Odd Ratio

جدول ۲- خلاصه نتایج آماری تحلیل کوواریانس داده‌های کنترل شخصی در دو گروه بیماران با افسردگی پس از سکته قلبی و بدون افسردگی پس از سکته قلبی

منابع تغییر	SS	df	MS	F	p-value	توان آماری
افسردگی حین بستری	۳۶۱/۰۳۲	۱	۳۶۱/۰۳۲	۲۰/۶۳۸	۰/۰۰۰۱	۰/۹۹
عملکرد بطن چپ	۱۶/۸۹۲	۱	۱۶/۸۹۲	۰/۹۶۶	۰/۳۲۷	۰/۱۶۵
کنترل شخصی	۱۰۷/۷۶۳	۱	۱۰۷/۷۶۳	۶/۱۶	۰/۰۱۴	۰/۷

میزان افسردگی حین بستری و عملکرد بطن چپ (به عنوان شاخص شدت MI) به عنوان متغیرهای کوواریانس در تحلیل کوواریانس

مد نظر قرار گرفت

بحث

مورد بیماران قلبی فقط مطالعه موزر و دراکاپ [۱۷] به صورت آینده نگر بود و سایر مطالعات انجام شده در بیماران قلبی به صورت مقطعی انجام گرفته است. در مطالعات مقطعی رابطه دو پدیده همزمان بررسی می‌گردد. لذا نتیجه‌گیری قاطع را با مشکل و ابهام روبرو می‌سازد. این موضوع دلیل عمده انجام مطالعه حاضر به صورت یک مطالعه آینده نگر بود. با وجود این، نتایج مطالعه حاضر با یافته‌های هلجسون در بیماران سکته قلبی بستری [۱۴] و نتایج هلجسون در بیماران سکته قلبی تحت درمان با روش باز کردن عروق کرونر قلب با استفاده از بالون [۱۵]، همخوانی دارد. گرچه هر دو مطالعه اخیر رابطه مهمی را بین سازه‌های کنترل ادراک شده و افسردگی و اضطراب نشان دادند، اما ضمن اینکه هر دو مطالعه به صورت مقطعی بوده است هیچکدام از آنها این روابط را به طور اختصاصی روشن نساختند. با وجود اینکه یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش آینده نگر بوه‌چیک و همکاران روی بیماران تعویض قلب [۱۶] هماهنگ است اما مطالعه مذکور اختصاصاً روی بیماران پس از سکته قلبی نبوده است. تا آنجا که متون مربوطه جستجو گردید تنها مطالعه آینده نگر انجام گرفته روی بیماران پس از سکته قلبی، پژوهش موزر و دراکاپ است که نتایج مطالعه حاضر یافته‌های آنان را مورد تأیید قرار می‌دهد. این پژوهشگران نشان دادند که آزمودنیها با کنترل بالا به طور معناداری سطح افسردگی پایین‌تر داشتند [۱۷]. بروز سکته قلبی به

هدف این مطالعه، بررسی رابطه کنترل شخصی و بروز افسردگی پس از سکته قلبی با استفاده از یک طرح آینده نگر بود. در این مطالعه کنترل شخصی ادراک شده بر بیماری در بیماران سکته قلبی در حین بستری مورد ارزیابی قرار گرفت و سپس سه ماه بعد از ترخیص این بیماران از لحاظ بروز علائم افسردگی مورد بررسی قرار گرفتند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که بروز افسردگی پس از سکته قلبی تا ۴۵٪ می‌تواند افزایش داشته باشد. نتایج این بررسی رابطه بین احساس کنترل شخصی بر بیماری با بروز افسردگی بعدی در بیماران پس از سکته قلبی را مورد تأیید قرار داد. به عبارت دیگر این مطالعه نشان داد که سطح بالای احساس کنترل می‌تواند مانع بروز افسردگی در بیماران پس از سکته قلبی گردد. بنابراین کنترل شخصی ادراک شده بر بیماری می‌تواند نقش با اهمیتی در پیشگیری از بروز افسردگی در بیماران پس از سکته قلبی داشته باشد. گرچه نتایج این مطالعه با یافته‌های آفلک و همکاران در مورد مبتلایان به آرتریت روماتوئید [۹]، کریستنسن و همکاران در مورد مبتلایان به بیماری کلیوی [۱۰]، ماکرودیمیتریس و اندلر در مورد مبتلایان به دیابت [۱۱]، نیوسام و همکاران در مورد مبتلایان به سرطان [۱۲] و بارز و همکاران در مورد مبتلایان سرطان سینه [۱۳] همخوانی دارد اما غیر از مطالعه بارز و همکاران سایر مطالعات به صورت مقطعی بوده است و همچنین این مطالعات روی بیماران غیر از بیماران سکته قلبی انجام گرفته است. همینطور از بین مطالعات قلبی در

این منابع مورد نظر احساس کنترل شخصی است [۳۶]. اعتقاد بر این است که در مفهوم کنترل شخصی در فرایند مقابله دو معنا نهفته است. در اولین معنا کنترل شخصی به عنوان باور تعمیم یافته فرد به اینکه وی به طور کلی تا چه اندازه می‌تواند پیامدها و رویدادهای زندگی را کنترل کند، تعبیر می‌شود و در دومین معنا منظور ارزیابی موقعیتی از امکان داشتن کنترل بر یک موقعیت استرس‌زای خاص است. کنترل به عنوان باور تعمیم یافته یک شکلی از ارزیابی اولیه است در حالیکه کنترل در زمینه یک ارزیابی موقعیتی به عنوان ارزیابی ثانویه در نظر گرفته می‌شود [۳۶]. بدین ترتیب پارتریج^{۱۹} و جانسون^{۲۰} مدعی شدند که رویارویی با استرس ناشی از عوامل استرس‌آمیز دائمی نظیر سکته قلبی به عنوان یک بیماری مزمن خطر فرد را برای مشکلات ناگوار افزایش می‌دهد. در چنین شرایطی منابع فردی و راهبردهای مقابله به کاهش اثرات منفی استرس کمک می‌کند. منظور از منابع فقط آنچه افراد انجام می‌دهند نیست، بلکه آنچه برای ایجاد و توسعه امکانات مقابله‌ای در اختیار دارند، می‌باشد. یکی از چنین راهبردهای مقابله‌ای، قابل دسترس بودن مقابله کنترل - مدار است که راهبردهایی را برای حذف یا اصلاح شرایطی که استرس در آن تجربه می‌شود به کار می‌گیرد و یا از طریق احساس کنترل معنای تجربه تعدیل می‌گردد. بعداً پارتریج و جانسون اظهار داشتند که احساس کنترل شخصی یک مؤلفه‌ای از راهبردهای مقابله کنترل - مدار است. کنترل شخصی به عنوان یک متغیر واسطه‌ای مهم در رویارویی با موقعیتهای استرس‌زا نظیر بیماری مزمن در تعیین پیامدهای سلامتی بعدی نقش دارند. همچنین پارتریج و جانسون ادعا نمودند که یکی از ساز و کارهایی که از طریق آن مقابله با استرس بر پیامدهای بعدی اثر می‌گذارد تحت تأثیر کیفیات میانجی کننده کنترل شخصی است [۳۷]. بنابر این با توجه به تبیین فوق در مورد نقش احساس کنترل شخصی بر بیماری در فرایند مقابله و سازگاری، پدیده

عنوان یک بیماری جدی یکی از منابع عمده استرس در بیماران MI می‌باشد که می‌تواند حتی در مواردی سبب بروز اختلالات جدی روانپزشکی گردد. بروز علائم افسردگی پس از انفارکتوس میوکارد یک مشکل روانشناختی بسیار شایع در بیماران سکته قلبی است که بر پیش‌آگهی بیماری قلبی این بیماران تأثیرات منفی دارد [۳۲]. خطر مرگ و میر طی شش ماه اول بعد از سکته قلبی در بیماران سکته قلبی که دچار علائم افسردگی هستند در مقایسه با بیماران فاقد علائم افسردگی تا ۶ برابر بیشتر گزارش شده است و این خطرپذیری بالا برای مرگ و میر تا ۱۸ ماه بعد از سکته قلبی همچنان مشاهده می‌شود [۳۳]. تقریباً ۲۰ [۳۲] تا ۳۸ درصد [۳۴] بیماران سکته قلبی علائم افسردگی پس از ترخیص را گزارش کرده‌اند. بنابراین شناخت متغیرهای مرتبط با افسردگی پس از سکته قلبی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. با توجه به یافته‌ها به نظر می‌رسد یکی از متغیرهای مهم بروز این نوع افسردگی کنترل شخصی بر بیماری است. نقش کنترل شخصی در بروز افسردگی پس از سکته قلبی را می‌توان در فرایند مقابله با بروز سکته قلبی به عنوان یک رویداد استرس‌آمیز مهم جستجو نمود. طبق نظر فولکمن و موسکوویتز [۳۵] مقابله یک فرایند پیچیده و چند بعدی است که می‌تواند ماهیت مثبت و یا منفی داشته باشد و به راهبردهایی مربوط می‌شود که ارزیابیهای اولیه و ثانوی را در برمی‌گیرد. در حالیکه به طور کلی به نظر می‌رسد مقابله با تنظیم هیجانی در طی فرایند استرس ارتباط بسیار نزدیک دارد، اما رابطه اساسی بین انواع مختلف مقابله به سادگی قابل شناسایی کامل نیست و در حقیقت به آسانی نمی‌تواند مورد واریسی قرار گیرد. برای مثال انواع معینی از راهبردهای مقابله‌ای اجتناب گونه رابطه واضحی با پیامدهای ناگوار روان‌شناختی دارد. برعکس مشاهده شده است که سبکهای مقابله مسأله - مدار ابزاری و جستجوی حمایت اجتماعی هم دارای اثرات مثبت، هم منفی و نیز همین طور فاقد تأثیر بر پیامدهای سلامتی بوده است [۳۵، ۳۶]. به طور خلاصه اعتقاد بر این است که داشتن توانایی و منابع در استفاده از مقابله مسأله - مدار اثرات روان‌شناختی و نیز فیزیولوژیک مشکلات و عوامل استرس‌زای روزانه را کاهش می‌دهد. یکی از

¹⁹ - Partridge, C.

²⁰ - Johnston, M.

diabetes. *Health Psychology*. 2001; 20[3]: 208-216.

12. Newsom JT, Knapp JE, Schulz R. Longitudinal analysis of specific domains of internal control and depressive symptoms in patients with recurrent cancer. *Health Psychology*. 1996; 15[5]: 323-331.

13. Ba' rez M, Blasco T, Ferna' ndez-Castro J, Viladrich C. Perceived control and psychological distress in women with breast cancer: a longitudinal study. *J Behav Med*. 2009; (32): 187-196.

14. Helgeson VS. Moderators of the relation between perceived control and adjustment to chronic illness. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1992; 63[4]: 656-666.

15. Helgeson VS. Applicability of cognitive adaptation theory to predicting adjustment to heart disease after coronary angioplasty. *Health Psychology*. 1999; 18[6]: 561-569.

16. Bohachick P, Taylor MV, Sereika S, Reeder S, Anton BB. Social support, personal control, and psychological recovery following heart transplantation. *Clinical Nursing Research*. 2002; 11[1]: 34-51.

17. Moser DK, Dracup K. Psychosocial recovery from a cardiac event: The influence of perceived control. *Heart & Lung*. 1995; 24[4]: 273-280.

18. Dracup K, Westlake C, Erickson VS, Moser DK, Caldwell ML, Hamilton MA. Perceived control reduces emotional stress in patients with heart failure. *Journal of Heart Lung Transplant*. 2003; 22[1]: 90-93.

19. Wilhelm K, Kotze B, Waterhouse M, Pavlovic DH, Parker G. Screening for depression in the medically ill :A Comparison of Self-Report Measures, Clinician Judgment, and DSM-IV Diagnoses. *Psychosomatics*. 2004; 45[6]: 461-469.

20. Parker G, Hilton T, Hadzi-Pavlovic D, Bains J. Screening for depression in the medically ill: the suggested utility of a cognitive-based approach. *Aust N Z J Psychiatry*. 2001; 35[4]: 474-80.

21. American Psychiatric Association, DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders [4th ed]. Washington, DC: Author. 1994.

22. Beck AT, Steer R, Ball, R, Ciervo CA, Kabat M. Use of the beck anxiety and depression inventories for primary care

کنترل شخصی یکی از مؤلفه‌هایی است که در پیشگیری و مداخله باید مورد توجه ویژه قرار گیرد.

منابع

1. Senior V, Weinman J, Marteau TM. The influence of perceived control over causes and responses to health threats: A vignette study. *Brit J Health Psychol*. 2002; (7): 203-211.

2. Bowsher JE, & Keep D, Toward an understanding of three control constructs: personal control, self-efficacy, and hardiness. *Issues in Mental Health Nursing*. 1995; (16): 33-50.

3. Walker J. Control and the psychology of health. Buckingham: Open University Press; 2001.

4. Hoedemaekers E, Jaspers JPC, van Tintel en JP. The Influence of Coping Styles and Perceived Control on Emotional Distress in Persons at Risk for a Hereditary Heart Disease. *American Journal of Medical Genetics*. 2007; (143)[17]: 1997-2005.

5. Folkman S, Moskowitz JT. Coping: pitfalls and promises. *Annual Review of Psychology*. 2004; (55): 745-774.

6. Folkman S. Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1984; (46)[4]: 839-852.

7. Shaw C. A framework for the study of coping, illness behaviour and outcomes. *Journal of Advanced Nursing*. 1999; 29[5]: 1246-1255.

8. Heijmans M. The role of patients' illness representations in coping and functioning with Addison's disease. *Brit J Health Psychol*. 1999; (4): 137-149.

9. Affleck G, Tennen H, Pfeiffer C, Fifield J. Appraisals of control and predictability in adapting to a chronic illness. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1987; 53[2]: 273-279.

10. Christensen A J, Turner CW, Smith TW, Holman JM, Gregory MC. Health locus of control and depression in end-stage renal disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1991; 59[3]: 419-424.

11. Macrodimitris SD, Endler NS. Coping, control, and adjustment to type 2

33. Bush DE, Ziegelstein RC, Tayback M, Richter D, Stevens S, Zahalsky H, Fauerbach JA. Even minimal symptoms of depression increase mortality risk after acute myocardial infarction. *Am J Cardiol.* 2001; 88[4]: 337–41.
34. Blumel MB, Gibbons FA, Kanacri CA, Kerrigan BN, Florenzano UR. Depressive symptoms after an acute myocardial infarction. *Rev Med Chil.* 2005; 133[9]: 1021-1027.
35. Folkman S, Moskowitz JT. Coping: pitfalls and promises. *Annual Review of Psychology.* 2004; (55): 745-774.
36. Folkman S. Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology.* 1984; 46[4]: 839-852.
37. Partridge C, Johnston M. Perceived control of recovery from physical disability: Measurement and prediction. *British Journal of Clinical Psychology.* 1989; (28): 53-5.
- with medical outpatients. *Assessment.* 1997; (4): 211–219.
23. Steer RA, Cavalieri TA, Leonard DM, Beck AT. Use of the beck depression inventory for primary care to screen for major depression disorders: *Gen Hosp Psychiatry.* 1999; (21): 106–111.
24. Montazeri A, Vahdaninia M, Ebrahimi M, Jarvandi S. The hospital anxiety and depression scale [HADS]: Translation and validation study of the Iranian version. *Health Qual Life Outcomes.* 2003; (28): 14-19.
25. Bagherian R, Bahrami Ehsan H. Evaluation of the Iranian Type D Scale [DS14] and Prevalence of the Type D Personality Pattern in MI Patients. [Manuscript submitted for publication].
26. Pearlin LI, Schooler C. The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior.* 1978; (19): 337-356.
27. Beck A. et al. *Cognitive therapy of Depression*, New York, Guilford co. 1974; pp.184-200.
28. Osman A, Barrios FX, Gutierrez PM, Williams JE, Bailey J. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II in nonclinical adolescent samples. *J Clin Psychol.* 2008; 64[1]:83-102.
29. Zipes D P, Libby P, Bonow R O, Braunwald, E. *Braunwald's Heart Disease, A Textbook of Cardiovascular Medicine.* 7th Ed. Philadelphia: Elsevier Saunders. 2005.
30. Van Melle JP, Jonge PD, Ormel J, Crijns H, van Veldhuisen DJ, Honig A, Schene AH. and van den Berg MP. Relationship between left ventricular dysfunction and depression following myocardial infarction: data from the MIND-IT. *European Heart Journal.* 2005; (26): 2650–2656.
31. Spijkerman T A, van den Brinka R H, S. Jansena, J. H. C. Crijnsc, H. J. G. M. & Ormela, J. H. C. Who is at risk of post-MI depressive symptoms? *Journal of Psychosomatic Research.* 2005; (58):425–432.
32. Spijkerman T, Jonge PD, Brink RHS Jansen JH, May JF, Crijns HJGM, Ormel J. Depression following myocardial infarction: first-ever versus ongoing and recurrent episodes. *J.Gen Hosp Psychiatry.* 2005; 27[6]: 411-7.