

بررسی شدت افسردگی بر اساس مقیاس افسردگی بیماران قلبی (CDS) در بیماران قلبی - عروقی بستری در بیمارستان قلب رشت

*دکتر سمیه شکرگزار (MD) - معصومه الهی (MA) - دکتر رضا احمدی (MD) - دکتر جلال خیرخواه (MD) - دکتر محبوبه موروئی (MD)^۱

^۲نویسنده مسئول: گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

پست الکترونیک: dr.shokrgozar@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۹۲/۱۱/۲۰ تاریخ پذیرش: ۹۳/۰۵/۰۵

چکیده

مقدمه: بیماری‌های قلبی نوعی بیماری روان-تنی هستند و مشکل روانی می‌تواند به صورت مستقیم یا غیرمستقیم نقش بنیادین در آغاز، تشدید و پیش‌آگهی این بیماری‌ها داشته باشد. از این رو تعیین شدت افسردگی برای کاهش حمله قلبی و بهبود کیفیت زندگی اهمیت دارد.

هدف: بررسی شیوع و شدت افسردگی در مبتلایان به بیماری قلبی - عروقی بستری در بیمارستان قلب رشت در سال ۱۳۹۲

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی - مقطعی در ۱۰۸ بیمار قلبی - عروقی بستری در بیمارستان قلب حشمت رشت در سه ماهه دوم سال ۱۳۹۲ که به روش سرشماری و آسان انتخاب شده بودند، انجام و برای سنجش افسردگی، از مقیاس افسردگی بیماران قلبی استفاده شد. اطلاعات جمع‌آوری شده با آزمون‌های آماری و نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: میانگین سنی بیماران (۱۳/۱۷ ± ۵۹/۸۲) سال بود. از ۱۰۸ شرکت‌کننده در این مطالعه، ۷۲ نفر (۶۶/۶٪) مرد و ۳۶ نفر (۳۳/۳٪) زن بودند. ۳۱/۵٪ شرکت‌کنندگان بدون افسردگی و ۸/۳٪ دچار افسردگی خفیف تا متوسط و ۶۵٪ نفر (۶۰/۲٪) دچار افسردگی شدید بودند. نتایج نشان داد رابطه معنی‌داری بین جنس و شدت افسردگی وجود ندارد (P=۰/۳۰۲). همچنین، آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین داده‌های سنی و شدت افسردگی نیز رابطه آماری معنی‌دار وجود ندارد (P=۰/۷۲۹).

نتیجه‌گیری: با توجه به شیوع بالای افسردگی در بیماران قلبی و عروقی، غربالگری و ارزیابی روانی در این بیماران اهمیت زیادی دارد.

کلید واژه‌ها: افسردگی / بیماران بستری / بیماری‌های قلب و عروق

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره بیست و چهارم، ویژه‌نامه قلب، صفحات: ۹-۱۵

مقدمه

افسردگی یک مشکل روانی شایع بوده و نزدیک ۲۰٪ افراد هر جامعه ممکن است یک یا چند مورد از علائم افسردگی را داشته باشند. از طرفی ثابت شده که مشکل قلبی بویژه بیماری‌های کرونری، علت بنیادی مرگ در جهان است (۱و۲). سن شروع بیماری قلبی - عروقی در حال کاهش است و حدود یک سوم مرگ و میرهایی که بعد از ۳۵ سالگی روی می‌دهد، ناشی از بیماری‌های قلبی - عروقی است (۳).

بروز افسردگی در بیماران با مشکلات کرونری بویژه بیمارانی که پیوند رگی شده یا سکتة قلبی کرده‌اند، نیز نسبت به جامعه بالاتر گزارش می‌شود، به طوری که ۲۵٪ مبتلایان به بیماری کرونری، تمام سنججه‌های لازم برای تشخیص افسردگی ماژور را دارند. با در نظر گرفتن این واقعیت که بیماری‌های قلبی - عروقی می‌تواند روان - تنی باشد، عوامل روانشناختی قادر است به صورت مستقیم یا غیرمستقیم نقش اساسی در تشدید و پیش‌آگهی این بیماری‌ها داشته باشد. (۴) بدین صورت که تمایل کمتر به رعایت دستور بهداشتی، کاهش مصرف داروها و پذیرش درمانی، باعث افزایش خطر حوادث قلبی در این بیماران می‌شود (۵).

در ۴۰ سال گذشته بیش از ۶۰ مطالعه آینده‌نگر ارتباط بین افسردگی و بیماری قلبی - عروقی را بررسی کرده‌اند. براساس نتایج آنها افسردگی سه برابر بیش از جمعیت عمومی پس از سکتة قلبی دیده می‌شود. (۶و۷) در ایران شیوع افسردگی در بیماران کرونری ۷۰٪ نشان داده شده است (۹). مطالعه بیانی و همکاران (۱۰) شیوع افسردگی را با استفاده از پرسشنامه افسردگی همیلتون در ۲۳۸ بیمار قلبی ۴۲/۱٪ و مطالعه قلعه‌ای‌ها و همکاران (۱۱) بر ۳۶۰ بیمار با سندرم کرونری با

افسردگی یک مشکل روانی شایع بوده و نزدیک ۲۰٪ افراد هر جامعه ممکن است یک یا چند مورد از علائم افسردگی را داشته باشند. از طرفی ثابت شده که مشکل قلبی بویژه بیماری‌های کرونری، علت بنیادی مرگ در جهان است (۱و۲). سن شروع بیماری قلبی - عروقی در حال کاهش است و حدود یک سوم مرگ و میرهایی که بعد از ۳۵ سالگی روی می‌دهد، ناشی از بیماری‌های قلبی - عروقی است (۳).

بروز افسردگی در بیماران با مشکلات کرونری بویژه بیمارانی که پیوند رگی شده یا سکتة قلبی کرده‌اند، نیز نسبت به جامعه بالاتر گزارش می‌شود، به طوری که ۲۵٪ مبتلایان به بیماری کرونری، تمام سنججه‌های لازم برای تشخیص افسردگی ماژور را دارند. با در نظر گرفتن این واقعیت که بیماری‌های قلبی - عروقی می‌تواند روان - تنی باشد، عوامل روانشناختی قادر

۱. گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

۲. گروه قلب و عروق، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران ۹

پرسشنامه SCL-90، ۶۶/۶٪ گزارش کرده‌اند.

با توجه به تاثیر مستقیم یا غیرمستقیم افسردگی بر پیش‌آگهی بیماری قلبی، غربالگری و درمان افسردگی در این بیماران بسیار بایسته است. از طرف دیگر در ایران مطالعه بر بیماران قلبی برای بررسی شیوع و بخصوص شدت افسردگی، کم و پراکنده بوده و از پرسشنامه CDS نیز استفاده نشده است، این مطالعه با استفاده از پرسشنامه CDS، برای دستیابی واقعی‌تر به علائم و شدت افسردگی در مبتلایان به بیماری‌های قلبی-عروقی طراحی و انجام شده است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه با استفاده از پرسشنامه CDS، برای دستیابی واقعی‌تر به علائم و شدت افسردگی در مبتلایان به بیماری قلبی طراحی شده است. در این پژوهش مقطعی-توصیفی، بیماران دچار بیماری قلبی و بستری در بیمارستان قلب دکتر حشمت رشت، از تاریخ ۱۷ مرداد تا ۲۷ شهریور سال ۱۳۹۲ وارد مطالعه شدند و همه بیماران بستری در این مدت ۱۵۰ نفر بودند. تشخیص بیماری‌های قلبی شامل بیماری‌های دریچه‌ای، اختلال ریتم قلب، نارسایی قلبی-ریوی، جراحی و ایسکمی قلب براساس تشخیص متخصص قلب همکار در طرح انجام شد. حجم نمونه بر اساس فرمول حجم نمونه کوکران و مطالعات پیشین در ایران (۱۲) به روش نمونه‌گیری آسان و در دسترس تا پر شدن حجم نمونه انتخاب شد، گفتنی است که بیماران بستری در بخش ICU با توجه به شدت بیماری جسمی و ناتوانی شرکت در مطالعه، از پژوهش حذف شدند. ۱۲۰ بیمار بعد از پرکردن رضایت‌نامه وارد مطالعه شدند. ۱۲ بیمار به علت سابقه بیماری روانی مازور قلبی (بیماری دوقطبی، اسکیزوفرنی و اختلال وابستگی به مواد) بر اساس مصاحبه انجام شده توسط دستیار روانپزشکی از مطالعه خارج شدند. سرانجام ۱۰۸ بیمار وارد مطالعه شدند. در ابتدا هدف طرح برای همه بیماران توضیح داده شد، سپس پرسشنامه دموگرافی شامل سن، جنس، مدت بستری، بخشی که بیمار در آن بستری بود، تحصیل و شغل بیماران دموگرافی (شامل سن، جنس، مدت بستری، بخش بستری، تحصیلات و شغل) تکمیل شد و کلیه بیماران، پرسشنامه CDS را پر کردند

(قابل ذکر است با توجه به مشکلاتی که بیماران برای پر کردن پرسشنامه داشتند از قبیل مشکل بینایی، بی‌سوادی و...، پرسشنامه‌ها با حضور و کمک دستیار روانپزشکی انجام شد). تحلیل داده‌های این پژوهش، با نرم‌افزار spss، ویرایش ۱۶ و شاخص‌های توصیفی، T-test و همبستگی پیرسون انجام شد. ابزار گوناگونی برای ارزیابی افسردگی در بیماران قلبی وجود دارند که یکی از این ابزارها CDS (Cardiac Depression Scale) است. CDS ابزاری مخصوص با حساسیت بیشتر برای سنجش افسردگی در بیماران قلبی بخصوص نوع خفیف آن است. پرسشنامه مقیاس افسردگی قلبی (CDS = Cardiac Depression Scale): مقیاسی خاص برای سنجش افسردگی در بیماران قلبی است. این مقیاس نسبت به سایر مقیاس‌های به کار رفته در انواع مطالعات، در جامعه بیماران قلبی حساس‌تر و پاسخگوتر است (۱۳). این پرسشنامه از ۲۶ پرسش تشکیل شده که هر سوال بر اساس مقیاس لیکرت از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۷ (کاملاً موافق) طراحی شده است. پرسشنامه علاوه بر نمره کل، به بررسی ۶ زیر مولفه می‌پردازد که شامل خلق، لذت نبودن، شناخت، ترس، خواب و خودکشی است. نمره ۹۰ که نشانگر افراد سالم، ۹۹-۹۱ افسردگی خفیف تا متوسط و ≥ 100 افسردگی شدید است. روایی و اعتبار این ابزار در مطالعات مختلف، خوب و عالی گزارش شده است و در ایران نیز نتایج پژوهش قلبی‌زاده و همکاران (۱۴) بر بیماران بستری در مرکز قلب تبریز، نشان داد که این ابزار، روایی خوب تا عالی در سنجش شدت افسردگی در بیماران قلبی دارد (با آلفا کرونباخ ۰/۸۸، حساسیت ۰/۸۵، ویژگی ۰/۶۱).

نتایج

در این پژوهش، ۱۰۸ بیمار ۸۴-۲۸ ساله دچار بیماری‌های قلبی بررسی شدند که ۳۶ نفر زن (۳۳/۳٪) و ۷۲ نفر مرد (۶۶/۶٪) با میانگین سنی (۱۳/۱۷ ± ۵۹/۸۲) سالگی بودند. از این تعداد، ۶۰ نفر (۵۵/۶٪) دچار بیماری ایسکمی، (۴/۶٪) بیماری دریچه‌ای، (۷/۴٪) نارسایی قلبی، (۱۰/۲٪) اختلال ریتم قلبی، (۱۵/۷٪) جراحی و (۶/۵٪) بیماری‌های قلبی-ریوی بودند. نتایج، همچنین حاکی از آن بود که ۳۱/۵ درصد سالم،

۸/۳ درصد بیماران افسردگی شدید داشتند (۶۵ نفر). همان‌طور که در جدول ۱ دیده می‌شود، رابطه معنی‌دار بین جنس و شدت افسردگی وجود نداشت ($P=0/302$). همچنین، با توجه به رده‌بندی سنی مندرج در جدول، آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین داده‌های سنی و شدت افسردگی نیز همبستگی آماری معنی‌دار وجود ندارد ($P=0/921$). در ارتباط با سایر متغیرهای دموگرافی مانند، روزهای بستری ($P=0/925$)، تشخیص‌های خاص بیماری‌های قلبی

میزان تحصیلات ($P=0/86$)، میزان شاغل بودن بیماران در برابر غیرفعال بودن از نظر شغلی ($P=0/843$) نیز با شدت افسردگی رابطه آماری معنی‌دار نداشت (جدول ۱). در بررسی رابطه بین زیرمؤلفه‌های مرتبط با پرسشنامه CDS و شدت افسردگی در بیماران قلبی با استفاده از آزمون رابطه پیرسون مشخص شد که بین نمره کل پرسشنامه و هر یک از حیطه‌ها همبستگی مثبت یا به عبارت دیگر ارتباط معنی‌دار وجود دارد. ($P<0/05$)

جدول ۱. مقایسه متغیرهای دموگرافی در گروه بیماران افسرده (متوسط و شدید) و غیرافسرده

P-value	افراد غیر افسرده	افراد با افسردگی متوسط	افراد با افسردگی شدید	متغیر
				سن (سال)
	۹(۳۲/۱٪)	۲(۷/۱٪)	۱۷(۶۰/۷٪)	≤ ۵۰
۰/۹۲۱	۹(۳۴/۶٪)	۲(۷/۷٪)	۱۵(۵۷/۷٪)	۶۰-۵۱
	۸(۳۲/۰٪)	۱(۴/۰٪)	۱۶(۶۴/۰٪)	۷۰-۶۱
	۸(۲۷/۶٪)	۴(۱۳/۸٪)	۱۷(۵۸/۶٪)	> ۷۰
				جنس
۰/۳۰۲	۲۳(۳۱/۹٪)	۸(۱۱/۱٪)	۴۱(۵۶/۹٪)	مرد
	۱۱(۳۰/۶٪)	۱(۲/۸٪)	۲۴(۶۶/۷٪)	زن
				شغل
۰/۸۴۳	۱۹(۳۰/۲٪)	۶(۹/۵٪)	۳۸(۶۰/۳٪)	شاغل
	۱۵(۳۳/۳٪)	۳(۶/۷٪)	۲۷(۶۰/۳۰٪)	بیکار
				تحصیلات
۰/۸۶	۲۹(۳۱/۵٪)	۷(۷/۶٪)	۵۶(۶۰/۹٪)	دیپلم و زیردیپلم
	۵(۳۳/۳٪)	۲(۱۳/۳٪)	۹(۵۳/۴٪)	بالای دیپلم
				بیماری قلبی
۰/۴۸۰	۱۷(۲۸/۳٪)	۷(۱۱/۷٪)	۳۶(۶۰/۰٪)	بیماری‌های ایسکمی
	-	-	۵(۱۰۰٪)	بیماری‌های دریچه‌ای
	۴(۵۰/۰٪)	۱(۱۲/۵٪)	۳(۳۷/۵٪)	نارسایی
	۲(۲۸/۶٪)	۱(۱۴/۳٪)	۴(۵۷/۱٪)	بیماری‌های قلبی-ریوی
	۶(۳۵/۳٪)	-	۱۱(۶۴/۷٪)	جراحی
	۵(۴۵/۵٪)	-	۶(۵۴/۵٪)	بیماری‌های ریتم قلبی
				بخش بستری
۰/۲۷۶	۲۹(۳۵/۸٪)	۶(۷/۴٪)	۴۶(۵۶/۸٪)	جراحی
	۵(۲۷/۸٪)	۳(۱۱/۱٪)	۱۹(۶۱/۱٪)	سی سی یو
۰/۶۰۷	۱(۲۰/۰٪)	-	۴(۸۰/۰٪)	سابقه بیماری روانی
	۳۳(۰۳۲٪)	۹(۸/۷٪)	۶۱(۵۹/۲٪)	
				روزهای بستری
۰/۹۲۵	۸(۲۵/۸٪)	۳(۹/۷٪)	۲۰(۶۴/۵٪)	۳ ≤ روز
	۱۶(۳۴/۸٪)	۴(۸/۷٪)	۲۶(۵۶/۵٪)	۴-۷ روز
	۱۰(۳۲/۳٪)	۲(۶/۵٪)	۱۹(۶۱/۳٪)	۸ ≥ روز

بحث و نتیجه گیری

از ۱۰۸ بیمار قلبی بستری شده، ۶۰/۲ درصد افسردگی شدید، ۸/۳ درصد افسردگی خفیف تا متوسط و ۶۷/۵ درصد بیماران افسردگی خفیف تا شدید) داشتند و ۳۱/۵ درصد افسردگی نداشتند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های توصیفی بسیاری (۱۲ و ۱۷-۱۴) همسو است. ولی از نظر درصد بیماران با شدت طبقه‌بندی شده افسردگی، با مطالعه موراسکا (۱۸) و همکاران که افسردگی براساس پرسشنامه سلامت بیمار-۹ (PHQ) در بیماران قلبی مراجعه‌کننده به اوژانس و بستری در بخش ارزیابی شد، افسردگی متوسط تا شدید ۱۵٪ و افسردگی خفیف ۲۶٪ برآورد شد و با مطالعه بلومنتال و همکاران (۱۹) ناهمخوان است که از پرسشنامه مقیاس افسردگی مرکز مطالعات اپیدمیولوژی CES-D در ارزیابی بیمارانی که تحت CABG قرار گرفته بودند، استفاده شده بود که ۲۶٪ بیماران دچار افسردگی خفیف و ۱۲٪ افسردگی متوسط تا شدید داشتند.

وجود یک یا بیش از یک نشانه، بر شدت اختلال افسردگی در بیماران قلبی، تاثیر بسیار زیادی دارد. همچنین، در نظر گرفتن این نکته می‌تواند از یک سو، بر فرآیند سنجش و استفاده از ابزارهای خاصی که با حساسیت بالایی به بررسی شدت افسردگی در بیماران قلبی می‌پردازد و از سوی دیگر با در نظر داشتن اثر آن بر روند درمان، تاثیر بگذارد.

مطابق یافته‌های این پژوهش، از زیر مؤلفه‌های مرتبط با افسردگی براساس پرسشنامه (CDS)، لذت نبودن $9/09 \pm$ و ترس $25/05 \pm 7/4$ نسبت به سایر زیرمؤلفه‌ها امتیاز بیشتری گرفت، یافته فعلی با نتایج مطالعه فراژنر اسمیت و همکاران (۲۰) که نگرش منفی را عامل مهمی در افزایش مرگ‌ومیر دانسته، همخوان است. با توجه به نتایج ما و مطالعه قلبی، می‌توان بررسی نگرش ناسالم بیماران را در نظر گرفت و با کاهش شدت زیرمؤلفه‌های نامبرده، شدت افسردگی را کاهش داد.

در این مطالعه، بین رده‌های سنی و شدت افسردگی ارتباط معنی‌دار بدست نیامد. یافته‌ها در این بخش با نتایج مطالعه بیانی و همکاران که در مراجعان به درمانگاه قلب و عروق که افسردگی در آنها با معیار اضطراب و افسردگی بیمارستانی

ارزیابی شده بود (۱۲) و صفایی و همکاران (۱) که بر بیماران کرونری بستری در بیمارستان، توسط پرسشنامه بک (BDI) انجام شده بود، ناهمخوان بوده ولی با مطالعه مدبر آراسته (۲۱) که شیوع افسردگی را بر بیماران قلبی بستری و مقایسه آن با بیماران دچار کاتاراکت، همسو است.

بین جنس، تحصیلات و شغل بیماران و شدت افسردگی نیز ارتباط آماری معنی‌دار وجود نداشت که با نتیجه مطالعه مدبر آراسته (۲۱) همسو بود ولی با یافته‌های صفایی و همکاران (۱) و مطالعه کوهورت فراژنر اسمیت و همکاران (۲۰) براساس پرسشنامه بک (BDI) ناهمخوان است.

در بیماران مرد مورد مطالعه ۳۱/۹ درصد سالم، ۱۱/۱ درصد افسردگی خفیف تا متوسط و ۵۶/۹ درصد افسردگی شدید و در مقابل در بیماران زن، ۳۰/۶ درصد سالم، ۲/۸ درصد افسردگی خفیف تا متوسط و ۶۶/۷ درصد افسردگی شدید داشتند. این یافته با نتیجه مطالعه مروری رات‌لج و همکاران (۲۲) و صفایی و همکاران (۱) همسو است.

بیشتر مطالعات از پرسشنامه‌های رایج روانپزشکی برای سنجش شدت افسردگی استفاده کرده‌اند در حالی که در مطالعه ما از پرسشنامه‌ای که حساسیت بالایی در سنجش شدت افسردگی در بیماران قلبی (CDS) دارد استفاده شد. بنابراین، پژوهش‌های آتی می‌توانند در این زمینه یعنی استفاده از پرسشنامه (CDS) و عوامل‌های مذکور، داده‌های بیشتری بدست دهند. چون در این پژوهش، تنها بررسی شدت افسردگی و علائم آن، دلخواه بود، با توجه به حجم نمونه پیشنهاد می‌شود که در آینده پژوهش‌های مشابه با نمونه بیشتر در دو جنس و مداخله دارویی و روان‌درمانی حمایتی در دوران بستری و ادامه درمان‌های روانپزشکی پس از ترخیص از بیمارستان با پیگیری طولانی‌تر در دوره‌های زمانی گوناگون انجام شود تا از این راه، بتوان به نتایج کاربردی‌تر و موثرتری در درمان و تشخیص شدت افسردگی دست یافت. پژوهش‌های بعدی می‌توانند به بررسی شدت اضطراب و علائم مرتبط با آن و ارتباط این دو با راهکارهای مقابله‌ای بیماران قلبی بپردازند.

از محدودیت‌های این پژوهش این بود که، بیماران سرپایی قلبی مراجعه‌کننده به مرکز حشمت در این مدت بررسی

بتوان با تشخیص درست و به هنگام موجب تسریع بهبود و بهتر شدن کیفیت زندگی آنان شد و نقش کاردیولوژیست‌ها با تشخیص اولیه و ارجاع به موقع این بیماران، حیاتی بشمار می‌آید.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از ریاست بیمارستان حشمت و مدیریت پرستاری این مرکز که در انجام این طرح ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌کنیم. نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

نشدند. با توجه به این که بیماران بستری، بیماری قلبی شدیدتری دارند، ممکن است، افسردگی نیز در آنها بیشتر و شدیدتر باشد و در نتیجه نمی‌توان آن را براحتی به همه بیماران قلبی - عروقی گسترش داد.

با توجه به شیوع بالای افسردگی در بیماران قلبی مورد مطالعه و آثار منفی آن بر پیش‌آگهی این بیماری و افزایش احتمال مرگ‌ومیر، به نظر می‌رسد غربالگری اختلال افسردگی و بررسی شدت آن در بیماران با بیماری‌های قلبی بایسته بوده تا

منابع

- Sorensenf C, Friis-Hasché E, Haghfelt T, Bech P. Postmyocardial infarction mortality in relation to depression: a systematic critical review. *Psychosom* 2005; 74: 69-80.
- Van-Melle JP, De-Jonge P, Spijkerman TA, Tijssen JG, Ormel J, Van-Veldhuisen DJ, et al. Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a metaanalysis. *Psychosom Med* 2004; 66:814-822.
- Samavat T, Hojjatzadeh A. Knowledges about the heart attack and cerebral stroke. Ministry of health and Medical Education, Deputy of health and management of diseases. Tehran; Seda Publishing, 2005. [Text in Persian]
- Modabber-Arasteh M. Comparison of the prevalence and intensity of depression in patients admitted after acute coronary syndrome and patient with cataract. *J Fundamentals of Mental Health* 2008; 10: 128-148. . [Text in Persian]
- Kiropoulos J, Meredith I, Tonkin A, Clarke D, Antonis P, Plunkett J. Psychometric properties of the cardiac depression scale in patients with coronary heart disease. *BMC Psychiatry* 2012; 12: 216.
- Wulsin LR, Singal BM. Do depressive symptoms increase the risk for the onset of coronary disease? A systematic quantitative review. *Psychosom Med* 2003; 65: 201-210.
- US Preventive Services Task Force. Screening for Depression: Recommendations and Rationale. Rockville; Agency for Healthcare Research and Quality, 2002.
- Carney RM, Blumenthal JA, Stein PK, Watkins L, Catellier D, Berkman LF, et al. Depression, heart rate variability, and acute myocardial infarction. *Circulation* 2001; 104: 2024-2028.
- Modabbernia B, Tehrani M, Fallahi H, Shirazi M, Modabbernia A. Prevalence of depressive disorders in Rasht, Iran: A community based study. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2008; 4(1): 2. [Text in Persian]
- Bayani B, Yousefi Sh, Bayani M, Shirmohammadi M, Alimoradi A, Falsoleiman H, et al. Depression and Anxiety in a cardiovascular outpatient clinical: A descriptive study. *Iran J Psychiatry* 2011; 6: 125-127.
- Ghaleheiha A, Emami F, Naghsh-Tabrizi B, Ali-Hasani R. A survey on the frequency depression and anxiety in the patients with acute coronary syndrome, Ekbatan hospital, of Hamedan city. *Scientific Journal of Hamadan University of Medical Sciences and Health* 2011; 17(4): 43-49. [Text in Persian]
- Safaie N, Jodati AR, Raoofi M, Khalili M. Depression in coronary Artery Disease. *Journal of Cardiovascular and Thoracic Research* 2012; 4(3): 77-79. [Text in Persian]
- Astin F, Jones K, Thompson DR. Prevalence and patterns of anxiety and depression in patients undergoing elective percutaneous transluminal coronary angioplasty. *Heart and Lung* 2005; 34(6): 393-401.
- Gholizadeh L, Salamonson Y, Davidson M, Parvan K, Frost SA, Chang S, et al. Cross-cultural validation of the Cardiac Depression Scale in Iran. *British Journal of Clinical Psychology* 2010; 49: 517-528.
- Di Benedetto M, Lindner H, Hare DL, Kent S. Depression following acute coronary syndromes: a comparison between the Cardiac Depression Scale and the Beck Depression Inventory II. *J Psychosom Res* 2006; 60:13-20
- Farcas AD, Nastasa LE. Coping in patients with heart failure. *Bulletin of the Transylvania University of Brasov* 2011; 4(5): 65-72.
- Gonzalez MB, Syderman TB, Colket JT, Arias RM, Jiang JN, O'connor CM, et al. Depression in patients with coronary artery disease. *Depression* 1996; 4: 57-62.
- Moraska AR, Chamberlain AM, Shan ND, Rummans TA, Dunlay ShM, Spertus JA, et al. Depression, Health care utilization, and Death in Heart Failure: A community study. *Circulation Heart Failure* 2013; 6: 387-394.

19. Blumenthal J, Lett HS, Babyak MA, White W, Smith PK, Mark DB, et al. Depression as a risk factor for mortality after coronary artery bypass surgery. *The Lancet* 2003; 362 (9384): 604-609.

20. Frasure-Smith N, Lesperance F. Depression and other psychological risks following myocardial infarction. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60(6): 627-636.

21. Modabber-Arasteh M. Comparison of the prevalence and intensity of depression in patients admitted after acute coronary syndrome and patients with cataract. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2008; 10(38): 141-148.

22. Rugulies R. Depression as a predictor for coronary heart disease: a review and meta-analysis. *Am J Prev Med* 2002;23:51- 61.

Severity of Depression in Hospitalized Patients with Cardiovascular Diseases by Cardiac Depression Scale (CDS)

* Shokrgozar S(MD)¹- Allahi M (MA)¹- Ahmadi R (MD)¹- Khairkhah J (MD)²- Moorosi M (MD)¹

*Corresponding Address: Department of Psychiatry, School of Medical Sciences, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

Email: dr.shokrgozar@yahoo.com

Received: 09 Feb/2014 Accepted: 27 Jul/2014

Abstract

Introduction: Heart disease is a kind of psychosomatic diseases. Psychological problems plays an essential role in severity, prognosis and outcome. It is important to identify the severity of depression in order to decrease heart attack and improve the quality of life. This study examined the prevalence of depression, in hospitalized patients with cardiovascular diseases.

Objective: Survey of prevalence and severity of depression, in hospitalized patients with cardiovascular diseases in the Rasht Cardiovascular Hospital in 1392.

Materials and Methods: This cross-sectional descriptive study was conducted on 108 cardiovascular hospitalized patients that were chosen by consecutive sampling. Cardiac Depression Scale (CDS) was used to asses depression in cardio-vascular patients. The collected data were analyzed using statistical tests by SPSS 16

Results: The average age was (59.82 ± 13.17) . From 108 participants in this study, 72 (66.6%) were male and 36 (33.3%) female. 31.5% of participants had no depression and 8.3% suffering from moderate depression and the number of participants suffering from severe depression included 65 people (60.2%). The results showed no significant relationship between gender and severity of depression ($p=0.302$). Also, the Pearson correlation test did not show a significant relationship between age and severity of depression ($p=0.729$).

Conclusion: According to high prevalence of depression, psychological evaluation and screening of cardiovascular patients is necessary.

Conflict of interest: non declared

Keywords: cardiovascular Diseases/ Depression/ Inpatients

Journal of Guilan University of Medical Sciences, Supplement 2, 2015, Pages:9- 15

Please cite this article as: Shokrgozar S, Allahi M, Ahmadi R, Khairkhah J, Moorosi M. Severity of Depression in Hospitalized Patients with Cardiovascular Diseases by Cardiac Depression Scale (CDS). J of Guilan University of Med Sci 2015; 24 Supplement 2):9-15[Text in Persian]

1. Department of Psychiatry, School of Medical Sciences, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran
2. Department of Cardiovascular, School of Medical Sciences, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran