

بررسی ارتباط افسردگی با بیماری‌های ایسکمیک قلبی و عوامل خطر آن در بیماران مراجعه کننده به درمانگاه تخصصی قلب و عروق شهرستان سقز

جهانگیر رضایی^۱، هاله رشادی^۲، نادر سالاری^۳، پرشنگ شریفی سقزی^۴، توحید بابازاده^۵، حسن محمودی^{۶*}

۱. مربی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
۳. استادیار، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
۴. کارشناس پرستاری، بیمارستان امام خمینی سقز، سقز، ایران
۵. دانشجوی دکتری تخصصی آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۶. (*نویسنده مسئول) دانشجوی دکتری تخصصی آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
پست الکترونیکی: mahmoodihassan115@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف:

افسردگی بیماری متداول همراه بیماری‌های قلبی عروقی است. از طرفی دیگر، افسردگی می‌تواند در ارتباط با ریسک فاکتورهای بیماری ایسکمیک قلبی عروقی مانند عدم فعالیت فیزیکی، سیگار کشیدن، سوء مصرف الکل، پرفشاری خون، دیابت و هایپرلیپیدمی نیز باشد. پژوهش حاضر باهدف بررسی ارتباط افسردگی با بیماری‌های ایسکمیک قلبی و عوامل خطر آن انجام شده است.

مواد و روش‌ها:

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی است. نمونه‌های پژوهش شامل ۲۰۰ نفر از افراد دارای بیماری‌های ایسکمیک (۱۰۰ نفر) و غیر ایسکمیک قلبی (۱۰۰ نفر) بودند که در خرداد سال ۹۴ به درمانگاه تخصصی قلب و عروق شهرستان سقز مراجعه نموده بودند. ابزار پژوهش شامل ۲ پرسشنامه: مشخصات جمعیت‌شناختی و پرسشنامه افسردگی بک بود. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی و درصد) و استنباطی (کای دو) در نرم افزار SPSS ویرایش ۱۶ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها:

یافته‌های پژوهش نشان داد که زنان در مقایسه با مردان در مجموع از میزان افسردگی بیشتری رنج می‌بردند ($p < 0.05$) و هیچ‌کدام از عوامل خطر بیماری‌های ایسکمیک در دو گروه به‌جز سیگار کشیدن در گروه ایسکمیک ($p < 0.003$) با افسردگی رابطه معنی‌داری نداشت.

نتیجه‌گیری:

افسردگی در میان افراد دارای بیماری‌های ایسکمیک قلبی بیشتر از افراد فاقد آن بود و افسردگی تنها با عامل خطر سیگار کشیدن رابطه معنی‌داری داشت و با توجه به نتایج به دست آمده به نظر می‌رسد که از نظر بالینی نیاز به غربالگری افسردگی و مشاوره روان‌پزشکی در مبتلایان به بیماری‌های ایسکمیک قلبی و فاقد آن ضروری باشد.

کلمات کلیدی:

افسردگی؛ بیماری کرونری قلب؛ ایسکمی میوکارد؛ عوامل خطر

مقدمه

بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۰)، مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی در سال ۲۰۱۵ به بیش از ۲۰ میلیون نفر خواهد رسید (Bhupathy, et al., 2010) و در میان بیماری‌های قلب و عروق، بیماری‌های ایسکمیک قلب نیز بیشترین مرگ، ناتوانی و بار مالی را نسبت به سایر بیماری‌ها ایجاد می‌کند و تا سال ۲۰۲۰ به شایع‌ترین عامل مرگ تبدیل خواهد شد (Winkleby, et al., 1992). افسردگی بیماری متداول همراه بیماری‌های قلبی عروقی است (Carney, et al., 2002). از هر پنج نفر که به تازگی تشخیص بیماری‌های قلبی عروقی برای آن‌ها مطرح شده است یک نفر مبتلا به افسردگی ماژور و از هر پنج نفر بعد از سکته قلبی نیز یک نفر دارای افسردگی مینور است (Glassman and Shapiro, 1998). از طرفی دیگر، افسردگی می‌تواند در ارتباط با ریسک فاکتورهای بیماری ایسکمیک قلبی عروقی مانند عدم فعالیت فیزیکی، سیگار کشیدن، سوء مصرف الکل، پرفشاری خون، دیابت و هیپرلیپیدمی نیز باشد (Carney, et al., 2001, Carney, et al., 2002, Strine, et al., 2008).

قرن‌ها است که افسردگی به عنوان یک مشکل روان‌شناختی در زندگی انسان شناخته شده است (Sadock, et al., 2009). این اختلال شایع روانی باعث ناتوانی شدید شده و تأثیر زیادی بر روی افراد، خانواده‌ها و جوامع داشته است (Meng, et al., 2012). افسردگی یکی از شایع‌ترین بیماری‌های ناتوان کننده در کشورهای مختلف می‌باشد (Begg, et al., 2007)، به‌طوری که مطالعات همه‌گیرشناختی نشان می‌دهد که اختلال افسردگی یکی از پرهزینه‌ترین بیماری‌ها است و مبتلایان به این اختلال به‌طور تقریبی ۲۷ بار بیشتر از افراد سالم با نقص و ناتوانی در انجام وظایف مواجه می‌شوند (Kendler, et al., 2014). مطالعات جداگانه‌ای پیرامون ارتباط افسردگی با برخی از عوامل خطر بیماری‌های ایسکمیک قلبی در ایران انجام شده است (Kalantari, et al., 2014, Araghchian M, et al., 2010). مطالعه‌ای که به بررسی ارتباط افسردگی با هر یک از عوامل خطر بیماری‌های ایسکمیک و مقایسه میان افراد مبتلا و فاقد

این بیماری را انجام داده باشد یافت نشد. از آنجائی که غربالگری افسردگی در میان بیماران قلبی عروقی و عوامل خطر آن‌ها در بخش‌های چون درمانگاه‌ها و بخش‌های بستری در بیمارستان‌ها مورد توجه قرار نمی‌گیرد گروه پژوهش بر آن شد تا به بررسی ارتباط افسردگی با عوامل خطر بیماری‌های ایسکمیک قلبی در میان افراد دارای بیماری‌های ایسکمیک قلبی و فاقد آن بپردازند.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه مقطعی توصیفی-تحلیلی، ۲۰۰ نفر از بیماران مراجعه کننده به درمانگاه تخصصی قلب و عروق شهرستان سقز در سال ۱۳۹۴ در دو گروه مبتلا به بیماری‌های ایسکمیک قلبی و فاقد آن با معیارهای ورود از قبیل: ابتلا به بیماری ایسکمیک قلبی با تشخیص متخصص قلب و عروق از روی پارامترهای چون نوار قلب و آنژیوگرافی، سن بالای ۳۰ سال، دارا بودن حداقل یکی از عوامل خطر بیماری‌های قلبی عروقی (پرفشاری خون، سیگاری بودن، دیابت، هیپرلیپیدمی و توده بدنی بالا) و عدم مصرف داروهای ضد افسردگی قرار داده شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه سه قسمتی بود. قسمت اول پرسشنامه مربوط به اطلاعات جمعیت شناختی شامل سن، جنس، شغل (شاغل و خانه دار) و محل سکونت (شهر و روستا) و قسمت دوم نیز برای سنجش متغیرهای عوامل خطر ساز بیماری‌های قلبی عروق از قبیل پرفشاری خون (دارا بودن پرفشاری خون سیستولیک بالای ۱۴۰ میلی متر جیوه و دیاستولیک بالای ۹۰ میلی متر جیوه) و استفاده از داروهای کنترل پرفشاری خون، دیابت نوع دو (مصرف قرص‌های کنترل دیابت و یا تزریق انسولین)، مصرف حداقل روزانه بیش از یک نخ سیگار، و مصرف قرص ضد چربی بود. قسمت سوم پرسشنامه، ابزار سنجش افسردگی بک بود. پرسشنامه افسردگی بک-II^۱ (BDI-II) جهت سنجش میزان افسردگی و یکی از معتبرترین آزمون‌های روان‌شناختی است و به اظهار متخصصان

در فرهنگ‌ها و محیط‌های گوناگون قابل استفاده بوده و اعتبار این پرسشنامه از ۷۰ تا ۹۰ درصد متغیر می‌باشد. این مقیاس دارای ۲۱ گویه چهار گزینه‌ای می‌باشد و دامنه نمرات آن از صفر تا ۶۳ است که درجات مختلف افسردگی را می‌سنجد (کسب نمره صفر تا ۹ فاقد افسردگی، نمره ۱۰ تا ۱۹ افسردگی خفیف، نمره ۲۰ تا ۲۹ افسردگی متوسط، نمره ۳۰ تا ۳۹ افسردگی نسبتاً شدید و نمره‌های ۴۰ تا ۶۳ افسردگی خیلی شدید) و ویژگی روان سنجی پرسشنامه افسردگی بک در ایران به این شرح است: ضریب آلفا ۰/۹۱؛ ضریب همبستگی میان دو نیمه ۰/۸۹؛ ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۴ (Dohrenwend and Schwartz, 1995). در مطالعه حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ نیز ۰/۹۲ برآورد گردید. پژوهشگر پس از کسب اجازه از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه با کد ۵۶ و ارائه مجوز اجرای مطالعه به مسئولین درمانگاه تخصصی قلب شهرستان سقز و با معرفی خود به واحدهای مورد پژوهش و بیان هدف از انجام تحقیق و اطمینان به آن‌ها جهت محرمانه ماندن اطلاعات، داده‌ها از طریق خود گزارش‌دهی و مصاحبه جمع‌آوری گردید. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی (فراوانی و درصد) برای متغیرهای کیفی و رتبه‌ای ارائه شدند. جهت بررسی ارتباط افسردگی با متغیرهای جمعیت‌شناختی و عوامل خطر بیماری‌های ایسکمیک بیماری‌های قلبی عروقی نیز از آزمون آمار استنباطی مربع کای و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS v.16 استفاده شد. سطح معنی‌داری $P < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه میانگین و انحراف معیار سن واحدهای مورد پژوهش $(15/2) \pm 47$ ، ۱۰۸ نفر مرد (۵۴٪)، بیش از نیمی از افراد در گروه سنی ۵۱-۳۰ سال (۵۲/۰٪)، ۱۲۵ نفر (۶۲/۵٪) از افراد متأهل و ۱۲۹ نفر (۶۴/۵٪) باسواد بودند. ۲۸ نفر (۶۸/۳٪) از زنان به افسردگی شدید مبتلا بودند که در مقایسه با مردان ۱۳ نفر (۳۱/۷٪) به صورت معنی‌داری شیوع افسردگی شدید بیشتر بود.

($P < 0/05$). افراد مجرد بیشتر از افسردگی شدید (۲۵/۳٪) و افراد متأهل (۲۸/۸٪) نیز بیشتر از افسردگی خفیف و افراد بی‌سواد (۲۵/۴٪) و باسواد (۲۷/۱٪) هم بیشتر از افسردگی خفیف رنج می‌بردند اما از لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری وجود نداشت (جدول ۱). در گروه ایسکمیک افراد بیشتر دارای افسردگی خفیف (۲۷٪) و شدید (۲۶٪) بودند و در گروه غیر ایسکمیک نیز ۲۶٪ و ۱۵٪ از افراد به ترتیب دارای افسردگی خفیف و شدید بودند اما از لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری دیده نشد ($P > 0/05$) (جدول ۲).

در گروه ایسکمیک میزان افسردگی خفیف در افراد غیر سیگاری ۲۸/۶٪ و در افراد سیگاری ۲۷٪ بود و این تفاوت از لحاظ آماری نیز معنی‌دار بود ($P < 0/05$). افسردگی شدید و خفیف در افراد دارای عامل خطر پرفشاری خون در گروه ایسکمیک به ترتیب ۲۸٪ و ۳۵٪ و در افراد مبتلا به دیابت و فاقد دیابت نیز به ترتیب ۳۶/۲٪ و ۲۷/۸٪ بود اما در هر دو عامل خطر این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($P > 0/05$). افراد دارای عامل خطر هایپرلیپیدمی در گروه ایسکمیک دارای میزان افسردگی کمتری در مقایسه با افراد فاقد آن بودند و افراد فاقد عامل خطر هایپرلیپیدمی دارای افسردگی خفیف (۳۵/۲٪) و شدید (۲۷/۴٪) بیشتری بودند. در افراد دارای توده بدنی اضافه وزن ($29/9 < BMI < 24/9$) بیشترین میزان افسردگی نیز مربوط به افسردگی خفیف (۲۶/۹٪) و افسردگی شدید (۲۵/۴٪) بود که در هر دو عامل خطر از لحاظ آماری تفاوت معنی‌دار نبود ($P > 0/05$) (جدول ۳).

در گروه غیر ایسکمیک، افراد دارای عامل خطر پرفشاری خون بیشتر از افسردگی خفیف (۲۸/۶٪) و متوسط (۱۷/۱٪) و افراد فاقد آن نیز بیشتر از افسردگی خفیف (۲۵/۴٪) و شدید (۲۰/۳٪) رنج می‌بردند که از نظر میزان افسردگی در افراد دارای عامل خطر پرفشاری خون و فاقد آن از لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. بیشترین میزان افسردگی در افراد مبتلا به دیابت مربوط به افسردگی خفیف (۲۵٪) و شدید (۱۸/۶٪) و فاقد آن افسردگی خفیف (۲۶/۵٪) و شدید (۱۳/۲٪) بود. در افراد دارای عامل خطر هایپرلیپیدمی در گروه غیر ایسکمیک بیشترین میزان افسردگی مربوط به افسردگی

می‌تواند به ابزار مورد استفاده، حجم جامعه مورد بررسی و شرایط بیماران مربوط باشد. این نتایج بیانگر این نکته هستند که تشخیص زود هنگام افسردگی چه در بیماران مبتلا به بیماری‌های ایسکمیک و فاقد آن ضروری است چرا که مطالعات نشان می‌دهد که افسردگی بعد از سکته قلبی یک ریسک فاکتور مستقل جهت افزایش مرگ و میر است (Salmon, 2007). از طرف دیگر ویژگی‌های رفتاری و اجتماعی خاص در بیماران افسرده خود می‌تواند باعث پیشرفت بیماری‌های قلبی عروقی شود. این موارد می‌تواند شامل رژیم غذایی، ورزش، تبعیت از دارو، استفاده از تنباکو و همچنین جدایی از اجتماع و استرس مزمن در زندگی باشد (Carney, et al., 2002; Thomas, et al., 2004).

در افراد پس از حمله قلبی حاد و در بیمارانی که با علائم آنژین ناپایدار قلبی و یا جهت اقداماتی چون بای پس عروق کرونری و آنژیوپلاستی در بیمارستان بستری شده‌اند میزان شیوع افسردگی به میزان ۳ برابر نسبت به عموم افراد جامعه بیشتر است. هر چند که میزان شیوع افسردگی در بیماران دارای بیماری‌های کرونری قلبی عروقی (غیر ایسکمیک) نسبت به سایر افراد جامعه به میزان قابل توجهی بالاست اما این تفاوت میزان شیوع افسردگی بیشتر در بیماران مبتلا به بیماری‌های ایسکمیک قلبی عروقی بیشتر دیده می‌شود. از طرف دیگر میزان شدت افسردگی می‌تواند وقوع رخداد های قلبی عروقی را بیشتر نماید (Frasure-Smith and Lespérance, 2005; Rugulies, 2002).

در مطالعه حاضر در گروه ایسکمیک بین سیگار کشیدن و افسردگی رابطه معنی‌داری وجود داشت. که در راستای مطالعه Boden و همکاران بود به‌طوری که در آن مطالعه افراد دارای وابستگی به نیکوتین سیگار، ۲/۱۳ برابر شانس ابتلا به افسردگی را داشتند (Boden, et al., 2010). در مطالعه طولی صورت گرفته توسط Winkleby و همکاران نیز سیگار کشیدن پیش‌گویی کننده علائم افسردگی و علائم افسردگی نیز پیش‌گویی کننده سیگار کشیدن بود (Winkleby, et al., 1992). یکی از فرضیه‌های مربوط به این ارتباط متقابل می‌تواند این باشد که افراد افسرده برای رهایی از افسردگی خود، متوسل به

خفیف (۳۱/۶٪) و متوسط (۲۱/۴٪) و در افراد فاقد آن نیز بیشترین میزان افسردگی مربوط به افسردگی خفیف (۲۴/۷٪) و شدید (۱۷/۳٪) بود. بیشترین میزان افسردگی در افراد دارای عامل خطر سیگار کشیدن مربوط به افسردگی خفیف (۲۶/۳٪) و متوسط (۱۵/۸٪) و در گروه مقابل افسردگی خفیف (۲۵/۹٪) و شدید (۱۶٪) بود. در افراد دارای توده بدنی نرمال، میزان افسردگی خفیف ۲۶/۸٪ و شدید ۱۷/۱٪ و در افراد دارای اضافه وزن نیز افسردگی خفیف ۲۴/۴٪، افسردگی متوسط ۱۳/۳٪ و ۲۸/۶٪ افراد چاق هم دارای افسردگی خفیف بودند که از لحاظ آماری میزان افسردگی در افراد دارای عامل‌های خطر ذکر شده و فاقد آن در گروه غیر ایسکمیک تفاوت آماری معنی‌داری دیده نشد ($P > 0.05$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این مطالعه بررسی ارتباط افسردگی با بیماری‌های ایسکمیک قلبی و عوامل خطر آن بود. نتایج نشان داد که افراد مبتلا به بیماری‌های ایسکمیک و فاقد آن بیشتر از افسردگی خفیف و شدید رنج می‌برند اگرچه از لحاظ آماری این تفاوت ما بین دو گروه معنی‌دار نبود اما از لحاظ بالینی می‌تواند حائز اهمیت باشد. در میان عوامل خطر بیماری‌های ایسکمیک، تنها عامل خطر سیگار با افسردگی در گروه مبتلا به بیماری‌های ایسکمیک رابطه معنی‌داری داشت و در میان متغیرهای جمعیت شناختی زنان در مقایسه با مردان بیشتر از افسردگی شدید رنج می‌بردند و از لحاظ آماری هم تفاوت معنی‌داری بین آن‌ها وجود داشت.

در این مطالعه میزان شیوع افسردگی خفیف و شدید در افراد دارای بیماری‌های ایسکمیک قلبی به ترتیب ۲۷٪ و ۲۶٪ بود که در راستای نتایج مطالعه قبلی می‌باشد که میزان افسردگی خفیف را ۲۸/۱٪ گزارش نموده بودند (Brown and Harris, 2012). در مطالعه مروری Thombs و همکاران در سال ۲۰۰۴ نیز میزان شیوع افسردگی در بیماران بعد از حمله حاد قلبی ۱۹/۸٪ گزارش شده است و در مطالعه دیگری در سال ۲۰۰۲ افسردگی خفیف و متوسط ۸۱/۵٪ و افسردگی شدید ۱۸/۵٪ بود (Zeneto and Cardiel, 2002). این تفاوت

سیگار کشیدن می‌شوند و از طرفی دیگر سیگار کشیدن منجر به افسردگی می‌شود به‌طوری که مواجهه با نیکوتین سیگار باعث آسیب مسیر عصبی شیمیایی مانند آسیب منوآمین^۱ در انتقال نوروترانسمیترها^۲ می‌شود (Dohrenwend and Salive, 1995). نتیجه مطالعه حاضر با نتایج مطالعات Hall و Salive (1994) و Hall (1993) غیرهمسو بود. به‌طوری که در مطالعه سالو و همکاران زنان با ترک سیگار چهار برابر شانس ابتلا به افسردگی داشتند در حالی که در مردان این ارتباط وجود نداشت و در مطالعه هال و همکاران نیز با جایگزین نمودن نیکوتین و کاهش وابستگی به آن تغییری در اختلال‌های رفتاری شناختی دیده نشده بود (Salive and Blazer, 1993, Hall, et al., 1994).

یافته‌های حاصل از داده‌های این مطالعه نشان داد که مابین فشار خون با افسردگی رابطه معنی‌داری وجود ندارد هر چند که بیش از نیمی از افراد دارای پرفشاری خون به ترتیب دارای رنج متفاوتی از افسردگی خفیف ۲۲/۷٪، متوسط ۱۰/۶٪، شدید ۲۸/۸٪ و خیلی شدید ۷/۶٪ بودند. اما در مطالعه سیف ربیعی و همکاران میزان شیوع افسردگی در افراد مبتلا به پرفشاری خون ۴۸/۶٪ گزارش شده بود (Araghchian M, et al., 2010). در مطالعه خیرآبادی و همکاران نیز ۵۹/۴ درصد بیماران مبتلا به فشار خون بالا و ۳۳/۵ درصد افراد غیر مبتلا دچار درجاتی از افسردگی خفیف تا شدید بودند (Kheirabadi GR, et al., 2012). همچنین نتایج مطالعه حاضر همسو با نتایج مطالعه Shinn و همکاران است به‌طوری که با بررسی ۵۰۸ بیمار مبتلا به پرفشاری خون در طی ۴ سال ارتباطی مابین افسردگی پرفشاری خون دیده نشده بود (Shinn, et al., 2001). محققان بر این باورند که رابطه افسردگی و پرفشاری خون می‌تواند یک رابطه دو سویه چند عاملی باشد که برخی از آن‌ها نقش مستعد کننده و برخی نقش حمایتی را بازی می‌کنند و شناخت دقیق این عوامل باهدف برنامه‌ریزی‌های مداخله‌ای همچنان مطالعات بیشتر و یا متدولوژی‌های قوی‌تری را می‌طلبد به‌طوری که سایر فاکتورهای تروماتیک و یا ناخوشایند در زندگی افراد و یا سایر بیماری‌های زمینه‌ای دیگر را مدنظر قرار داد (Grimsrud, 2009).

(et al., 2009). علیرغم این ناهمگونی دلایلی وجود دارد که ارتباط افسردگی و پرفشاری خون را تأیید می‌کنند. اول اینکه افسردگی و پرفشاری خون در یک عامل خطر بزرگ سهیم‌اند و آن استرس است، برای مثال وقایع استرس‌زای زندگی و فقر با فشار خون و افسردگی در ارتباط است (Brown and Harris, 2012, Dohrenwend and Schwartz, 1995, Winkleby, et al., 1992).

در این مطالعه بیشترین میزان افسردگی مربوط به افراد دارای اضافه وزن در گروه ایسکمیک بود که به ترتیب ۲۶/۹٪ افراد دارای افسردگی خفیف، ۱۳/۴٪ افسردگی متوسط، ۲۵/۴٪ افسردگی شدید و ۶/۰٪ افسردگی خیلی شدید بودند اما از لحاظ آماری میزان افسردگی با زیرگروه‌های توده بدنی هم در گروه ایسکمیک و فاقد آن ارتباط معنی‌دار آماری وجود نداشت. در مطالعه فیضی و همکاران نیز میزان افسردگی خفیف ۲۹٪، افسردگی متوسط ۲۴٪ و افسردگی شدید تقریباً ۷٪ گزارش شده بود که همسو با مطالعه حاضر بود، ولی در آن مطالعه بین شاخص توده بدنی و میزان افسردگی رابطه معنی‌دار دیده شده بود (Feizi I, et al., 2011). در اغلب مطالعات انجام شده پیرامون ارتباط توده بدنی با افسردگی رابطه معنی‌داری دیده شده است (Roberts RE, et al., 2006, Lacoursiere DY, et al., 2003). برخی از مطالعات چاقی را در بروز افسردگی مؤثر دانسته و اعلام می‌کنند که درک افراد از وضعیت بدن خود در افسردگی آن‌ها تأثیر دارد (Ter Bogt T, et al., 2006) و مطالعات دیگر نیز افسردگی را در بروز چاقی مؤثر دانسته‌اند (Richardson L, et al., 2006) و در برخی دیگر از مطالعات نیز فقط به رابطه بین دو متغیر پرداخته شده است، بطوریکه مابین افزایش وزن با افسردگی رابطه‌ای با یکدیگر نداشتند (Linde JA, et al., 2007). از طرفی دیگر این اختلاف در مطالعات می‌تواند ناشی از ارتباط افسردگی و نمایه‌ی توده بدن به دلیل اختلاف در نمونه‌گیری، نمره‌گذاری ابزارهای تشخیصی، راه‌های تشخیصی، اختلاف در طبقه‌بندی نمایه‌ی توده بدن و تجزیه‌ها و تحلیل داده‌ها باشد که این موارد می‌تواند قضاوت پیرامون رابطه‌ی بین نمایه‌ی توده و افسردگی را دشوار نماید.

مطالعه ما همسو با نتایج مطالعه Ferketich و همکاران بود. در آن مطالعه زنان در مقایسه با مردان دارای بیماری ایسکمیک قلبی از لحاظ افسردگی تفاوت معنی‌داری دیده نشده بود (Ferketich AK, et al., 2000). بدیهی است که تفاوت‌های جنس از نظر فرهنگی، رفتاری، روانی و وضعیت اجتماعی اقتصادی مسئول درجات گوناگون برای تفاوت‌های مشاهده شده در بین زنان و مردان است. هر چند که اثر متقابل بین جنس در ارتباط با عوامل و پیامدهای بیماری قلبی عروقی در زنان هنوز به طور وسیعی ناشناخته باقی مانده است (Grimsrud, et al., 2009).

وجود همزمان افسردگی همراه با عوامل خطر بیماری ایسکمیک قلبی و عروقی در بیماران دارای بیماری‌های ایسکمیک قلبی می‌تواند با اختلال قابل توجه در کیفیت زندگی همراه باشد و می‌توان نتیجه گرفت که ارتباط افسردگی و عوامل خطر بیماری‌های قلبی و عروقی می‌تواند به صورت متقابل باشد بدین معنی که افسردگی می‌تواند در بروز عوامل خطر بیماری‌های قلبی و همچنین عوامل خطر بیماری‌های قلبی عروقی نیز در ایجاد افسردگی نقش بالقوه‌ای داشته باشند و اهمیت نتایج این مطالعه می‌تواند در غربالگری افسردگی در بیماران دارای عوامل خطر قبل از بروز بیماری ایسکمیک قلبی عروقی و همچنین غربالگری عوامل خطر در میان افراد دارای افسردگی قبل از تشدید بیماری و اثر متقابل آن‌ها بر روی یکدیگر خصوصاً در بخش مراقبت‌های ویژه قلب و عروق است. از محدودیت‌های این مطالعه نیز می‌توان به محدود بودن تعداد نمونه‌های مورد بررسی و مدت زمان اجرای مطالعه اشاره نمود.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان‌نامه دانشجویی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه است. لذا از کلیه مسؤولان مربوط به خصوص معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، پرسنل محترم درمانگاه تخصصی قلب و عروق شهرستان سقز و همچنین مشارکت کنندگان این پژوهش تقدیر و تشکر می‌شود.

نتایج مطالعه ما گویای این واقعیت است که در افراد مبتلا به دیابت تنها ۳۷٪ از آن‌ها فاقد افسردگی بودند و بیش از دوسوم افراد دارای افسردگی خفیف تا شدید بودند. هر چند که نتایج اغلب مطالعات نشان داده است که بین دیابت و افسردگی رابطه معنی‌داری وجود دارد بطوریکه حتی میزان شیوع افسردگی در افراد مبتلا به دیابت در مقایسه با جمعیت عمومی از اختلاف قابل چشمگیری برخوردار است عدم ارتباط مابین دیابت و افسردگی در مطالعه حاضر می‌تواند ناشی از عدم بروز عوارض دیابت در افراد حاضر در مطالعه ما باشد چرا که افراد مبتلا به دیابت در صورت بروز عوارض همچون نوروپاتی، نفروپاتی و رتینوپاتی می‌تواند در بروز افسردگی در آن‌ها نقش موثری داشته باشد (Grimsrud, et al., 2009). همچنین بیماری‌های مزمن همراه با افزایش شیوع افسردگی است که در بیماران دیابتی این مساله سه برابر شایع‌تر است (Zeneto JF and Cardiel MH, 2002; 33: 53-60).

در مطالعه حاضر ارتباط معنی‌داری بین افسردگی و عامل خطر هیپرلیپیدمی وجود نداشت که در راستای مطالعه Freedman و همکاران که بر روی ۳۴۹۰ نفر در رنج سنی ۳۱ تا ۴۵ صورت گرفته بود ارتباطی مابین کلسترول با افسردگی مآزور دیده نشده بود (Freedman DS, et al., 1995; 141: 507-17) اما در مطالعه Van Dam در میان زنان باردار قبل و بعد از زایمان انجام شده بود مابین پایین بودن سطح کلسترول سرم و افسردگی رابطه معنی‌داری دیده شده بود (Van Dam RM, et al., 1999 Apr; 46(4): 385-90). از طرف دیگر شواهدی وجود دارد که سطوح کم یا خیلی پایین کلسترول ممکن است که با کاهش فعالیت سروتونین مغز ارتباط داشته باشد (Troisi A, et al., 2001 Feb; 72(3):409-13) و در مطالعه Kaplan و همکاران نیز افرادی که دارای سطح سرمی کلسترول بالا بودند در مقایسه با سایر افراد از افسردگی بیشتری رنج می‌بردند (Kaplan GA, et al., 1992).

در این مطالعه زنان در مقایسه با مردان از میزان افسردگی بیشتری رنج می‌بردند در راستای نتایج مطالعه منتظری که میزان شیوع افسردگی را در زنان ۱/۷ برابر بیشتر از مردان بود، می‌باشد (Montazeri A, et al., 2013; 12: 567-594). اما نتایج

جدول ۱- اطلاعات جمعیت شناختی واحدهای مورد مطالعه و ارتباط آن با افسردگی

P-value	افسردگی						متغیر	
	ندارد	خفیف	متوسط	شدید	خیلی شدید	جمع		
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)		
p=۰/۰۰۲	۵۳(۴۹/۱)	۲۸(۲۵/۹)	۱۲(۱۱/۱)	۱۳(۱۲/۰)	۲(۱/۹)	۱۰۸(۵۴)	مرد	جنس
	۲۵(۲۷/۲)	۲۵(۲۷/۲)	۹(۹/۸)	۲۸(۳۰/۴)	۵(۵/۴)	۹۲(۴۶)		
p=۰/۷۲۶	۴۵(۴۲/۹)	۲۵(۲۳/۸)	۱۱(۱۰/۵)	۲۰(۱۹/۰)	۴(۳/۸)	۱۰۵(۵۲/۵)	۳۰-۵۱	سن
	۲۴(۳۵/۸)	۲۲(۳۲/۸)	۷(۱۰/۴)	۱۳(۱۹/۴)	۱(۱/۵)	۶۷(۳۳/۵)		
p=۰/۲۰۹	۹(۳۲/۱)	۶(۲۱/۴)	۳(۱۰/۷)	۸(۲۸/۶)	۲(۷/۱)	۲۸(۱۴/۰)	۵۲-۷۳	بالای ۷۳
	۲۷(۳۶/۰)	۲۲(۲۲/۷)	۷(۹/۳)	۱۹(۲۵/۳)	۵(۶/۷)	۷۵(۳۷/۵)		
p=۰/۴۶۴	۵۱(۴۰/۸)	۳۶(۲۸/۸)	۱۴(۱۱/۲)	۲۲(۱۷/۶)	۲(۱/۶)	۱۲۵(۶۲/۵)	بی‌سواد	وضعیت تحصیلی
	۲۴(۳۰/۸)	۱۸(۲۵/۴)	۱۱(۱۵/۵)	۱۵(۲۱/۱)	۳(۴/۲)	۷۱(۳۵/۵)		
	۵۴(۴۲/۹)	۳۵(۲۷/۱)	۱۰(۷/۸)	۲۶(۲۰/۲)	۴(۳/۱)	۱۲۹(۶۴/۵)	باسواد	

بر اساس آزمون کای دو $P < ۰/۰۵$

جدول ۲- مقایسه افسردگی در دو گروه دارای بیماری‌های ایسکمیک قلبی و فاقد آن (N=۲۰۰)

p-value	گروه ایسکمیک		گروه غیر ایسکمیک		جمع		متغیر
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
p=۰/۱۰۸	۳۱	۳۱٪	۴۷	۴۷٪	۷۸	۳۹٪	ندارد
	۲۷	۲۷٪	۲۶	۲۶٪	۵۳	۲۶/۵٪	خفیف
	۱۱	۱۱٪	۱۰	۱۰٪	۲۱	۱۰/۵٪	متوسط
	۲۶	۲۶٪	۱۵	۱۵٪	۴۱	۲۰/۵٪	شدید
	۵	۵٪	۲	۲٪	۷	۳/۵٪	خیلی شدید
	۱۰۰	۱۰۰٪	۱۰۰	۱۰۰٪	۲۰۰	۱۰۰٪	جمع

بر اساس نتیجه آزمون کای دو $p < ۰/۰۵$

جدول ۳- ارتباط افسردگی با عوامل خطر بیماری‌های ایسکمیک در افراد دارای بیماری ایسکمیک قلبی (N=۱۰۰)

p-value	افسردگی						متغیر
	ندارد	خفیف	متوسط	شدید	خیلی شدید	جمع	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
p=۰/۳۵۰	۲۰(۳۰/۳)	۱۵(۲۲/۷)	۷(۱۰/۶)	۱۹(۲۸/۸)	۵(۷/۶)	۶۶(۶۶)	دارد
	۱۱(۳۲/۴)	۱۲(۳۵/۳)	۴(۱۱/۸)	۷(۲۰/۶)	۰(۰/۰)	۳۴(۳۴)	ندارد
p=۰/۷۴۱	۱۸(۳۳/۳)	۱۵(۲۷/۸)	۷(۱۳/۰)	۱۱(۲۰/۴)	۳(۵/۶)	۴۶(۴۶)	دارد
	۱۳(۲۸/۳)	۱۲(۲۶/۱)	۴(۸/۷)	۱۵(۳۲/۶)	۲(۴/۳)	۵۴(۵۴)	ندارد
p=۰/۰۸۲	۱۶(۴۲/۱)	۵(۱۳/۲)	۶(۱۵/۸)	۹(۲۳/۷)	۲(۵/۳)	۳۸(۳۸)	هیپرلیپیدمی

	ندارد	۱۵(./۲۴/۲)	۲۲(./۳۵/۵)	۵(./۸/۱)	۱۷(./۲۷/۴)	۳(./۴/۸)	۶۲(./۶۲)	
p=۰/۰۰۳	می کشد	۱۰(./۲۷)	۹(./۲۴/۳)	۵(./۱۳/۵)	۱۰(./۲۷)	۳(./۸/۱)	۳۷(./۳۷)	سیگار
	نمی کشد	۲۱(./۳۳/۳)	۱۸(./۲۸/۶)	۶(./۹/۵)	۱۶(./۲۵/۴)	۲(./۳/۲)	۶۳(./۶۳)	
p=۰/۷۴۶	نرمال	۴(./۲۳/۵)	۶(./۳۵/۳)	۱(./۵/۹)	۵(./۲۹/۴)	۱(./۵/۹)	۱۷(./۱۷)	توده بدنی
	اضافه وزن	۱۹(./۲۸/۴)	۱۸(./۲۶/۹)	۹(./۱۳/۴)	۱۷(./۲۵/۴)	۱(./۶/۰)	۶۷(./۶۷)	
	چاق	۸(./۵۰/۰)	۳(./۱۸/۸)	۱(./۶/۳)	۴(./۲۵/۰)	۰(./۰/۰)	۱۶(./۱۶)	

بر اساس نتیجه آزمون کای دو $p < ۰/۰۵$

جدول ۴- ارتباط افسردگی با عوامل خطر بیماری های ایسکمیک در افراد فاقد بیماری ایسکمیک قلبی (N=۱۰۰)

متغیر								افسردگی						
p-value	ندارد		خفیف		متوسط		شدید		خیلی شدید		جمع			
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)			
p=۰/۱۶۹	دارد	۱۹(./۴۶/۳)	۱۱(./۲۶/۸)	۷(./۱۷/۱)	۳(./۷/۳)	۱(./۲/۴)	۴۱(./۴۱)	ندارد	۲۸(./۴۷/۵)	۱۵(./۲۵/۴)	۳(./۵/۱)	۱۲(./۲۰/۳)	۱(./۱/۷)	۵۹(./۵۹)
	پر فشاری خون													
p=۰/۲۰۷	دارد	۱۲(./۳۷/۵)	۸(./۲۵/۰)	۴(./۱۲/۵)	۶(./۱۸/۸)	۲(./۶/۳)	۳۲(./۳۲)	ندارد	۳۵(./۵۱/۵)	۱۸(./۲۶/۵)	۶(./۸/۸)	۹(./۱۳/۲)	۰(./۰/۰)	۶۸(./۶۸)
	دیابت													
p=۰/۲۴۴	دارد	۸(./۴۲/۱)	۶(./۳۱/۶)	۴(./۲۱/۱)	۱(./۵/۳)	۰(./۰/۰)	۱۹(./۱۹)	ندارد	۳۹(./۴۸/۱)	۲۰(./۲۴/۷)	۶(./۷/۴)	۱۴(./۱۷/۳)	۲(./۲/۵)	۸۱(./۸۱)
	هیپر لیپیدی													
p=۰/۷۵۳	می کشد	۸(./۴۲/۱)	۵(./۲۶/۳)	۳(./۱۵/۸)	۲(./۱۰/۵)	۱(./۵/۳)	۱۹(./۱۹)	نمی کشد	۳۹(./۴۸/۱)	۲۱(./۲۵/۹)	۷(./۸/۶)	۱۳(./۱۶/۰)	۱(./۱/۲)	۸۱(./۸۱)
	سیگار													
p=۰/۹۹۷	نرمال	۱۸(./۴۳/۹)	۱۱(./۲۶/۸)	۴(./۹/۸)	۷(./۱۷/۱)	۱(./۲/۴)	۴۱(./۴۱)	اضافه وزن	۲۳(./۵۱/۱)	۱۱(./۲۴/۴)	۴(./۸/۹)	۶(./۱۳/۳)	۱(./۲/۲)	۴۵(./۴۵)
	چاق	۶(./۴۲/۹)	۴(./۲۸/۶)	۲(./۱۴/۳)	۲(./۱۴/۳)	۰(./۰/۰)	۱۴(./۱۴)	توده بدنی						

بر اساس نتیجه آزمون کای دو $p < ۰/۰۵$

References

- Araghchian M, Seifrabie MAL, Zeraati F and Rasouli B (2010) The survey of depression frequency in hypertensive patients. Scientific Journal of Hamadan University of Medical Sciences. 16 (4) 37-41. (Persian)
- Begg S, Vos T, Barker B, Stevenson C, Stanley L and Lopez A (2007) Burden of disease and injury in Australia, 2003. edition. Australian Institute of Health and Welfare AIHW.
- Bhupathy P, Haines C D and Leinwand L A (2010) Influence of sex hormones and phytoestrogens on heart disease in men and women. Women's Health. 6 (1) 77-95.
- Boden J M, Fergusson D M and Horwood L J (2010) Cigarette smoking and depression: tests of causal linkages using a longitudinal birth cohort. The British Journal of Psychiatry. 196 (6) 440-6.
- Brown G W and Harris T (2012) Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women. edition. Routledge.
- Carney R M, Freedland K E, Miller G E and Jaffe A S (2002) Depression as a risk factor for cardiac mortality and morbidity: a review of potential mechanisms. Journal of psychosomatic research. 53 (4) 897-902.
- Carney R M, Blumenthal J A, Stein P K, Watkins L, Catellier D, Berkman L F, Czajkowski S M, O'Connor C, Stone P H and Freedland K E (2001) Depression, heart rate variability, and acute myocardial infarction. Circulation. 104 (17) 2024-8.
- Dohrenwend B P and Schwartz S (1995) Socioeconomic status and psychiatric disorders. Current Opinion in Psychiatry. 8 (2) 138-41.
- Feizi I, Naghizadeh Baghi A, Rahimi A and Nemati S (2011) The relationship between Body Mass Index and Depression in Female Students of Ardabil University of Medical Sciences. Journal of Ardabil University of Medical Sciences. 12 (2) 213-20. (Persian)
- Ferketich AK, Schwartzbaum JA, Frid DJ and ML. M (2000) Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I study. Archive of Internal Medicine. 160 (8) 1261-8.
- Frasure-Smith N and Lespérance F (2005) Reflections on depression as a cardiac risk factor. Psychosomatic Medicine. 67 S19-S25.
- Freedman DS, Byers T, Barrett DH, Stroup NE, Eaker E and Monroe-Blum H (1995) Plasma lipid levels and psychological characteristics in men. American Journal Epidemiology. 141 507-17.
- Glassman A H and Shapiro P A (1998) Depression and the course of coronary artery disease. Depression. 155 (1) 4-11.
- Grimsrud A, Stein D J, Seedat S, Williams D and Myer L (2009) The association between hypertension and depression and anxiety disorders: results from a nationally-representative sample of South African adults. PLoS One. 4 (5) e5552.

- Hall S M, Muñoz R F and Reus V I (1994) Cognitive-behavioral intervention increases abstinence rates for depressive-history smokers. *Journal of consulting and clinical psychology*. 62 (1) 141-6.
- Kalantari S, Jafarinezhad A and Zohrevand B (2014) Association of depression with type 2 diabetes and relevant factors. *Advanced biomedical research*. 3 244.
- Kaplan GA, Cohen RD, Wilson TW, Kauhanen J, Salonen JT and R. S. Depression amplifies the association between carotid atherosclerosis and age, hypertension, low density lipoproteins, and plateletaggregability. In: *Depression amplifies the association between carotid atherosclerosis and age, hypertension, low density lipoproteins, and plateletaggregability.*: Dallas, 1992 P:
- Kendler K S, Gardner C O and Prescott C A (2014) Toward a comprehensive developmental model for major depression in women. *Focus*. 159 (7) 1133-45.
- Kheirabadi GR, Bagheriansararoudi R, Masaeli N, Zonary R and (2012) Comparison of depression rates between subjects with and without hypertension. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 9 (16) 349-57.
- Lacoursiere DY, Baksh L, Bloebaum L and . V M (2006) Maternal body mass index and selfreported postpartum depressive symptoms. *Maternal and Child Health Journal*. 10 (4) 385-90.
- Linde JA, Jeffery RW, Finch EA, Simon GE, Ludman EJ and Operskalski BH e a (2007) Relation of body mass index to depression and weighing frequency in overweight women. *Preventive Medicine*. 45 (1) 75-9.
- Meng L, Chen D, Yang Y, Zheng Y and Hui R (2012) Depression increases the risk of hypertension incidence: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Journal of hypertension*. 30 (5) 842-51.
- Montazeri A, Mousavi SJ, Omidvari S and al. e (2013) Depression in Iran: a systematic review of the literature (2000-2010) *Journal of the Iranian Institute for Health Sciences*. 12 (6) 567-94.
- Richardson L, Garrison M, Drangsholt M, Mancel L and L. L (2006) Associations between depressive symptoms and obesity during puberty. *General hospital psychiatry*. 28 (4) 313-20.
- Roberts RE, Deleger S, Strawbridge WJ and GA. K (2003) Prospective association between obesity and depression: evidence from the Alameda County Study. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*. 27 (4) 514-21.
- Rugulies R (2002) Depression as a predictor for coronary heart disease: a review and meta-analysis1 1The full text of this article is available via AJPM Online at www.ajpm-online.net. *American journal of preventive medicine*. 23 (1) 51-61.
- Sadock B J, Sadock V A and Kaplan H I (2009) *Kaplan and Sadock's concise textbook of child and adolescent psychiatry*. edition. Lippincott Williams & Wilkins.
- Salive M E and Blazer D G (1993) Depression and smoking cessation in older adults: a longitudinal study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 41 (12) 1313-6.
- Salmon E (2007) A review of the literature on neuroimaging of serotonergic function in Alzheimer's disease and related disorders. *Journal of neural transmission*. 114 (9) 1179-85.

- Shinn E H, Poston W S C, Kimball K T, Jeor S T S and Foreyt J P (2001) Blood pressure and symptoms of depression and anxiety: a prospective study. *American Journal of Hypertension*. 14 (7) 660-4.
- Strine T W, Mokdad A H, Dube S R, Balluz L S, Gonzalez O, Berry J T, Manderscheid R and Kroenke K (2008) The association of depression and anxiety with obesity and unhealthy behaviors among community-dwelling US adults. *General hospital psychiatry*. 30 (2) 127-37.
- Ter Bogt T, Van Dorsselaer S, Monshouwer K, Verdurmen J, Engels R and W. V (2006) Body mass index and body weight perception as risk factors for internalizing and externalizing problem behavior among adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 39 (1) 27-34.
- Thomas A J, Kalaria R N and T O'Brien J (2004) Depression and vascular disease: what is the relationship? *Journal of affective disorders*. 79 (1) 81-95.
- Troisi A, Scucchi S, San Martino L, Montera P, d'Amore A and Moles A (2001) Age specificity of the relationship between serum cholesterol and mood in obese women. *Physiology & Behavior*. 72 (3) 409-13.
- Van Dam RM, Schuit AJ, Schouten EG, Vader HL and Pop VJ (1999) Serum cholesterol decline and depression in the postpartum period. *Journal of psychosomatic research*. 46 (4) 385-90.
- Winkleby M A, Jatulis D E, Frank E and Fortmann S P (1992) Socioeconomic status and health: how education, income, and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease. *American Journal of Public Health*. 82 (6) 816-20.
- Zeneto J and Cardiel M (2002) Risk factors Associated with Depression in patients with type II Diabetes mellitus. *Archives of Medical Research*. 33 53-60.

The relationship between depression and ischemic heart diseases and its risk factors among patients referred to the specialized clinic in Saqqez

Rezaie J¹, Reshadi H², Salari N³, Sharifi saqqzie P⁴, Babazadeh T⁵, Mahmoodi H^{6*}

1. Instructor, School of Nursing and Midwifery, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran
 2. MSc Student, School of Nursing and Midwifery, Kermanshah University of Medical Sciences Kermanshah, Iran
 3. Assistant Professor, , Department of Statistics and Epidemiology, Faculty of Health, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran
 4. Bachelor of Nursing, Saqqez Imam Khomeini Hospital, Saqqez, Iran
 5. PhD student in Health education and promotion, Department of Health, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
 6. (*Corresponding author) PhD student in Health education and promotion, Department of Health, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
- Email: mahmoodihassan115@gmail.com

Abstract

Background and Aim:

Depression is a common disease among patients with cardiovascular disease. Depression can be related to ischemic cardiovascular risk factors such as lack of physical activity, smoking, alcohol abuse, hypertension, diabetes, and hyperlipidemia. The purpose of this study was to determine the between depression and ischemic cardiovascular disease and its risk factors.

Materials and Methods:

This was a descriptive study. The subjects were 200 patients with ischemic and non-ischemic heart disease in two groups. The instruments consisted of three sections: the demographic characteristics, heart diseases risk factor's assessment scale and beck depression inventory. Data were analyzed with descriptive and analytical statistical (chip-square test) in SPSS software v.16.

Conclusion:

Depression was more frequent among ischemic heart disease patients than non-ischemic heart disease patients. According to the results, it seems to be appropriate to consider depression screening and psychiatric consulting among patients with ischemic heart diseases as a prevention tool.

Keywords:

Depression; Coronary Artery Disease; Myocardial Ischemia; Risk Factors