



بیمارستان قلب شهید رجایی

بررسی میزان خستگی، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد در مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی در سال 1401

شناسنامه طرح

| | |
|---|---------------------------------------|
| 401054 | کد رهگیری طرح |
| | تاریخ تصویب پیش پروپوزال |
| بررسی میزان خستگی، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد در مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی در سال 1401 | عنوان طرح |
| Evaluation of fatigue, depression and anxiety in patients with acute myocardial infarction in Rajaie Cardiovascular Medical and Research Center in 1401 | عنوان لاتین طرح |
| 23923312 | تلفن |
| fidannahal@yahoo.com | پست الکترونیکی |
| مقطعی - Cross-sectional | نوع مطالعه |
| 1401/08/01 | تاریخ شروع |
| 1402/06/31 | تاریخ خاتمه |
| خیر | آیا طرح چند مرکزی است؟ |
| | مرکز/مراکز دیگر |
| | نام سازمان تصویب کننده اولیه پروپوزال |
| | محل اجرای طرح |
| بیمارستان قلب شهید رجایی | محل اجرای طرح |
| بیمارستان قلب شهید رجایی | سازمان مجری |
| | سازمان مجری |
| Rajaie Cardiovascular Medical and Research Center, Iran University of Medical Sciences | دانشکده/محل خدمت |
| سایر | رشته تخصصی |
| | توضیحات |
| | نوع طرح ها |

مجری همکاران

| نام و نام خانوادگی | سمت در طرح | نوع همکاری | توضیحات |
|-------------------------------|---------------------------|----------------------------------|---------|
| فیدان شبانی | مجری اصلی / نویسنده مقاله | طراحی و تدوین طرح | |
| شیوا خالق پرست | همکار طرح و نویسنده مقاله | مشاور | |
| محمد مهدی پیغمبری | همکار طرح و نویسنده مقاله | مشاور | |
| محمود شیخ فتح الهی | همکار طرح و نویسنده مقاله | مشاوره و آنالیز آماری | |
| محمد جواد عالم زاده انصاری | ناظر | مشاور | |
| مهناز شمسه | همکار طرح و نویسنده مقاله | جمع آوری نمونه ها | |
| رعنا حدادی | مجری و نویسنده مقاله | بررسی فرمها و ثبت مشخصات بیماران | |
| سمانه شهیدی فر | مجری و نویسنده مقاله | بررسی فرمها و ثبت مشخصات بیماران | |
| شیوا خالق پرست | همکار طرح و نویسنده مقاله | مشاور | |

دانشده/مرکز مربوطه

| رده | نوع ارتباط با مرکز |
|---------|--------------------|
| پرستاری | وارد کننده |

اطلاعات تفصیلی

| آیتم ها | متن |
|------------|--|
| بیان مسئله | <p>بیماری‌های قلبی- عروقی یکی از بیماری‌های مزمن و از اصلی‌ترین علل مرگ و میر در جهان می‌باشد که مسئول 30% کل مرگ و میرها است و بطور متوسط باعث مرگ 5/17 میلیون نفر در سال می‌شود(4,5). این بیماری‌ها هر ساله تقریباً 5 میلیون نفر را در ایالات متحده مبتلا می‌کنند و سبب مرگ 285 هزار نفر می‌شوند(6). انتظار می‌رود تا سال 2030، بیماری‌های قلبی- عروقی تقریباً 23.6 میلیون نفر را به کام مرگ بکشانند (7). در ایران نیز اولین علت مرگ و میر، بیماری‌های قلبی- عروقی می‌باشد، بنحوی‌که این بیماری‌ها در ایران 45% مرگ و میر را به خود اختصاص می‌دهند(8).</p> <p>بیماری‌های قلبی- عروقی به چندین گروه تقسیم می‌شوند که یکی از آنها بیماری ایسکمیک قلب می‌باشد. بیماری ایسکمیک قلب جزو آن دسته از بیماری‌های قلبی- عروقی هستند که در آن خونرسانی به قلب کاهش یافته و</p> |

عضله میوکارد دچار نکروز می‌گردد(9). از میان بیماری‌های ایسکمیک قلب می‌توان به آنفارکتوس میوکارد[1] اشاره کرد. آنفارکتوس میوکارد یا حمله‌ی قلبی، نکروز ایسکمیک میوسیت‌های قلبی است که در اثر فقدان یا کاهش تأمین خون بافت قلب اتفاق می‌افتد و از شایعترین و خطرناکترین بیماری‌های کشورهای صنعتی است(10). در اغلب کشورها و از جمله کشور ما بیماری‌های قلب و عروق از شایع‌ترین و مهم‌ترین علل مرگ و میر، ناتوانی و صرف هزینه‌های بهداشتی از مهم‌ترین عامل از کار افتادگی محسوب می‌شوند. طیف بالینی بیماری عروق کرونر از ایسکمی خاموش تا آنژین مزمن پایدار، آنژین ناپایدار، آنفارکتوس حاد میوکارد، کاردیومیوپاتی ایسکمیک و مرگ ناگهانی قلبی متفاوت است(11). در آمریکا سالانه یک و نیم میلیون نفر به آنفارکتوس میوکارد مبتلا می‌گردند که از این تعداد ۴۰۰ هزار نفر فوت میکنند(12). براساس مطالعه انجام شده توسط طالبی زاده و همکاران (1388) روزانه 5180 مورد آنفارکتوس میوکارد در سطح ایران روی می‌دهد. در این مطالعه همچنین میزان مرگ و میر سالانه به دلیل بیماری‌های ایسکمیک قلبی در جمعیت بالای 40 سال، 14 در هزار نفر برآورد شده است(11). با توجه به اینکه جمعیت ایران رو به مسن شدن است انتظار می‌رود تعداد مبتلایان به آنفارکتوس میوکارد روز به روز بیشتر شود. با توجه به این موضوع و نیز با در نظر گرفتن تعداد زیاد افراد در معرض خطر، توسعه راهکارهای جدید، کافی و موثر برای دستیابی به تغییر رفتار بیماران در معرض خطر و در نتیجه کاهش خطر بیماری‌های عروقی اجتناب ناپذیر است. پیش‌نیاز موفقیت پایدار در کنترل ریسک فاکتورهای عروقی، مشارکت فعال خود بیماران پرخطر در درمان است(13). بیماری‌های عروق کرونر باعث مورتالیتی، موربیدیتی و ناتوانی در جمعیت ایران می‌گردند و تقریباً 50% تمام مرگ‌ها در سال محسوب می‌شوند(14).

میزان مرگ و میر زود هنگام (30روزه) ناشی از آنفارکتوس حاد میوکارد تقریباً 30% است و بیش از نیمی از این موارد مرگ، پیش از رسیدن فرد به بیمارستان اتفاق می‌افتد. اگرچه میزان مرگ و میر بعد از پذیرش در بیمارستان به حدود 30 درصد در طی دو دهه‌ی اخیر کاهش یافته است، از هر 25 بیماری که از بیمارستان ترخیص می‌شوند، یک نفر در طی سال اول بعد از آنفارکتوس جان می‌سپارد. میزان بقاء خصوصاً در بیماران

مسن (بیش از 75 سال) کاهش چشمگیری دارد (15). با وجود پیشرفت های سریع تشخیصی و درمانی هنوز یک سوم بیمارانی که دچار سکته ی قلبی می شوند فوت می کنند و دو سوم آنها که زنده می مانند، هرگز بهبودی کامل نمی یابند و به زندگی بر نمی گردند. با این همه بیماری های قلبی عروقی یکی از قابل پیشگیری ترین بیماری های غیر واگیر انسان به شمار می آیند (16). از سوی دیگر این بیماری با گسترش وسیع، موجب بروز عوارضی همانند نارسایی احتقانی قلب، ادم حاد ریه و شوک کاردیوژنیک می شود که علاوه بر تحمیل هزینه های بسیار برای بیماران سبب بستری مکرر بیمار، احتمال آنفارکتوس میوکارد مجدد و مرگ در 6 ماه اول می شود. عدم پیگیری رژیم های درمانی و مراقبتی، عاملی مهم در جهت افزایش احتمال بروز عوارض، افزایش میزان مرگ و میر، ناتوانی و بالارفتن هزینه های خدمات بهداشتی درمانی می باشد لذا باید از طریق ارائه راهکارهایی از عوارض این بیماری پیشگیری نموده یا بروز آن را به تعویق انداخت (17, 18)). شواهدی وجود دارد که نشان می دهد این بیماری در ایران رو به افزایش می باشد، به طوری که میزان آن بین 20 تا 45 درصد افزایش یافته است. به نظر می رسد تغییرات در سبک زندگی مانند مصرف زیاد غذاهای فرآوری شده و غنی از چربی های اشباع شده، سطح پایین فعالیت فیزیکی همراه با افزایش شیوع چاقی و دیابت نوع دو منجر به افزایش پیشرونده در شیوع عوامل خطر بیماری های قلبی عروقی و بیماری های کرونر قلبی در کشورهای توسعه یافته شده است (16). مطالعاتی که بر روی جمعیت بزرگسال تهران انجام شد شیوع بالای سندرم متابولیک و عوامل خطر بیماری های قلبی عروقی مخصوصا پرفشاری خون، میزان بالای کلسترول تام، پایین بودن کلسترول با دانسیته بالا (HDL) و بالا بودن نسبت دور کمر به هیپ را نشان می دهد (20, 21). در اصطلاح پزشکی MI و یا انفارکتوس میوکارد عبارت از تخریب دائمی و غیرقابل برگشت و نکروز قسمتی از عضله قلب (میوکارد) است که به علت از بین رفتن جریان خون و وقوع یک ایسکمی (22) شدید در آن قسمت از قلب روی می دهد. این توقف گردش خون می تواند بطور ناگهانی بدون هیچ علائم قبلی نمایان گردد یا پس از تعدادی از حملات آنژیینی (درد قفسه سینه) نمود یابد. (23 و 24). بلافاصله بعد از انسداد حاد کرونر، جریان خون در عروقی که فراتر از ناحیه انسداد قرار دارند، قطع می شود و فقط مقدار کمی خون در عروق جانبی آن ناحیه جریان می یابد. ناحیه ای که جریان خون آن قطع شده یا به حدی کم است

که ادامه عملکرد عضله قلبی را تضمین نمی کند، ” ناحیه مبتلا به انفارکت ” و کل این فرآیند انفارکتوس میوکارد نامیده می شود(23). انسداد حاد کرونری اغلب در فردی روی می دهد که سابقه بیماری قلبی ناشی از آترو اسکلروز کرونر داشته است و تقریباً در هیچ موردی، در یک فرد داری گردش خون طبیعی کرونر گزارش نشده است (26). عوامل مختلفی می تواند این اختلال را بوجود آورد که مهمترین آنها عبارتند از: پلاک آترواسکلروزی که می تواند یک لخته خونی موضعی (ترومبوس) را بوجود آورد و مجرای شریان را ببندد، ترومبوز معمولاً در جایی تشکیل می شود که پلاک، آندوتلیوم را پاره کرده و با جریان خون در تماس مستقیم قرار می گیرد(24). به دلیل سطح ناصاف پلاک، به تدریج پلاکت ها به آن می چسبند ، فیبرین بر روی آن رسوب می کند و گویچه های قرمز در آن محل به دام می افتند تا یک لخته خونی تشکیل شود که رشد آن، رگ را می بندد . انفارکتوس میوکارد، مراحل موقت زیر را پشت سر می گذارد : حاد (چند ساعت نخست تا روز هفتم)، التیام (روز هفتم تا بیست و هشتم) ، نقاهت (روز بیست و نهم به بعد). در هنگام ارزیابی نتایج تست های آزمایشگاهی، باید این مراحل سه گانه مد نظر باشند . تست های آزمایشگاهی با ارزش جهت تشخیص انفارکتوس میوکارد به چهار گروه تقسیم می شوند: الکتروکاردیوگرافی- (ECG) نشانگر های سرمی قلب، تصویربرداری قلب-شاخص های غیر اختصاصی التهاب و نکروز سنجی.(7223). خستگی یک شکایت قابل توجه در بیماران انفارکتوس میوکارد است که کنار آمدن با آن دشوار است(28). خستگی شکایت شایعی است که هر فرد در زندگی روزمره به دنبال خواب یا استراحت ناکافی، استرس های روحی، فعالیت بدنی، فعالیت ذهنی و نداشتن انگیزه برای شروع کار تجربه می کند. در افراد سالم خستگی به ندرت به عنوان یک مشکل جدی در نظر گرفته می شود زیرا عموماً یک پدیده موقت و آنی است و به دنبال خواب یا استراحت کافی بهبود می یابد(29). خستگی، یک احساس فرسودگی شدید است که با کاهش توانایی روانی و فیزیکی در انجام کارها همراه می شود. خستگی می تواند با مجموعه ای از علائم جسمی و روانی تظاهر پیدا کند، گاهی اوقات ممکن است افراد فقط علائم روانی یا علائم جسمی آن را تجربه نمایند(30). علت اصلی خستگی ناشناخته است. خستگی در بر هم خوردن تعادل انرژی بدن و عدم هماهنگی عرضه و تقاضای انرژی رخ می دهد. خستگی، در واقع یکی از سطح انرژی بدن بوده و به دنبال آن، سطوح

فعالیت جهت کاهش مصرف انرژی و رسیدن به تعادل کاهش می یابد. خستگی و فقدان انرژی، بعد از انفارکتوس میوکارد، مکرراً گزارش شده است. علائم جسمی نظیر خستگی می تواند باعث بروز افسردگی شود، یافته ها نشان می دهد وقوع سکته قلبی ریسک بروز علائم اضطراب و افسردگی را تا چند برابر افراد عادی افزایش می دهد(31) اضطراب پس از انفارکتوس میوکارد با افزایش خطر ایسکمی و آریتمی همراه است. کاهش عملکرد بیمار و اضطراب حاصل از بیماری قلبی و همچنین مصرف یکسری از داروهای بکار رفته در بیماران قلبی مثل داروهای ضد فشارخون، ضد آریتمی و ضد کلسترول می تواند توجیهی برای علت افسردگی در این بیماران باشد. و چون خستگی یک علامت کلیدی افسردگی است ممکن است علائم افسردگی و خستگی در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد هم پوشانی داشته باشند(28,32). بروز علائم افسردگی و اضطراب بعد از سکته قلبی یک مشکل روانشناختی بسیار شایع است(33) که اثرات منفی بر پیش آگهی این بیماری دارد(34,35). با توجه به این مطلب که سکته قلبی یکی از بیماری های تهدید کننده حیات است، می توان انتظار داشت که نقش تنش زایی جهت ایجاد افسردگی داشته باشد. سکته قلبی علاوه بر این، به علت محدود کردن فعالیت جسمانی فرد مبتلا به صورت ثانویه موجب بروز خلق افسرده می شود. بر اساس شواهد برخی مطالعات تقریباً 20 تا 45 درصد (36) بیماران پس از سکته قلبی را با علائم افسردگی گزارش می کنند و حدود 50 درصد بیماران مبتلا به سندرم های کرونری حاد بروز علائم اضطراب را تجربه می نمایند(33). یافته های پژوهشی فراوانی وجود دارد که نشان می دهد تجربه سکته قلبی به عنوان استرس عمده ریسک بروز علائم اضطراب و افسردگی را تا چند برابر افراد عادی افزایش می دهد(37). Lane و همکاران(38) در مطالعه ای شیوع علائم افسردگی را تا 31 درصد و علائم اضطراب را تا 26 درصد در بیماران پس از سکته قلبی در حین بستری گزارش نمودند. در ایران در مطالعه ای شیوع علائم افسردگی پس از سکته قلبی 45 درصد(36) و در مطالعه ی دیگر 6/52 درصد(39) گزارش گردید. حتی در یک بررسی در ایران شیوع علائم افسردگی تا 72 درصد و علائم اضطراب تا 90 درصد در بیماران بستری در بخش قلب گزارش شده است(40). با توجه به شیوع فراوان سکته قلبی و پایین آمدن سن بروز آن، و این که اکثر مبتلایان از قشر درآمدزای جامعه هستند، بررسی علت افسردگی

به دنبال سکتة قلبی و همچنین خستگی که باعث کاهش کارایی و عملکرد بیماران و احیانا در موارد پیشرفته تبدیل آن به افسردگی اساسی می شود ضرورت پیدا می کند. ضمن اینکه درمان افسردگی به دنبال سکتة قلبی نقش بسیار مهمی در تسریع روند بهبود بیمار خواهد داشت و پیش آگهی بیماری و کیفیت زندگی را بسیار بهبود خواهد بخشید. از طرفی افسردگی پس از سکتة قلبی، احتمال وقوع مجدد سکتة را نیز افزایش می دهد(36) با توجه به اهمیت موضوع و با عنایت به پراکندگی یافته های مطالعات مورد اشاره به نظر می رسد ضمن اینکه هنوز مطالعات دقیق در مورد میزان بروز علائم اضطراب و افسردگی در بیماران سکتة قلبی ایرانی وجود ندارد علاوه بر این مطالعه ای در ایران که همزمان به بررسی خستگی و افسردگی و اضطراب بعد از سکتة قلبی بپردازد وجود ندارد لذا بر آن شدیم تا در این مطالعه به بررسی خستگی و افسردگی و اضطراب بعد از سکتة قلبی در بیمارستان شهید رجایی شهر تهران در سال 1401 بپردازیم.

myocardial infarction [1]

ضرورت اجرا

با توجه به شیوع فراوان سکتة قلبی و پایین آمدن سن بروز آن، و این که اکثر مبتلایان از قشر درآمدزای جامعه هستند، بررسی علت افسردگی به دنبال سکتة قلبی و همچنین خستگی که باعث کاهش کارایی و عملکرد بیماران و احیانا در موارد پیشرفته تبدیل آن به افسردگی اساسی می شود ضرورت پیدا می کند. ضمن اینکه درمان افسردگی به دنبال سکتة قلبی نقش بسیار مهمی در تسریع روند بهبود بیمار خواهد داشت و پیش آگهی بیماری و کیفیت زندگی را بسیار بهبود خواهد بخشید. از طرفی افسردگی پس از سکتة قلبی، احتمال وقوع مجدد سکتة را نیز افزایش می دهد

بررسی متون

در مطالعه ای که توسط Pia Alse'n and Eva Brink با عنوان خستگی بعد از انفارکتوس قلبی با فالو اپ 2 ساله در سال 2013 به صورت مقطعی بر روی 155 بیمار به صورت پرسشنامه ای (خستگی (MFI20) و افسردگی (SF36)) در دو مقطع زمانی چهار ماه و دو سال بعد از انفارکتوس قلبی در

بخش ویژه بیمارستانی در سوئد در انجام شد؛ نشان داد که میزان خستگی بعد از دو سال کاهش پیدا کرده ولی با این وجود 18 درصد خستگی همراه با افسردگی و 30 درصد خستگی بدون افسردگی بعد از دو سال گزارش کرده اند و زنان نسبت به مردان امتیاز بالاتری از نظر کاهش فعالیت؛ تحرک و خستگی ذهنی داشتند (1)

در مطالعه دیگری که توسط Ingvor Johansson و همکاران با عنوان اختلال خواب، خستگی، افسردگی و اضطراب در بیماران انفارکتوس قلبی در سال 2010 بر روی 204 بیمار به صورت پرسشنامه ای (خستگی اختلال خواب و افسردگی و اضطراب) بعد از 4 ماه از انفارکتوس قلبی انجام شد؛ نشان داد یک سوم بیماران اغلب اوقات خستگی را تجربه کردند، یک سوم نیز گاهی اوقات و 35 درصد نیز ب ندرت خستگی را تجربه کرده اند. (2)

مطالعه دیگری توسط Michel M Fenenssy و همکاران با عنوان تفاوت جنسیتی در خستگی در رابطه با انفارکتوس قلبی در سال 2010 در 6 ایالت آمریکا به روش تصادفی بر روی 28 زن و 88 مرد با تشخیص انفارکتوس میوکارد انجام شد. جمع آوری داده ها با استفاده از پرسش نامه POMS-f برای ارزیابی خستگی و افسردگی در بیماران به محض پذیرش بیمارستانی و 30 روز بعد از ترخیص انجام شد. یافته ها نشان داد که زنان نسبت به مردان نمره بالاتری داشتند. اما برخلاف زنان که تا 30 روز بعد از انفارکتوس میوکارد کاهش خستگی داشتند مردان تفاوتی نشان ندادند (3)

منابع

Alsén, P. and E. Brink (2013). "Fatigue after myocardial-1 infarction—a two-year follow-up study." *Journal of Clinical Nursing* **22**(11-12): 1647-1652

Fennessy, M. M., et al. (2010). "Gender differences in-2 fatigue associated with acute myocardial infarction." *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention* **30**(4): 224

Johansson, I., et al. (2010). "Disturbed sleep, fatigue,–3 anxiety and depression in myocardial infarction patients."
.European Journal of Cardiovascular Nursing **9**(3): 175–180

Williams AM, Bloomfield L, Milthorpe E, Aspinall D, .4
Filocamo K, Wellsmore T, et al. Effectiveness of moving on: an
Australian designed generic self–management program for
people with a chronic illness. BMC health services research.
.2013;13(1):90

Ahyana A, Kritpracha C, Thaniwattananon P. Cardiac .5
Rehabilitation Enhancing Programs in Patients with Myocardial
Infarction: A literature Review. Nurse Media Journal of
.Nursing. 2013;3(1):541–56

Vahedian Azimi A, Alhani F, Ahmadi F, Kazemnejad A. .6
Effect of family–centered empowerment model on the life style
of myocardial infarction patients. Iranian Journal of Critical
.[Care Nursing. 2009;2(4): 127–32.[In Persian

Kazemi T, Sharifzadeh GR, Zarban A, Fesharakinia A, .7
Rezvani MR, SA M. Risk factors for premature myocardial
infarction: a matched case–control study. J Res Health Sci.
.2011 Nov 4;11(2):77–82

.http://www.who.int/nmh/countries/irn_en.pdf .8

Song KJ. The effects of self–efficacy promoting cardiac .9
rehabilitation program on self–efficacy, health behavior, and
quality of life. Journal of Korean Academy of Nursing.
.2003;33(4):510–8

Davoodvand Sh, Elahi N, Haghighizadeh M. Effectiveness .10
of Short-term Cardiac Rehabilitation on Clinical Manifestations
in Post-MI Patients. The Journal of Faculty of Nursing &
Midwifery. 2009;15(3):66-73.[In Persian

Talebizadeh N, Haghdoost A-A, Mirzazadeh A. An .11
epidemiological model (Markov Chain) of Ischemic heart
disease in Iran Payesh. 2009;8(2):163-70

Abdul A, Samuel AE, Moideen F, Nambiar J. .12
Non-ST-Elevation Myocardial Infarction in a Case of Von
Willebrand Disease: a Case Report. Adv J Emerg Med.
2018 Apr 30;2(4):e47. doi: 10.22114/AJEM.v0i0.85

Baljani E, Salimi S, Rahimi J, Amanpour E, Parkhashjou M, .13
Sharifnejad A, et al. The effect of education on promoting self
efficacy in patients with cardiovascular disease. Journal of
Kermanshah University of Medical Sciences.
[2012;16(3):227-35.[In Persian

Hatami, ZN.(2007). Prevalence of coronary artery disease -14
risk factors in Iran: A population based survey. Cardiovascular
Disorders . 7:32

Berna G.M. Sol, Yolanda van der Graaf, Jaap J. van der -15
Bijl, Nadine B.G. Goessens, Visseren FLJ. Self-efficacy in
patients with clinical manifestations of vascular diseases.
Patient Education and Counseling 2006;61: 443-8

Roger, Véronique. L. et al.(2012) «Executive summary: -16
Heart disease and stroke statistics-2012 update: A report from

the American Heart Association.» *Circulation*. 125(1):188

Hoseinzadeh T, Paryad A, Asiri Sh, E KL. Relationship .17 between perception of illness and general self-efficacy in coronary artery disease patients. *Holistic Nursing And Midwifery Journal*. 2012;22(67):1-8

Coyle MK. The relationship of depressive symptoms over.18 time on self-care behavior in patients who experience a myocardial infarction: ProQuest; 2009

Hadaegh, F. (2009). Prevalence of coronary heart disease -19 among Tehran adults: Tehran Lipid and Glucose Study . (Health Journal. 15(1

Azizi, F. etal.(2003). Prevalence of metabolic syndrom in -20 an urban population:Tehran lipid and glucose study . *Diabetes research and clinical practice* .61(1): 29-37

Azizi, F.etal. (2002).Distribution of blood pressure and -21 prevalence of hypertension in Tehran adult population : Tehran lipid and glucose study 1999-2000; *Journal of Human Hypertension*.16(5) : 305-12

Bayram E, Atalay C. Identification of the culprit artery -22 involved in inferior wall acute myocardial infarction using electrocardiographic criteria. *Journal of international medical research*. 2004 Feb;32(1):39-44

Barrabes JA, Figueras J, Moure C, Cortadellas J, -23 Soler-Soler J. prognostic value of Lead avR in patients with a first non-ST segment elevation Acute Myocardial Infarction.

.Circulation 2003; 108:814–819

Sadanandan S, Hochman JS, Kolodziej A, Criger DA, Ross A, Selvester R, Wagner GS. Clinical and angiographic characteristics of patients with combined anterior and inferior ST-segment elevation on the initial electrocardiogram during acute myocardial infarction. *Am Heart J.* 2003 Oct;146(4):653

Soliman EZ. Electrocardiographic definition of silent myocardial infarction in population studies: A call to standardize the standards. *J Electrocardiol.* 2019 May .18;55:128–132. doi: 10.1016/j.jelectrocard.2019.05.008

Gibson CM, Nafee T, Kerneis M. Silent myocardial infarction: Listen to the evidence. *J Am Coll Cardiol.* 2018;71:9–11

Pride YB, Piccirillo BJ, Gibson CM. Prevalence, consequences, and implications for clinical trials of unrecognized myocardial infarction. *Am J Cardiol.* 2013;111:914–8

Alsén, P. (2009). Illness perception and fatigue after myocardial infarction, Institute of Health and Care Science

giti Ozgoli , shahnaz Nooryzadeh , jamal Shams and hamid Majed. 2008. Correlation between intensity of fatigue with pregnancy outcome. *Journal of Shahrekord University of (Medical Sciences, (Issue 1*

Elahe Banafsheh, Parvin Salari, Paria Hebrani, Salmeh Dadgar , Roghieh Rahmani, Narjes Bahri. 2013. Relationship

between Maternal Fatigues during Pregnancy with Postpartum Blues. Iranina Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility, ((Issue 54

Mohammad-Reza Beyranvand, et al. (2011). "The quality –31 of life after first acute myocardial infarction." Pajoohande **15**(6): 264–272

Fennessy, M. M., et al. (2010). "Gender differences in –32 fatigue associated with acute myocardial infarction." Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention **30**(4): 224

Huffman J.C, Smith F.A, Blais M.A, Januzzi J.L, Gregory L.–33 Fricchione. Anxiety, independent of depressive symptoms, is associated with in–hospital cardiac complications after acute myocardial infarction. J Psychosom .Res 2008; 65: 557–563

Van Melle JP, Ee Jonge P, Spijkerman TA, Tijssen JGP,–34 Ormel J, Veldhuisen DJ, et al. Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta–analysis. Psychosom Med 2004; 66: 814–822

Jaffe AS, Krumholz HM, Catellier DJ, Freedland KE, Bittner–35 V, Blumenthal JA, et al. Prediction of medical morbidity and mortality after acute myocardial infarction in patients at increased psychosocial risk in the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients .(ENRICHD) study. Am Heart J 2006; 152: 126–135

Bagherian Sararoudi R, Guilani B, Bahrami Ehsan H,–36 Saneei H. Relationship between post–MI depression and left ventricular dysfunction. Iranian

.Journal of Psychiatry and Psychology 2008; 13(4): 320–327

Pedersen SS, Van Domburg RT, Larsen ML. The effect of low social support on short-term prognosis in patients following a first myocardial infarction. Scand J Psychol 2004; 45: 313–318

Lane D, Carroll D, Ring C, Beevers DG, Lip GY. The prevalence and persistence of depression and anxiety following myocardial infarction. Br J Health Psychol 2002; 7(Pt 1): 11–21

Modabernia MJ, Sobhani A, Nasiri rad A, Kiakajoori S. Prevalence of Depression in MI Patients. Journal of Medical Faculty Guilan University of Medical Sciences 2001; 10(39,40): 16–21

Beyraghi N, Tonekaboni S.H, Vakili Gh. Anxiety and depression in patients admitted in cardiac care unit, Taleghani hospital, Tehran, Iran, 2003. Hormozgan Medical Journal 2005; 9(4): 261–264

Montazeri A, Vahdaninia M, Ebrahimi M, Jarvandi S. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): translation and validation study of the Iranian version. Health Quality Life Outcomes 2003; 1(1): 14

42-صادق زاده ویدا، رئیسی پوران. تاثیر برنامه آموزشی ترکیبی گروهی بر کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی اعضای خانواده مبتلایان به نارسائی احتقانی قلب. آموزش پرستاری. ۱۳۹۶؛ ۶ (۲): ۶۳-۷۱.

43-خانی جزنی، رضا؛ صارمی، مهناز؛ کاوسی، امیر؛ شیرزاد، هادی؛ رضاپور، تارا. (1391). بررسی ابعاد مختلف خستگی در افسران پلیس

راهنمایی و رانندگی. طب انتظامی، سال اول، شماره 1، تابستان 91، صفحات 10-

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital-44 anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), 361-370.

45-چهره گشا، مریم؛ دستور پور، مریم؛ ثناگو، اکرم؛ محمدی، اعظم. (1392). خستگی مرتبط با سرطان و ارتباط آن با مشخصه های دموگرافیک و بالینی بیماران. دوفصلنامه کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی گلستان، پاییز و زمستان 92، دوره 1، شماره 2، صص 24-31.

Fredriksson-Larsson, U., et al. (2015). "Fatigue two-46 months after myocardial infarction and its relationships with other concurrent symptoms, sleep quality and coping strategies." *Journal of Clinical Nursing* 24(15-16): 2192-2200.

اهداف: هدف اصلی، اهداف اختصاصی، هدف کاربردی

اهداف (خروجی ها) اصلی طرح :

تعیین میزان خستگی، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد در مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی در سال 1401

اهداف (خروجی ها) اختصاصی طرح :

- 1- تعیین میانگین نمره خستگی در بیماران مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد یک هفته بعد MI و دو ماه بعد ترخیص برحسب مشخصات دموگرافیک
- 2- تعیین میانگین نمره افسردگی در بیماران مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد یک هفته بعد MI و دو ماه بعد ترخیص برحسب مشخصات دموگرافیک
- 3- تعیین میانگین نمره اضطراب در بیماران مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد یک هفته بعد MI و دو ماه بعد ترخیص برحسب مشخصات دموگرافیک

| | |
|---|---|
| <p style="text-align: center;">اهداف کاربردی طرح :</p> <p>تعیین روند خستگی و افسردگی و اضطراب به دنبال سکته قلبی و برنامه ریزی برای کاهش آن</p> | |
| <p>1- میانگین نمره خستگی در بیماران مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد در زمان بستری و دو ماه بعد ترخیص برحسب مشخصات دموگرافیک چقدر است؟</p> <p>2- میانگین نمره افسردگی در بیماران مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد در زمان بستری و دو ماه بعد ترخیص برحسب مشخصات دموگرافیک چقدر است؟</p> <p>3- میانگین نمره اضطراب در بیماران مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد در زمان بستری و دو ماه بعد ترخیص برحسب مشخصات دموگرافیک چقدر است؟</p> | <p>فرضیات یا سوالات پژوهشی</p> |
| <p>مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی - مقطعی است که به منظور تعیین روند خستگی و افسردگی در بیماران پس از سکته قلبی در مرکز قلب و عروق شهید رجایی انجام خواهد شد.</p> <p>معیار ورود شامل : افراد بالای 18 سال، افراد با تشخیص STEMI , NSTEMI ، افراد دارای بیماریهای خاص نباشند ، افرادی که قادر به صحبت کردن باشند، افراد دارای اختلال عمده روانپزشکی یا تحت درمان با داروهای افسردگی نباشد ، افراد دارای اختلال شناختی نباشند. معیار های خروج: عدم امکان پیگیری بیمار پس از ترخیص</p> <p>پس از گرفتن کد اخلاق پژوهشگر به بخش های سی سی یو مرکز مراجعه کرده و بیمارانی که معیارهای ورود به مطالعه را داشته باشند انتخاب خواهد کرد. پی از توضیح اهداف پژوهش، در صورتی که بیماران رضایت به شرکت در مطالعه داشته باشند، رضایت نامه آگاهانه کتبی اخذ خواهد شد. شواهد مربوط به سکته قلبی حاد و مشخصات دموگرافیک از پرونده های پزشکی بیماران استخراج می شود و سایر داده ها از طریق مصاحبه با بیمار جمع آوری می شود .</p> <p>مشخصات دموگرافیک شامل : سن ، جنس ، تاهل ، میزان تحصیلات می باشد و سابقه بیماریهای قلبی بیمار شامل : هایپرنتشن ، هایپرلیپدمیا. همچنین سابقه افسردگی و اضطراب و کم خونی از پرونده بیمار استخراج خواهد شد. ابزار مورد استفاده در این مطالعه شامل پرسشنامه افسردگی (HADS) و خستگی (MFI20) است که یک هفته بعد سکته قلبی (جهت بررسی در مرحله حاد) و 2 ماه پس از ترخیص (جهت بررسی روند خستگی و افسردگی بعد از مرحله حاد) توسط بیمار تکمیل خواهد شد. نمونه گیری به روش مستمر انجام خواهد شد.</p> | <p>روش اجرا</p> |
| <p>ابزار جمع آوری اطلاعات شامل 2 پرسشنامه افسردگی ، اضطراب و خستگی می باشد</p> | <p>مشخصات ابزار جمع آوری اطلاعات و نحوه جمع آوری آن</p> |

پرسشنامه سنجش چندبعدی خستگی (MFI) توسط Smets در سال 1996 ساخته شده است که از 20 سوال و 5 خرده مقیاس تشکیل میشود که شامل:

خستگی عمومی (4 سوال)، خستگی جسمی (4 سوال)، کاهش فعالیت (4 سوال)، کاهش انگیزه (4 سوال) و خستگی ذهنی (4 سوال) می باشد .

نمره گذاری پرسشنامه بصورت طیف لیکرت 5 نقطه ای از 1 = بلی، کاملاً درست است تا 5 = خیر، کاملاً غلط است می باشد. گویه های شماره 19، 18، 17، 16، 14، 13، 10، 9، 5، 2 بصوت معکوس نمره گذاری می شوند و بصورت زیر عمل می شود.

بلی ، کاملاً درست است 5 4 3 2 1 خیر ، کاملاً غلط است

برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، امتیاز تمامی سوال ها با همدیگر جمع می شود. نمره کل هر حیطه 20-4 و نمره کل خستگی که با جمع نمرات حیطه ها مشخص می شود بین 100-20 می تواند باشد. نمره بالاتر، میزان خستگی بیشتر را نشان می دهد.

روایی و پایایی این پرسشنامه در گروه های مختلف جمعیت شناختی، مانند بیماران مبتلا به سرطان که تحت درمان با روش رادیوتراپی بودند، بیماران مبتلا به سندرم خستگی مزمن، دانشجویان سال اول روانشناسی و پزشکی، سربازان و دانشجویان سال سوم پزشکی ارزیابی شد. تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که سوالات هر بعد، توصیف گر همان بعد بوده و پرسشنامه از همسانی درونی مناسبی برخوردار است (ضریب آلفا برای خستگی عمومی، جسمانی و ذهنی بالاتر از 8% و برای کاهش فعالیت و انگیزه بالاتر از 65% بود). نتایج دیگر مطالعات نیز تأیید کننده پایایی و روایی مناسب این ابزار است. این پرسشنامه به زبان فارسی ترجمه شده و پایایی و روایی آن تأیید شده است (43)).

به منظور سنجش اضطراب و افسردگی بیمارستانی می توان از پرسشنامه اضطراب و افسردگی بیمارستانی HADS که توسط زیگموند و اسنایت (1983) با هدف غربالگری وجود و شدت نشانه های افسردگی و اضطراب در طی یک هفته گذشته در بیماران بستری طراحی شده است، استفاده کرد. (44) این پرسشنامه یک ابزار چهارده سوالی است که دارای دو مقیاس اضطراب و افسردگی می باشد. شماره سوالات مربوط به ابعاد این پرسشنامه به قرار زیر است:

- اضطراب: سوالات 1، 3، 5، 7، 9، 11 و 13
- افسردگی: سوالات 2، 4، 6، 8، 10، 12 و 14

مدت زمان تکمیل آن کمتر از 5 دقیقه است و جمعیت مورد بررسی آن نوجوانان 16 سال به بالا می باشد. از مجموع سوالات 7 سوال مربوط به سطح اضطراب و 7 سوال دیگر مربوط به سطح افسردگی است. نمره گذاری هر آزمون روی یک مقیاس 0-3 است. بنابراین نمرات زیر مقیاس های افسردگی و اضطراب در دامنه 0-21 قرار می گیرد. برای هر دو مقیاس این پرسشنامه نمرات در دامنه 0-7 عادی یا طبیعی، 8-10 خفیف، 11-14 متوسط، و 15-21 شدید در نظر گرفته می شود.

روایی و پایایی

این پرسشنامه در مطالعات متعدد خارجی و ایرانی مورد استفاده قرار گرفته است. روایی و پایایی این ابزار در مطالعه منتظری و همکاران (2003) تایید شد (41) در پژوهش منتظری و همکاران (2003) همسانی درونی برای خرده مقیاس اضطراب 89/0 و برای خرده مقیاس اضطراب 98/0 به دست آمد. در مطالعه صادق زاده و همکاران (1396) آلفای کرونباخ ابزار 79/0 به دست آمد. (42)

روش محاسبه حجم نمونه و تعداد آن

بر طبق مطالعه Ulla Fredriksson-Larsson و همکاران در سال 2011 و 2012 در کشور سوئد (46)، حجم نمونه مورد نیاز تعیین گردید و به تعداد 132 بیمار مبتلاء به AMI در این مطالعه نیاز می باشد.

ملاحظات اخلاقی

- 1- کسب مجوز از کمیته اخلاق مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی
- 2- کسب مجوز ورود به محیط پژوهش از مسولین مربوطه در بیمارستان
3. کسب رضایت نامه آگاهانه کتبی از بیماران داوطلب، جهت شرکت در

مطالعه

4. معرفی پژوهش گر به واحد های پژوهش و توضیح اهداف و ماهیت

پژوهش

5. رعایت امانت در استفاده از منابع و متون علمی

6. اطمینان به کلیه بیماران شرکت کننده در مطالعه در مورد محرمانه

ماندن اطلاعات ایشان

7. دادن حق انتخاب به بیمار برای ورود یا انصراف از شرکت در مطالعه

8. در اختیار قرار دادن نتایج پژوهش به مراکز ذی نفع و واحدهای مورد

پژوهش در صورت تمایل آنها

محدودیت های اجرایی طرح
وروش کاهش آنها

عدم رضایت بیماران برای شرکت در این پژوهش از جمله محدودیت های طرح میباشد که جهت تشویق بیماران برای مشارکت اهداف کاربردی طرح توضیح داده خواهد شد

عدم دسترسی به بیماران دو ماه بعد از انفارکتوس میوکارد از دیگر محدودیت های طرح است که برای حل این محدودیت از توصیه های پزشک مربوطه به بیماران برای در دسترس بودن و همچنین اخذ شماره تماس های متعدد از بیمار استفاده خواهد شد

جدول متغیرها

| نوع اندازه گیری | تعریف کاربردی | واحد اندازه گیری | نوع متغیر کیفی - اسمی است؟ | نوع متغیر کیفی - رتبه ای است؟ | نوع متغیر کمی - گسسته است؟ | نوع متغیر کمی - پیوسته است؟ | نقش متغیر | نام متغیر |
|-----------------|---|------------------|-------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------|--------------|
| پرونده بیمار | برحسب فنوتیپ جنسیتی فرد | اسمی | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | مستقل | جنسیت |
| پرسش نامه | نمره ای که بیمار از پرسش نامه MFI کسب می کند. | عدد- فاصله ای | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | وابسته | نمره خستگی |
| پرسش نامه | نمره ای که بیمار از پرسش نامه HADS کسب می کند | عدد- فاصله ای | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | وابسته | نمره افسردگی |
| پرسش نامه | نمره ای که بیمار از پرسش نامه HADS کسب می کند | عدد- فاصله ای | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | وابسته | نمره اضطراب |
| پرونده بیمار | تعداد سال هایی که از عمر فرد می گذرد. | عدد- نسبی | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | مستقل | سن |
| پرونده بیمار | تفاوت ژنتیکی بین اقوام | اسمی | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | مستقل | نژاد |

جدول متغیرها

| نوع اندازه گیری | تعریف کاربردی | واحد اندازه گیری | نوع متغیر کیفی - اسمی است؟ | نوع متغیر کیفی - رتبه ای است؟ | نوع متغیر کمی - گسسته است؟ | نوع متغیر کمی - پیوسته است؟ | نقش متغیر | نام متغیر |
|-----------------|---|------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-----------|----------------------------|
| پرونده بیمار | تعداد سال؛not؛هایی که فرد تحصیل نموده است. | رتبه ای | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | مستقل | سطح تحصیلات |
| پرونده فرد | وضعیت فرد از نظر ازدواج (مجرد، متأهل، بیوه) | اسمی | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | مستقل | وضعیت تاهل |
| پرونده بیمار | حرفه ای که فرد در آن مشغول به کار است | اسمی | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | مستقل | شغل |
| پرونده درمان | درمانی که برای برطرف کردن انسداد عروقی اتخاذ می گردد. | اسمی | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | مستقل | نوع درمان |
| پرونده بیمار | بیماری های مؤثر بر وضعیت سلامت فرد | اسمی | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | مستقل | بیماری همراه |
| پرونده بیمار | ناحیه انسداد عروقی | اسمی | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | مستقل | محل رگ درگیر |
| پرونده بیمار | تعداد روزهای بستری در بیمارستان | روز | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | مستقل | طول مدت بستری در بیمارستان |

زمانبندی و اجرا

| تا تاریخ | از تاریخ | مدت زمان اجرا - ماه | درصد مرحله | شرح مختصر مرحله |
|------------|------------|---------------------|------------|--|
| 1401/12/29 | 1401/08/01 | 6 | | نمونه گیری و جمع آوری اطلاعات |
| 1402/03/31 | 1402/01/01 | 3 | | ورود داده ها به کامپیوتر و تجزیه و تحلیل داده ها |
| 1402/06/31 | 1402/04/01 | 3 | | تهیه گزارش نهایی طرح و مقاله |

هزینه پرسنلی

| نام و نام خانوادگی | توصیف دقیق فعالیتی که فرد باید در این تحقیق انجام دهد | کل حق الزحمه - ریال |
|--------------------|---|---------------------|
| | توزیع و جمع آوری پرسشنامه ها | 24,000,000 |
| | وارد کردن داده ها در کامپیوتر و آنالیز | 20,000,000 |

سایر هزینه ها

| نوع هزینه | مبلغ - ریال |
|--------------------------------|-------------|
| پرینت و آماده کردن پرسشنامه ها | 6,000,000 |