

Review

Depression after myocardial infarction

Nazanin Vaezzadeh¹, Seyed Hamzeh Hosseini^{2*}

1. Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

2*. Corresponding Author: Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

E-mail: Hosseinish20@gmail.com

(Received 24 January 2013; Accepted 16 July 2013)

Abstract

Depression after myocardial infarction (MI) is a common and debilitating condition that could increase mortality and morbidity in these patients. Depression in MI patients is three times more prevalent than general population and women are more susceptible to this event. Psychosomatic condition of MI patients could worsen with co morbidity of depression and therefore poor quality of life, inappropriate self-care behaviors and increased risk of recurrence and poor outcome. In addition lack of social support could expose them to more severe disease. Diagnosis of depression in MI patients is difficult because there are many overlap in symptoms of depression and cardiovascular disease. Therefore routine depression screening and management in MI patients should become one of the mainstays of their care. Medical and non medical management of depression in MI patients may improve their outcome, although it seems that combination therapy is associated with better response.

Keywords: Myocardial Infarction, Depression, Treatment

J Clin Exc 2013; 1(2): 70-84 (Persian).

افسردگی پس از سکته قلبی

نازنین واعظ زاده^۱، سید حمزه حسینی^{۲*}

چکیده

افسردگی پس از سکته قلبی یک وضعیت شایع و ناتوان کننده است که وجود آن خطر حوادث قلبی عروقی و مرگ را افزایش می دهد. افسردگی در بیماران بعد از سکته قلبی سه بار بیشتر از جمعیت عمومی رخ داده و زنان در معرض شیوع بیشتری قرار دارند. وجود افسردگی با سکته قلبی بیمار را با وخامت بیشتر وضعیت جسمی و روانی مواجه ساخته او را در معرض کیفیت زندگی پائین، اختلال در رفتارهای مراقبت از خود، عود مجدد و پیش آگهی بدتر قرار می دهد. فقدان حمایت اجتماعی در این بیماران نیز آنها را با افزایش خطر بیماری قلبی مواجه می سازد. تشخیص افسردگی در حضور بیماری قلبی به دلیل هم پوشانی علائم آنها دشوار است. لذا به منظور تشخیص و درمان، ارزیابی پروتکل های درمانی ضرورت داشته و فرصت غربالگری جهت تشخیص و درمان افسردگی در بیماران قلبی نباید فراموش گردد. مداخلات درمانی دارویی و غیر دارویی، بهبودی در پی آمد بیماران مبتلا به افسردگی پس از سکته قلبی را به همراه خواهد داشت و درمان های ترکیبی برای پاسخ درمانی بهتر توصیه می گردند.

واژه های کلیدی: سکته قلبی، افسردگی، درمان

مقدمه

بیماران مبتلا به بیماری های قلبی عروقی به طور وسیعی در مطالعات اشاره گردید (۷). افسردگی در بیماران بعد از سکته قلبی سه بار بیشتر از جمعیت عمومی رخ می دهد (۸-۹) و وجود آن خطر حوادث قلبی عروقی و مرگ و میر را افزایش می دهد (۹-۱۲). علائم افسردگی تقریباً در ۱۵ تا ۲۰ درصد بیماران پس از سکته قلبی توسعه پیدا می کند (۱۰، ۱۳-۱۵). مطالعه ای شیوع افسردگی در ۴۸ ساعت بعد از سکته قلبی را ۶۰/۷ درصد گزارش کرد که از نظر شدت ۲۲/۷ درصد افسردگی خفیف، ۲۶ درصد افسردگی متوسط و ۱۲ درصد دارای افسردگی شدید بودند (۱۶).

به نظر می رسد که افسردگی در زنان در مقایسه با مردان بیشتر تکرار شونده است (۱۷). مورد توجه بودن

افسردگی یکی از شایع ترین اختلالات روان شناختی است که در طبقه بندی اختلالات خلقی قرار می گیرد عوامل چندی در سبب شناسی افسردگی ذکر گردیده است که از جمله عوامل زیست شناختی (مانند بیماری های جسمی، اختلالات هورمونی، برخی داروها) توارث و عوامل روانی اجتماعی را می توان نام برد (۱). افسردگی یک وضعیت شایع و ناتوان کننده است که اغلب پس از یک حمله قلبی (Myocardial Infarction: MI) تجربه می گردد (۲-۴). گرچه هر دوی این حالات شیوع فزاینده ای دارند اما افسردگی که در ارتباط با بیماری طبی می باشد از شیوع بیشتری برخوردار است (۵). نقش افسردگی در بیماری های قلبی عروقی به طور فزاینده ای مورد تأکید قرار گرفته است (۶) و اثرات منفی آن بر

۱. مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۲. نویسنده مسئول: مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ دریافت: ۹۱/۱۱/۵ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۹۲/۴/۸ تاریخ پذیرش: ۹۲/۴/۲۵

E-mail: Hosseinish20@gmail.com

هستند و درمان به موقع آن (۲۸) اقدام نموده و مداخلات لازم در جهت ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران انجام شود (۲۹). هدف این مقاله، مروری بر افسردگی در بیماران مبتلا به سکته قلبی با تأکید بر جنس، کیفیت زندگی، مراقبت از خود، حمایت اجتماعی، تشخیص و درمان افسردگی در مبتلایان به سکته قلبی می‌باشد.

افسردگی در زنان مبتلا به MI

Meneses به نقل از موریس و همکاران اظهار می‌دارد "افسردگی در حال حاضر به عنوان یک مشکل شایع جهانی مطرح بوده و پیش‌بینی می‌گردد تا سال ۲۰۲۰ تمامی گروه‌های سنی و هر دو جنس را تحت تأثیر قرار دهد" (۶). شواهد نشان می‌دهد که زنان ممکن است بعد از سکته قلبی حاد بیشتر در معرض خطر افسردگی باشند (۳۰). شواهد حاکی از میزان شیوع بیشتر افسردگی در میان زنان در جمعیت عمومی و در میان بیماران قلبی می‌باشند (۳۱، ۳۰). سطح بیشتر افسردگی در زنان در مقایسه با مردان ممکن است به دلیل تفاوت در الگوهای بهبودی از یک سکته قلبی حاد باشد که البته نیازمند بررسی‌های بیشتر می‌باشد (۳۲)، 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 به‌طور وسیعی ناشناخته باقی مانده است (۳۱).

نتایج تحقیقی در رابطه با تأثیر افسردگی بر روی پی‌آمد بعد از سکته قلبی با توجه به تفاوت جنس نشان داد که ۲۲/۳ درصد از بیماران علائم افسردگی داشتند و شیوع این علائم در زنان در مقایسه با مردان بیشتر گزارش گردید (۲۹) درصد در مقابل ۱۸/۸ درصد، $P < 0/001$. در این مطالعه از پرسشنامه سلامت بیمار ۹ - (PHQ-9) به عنوان یکی از ابزارهای مورد سنجش برای تشخیص افسردگی استفاده شد (۳۳)، که دامنه

افسردگی در مطالعات عوامل خطر ساز بیماری عروق کرونر اهمیت زیادی یافته است (۱۸-۱۱) و از طرفی افسردگی به عنوان یک عامل خطر ساز مستقل برای توسعه بیماری عروق کرونر قلب مطرح می‌باشد (۲۰-۹). بی‌تردید وجود افسردگی با سکته قلبی موجب وخامت بیشتر وضعیت جسمی و روانی بیمار شده و بیمار را در معرض کیفیت زندگی پائین، بستری مجدد و مرگ زودرس قرار می‌دهد (۲۲-۱۱). در همین راستا مطالعات ارتباط مستمر بین افسردگی پس از سکته قلبی و بدتر شدن پیش‌آگهی را نشان می‌دهند (۱۹، ۲۱) و سرانجام مشخص گردید افسردگی یک پیشگویی کننده قوی در رابطه با مرگ بیماران بعد از یک سکته قلبی اخیر می‌باشد (۲۳). مکانیزم‌های فیزیولوژیکی متعدد شامل افزایش فعالیت و چسبندگی پلاکت‌ها، اختلال ریتم قلب، افزایش سطح کاتکول آمین‌ها و اختلال عملکرد اندوتلیال، عامل ارتباط افسردگی و رویدادهای مخرب قلبی را مطرح کرده است (۲۴، ۲۵). Stefanatou به نقل از Baldwin اظهار داشت که مصرف برخی از داروها از جمله بتابلو کرها، متیل دوپا، دیگوکسین و ... (جدول شماره ۱) نیز می‌تواند سبب افسردگی گردد (۲۶).

جدول شماره ۱: داروهایی که می‌توانند ایجاد افسردگی کنند.

Cardiovascular drugs:

Beta-blockers
Methyldopa
Calcium channel blockers (e.g. nifedipine)
Digoxin
Corticosteroids:
Prednisolone
Analgesics:
Codeins
Opiates
COX-2 blockers (e.g. celecoxib, rofecoxib)

Anti-Parkinson:

Levo-dopa
Amantadine
Tetrabenazine

Psychotropic/antipsychotic:

Benzodiazepines

لذا با توجه به اثرات زیان‌آور افسردگی بر سیستم قلبی و عروقی (۲۷) و شیوع آن در مبتلایان به سکته قلبی باید نسبت به شناخت بیمارانی که در معرض افسردگی

نمرات آن از ۰ تا ۲۷ است (۳۴). این مقیاس دارای طیف لیکرت سه نمره‌ای است. نمرات زیر ۵ حاکی از وجود سلامت روان‌شناختی و عدم افسردگی است، نمرات بین ۵ تا ۹ افسردگی خفیف، نمرات بین ۱۰ تا ۱۴ افسردگی متوسط و نمرات ۱۵ و بالاتر مبین افسردگی شدید می‌باشد (۳۵). بررسی علائم افسردگی به‌عنوان یک متغیر وابسته به جنس نشان داد که زنان به‌طور معنی‌داری نمره PHQ بالاتری داشتند ($6/8 \pm 5/8$ در مقابل $5/2 \pm 5/3$ ، $P < 0/001$ ، $T = 6/68$) که نشان دهنده علائم افسردگی بیشتر در آنها بود (۳۳). با توجه به مکانیزم‌های سایکولوژیکی بیماران افسرده که آنها را در برابر بیماری ایسکمی قلب آسیب‌پذیر می‌نماید (۳۶) مطالعه‌ای با هدف بررسی ارتباط بین علائم افسردگی و تغییرپذیری ضربان قلب (HRV) در زنان ۳۰ تا ۶۵ سال بعد از یک حادثه حاد کرونری انجام شد. نتایج نشان داد که وجود دو علامت یا بیشتر علائم افسردگی در زنان جوان‌تر پرخطر با کاهش تغییرپذیری ضربان قلب بعد از یک رویداد حاد کرونری ارتباط دارد. به‌علاوه زنانی که دارای افسردگی بالا بودند به‌طور معنی‌دار فشارخون سیستمولیک بالاتری داشتند، مصرف بتابلوکرها شایع بود و تاریخچه‌ای از هیپرتانسیون در مبتلایان به افسردگی شدید مشاهده گردید (۳۷). با توجه به اینکه علائم افسردگی به‌عنوان یک فاکتور کمک‌کننده برای پیش‌آگهی ضعیف‌تر در زنانی که مشکلات قلبی عروقی دارند بیان گردیده است (۳۲) بسیار مهم است بیماران که در معرض خطر بالای سکنه قلبی حاد قرار دارند شناسائی شده و به‌عنوان گروه هدف جهت غربالگری و درمان افسردگی مورد توجه قرار گیرند (۳۰)، برخورداری از حمایت اجتماعی نیز در وضعیت سلامت زنان نقش مهمی ایفا می‌کند. در این رابطه مطالعه‌ای با هدف بررسی نقش حمایت اجتماعی در وضعیت سلامت و علائم افسردگی بعد از سکنه قلبی حاد و ارتباط آن با جنس انجام شد. نتایج در رابطه با مقایسه دو متغیر حمایت اجتماعی و پی‌آمد در شروع و ۱۲ ماه بعد از سکنه قلبی

نشان داد بیماران که از حمایت اجتماعی کمتر برخوردار بودند، حملات آنژین در آنها بیشتر و کیفیت زندگی پایین‌تر بود. به‌علاوه عملکرد عمومی جسمی و روانی کمتر و نیز علائم افسردگی بیشتری داشتند. نسبت‌ها برای مردان و زنان مشابه بود، اگرچه زنان به داشتن وضعیت سلامت ضعیف‌تر و علائم افسردگی گرایش داشتند. با وجودی که در میان انواع مختلف حمایت اجتماعی (کم، متوسط، بالا) پی‌آمدها در طی ۱۲ ماه بهبود یافت، اما برای آنهایی که حمایت اجتماعی پائین‌تری داشتند در مقابل آنها که حمایت اجتماعی بالا داشتند، پی‌آمد ضعیف‌تری گزارش گردید. در این مطالعه آینده‌نگر، بیماران با حمایت اجتماعی پائین نسبت به آنهایی که با حمایت اجتماعی بالا بودند دارای وضعیت سلامت بدتر و علائم افسردگی بیشتر در هنگام اولین سال بهبودی بودند و این پی‌آمد به‌طور برجسته‌ای در زنان بیشتر مشاهده گردید (۳۸).

کیفیت زندگی در افسردگی پس از سکنه قلبی

سکنه قلبی علت اصلی مرگ و شیوع آن در بعضی نقاط دنیا بوده که شدیداً بر روی کیفیت زندگی مربوط به سلامت اثر می‌گذارد و بیشتر در افرادی که تجربه افسردگی پس از سکنه قلبی را داشته‌اند شناخته شده است (۳۹). از سوی دیگر اختلال افسردگی خطر بستری مجدد در بیمارستان را افزایش می‌دهد که این مسأله نیز به نوبه خود بر روی کیفیت زندگی این بیماران اثرگذار است (۴۰). به‌علاوه گزارش‌های دیگر نیز حاکی از کیفیت زندگی پایین بعد از یک حمله قلبی در بقایافتگان سکنه قلبی می‌باشد (۴۱). اگرچه تشخیص سکنه قلبی بر ابعاد مختلف جسمی و روانی اجتماعی زندگی بیماران تأثیر می‌گذارد (۴۲، ۴۳) اما تشخیص وجود افسردگی بیشتر از شدت بیماری کرونر قلب در پیشگویی کیفیت زندگی و سلامت این بیماران حائز اهمیت می‌باشد (۲۱، ۱۲) از طرفی پیامدهای جسمی و روانی بیماری ایسکمیک قلب با اختلال قابل توجه در تمام ابعاد کیفیت زندگی از نظر جسمی و روانی نیز

راطی ۴ ماه پیشگویی کردند. افسردگی به عنوان قوی‌ترین پیشگویی‌کننده کیفیت زندگی مشخص گردید (۴۹). بنابراین انتظار می‌رود درمان موثر افسردگی برای بهبود ناتوانی عملکرد بیمار و ارتقاء کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در افرادی که به افسردگی و مشکلات مزمن مبتلا هستند انجام پذیرد (۵۰). متخصصین علائمی چون خستگی، فقدان انرژی، درد، ناراحتی، کم شدن تحرک و احساسات منفی را در بقایافتگان از سکته قلبی باید مورد شناسایی قرار دهند، همچنین در جهت کیفیت زندگی بهتر به آنها کمک کنند (۵۱).

افسردگی و رفتارهای مراقبت از خود

ارتباط قوی بین افسردگی و بعضی از وضعیت‌های مزمن از جمله بیماری عروق کرونر وجود دارد (۵۲، ۵۳). رفتارهای خاص اجتماعی در بیماران افسرده ممکن است به توسعه و پیشرفت بیماری کرونری کمک نماید این‌ها شامل تغذیه، فعالیت، دریافت دارو، مصرف سیگار همچنین ایزوله اجتماعی و استرس مزمن زندگی باشد (۵۴، ۵۵). در این راستا تحقیقات نشان دادند که افسردگی بر رفتارهای مراقبت از خود نیز اثرگذار است. در یک مطالعه توصیفی تأثیر علائم افسردگی بر اجرای رفتارهای مراقبت از خود در بیمارانی که سکته قلبی را تجربه کرده بودند مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاکی از آن بود که آنهایی که سابقه قلبی سکته قلبی داشته‌اند رفتارهای مراقبت از خود در آنها طی ۳۰ روز کاهش یافته بود. علائم بی‌قراری ناشی از افسردگی و کاهش انرژی به‌طور معنی‌دار بر روی رفتارهای مراقبت از خود در طی این زمان بعد از ترخیص از بیمارستان تأثیر گذاشته بود. این نتیجه نشان می‌دهد بیمارانی که قبلاً سکته قلبی را تجربه کرده‌اند می‌بایست از نظر افسردگی مورد توجه بیشتر قرار گیرند (۵۶).

حمایت اجتماعی و افسردگی پس از سکته قلبی

فقدان حمایت اجتماعی با افزایش خطر بیماری قلبی عروقی مربوط است (۵۷) در این رابطه شواهد قابل توجهی

ارتباط دارد (۴۴، ۴۵). اختلال جسمی و روانی در مبتلایان به MI می‌تواند در بسیاری از موارد اثرات زیان‌بار دائمی بر سبک زندگی آنها بعد از سکته قلبی داشته باشد در نتیجه کیفیت زندگی آنها را در درازمدت کاهش دهد. در این رابطه نتایج مطالعات نشان داد که بیماران بعد از سکته قلبی در زندگی روزمره خود نظیر کارهای خانگی، فعالیت‌های جسمی مثل بالا رفتن از پله و ... دچار ناتوانی شده و سطح کارآیی آنها نسبت به زمان قبل از تشخیص کاهش یافته و همچنین پایین بودن خلق در آنها گزارش گردید (۴۶) از سوی دیگر در معرض خطر مرگ قرار داشتن این بیماران و امکان محدود شدن فعالیت در آنها موجب تعویق بهبودی، ابقاء شدن افسردگی و افزایش خطر سایر مشکلات بهداشتی و در نهایت کیفیت زندگی نامطلوب در آنها می‌گردد (۴). بنابراین تا زمانی که شواهد نشان دهند که درمان افسردگی می‌تواند خطر شیوع مرگ قلبی را کاهش دهد، بر همین اساس درمان افسردگی باید در جهت ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران ادامه یابد (۴۷) زیرا افسردگی با محدودیت جسمی و کاهش کیفیت زندگی همراه است (۱۲، ۲۱، ۴۸). در این راستا مطالعه‌ای با هدف تأثیر افسردگی و اضطراب بر مرگ و کیفیت زندگی در بیماران بستری با سکته قلبی حاد انجام شد. پرسشنامه سنجش افسردگی و اضطراب در زمان بستری در بیمارستان تکمیل گردید. پی‌آمدهای اصلی، مرگ و کیفیت زندگی بود که با استفاده از چارت "Dartmouth Coop" بررسی شد. نتایج در طی ۴ ماه پیگیری نشان داد از کل ۲۵ بیمار فوت شده ۲۲ مورد با علت قلبی بود. علائم افسردگی و اضطراب پیشگویی‌کننده مرگ قلبی و یا هر علت دیگر مرگ نیست. اما شدت انفارکتوس، وسعت نارسایی قلب و اقامت طولانی‌تر در بیمارستان، مرگ را پیشگویی می‌کند. علائم افسردگی و اضطراب کیفیت زندگی بقایافتگان را به تفکیک دو جنس، وضعیت همسر، وضعیت شغلی، سابقه رفتارهای ورزشی و طول مدت حضور در بیمارستان

ابتدا افسرده بودند و از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار شدند، بیشتر از حد انتظار بود.

اگرچه مطالعات قلبی گزارش کردند که بیماران افسرده به‌طور معنی‌داری در معرض خطر مرگ بعد از سکتۀ قلبی می‌باشند اما این مسئله در مورد بیمارانی که سطح بالاتری از حمایت اجتماعی را دریافت کرده‌اند صدق نمی‌کند. نه تنها بیمارانی که از ابتدا از حمایت اجتماعی بالا برخوردار بودند در معرض خطر مرگ قلبی نبودند بلکه بیماران افسرده‌ای که از حمایت اجتماعی کم تا متوسط برخوردار بودند نیز علایم بهبود یافت. به‌علاوه در این مطالعه نمره بالاتر سنجش حمایت اجتماعی درک شده به تعداد بیشتر دوستان نزدیک و وابستگی که بیمار با آنها تماس داشته و یا با آنها زندگی می‌کرد مربوط می‌شد. این تماس‌ها را از طریق تلفن به صورت منظم و ماهیانه با آنها برقرار می‌کرد. اگرچه حمایت اجتماعی به‌طور مستقیم با بقاء مربوط نمی‌باشد اما حمایت در سطوح بالا به‌عنوان یک واسطه بین افسردگی و مرگ پدیدار می‌شود و ممکن است بیمارانی را از نتایج پیش‌آگهی منفی افسردگی به‌دلیل بهبود در علائم افسردگی حفظ نماید (۶۰).

با توجه به اینکه حمایت اجتماعی در سطح بالا می‌تواند به‌طور غیرمستقیم در بهبود علایم افسردگی بیماران مبتلا به سکتۀ قلبی موثر واقع شده و در نهایت کاهش مرگ را به همراه داشته باشد، لذا متخصصین امر بایستی با شناخت بهتر از ابعاد حمایت اجتماعی این بیماران از ابتدای بیماری و همچنین پس از دوره بهبودی نسبت به درمان افسردگی در آنها مداخلات لازم را اعمال نمایند.

تشخیص افسردگی در بیماران مبتلا به سکتۀ قلبی

تشخیص افسردگی نیاز به وجود ۵ علامت یا بیشتر دارد که توسط DSM-IV توصیه گردید:

(۱) خلق افسرده (۲) کاهش قابل توجه علاقه یا لذت در تقریباً همه فعالیت‌ها (۳) کاهش یا افزایش وزن چشمگیر یا کاهش یا افزایش اشتها (۴) بی‌خوابی یا

ارتباط بین افسردگی و حمایت اجتماعی کم را با افزایش شیوع، بستری مجدد و مرگ بعد از سکتۀ قلبی حاد نشان می‌دهد (۵۸،۳۸).

در یک مطالعه مرور سیستماتیک و متاآنالیز ارتباط بین حمایت اجتماعی پائین با اتیولوژی و پیش‌آگهی بیماری کرونری قلب مورد بررسی قرار گرفت. نتیجه کلی مربوط به تأثیر حمایت اجتماعی در مطالعات اتیولوژیک تأثیر منفی حمایت اجتماعی عملکردی کم را در شیوع بیماری کرونری قلب نشان دادند. در رابطه با تأثیر حمایت اجتماعی ساختاری، نتیجه کلی شواهد، تاکنون تأثیر منفی حمایت اجتماعی ساختاری کم بر روی شیوع سکتۀ قلبی را نشان نداد. همچنین نتایج مطالعات مربوط به تأثیر حمایت اجتماعی بر پیش‌آگهی نشان داد که حمایت اجتماعی عملکردی کم به‌طور مستمر روی مرگ بیماران قلبی عروقی اثر دارد. تأثیر حمایت اجتماعی ساختاری کم بر افزایش مرگ در میان بیمارانی که از قبل بیماری کرونری قلب داشته‌اند مبهم می‌باشد. درک از حمایت اجتماعی برای پیش‌آگهی بیماری کرونری قلب مهم به‌نظر می‌رسد و انجام مداخلات برای افزایش درک مثبت از منابع اجتماعی آن را تضمین می‌کند (۵۹).

گزارش‌های قلبی نشان دادند که افسردگی بعد از سکتۀ قلبی در طول زمان خطر مرگ را افزایش می‌دهد و مطالعات دیگر بیانگر تأثیر حمایت اجتماعی بر پیش‌آگهی بودند. حال این سؤال مطرح است که آیا حمایت اجتماعی می‌تواند اثر مستقیم بر بقاء بیماران قلبی عروقی داشته باشد؟ در این رابطه مطالعه‌ای ارتباط متقابل بین شروع افسردگی و حمایت اجتماعی را در پیش‌آگهی قلبی و تغییرات علائم افسردگی را پس از اولین سال سکتۀ قلبی مورد بررسی قرار داد. وضعیت بقاء یک‌ساله بیماران مورد پیگیری قرار گرفت. نتایج نشان داد ۳۲ درصد بیماران افسردگی خفیف تا متوسط را نشان دادند. از ۳۹ مورد مرگ اتفاق افتاده ۳۵ مورد به‌علت مرگ قلبی بود. افزایش حمایت با کاهش افسردگی و مرگ قلبی ارتباط داشت. بهبود علائم افسردگی در میان بقا یافتگانی که در

پرخوابی (۵) بی‌قراری سایکوموتور یا گوشه‌گیری (۶) خستگی یا کمبود انرژی (۷) احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه بیش از اندازه یا نامطلوب (۸) کاهش توانایی تفکر یا تمرکز یا قدرت تصمیم‌گیری و (۹) فکر کردن دائم به مرگ، خیال‌اندیشی خودکشی یا اقدام به خودکشی. این علائم باید تقریباً هر روز به مدت دو هفته وجود داشته باشند و یکی از این علائم باید خلق و خوی افسرده یا کاهش علاقه یا لذت در فعالیت‌ها باشد. این علائم باید تغییری را در عملکرد قلبی در ارتباط با تعاملات اجتماعی، شغلی زندگی نشان دهند و آنها نمی‌توانند نتیجه مستقیم استفاده از یک ماده، یک وضعیت طبی یا محرومیت باشند (۶۱).

تشخیص افسردگی در حضور بیماری قلبی به دلیل تشابه علائم در هر دو وضعیت یعنی هم‌پوشانی علائم افسردگی و سکت قلبی نظیر فقدان انرژی، خستگی و بی‌خوابی و اختلال در تمرکز، دشوار می‌گردد (۶۲). گزارشات حاکی از آن است که افسردگی تنها در ۲۵ درصد یا کمتر در بیماران قلبی دچار افسردگی اساسی تشخیص داده می‌شود و تنها نیمی از این بیماران تحت درمان افسردگی قرار می‌گیرند در همین رابطه ارزیابی افسردگی در بیماران دچار سکت قلبی نیاز به درکی از عوامل خطر برای افسردگی دارد. اینها شامل جنس مؤنث، تاریخچه قلبی افسردگی، تاریخچه خانوادگی افسردگی، عدم حمایت‌های اجتماعی به ویژه در صورت تنها زندگی کردن و کاهش عملکرد یا کاهش نقش اصلی زندگی می‌باشند. این اطلاعات می‌تواند از طریق یک مصاحبه کامل با بیمار و افراد دیگر کسب گردد. پزشکان می‌توانند افسردگی بیماران را توسط استفاده از یکی از چندین پرسشنامه‌ای که به آسانی قابل اجرا بوده و به صورت خود گزارشی نمره‌گذاری می‌گردد، ارزیابی کنند (۴).

درمان افسردگی

با وجود شیوع افسردگی در بیماران مبتلا به سکت قلبی، مطالعات نشان دادند که درمان موفق افسردگی

کیفیت زندگی و پی‌آمد بیماری در این بیماران را بهبود می‌بخشد (۲) بنابراین توسعه و ارزیابی بیشتر پروتکل‌های درمانی ضرورت داشته و (۲۶) و در این راستا فرصت برای غربالگری و درمان مؤثر در بیماران قلبی نباید فراموش گردد (۲). مطالعات قبلی نشان دادند تنها نیمی از بیماران افسرده به دنبال سکت قلبی تحت درمان قرار می‌گیرند (۶۳،۴). گزینه‌های درمان شامل استفاده از داروهای ضد افسردگی، درمان شناختی- رفتاری (Cognitive-behavioral therapy: CBT)، فعالیت جسمی نظیر ورزش‌های بی‌هوازی و بازتوانی قلبی می‌باشد (۹).

داروهای ضد افسردگی در درمان افسردگی ناشی از مشکلات جسمی مزمن مؤثر و بی‌خطر هستند (۶۴،۵۰). داروهای انتخابی متوقف‌کننده باز جذب مجدد سروتونین (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor: SSRI)، سرتالین و سیتالوپرام برای بیماران مبتلا به عروق کرونری قلب بی‌خطر و برای افسردگی متوسط، شدید یا عود افسردگی مؤثر می‌باشند (۶۶،۶۵). داروهای SSRI احتمالاً اولین داروی ضد افسردگی انتخابی می‌باشند که تأثیر آن بر کیفیت زندگی و بی‌خطر بودن آن در بیماری‌های قلبی عروقی آشکار است (۶۸،۶۷،۵۰،۸). به عبارت دیگر مجموعه‌ای از شواهد نه تنها بی‌خطر و مطمئن بودن ضد افسردگی‌های SSRI در درمان افسردگی را گزارش کردند، بلکه در مورد کاهش عوارض ناخواسته ناشی از آن نیز تأکید داشته‌اند (۶۷). عملکرد SSRI، بیشتر شامل موارد زیر می‌باشد:

(۱) افزایش سروتونین در گیرنده‌ها

(۲) کاهش فعال‌سازی پلاکت

(۳) بازگرداندن تغییرپذیری ضربان قلب

این داروها دارای اثر کم آنتی‌کلینرژیک بوده و تقریباً هیچ آریتمی ایجاد نمی‌کنند (۲۶).

در یک مطالعه مشاهده‌ای با هدف بررسی تأثیر استفاده از ضد افسردگی بر روی شیوع مرگ در بیماران پس از سکت قلبی نتایج نشان داد در بیمارانی که SSRI

احساسات خود را در موقعیت‌های تحت استرس ارزیابی کنند، به طریقی که خلق افسرده در آنها بهبود یافته و دیدگاه بهتری پیدا کنند (۸).

در یک مطالعه مرور سیستماتیک که اثر بخشی درمان غیردارویی افسردگی در افراد مبتلا به مشکلات جسمی مزمن مورد بررسی قرار گرفت، بطور کلی نتایج نشان دادند که انواع مداخلات غیردارویی بر روی افراد مبتلا به افسردگی و دارای مشکلات جسمی مزمن در مقایسه با افراد افسرده فاقد مشکلات جسمی مزمن دارای اثرات سودمندی بوده است و از نظر شناختی و علائم افسردگی، بیشتر علائم افسردگی در انتهای درمان بهبود یافته بود (۶۴). با توجه به مطالعات انجام شده، مینا قرار دادن شواهد موجود کافی نبوده (۶۴، ۷۵، ۷۶) زیرا این شواهد خالی از ابهام نمی‌باشد (۷۵) و همچنین به دلیل محدودیت پژوهش‌های قبلی، نمی‌توان نتایج حاصل از آن را تعمیم داد (۷۶) لذا انجام کارآزمایی‌های برتر با پیگیری دراز مدت ضروری می‌باشد (۶۴، ۷۵، ۷۶)

فعالیت‌های ورزشی و بازتوانی قلبی

شواهد نشان می‌دهد که ورزش ممکن است تأثیر مثبت روی عوامل روانی نظیر افسردگی داشته باشد (۱۹). ورزش‌های بی‌هوازی در بازتوانی قلب و در کاهش علائم افسردگی و بهبود وضعیت قلبی مؤثر می‌باشد. در همین رابطه تحقیقات نشان دادند که بیماران خوش‌بین و دارای دیدگاه مثبت نه تنها علائم افسردگی کمتری دارند بلکه شیوع و مرگ در آنها کمتر است. در نتیجه با داشتن یک نقش فعال در فرآیند بهبودی، وابستگی به سلامت و رژیم درمانی ارتقاء می‌یابد (۸). به عبارت دیگر تمرینات ورزشی یک جزء مهم برای درمان خلق افسرده محسوب می‌گردد. نتایج مطالعه‌ای در رابطه با پیشگیری ثانویه در برنامه‌ریزی بازتوانی در مدت ۴ هفته و همچنین در ۱۲ ماه پس از سکتة قلبی نشان داد نمرات مربوط به خلق افسرده به‌طور معنی‌دار در گروهی که تمرینات ورزشی را انجام داده بودند نسبت به بیمارانی که این تمرینات را

دریافت کرده بودند در مقایسه با بیمارانی که از این دارو استفاده نکرده بودند، خطر مرگ یا عود سکتة قلبی بطور معنی‌دار پائین‌تر گزارش گردید (۶۹). نتیجه یک کارآزمایی بالینی نیز نشان داد ضدافسردگی سرترالین، یک داروی مؤثر در درمان عود افسردگی در بیماران مبتلا به سکتة قلبی حاد و یا حملات ناپایدار آنژین می‌باشد (۶۶). اگر چه برخی از مطالعات مصرف این داروها را در بالغین بزرگتر، به دلیل امکان تداخل با دیگر داروهای مصرفی، مشکل آفرین ذکر کردند (۷۰).

درمان روانی اجتماعی

مؤثرترین درمان روانی اجتماعی برای بیماران افسرده در بیماران دچار سکتة قلبی درمان شناختی رفتاری (Cognitive-behavioral therapy: CBT) است (۵۷، ۴). درمان شناختی-رفتاری یک فرم از درمان سایکولوژیکی است که در درمان افسردگی مؤثر می‌باشد (۸). این درمان ممکن است برای بیمارانی که نمی‌توانند داروهای ضدافسردگی را تحمل کنند و یا آنهایی که یک درمان غیردارویی یا مشاوره‌ای را ترجیح می‌دهند جایگزین گردد. همچنین ممکن است در بیمارانی که افسردگی متوسط تا شدید دارند پاسخ درمانی بهتری بصورت ترکیبی با یک داروی ضدافسردگی و سایکوتراپی نسبت به دیگر درمان‌ها، به تنهایی ایجاد کند (۶۸، ۷۱)، مطالعات حاکی از اثر بخشی این نوع مداخله (CBT) در بیماران قلبی می‌باشد (۷۴-۷۲). فرض بر این است که بیماران، شرکت‌کنندگان فعال در درمان و تعاملات متقابل هستند، در میان پنج عامل کلیدی درمان، محیط، افکار، احساسات، رفتار و فیزیولوژی قرار می‌گیرند. درمان شناختی-رفتاری بر توسعه کوتاه‌مدت کاربردی مهارت مشکل محوری هر کدام از این عوامل تأکید دارد. بیماران تشویق می‌شوند تا جنبه‌های پراسترس محیط‌شان را که نمی‌توانند کنترل کنند، تغییر دهند (۴). با استفاده از درمان شناختی-رفتاری به‌عنوان یک درمان مؤثر در افسردگی به بیماران آموزش می‌دهند تا افکار و

روان‌پزشکی است که اثرات زیان باری بر سیستم قلبی عروقی می‌گذارد. عدم توجه به علائم افسردگی در بیماران مبتلا به سکته قلبی تأثیر نامطلوبی بر بهبودی بیمار گذاشته و در نهایت آنها را در معرض پیش‌آگهی نامناسب، بستری مجدد و سایر حوادث قلبی قرار می‌دهد. به علاوه وجود هم‌زمان علائم افسردگی و سکته قلبی این بیماران را با احتمال قابل توجه در کیفیت زندگی مواجه می‌سازد. بنابراین علاوه بر مشکلات جسمی باید نسبت به ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران از طریق فراهم کردن حمایت روانی، حمایت اجتماعی، درمان و مداخلات مناسب اقدام نمود. داروهای انتخابی متوقف کننده باز جذب سروتونین (SSRI) اولین داروی ضد افسردگی انتخابی و بی‌خطر برای درمان بیماران مبتلا به عروق کرونر قلب می‌باشند. اگرچه درمان شناختی-رفتاری به‌عنوان یک روش غیر دارویی و از موثرترین درمان‌های سایکولوژیکی شناخته شده برای کاهش افسردگی می‌باشد اما انجام تحقیقات بیشتر در رابطه با اثربخشی آن در بیماران قلبی افسرده توصیه شده است.

References

1. Kaplan H, sadock BJ. Comprehensive text book of psychiatry: 6 th ed . Baltimore: Williams and Wilkins; 1995.
2. Serrano Jr CV, Setani KT, Sakamoto E, Andrei AM, Fraguas R. Association between depression and development of coronary artery disease: pathophysiologic and diagnostic implications. Vasc Health Risk Manag . 2011; 7:159.
3. Schrader G, Cheok F, Hordacre AL, Guiver N. Predictors of depression three months after cardiac hospitalization. Psychosom Med. 2004; 66(4):514-20.
4. Thomas P, Michael GK, Gary NE, Pharm D, Eugene JB. Assessment and treatment of

انجام نداده بودند پایین تر گزارش گردید (۷۷). مطالعات دیگر نیز این ارتباط را تأیید کرده‌اند. نتایج یک مطالعه نشان داد بیمارانی که در بیمارستان بعد از سکته قلبی حاد، افسرده بودند فعالیت کمتری نسبت به بیمارانی که افسرده نبودند داشتند. آنها همچنین نسبت به تغییر در الگوی تغذیه و عدم مصرف سیگار به‌طور مستمر بعد از ۱۲ ماه پیگیری نیز موفقیت کمی داشتند (۱۸).

بازتوانی قلبی یک روش مؤثر برای بهبود بخشیدن پیش‌آگهی می‌باشد (۷۸، ۷۹) و شامل مجموعه فعالیت‌هایی است که تضمین می‌کند بیماران در بهترین وضعیت از نظر جسمی، روانی و اجتماعی قرار می‌گیرند و اجزاء اصلی آن شامل تمرینات ورزشی، دوره‌های آموزشی، تعدیل رفتارهای پرخطر، درمان دارویی و توجهات روانی اجتماعی می‌باشد (۸۰).

نتیجه گیری

علائم افسردگی، مرگ و میر قلبی پس از سکته قلبی را پیشگویی نمی‌کند، اما این به بدان معنا نیست که پزشکان و متخصصین قلب آن‌را نادیده بگیرند (۸۱) زیرا افسردگی در مبتلایان به سکته قلبی از مشکلات شایع

- depression following myocardial infarction. Am Fam Physician. 2001; 64(4):641-8.
5. Nicholson A, Kuper H, Hemingway H. Depression as an aetiologic and prognostic factor in coronary heart disease: a meta-analysis of 6362 events among 146 538 participants in 54 observational studies. Eur Heart J. 2006; 27(23):2763-74.
6. Meneses R, Almeida MC, Abecasis J, Arroja I, Carvalho Á, Aleixo A. A Depressão em Doentes com Enfarte Agudo do Miocárdio [73]. Rev Port Cardiol. 2007; 26(11): 1143-65.
7. Mastrogiannis D, Giamouzis G, Dardiotis E, Karayannis G, Chroub-Papavaïou A, Kremeti

- D, et al. Depression in Patients with Cardiovascular Disease. *Cardiol Res Pract.* 2012;2012.
8. Williams RB. Depression After Heart Attack. *Circulation.* 2011; 123(25):e639-e40.
 9. Lichtman JH, Bigger Jr JT, Blumenthal JA, Frasure-Smith N, Kaufmann PG, Lespérance F, et al. Depression and Coronary Heart Disease Recommendations for Screening, Referral, and Treatment: A Science Advisory From the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: Endorsed by the American Psychiatric Association. *Circulation.* 2008; 18(17):1768-75
 10. Pozueol L, Tesar G, Zhang J, Penn M, Franco K, Jiang W. Depression and heart disease: What do we know, and where are we headed? *Cleve Clin J Med.* 2009; 76(1):59-70.
 11. Barth J, Schneider S, vonKänel R. Lack of social support in the etiology and the prognosis of coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med.* 2010; 72(3):229-38.
 12. Ruo B, Rumsfeld JS, Hlatky MA, Liu H, Browner WS, Whooley MA. Depressive symptoms and health-related quality of life: the Heart and Soul Study. *JAMA.* 2003; 290(2):215-21.
 13. Jiang W, Glassman A, Krishnan R, O'Connor CM, Califf RM. Depression and ischemic heart disease: what have we learned so far and what must we do in the future? *Am Heart J.* 2005; 150(1):54-78.
 14. Bush DE, Ziegelstein RC, Patel UV, Thombs BD, Ford DE, Fauerbach JA, et al. Post-myocardial infarction depression. Agency for Healthcare Research and Quality. 2005.
 15. Freedland KE, Rich MW, Skala JA, Carney RM, Davila-Roman VG, Jaffe AS. Prevalence of depression in hospitalized patients with congestive heart failure. *Psychosom Med.* 2003; 65(1):119-28.
 16. Hosseini H, Tabiban S, Samarbakhsh A. Depression following the first attack of myocardial infarction. *Bimonthly research Journal Pejouhandeh.* 2006; 5(10):317-20.
 17. Xu T, Li W, Teo K, Wang X, Liu L, Yusuf S. Association of psychological risk factors and acute myocardial infarction in China: the INTER-HEART China study. *Chinese Medical Journal-Beijing.* 2011; 124(14):2083.
 18. Mayou RA, Gill D, Thompson DR, Day A, Hicks N, Volmink J, et al. Depression and anxiety as predictors of outcome after myocardial infarction. *Psychosom Med.* 2000; 62(2):212-9.
 19. Goldston K, Baillie AJ. Depression and coronary heart disease: a review of the epidemiological evidence, explanatory mechanisms and management approaches. *Clin Psychol Rev.* 2008; 28(2):289-307.
 20. Lett HS, Blumenthal JA, Babyak MA, Sherwood A, Strauman T, Robins C, et al. Depression as a risk factor for coronary artery disease: evidence, mechanisms, and treatment. *Psychosom Med.* 2004; 66(3):305-15.
 21. Parashar S, Rumsfeld JS, Spertus JA, Reid KJ, Wenger NK, Krumholz HM, et al. Time course of depression and outcome of myocardial infarction. *Arch Intern Med.* 2006; 166(18): 2035-43.
 22. Chamberlain AM, Vickers KS, Colligan RC, Weston SA, Rummans TA, Roger VL.

- Associations of Preexisting Depression and Anxiety With Hospitalization in Patients With Cardiovascular Disease. *Mayo Clin Proc.* 2011; 86(11):1056-62
23. Dickens C, McGowan L, Percival C, Tomenson B, Cotter L, Heagerty A, et al. New onset depression following myocardial infarction predicts cardiac mortality. *Psychosom Med.* 2008; 70(4):450-5.
 24. Huffman JC, Celano CM, Januzzi JL. The relationship between depression, anxiety, and cardiovascular outcomes in patients with acute coronary syndromes. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2010; 6:123.
 25. Joynt KE, Whellan DJ, O'Connor CM. Depression and cardiovascular disease: mechanisms of interaction. *Biol Psychiatry.* 2003.
 26. Stefanatou A, Kouris N, Lekakis J. Treatment of Depression in Elderly Patients with Cardiovascular Disease: Research Data and Future Prospects. *Hellenic J Cardiol.* 2010; 51:142-52.
 27. O'Keefe JH, Carter MD, Lavie CJ. Primary and secondary prevention of cardiovascular diseases: a practical evidence-based approach. *Mayo Clin Proc.* 2009.
 28. Modabernia M, Sobhani A, Nasirirad A, Kiakajoori S. Prevalence of depression in MI patients. *J Guilan Uni Med Sci.* 2001.
 29. Mendes L, Czajkowski S, Freedland K, Bang H, Powell L, Wu C, et al. The effect of a psychosocial intervention and quality of life after acute myocardial infarction: the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease (ENRICH) clinical trial. *J Cardiopul Rehabil.* 2006; 26(1):9.
 30. Mallik S, Spertus JA, Reid KJ, Krumholz HM, Rumsfeld JS, Weintraub WS, et al. Depressive symptoms after acute myocardial infarction: evidence for highest rates in younger women. *Arch Intern Med.* 2006;166(8):876.
 31. Pilote L, Dasgupta K, Guru V, Humphries KH, McGrath J, Norris C, et al. A comprehensive view of sex-specific issues related to cardiovascular disease. *CMAJ.* 2007; 176(6):S1-S44.
 32. Norris CM, Hegadoren K, Pilote L. Depression symptoms have a greater impact on the 1-year health-related quality of life outcomes of women post-myocardial infarction compared to men. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2007; 6(2):92-8.
 33. Parashar S, Rumsfeld JS, Reid KJ, Buchanan D, Dawood N, Khizer S, et al. Impact of depression on sex differences in outcome after myocardial infarction. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2009; 2(1):33-40.
 34. Lamers F, Jonkers C, Bosma H, Penninx BW, Knottnerus JA, van Eijk JTM. Summed score of the Patient Health Questionnaire-9 was a reliable and valid method for depression screening in chronically ill elderly patients. *J Clin Epidemiol.* 2008; 61(7):679-87.
 35. Kroenke K, Spitzer RL. The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatr Ann.* 2002; 32(9):509-15.
 36. O'Connor CM, Gurbel PA, Serebruany VL. Depression and ischemic heart disease. *Am Heart J.* 2000; 140(4):63-9.
 37. Zimmermann-Viehoff F, Orth-Gomer K, Wang HX, Deter HC, Merswolken M, Ghadiyali Z, et al. Depressive symptoms and heart rate variability in younger women after an acute coronary event. *Eur J Prev Cardiol.* 2010;17(5):509-13.
 38. Leifheit-Limson EC, Reid KJ, Kasl SV, Lin H, Jones PG, Buchanan DM, et al. The Role

- of Social Support in Health Status and Depressive Symptoms After Acute Myocardial Infarction Evidence for a Stronger Relationship Among Women. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2010; 3(2):143-50.
39. Herrmann C. Raising awareness of women and heart disease womens' heart are different. *Crit Care Nurse Clin Am*. 2008; 20(3):251-63.
40. Reese RL, Freedland KE, Steinmeyer BC, Rich MW, Rackley JW, Carney RM. Depression and rehospitalization following acute myocardial infarction. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2011; 4(6):626-33.
41. de Jonge P, Spijkerman TA, van den Brink RHS, Ormel J. Depression after myocardial infarction is a risk factor for declining health related quality of life and increased disability and cardiac complaints at 12 months. *Heart*. 2006; 92(1):32-9.
42. Roebuck A, Furze G, Thompson DR. Health-related quality of life after myocardial infarction: an interview study. *J Adv Nurs*. 2001; 34(6):787-94.
43. Brisson C, Leblanc R, Bourbonnais R, Maunsell E, Dagenais GR, Vézina M, et al. Psychologic distress in postmyocardial infarction patients who have returned to work. *Psychosom Med*. 2005; 67(1):59-63.
44. Beck CA, Joseph L, Bélisle P, Pilote L. Predictors of quality of life 6 months and 1 year after acute myocardial infarction. *Am Heart J*. 2001; 142(2):271-9.
45. Kristofferzon ML, Löfmark R, Carlsson M. Coping, social support and quality of life over time after myocardial infarction. *J Adv Nurs*. 2005; 52(2):113-24.
46. Brown N, Melville M, Gray D, Young T, Munro J, Skene A, et al. Quality of life four years after acute myocardial infarction: short form 36 scores compared with a normal population. *Heart*. 1999; 81(4):352-8.
47. Carney RM, Freedland KE, Veith RC, Jaffe AS. Can treating depression reduce mortality after an acute myocardial infarction? *Psychosom Med*. 1999; 61(5):666-75.
48. Swenson JR. Quality of life in patients with coronary artery disease and the impact of depression. *Curr Psychiatry Rep*. 2004; 6(6):438-45.
49. Lane D, Carroll D, Ring C, Beevers DG, Lip G. Effects of depression and anxiety on mortality and quality-of-life 4 months after myocardial infarction. *J Psychosom Res*. 2000; 49(4): 229-238.
50. Taylor D, Meader N, Bird V, Pilling S, Creed F, Goldberg D. Pharmacological interventions for people with depression and chronic physical health problems: systematic review and meta-analyses of safety and efficacy. *Br J Psychiatry*. 2011; 198(3): 179-88.
51. Norekval T, Wahl AK, Fridlund B, Nordrehaug JE, Wentzel-Larsen T, Hanestad BR. Quality of life in female myocardial infarction survivors: a comparative study with a randomly selected general female population cohort. *Health Qual Life Outcomes*. 2007; 5(1):5.
52. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *Lancet*. 2007; 370(9590):859-77.
53. Figueredo M, Vincent M. The time has come for physicians to take notice: the impact of psychosocial stressors on the heart. *Am J Med*. 2009; 122(8): 704-712.
54. Lett HS, Blumenthal JA, Babyak MA, Sherwood A, Strauman T, Robins C, et al.

- Depression as a risk factor for coronary artery disease: evidence, mechanisms, and treatment. *Psychosom Med.* 2004; 66(3):305-15.
55. Carney RM, Freedland KE, Miller GE, Jaffe AS. Depression as a risk factor for cardiac mortality and morbidity: a review of potential mechanisms. *J Psychosom Res.* 2002; 53(4): 897-902.
 56. Coyle MK. Depressive symptoms after a myocardial infarction and self-care. *Arch Psychiatr Nurs.* 2012; 26(2):127-34.
 57. Lett HS, Davidson J, Blumenthal JA. Nonpharmacologic treatments for depression in patients with coronary heart disease. *Psychosom Med.* 2005; 67:S58-62.
 58. Lett HS, Blumenthal JA, Babyak MA, Catellier DJ, Carney RM, Berkman LF, et al. Dimensions of social support and depression in patients at increased psychosocial risk recovering from myocardial infarction. *Int J Behav Med.* 2009; 16(3):248-58.
 59. Barth J, Schneider S, von Känel R. Lack of social support in the etiology and the prognosis of coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med.* 2010; 72(3):229-233.
 60. Frasure-Smith N, Lespérance F, Gravel G, Masson A, Juneau M, Talajic M, et al. Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. *Circulation.* 2000; 101(16):1919-24.
 61. American psychiatric Association. Task force on DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington DC: American psychiatric Association; 1994.
 62. Jiang W, Alexander J, Christopher E, Kuchibhatla M, Gaulden LH, Cuffe MS, et al. Relationship of depression to increased risk of mortality and rehospitalization in patients with congestive heart failure. *Arch Intern Med.* 2001; 161(15):1849.
 63. Nair N, Farmer C, Gongora E, Dehmer GJ. Commonality between depression and heart failure. *Am J Cardiol.* 2011 ; 109(5): 768-772.
 64. Rizzo M, Creed F, Goldberg D, Meader N, Pilling S. A systematic review of non-pharmacological treatments for depression in people with chronic physical health problems. *J Psychosom Res.* 2011; 71(1):18-27.
 65. Lespérance F, Frasure-Smith N, Koszycki D, Laliberté MA, van Zyl LT, Baker B, et al. Effects of citalopram and interpersonal psychotherapy on depression in patients with coronary artery disease. *JAMA.* 2007; 297(4):367-79.
 66. Glassman AH, O'Connor CM, Califf RM, Swedberg K, Schwartz P, Bigger Jr JT, et al. Sertraline treatment of major depression in patients with acute MI or unstable angina. *JAMA.* 2002; 288(6):701-9.
 67. Glassman A. Depression and cardiovascular disease. *Pharmacopsychiatry.* 2008; 41(6):221-225.
 68. Berkman LF, Blumenthal J, Burg M, Carney RM, Catellier D, Cowan MJ, et al. Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICH) Randomized Trial. *JAMA.* 2003; 289(23):3106-16.
 69. Taylor CB, Youngblood ME, Catellier D, Veith RC, Carney RM, Burg MM, et al. Effects of antidepressant medication on morbidity and mortality in depressed patients after myocardial infarction. *Arch Gen Psychiatry.* 2005; 62(7):792.

70. Hersen M, Van Hasselt VB. Behavioral assessment and treatment of anxiety in the elderly. *Clin Psychol Rev*. 1992; 12(6):619-40.
71. Thase M, Friedman E, Biggs M, Wisniewski S, Trivedi M, Luther J, et al. Cognitive therapy versus medication in augmentation and switch strategies as second-step treatments: a STAR* D report. *Am J Psychiatry*. 2007; 164(5):739-52.
72. Gulliksson M, Burell G, Vessby B, Lundin L, Toss H, Svardsudd K. Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy vs standard treatment to prevent recurrent cardiovascular events in patients with coronary heart disease: Secondary Prevention in Uppsala Primary Health Care project . *Arch Intern Med*. 2011; 171(2):134-40.
73. Freedland KE, Skala JA, Carney RM, Rubin EH, Lustman PJ, Davila-Roman VG, et al. Treatment of depression after coronary artery bypass surgery: a randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2009; 66(4):387-96.
74. Yousefy A, Khayyam-Nekouei Z, Sadeghi M, Ahmadi SA, Ruhafza H, Rabiei K, et al. The effect of cognitive-behavioral therapy in reducing anxiety in heart disease patients. *ARYA Atheroscler*. 2010; 2(2).
75. Schuurmans J, Comijs H, Emmelkamp PM, Gundy CM, Weijnen I, van den Hout M, et al. A randomized, controlled trial of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and sertraline versus a waitlist control group for anxiety disorders in older adults. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2006; 14(3):255-263.
76. Dekker RL. Cognitive Therapy for Depression in Patients with Heart Failure: A Critical Review. *Heart Fail Clin*. 2011; 7(1):127.
77. Soderman E, Lisspers J, Sundin O. Impact of depressive mood on lifestyle changes in patients with coronary artery disease. *J Rehabil Med*. 2007; 39(5):412-7.
78. Mayou RA, Gill D, Thompson DR, Day A, Hicks N, Volmink J, et al. Depression and anxiety as predictors of outcome after myocardial infarction. *Psychosom Med*. 2000; 62(2):212-9.
79. Ades PA. Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease. *N Engl J Med*. 2001; 345(12):892-902.
80. Giannuzzi P, Saner H, Björnstad H, Fioretti P, Mendes M, Cohen-Solal A, et al. Secondary Prevention Through Cardiac Rehabilitation Position Paper of the Working Group on Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J*. 2003; 24(13):1273-8.
81. Hosseini SH, Yousefnejad K, Tabiban S, Nesarhoseyni V, Bagheri B, Kiasari AM, et al. Effects of depression and anxiety symptoms on cardiac mortality following myocardial infarction: A 2-year follow-up. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2011; 15(2):91-6.

سوالات

۱- شیوع افسردگی در بیماران بعد از سکته قلبی چند برابر بیشتر از جمعیت عمومی رخ می‌دهد؟

الف) ۲

ب) ۱/۵

ج) ۲/۵

د) ۳

۲- کدام عبارت در مورد شیوع افسردگی و ارتباط آن با جنس در بیماران مبتلا به سکته قلبی صحیح است؟

الف) شیوع در هر دو جنس برابر است

ب) در میان مردان شیوع بیشتری دارد

ج) در میان زنان شیوع بیشتری دارد

د) در مردان بالای ۶۵ سال بیشتر از زنان است

۳- تغییر در رفتارهای مراقبت از خود پس از ترخیص از بیمارستان به دنبال MI نشان دهنده کدامیک از علایم افسردگی است؟

الف) کاهش انرژی

ب) افکار خودکشی

ج) کاهش خواب

د) کاهش اشتها

۴- جهت افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به MI کدام اقدام موثر می‌باشد؟

الف) درمان افسردگی

ب) توجه به احساسات منفی

ج) توجه به شدت بیماری

د) همه موارد

۵- فقدان حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به MI با کدام یک از موارد زیر ارتباط دارد؟

الف) پیش‌آگهی

ب) بستری مجدد

ج) افزایش شیوع

د) همه موارد

- ۶- تشخیص افسردگی با توجه به معیار DSM-IV شامل کدام یک از موارد زیر است؟
- الف) خلق افسرده، کاهش یا افزایش وزن، خستگی، کاهش تمرکز به مدت یک هفته هر روز
- ب) فکر کردن دائم به مرگ، بی قراری و گوشه گیری، بی خوابی به مدت یک ماه هر روز
- ج) خلق افسرده، خستگی، کاهش تمرکز، بی خوابی و پراشتهایی به مدت دو هفته هر روز
- د) احساس بی ارزشی، کمبود انرژی، بی قراری، کاهش تمرکز به مدت یک ماه هر روز
- ۷- داروی ضد افسردگی بی خطر و مناسب تر در درمان افسردگی در بیماران قلبی عروقی کدام است؟

الف) فلوکستین

ب) سرتالین

ج) سیتالوپرام

د) پاروکستین

- ۸- موثرترین درمان غیر دارویی برای افسردگی پس از سکته قلبی کدام است؟

الف) درمان شناختی رفتاری

ب) ریلکسیشن

ج) انجام فعالیت ورزشی

د) شرکت در کلاس های آموزشی

- ۹- کدام یک از موارد زیر در بازتوانی قلبی و کاهش افسردگی دارای تأثیر مثبت می باشد؟

الف) تغییر در الگوی تغذیه

ب) انجام ورزش های بی هوازی

ج) عدم مصرف سیگار

د) انجام ورزش های هوازی

- ۱۰- برای ایجاد پاسخ درمانی مناسب تر در بیماران افسرده مبتلا به سکته قلبی کدام مورد صحیح است؟

الف) استفاده از داروی ضد افسردگی

ب) درمان شناختی رفتاری

ج) انجام فعالیت های بازتوانی قلبی

د) الف و ب