

The Relationship between Sleep Quality with Depression in Patient with Acute Myocardial Infarction

***Hamid Sharifnia¹, Ravanbakhsh Esmaeili², Ameneh Yaghoobzadeh³,
Sima Beik⁴, Amir Hossein Goudarzian^{5*}***

¹Department of Nursing,
Faculty of Nursing &
Midwifery, Mazandaran
University of Medical
Sciences, Sari, Iran.

²Department of Medical-
Surgical Nursing, Faculty of
Nursing & Midwifery,
Mazandaran University of
Medical Sciences, Sari, Iran.

³Tehran University of
Medical Sciences, Tehran,
Iran.

⁴Mazandaran University of
Medical Sciences, Sari, Iran.

⁵Student Research
Committee, Mazandaran
University of Medical
Sciences, Sari, Iran.

***Corresponding Author:**
Amir Hossein Goudarzian;
Student Research
Committee, Mazandaran
University of Medical
Sciences, Sari, Iran.

Email:
amir_sari@gmail.com

Received: 11 Jul, 2017

Accepted: 6 Sep, 2017

Abstract

Background and Objectives: Depression is one of the most psychological outcomes in patients with acute myocardial infarction, which can affect the sleep quality in these patients. Given that adequate sleep has important effect on heart function, the present study was conducted with the aim of determining the correlation between sleep quality with death and cardiac depression in patient with acute myocardial infarction (AMI).

Methods: In this descriptive-correlational study, 407 patients with acute myocardial infarction, who were admitted to the CCU wards of the Fatemeh Zahra Educational Center of Sari city, were selected using simple random sampling method. Data were collected by Cardiac Depression Scale (CDS), Death Depression Scale (DDS), and Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) questionnaires. Data were analyzed using Kolmogorov-Smirnov and Pearson correlation tests.

Results: The mean age of the male patients (64.95 ± 17.00 ; CI95: 62.71-67.19) was more than the mean age of women (62.22 ± 15.48 ; CI95: 59.96-64.48). The mean score of death depression (68.94 ± 17.24 ; CI95: 67.26-70.62) and cardiac depression (109.00 ± 16.49 ; CI95: 107.39-110.60), were below the fifth percentile. Multivariate regression analysis showed that change in cardiac depression score ($B=0.036$, $\beta=0.153$), increasing education levels ($B=1.55$, $\beta=-0.121$), and no history of antidepressant usage ($B=4.32$, $\beta=0.123$), can be significantly independent predictive factors of the variance of sleep quality score in acute myocardial infarction patients.

Conclusion: According to the results of this study, although cardiac depression, education level, and non-use of antidepressant drugs are considered as affecting factors in the prediction of sleep quality in acute myocardial infarction patients, sleep quality is affected by more factors. Therefore, further studies are needed in this area.

Keywords: Depression; Death-psychology; Sleep hygiene; Myocardial infarction.

ارتباط کیفیت خواب با افسردگی در بیماران مبتلا به سکته حاد قلبی

حمید شریف‌نیا^۱، روانبخش اسماعیلی^۲، آمنه یعقوب‌زاده^۳، سیما بیگ^۴، امیرحسین گودرزian^{۵*}

چکیده

زمینه و هدف: افسردگی یکی از شایع‌ترین پیامدهای روانی بیماران مبتلا به سکته حاد قلبی است که می‌تواند کیفیت خواب بیماران را تحت تأثیر قرار دهد. با توجه به اینکه خواب کافی و مناسب نقش مهمی را در عملکرد قلب ایفا می‌کند؛ مطالعه حاضر با هدف تعیین همبستگی کیفیت خواب با افسردگی مرگ و قلب در مبتلایان به سکته حاد قلبی انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه به روش توصیفی - همبستگی، ۴۰۷ بیمار مبتلا به سکته حاد قلبی، بستری در بخش‌های سی‌سی‌یو مرکز آموزشی درمانی فاطمه‌زهرا (س) شهر ساری با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده در مطالعه انتخاب شدند. اطلاعات از طریق پرسشنامه‌های افسردگی قلب، افسردگی مرگ و کیفیت خواب پیتزبورگ جمع‌آوری شد. داده‌ها با استفاده از آزمون کلموگروف - اسمیرونف و آزمون همبستگی پیرسون تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین سنی بیماران مرد ($67/19 \pm 62/71$; CI۹۵: $64/95 \pm 17/00$) بیش از سن زنان ($64/48 \pm 59/96$; CI۹۵: $62/22 \pm 15/48$) بود. میانگین نمره افسردگی مرگ

($62/70 \pm 67/26$; CI۹۵: $68/94 \pm 17/24$) و افسردگی قلب

($110/60 \pm 107/39$; CI۹۵: $109/00 \pm 16/49$)، پایین‌تر از صدک پنجم به دست آمد. آنالیز رگرسیون خطی چند متغیره نشان داد تغییر در نمره افسردگی قلبی ($\beta = 0/153$ ، $B = 0/036$)، افزایش سطح تحصیلات ($\beta = -0/121$ ، $B = -1/55$) و عدم سابقه مصرف داروهای ضدافسردگی ($\beta = 0/123$ ، $B = 4/32$)، به‌طور معنی‌داری می‌توانند پیش‌بینی‌کننده‌های مستقلی برای واریانس نمرات کیفیت خواب در بیماران با سکته حاد قلبی باشند.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این مطالعه، گرچه افسردگی قلبی، سطح تحصیلات و عدم مصرف داروهای ضدافسردگی به‌عنوان عوامل مؤثر بر پیش‌بینی کیفیت خواب در بیماران مبتلا به سکته حاد قلبی در نظر گرفته می‌شوند، اما کیفیت خواب تحت تأثیر عوامل بیشتری قرار دارد؛ بنابراین انجام مطالعات بیشتر در این زمینه ضروری است.

کلید واژه‌ها: افسردگی؛ مرگ - روانشناسی؛ بهداشت خواب؛ سکته قلبی.

^۱گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

^۲گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

^۳دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

^۴دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

^۵کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

*نویسنده مسئول مکاتبات:

امیرحسین گودرزian؛ کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

آدرس پست الکترونیکی:

amir_sari@gmail.com

تاریخ دریافت: ۹۶/۴/۲۰

تاریخ پذیرش: ۹۶/۶/۱۵

لطفاً به این مقاله به‌صورت زیر استناد نمایید:

Sharif nia H, Esmaeili R, Yaghoobzadeh A, Beik S, Goudarzian AH. The relationship between sleep quality with depression in patient with acute myocardial infarction.

Qom Univ Med Sci J 2018;12(6):29-38. [Full Text in Persian]

مقدمه

سکته حاد قلبی، شایع‌ترین بیماری قلبی - عروقی است که در جایگاه دوم بیماری‌ها در کشورهای پیشرفته و در حال توسعه قرار دارد (۱). عموماً این بیماران به دلیل روند بیماری و ترس‌های ناشی از آن، دچار درجاتی از اختلال خواب خواهند شد که این امر خود پیش‌آگهی‌های بدی برای بیمار در پی دارد (۲). تحقیقات نشان داده‌اند محرومیت از خواب می‌تواند باعث کاهش توان سیستم ایمنی، افزایش آزادسازی مواد التهابی مانند IL-6 و CRP، کاهش عملکرد هیپوتالاموس، آدرنال و در نهایت، افزایش فشارخون، خطر بیماری‌های قلبی - عروقی در افراد سالم و کاهش شانس بهبود در بیماران مبتلا گردد (۳، ۴). Gustafsonfi به نقل از Mason بیان کرده است اختلال در شروع خواب، نوعی عامل خطر مستقل در پیشرفت حوادث قلبی در مردان است (۵). کیفیت خواب پایین، پیش‌بینی‌کننده نتایج نامطلوب در بیماران مبتلا به سکته حاد قلبی است. از آنجا که خواب یکی از تعدیل‌کننده‌های مهم کار قلبی است؛ بنابراین می‌تواند منجر به کاهش فعالیت و کاهش بار قلبی شود، به‌طوری‌که اخیراً اختلال خواب (مانند بی‌خوابی، کم‌خوابی و پرخوابی) نیز به‌عنوان یک عامل مهم پاتوژنز و پیشرفت بیماری‌های قلبی - عروقی شناخته شده‌اند (۶). برخی از مطالعات نشان داده‌اند کیفیت نامناسب خواب در بیماران قلبی منجر به افزایش مرگ‌ومیر و افسردگی می‌شود (۷، ۸). همچنین یکی از علل به‌وجود آمدن اختلال خواب در بیماران با سکته حاد قلبی، افسردگی معرفی شده که می‌تواند از طریق عوامل عصبی هورمونی، زمینه‌ساز این اختلال گردد (۹)؛ به‌طور مثال کاهش سطح سرتونین منجر به اختلال عملکرد ماهیچه‌های راه هوایی می‌شود که در نهایت، می‌تواند زمینه‌ساز آپنه هنگام خواب شود و در خواب افراد خلل ایجاد کند (۱۰). با توجه به مطالعات صورت گرفته، سکته حاد قلبی با پیامدهای روان‌شناختی بسیاری مانند افسردگی، دل‌ریوم، اختلالات شناختی، ترس، اضطراب و استرس همراه است (۱۱)، که در این میان افسردگی، شایع‌ترین پیامدهای روان‌شناختی در این بیماران به حساب می‌آید (۱۲). مشخص شده است افسردگی به‌عنوان یک متغیر مستقل بعد از سکته حاد قلبی، ۳ برابر بیشتر در جمعیت عمومی رخ می‌دهد (۱۳).

از سوی دیگر، در بیماران با سابقه افسردگی، بروز سکته قلبی ۴/۵ برابر بیشتر از افراد عادی اتفاق می‌افتد (۱۴). نتایج یک مطالعه نشان داد شیوع افسردگی در ۴۸ ساعت اول بعد از سکته حاد قلبی، ۶۰/۷٪ بوده است (۱۵). بنابراین، با توجه به اثرات سوء افسردگی بر کیفیت خواب این بیماران، لازم است این مورد به دقت در مراکز درمانی مورد پایش قرار گیرد (۱۶). در پی سکته حاد قلبی، ابعاد گوناگونی از افسردگی می‌تواند تظاهر کند (۱۷)، اما تاکنون تنها بُعد اثر و بُعد کلی افسردگی بر کیفیت خواب، مورد مطالعه و توجه محققان بوده است (۱۸). Templer و همکاران، مفهوم افسردگی مرگ را در شش بُعد (شامل: ناامیدی مرگ، تنهایی مرگ، رعب مرگ، غمگینی مرگ، افسردگی و قطعیت مرگ) معرفی کرده‌اند (۱۹)، به‌طوری‌که خطر مرگ ناگهانی بعد از سکته حاد قلب در این افراد بیشتر از دیگران می‌باشد (۲۰). با توجه به احتمال مرگ ناگهانی در پی سکته حاد قلبی، افسردگی مرگ ممکن است در این دسته از بیماران رخ دهد (۲۱)، و کاهش کیفیت خواب، کاهش کیفیت زندگی و مراقبت از خود را نیز به همراه داشته باشد که در نهایت، نشانه‌های افسردگی، مثل تغییر در اشتها یا احساس گناه را در پی دارد و در واقع، می‌توان این نشانگان را به افسردگی قلبی نسبت داد (۲۲). اگرچه برخی پژوهشگران ارتباط بین کیفیت خواب با افسردگی را در بیماری‌های مزمن مطرح کرده‌اند، اما تاکنون مطالعات بسیار اندکی به بررسی و ارتباط بین این دو متغیر در بیماران مبتلا به سکته حاد قلبی پرداخته‌اند (۲۳)؛ لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین همبستگی کیفیت خواب با افسردگی مرگ و قلب در مبتلایان به سکته حاد قلبی انجام شد.

روش بررسی

در این مطالعه توصیفی - همبستگی، ۴۰۷ بیمار بستری در بخش‌های CCU بیمارستان فاطمه زهرا (س) ساری در سال ۱۳۹۵ (فروردین ماه تا مردادماه)، با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده وارد مطالعه شدند. انتخاب این تعداد به‌عنوان حجم نمونه براساس امکانات تیم تحقیق بود. این بیمارستان در مجموع دارای ۸ بخش CCU بوده و در این بازه زمانی در حدود ۹۶۰ بیمار در این مراکز بستری شده بودند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: تشخیص سکنه حاد قلبی توسط متخصص قلب بر مبنای تغییرات نوار قلب و افزایش شاخص‌های بیوشیمیایی نکرور قلبی (تروپونین و کراتین کیناز-MB) و عدم وجود هرگونه ناتوانی و اختلالات روانی (ارزیابی توسط نظر پزشک متخصص و خود بیمار) بود. بیماران با کاهش سطح هوشیاری نیز از مطالعه حذف شدند.

بیماران واجد شرایط، ۲۴ ساعت پس از بستری شدن در بخش CCU، درحالی که شرایط پایداری داشتند پرسشنامه را تکمیل کردند. از میان کل بیماران، در حدود ۳۲۰ بیمار به علل مختلف؛ از قبیل شرایط ناپایدار (۱۲۲ بیمار)، اختلالات روحی (۱۶۶ بیمار) و انتقال به بخش یا بیمارستانی دیگر (۳۲ بیمار) از مطالعه حذف شدند که در نهایت، درصد مشارکت بیماران ۶۳/۵۹٪ بود.

داده‌ها به کمک فرم اطلاعات دموگرافیک و طبی، شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ (Pittsburgh Sleep Quality Index)، مقیاس افسردگی مرگ (Death Depression Scale) و مقیاس افسردگی قلب (Cardiac Depression Scale) جمع‌آوری شدند. ایندکس کیفیت خواب پیتزبورگ، کیفیت خواب را با ارزیابی هفت ویژگی خواب افراد در طول یک‌ماه گذشته مشخص می‌سازد که این موارد شامل: کیفیت خواب از نظر خود فرد، مدت زمان به خواب رفتن فرد، طول مدت خواب و کارایی خواب است (۲۴). ۱۹ سؤال این ابزار نیز به هفت گروه تقسیم می‌شود و امتیاز هرگروه بین ۰-۳ (صفر: اصلاً تجربه نکردم، ۱: کمتر از یک‌بار در هفته، ۲: یک یا دو بار در هفته، ۳: سه بار یا بیشتر در هفته) می‌باشد. دامنه نمرات از ۰-۲۱ متغیر است.

نمره ۰-۴ به عنوان کیفیت خواب مناسب و نمرات بالاتر از ۵، نشانه درجانی از اختلال در کیفیت خواب در نظر گرفته می‌شوند (۲۴). اعتبار علمی ابزار در مطالعات متعدد در ایران بررسی و تأیید شده است (۲۵).

مقیاس افسردگی قلبی (Cardiac Depression Scale) با ۲۶ گویه، به صورت ویژه جهت ارزیابی افسردگی در بیماران قلبی ساخته شده است (۲۲). امتیازبندی این ابزار به صورت لیکرت {از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۷)} است. محدوده امتیازات بین ۱۸۲-۲۶ می‌باشد که نمرات بالاتر، نشان‌دهنده درجات افسردگی شدیدتر است (۲۶).

در مطالعه حاضر، روایی ابزار به روش روایی محتوایی توسط ۱۰ پزشک، پرستار و روانشناس تأیید گردید. همچنین ثبات درونی CDS با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ($\alpha=0.865$) و همبستگی درون‌طبقه‌ای ($p<0.001$)، $CI: 0.95/0.77$ ، $ICC=0.73$

محاسبه شد. پرسشنامه ۲۱ گویه افسردگی مرگ (DDS) توسط Templer در سال ۱۹۹۰ ساخته شد. نحوه امتیازدهی این پرسشنامه به صورت لیکرت {از خیلی مخالفم (۱) تا خیلی موافقم} می‌باشد. دامنه نمرات از ۱۰۵-۲۱ متغیر بوده و نمرات بالاتر، نشانه درجات شدیدتر از افسردگی مرگ است. روایی مقیاس افسردگی مرگ نشان می‌دهد این مقیاس از درجه اعتبار کافی برخوردار است (۲۷). همچنین جهت بررسی ثبات درونی DDS، ضریب آلفای کرونباخ $\alpha=0.954$ و همبستگی درون‌طبقه‌ای ($p<0.001$)، $CI: 0.82-0.89$ ، $ICC=0.85$ محاسبه شد.

مطالعه حاضر توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مازندران مورد تأیید قرار گرفت، همچنین به بیماران درخصوص اهداف و مراحل مطالعه، توضیحاتی ارائه گردید. علاوه بر این، به آن‌ها اطمینان داده شد اطلاعات شخصی آنان در پرسشنامه، مخفی خواهد ماند، همچنین از شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه کتبی اخذ گردید و برای تمامی آن‌ها توضیح داده شد که در هر زمان می‌توانند بنا به درخواست خود از مطالعه خارج شوند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) نسخه ۲۳، آزمون کلموگروف-اسمیرنوف (جهت بررسی توزیع نرمال داده‌های کمی پیوسته)، آزمون همبستگی پیرسون (برای بررسی میزان همبستگی بین افسردگی قلب، افسردگی مرگ و کیفیت خواب)، همچنین روش Stepwise در رگرسیون خطی چندگانه (جهت تعیین عوامل پیش‌بینی‌کننده کیفیت خواب)، آزمون دوربین واتسون {برای بررسی پیش‌فرض عدم همبستگی باقیمانده‌ها، استقلال خطا (Independent errors) در رگرسیون خطی}، آماره تحمل و عامل تورم واریانس (جهت بررسی پیش‌فرض عدم رابطه هم‌خطی چندگانه) تحلیل شدند. سطح معنی‌داری، $p<0.05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

مرد ($CI_{95}: 62/7-67/1$; $64/9 \pm 17/0$)، بیش از سن زنان ($CI_{95}: 59/96-64/48$; $62/22 \pm 15/48$) برآورد شد (جدول شماره یک).

در این مطالعه، ۲۲۴ بیمار (۵۵٪) مرد بودند. میانگین سنی بیماران

جدول شماره ۱: مشخصات دموگرافیک بیماران با سکته حاد قلبی

مشخصات	تعداد (درصد)	مشخصات	تعداد (درصد)
جنس	مرد ۲۲۴ (۵۵)	کاندید CABG	بلی ۱۲۷ (۳۱/۲)
	زن ۱۸۳ (۴۵)	خیر	۲۸۰ (۶۸/۸)
وضعیت اقتصادی	ضعیف ۱۲۶ (۳۱)	سابقه مصرف سیگار	بلی ۱۶۶ (۴۰/۸)
	متوسط ۱۶۸ (۴۱/۳)	خیر	۲۴۱ (۵۹/۲)
	خوب ۱۰۶ (۲۶)	سابقه مصرف مواد مخدر	بلی ۵۵ (۱۳/۵)
	عالی ۷ (۱/۷)	خیر	۳۵۲ (۸۶/۵)
تحصیلات	بیسواد ۲۲۱ (۵۴/۳)	سابقه فشارخون	بلی ۲۲۰ (۵۴/۱)
	دیپلم تا لیسانس ۱۷۸ (۴۳/۷)	خیر	۱۸۷ (۴۵/۹)
	فوق لیسانس و بالاتر ۸ (۲)	نوع سندرم حاد کرونری	آئزین ناپایدار ۱۲۹ (۳۱/۷)
مصرف الکل	بلی ۷۷ (۱۸/۹)	MI با صعود قطعه ST	۲۱۳ (۵۲/۳)
	خیر ۳۳۰ (۸۱/۱)	MI بدون صعود قطعه ST	۶۵ (۱۶)
سابقه خانوادگی بیماری قلبی	بلی ۲۹۷ (۷۳)	محل بروز MI	قدیمی ۴۳ (۱۰/۶)
	خیر ۱۱۰ (۲۷)	تحتانی	۵۸ (۱۴/۳)
فعالیت روزانه	کم ۱۸۳ (۴۵)	جانبی	۴۴ (۱۰/۸)
	متوسط ۱۳۲ (۳۲/۴)	جانبی قدیمی	۳۱ (۷/۶)
	زیاد ۹۲ (۲۲/۶)	پشتی	۵۱ (۱۲/۵)
سابقه افسردگی	بلی ۱۶۵ (۴۰/۵)	وسیع	۵۰ (۱۲/۳)
	خیر ۲۴۲ (۵۹/۵)	داده از دست‌رفته	۱۳۰ (۳۱/۹)
سابقه مصرف داروی ضدافسردگی	بلی ۱۷ (۴/۲)	میانگین $\pm$ انحراف معیار	
	خیر ۳۹۰ (۹۵/۸)	سن	$63/72 \pm 16/3$
سابقه دیابت	بلی ۱۴۴ (۳۵/۴)	فشارخون سیستول	$160/959 \pm 18/1$
	خیر ۲۶۳ (۶۴/۶)	فشارخون دیاستول	$89/554 \pm 13/2$

میانگین نمره کیفیت خواب در بیماران، $CI_{95}: 8/2-8/9$ ؛ $8/6 \pm 3/5$ بود. همچنین میانگین نمره افسردگی مرگ و قلب بیماران به ترتیب: $CI_{95}: 63/7-66/8$ ؛ $65/30 \pm 16/30$ و $CI_{95}: 63/7-66/8$ ؛ $102/7 \pm 105/7$ به دست آمد. از میان کل بیماران مورد بررسی، ۳۱۴ بیمار (۷۷/۱٪) درجات متفاوتی از اختلال خواب داشتند. با توجه به نتایج ضریب همبستگی پیرسون مشخص گردید همبستگی مثبت و معنی‌داری بین افسردگی

قلبی با کیفیت خواب در بیماران مبتلا به سکته حاد قلبی وجود دارد ($r=0/15$ ، $p=0/003$) (جدول شماره ۲). از طرفی، همبستگی معنی‌داری بین کیفیت خواب و افسردگی مرگ مشاهده نشد ($r=0/075$ ، $p=0/132$). نتایج همبستگی، نشان‌دهنده وجود همبستگی معنی‌دار بین افسردگی قلبی و مرگ در بیماران تحت بررسی سکته حاد قلبی بود ($r=0/132$ ، $p=0/002$).

جدول شماره ۲: همبستگی بین افسردگی قلبی و مرگ با کیفیت خواب در بیماران با سکته حاد قلبی

متغیر	افسردگی قلبی	افسردگی مرگ	کیفیت خواب
افسردگی قلبی	-		
افسردگی مرگ	$r=0/15$ $p=0/002$	-	
کیفیت خواب	$r=0/126$ $p=0/011$	$r=0/062$ $p=0/214$	-

توانستند واریانس نمرات کیفیت خواب را در بیماران با سکنه حاد قلبی پیش‌بینی کنند. مدل رگرسیون خطی چندگانه، $R^2=0/21$ (جدول شماره ۳).

تغییر در نمره افسردگی قلبی ($\beta=0/153$, $B=0/036$)، افزایش سطح تحصیلات ($\beta=-0/121$, $B=-1/55$) و سابقه مصرف داروهای ضدافسردگی ($\beta=0/123$, $B=4/32$)، به‌طور معنی‌داری

جدول شماره ۳: مدل رگرسیون خطی چندگانه بین افسردگی قلبی و مرگ با کیفیت خواب در بیماران با سکنه حاد قلبی

متغیر	B	Beta	pvalue	حدود اطمینان ۹۵٪
افسردگی قلبی	۰/۰۳۶	۰/۱۵۳	*۰/۰۰۴	۰/۰۰۶، ۰/۰۳۱
سن	۰/۰۲۱	۰/۰۴۳	۰/۳۳۲	-۰/۰۲۴، ۰/۰۶۶
جنس	-۰/۱۴۸	-۰/۰۱۲	۰/۸۷۶	-۲/۰۹۳، ۱/۷۷۶
وضعیت اقتصادی	۰/۱۰۵	۰/۰۱۱	۰/۸۰۲	-۰/۷۳۱، ۰/۹۳۵
سطح تحصیلات	-۱/۵۵۹	-۰/۱۲۱	*۰/۰۱۶	-۲/۸۳۴، -۰/۲۹۱
سابقه مصرف سیگار	۰/۱۲۳	۰/۰۰۷	۰/۹۱	-۱/۸۱۲، ۲/۰۶۳
سابقه مصرف مواد مخدر	۰/۵۵۷	۰/۰۳۱	۰/۵۹۱	-۱/۴۴۳، ۲/۵۵۶
مصرف داروهای ضدافسردگی	۴/۳۲۲	۰/۱۲۳	*۰/۰۱۶	۰/۹۵۷، ۷/۷۳۶
سابقه بیماری افسردگی	-۱/۰۲۱	-۰/۰۷۵	۰/۱۴۷	-۲/۴۰۷، ۰/۳۶۵
افسردگی مرگ	۰/۰۱۶	۰/۰۳۳	۰/۴۲۲	-۰/۰۲۹، ۰/۰۵۵

آماره آزمون دورین واتسون، ۰/۲۷۶ محاسبه شده است.

VIF و Tolerance متغیر افسردگی قلبی به ترتیب ۰/۹۷، ۱/۰۲ و افسردگی مرگ، ۱/۰۲ و ۰/۹۸ تخمین زده شده است.

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط بین افسردگی مرگ و قلب با کیفیت اختلال خواب بیماران بستری مبتلا به سکنه حاد قلبی انجام شد. با توجه به نتایج مدل نهایی رگرسیون خطی تعدیل‌شده در مطالعه حاضر، تنها ۲۱٪ پیش‌بینی کیفیت خواب در بیماران دچار سکنه حاد قلبی به افسردگی قلبی، سطح تحصیلات و سابقه مصرف داروی ضدافسردگی بستگی داشت، به‌طوری‌که نمره افسردگی مرگ به‌عنوان یک متغیر پیشگو در مدل تأثیری نداشت. نتایج مطالعه حاضر نشان داد اکثر بیماران دارای درجات متفاوتی از اختلال خواب هستند.

کیفیت خواب، یک نشانه مهم کلینیکی بوده و ارتباط مستقیمی با میزان ریسک مرگ‌ومیر دارد (۲۸). نتایج بررسی Chen (سال ۲۰۰۹) نشان داد ۷۴٪ بیماران با نارسایی قلبی، دچار اختلال خواب می‌شوند (۲۹). مطالعه Stein و Redeker نشان داد ۶۷٪ بیماران با نارسایی قلبی به اختلال کیفیت خواب و ۴۴٪ به خواب‌آلودگی روزانه دچار هستند (۳۰). همگی این مطالعات همسو با پژوهش حاضر، گویای مشکلات خواب در این بیماران بوده و از آنجا که کاهش کیفیت خواب، اثرات مخربی بر سلامت جسمی و روانی بیماران قلبی دارد، این مسئله قابل تأمل است.

Ayas و همکاران بیان کردند اختلالات خواب مانند کاهش طول مدت خواب، خطر شیوع بیماری‌های قلبی را افزایش می‌دهد. در مدل رگرسیونی چندمتغیره، خطر نسبی بیماری قلبی با میزان خواب ≤ 5 ، ۵ و ۶ ساعت خواب، به ترتیب $1/4$ (CI۹۵: $1/1-1/9$)، $1/1$ (CI۹۵: $0/9-1/4$) و $1/09$ (CI۹۵: $0/9-1/3$) گزارش شد. از دیگر نتایج مهم این مطالعه، ارتباط مثبت و معنی‌دار بین افسردگی قلبی با اختلالات خواب در بیماران مبتلا به سکنه حاد قلبی بود (۳۱). Carey و همکاران نیز با انجام یک مطالعه مقطعی بر روی جمعیت آتش‌نشانان، نشان دادند ارتباط نزدیکی بین کیفیت خواب، علائم افسردگی و کیفیت زندگی وجود دارد (۳۲). همچنین Buysse و همکاران در یک مطالعه دریافتند علت وقوع اختلالات، بالا رفتن سطح افسردگی است (۳۳). در مطالعه حاضر، مدل ارائه‌شده توسط رگرسیون خطی تعدیل‌شده نشان داد متغیرهای باقیمانده در مدل (افسردگی قلبی، سطح تحصیلات و مصرف داروهای ضدافسردگی) تنها یک‌پنجم واریانس نمرات کیفیت خواب در بیماران بستری بخش‌های ویژه تحت بررسی را تبیین می‌کنند. این یافته نشان می‌دهد متغیرهای دیگری نیز باید در این خصوص مورد ارزیابی قرار گیرند.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به عدم توانایی کنترل احساسات بیماران، برخی از شرایط محیطی و غیرقابل کنترل بودن ارتباط با کادر درمان، همچنین درک و برداشت متفاوت افراد از خواب و عدم کنترل پژوهشگران اشاره کرد؛ بنابراین باید تفسیر و کاربرد نتایج با دقت صورت پذیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود مطالعات آتی با در نظر گرفتن دیگر ابزارهای بررسی کیفیت خواب و حداکثر کنترل متغیرهای مخدوش‌کننده، طراحی و اجرا گردد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج مطالعه حاضر، سطح افسردگی قلب و مرگ در بیماران با سکتة حاد قلبی، بالا بوده و کیفیت خواب بیشتر این بیماران ضعیف است. همبستگی بین افسردگی قلبی با کیفیت خواب و افسردگی مرگ با افسردگی قلب، از طرفی متغیرهای پیش‌بینی‌کننده؛ از قبیل سطح تحصیلات، عدم سابقه مصرف داروهای ضد افسردگی می‌توانند واریانس نمرات کیفیت خواب را در این بیماران پیش‌بینی کنند. بنابراین، اقدامات کاهش افسردگی نظیر مشاوره‌درمانی، تقویت امید، توجه به نیازهای روانی بیماران و افزایش حمایت‌های روحی و روانی، ازجمله راهکارهایی است که می‌تواند به بهبود کیفیت خواب این بیماران منتهی شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مازندران (با شماره ۴۱۹) به تصویب رسید. بدین وسیله نویسندگان از تمامی بیماران شرکت‌کننده در مطالعه و تمامی نیروهای انسانی که در جمع‌آوری داده‌ها مشارکت داشتند، تقدیر و تشکر می‌کنند. همچنین از تمامی همکاران محترم معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران که پشتیبان مالی و معنوی طرح (به شماره ۱۱۲ سال ۱۳۹۵) را به‌عهده داشتند کمال تشکر را داریم.

بیشتر بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه، عواملی همچون زنگ‌تلفن، صحبت کارکنان بخش، صحبت بیماران و صدای هشداردهنده دستگاه را ازجمله عوامل مؤثر بر اختلال خواب خود ذکر کرده‌اند (۳۴). از دیگر دلایل اختلال خواب در بخش مراقبت ویژه قلبی می‌توان به اختلال در ریتم شبانه‌روزی خواب، محیط ناآشنا، نور زیاد و اقدامات پرستاری پی‌درپی اشاره کرد (۳۵).

خواب نقش بسیار مهمی در کارکرد سیستم قلبی - عروقی ایفا می‌کند و محرومیت از آن موجب تشدید اضطراب، تحریک‌پذیری، ازدیاد ضربان قلب و افزایش نیاز میوکارد به اکسیژن در یک چرخه خطرناک می‌شود، همچنین بی‌خوابی باعث افزایش سرعت و قدرت انقباض عضله قلب و در نتیجه افزایش سرعت مصرف اکسیژن می‌گردد. خواب طبیعی با تغییرات فیزیولوژی در بدن همراه بوده که این تغییرات می‌تواند در جهت ایجاد اثرات نامطلوب بر سیستم قلبی - عروقی عمل کنند (۳۶). از یک‌سو، بی‌خوابی ممکن است یک علامت پیش‌درآمد یا پیش‌بینی یک اختلال افسردگی در حال توسعه باشد. این دیدگاه در مطالعه Perlis و همکاران که به خود گزارش‌دهی اختلالات خواب به‌عنوان یک علامت پیش‌درآمد در یک بازه ۵ هفته‌ای (قبل از عود افسردگی) اشاره داشتند نیز تأیید شده است (۳۷). همچنین امروزه به‌وضوح اثر بی‌خوابی و اختلالات خواب بر اختلالات روانی نظیر مانیا اثبات شده است (۳۸). از سوی دیگر، بی‌خوابی مزمن به‌خودی‌خود ممکن است به‌عنوان یکی از عوامل ایجاد افسردگی دخالت کند. در بیماران دچار اختلالات خواب و بی‌خوابی‌های مزمن، این امکان وجود دارد که در جدال با آن دچار یأس و تسلیم شده و در نتیجه، بروز افسردگی یک امر غیرقابل اجتناب در آنان خواهد بود. در این راستا، Ford و Kamerow (۳۹) و دیگر محققان (۴۱،۴۰) عنوان کردند درمان زود هنگام بی‌خوابی ممکن است فرصت خوبی را برای پیشگیری و درمان اختلالات روانی نظیر افسردگی فراهم کند.

References:

1. Sharif Nia H, Haghdoost AA, Nazari R, Bahrami N, Soleimani MA, Pormand K. Relationship of risk factors and ST segment changes with symptoms of acute coronary syndrome. *Koomesh* 2013;15(1):46-53.[Full Text in Persian] Link
2. Neyse F, Daneshmandi M, Sadeghi Sharme M, Ebadi A. The effect of earplugs on sleep quality in patients with acute coronary syndrome. *Iranian J Crit Care Nurs*. 2011;4(3):127-34.Link
3. Liu Y, Tanaka H. Overtime work, insufficient sleep, and risk of non-fatal acute myocardial infarction in Japanese men. *Occup Environ Med*. 2002 Jul; 59(7):447-51. PubMed
4. BaHamam A. Sleep quality of patients with acute myocardial infarction outside the CCU environment: A preliminary study. *Med Sci Monit* 2006;12(4):CR168-72. PubMed
5. Caska CM, Hendrickson BE, Wong MH, Ali S, Neylan T, Whooley MA. Anger expression and sleep quality in patients with coronary heart disease: Findings from the heart and soul study. *Psychosom Med* 2009;71(3):280-5. PubMed
6. Andrechuk CRS, Ceolim MF. Sleep quality and adverse outcomes for patients with acute myocardial infarction. *J Clin Nurs* 2016;25(1-2):223-30.PubMed
7. Murphy MJ, Peterson MJ. Sleep disturbances in depression. *Sleep Med Clin* 2015 Mar;10(1):17-23. PubMed
8. Bernert RA, Nadorff MR. Sleep disturbances and suicide risk. *Sleep Med Clin* 2015;10(1):35-9. PubMed
9. Medina Aé B, Lechuga DYA, Escandón O, Moctezuma J. Update of sleep alterations in depression. *Sleep Sci* 2014;7(3):165-69. Link
10. Veasey SC. Serotonin agonists and antagonists in obstructive sleep apnea: Therapeutic potential. *Am J Respir Med* 2003;2(1):21-9. PubMed
11. Fried EI, Nesse RM. Depression sum-scores don't add up: Why analyzing specific depression symptoms is essential. *BMC Med* 2015;13(1):72. Link
12. Sharif Nia H, Pahlevan Sharif S, Lehto RH, Allen KA, Goudarzian AH, Yaghoobzadeh A, et al. Psychometric evaluation of persian version of death depression scale in iranian patients with acute myocardial infarction. *Iran J Psychiatry* 2017;12(3):172-81. PubMed
13. Yeganeh khah MR, Abedini A, Akbari H, Ziyayi Nezhad MT. Comparison of different methods of education on reducing the anxiety of patients with myocardial infarction. *Iran J Nurs* 2012;24(74):36-44. Link
14. Smolderen K, Spertus J, Gosch K, Dreyer RP, D'Onofrio G, Lichtman JH, et al. Abstract 308: Predictors of depression recognition and site variability in depression recognition in young AMI survivors. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2015;8(Suppl 2):A308-A. Link
15. Hosseini SH, Tabiban S, Samarbakhsh A. Depression following the first attack of myocardial infarction. *Pejouhandeh* 2006;10(5):317-20. [Full Text in Persian] Link
16. Shapiro PA. Management of depression after myocardial infarction. *Curr Cardiol Rep*. 2015 Oct;17(10):80. PubMed
17. Frasure-Smith N, Lespérance F, Talajic M. Depression following myocardial infarction: Impact on 6-month survival. *JAMA* 1993;270(15):1819-25. PubMed
18. Batal O, Khatib OF, Bair N, Aboussouan LS, Minai OA. Sleep quality, depression, and quality of life in patients with pulmonary hypertension. *Lung* 2011;189(2):141-9. PubMed

19. Sharif Nia H, Pahlevan Sharif S, Esmaili R, Goudarzian AH, Tahmasbi B, Yaghoobzadeh A, et al. Factors influencing the level of death depression in patients with cancer: A path analysis. *J Mazandaran Univ Med Sic* 2017;26(145):318-31. [Full Text in Persian] Link
20. Parissis JT, Fountoulaki K, Filippatos G, Adamopoulos S, Paraskevaidis I, Kremastinos D. Depression in coronary artery disease: Novel pathophysiologic mechanisms and therapeutic implications. *Int J Cardiol* 2007 20;116(2):153-60. PubMed
21. Misteli GS, Stute P. Depression as a risk factor for acute coronary syndrome: A review. *Arch Gynecol Obstet* 2015;291(6):1213-20. PubMed
22. Hare DL, Davis CR. Cardiac Depression Scale: Validation of a new depression scale for cardiac patients. *J Psychosom Res* 1996;40(4):379-86. PubMed
23. Johansson I, Karlson BW, Grankvist G, Brink E. Disturbed sleep, fatigue, anxiety and depression in myocardial infarction patients. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2010;9(3):175-80. PubMed
24. Beaudreau SA, Spira AP, Stewart A, Kezirian EJ, Lui L-Y, Ensrud K, et al. Validation of the pittsburgh sleep quality index and the epworth sleepiness scale in older black and white women. *Sleep Med* 2012;13(1):36-42. PubMed
25. Moghaddam JF, Nakhaee N, Sheibani V, Garrusi B, Amirkafe A. Reliability and validity of the persian version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-P). *Sleep Breath* 2012;16(1):79-82. Link
26. Papasavvas T, Al-Amin H, Ghabrash HF, Micklewright D. Translation and validation of the cardiac depression scale to Arabic. *Asian J Psychiatr* 2016;22:60-6. PubMed
27. Sharif Nia H, Pahlevan Sharif S, Lehto RH, Boyle C, Yaghoobzadeh A, Kaveh O, et al. Development and psychometric evaluation of a persian version of the death depression Scale-Revised: A cross-cultural adaptation for patients with advanced cancer. *Jpn J Clin Oncol* 2017 1;47(8):713-719. PubMed
28. Cappuccio FP, D'Elia L, Strazzullo P, Miller MA. Sleep duration and all-cause mortality: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Sleep* 2010;33(5):585-92. PubMed
29. Chen HM, Clark AP, Tsai LM, Chao YF. Self-reported sleep disturbance of patients with heart failure in Taiwan. *Nurs Res* 2009;58(1):63-71. PubMed
30. Redeker NS, Stein S. Characteristics of sleep in patients with stable heart failure versus a comparison group. *Heart Lung* 2006;35(4):252-61. PubMed
31. Ayas NT, White DP, Manson JE, Stampfer MJ, Speizer FE, Malhotra A, et al. A prospective study of sleep duration and coronary heart disease in women. *Arch Intern Med* 2003 27;163(2):205-9. PubMed
32. Carey MG, Al-Zaiti SS, Dean GE, Sessanna L, Finnell DS. Sleep problems, depression, substance use, social bonding, and quality of life in professional firefighters. *J Occup Environ Med* 2011; 53(8):928-33. PubMed
33. Buysse DJ, Reynolds CF, 3rd, Kupfer DJ, Thorpy MJ, Bixler E, Manfredi R, et al. Clinical diagnoses in 216 insomnia patients using the international classification of sleep disorders (ICSD), DSM-IV and ICD-10 categories: A report from the APA/NIMH DSM-IV field trial. *Sleep* 1994;17(7):630-7. PubMed
34. Zakerimoghadam M, Shaban M, Kazemnejad A, Ghadyani L. Comparison of effective factors on sleeping the nurses and hospitalized patients' viewpoints. *J Hayat* 2006;12(2):5-12. [Full Text in Persian] Link
35. Zolfaghari M, Farokhnezhad Afshar P, Asadi Noghabi AA, Ajri Khameslou M. Modification of environmental factors on quality of sleep among patients admitted to CCU. *J Hayat* 2013;18(4):61-8. [Full Text in Persian] Link
36. Meisinger C, Heier M, Löwel H, Schneider A, Döring A. Sleep duration and sleep complaints and risk of myocardial infarction in middle-aged men and women from the general population: The MONICA/KORA augsburg cohort study. *Sleep* 2007 Sep 1;30(9):1121-7. PubMed

37. Perlis ML, Giles DE, Buysse DJ, Tu X, Kupfer DJ. Self-reported sleep disturbance as a prodromal symptom in recurrent depression. *J Affect Disord* 1997;42(2-3):209-12. PubMed
38. Barbini B, Bertelli S, Colombo C, Smeraldi E. Sleep loss, a possible factor in augmenting manic episode. *Psychiatry Res* 1996 15;65(2):121-5. PubMed
39. Ford DE, Kamerow DB. Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity for prevention? *JAMA* 1989 15;262(11):1479-84. PubMed
40. Eaton WW, Badawi M, Melton B. Prodromes and precursors: Epidemiologic data for primary prevention of disorders with slow onset. *Am J Psychiatry* 1995;152(7):967-72. PubMed
41. Weissman MM, Greenwald S, Nino-Murcia G, Dement WC. The morbidity of insomnia uncomplicated by psychiatric disorders. *Gen Hosp Psychiatry* 1997;19(4):245-50. PubMed