

ارتباط حمایت اجتماعی درک شده با اضطراب و افسردگی قبل و بعد از جراحی در بیماران تحت عمل پیوند عروق کرونر

هایده ممی یانلو^۳

صنم احمدی کومله^۲

*نرجس خاتون خطیبی^۱

نوشتین عباسی ابیانه^۴

چکیده

زمینه و هدف: مطالعات لزوم فراهم نمودن راهکارهای حمایتی در خصوص بیماران افسرده یا مضطرب پس از جراحی عروق کرونر را پیشنهاد می‌کنند؛ لذا این مطالعه با هدف بررسی رابطه حمایت اجتماعی درک شده و اضطراب و افسردگی قبل و بعد از جراحی در بیماران تحت عمل پیوند عروق کرونر در سال ۱۳۹۲ انجام گردید.

روش بررسی: این مطالعه به صورت مقطعی-تحلیلی به شیوه نمونه‌گیری در دسترس بر روی ۱۰۵ بیمار تحت جراحی پیوند عروق کرونر بستری در بیمارستان شهید دکتر لویسانی در سال ۱۳۹۲ انجام شد. پس از تکمیل پرسشنامه‌های ادراک حمایت اجتماعی، اضطراب و افسردگی بک و تقسیم بیماران به سه گروه حمایت اجتماعی پایین، متوسط و بالا، یک هفته پس از جراحی، مجدداً پرسشنامه‌های اضطراب و افسردگی تکمیل شد. در نهایت داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون‌های توصیفی و تحلیلی کای دو، تی مستقل و آنالیز واریانس ارزیابی گردید.

یافته‌ها: اکثریت بیماران مرد (۵۵/۲٪) و متاهل (۸۳٪) بودند. میانگین حمایت اجتماعی درک شده بیماران ۵۷/۴۹، و میانگین افسردگی قبل و بعد از عمل به ترتیب $13/62 \pm 6$ و $16/97 \pm 7/88$ و میانگین اضطراب قبل و بعد از عمل به ترتیب $21/8 \pm 8/95$ و $17/79 \pm 7/49$ بدست آمد. بین نمره افسردگی و اضطراب بیماران در سه گروه با ادراک حمایتی پایین، متوسط و بالا تفاوت معناداری از نظر آماری وجود داشت ($P=0/000$). به عبارتی میانگین افسردگی و اضطراب قبل و بعد از عمل بیمارانی که دارای ادراک حمایتی پایین بودند بالاتر از دو گروه دیگر بود.

نتیجه‌گیری کلی: بین میزان افسردگی و اضطراب با میزان حمایت اجتماعی درک شده در بیماران تحت عمل جراحی بای پس عروق کرونر ارتباط معنی داری وجود دارد، لذا انجام اقداماتی در راستای شناسایی منابع حمایتی مددجو و ارتقاء آن ضروری به نظر می‌رسد.

کلید واژه‌ها: اضطراب، افسردگی، حمایت اجتماعی درک شده، جراحی بای پس عروق کرونر

تاریخ دریافت: ۹۲/۴/۲۷

تاریخ پذیرش: ۹۲/۷/۲۷

^۱کارشناس ارشد روانپرستاری، عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

شماره تماس: ۰۹۱۲۲۰۹۳۴۴۰ Email:khatibi.haleh@gmail.com

^۲کارشناس ارشد پرستاری داخلی-جراحی، مربی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران، تهران، ایران

^۳کارشناس ارشد پرستاری کودکان، عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران، تهران، ایران

^۴کارشناسی ارشد پرستاری داخلی و جراحی، عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران، تهران، ایران

مقدمه

با توجه به تغییر الگوی زندگی مردم در سرتاسر جهان، به نظر می‌رسد تا سال ۲۰۲۰ بیماری‌های قلبی بر بیماری‌های عفونی پیشی گرفته و عامل اصلی مرگ و میر و ناتوانی بشر خواهد شد^(۱). درمان‌های مختلف بیماری‌های قلبی- عروقی دستاورد پیشرفت علم طب می‌باشد که با هدف بهبود وضعیت جسمی و کیفیت زندگی وابسته به سلامت صورت می‌گیرند^(۲). از جمله اقدامات درمانی در این خصوص، جراحی پیوند عروق کرونر (Coronary Artery Bypass Graf (CABG می‌باشد که سالانه به تعداد زیاد و با صرف هزینه‌های هنگفت در بسیاری از کشورهای دنیا انجام می‌شود^(۳). جراحی پیوند عروق کرونر مانند سایر انواع اعمال جراحی برای بیمار استرس‌زا بوده و اضطراب و افسردگی از جمله اختلالات شایع و مهم این دسته از بیماران است^(۴). بهبود پس از جراحی پیوند عروق کرونر یک فرایند دینامیک است و تاثیر عوامل جسمی، روحی- روانی و اجتماعی بر آن، طیف وسیعی از بهبودی تا بستری مجدد و حتی مرگ و میر را در بر دارد^(۳). حضور اختلالات روحی- روانی مانند اضطراب و افسردگی در مراحل قبل و پس از جراحی تاثیر منفی در کیفیت زندگی بیماران طی ۶ ماه پس از جراحی خواهد داشت^(۵-۷)؛ به طوری که در ۴۷ درصد از این بیماران در فاز قبل از جراحی و در ۶۱ درصد بیماران در فاز پس از جراحی، افسردگی دیده می‌شود^(۸). با توجه به اثرات زیان باری که افسردگی و اضطراب در پیش‌آگهی اعمال جراحی دارد، تشخیص، درمان و پیشگیری از آن می‌تواند نقش مهمی در بهبود کلی نتایج اعمال جراحی داشته باشد^(۹-۱۲)، در همین زمینه مداخلات غیر دارویی کاهنده افسردگی و اضطراب پس از جراحی، به دلیل نداشتن عوارض جانبی داروهای شیمیایی می‌تواند با اقبال خوبی مواجه شود^(۱۴).^(۱۳) اطلاعات علمی در مورد درمان‌های عملی بیماران افسرده یا مضطرب پس از عمل جراحی پیوند عروق کرونر نشان‌دهنده لزوم فراهم نمودن راهکارهای حمایتی

پس از جراحی متمرکز بر تحرک و تحریک ظرفیت‌های جسمی و روحی بیمار است. از جمله این راهکارها تقویت حمایت خانوادگی، تعامل اجتماعی، حمایت اجتماعی و در کل تقویت ارتباطات عاطفی بیمار با اطرافیان می‌باشد^(۱۳). تعاملات اجتماعی و برخورداری از حمایت‌های اجتماعی تنها در ۴۸ درصد بیماران پس از جراحی ثابت مانده و در ۲۸ درصد کاهش می‌یابد. مطالعات کاهش فعالیت‌های تفریحی، اجتماعی و اوقات فراغت را در این دسته از بیماران ذکر می‌کنند^(۱۴). ادراک حمایت اجتماعی به معنای پنداشت فرد از دریافت حمایت‌های ملموس (کمک‌های مادی و رفتاری)، حمایت‌های هیجانی (عاطفه مثبت، همدردی و تشویق به بیان احساسات)، اطلاع‌رسانی (راهنمایی و دریافت بازخورد)، مهربانی (ابراز عشق و علاقه) و تعاملات اجتماعی (وجود افرادی برای پرداختن به فعالیت‌های جانبی و تفریحی) می‌باشد^(۱۵-۱۶). لذا با توجه به عوارض و تبعات هزینه بردار افسردگی و اضطراب در بیماران تحت عمل پیوند عروق کرونر و نیز اهمیت حمایت اجتماعی در بروز افسردگی و اضطراب و نیز فقدان مطالعه‌ای جهت بررسی تاثیر حمایت اجتماعی بر اختلالات روان‌شناختی پس از جراحی‌ها در کشور، این مطالعه با هدف بررسی رابطه ادراک حمایت اجتماعی و اضطراب و افسردگی قبل و بعد از جراحی در بیماران تحت عمل پیوند عروق کرونر انجام گردید.

روش بررسی

این مطالعه به صورت مقطعی- تحلیلی بر روی ۱۰۵ بیمار تحت جراحی پیوند عروق کرونر بستری در بیمارستان شهید دکتر لویسان در سال ۱۳۹۲ انجام شد. پس از کسب مجوزهای لازم از معاونت پژوهشی دانشگاه؛ ابتدا به شیوه نمونه‌گیری در دسترس، بیمارانی که دارای تحصیلات به اندازه خواندن و نوشتن، حداقل سن ۵۰ و حداکثر سن ۷۵ سال، متاهل و بدون سابقه‌ی شناخته شده بیماری روان‌شناختی و سایر بیماری‌های تاثیر گذار بر

است، پایایی پرسشنامه اضطراب بک در مطالعه کاپیانی و موسوی، ($r=0/83$) و پایایی پرسشنامه افسردگی بک نیز توسط رجبی و همکاران ($r=0/83$) گزارش شده است^(۱۸،۱۹). بیماران براساس امتیازات کسب کرده در پرسشنامه ادراک حمایت اجتماعی به سه گروه (۱۹ تا ۴۴: حمایت اجتماعی پایین تعداد = ۳۵ بیمار)، (۴۴-۶۹: حمایت اجتماعی متوسط تعداد = ۳۵ بیمار) و (۶۹-۹۵: حمایت اجتماعی بالا تعداد = ۳۵ بیمار) تقسیم می‌شدند. یک هفته پس از جراحی، مجدداً پرسشنامه‌های اضطراب و افسردگی توسط واحدهای پژوهش تکمیل گردید. در نهایت ارتباط اضطراب و افسردگی قبل و بعد از جراحی و حمایت اجتماعی درک شده ارزیابی گردید. در نهایت تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ انجام شد. برای متغیرهای کیفی فراوانی و درصد فراوانی و برای متغیرهای کمی نیز میانگین و انحراف معیار محاسبه گردید. برای بررسی رابطه‌های آماری هم از آزمون آنالیز واریانس و آزمونهای تعقیبی بهره گرفته شد.

یافته‌ها

اکثریت بیماران مرد (۵۵/۲٪) و متاهل (۸۳٪) بودند. همچنین بیشترین و کمترین فراوانی از نظر سنی به ترتیب متعلق به گروه بین ۵۵ تا ۶۰ سال و بالای ۶۶ سال بود. نتایج سایر متغیرهای مهم دموگرافیک در جدول شماره ۱ گزارش شده است. میانگین حمایت اجتماعی درک شده بیماران قبل از عمل ۵۷/۴۹٪ بود و از نظر سطح حمایت اجتماعی درک شده قبل از عمل به طور مساوی ۳۳/۳ درصد افراد در گروه حمایت اجتماعی درک شده ضعیف، متوسط و بالا قرار گرفتند. همچنین میانگین و انحراف معیار افسردگی قبل و بعد از عمل به ترتیب $13/62 \pm 6$ و $16/97 \pm 7/88$ و میانگین و انحراف معیار اضطراب قبل و بعد از عمل به ترتیب $21/8 \pm 8/95$ و $17/79 \pm 7/49$ بدست آمد.

وضعیت روحی روانی و نتیجه عمل انتخاب شده؛ پس از ارائه توضیحات در خصوص هدف و روش کار، بیمارانی که تمایل به شرکت در پژوهش داشته و فرم رضایت نامه را امضا نمودند وارد پژوهش شدند و در صورت عدم تمایل از مطالعه خارج می‌شدند؛ سپس بیماران منتخب پرسشنامه‌های دموگرافیک، ادراک حمایت اجتماعی، اضطراب و افسردگی بک (Beck Anxiety and Depression Inventory) را تکمیل می‌نمودند. پرسشنامه دموگرافیک شامل اطلاعاتی چون سن، جنس، سطح سواد، وضعیت تاهل، شغل، نوع بیمه، تعداد اعضای خانواده، تعداد دفعات ملاقات در هفته و سوابق مرتبط با بیماری بود. برای بررسی حمایت اجتماعی درک شده در این پژوهش از مقیاس حمایت اجتماعی اجتماعی (MOS) (Medical Outcomes Study) که در سال ۱۹۹۱ توسط Sherbourne & Stewart ساخته شد، استفاده گردید. این ابزار دارای ۱۹ عبارت و ۵ زیر مقیاس شامل حمایت ملموس (سنجش کمک های مادی و رفتاری)، حمایت هیجانی (سنجش عاطفه مثبت، همدردی و تشویق به بیان احساسات)، اطلاع رسانی (سنجش راهنمایی، اطلاع رسانی یا دادن بازخورد)، مهربانی (سنجش ابراز عشق و علاقه) و تعامل اجتماعی مثبت (سنجش وجود افرادی برای پرداختن به فعالیت های تفریحی) می باشد و دارای طیف لیکرت پنج گزینه ای (هیچ وقت نمره صفر، به ندرت، گاهی اوقات، اغلب، همیشه نمره ۴) است؛ کمترین و بیشترین نمره ممکن در این آزمون به ترتیب ۱۹ و ۹۵ است و برای به دست آوردن نمره کلی همه امتیازات با هم جمع می شوند. نمره بالای آزمون در این مقیاس بیانگر این است که آزمون از حمایت اجتماعی مطلوبی برخوردار است. پایایی این آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ای از ۰/۷۴ تا ۰/۹۳ گزارش شده است^(۱۷). ابزارهای اضطراب و افسردگی بک نیز از ابزارهای شناخته شده در این حوزه می باشند که در جامعه ایرانی نیز ویژگی های روانسنجی مطلوبی برای آنها گزارش شده

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی بیماران تحت مطالعه بر اساس

ویژگی های دموگرافیک

| شاخص آماری | |
|----------------------------|--------------|
| متغیر | درصد فراوانی |
| وضعیت اشتغال | |
| خانه دار | ۲۴/۸ |
| کارمند | ۹/۵ |
| کارگر | ۲۴/۸ |
| آزاد | ۱۲/۴ |
| بازنشسته | ۲۸/۶ |
| تعداد اعضای خانواده | |
| یک نفر | ۱۷/۱ |
| دو نفر | ۲۳/۸ |
| سه نفر | ۲۸/۷ |
| چهار نفر و بیشتر | ۳۲/۴ |
| دفعات ملاقات اعضای خانواده | |
| هر روز | ۱۸/۱ |
| یک روز در میان | ۲۳/۸ |
| ۲ تا روز در میان | ۳۰/۵ |
| هفته ای یک بار | ۱۸/۱ |
| بیشتر از یک هفته | ۹/۵ |
| جمع | ۱۰۰ |

شده است. نتایج آزمون آنالیز واریانس نشان داد که بین نمره افسردگی بیماران در سه گروه با حمایت اجتماعی درک شده‌ی پایین، متوسط و بالا تفاوت معناداری از نظر آماری وجود دارد ($P < 0/001$). به عبارتی همانطور که جدول شماره ۲ نیز مشاهده می شود میانگین افسردگی قبل و بعد از عمل بیمارانی که دارای حمایت اجتماعی درک شده‌ی پایین بودند بالاتر از دو گروه دیگر بود و افرادی که دارای حمایت اجتماعی بالا بودند کمترین میزان افسردگی را دارا بودند. نتایج آزمون آنالیز واریانس همچنین نشان داد که بین میانگین نمره اضطراب بیماران در سه گروه با حمایت اجتماعی درک شده‌ی پایین، متوسط و بالا تفاوت آماری معناداری وجود دارد ($P < 0/001$). به عبارتی همانطور که جدول شماره ۲ نیز مشاهده می شود میانگین اضطراب قبل و بعد از عمل بیمارانی که دارای حمایت اجتماعی درک شده‌ی پایین بودند بالاتر از دو گروه دیگر بود و افرادی که دارای حمایت اجتماعی بالا بودند کمترین میزان اضطراب را گزارش نمودند. آزمون تعقیبی توکی نشان داد که علت معناداری این تفاوت ها فاصله میانگین نمرات افسردگی و اضطراب در گروه دارای حمایت اجتماعی درک شده بالا با میانگین نمرات افسردگی و اضطراب در گروه دارای حمایت اجتماعی درک شده پایین بود.

میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب و افسردگی قبل و بعد از جراحی در سه گروه حمایت اجتماعی درک شده‌ی پایین، متوسط و بالا در جدول شماره ۲ نشان داده

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب و افسردگی قبل و بعد از جراحی در سه گروه حمایت اجتماعی درک شده‌ی پایین، متوسط و بالا

| سطح حمایت اجتماعی | حمایت اجتماعی | حمایت اجتماعی | حمایت اجتماعی | آزمون آنالیز واریانس ANOVA | سطح معنی داری |
|--------------------|---------------|---------------|---------------|----------------------------|---------------|
| | | | | | |
| افسردگی قبل از عمل | ۱۷/۵۴ ± ۵/۲ | ۱۳/۰۶ ± ۶/۷ | ۱۰/۲۵ ± ۳/۳ | F=۱۳.۹۴ | df=۲ |
| افسردگی بعد از عمل | ۲۱/۲۲ ± ۷/۱ | ۱۷/۳۴ ± ۹/۰۸ | ۱۲/۳۴ ± ۴/۰۵ | F=۱۴.۸۳ | df=۲ |
| اضطراب قبل از عمل | ۲۹/۷۴ ± ۷/۷۵ | ۲۰/۱۴ ± ۷/۲۶ | ۱۵/۰۵ ± ۴/۸۵ | | |
| اضطراب بعد از عمل | ۲۲/۶۲ ± ۷/۱۱ | ۱۶/۴۸ ± ۷/۹۳ | ۱۴/۲۵ ± ۴/۴ | | |

بحث و نتیجه گیری

همانگونه که ذکر شد بیماران مورد مطالعه از نظر سطح حمایت اجتماعی قبل از عمل در سطح متوسطی قرار داشتند، در این راستا مطالعه خوسفی و همکاران که با هدف مقایسه عوامل شخصیتی، حوادث استرس زا و حمایت اجتماعی در بیماران کرونر قلب و افراد غیر بیمار انجام شد، نشان داد که بیماران کرونری از حمایت اجتماعی کمتری نسبت به افراد سالم برخوردارند^(۲۰). همچنین در مطالعه Lindsay و همکاران میانگین نمره شبکه های اجتماعی در بیماران تحت جراحی بای پس قلبی 24 ± 7 بود که نسبت به جمعیت عادی بسیار پایین تر بود^(۲۱). بیماران مورد مطالعه در این پژوهش از نظر افسردگی قبل و بعد از عمل در سطح افسردگی خفیف قرار داشتند هرچند که نمره افسردگی بعد از عمل در این بیماران افزایش یافته بود. از نظر میزان اضطراب نیز بیماران دارای اضطراب متوسط بودند هرچند که سطح اضطراب بعد از عمل به طور چشمگیری کاهش یافته بود. در مرور سیستماتیک انجام شده توسط Demaria و همکاران شیوع افسردگی قبل از جراحی قلب $27-47\%$ و بعد از جراحی $19-61\%$ بدست آمد و ایشان گزارش کردند که اگرچه سطح علائم افسردگی و اضطراب بعد از عمل جراحی قلب بطور معنی داری کاهش می یابد اما نسبت به افراد بدون سابقه اختلال روانشناختی بسیار پایین تر است^(۱۳). McKenzie و همکاران نیز در مرور سیستماتیک خود به این نتیجه رسیدند که افسردگی و اضطراب قبل از عمل بای پس قلبی بهترین پیشگو کننده در مورد افسردگی و اضطراب بعد از عمل می باشد^(۲۲).

در این مطالعه بین نمره افسردگی و اضطراب بیماران در سه گروه با حمایت اجتماعی درک شده ی پایین، متوسط و بالا تفاوت معناداری از نظر آماری وجود دارد، بطوریکه با بهبود سطح اجتماعی نمره افسردگی و اضطراب هم کاهش پیدا می کرد. Thomas و همکاران در بررسی ارتباط حمایت اجتماعی، افسردگی و فعالیت های روزانه در بیماران سالمند جراحی قلب دریافتند که حمایت

اجتماعی درک شده کافی در ماه اول بعد از جراحی با افسردگی و اختلال عملکرد روزانه کمتری در شش ماه بعد از عمل همراه است؛ همچنین تعداد دوستان نزدیک در شبکه اجتماعی نیز با میزان افسردگی و اختلال عملکرد روزانه کمتری در شش ماه آتی همراه بود^(۳۳). در همین راستا Demaria به نقل از Pirraglia و همکارانش نقل می کند که برخی شاخص های پیشگویی کننده افسردگی بعد از عمل شامل حمایت اجتماعی، وجود حداقل یک حادثه استرسزا در یک سال اخیر، سطح پایین آموزش و تنگی نفس متوسط تا شدید می باشند. همچنین ویژگی های شخصیتی مانند دیدگاه مثبت و ویژگی های روانشناختی مانند کیفیت حمایت اجتماعی با نتایج مطلوب بعد از عمل در ارتباطند^(۱۳). در مطالعه Bernice و همکاران نشان داده شد که رضایتمندی فرد از کمک و حمایت های همسر با نتایج روانشناختی بهتری در کوتاه و بلند مدت در بیماران قلبی همراه است^(۲۴).

افسردگی و اضطراب تاثیر قابل توجهی بر نتایج جراحی پرهزینه ی بای پس قلبی از جمله فرایند بهبودی، توانایی انجام فعالیت های روزانه، بازگشت به کار و کیفیت زندگی این افراد بر جای می گذارد؛ از طرفی بر اساس نتایج این مطالعه و سایر مطالعات انجام شده حمایت اجتماعی از فاکتورهای مهم تعیین کننده در بروز افسردگی و اضطراب بیماران بعد از عمل جراحی بای پس قلبی به شمار می رود، لذا لزوم توجه به این فاکتور مهم ضروری به نظر می رسد. Rantanen و همکاران بیان می کنند کمک و عاطفه ی همسر، فرزند و دوستان مهمترین و بهترین منبع برای حمایت اجتماعی افراد به شمار می روند، ایشان همچنین به نقش حمایت شبکه های اجتماعی و نیز پرستاران در بهبود وضعیت بیماران نیز اشاره می کنند^(۲۵). البته همانگونه که اشاره شد، فاکتورهای دیگری مانند سطح اضطراب و افسردگی قبل از عمل، سطح دانش، وضعیت اجتماعی اقتصادی فرد نیز بر بروز افسردگی و اضطراب بعد از عمل این بیماران

تقدیر و تشکر

مقاله حاضر منتج شده از طرح پژوهشی مصوب در معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران پزشکی می باشد، از تمامی افرادی که در مراحل تصویب و اجرای این پژوهش همکاری نموده اند کمال تشکر را داریم.

تعارض منافع: هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

اثر می گذارند^(۱۳،۱۴). مطالعات مختلف راهکارهای متفاوتی مانند آموزش بهداشت و مهارت ها فردی اجتماعی، برنامه های توانبخشی، برنامه های ورزشی و... برای بهبود وضعیت روانشناختی این بیماران بعد از عمل پیشنهاد می کنند^(۲۶-۲۸). انجام مطالعات بیشتر برای بررسی سایر فاکتورهای موثر بر بروز افسردگی و اضطراب بعد از عمل بای پس و نیز راهکارهای ارتقاء حمایت اجتماعی در این بیماران پیشنهاد می گردد.

فهرست منابع

1. Skodova Z, Nagyova I, van Dijk JP, Sudzinova A, Vargova H, Rosenberger J, et al. Socioeconomic inequalities in quality of life and psychological outcomes among cardiac patients. *Int J Public Health*. 2009; 54 (4):233-40.
2. Spezzaferri R, Modica M, Racca V, Ripamonti V, Tavanelli M, Brambilla G, et al. Psychological disorders after coronary artery by-pass surgery: a one-year prospective study. *Monaldi Arch Chest Dis*. 2009; 4 (72):200-5.
3. Lopez V, Ying S, Poon C-Y, Wai Y. 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.
4. Meningaud J-P, Benadiba L, Servant J-M, Herve C, Bertrand J-C, Pelicier Y. Depression, anxiety and quality of life among scheduled cosmetic surgery patients: Multicentre prospective study. *J Craniomaxillofac Surg*. 2001; 29 (3):177-80.
5. Burns A, Banerjee S, Morris J, Woodward Y, Baldwin R, Proctor R, et al. Treatment and prevention of depression after surgery for hip fracture in older people: randomized, controlled trials. *J Am Geriatr Soc*. 2007; 55(1):75-80.
6. Goyal TM, Idler EL, Krause TJ, Contrada RJ. Quality of life following cardiac surgery: impact of the severity and course of depressive symptoms. *Psychosom Med*. 2005; 67 (5):759-65.
7. Gallagher R, McKinley S. Stressors and anxiety in patients undergoing coronary artery bypass surgery. *Am J Crit Care*. 2007; 16(3):248-57.
8. Burkner EJ, Blumenthal JA, Feldman M, Burnett R, White W, Smith LR, et al. Depression in male and female patients undergoing cardiac surgery. *Br J Clin Psychol*. 1995; 34(1):119-28.
9. Szekely A, Benkő E, Varga A, Meszaros R. Postoperative depression after open heart surgery. *Orv Hetil*. 2001; 142(41):2263-5.
10. Hata M, Yagi Y, Sezai A, Niino T, Yoda M, Wakui S, et al. Risk analysis for depression and patient prognosis after open heart surgery. *Circ J*: 2006; 70(4):389-92.
11. Thombs BD, de Jonge P, Coyne JC, Whooley MA, Frasure-Smith N, Mitchell AJ, et al. Depression screening and patient outcomes in cardiovascular care: a systematic review. *JAMA*. 2008; 300(18):2161-71.
12. Rollman BL, Belnap BH, LeMenager MS, Mazumdar S, Houck PR, Counihan PJ, et al. Telephone-delivered collaborative care for treating post-CABG depression: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2009; 302(19):2095-103.
13. Pignay-Demaria V, Lespérance F, Demaria RG, Frasure-Smith N, Perrault LP. Depression and anxiety and outcomes of coronary artery bypass surgery. *Ann Thorac Surg*. 2003; 75(1):314-21.
14. Hawkes AL, Nowak M, Bidstrup B, Speare R. Outcomes of coronary artery bypass graft surgery. *Vasc Health Risk manag*. 2006; 2(4):477 -84.
15. Gelder M, Mayou R, Geddes J. *Psychiatry, 3rd oxford core text*. 2007. p. 267-8.
16. S, Sayadi N, Gheibizadeh M. [Comparison of QOL before and after open heart surgery]. *Sci J*

Zahedan Univ Med Sci. 2011; 13(7): 1-3. Persian

17. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Social science & medicine*. 1991; 32(6):705-14.

18. Kaviani H, Mousavi A. [Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI)]. *Tehran University Medical Journal*. 2008; 66(2): 136-40. Persian

19. Rajabi Gh, Atari Y, Haghghi J. [Factor analysis of Beck Depression Inventory (II) among male student of Chamran University in Ahvaz]. *Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences of Chamran University*. 2001; 8 (3, 4): 49-66. Persian

20. Khosfi H, Monirpour N, Birashk B, Peghambari M. [Comparison of character criteria, stressor events and social support in coronary artery patients and healthy people]. *Contemporary Psychology*. 2002, 2(1): 41-47. Persian

21. Lindsay G, Smith L, Hanlon P, Wheatley D. The influence of general health status and social support on symptomatic outcome following coronary artery bypass grafting. *Heart*. 2001; 85(1):80-6.

22. McKenzie LH, Simpson J, Stewart M. A systematic review of pre-operative predictors of post-operative depression and anxiety in individuals who have undergone coronary artery bypass graft surgery. *Psychology, health & medicine*. 2010; 15(1):74-93.

23. Oxman TE, Hull JG. Social support, depression, and activities of daily living in older heart surgery patients. *J Gerontol B: Psychol Sci Soc Sci*. 1997; 52(1): 1-14.

24. Yates BC. The relationships among social support and short-and long-term recovery outcomes in men with coronary heart disease. *Research in nursing & health*. 1995; 18(3):193-203.

25. Rantanen A, Kaunonen M, Åstedt-Kurki P, Tarkka MT. Coronary artery bypass grafting: social support for patients and their significant others. *J Clin Nurs*. 2004;13(2):158-66.

26. Sharif F, Shoul A, Janati M, Zareh N, Kajouri J. [The effect of cardiac rehabilitation in anxiety and depression among patients undergoing CABG in hospital related to Shiraz medical university]. *J Rehabil*. 2011; 12(2): 8-13. Persian

27. Sabzmakan L, Hazavehei SM, Hasanzadeh A, Rabiei K. [Effect of health education program on the depression of patients after CABG]. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2009; 11 (41): 61-68. Persian

28. Yalfani A, Nazem F, Safiarian R, Jargeh M. [The Effects of Exercise Cardiac Rehabilitation on Anxiety, Depression and Quality of Life in Coronary Artery Bypass Grafting Patients]. *Sci J Hamadan Univ Med Sci*. 2012; 19 (1): 39-44. Persian

Relationship between Perceived Social Support and Pre/ post-operation Anxiety and Depression in Patients undergoing CABG

¹*Khatibi NKH. MS

²AhmadiKoumeleh S. MS

³Mamianloo H. MS

⁴AbbasiAbyaneh N. MS

Abstract

Background & Aim: Providing protection strategies against depression or anxiety after coronary artery bypass surgery has been recommend by different studies. Accordingly this study was conducted to investigate the relationship between perceived social support and depression and anxiety before and after surgery in patients undergoing coronary artery bypass graft in 2012.

Material & Methods: This cross-sectional study was performed through convenience sampling with 105 patients undergoing coronary artery bypass graft admitted to the Dr. Lavasani hospital in 2012. After completing the perceived social support, anxiety and depression questionnaires, patients were assigned to three groups (low, medium and high social support); then One week after surgery, patients were again asked to complete questionnaires for depression and anxiety. Data were analyzed by descriptive and inferential statistical (chi-square, t-test and ANOVA) using SPSS-PC (v. 16).

Results: The majority of patients were male (55.2%) and married (83%). The mean score of perceived social support was 57.49, the mean score of pre and post- operative depression was 13.62 ± 6 , 16.97 ± 7.88 respectively and the mean score of pre and post-operative anxiety was 21.8 ± 8.95 , 17.79 ± 7.49 respectively. There was a statistically significant difference between the three groups of patients (low, medium and high perceived social support) in terms of depression and anxiety ($P < 0.000$). In other words, the mean depression and anxiety in patients with low perceived social support was higher than the other two groups.

Conclusion: There was a statistically significant relationship between perceived social support and depression and anxiety in patient undergoing coronary artery bypass grafts. Accordingly it seems crucial to recognize and improve these patients' social support resources.

Key words: Anxiety, Depression, Perceived social support, Coronary artery bypass graft

Received: 18 Jul 2013

Accepted: 19 Oct 2013

¹ Master in Psychiatric Nursing, Faculty member, Azad University, Tehran Medical Branch, Tehran, Iran
(*Corresponding author). Tel: +98 (0) 9122092440 Email: khatibi.haleh@gmail.com

² Master in Medical-surgical Nursing, Lecturer, Azad University, Tehran Medical Branch, Tehran, Iran

³ Master in Pediatric Nursing, Faculty member, Azad University, Tehran Medical Branch, Tehran, Iran

⁴ Master in Medical-surgical Nursing, Faculty member, Azad University, Tehran Medical Branch, Tehran, Iran