

بررسی عوامل خطر ساز روانشناختی در مردان و زنان مراجعه کننده به واحد باز توانی قلبی بیمارستان امام علی (ع) شهر کرمانشاه

چکیده

زمینه: تفاوت های جنسی آشکاری در همه گیرشناسی، تظاهر بیماری، فیزیولوژی، پاسخ به آزمون- های تشخیصی، مداخلات و همچنین شیوع عوامل خطر ساز غیر روانشناختی وجود دارد. این مطالعه با هدف بررسی عوامل خطر ساز روانشناختی در مردان و زنان باز توانی قلبی انجام گرفت.

روش ها: مطالعه حاضر از نوع توصیفی- تحلیلی است. جامعه آماری پژوهش تمامی بیماران باز توانی قلبی مراجعه کننده به بخش باز توانی بیمارستان امام علی (ع) شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۲ بودند که از بین آنها ۲۱۲ نفر (۱۰۶ زن و ۱۰۶ مرد) به صورت همتا شده مورد بررسی قرار گرفتند. جمع آوری اطلاعات با استفاده از مصاحبه بالینی و پرسشنامه های اضطراب و افسردگی بک، شاخص رضایت زناشویی هودسن، پرسشنامه پرخاشگری باس و پری انجام گرفت. به منظور تجزیه و تحلیل نتایج روش های تحلیل واریانس چند متغیره، آزمون مجذور کای و تی تست به کمک نرم افزار SPSS ویرایش ۱۸ به کار گرفته شد.

یافته ها: میانگین سنی زنان $56/25 \pm 9/1$ و مردان $57/15 \pm 9/1$ بود. نتایج نشان داد که اضطراب و افسردگی در زنان به طور معناداری بالاتر از مردان است ($p < 0.01$). متقابلاً، مردان در مقایسه با هم تان مونث شان استرس زناشویی و خشم بالاتری دارند ($p < 0.01$).

نتیجه گیری: عوامل خطر ساز روانشناختی و آسیب شناسی بیماری های قلبی- عروقی در زنان متفاوت از مردان بوده و نیازمند تشخیص و راهبردهای درمانی مختص به جنس مونث است. در واقع، عوامل خطر ساز روانشناختی بیماری قلبی در زنان و مردان به گونه ای متفاوت نمود پیدا می کنند و هر یک از این دو گروه نیازمند تشخیص و راهبردهای درمانی مختص به خود هستند.

کلید واژه ها: عوامل خطر ساز، عوامل روانشناختی، باز توانی قلبی، بیمارستان امام علی (ع) کرمانشاه.

سعید کماسی^۱، مؤگان سعیدی^۱

ارسلان نادری پور^۲، شعبان مرادی^۳، سیاوش سلیمانی^۴، پریا مؤگانی^{۵*}

۱. بیمارستان امام علی (ع)، بخش باز توانی قلبی،

دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ایران.

۲. گروه فوریت های پزشکی، دانشکده پیرا پزشکی،

دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ایران.

۳. معاونت تحقیقات و فناوری، دانشگاه علوم پزشکی

کرمانشاه، ایران.

۴. معاونت تحقیقات و فناوری، سازمان بهزیستی کل

کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

۵. مرکز مشاوره شکوفه، کرمانشاه، ایران.

* **عهده دار مکاتبات:** کرمانشاه، بلوار شهید بهشتی،

بیمارستان امام علی (ع)، مرکز باز توانی قلبی

Email: pr_mzhgn@yahoo.com

مقدمه:

بیماری های قلبی- عروقی به عنوان یکی از بیماری های مزمن شایع، جمعیتی در حدود ۱۵ میلیون نفر از جمعیت ایران را درگیر خود ساخته است^۱ و این در حالی است که میلیون ها نفر از جمعیت عمومی نیز در معرض عوامل خطر سازی هستند که خود از آن اطلاعی ندارند^۲. این بیماری ها عامل مرگ ۵۴ درصد زنان و ۴۳ درصد مردان اروپایی هستند^۳ و پیش بینی می شود تا سال ۲۰۳۰ یک نفر از هر چهار آمریکایی به نوعی بیماری قلبی دچار

باشند^۴. بنابر گزارش سازمان بهداشت جهانی تعداد مرگ و میرهای ناشی از این بیماری ها تا سال ۲۰۲۰ به ۱۱/۱ میلیون نفر افزایش پیدا می کند^۵. قبلاً همه بر این باور بودند که بیماری قلبی در وهله اول بیماری مردان است اما طی سال های اخیر مشخص شد که میزان مرگ و میر ناشی از بیماری قلبی در زنان بیش از مردان است^۶ و شمار کلی مرگ های ناشی از بیماری قلبی در زنان بعد از سال ۲۰۰۰ افزایش و در مردان با کاهش روبرو بوده است^۳. با وجود این وضعیت، عوامل خطر ساز بیماری های قلبی

به طور کلی به چهار دسته تقسیم می شوند: عوامل زیستی (Biological Factors) مانند سن، جنسیت، سابقه خانوادگی (ژنتیک) و کلسترول خون ارثی مواردی را شامل می شود که فرد کنترلی بر آنها نداشته و قادر به تغییر آنها نیست. عوامل محیطی (Environmental) شامل دود، گرد و غبار، آلودگی آب و هوا، و مواد سمی هستند. عوامل رفتاری (Behavioral) فاکتورهایی هستند که فرد تا حد زیادی بر آنها کنترل دارد و از مصرف دخانیات، عدم تحرک، سوء مصرف الکل و مواد مخدر، و تغذیه نامناسب تشکیل می شود؛ و چهارمین گروه عوامل خطر ساز روانشناختی (Psychological) هستند که تاثیر آنها بر سبب شناسی و پیشروی بیماری قلبی همواره مورد تاکید بوده است.^۷

عوامل روانشناختی از قبیل پایگاه اجتماعی- اقتصادی ضعیف، عدم حمایت اجتماعی، انزوای اجتماعی، استرس شغلی و خانوادگی، افسردگی، اضطراب و استرس، و خشم و خصومت، هم در خطر پیدایش بیماری قلبی و هم در بدتر شدن سیر بالینی و پیش آگهی آن نقش دارند.^{۸،۹،۱۰} این عوامل مانع ایجاد رابطه درمانی شده و بر بهبود سبک زندگی و ارتقاء سلامت و بهزیستی بیماران و جمعیت عمومی تاثیر گذار هستند.^{۱۱،۱۲} عوامل روانشناختی حاد از قبیل رویدادهای استرس- زاء، خشم ناگهانی، اختلالات خلقی غیرمنتظره، و تهییج هیجانی شدید می تواند عامل ایجاد انفارکتوس میوکارد (Myocardial infarction) باشد و یا مرگ ناگهانی قلبی را در افراد باعث شود.^{۱۳،۱۴} عوامل روانشناختی مؤثر بر حوادث قلبی احتمالاً نقش عمده ای در پدیده های زیستی مزمن تاثیر گذار بر بیماری های قلبی از قبیل الگوهای شبانه روزی، هفته ای و فصلی دارند.^{۱۵}

گذشته از نقش عوامل روانشناختی در بروز و تداوم بیماری های قلبی، تفاوت های جنسی آشکاری در همه- گیرشناسی، تظاهر بیماری، فیزیولوژی، پاسخ به آزمون های تشخیصی، مداخلات و همچنین شیوع عوامل خطر ساز وجود دارد.^{۱۶} بررسی های مختلف ماشه چکان های گوناگون بیماری

قلبی از جمله عوامل فیزیکی (فعالیت بدنی و فعالیت جنسی)، روانشناختی (خشم، افسردگی، اضطراب، ناکامی، استرس شغلی، زلزله، جنگ و ترورها)، شیمیایی (مصرف کافئین و الکل)، و محیطی (آلودگی) را بررسی کرده اند^۴ و نشان داده اند که نرخ این عوامل خطر ساز در زنان به طور معناداری بیشتر از مردان است.^{۱۶} و این در حالی است که تقریباً نیمی از زنان از عوامل خطر ساز بیماری خود اطلاعی ندارند.^{۱۷} با این که زنان در بسیاری از عوامل خطر ساز بیماری قلبی با مردان مشترک هستند، به نظر می رسد خطر فزاینده عوامل روانشناختی از جمله اضطراب و افسردگی و استرس زنشویی تا حدی در زنان بیشتر از مردان باشد.^{۱۸} پژوهش ها نشان می دهند زنان نسبت به مردان پیش آگهی ضعیف تری دارند و نرخ مرگ و میر ۳۰ روزه و پیامدهای وخیم درمانی در آنها به طور معناداری بالاتر است. در واقع، جنسیت به طور مستقلی با پیامدهای وخیم زودرس رابطه داشته^{۱۹} و احتمال این که زنان به دنبال مسائل قلبی از بیمارستان ترخیص شوند در مقایسه با مردان کمتر است. آنها اختلال های روانی، افسردگی، خستگی مزمن، و علائم جسمانی بیشتری را تجربه می کنند و معمولاً بعد از انفارکتوس میوکارد کیفیت زندگی پایین تری دارند^{۲۰-۲۳}. در مقابل، اشاره می شود که بین مرگ و میر قلبی ناشی از اختلالات اضطرابی و جنسیت رابطه وجود دارد و خطر مرگ ناشی از بیماری های قلبی در مردان دارای اختلالات اضطرابی به طور معناداری بالاتر از زنان است.^{۲۴} همچنین، افسردگی در مردان هم زودتر آغاز می شود و هم شدت بیشتری دارد.^{۲۲}

تفاوت های جنسی ذکر شده و نقش آن در بروز عوامل خطر ساز روانشناختی نشان می دهد که آسیب شناسی بیماری قلبی در زنان احتمالاً متفاوت از مردان بوده و نیازمند روندهای تشخیصی مختص به جنسیت بیماران است.^۶ بنابراین، نتایج این مطالعه می تواند در طراحی آموزش ها و درمان های روانشناختی مناسب برای هر یک از گروه های جنسی و گنجاندن آن در برنامه باز توانی قلبی موثر باشد. پس با توجه به اهمیت عوامل خطر ساز روانشناختی در پیدایش و تثبیت بیماری قلبی و متناقض بودن یافته های موجود در رابطه با آسیب پذیری زنان و مردان در

برابر این عوامل، مطالعه حاضر با هدف بررسی عوامل خطر ساز روانشناختی در مردان و زنان بازتوانی قلبی در سال ۱۳۹۲ انجام گرفت.

مواد و روش ها:

این مطالعه از نوع توصیفی- تحلیلی است. جامعه آماری پژوهش تمامی بیماران جراحی قلب مراجعه کننده به بخش بازتوانی بیمارستان امام علی (ع) شهر کرمانشاه در طی سال ۱۳۹۲ بودند. روش نمونه گیری به صورت در دسترس و شرایط ورود به پژوهش داشتن حواس پنجگانه سالم، داشتن سواد خواندن و نوشتن، و سن ۶۵-۲۰ سال بود. از بین این افراد تعداد ۲۸۱ نفر (۱۴۴ زن و ۱۳۷ مرد) که شرایط ورود به مطالعه را داشتند انتخاب شده و در دو گروه همتاسازی شدند. یعنی از بین آنها تعداد ۲۱۲ نفر (۱۰۶ زن و ۱۰۶ مرد) به صورت همتا شده از لحاظ سن، تحصیلات، وضعیت تاهل، و تعداد گرفت های عروق کرونر در دو گروه جایگزین شدند. با توجه حجم جامعه و نتایج فرمول کوکران، در این مطالعه باید حداقل ۱۷۴ نفر مورد بررسی قرار گیرند. بنابراین، تعداد شرکت کنندگان در این پژوهش مناسب هستند. جمع آوری اطلاعات با استفاده از مصاحبه بالینی و تکمیل پرسشنامه های اضطراب و افسردگی بک، شاخص استرس زناشویی هودسن، پرسشنامه پرخاشگری باس و پری انجام گرفت. پرسشنامه اضطراب بک (BAI) یک آزمون ۲۱ سوالی است که هر سوال دارای ارزش ۳ نمره بوده و نمره کل بین ۰ تا ۶۳ متغیر است. آلفای کرونباخ این آزمون ۰/۹۲ و پایایی باز آزمایی آن ۰/۷۵ است. پنج نوع روایی محتوا، همزمان، سازه، تشخیصی، و عاملی آن نیز تایید شده است.^{۲۵} پرسشنامه افسردگی بک (BDI) نیز دارای ۲۱ سوال دارای ارزش ۳ نمره است. آرون تی بک، استیر و گارین (۱۹۹۶) ضریب اعتبار باز آزمایی این آزمون را در فاصله یک هفته ای ۰/۹۳ به دست آوردند.^{۲۶} شاخص استرس زناشویی هودسن (IMS) ۲۵ سوال دارد و در آن نمرات کمتر از ۳۰ نشانه عدم مشکل بالینی است؛ نمره بین ۷۰-۳۱ نشانه مشکلات قابل ملاحظه است؛ و نمره بالاتر از ۷۰ به منزله استرس شدید در رابطه زناشویی است.^{۲۷} آلفای کرونباخ این آزمون ۰/۹۶ گزارش شده است^۲ و روایی

محتوای آن با مقیاس رضایت زناشویی انریچ ۰/۸۶ است.^{۲۷} پرسشنامه پرخاشگری باس و پری (AQ) دارای ۲۹ سوال است و پرخاشگری فیزیکی، کلامی، خشم و خصومت را اندازه گیری می کند. آزمودنی ها به هر یک از عبارات در یک طیف ۵ درجه ای پاسخ می دهند. پایایی باز آزمایی این آزمون ۰/۸۰ برای کل نمرات و خرده آزمون ها است و آلفای کرونباخ آزمون برای خرده آزمون خشم ۰/۷۶ گزارش شده است.^{۲۹،۳۰} در تجزیه و تحلیل نتایج از روش های تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA)، آزمون کای و تی تست و با کمک نرم افزار SPSS ویرایش ۱۸ استفاده شد. همچنین، ارزش P کمتر از ۰/۰۵ به عنوان سطح معناداری در نظر گرفته شد.

یافته ها:

میانگین سنی زنان $9/10 \pm 56/25$ و مردان $9/08 \pm 57/15$ بود. وضعیت سایر متغیرهای جمعیت شناختی نمونه پژوهش در جدول ۱ قابل مشاهده است.

همان گونه که از جدول شماره ۱ پیداست صرفاً از لحاظ وضعیت شغلی بین زنان و مردان تفاوت آماری معنادار وجود دارد ($P < 0/001$). از لحاظ تحصیلات ($P = 0/19$) و وضعیت تاهل ($P = 0/31$) تفاوت آماری معناداری بین گروه ها دیده نمی شود. در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد بررسی در نمونه پژوهش به تفکیک جنسیت و نتایج تحلیل واریانس آمده است.

همان طوری که در جدول ۲ مشاهده می شود میانگین نمرات بیماران زن در دو متغیر اضطراب و افسردگی بالاتر از مردان است، در حالی که در متغیرهای خشم و استرس زناشویی میانگین بیماران مرد بالاتر است. به علاوه، با توجه به نمره محاسبه شده F برای اثر جنسیت $F(4,207) = 20.18$; $p < 0.001$; $Eta = 0.28$ می توان پی برد. که در متغیرهای پژوهش بین دو گروه مردان و زنان تفاوت معناداری وجود دارد و اندازه اثر تفاوت بین گروه ها ۰/۲۸ است. برای بررسی تفاوت تک تک متغیرها بین زنان و مردان به نتایج آزمون تحلیل واریانس یک راهه (ANOVA) اشاره می شود. در همین راستا، نتایج جدول ۲ نشان می دهد که بین مردان و زنان از لحاظ

برای زنان در برابر ۷۲/۲۸ برای مردان) و استرس زناشویی (۴۷/۰۳ برای زنان در برابر ۵۰/۷۳ برای مردان) به سود مردان است. ضمناً، چنانچه به دلیل وجود چهار متغیر وابسته تصحیح یونفرونی ($P = ۰/۰۱۲$) انجام گیرد با توجه به سطوح معناداری متغیرها باز هم فرضیه معناداری تفاوت‌ها تایید می‌شود. گفتنی است که از بین متغیرهای مورد بررسی بین گروه‌ها بیشترین تفاوت به عامل اضطراب با اندازه اثر ۰/۱۶ مربوط می‌شود.

افسردگی [$F(1,210)=6.76; p<0.01$], اضطراب [$F(1,210)=38.78; p<0.001$], خشم [$F(2,24)=8.46; p<0.004$] و استرس زناشویی [$F(2,24)=11.09; p<0.001$] تفاوت معناداری وجود دارد. این تفاوت در متغیرهای اضطراب (۳۶/۸۳ برای زنان در برابر ۲۷/۷۰ برای مردان) و افسردگی (۱۸/۱۸ برای زنان در برابر ۱۷/۰۴ برای مردان) به سود زنان و در متغیرهای خشم (۶۳/۴۴)

جدول ۱. مقایسه ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها به تفکیک گروه

متغیر	زنان (M±SD)	مردان (M±SD)	کل (M±SD)	آزمون	سطح معناداری
تعداد رگ پیوند خورده	۲/۸ ± ۰/۸۲	۲/۹ ± ۰/۸۹	۲/۹ ± ۰/۸۶	a ۰/۰۱	۰/۹۹
تحصیلات					
زیر دیپلم	۹۴ (۸۸/۷)	۷۶ (۷۱/۷)	۱۷۰ (۸۰/۲)	b ۶/۰۱	۰/۱۹
دیپلم	۷ (۶/۶)	۲۱ (۱۹/۸)	۲۸ (۱۳/۲)		
دانشگاهی	۵ (۴/۷)	۹ (۸/۵)	۱۴ (۶/۶)		
شغل					
خانه دار	۱۰۰ (۹۴/۴)	۰ (۰)	۱۰۰ (۴۷/۳)	b ۱۹۶/۸۵	۰/۰۰۱ **
کارمند	۲ (۱/۹)	۱۹ (۱۷/۹)	۲۱ (۹/۹)		
آزاد	۱ (۰/۹)	۲۹ (۲۷/۴)	۳۰ (۱۴/۲)		
کشاورز	۰ (۰)	۲۲ (۲۰/۸)	۲۲ (۱۰/۵)		
بیکار	۳ (۲/۸)	۳ (۲/۸)	۳ (۱/۵)		
بازنشسته	۰ (۰)	۳۳ (۳۱/۱)	۳۳ (۱۵/۶)		
وضعیت تاهل					
متاهل	۱۰۵ (۹۹/۱)	۱۰۶ (۱۰۰)	۲۱۱ (۹۹/۵)	b ۱/۰۷	۰/۳۱
بیوه	۱ (۰/۹)	۰ (۰)	۱ (۰/۵)		
متارکه	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)		

(a) T-test * $p<0.05$ (b) Chi-square ** $p<0.01$

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره برای مقایسه معناداری میانگین نمرات زنان و مردان

متغیر	زن (۱۰۶ نفر)	مرد (۱۰۶ نفر)	کل (۲۱۲ نفر)	سطح معناداری	مجذور اتا
اضطراب	۳۶/۸۳ ± ۱۰/۴۷	۲۷/۷۰ ± ۱۰/۸۵	۳۲/۲۶ ± ۱۱/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۱۶
افسردگی	۱۸/۱۸ ± ۲/۹۵	۱۷/۰۴ ± ۳/۴۱	۱۷/۶۱ ± ۳/۲۳	۰/۰۱	۰/۰۳
خشم	۶۳/۴۴ ± ۲۱/۷۷	۷۲/۲۸ ± ۲۲/۴۷	۶۷/۸۶ ± ۲۲/۵۱	۰/۰۰۴	۰/۰۴
استرس زناشویی	۴۷/۰۳ ± ۸/۸۰	۵۰/۷۳ ± ۷/۲۸	۴۸/۸۸ ± ۸/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۰۵
جنسیت (منبع)				۰/۰۰۱	۰/۲۸

بحث:

پژوهش حاضر با هدف مقایسه عوامل خطر ساز روانشناختی در مردان و زنان بازتوانی قلبی انجام گرفت. یافته‌های به دست آمده نشان داد که نرخ اضطراب و افسردگی در زنان به طور معناداری بالاتر از مردان است که این با نتایج یافته‌های Vaccarino و همکاران^۲، عسکری و همکاران^۸، Heather^{۱۱}، Pasca و همکاران^{۱۲} و Todaro و همکاران^{۳۳} همخوانی دارد؛ به طوری که این مطالعات نیز نرخ این اختلالات را در زنان بالاتر از مردان گزارش نمودند. از طرفی، نتایج حاصله با یافته‌های مطالعات Van Hout و همکاران^{۳۴} و Fraz و همکاران^{۳۱} متناقض است؛ زیرا این پژوهش‌ها دریافتند که میزان اضطراب و افسردگی در مردان بیشتر است. به علاوه، همسو با مطالعه شاکری و همکاران نتایج مطالعه جاری نشان داد که میزان خشم در مردان به طور معناداری بالاتر از زنان است^{۲۹}. با این حال، بالاتر بودن میزان استرس زناشویی در زنان با یافته‌های مطالعات Orth-Gomér و همکاران^{۳۳} و Eaker و همکاران^{۳۳} همخوانی نداشت.

بنابر گزارش Wiszniewska و همکاران و عادل و همکاران به نظر می‌رسد که در توزیع عوامل خطر ساز و خصایص بالینی بیماری قلبی^{۱۹}، همه گیرشناسی، تظاهر بیماری، فیزیولوژی، پاسخ به آزمون‌های تشخیصی، مداخلات و همچنین شیوع عوامل خطر ساز^{۱۶} در میان دو جنس تفاوت معناداری وجود دارد. در همین راستا مشخص شد که میزان اضطراب و افسردگی در زنان بازتوانی قلبی بالاتر از مردان است. در تایید این یافته مطالعات Wang & Wang^۴ و Eaker و همکاران^{۳۳} عوامل روانشناختی موثر در بیماری قلبی از جمله خشم، افسردگی، اضطراب، ناکامی، استرس شغلی، زلزله، جنگ و ترورها را بررسی کرده‌اند و نشان داده‌اند که نرخ این عوامل خطر ساز در زنان به طور معناداری بیشتر از مردان است^{۱۳}. این موضوع می‌تواند دلایل مختلفی داشته باشد. مثلاً، آمارهای کلی اضطراب و افسردگی نشان می‌دهند که این بیماری‌ها در بین زنان بیمار و غیربیمار شیوع بیشتری داشته و زنان دچار بیماری

قلبی نیز در این زمینه نسبت به مردان پیش‌آگهی ضعیف‌تری دارند و نرخ مرگ و میر^{۳۰} روزه و پیامدهای وخیم درمانی در آن‌ها به طور معناداری بالاتر است^{۱۸،۱۹،۲۲}. به علاوه، نتایج مطالعه Glader و همکاران^{۲۰} نشان می‌دهد عملکرد زنان بعد از مرخص شدن از بیمارستان ضعیف‌تر بوده و فعالیت‌های آن‌ها محدودتر است، خستگی مزمن بیشتری را تجربه می‌کنند و معمولاً کیفیت زندگی پایین‌تری دارند.

یافته دیگر از بالا بودن نرخ خشم و استرس زناشویی در مردان حکایت داشت. در همین راستا، نتایج مطالعه سعیدی و همکاران^{۳۴} نشان داد که بین خشم و استرس زناشویی بیشتر رابطه وجود دارد. استرس زناشویی بیانگر وجود یک تعامل زناشویی پرحاشیه و نامناسب است که نارضایتی زوجین را به همراه دارد. این نارضایتی که خود مخرب رابطه زوجین است عموماً با اضطراب و افسردگی زیادی همراه بوده و خشم و عصبانیت طرفین را به دنبال دارد^{۳۴}. از آنجایی که در مطالعه حاضر مشخص شد که مردان استرس زناشویی بیشتری را تجربه می‌کنند بنابراین بروز خشم بالاتر در آنها دور از انتظار نیست. به علاوه، گزارش‌های مردان دچار بیماری قلبی نشان می‌دهد که آنها در مقایسه با زنان بیشتر احتمال دارد که خشم را به عنوان علت اصلی پیدایش بیماری‌شان معرفی کنند^{۳۵،۲}. بنابراین، خشم یک عامل خطر ادراک شده در بیماران مرد به شمار می‌رود که می‌تواند نتیجه وضعیت روانشناختی آنها باشد.

با این حال، بالینگران و متخصصان سلامت بایستی بیماران را از عوامل روانشناختی بروز بیماری قلبی که می‌تواند بر رفتارهای پیشگیرانه آنها تاثیر بگذارد آگاه سازند^{۳۶}. البته، تهیه اطلاعات و توصیه‌های مرتبط با بازتوانی قلبی بایستی متناسب نیازها، باورها، و شرایط خاص بیماران قلبی صرف نظر از نژاد و قومیت آنها باشد^{۳۷}. همچنین، از آنجایی که در ایران زنان و مردان دچار بیماری قلبی به صورت مجزا و جدا از هم در جلسات بازتوانی شرکت می‌کنند، بهتر است درمان‌ها و مداخلات روانشناختی آنها با جنسیت‌شان همخوانی داشته باشد^{۳۸}.

نتیجه گیری:

نتایج این مطالعه نشان داد که زنان در مقایسه با مردان اضطراب و افسردگی بیشتری نشان می دهند ولی استرس زناشویی و خشم به طور معناداری در بیماران مذکر بیشتر از همتایان مونثشان است. با توجه به نتایج می توان گفت عوامل خطر ساز روانشناختی بیماری قلبی در زنان و مردان به گونه ای متفاوت نمود پیدا می کنند. بنابراین، هر یک از این دو گروه نیازمند روندهای تشخیصی و راهبردهای درمانی مختص به خود هستند. توصیه می شود در روند درمانی و آموزشی بیماران اصلاحاتی

انجام شود و هر یک از گروه های زنان و مردان مداخلات روانشناختی مختص به خود را دریافت کنند تا علاوه بر دست یابی مجدد به شرایط طبیعی زندگی خود بتوانند با کنترل عوامل خطر ساز روانشناختی بیماری قلبی از وقوع مجدد حوادث قلبی جلوگیری نمایند. پایین بودن سطح سواد و بالا بودن سن بیماران و عدم بررسی بیماران دچار انفارکتوس میوکارد یا نارسایی قلبی به دلیل عدم مشارکت در بازتوانی قلبی محدودیت های مطالعه بودند. پیشنهاد می شود چنین بررسی هایی در مراحل قبل از بازتوانی انجام گیرد تا تمامی بیماران قلبی مورد بررسی قرار گیرند.

References:

1. Saeidi M, Komasi S, Heydarpour B, Momeni K, Zakiei A. Those Who Perceive Their Disease as a Physiological or Psychological Risk Factor Experience More Anxiety at the Beginning of Cardiac Rehabilitation Program. *Res Cardiovascular Med*. 2016; In press.
2. Saeidi M, Komasi S, Soroush A, Zakiei A, Shakeri J. Gender Differences in Patients' Beliefs About Biological, Environmental, Behavioral, and Psychological Risk Factors in a Cardiac Rehabilitation Program. *J Cardio Thoracic Med*. 2014; 2(4):215-20.
3. Vaccarino V, Badimon L, Corti R, de Wit C, Dorobantu M, Hall A, Koller A, Marzilli M, Pries A, and Bugiardini R. Ischemic heart disease in women: are there sex differences in pathophysiology and risk factors? *Cardiovascular Research*. 2011; 90: 9-17.
4. Wang L, Wang KS. Age Differences in the Association of Severe Psychological Distress and Behavioral Factors with Heart Disease. *Psychiatry J*. 2013; 1-9.
5. Naderipour A. The effectiveness of chronic disease self-management program on self efficacy in patients undergoing CABG surgery. *J Clinical Res Paramed Sci*. 2015;3(4):271-8.
6. Sharma K, Gulati M. Coronary Artery Disease in Women: A 2013 Update. Published by Elsevier Ltd. *Global heart*. 2013: 1-8.
7. Diènea E, Fouqueta A, and Esquirol Y. Cardiovascular diseases and psychosocial factors at work. *Archives of Cardiovascular Disease*. 2012; 105: 33-9.
8. Saeidi M, Komasi S, Heydarpour B, Karim H, Nalini M, Ezzati P. Predictors of Clinical Anxiety Aggravation at the End of a Cardiac Rehabilitation Program. *Res Cardiovasc Med*. 2016;5(1):e30091.
9. Komasi S, Saeidi M, Montazeri N, Masoumi M, Soroush A, Ezzati P. Which Factors Unexpectedly Increase Depressive Symptom Severity in Patients at the End of a Cardiac Rehabilitation Program? *Ann Rehabil Med*. 2015;39(6):872-9.
10. Saeidi M, Komasi S, Salehi N, Ghasemi F, Amini S. The Role of Drug Addiction History on Increased Anxiety, Depressive Symptoms, and Marital Stress of Cardiac Rehabilitation Patients. *J Clinical Care*. 2014;2(2):56-62. (Persian)
11. Barth J, Volz A, Schmid J-P, Kohls S, von Kanel R, Znoj H, and Saner H. Gender Differences in Cardiac Rehabilitation Outcomes: Do Women Benefit Equally in Psychological Health? *J Women's Health*. 2009; 18(12):1-9.
12. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Joint ESC Guidelines. *European Heart Journal* 2012; 33: 1635-1701.
13. Bhattacharyya MR, Steptoe A. Emotional triggers of acute coronary syndromes: strength of evidence, biological processes, and clinical implications. *Prog Cardiovasc Dis* 2007;49:353-365.
14. Karami J, Komasi S, Maesoomi M, Saeedi M. Comparing the effects of two methods of relaxation and interpersonal cognitive problem solving (ICPS) on decreasing anxiety and depression in cardiac rehabilitation patients. *Urmia Med J*. 2014;25(4):298-308. (Persian)
15. Komasi S. The effectiveness of tow methods of relaxation and interpersonal cognitive problem solving (ICPS) on decreasing anxiety and depression in cardiac rehabilitation patients. Thesis of MA in clinical psychology, Tonekabon; Islamic Azad university. 2010: 2-21. (Persian)

16. Adel SM, Ramezanei AA, Haydarei A, Javaherizadeh H., Behmanesh V, et al. Gender-related differences of risk factor among patients undergoing coronary artery bypass graft in Ahwaz. *Saudi Med J*. 2007;28(11):1686-9.
17. Jensen LA, Moser DK. Gender differences in knowledge, attitudes, and beliefs about heart disease. *Nursing Clinical North American*. 2008;4(1):77-104.
18. Askari SH, Mohammadi N, Ghorbani A, Ghafarzadegan R, Babahaji M, Torki Y. Comparison of Depression Level in Patients Prior to and After Implantable Cardioverter-Defibrillator. *Advances in Biological Research*. 2013;7(5):175-79.
19. Wiszniewska M, Niewada M, Czlonkowska A. Sex differences in risk factor distribution, severity, and outcome of ischemic stroke. *Acta Clinical Croatia*. 2011;50:21-8.
20. Glader EL, Stegmayer B, Norrving B, et al. Sex differences in management and outcome after stroke: a Swedish national perspective. *Stroke*. 2003;34:1970-5.
21. Heather MA. Psychosocial Issues. *Canadian Association of Cardiac Rehabilitation*. 2005;13(1):1-4.
22. Pasca G, Alean AI, Rus M, Cioara FL. THE PREVALENCE OF MAJOR DEPRESSION IN THE PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE. *Acta Medica Transilvanica*. 2013;5(2):226-30.
23. Todaro J, Shen B, Niaura, R, Tikemeier P. Prevalence of depressive disorders in men and women enrolled in cardiac rehabilitation. *J Cardiopulmonary Rehab*. 2005;25: 71-75.
24. Van Hout HPJ, Beekman ATF, Beurs ED, Comijs H, Van Marwijk H, et al. Anxiety and the risk of death in older men and women. *British j psychiatry*. 2004;185:399-404.
25. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988;56(6):893-7.
26. Beck AT, Steer RA, Garbin MG: Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clin Psych Rev*. 1988; 8:77-100.
27. Sanai B. Family and marriage scales. BESAT publication. TEHRAN. 2000; 45-9. (Persian)
28. Hudson WW. Index of Marital Satisfaction. WALMYR Publishing Company. P.O. Box 24779, Tempe, 1992: AZ 85285-4779.
29. Shakeri J, Ghaderi NJ, Rezaee M, Saeedi M, Naelaini M, Molodi A. The status of psychosocial factors in patients with coronary artery disease. *JMSUK*. 2012; 16 (2): 246-54. (Persian)
30. Komasi S, Saeidi M, Soroush A, Zakiei A. The relationship between brain behavioral systems and the characteristics of the five factor model of personality with aggression among Iranian students. *J Inj Violence Res*. 2015; 8(2):1-8.
31. Fraz K, Khan SA, Sikander S. Screening for depression in coronary artery disease patients using PHQ-9. *The Health*. 2013;4(1):3-6.
32. Orth-Gomér K, Wamala SP, Horsten M, Schenck-Gustafsson K, Schneiderman N, Mittleman MA. Marital stress worsens prognosis in women with coronary heart disease: The Stockholm Female Coronary Risk Study. *JAMA*. 2000; 284(23):3008-14.
33. Eaker ED, Sullivan LM, Kelly-Hayes M, D'Agostino RB Sr, Benjamin EJ. Marital status, marital strain, and risk of coronary heart disease or total mortality: the Framingham Offspring Study. *Psychosom Med*. 2007;69(6):509-13.
34. Saeidi M, Komasi S, Heydarpour B, Soroush A. The Role of Marital Stress in Intensifying Depression Symptoms, Anxiety, and Anger: A Comparison of Two Groups of Cardiac Rehabilitation Patients. *J Clinical Care*. 2014;2(2):32-39. (Persian)
35. Saeidi M, Soroush A, Komasi S, Moemeni K, Heydarpour B. Attitudes Toward Cardiovascular Disease Risk Factors Among Patients Referred to a Cardiac Rehabilitation Center: Importance of Psychological Attitudes. *Shiraz E-Med J*. 2015;16(7).
36. Tirodkar MA, Baker DW, Khurana N, Makoul G, Paracha MW, et al. Explanatory models of coronary heart disease among South Asian immigrants. *Patient Educational Counseling*. 2010:1-7.
37. Darr A, Astin K, Atkin K. Causal attributions, lifestyle change and coronary heart disease: illness beliefs of patients of South Asian and European origin living in the UK. *J Acute Critical Care*. 2008;37(2):91-104.
38. Saeidi M. The efficacy methods of relaxation and reconstruction of cognitive on anxiety and depression in cardiac rehabilitation patients. Thesis of MA in psychology, Tehran; Psychiatry Institute. 2004. (Persian)

The Study of Psychological Risk Factors in Men and Women Referral to Cardiac Rehabilitation Unit in Kermanshah Imam Ali Hospital, 2013

Saeid Komasi¹, Mozhgan Saeidi¹, Arsalan Naderipour², Shaban Moradi³, Syavash Soleymani⁴, Parya Mozhgani^{5*}

1. Cardiac Rehabilitation Center, Imam Ali Hospital, Kermanshah University of Medical Sciences. Kermanshah, Iran.

2. Department of Emergency Medicine, School of Paramedicine, Kermanshah University of Medical Sciences. Iran.

3. Researches & Technology Department, Kermanshah University of Medical Sciences. Kermanshah, Iran.

4. Researches & Technology Department, Kermanshah Organization of General Welfare. Kermanshah, Iran.

5. Shokofa Center, Kermanshah, Iran.

***Corresponding Author:**

Kermanshah, University of Medical Sciences, Imam Ali Hospital, Cardiac Rehabilitation Center

Email: pr_mzhgn@yahoo.com

Abstract

Introduction: There is a clear gender differences in the epidemiology, clinical presentation, physiology, responding to diagnostic tests, interventions, as well as the prevalence of non psychological risk factors. This study was conducted to the study of psychological risk factors in cardiac rehabilitation men and women.

Methods: This study is cross-sectional. The study population consisted of all cardiac rehabilitation (CR) patients, who were referred to a CR in the Imam Ali hospital in Kermanshah in 2013. Among the patients selected 212 peoples (106 women and 106 men), as matched. Data were collected through clinical interview, Beck anxiety and depression questionnaires, Hudson marital stress index, and Buss and Perry Anger Questionnaire. The SPSS version 18 was used to analyze the data using methods of MANOVA, Chi-square test and T test.

Results: The mean age was 56.25 ± 9.1 years for women and 57.15 ± 9.1 years for men. The results showed that anxiety and depression is significantly higher in women than men ($p < 0.01$). Conversely, men compared with their female counterparts have higher marital stress and anger ($p < 0.01$).

Conclusion: Psychological risk factors and pathology of the cardiovascular diseases (CVDs) is different in women and men and needs to specific diagnose and treatment strategies to females. Psychological risk factors for cardiac disease appear differently in men and women. Thus, each of these two groups need their own diagnosis and treatment strategies.

Key words: Risk factors, psychological factors, cardiac rehabilitation. Imam Ali hospital of Kermanshah.

How to cite this article

Komasi S, Saeidi M, Naderipour A, Moradi SH, Soleymani, Mozhgani M. The Study of Psychological Risk Factors in Men and Women Referral to Cardiac Rehabilitation Unit in Kermanshah Imam Ali Hospital, 2013. J Clin Res Paramed Sci 2016; 5(1):31-38.