ORIGINAL ARTICLE

Association between Mental Health and Coronary Heart Disease: A Prospective Cohort Study

Seyede Hakime Hashemi[1],
Ahmad Ali Noorbala[2],
Seyed Hamzeh Hosseini[3],
Nima Motamed[4],
Mansooreh Maadi[5],
Mostafa Jabbari[6]

[1] Resident of Psychiatry, Faculty of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[2] Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[3] Professor, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Addiction Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[4] Assistant Professor, Department of Social Medicine, Faculty of Health, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran
[5] MSc in Psychology, 17 Shahrivar Hospital, Amol, Iran
[6] Cardiologist, 17 Shahrivar Hospital, Amol, Iran

(Received June 23, 2018 ; Accepted May 8, 2019)

Abstract

Background and purpose: According to some evidence, psychological factors play an important role in the development and progression of cardiac diseases. But there are contradictions about the independent relationship between psychological distress and coronary heart disease. The purpose of this study was to examine the association between mental health and non-fatal coronary heart disease (CHD).

Materials and methods: A prospective cohort study was conducted in 5042 people in Amol, Iran. General Health Questionnaire (GHQ-12) was used to measure mental health. The participants were followed up for about seven years based on history and hospital records of coronary heart disease. Data analysis was done applying independent t-test, Mann-Whitney, logistic regression, and survival analysis.

Results: The highest rates of mental health problems were seen in women younger than 40 years of age living in urban areas. The prevalence of mental health problems and incidence of CHD were 21.9% and 4.5%, respectively. The hazard ratio for non-fatal CHD was 1.009 (0.709-1.435, CI= 95%, P=0.960).

Conclusion: This study showed no significant correlation between mental health and CHD. But, current findings should be interpreted carefully on the basis of social factors and methodological constraints.

Keywords: cohort study, mental health, coronary heart disease

J Mazandaran Univ Med Sci 2019; 29 (175): 37-46 (Persian).

* **Corresponding Author: Seyed Hamzeh Hosseini** - Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Addiction Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran (E-mail: shhosseini@mazums.ac.ir)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-09-01]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و نهم شماره 175 مرداد سال 1398 (46-37)

بررسی ارتباط سلامت روان با بیماری های عروق کرونر قلبی؛ مطالعه کوهورت آینده نگر

سیده حکیمه هاشمی[1]
احمدعلی نوربالا[2]
سید حمزه حسینی[3]
نیما معتمد[4]
منصوره معادی[5]
مصطفی جباری[6]

چکیده

سابقه و هدف: بر اساس برخی شواهد، عوامل روانی نقش مهمی در ایجاد و پیشرفت سیر بیماری‌های قلبی دارند. اما در مورد ارتباط مستقل مشکلات روانی با بیماری‌های عروق کرونر یافته‌های متغیری وجود دارد. هدف از این مطالعه، بررسی ارتباط بین سلامت روانی و بیماری‌های غیرکشنده عروق کرونر می‌باشد.

مواد و روش‌ها: مطالعه کوهورت آینده‌نگر بر روی 5042 نفر از جمعیت شهرستان آمل صورت گرفته است. این افراد بعد از ارزیابی از نظر سلامت روانی توسط پرسش‌نامه GHQ- 12 (General Health Questionnaire) بر اساس شرح حال و اطلاعات ثبت شده بیمارستانی از نظر ابتلا به بیماری کرونر قلبی به مدت متوسط 7 سال پیگیری شدند. از آزمون‌های independent-t-test، من ویتنی و رگرسیون لجستیک و روش تحلیل بقا استفاده شد.

یافته‌ها: بیش ترین میزان مشکلات سلامت روان در جمعیت زنان، ساکنین شهری و رده سنی زیر 40 سال می باشد. شیوع مشکلات سلامت روان و بروز CHD به ترتیب 21/9 درصد و 4/5 درصد به دست آمد. با انجام تحلیل آماری نسبت خطر برای حوادث غیر کشنده برابر (95 درصد= CI، 1/435 -0/709/1) 1/009= HR، 0/960= P به دست آمد.

استنتاج: بر اساس یافته های این مطالعه، ارتباط معناداری بین سلامت روان با بیماری های عروق کرونر قلبی به دست نیامد. نتایج مطالعه باید با توجه به عوامل فرهنگی اجتماعی و محدودیت های روش شناسی تفسیر شود.

واژه های کلیدی: کوهورت، سلامت روان، بیماری قلبی

مقدمه

بیماری‌های قلبی عروقی شایعترین علت مرگ و میر در سراسر جهان به شمار می‌آیند(1). در کشور ما نیز بالاترین عامل مرگ و میر مربوط به حوادث قلبی می‌باشد. بر اساس گزارش کمیته تحقیقات انجمن قلب ایران، سن ابتلا به بیماری‌های قلبی 10-7 سال کم تر از کشورهای دیگر است. در کشورهای دیگر افراد در دهه

مولف مسئول: سید حمزه حسینی - ساری: مرکز آموزشی درمانی زارع، مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری E-mail:shhosseini@mazums.ac.ir
1. دستیار روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
2. استاد، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
3. استاد، مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری، پژوهشکده اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
4. استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران
5. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، بیمارستان 17 شهریور آمل، آمل، ایران
6. دکترای تخصصی قلب و عروق، بیمارستان 17 شهریور آمل، آمل، ایران
تاریخ دریافت : 1397/4/2 تاریخ ارجاع جهت اصلاحات :1397/4/2 تاریخ تصویب : 1398/2/23

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-09-01]

شصت زندگی خود در معرض این بیماری قرار دارند. در حالی که مردم ایران در طول دهه پنجم زندگی خود در معرض این بیماری قرار دارند(2). از مدت‌ها پیش تلاش محققین و پزشکان بر آن بوده است تا با اقدامات پیشگیرانه در سطوح اولیه و ثانویه از جمله تغییرات رفتاری و اصلاح عوامل خطر، ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی را کاهش دهند(3). شواهد نشان می‌دهند که علاوه بر عوامل بیولوژیک، عوامل روانی نیز نقش بسیار مهمی در سبب شناسی، پیشرفت سیر بیماری، طول مدت و پیش آگهی این بیماری دارند(5-3).

افسردگی، اضطراب و استرس، از مهم‌ترین عوامل روانی هستند که در متون علمی توجه زیادی به آن‌ها شده است(7،6). افسردگی یکی از همبودی‌های شایع بیماری‌های عروق کرونر است. برآورد می‌شود که 20 درصد بیماران قلبی دچار افسردگی هستند که این میزان در مقایسه با جمعیت عمومی (4 درصد)، به مراتب بیش‌تر است(4). از طرفی بر اساس مطالعه بار عمومی بیماری‌ها (global burden of disease)، تا سال 2020، افسردگی و بیماری‌های عروق کرونری دو عامل اصلی ناتوانی در سراسر جهان خواهند بود(8) که این امر ضرورت توجه به ارتباط عوامل روانی و بیماری‌های قلبی را جهت ارتقا سلامت عمومی جوامع دو چندان می‌سازد. در مورد اضطراب نیز گرچه تفکیک اثر آن از افسردگی به سادگی میسر نیست، ولی شواهد حاکی از آن است که اضطراب مستقل از افسردگی اثرات نامطلوبی بر پیش‌آگهی بیماری‌های عروق کرونری دارد(9،2). اگرچه اختلالات روان پزشکی به ویژه افسردگی و اضطراب به واسطه تاثیرات رفتاری و فیزیولوژیک منجر به بیماری‌های قلب و متابولیک می‌شوند(10)، اما ارتباط مستقل این عوامل با بیماری‌های قلبی و متابولیک موضوعی است که در نتایج بسیاری از تحقیقات بالینی مورد تایید قرار گرفته است(12،11،4). با این حال مطالعات بسیاری وجود دارد که علی‌رغم به‌کارگیری روش شناسی دقیق پژوهشی، ارتباط معناداری بین این دو متغیر نیافتند(13،11،5). از طرفی درمان افسردگی، تاثیر قابل انتظاری در کاهش مرگ و میر ناشی از علل قلبی نداشته است(13،7). با توجه به داده‌های ناهمگون موجود، مطالعه کوهورت حاضر را جهت بررسی اثر مستقل مشکلات سلامت عمومی روان بر بروز بیماری‌های قلبی عروقی (CHD) در نمونه‌ای که به‌طور تصادفی از جمعیت شهرستان آمل انتخاب شده است، به انجام رسانده‌ایم.

مواد و روش ها

این مطالعه که از نوع مطالعات کوهورت آینده نگر می‌باشد، از سال 1387 در مرکز تحقیقات کبد و گوارش بیمارستان 17 شهریور شهرستان آمل از توابع استان مازندران شروع شده است. جمعیت مطالعه 6147 نفر از ساکنین نواحی شهری و روستایی شهرستان آمل می‌باشد که به صورت تصادفی و چند مرحله‌ای از طریق مراکز بهداشت این شهرستان طی سال‌های 89-1387 انتخاب شده‌اند. با توجه به این که در کشور ما از طریق مراکز بهداشتی درمانی، خدمات بهداشتی اولیه برای تمامی افراد ساکن مناطق شهری و روستایی ارایه می‌گردد، در مطالعه کوهورت هراز، این مراکز به عنوان strata تعریف شد. با روش نمونه گیری تصادفی و خوشه‌ای چند مرحله‌ای، همه افراد نمونه از طریق هر یک از مراکز بهداشتی شهری و روستایی این شهرستان انتخاب شدند. سپس تیم پژوهش به صورت چهره به چهره با هر یک از این افراد در مورد تمایل به شرکت در طرح گفتگو کردند و افرادی که متمایل و یا قادر به شرکت نبودند و همچنین کسانی که در 3 نوبت پیگیری متوالی غایب بودند، با نمونه دیگری که از نظر سن و جنس مشابه بوده از همان کلاستر جایگزین شدند.

معیارهای ورود به مطالعه کوهورت هراز شامل 1) فرد به طور ثابت مقیم آن منطقه باشد، 2) تمایل به شرکت در طرح و 3) سن بالای 10 سال بود. در ابتدای مطالعه، ضمن ارایه توضیحات لازم در مورد روش کار و اخذ رضایت کتبی آگاهانه از تمامی شرکت‌کنندگان،

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-09-01]

اطلاعات دموگرافیک آن ها به علاوه شرح حال اولیه از نظر سابقه بیماری‌های جسمی و روانی، مصرف دارو، مصرف سیگار و الکل اخذ شده و غربالگری از نظر وضعیت فشارخون، نمایه توده بدنی، پروفایل لیپیدی، قندخون ناشتا و ارزیابی‌های روان پزشکی در"مرکز تحقیقات گوارش هراز" انجام گرفت.

ابزار مورد استفاده جهت بررسی وضعیت سلامت روانی، نسخه فارسی 12سوالی پرسشنامه سلامت عمومی روان (GHQ) بوده که در 2 مرحله‌ی شروع و پایان کار در واجدین شرایط بالای 18 سال تکمیل شده است. نسخه مذکور توسط علی منتظری و همکاران در سال 1382 ترجمه و روایی سنجی شده است (ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه 0/89 بوده و اعتبار سازه هم از طریق همبستگی بین خرده مقیاس‌ها با یکدیگر و با نمره کل محاسبه شد که همگی دارای همبستگی معنادار با شدت قوی بودند). قابل ذکر است در مطالعه حاضر از روش نمره‌گذاری سنتی گلدبرگ با نقطه برش 3/5 و حداکثر نمره 12 استفاده شده است که بر اساس مطالعه منتظری و همکاران در نقطه برش مذکور، حساسیت این ابزار 87 درصد و ویژگی آن 60 درصد می‌باشد(14).

در مطالعه حاضر نقطه مساوی یاکم‌تر از 3/5 به معنای وجود سلامت روان و نمره بالاتر از این سطح به معنای وجود مشکلات سلامت روان یا احتمال وجود اختلال روانی در نظر گرفته شده است. با توجه به این‌که پیامد اصلی مطالعه بروز بیماری عروق کرونر قلبی (CHD) می‌باشد، افراد با سابقه بیماری قلبی از مطالعه خارج شدند. طی دوره فالوآپ که متوسط مدت آن 7 سال بوده ازطریق تماس‌های حضوری و غیرحضوری (تلفنی) کلیه شرکت‌کنندگان از نظر مراجعه به متخصص قلب، درمان با داروهای قلبی، بستری در اورژانس و بخش‌های مراقبت ویژه قلبی، انجام آنژیوگرافی، جراحی‌های قلبی و هرگونه مداخله پزشکی مرتبط با بیماری‌های قلبی مورد پیگیری قرار گرفتند. در موارد فوتی نیز از طریق بازماندگان آن‌ها اطلاعاتی در مورد سوابق بیماری‌های قبل از فوت، علت، محل و زمان فوت جمع‌آوری شد.

در نهایت پیامد مطالعه که شامل موارد مبتلا به CHD بود بر اساس تشخیص نهایی ثبت شده در پرونده بیمارستانی شامل بر MI و آنژین ناپایدر، آنژین پایدار تحت نظر، IHD، نتایج آنژیوگرافی دال بر وجود PCI , CABG, CAD و در مواردی که امکان دسترسی به مدارک بیمارستانی وجود نداشت، بر اساس شرح حال پزشکی تایید شده توسط پزشک متخصص قلب و عروق تعریف گردید.

داده‌ها پس از دریافت کدهای مناسب وارد نرم‌افزار SPSS شده و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بارم‌های سلامت روان در دو گروه با سابقه حوادث قلبی عروقی و بدون چنین حوادثی در صورت تبعیت داده‌ها از توزیع نرمال با استفاده از آزمون independent-t-test و در صورت عدم تبعیت داده‌ها از توزیع نرمال با استفاده از آزمون من ویتنی مقایسه شدند. آزمون‌های حساسیت بر حسب زیرگروه‌های جنسی، سنی و... نیز هدایت شده است. از تحلیل بقا جهت تعیین ارتباط سلامت روان به عنوان متغیر پیشگویی‌کننده بالقوه و CHD غیر کشنده به عنوان پیامد مطالعه استفاده شد. همچنین به منظور حذف اثرات سایر متغیرهای مخدوش‌کننده شامل سن، جنس، فشار خون‌های سیستولیک و دیاستولیک، قندخون ناشتا، سطح HDL، LDL و شاخص توده بدنی، رگرسیون لجستیک وارد مدل شده است. تجزیه و تحلیل‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه 21 و نرم‌افزار STATA نسخه 12 هدایت شده است. سطح معنی‌داری 5 درصد در نظر گرفته شد.

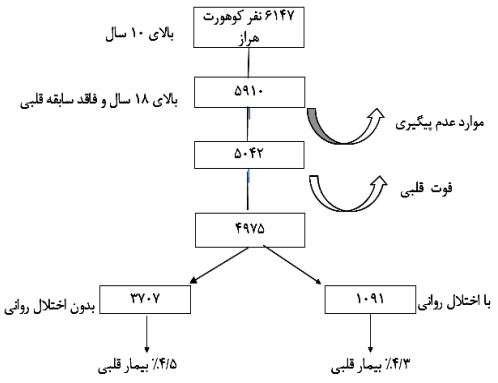
یافته ها

از مجموع 6147 شرکت‌کننده در مطالعه کوهورت هراز که سن بالای 10 سال داشتند، تقریباً 5910 نفر بالای 18 سال و فاقد سابقه بیماری قلبی بوده که مورد ارزیابی از نظر سلامت روانی عمومی قرار گرفتند. با حذف کلیه مواردی که به دلائل مختلف امکان پیگیری

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-09-01]

آن‌ها در طول مطالعه وجود نداشت (تقریباً 14 درصد ریزش از مطالعه)، 5042 نفر ضمن ارزیابی از نظر وضعیت روانی در ابتدای مطالعه، با فاصله زمانی متوسط 7 سال از نظر بروز رخداد قلبی پیگیری شدند.

در طول مطالعه 157 نفر فوت نمودند که 67 مورد آن بر اساس گزارشات اولیه مرگ با علت قلبی بوده است. با کسر این موارد، 4975 نفر (57 درصد مرد و 43 درصد زن) در مطالعه حاضر از نظر بروز بیماری قلبی غیر کشنده مورد ارزیابی قرار گرفتند. حدود 21/9 درصد از شرکت‌کنندگان در بدو مطالعه دچار مشکلات سلامت روان بودند. بر اساس اظهارات اولیه افراد، تقریباً 274 نفر مبتلا به مشکلات قلبی بودند. با حذف مواردی که مستندات کافی جهت احراز تشخیص CHD به‌دست نیامد، این میزان به 224 رویداد قلبی کاهش یافت. به این ترتیب، نتایج مطالعه نشان داد 4/5 درصد از کل جمعیت طی هفت سال پیگیری، دچار حوادث قلبی عروقی غیر کشنده شدند. در شکل شماره 1، الگوریتمی از مطالعه کوهورت هراز نشان داده شده است.



تصویر شماره 1: الگوریتم مطالعه کوهورت هراز

جدول شماره 1، ویژگی‌های دموگرافیک و وضعیت متغیرهای مخدوش کننده مثل نمایه توده بدنی، فشار خون جمعیت مطالعه را در ابتدای کوهورت در دو گروه افراد بدون اختلال سلامت روان و با اختلال سلامت روان به نمایش می‌گذارد. نتایج نشان داد به جز سن و جنسیت و محل سکونت بین سایر متغیرها در دو گروه، ارتباط معنی‌داری دیده نشد. بیش‌ترین میزان اختلال در جمعیت زنان، ساکنین شهری و رده سنی زیر 40 سال می‌باشد.

جدول شماره 1: ویژگی های دموگرافیک و وضعیت متغیرهای مخدوش کننده در ابتدای مطالعه

	بدون	مشکل سلامت روان (درصد)	با	مشکل سلامت روان (درصد)	سطح معنی داری
مرد		81/8		18/5	0/001>
زن		73/5		26/5	
شهر		76/6		23/4	0/012
روستا		79/5		23/5	
سن (سال)	±16/21	44/83	±15/30	40/97	0/001>
BMI (Kg/m²)	±5/25	27/80	±5/57	28/12	0/109
DBP (mmHg)	±12/89	76/14	±88/12	76/40	0/568
SBP (mmHg)	±16/40	116/42	±16/92	116/07	0/267
FBS	±34/78	100/82	±25/38	101/49	0/110
TG	±94/16	142/93	±98/30	145/05	0/990
T. col	±60/42	183/05	±42/30	182/03	0/426
HDL	±11/86	44/64	±12/20	45/10	0/357
LDL	±31/06	107/00	±31/07	105/60	0/165

BMI: body mass index,
DBP: diastolic blood pressure,
SBP: systolic blood pressure,
FBS: fasting blood sugar,
TG: triglyceride,
T. col: total cholesterol,
HDL: high density lipoprotein,
LDL: low density lipoprotein.

درصد مشکلات سلامت روان به ترتیب برای گروه‌های سنی زیر 40 سال، 40 تا 59 سال و مساوی یا بالای 60 سال برابر 25/5، 21/1 و 15/5 درصد به دست آمده است (P <0/001).

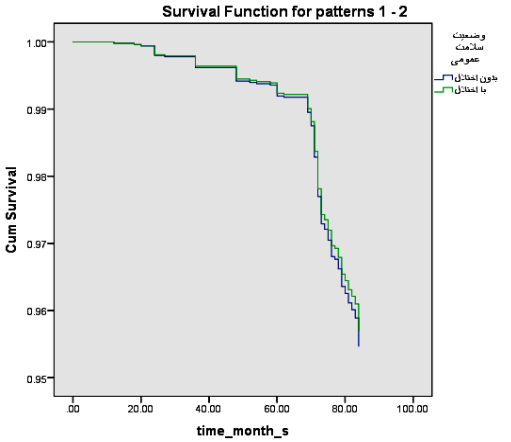
جدول شماره 2، وضعیت سلامت روان را در دو گروه از افراد با و بدون بروز بیماری قلبی عروقی غیرکشنده برحسب جنسیت،گروه‌های سنی و محل زندگی شرکت‌کنندگان به نمایش می‌گذارد. نتایج تفاوت معنی‌داری را از لحاظ فراوانی مشکلات سلامت روان در هیچ یک از زیرگروه‌های مطالعه نشان نداده است. با این حال فراوانی مشکلات سلامت روان در مردان با بیماری قلبی عروقی کم‌تر از مردان بدون بیماری قلبی عروقی بوده است (14/8 درصد در مقابل 18/7 درصد)؛ در حالی که این فراوانی در زنان مبتلا به بیماری قلبی عروقی بیش‌تر بوده است (33/3 در مقابل 26/2 درصد).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-09-01]

جدول شماره 2: ارتباط بروز CHD غیرکشنده و وضعیت روانی در کل جمعیت و بر حسب جنسیت، گروه های سنی و محل سکونت

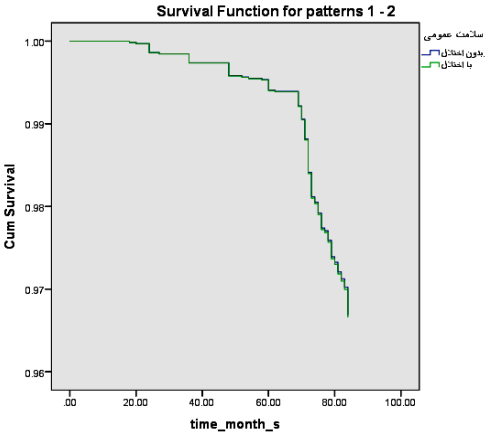
	با مشکل سلامت روان (درصد)	بدون مشکل سلامت روان (درصد)	سطح معنی داری
بدون CHD (کل)	22	78	0/726
با CHD (کل)	21	79	
مردان بدون CHD	18/7	81/3	0/233
مردان با CHD	14/8	85/2	
زنان بدون CHD	26/2	73/8	0/171
زنان با CHD	33/3	66/7	
<40 و بدون CHD	25/5	74/5	0/679
<40 و با CHD	21/7	78/3	
40-59 بدون CHD	21/1	78/9	0/954
40-59 با CHD	21/4	78/6	
>60 و بدون CHD	14/9	85/1	0/158
>60 و با CHD	20/4	79/6	
شهری و بدون CHD	23/5	76/5	0/754
شهری و با CHD	22/2	77/8	
روستایی بدون CHD	20/5	79/5	0/825
روستایی با CHD	19/6	80/4	

هم‌چنین مقایسه میانگین فاصله زمانی رخداد قلبی غیر کشنده از شروع مطالعه (برحسب سال) در دو گروه با مشکلات سلامت روان (1/17 ± 5/87) و بدون آن (1/52 ± 5/45) تفاوت معنی‌داری را نشان می‌دهد (سطح معنی‌داری: 0/0034). ولی با استفاده از cox proportional hazard model که در آن سلامت عمومی روان به عنوان متغیر پیشگویی‌کننده و زمان بروز حادثه به عنوان متغیر پیامد در نظر گرفته شد، نتایج معنادار به دست نیامد (95 درصد= CI، 1/308 -0/688) HR =0/949 (P =0/748) تصویر شماره 2.



تصویر شماره 2: نمودار تابع بقا برای حوادث قلبی عروقی غیر کشنده در مدل تک متغیره (براساس وضعیت سلامت روان در ابتدای مطالعه)

در مدل چندمتغیره نیز با حذف اثرات سایر متغیرهای بالقوه مخدوش‌کننده شامل سن، جنس، فشار خون‌های سیستولیک و دیاستولیک، قند خون ناشتا، سطح HDL، LDL و شاخص توده بدنی، نسبت خطر برای حوادث غیرکشنده برابر 0/960= p، 95 درصد= CI، 1/435- 0/709) HR =1/009 به‌دست آمد (تصویر شماره 3).



تصویر شماره 3: نمودار تابع بقا برای حوادث قلبی غیر کشنده در مدل چند متغیره (بر اساس وضعیت سلامت روان در ابتدای مطالعه)

بحث

یافته‌های مطالعه ما که از معدود مطالعات کوهورت مبتنی بر جمعیت عمومی در ایران است، ارتباط معناداری بین وجود مشکلات سلامت روان چه با وقوع رخداد قلبی غیرکشنده و چه از نظر زمان این رخداد در مدت 7 سال پیگیری نشان نداد. اگرچه مطالعات زیادی وجود دارد که همراهی معنی‌دار بین افسردگی و اضطراب و حوادث قلبی و عروقی را نشان می‌دهند ولی شماری زیادی از مطالعات به چنین یافته‌ای دست نیافتند و شواهد موجود بسیار متغیر است.

نتایج این مطالعه هم راستا با یافته‌های مطالعه متاآنالیز Roset و همکاران بر روی 20 مطالعه کوهورت آینده‌نگر است که ارتباط معناداری بین اضطراب و انفارکتوس قلبی غیرکشنده نیافتند (0/180= p، 95 درصد= CI، 2/40- 0/85، 1/48: HR) بررسی‌های

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-09-01]

آماری مطالعه مذکور نشان می‌دهد جنسیت بیماران، طول دوره پیگیری، ویژگی‌های مطالعه و انواع مختلف اضطراب هیچ گونه تاثیر بارزی در نتایج نداشتند(9). در مورد ارتباط افسردگی با بیماری‌های ایسکمیک قلبی نیز گرچه مطالعات مختلف خطر نسبی 1/5 تا 2 برابر را برآورد نمودند(11)، ولی براساس متاآنالیزهای انجام شده در روش شناسی این مطالعات، ناهمگونی زیاد و همین طور در بخش زیادی از مطالعات، نواقصی مثل عدم تعدیل مناسب از نظر متغیرهای مخدوش‌کننده دیده می‌شود(5، 15). مشابه مطالعه حاضر، پژوهش‌هایی وجود دارد که علی‌رغم تعدیل مناسب از نظر متغیرهای مخدوش‌کننده، ارتباط معنی‌داری بین پیامد قلبی و بیماری‌های روانی به دست نیاوردند.

در مطالعه Wulsin و همکاران که بر روی 3634 نفر از شرکت‌کنندگان کوهورت offspring و original فرامینگهام انجام شده است، علائم افسردگی براساس Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)>16 مورد ارزیابی قرار گرفته است. پیامد مطالعه بروز CHD و مرگ به علت MI و CHD ناگهانی و غیرناگهانی براساس معیارهای مطالعه فرامینگهام در نظر گرفته شده و متوسط دوره پیگیری در این کوهورت 5/9 سال بوده که در نهایت با تعدیل از نظر متغیرهای مختلف، همراهی معناداری بین علائم افسردگی و بروز CHD و مورتالیتی CHD نیافتند (HR:0.64 (0.28-1.49)P value 0.30) (16).

مطالعات کوهورت آینده‌نگر دیگری نیز از پرسش‌نامه GHQ-12 برای بررسی ارتباط آن با مرگ و میر قلبی استفاده کردند و متاآنالیز این مطالعات رابطه دز پاسخ بین دو عامل مذکور را نشان می‌دهد؛ ولی در مطالعه Whitehall II با متوسط 12/7 سال پیگیری که بر روی 10 هزار نفر از شهروندان انگلیسی انجام شد و اندازه‌گیری برمبنای GHQ 30 سوالی صورت گرفت، همراهی معنی‌دار بین سلامت روان و مرگ و میر به طور کل نیافتند(11).

این تفاوت در نتایج ممکن است ناشی از مجموعه‌ای از عوامل زیر باشد:

1- پیامد مطالعه ما به دلیل عدم دسترسی به مستندات تاییدکننده موارد فوت ناشی از بیماری‌های قلبی، محدود به رویدادهای قلبی غیرکشنده بود. این در حالیست که برخی از شواهد دال بر ارتباط مشکلات سلامت روان با بیماری قلبی کشنده می‌باشند(11،4).

2- براساس مطالعات قبلی ممکن است بیماران مبتلا به مشکلات روان‌پزشکی تحت شرایط روانی خود کم‌تر از افراد سالم به دنبال مراقبت‌های پیشگیرانه باشند و یا به متخصصین قلب مراجعه نمایند و این موضوع با نوعی سوگیری انتخاب (detection bias) همراه بوده و در رابطه دار بودن اختلالات روانی و رخداد کرونری خدشه ایجاد کند(13). از طرفی تعیین سابقه بیماری‌های قلبی در ابتدای مطالعه حاضر صرفا براساس اظهارات افراد و تعریف رخداد قلبی در پایان مطالعه نیز بر اساس موارد تشخیصی بعد ازمراجعات سرپایی و بستری و یا مداخلات قلبی عروقی بود که حوادث قلبی تحت بالینی لحاظ نشد، بنابراین ارزیابی مشکلات قلبی در هر دو مرحله از دقت کافی برخوردار نبوده است.

3- بیش‌ترین جمعیت این مطالعه در گروه سنی بین 18 تا 40 سال و متوسط پیگیری نیز به مدت 7 سال می باشد، در حالی که سن معمول بروز رخداد قلبی در ایران در دهه پنجم زندگی می‌باشد(2). بنابراین به نظر می‌رسد جهت تعیین دقیق‌تر بروز پیامد مطالعه نیاز به دوره پی‌گیری طولانی‌تری می‌باشد.

4- نقش عوامل فرهنگی- اجتماعی را نیز در پدیدارشناسی این مجموعه نباید نادیده گرفت. یافته‌های ما در جمعیت مردان بر خلاف جمعیت زنان درصد ابتلا به دیسترس روانی در افراد "مبتلا به مشکلات قلبی" کم‌تر از افراد "فاقد مشکلات قلبی" بوده است. این موضوع را شاید بتوان با ویژگی‌های روان شناختی مردان به ویژه در سطح جامعه ایرانی که معمولا مشکلات روانی خود را انکار می‌نمایند، توجیه نمود. از طرفی با

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-09-01]

توجه به این که درصد مشکلات سلامت روان در گروه با بیماری‌های قلبی کم‌ترین میزان بوده است، می‌توان فرض نمود که احتمالاً بیماران قلبی به طور خاص در جمعیت مردان تحت تاثیر مسائل جسمی، شرایط روانی خود را کم اهمیت می‌پندارند و یا نادیده می گیرند.

5- ارزیابی سلامت روان در این مطالعه محدود به 2 نوبت ابتدا و انتهای دوره پیگیری بوده و از طرفی پرسشنامه GHQ-12 نمایانگر ارزیابی کلی از شرایط روانی افراد طی یک ماه اخیر می‌باشد. بنابراین با توجه به ماهیت تغییر پذیر استرس‌های روانی در طول زمان، وضعیت روانی جمعیت مورد مطالعه در فاصله بین 2 نوبت ارزیابی نامشخص می‌باشد.

6- علی‌رغم آن که براساس شواهد موجود، غربالگری مثبت در GHQ-12، با اضطراب و افسردگی همراه است، ولی سوالات غیر اختصاصی این پرسش نامه، تشخیص بالینی اضطراب و افسردگی را تعیین نمی کند(11). این در حالی است که بسیاری از مطالعاتی که تاکنون نتایج دال بر وجود ارتباط مشکلات روان پزشکی با پیامدهای قلبی را به دنبال داشتند، در حوزه اختلالاتی با تظاهر بالینی مشخص افسردگی و نه صرفاً خلق افسرده بودند(17). با توجه به نزدیکی داده‌های اپیدمیولوژیک حاصل از این مطالعه با نتایج پیمایش سلامت روان که در سال 1393توسط نوربالا و همکاران با استفاده از پرسش‌نامه 28 گویه‌ای سلامت روان انجام شده است، میزان ابتلا به مشکلات سلامت روان در کل کشور 21 درصد و در استان مازندران 17 درصد برآورد شده است(18).

شاید بتوان این‌طور نتیجه‌گیری نمود که گرچه پرسش‌نامه GHQ-12 ابزار مناسبی جهت غربالگری مشکلات سلامت روان از نظر اضطراب و افسردگی در سطح جامعه می‌باشد، ولی به منظور تعیین ارتباط اختلالات متنوع روان پزشکی با بیماری‌های قلبی عروقی به دلیل طیف محدود سوالات و همین‌طور فاصله ارزیابی یک ماهه آن نامناسب می‌باشد.

این مطالعه بخشی از مطالعه کوهورت هراز بوده و شرکت‌کنندگان می بایست علاوه بر پرسش‌نامه عمومی سلامت روان به تعداد زیادی از سوالات دیگر هم پاسخ می‌دادند، بنابراین به دلیل کمبود وقت، بی‌حوصلگی و خستگی ممکن است پرکردن پرسش‌نامه‌ها با حساسیت و دقت کافی همراه نبوده باشد. علاوه بر این متاسفانه اطلاعات دریافتی مربوط به مشکلات قلبی منجر به فوت، مخدوش بوده است.

پیشنهادها

پیشنهاد می‌شود در مطالعات کوهورت بعدی از ابزار کامل‌تری مانند GHQ-28 که شامل زیر مقیاس‌های جسمانی‌سازی نیز می‌باشند و یا ابزارهایی که وضعیت روانی افراد را در بازه طولانی‌تر از یک ماهه اخیر بررسی می نمایند، استفاده شده و تحقیقات تکمیلی در مورد افراد با بیماری‌های قلبی به صورت گذشته نگر از نظر وجود مشکلات روانی و در مورد افراد با اختلال سلامت روانی به صورت آینده نگر از نظر بروز بیماری‌های قلبی صورت گیرد.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی با عنوان "بررسی ارتباط بین مشکلات سلامت روان و سکته حاد قلبی در نمونه تصادفی از جمعیت شهرستان آمل: مطالعه کوهورت آینده نگر" مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی تهران با کد 34680- 96-01-30 می‌باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی تهران اجرا شده است. از کارکنان مرکز تحقیقات هراز آمل، مدیریت بیمارستان‌های "امام رضا(ع)" و "امام علی(ع)" شهرستان آمل، بیمارستان‌های" فاطمه الزهرا" و "نیمه شعبان" در شهرستان ساری، بیمارستان‌های "شهید لواسانی" و "ساسان" در تهران و همچنین خانم دکتر نازیلا شاه منصوری در مرکز قلب تهران که در انجام و جمع‌آوری اطلاعات پیامد مطالعه همکاری بسیار صمیمانه‌ای داشتند، تقدیر و تشکر می‌شود.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-09-01]

References

1. Feridman M, Rosenman R. Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings; blood cholesterol level, blood clotting time, incidence of arcus senilis, and clinical coronary artery disease. JAMA 1995; 169(12): 1286-1296.
2. Khayyam Nekoui Z, Neshatdoost H,Yousefy A, Sadeghi M, Manshaee GH. Psychological factors and coronary heart disease. ARYA Atheroscler 2013; 9(1): 102-111.
3. Albus C. Psychological and social factors in coronary heart disease. Ann Med 2010; 42(7): 487-494.
4. Shi S, Liu T, Liang J, Hu D, Yang B. Depression and Risk of Sudden Cardiac Death and Arrhythmias: A Meta-Analysis. Psychosom Med 2017; 79(2): 153-161.
5. Gan Y, Gong Y, Tong X, Sun H, Cong Y, Dong X, et al. Depression and the risk of coronary heart disease: a meta-analysis of prospective cohort studies. BMC Psychiatry 2014; 24(14): 371.
6. Kinley DJ, Lowry H, Katz C, Jacobi F, Jassal DS, Sareen J. Depression and anxiety disorders and the link to physicion diagnosed cardiac disease and metabolic risk factors. Gen Hosp Psychiatry 2015; 37(4): 288-293.
7. Hosseini S H, 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): 91-96.
8. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study. Lancet 1997; 349(9064): 1498-1504.
9. Roest AM, Martens EJ, de Jonge P, Denollet J. Anxiety and risk of incident coronary heart diseas. J Am Coll Cardiol 2010; 56(1): 38-46.
10. Case RB, Heller SS, Case NB, Moss AJ. Type A behavior and survival after acute myocardial infarction. N Engl J Med 1985; 312: 737-741.
11. Russ TC, Stamatakis E, Hamer M, Starr JM, Kivimäki M, Batty GD. Association between psychological distress and mortality: individual participant pooled analysis of 10 prospective cohort studies. BMJ 2012; 345: e4933.
12. Na Liu, Xiong-Fei Pan, Canqing Yu, Jun Lv, Yu Guo, Zheng Bian, et al. Association of Major Depression With Risk of Ischemic Heart Disease in a Mega-Cohort of Chinese Adults: The China Kadoorie Biobank Study. J Am Heart Assoc 2016; 5(12): e004687.
13. Huang CJ, Hsieh MH, Hou WH, Liu JC, Jeng C, Tsai PS. Depression, antidepressants, and the risk of coronary heart disease: a population-based cohort study. Int J Cardiol 2013; 168(5): 4711-4716.
14. Montazeri A, Harirchi AM, Shariati M, Garmaroudi G, Ebadi M, Fateh A. The 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12): translation and validation study of the Iranian version. Health Qual Life Outcomes 2003; 1(66).
15. 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): 2763-2774.
16. Wulsin LR, JEvans JC, Vasan RS, Murabito JM, Kelly-hayes M, Benjami EJ. Depressive Symptoms, Coronary Heart Disease, and

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-09-01]

Overall Mortality in the Framingham Heart Study. Psychosomatic Med 2005; 67(5): 697-702.

17. Rugulies R. Depression as a predictore for coronary heart disease: a review and meta-analysis. Am J Prev Med 2002; 23(1): 51-61.

18. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Faghihzade S, Kameli K, Faghihzade E, Hajebi A, Akhondzadeh S, Shakiba A, Hashem Zehi MR. A survey on mental health status of adult population aged 15 and above in the province of Mazandaran, Iran. Arch Iran Med 2017; 20(supp1): 85-86.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-09-01]