

Research Paper

The Death Anxiety and Demoralization in Patients With Acute Myocardial Infarction Admitted to Post Cardiac Care Units of Iran University of Medical Sciences in 2021

Soheila Rahimi¹, *Mehrnosh Inanlou², Tahereh Najafi Ghezeljeh³, Hamid Haghani⁴

Citation Rahimi S, Inanlou M, Najafi Ghezeljeh T, Haghani H. [The Death Anxiety and Demoralization in Patients With Acute Myocardial Infarction Admitted to Post Cardiac Care Units of Iran University of Medical Sciences in 2021 (Persian)]. *Iran Journal of Nursing*. 2022; 35(138):392-405. <https://doi.org/10.32598/ijn.35.138.3060>

doi <https://doi.org/10.32598/ijn.35.138.3060>



Received: 20 Jan 2022

Accepted: 23 Oct 2022

Available Online: 01 Nov 2022

Keywords:

Death anxiety,
Demoralization,
Myocardial infarction,
Critical Care Unit

ABSTRACT

Background & Aims It is essential to pay attention to the psychological complications after a heart attack in line with other physiological complications. The proximity of these patients to death has caused death anxiety, which can weaken their morale. This study aims to determine death anxiety and demoralization in patients with acute myocardial infarction admitted to post-cardiac care units of the Iran University of Medical Sciences in 2021.

Materials & Methods The present study is a descriptive cross-sectional study that was performed on 206 patients with myocardial infarction admitted to the educational-medical centers of Iran University of Medical Sciences in the first half of 2021. Data collection tools included the demographic profile form, Templer death anxiety questionnaire, and Kissane demoralization. Data were analyzed using SPSS software, version 20 and Pearson correlation coefficient, independent t test, and analysis of variance.

Results Most patients in the study were male, married, and self-employed with a mean age of 57.97 ± 12.49 years. The mean score of death anxiety in patients with myocardial infarction was 6.26 ± 1.62 (moderate). Most patients (43.7%) had moderate death anxiety. The mean score of demoralization syndrome was 11.88 ± 5.34 (severe). Most patients (60.7%) had severe demoralization syndrome.

Conclusion The death anxiety of patients after myocardial infarction was moderate and their demoralization syndrome was severe, therefore it is necessary to pay attention to them and recognize the factors affecting nurses working in intensive care units and recommend being included in the training of care for these patients.

1. Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Psychiatric Nursing Department, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Nursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4. Department of Biostatistics, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

*** Corresponding Author:**

Mehrnosh Inanlou, Assistant Professor.

Address: Psychiatric Nursing Department, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (21) 43651702

E-Mail: inanlou.m@iums.ac.ir

Extended Abstract

D

Introduction

Due to the dangerous nature of cardiovascular diseases and their chronicity, these diseases are considered a crisis in the patient's life and in addition to physical problems, also severely affect the psychological state of patients. It is essential to pay attention to the psychological complications after a heart attack in line with other physiological complications. The proximity of these patients to death has caused death anxiety, which can weaken their morale. This study aims to determine death anxiety and demoralization in patients with acute myocardial infarction admitted to post-cardiac care units of the [Iran University of Medical Sciences](#) in 2021.

Methods

The present study is a descriptive cross-sectional study that was conducted on 206 patients with myocardial infarction admitted to the educational-medical centers of the [Iran University of Medical Sciences](#) in the first half of 2021. The inclusion criteria included the definitive diagnosis of acute myocardial infarction, no death of first-degree relatives in the last 6 months, no alcohol and drug addiction according to the patient's report, no surgery in the last 6 months, stable vital signs, and stable cardiac hemodynamics condition. The exclusion criteria included incomplete completion of questionnaires. Data collection tools included the demographic profile form, Templer death anxiety questionnaire, and Kirsane demoralization. Sampling was continuous and myocardial infarction patients who were on the same-day discharge list were selected and completed the questionnaires. Due to the sensitivity of the issue, people who had high anxiety and low mood based on the cutting point of the tool while informing the responsible nurse, telephone psychological counseling was performed for them and if the client wishes by the researcher. After completion, questionnaires were collected and analyzed. Data analysis using SPSS software version 19 in two sections of descriptive statistics (frequency, percentage, Mean \pm SD) and inferential statistics (Pearson correlation coefficient, independent t test, and analysis of variance), and a significance level of less than 0.05 was considered.

Results

In this study, 207 patients with myocardial infarction participated and one person was excluded from the study due to the incompleteness of the questionnaire. A total of 72.8% of patients were male with a mean age of 57.97 \pm 12.49 years, 92.7% were married and 34.5% were self-employed. 35.9% had a history of hypertension and

24.3% had a history of diabetes; 90.8% of patients had insurance and 81.6% had a history of previous hospitalization. The mean score of death anxiety in patients with myocardial infarction was 6.26 \pm 1.62 (moderate). Most patients (43.7%) had moderate death anxiety. The mean score of demoralization syndrome was 11.88 \pm 5.34 (severe). Most patients (60.7%) had severe demoralization syndrome.

Conclusion

In response to the research questions, the findings indicated that the rate of death anxiety in patients with myocardial infarction was moderate and the rate of depressive symptoms was high. Due to the nature of heart disease and the destructive nature of both complications of death anxiety and low mood syndrome, it is necessary to plan to reduce these complications as soon as possible. Obtain psychological information and use nursing interventions. Also, in response to research questions, the results showed that some demographic factors, such as age and education and some disease characteristics, such as the duration of previous hospitalization and co-morbidity with other diseases can predict death anxiety and mood swings in these patients should be involved, therefore for higher effectiveness, it is recommended to identify and pay attention to these factors in planning and interventions.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

To comply with the ethics in the research, while receiving the code of ethics (IR.IUMS.REC.1400.450) from the Ethics Committee of the [Iran University of Medical Sciences](#), the patients were reminded that participation in the study is completely optional and non-participation does not affect their treatment process, it is not necessary to mention the names and last name, and the information remains completely confidential.

Funding

This study was extracted from the master thesis of Soheila Rahimi, approved by the [Iran University of Medical Sciences](#).

Authors' contributions

Conceptualization and project administration: Soheila Rahimi and Mehrnoosh Inanlou. Research and review: Mehrnoosh Inanlou and Tahereh Najafi Qazalgeh. Data analysis: Hamid Haqqani. Editing and revision: Mehrnoosh Inanlou.

Conflict of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgments

We are extremely grateful to the post-graduate education department of [Iran University of Medical Sciences and Health Services](#) and the cooperation of the officials and respected patients without whose cooperation this research would not have been possible.

مقاله پژوهشی

اضطراب مرگ و نشانگان افت روحیه در بیماران با سکته قلبی بستری در بخش‌های ویژه مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۱۴۰۰

سهیلا رحیمی^۱، *مهرنوش اینانلو^۲، طاهره نجفی قزljبه^۳، حمید حقانی^۴



Citation Rahimi S, Inanlou M, Najafi Ghezljeh T, Haghani H. [The Death Anxiety and Demoralization in Patients With Acute Myocardial Infarction Admitted to Post Cardiac Care Units of Iran University of Medical Sciences in 2021 (Persian)]. *Iran Journal of Nursing*. 2022; 35(138):392-405. <https://doi.org/10.32598/ijn.35.138.3060>

doi <https://doi.org/10.32598/ijn.35.138.3060>

چکیده

زمینه و هدف: توجه به عوارض روان‌شناختی بعد از سکته قلبی هم‌راستا با سایر عوارض فیزیولوژیکی آن از اهمیت بالایی برخوردار است. نزدیکی این بیماران به مرگ باعث اضطراب مرگ شده که می‌تواند روحیه آنان را تضعیف کند. این مطالعه با هدف تعیین اضطراب مرگ و نشانگان افت روحیه در بیماران با سکته قلبی بستری در مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران، سال ۱۴۰۰ انجام شد.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی است که بر روی ۲۰۶ نفر از بیماران با سکته قلبی بستری در مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران در نیمه اول سال ۱۴۰۰ انجام شد. نمونه‌گیری به روش مستمر انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات شامل فرم مشخصات جمعیت‌شناختی، پرسش‌نامه اضطراب مرگ تمپلر و نشانگان افت روحیه کیسان بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نسخه ۲۰ نرم‌افزار آماری SPSS و آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون، تی مستقل و تحلیل واریانس استفاده شد.

یافته‌ها: بیشتر بیماران شرکت‌کننده در مطالعه مرد، متأهل، دارای شغل آزاد با میانگین سنی ۵۷/۹۷±۱۲/۴۹ سال بودند. میانگین و انحراف معیار اضطراب مرگ در بیماران با سکته قلبی ۶/۲۶±۱/۶۲ (در حد متوسط) بود. بیشتر بیماران (۴۳/۷ درصد) اضطراب مرگ متوسط داشتند. میانگین و انحراف معیار نشانگان افت روحیه در بیماران با سکته قلبی ۱۱/۸۸±۵/۳۴ (در حد شدید) بود. بیشتر بیماران (۶۰/۷ درصد) نشانگان افت روحیه شدید داشتند.

نتیجه‌گیری: اضطراب مرگ بیماران بعد از ابتلا به سکته قلبی در حد متوسط و نشانگان افت روحیه آن‌ها در حد شدید به دست آمد که توجه به آن‌ها و شناخت عوامل مؤثر بر آن توسط پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه قلبی ضروری است و توصیه می‌شود این مسئله در آموزش مراقبت از این بیماران گنجانده شود.

تاریخ دریافت: ۳۰ دی ۱۴۰۰

تاریخ پذیرش: ۰۱ آذر ۱۴۰۱

تاریخ انتشار: ۱۰ شهریور ۱۴۰۱

کلیدواژه‌ها:

اضطراب مرگ، نشانگان افت روحیه، سکته قلبی، مراقبت ویژه

۱. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران.
۲. گروه روان‌پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران.
۳. مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران.
۴. گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول:

مهرنوش اینانلو

نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه روان‌پرستاری و پرستاری کودکان.

تلفن: +۹۸ ۴۳۶۵۱۷۰۲ (۲۱)

رایانامه: inanlou.m@iums.ac.ir

مقدمه

مطالعات انجام شده، عوامل متعددی می‌توانند بر این عارضه مؤثر باشند و شدت آن را پیش‌بینی کنند که در وهله اول مشخصات و متغیرهای جمعیت‌شناختی افراد هستند [۱۵]. برخورداری از وضعیت اقتصادی اجتماعی مطلوب، به‌عنوان یکی از عوامل کاهنده اضطراب مرگ مطرح شده است [۱۶، ۱۷].

از آنجاکه افزایش فعالیت اعصاب سمپاتیک به دنبال اضطراب، باعث افزایش واکنش‌پذیری رگ‌ها، افزایش ضربان قلب و فشار خون می‌شود و در نهایت سبب آسیب درون‌یافتی و تجمع پلاکت می‌شود، توجه به اضطراب و ترس بیمار و تلاش برای رفع آن به عنوان یک اقدام پرستاری برای کاهش پاسخ سمپاتیک نسبت به تنش، مهم است [۱۸]. اهمیت توجه به این موضوع در حرفه پرستاری به حدی است که در ارائه مراقبت‌های بهداشتی به‌عنوان یک تشخیص پرستاری در معیارهای انجمن تشخیص‌های پرستاری آمریکای شمالی^۳ وارد شده است [۱۹]. پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه باید دیدگاه جامع‌نگر داشته باشند؛ به‌گونه‌ای که داشتن دانش و مهارت در ارائه مراقبت‌های پرستاری ویژه، تنها عوامل تأثیرگذار بر بهبود بیماران در بخش‌های ویژه قلب نیستند بلکه ایجاد محیطی مناسب و کاهش اضطراب، از مهارت‌ها و فرایندهای پرستاری در بخش‌های ویژه محسوب می‌شود [۲۰].

براساس دیدگاه وجودی، رویارویی هر فردی با دلواپسی‌های زندگی، اضطراب‌زاست [۲۱]، درحالی‌که اضطراب‌های وجودی پاسخی صادقانه به نیستی محسوب شده و پیامد هوشیاری است، اما چنانچه فرد نتواند به آن معنا و پاسخی اصیل ببخشد، می‌تواند دچار رنج و در نتیجه نشانگان افت روحیه شود [۲۲]. اختلال در فرایند معنایی، مشخصه اصلی نشانگان افت روحیه است [۲۳]. نشانگان افت روحیه از عوارض و مشکلات روان‌شناختی بعد از سکته قلبی است [۲۴]. شیوع این عارضه در جوامع و بیماری‌های مختلف، متفاوت است. در یک بررسی سیستماتیک از ۲۵ مطالعه، میزان شیوع بالینی افت روحیه از ۱۳ تا ۱۸ درصد در بیماران مبتلا به سرطان گزارش شده است [۲۴]. مارسا و همکاران با بررسی نشانگان افت روحیه در ۳۲۵ نفر از سالمندان ساکن در سراهای سالمندان شهر تهران میزان نشانگان افت روحیه را $17/41 \pm 69/60$ اعلام کردند که بسیار بالاتر از جمعیت عمومی بود [۲۵].

مقالات نشان می‌دهند افت روحیه به‌طور معمول با بیماری‌های تهدیدکننده زندگی مرتبط است و سبب کاهش کیفیت زندگی و عملکرد اجتماعی می‌شود [۲۴، ۲۶]. محقق به‌عنوان یک پرستار پیژوهشگر و با تجربه کاری در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی و پست‌سی‌سی‌یو^۴ به‌صورت مبتنی بر شواهد و از نزدیک افت روحیه و نگرانی و اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سکته قلبی حاد را مشاهده و لمس کرده است. خصوصاً پرستاران شاغل

براساس آمارها و گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی^۱، در سال ۲۰۱۹ حدود ۱۸ میلیون نفر به خاطر بیماری‌های قلبی عروقی فوت کردند که ۸۵ درصد از آن‌ها مربوط به سکته قلبی بود [۱]. براساس مطالعات انجمن قلب آمریکا^۲، شیوع جهانی این بیماری حدود ۲۱۹ نفر از هر ۱۰۰ هزار نفر بود و روزانه ۲۳۵۳ نفر به علت بیماری‌های قلبی عروقی جان خود را از دست می‌دهند که در آمریکا هر ۳۷ ثانیه، یک نفر است [۲، ۳]. براساس گزارش سالانه آمارهای جمعیتی سازمان ثبت احوال ایران، در بین مرگ‌های ثبت‌شده در سال ۱۳۹۷، بیماری‌های قلبی عروقی دلیل ۳۸/۶ درصد مرگ‌ها در بین ایرانیان بوده است [۴]. سازمان بهداشت جهانی در یک گزارش در سال ۲۰۱۸، ۴۳ درصد از علل کل مرگ‌ومیر در ایران را مربوط به بیماری‌های قلبی عروقی اعلام کرده است و بیان می‌کند که با استفاده از توصیه‌های این سازمان می‌توان تا سال ۲۰۲۵ حدود ۳۲۰۰۰ زندگی را حفظ کرد [۵].

به‌دلیل ماهیت خطرناک بیماری‌های قلبی عروقی و مزمن بودن آن، این بیماری‌ها به‌صورت یک بحران در زندگی فرد مبتلا مطرح است و علاوه بر مشکلات جسمانی، وضعیت روان‌شناختی بیماران را هم به‌شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد [۶]. اضطراب، افسردگی، دلیریوم و اختلالات شناختی از مشکلات شایع در این بیماران است [۷]. با بررسی و مطالعه مقطعی ۱۷۶ بیمار، ۳۲ تا ۸۴ ساله با تشخیص قطعی انفارکتوس میوکارد مشخص شد، ۳۲ درصد علائم اضطراب داشتند و میانگین نمره اضطراب آنان ۱۱/۵ از ۲۱ بود که با توجه به قرارگیری در بازه بین ۸ تا ۱۴ در سطح متوسط بود [۸]. یکی از انواع اضطراب که بیماران قلبی به‌ویژه بیماران سکته قلبی حتی پس از اتمام دوره درمان با آن مواجه هستند، اضطراب مرگ است [۹]. اضطراب مرگ به ترس زیاد و مداوم از مرگ گفته می‌شود و احساس ناخوشایندی است که از اندیشیدن به مرگ خود یا عزیزان ناشی می‌شود [۱۰].

آگاهی از مرگ غیرقابل‌گریز است و اضطراب مربوط به آن به رفتارهای گوناگون منجر می‌شود. به‌عبارت دیگر، وقتی مردم با اضطراب مرگ روبه‌رو می‌شوند، واکنش‌های متفاوتی از خود نشان می‌دهند [۱۱]. اضطراب مرگ یک مکانیسم دفاعی است که با تعارض‌های ناخودآگاه سروکار دارد. اضطراب مرگ علت چیزی نیست، بلکه صرفاً نشانه‌ای از آسیب روانی است [۱۲]. اضطراب مرگ در بیماران قلبی و مخصوصاً بیماران مبتلا به سکته قلبی حاد بالاتر است، زیرا عضو درگیر قلب بوده و یک عضو حیاتی است، بنابراین بیماران بسیار خود را نزدیک به مرگ می‌بینند [۱۳]. سطح اضطراب مرگ ۵۸۴ بیمار قلبی در مطالعه سلیمانی و همکاران در حد متوسط رو به بالا گزارش شد [۱۴]. براساس

3. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)
4. Post- Intensive Care Unit (Post CCU)

1. World Health Organization (WHO)
2. American Heart Association (AHA)

در بخش مراقبت‌های ویژه باید به صورت جامع و در راستای مراقبت‌های همه‌جانبه علاوه بر مشکلات جسمانی به فکر حل مشکلات روان‌شناختی بیماران هم باشند. بنابراین تیم تحقیق بر آن شد تا با انجام یک مطالعه با هدف تعیین اضطراب مرگ و افت روحیه در مبتلایان به سکت قلبی، گامی در راستای کمک به این بیماران و پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه قلبی بردارد.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی است که در سال ۱۴۰۰ در بازه زمانی بین مرداد تا آبان بر روی ۲۰۶ نفر از بیماران با سکت قلبی بستری در بخش‌های پست‌سی‌یو بیمارستان‌های فیروزگر و حضرت رسول اکرم (ص) انجام شد. هرکدام از بیمارستان‌های پیش‌گفت دارای یک بخش پست‌سی‌یو هستند. بنابراین این مطالعه در ۲ بخش انجام شد. برای تعیین حجم نمونه لازم به منظور برآورد اضطراب مرگ در بیماران با سکت قلبی بستری در بخش‌های پست‌سی‌یو مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، با استفاده از اطلاعات مطالعه صالحی و همکاران، در سطح اطمینان ۹۵ درصد و با دقت برآورد ۰/۵ نمره (نسبت به دامنه نمره صفر تا ۱۵)، حجم نمونه حداقل ۲۰۶ بیمار برآورد شد.

بیماران به روش نمونه‌گیری مستمر براساس معیارهای ورود شامل تشخیص قطعی سکت قلبی حاد، نداشتن سابقه فوت بستگان درجه یک در ۶ ماه اخیر، فقدان ابتلا به بیماری‌های روان مانند افسردگی و مصرف داروی اعصاب و روان، نداشتن اعتیاد به الکل و مواد مخدر براساس گزارش بیمار، نداشتن سابقه انجام هرگونه جراحی در ۶ ماه اخیر، داشتن علائم حیاتی پایدار و وضعیت پایدار همودینامیک قلبی انتخاب شدند. معیار خروج نیز تکمیل ناقص پرسش‌نامه‌ها بود.

محقق پس از دریافت کد اخلاق و دریافت معرفی‌نامه از دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران به بخش‌های پست‌سی‌یو در بیمارستان‌های فیروزگر و حضرت رسول اکرم (ص) مراجعه کرد. در این پژوهش نمونه‌گیری به صورت مستمر بود که در آن پژوهشگر روزانه به بخش‌های پست‌سی‌یو مراجعه می‌کرد و برای بیماران سکت قلبی واجد شرایط که در لیست ترخیص همان روز بودند، فرم رضایت‌نامه آگاهانه کتبی امضا شده جهت شرکت در پژوهش را دریافت می‌کرد و نمونه‌ها وارد مطالعه می‌شدند.

ابزار

ابزار گردآوری داده‌ها شامل مشخصات جمعیت‌شناختی بیماران (سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل، وضعیت اقتصادی، بیماری زمینه‌ای، مدت‌زمان ابتلا به بیماری

قلبی و وضعیت بیمه)، پرسش‌نامه اضطراب مرگ تمپلر^۵ و نسخه دوم پرسش‌نامه نشانگان افت روحیه کیسان^۶ بود. جهت بررسی اضطراب مرگ بیماران از پرسش‌نامه ۱۵ گویه‌ای تمپلر استفاده شد. پرسش‌نامه اضطراب مرگ تمپلر شامل ۱۵ سؤال با جواب‌های بلی و خیر است که برحسب جواب بلی یا خیر به آن نمره ۱ یا صفر تعلق می‌گیرد (نمره ۱ در صورتی که پاسخ فرد نشان‌دهنده وجود اضطراب مرگ باشد و نمره صفر در صورتی که پاسخ فرد نشانگر فقدان وجود اضطراب مرگ باشد). امتیاز پرسش‌نامه از صفر (نداشتن اضطراب مرگ) تا ۱۵ (اضطراب مرگ خیلی بالا) است. کسب نمره بالاتر به معنای اضطراب مرگ بالاتر است [۲۷].

این ابزار یک پرسش‌نامه استاندارد بوده که در پژوهش‌های مختلف در سطح جهان جهت سنجش اضطراب مرگ استفاده شده است و در ایران نیز ترجمه و روان‌سنجی شده است. روایی سازه ابزار با روش تحلیل عاملی توسط غلامی و همکاران تأیید و پایایی آن با روش بازآزمایی ۰/۸۳ درصد گزارش شد [۲۸]. به منظور بررسی افت روحیه بیماران، از پرسش‌نامه کیسان استفاده شد. این پرسش‌نامه در سال ۲۰۰۴ کیسان و همکاران ساختند [۲۹]. سپس رابینسون و همکاران اعتبارسنجی مجدد برای ساختن KDS-II انجام دادند. این پرسش‌نامه دارای ۱۶ سؤال است و ۲ خرده‌مقیاس معنا و هدف و پریشانی و توانایی مقابله را مورد سنجش قرار می‌دهد. نمره‌بندی این پرسش‌نامه براساس طیف لیکرت ۳ گزینه‌ای (هرگز=صفر، گاهی اوقات=۱ و اغلب=۲) است. دامنه نمرات صفر تا ۳۲ است. در صورتی که نمرات پرسش‌نامه بین صفر تا ۳ باشد، فرد به میزان کمی دچار افت روحیه شده است؛ در صورتی که نمرات پرسش‌نامه بین ۴ تا ۱۰ باشد، فرد به میزان متوسطی دچار افت روحیه شده است و در صورتی که نمرات پرسش‌نامه ۱۱ یا بیشتر از ۱۱ باشد، فرد دچار افت روحیه شدید است [۳۰]. بررسی روایی و پایایی پرسش‌نامه افت روحیه کیسان در ایران توسط بهمنی و همکاران انجام شد و نتایج حاکی از روا و پایا و قابل قبول بودن عوامل ساختاری این پرسش‌نامه در ایران در بیماران مبتلا به نقص ایمنی بود [۲۳]. کیسان و همکاران ضریب پایایی آن را ۰/۹۴ درصد و بهمنی و همکاران در جمعیت عادی معادل ۰/۸۷ درصد و در افراد مبتلا به عفونت ویروس نقص سیستم ایمنی انسان ۰/۹۶ درصد گزارش کرده‌اند [۲۳].

در مورد KDS-II، رابینسون و همکاران این مقیاس را اعتباریابی کردند و ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده برای این مقیاس را ۰/۸۹ درصد گزارش کردند [۲۴]. پایایی پرسش‌نامه در پژوهش کاسو و گیاکینتو براساس ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۹۲ درصد محاسبه شده است [۲۶]. باتوجه به اینکه روایی و پایایی این ابزار قبلاً در ایران بررسی شده است، بنابراین به روایی انجام‌شده

5. Templer Death Anxiety Scale (DAS)
6. KISSANE Demoralization Scale (KDS-II)

گرفته شد. برای رعایت اخلاق در پژوهش ضمن دریافت کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی ایران به بیماران یادآوری شد که شرکت در مطالعه کاملاً اختیاری است و شرکت نکردن تأثیری بر روند درمان آن‌ها ندارد، ذکر نام و نام خانوادگی لازم نیست و اطلاعات کاملاً محرمانه می‌ماند.

یافته‌ها

در این پژوهش ۲۰۷ بیمار سکتة قلبی شرکت داشتند که پرسش‌نامه ۱ نفر قابل تجزیه و تحلیل نبود و از مطالعه خارج شد. میانگین سنی بیماران $57/9 \pm 12/4$ سال و طول مدت ابتلا به بیماری $8/1 \pm 4/5$ سال بود. میانگین تعداد دفعات بستری قبلی $2/6 \pm 2/0$ بود و بیشترین درصد بیماران مرد ($72/8$ درصد) با تحصیلات ابتدایی ($46/1$ درصد) بودند. میانگین و انحراف معیار اضطراب مرگ در بیماران با سکتة قلبی $6/2 \pm 1/6$ (در حد متوسط) بود. بیشتر بیماران ($43/7$ درصد) اضطراب مرگ متوسط داشتند (جدول شماره ۱).

میانگین و انحراف معیار نشانگان افت روحیه در بیماران با سکتة قلبی $11/8 \pm 5/3$ (در حد شدید) بود. بیشتر بیماران ($60/7$ درصد) نشانگان افت روحیه شدید داشتند (جدول شماره ۲).

توسط محققان استناد شد. برای پایایی ۲ پرسش‌نامه از روش ضریب آلفای کرونباخ بر روی ۲۰ نفر استفاده شد که از نمونه‌های تحقیق خارج شدند. میزان آلفای به‌دست‌آمده برای پرسش‌نامه اضطراب مرگ ۱۵ سؤالی تمپلر $0/79$ درصد و برای نسخه دوم پرسش‌نامه ۱۶ گویه‌ای نشانگان افت روحیه کیسان $0/84$ درصد بود. پرسش‌نامه‌ها در بین نمونه‌ها توزیع شد و توضیحات لازم ارائه شد. در مواردی که سؤالی داشتند، پاسخ داده شد. محقق پرسش‌نامه‌های بیماران که تحصیلات پایین‌تر داشتند را تکمیل کرد. با توجه به حساسیت موضوع و سهولت محاسبه نمره اضطراب مرگ، بعد از تکمیل پرسش‌نامه، برای افرادی که براساس نقطه برش ابزار، اضطراب بالا و افت روحیه شدید داشتند، ضمن اطلاع به پرستار مسئول، در صورت تمایل مددجو، توسط مجری تحقیق، مشاوره روان‌شناختی تلفنی انجام شد.

پرسش‌نامه‌ها بعد از تکمیل، جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل شدند. تجزیه و تحلیل داده با استفاده از نسخه ۱۹ نرم‌افزار آماری SPSS در ۲ بخش آمار توصیفی (فراوانی و درصد، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون، آزمون تی مستقل و تحلیل واریانس) انجام شد و سطح معناداری کمتر از $0/05$ در نظر

جدول ۱. وضعیت توصیفی متغیر اضطراب مرگ در بیماران با سکتة قلبی

متغیر	کمینه	بیشینه	میانگین \pm انحراف معیار
اضطراب مرگ	۲	۹	$6/2 \pm 1/6$
سطوح اضطراب مرگ	بازه	تعداد	درصد
اضطراب مرگ پایین	۵-۰	۶۰	۲۹/۱
اضطراب مرگ متوسط	۶-۷	۹۰	۴۳/۷
اضطراب مرگ بالا	۸-۱۵	۵۶	۲۷/۱

نشریه پرستاری ایران

جدول ۲. وضعیت توصیفی متغیر نشانگان افت روحیه در بیماران با سکتة قلبی

متغیر	کمینه	بیشینه	میانگین \pm انحراف معیار
معنا و هدف	۰	۱۱	$5/2 \pm 2/1$
پرشانی و توانایی مقابله	۱	۱۲	$6/6 \pm 2/6$
نشانگان افت روحیه	۱	۲۲	$11/8 \pm 5/3$
سطوح نشانگان افت روحیه	بازه	تعداد	درصد
نشانگان افت روحیه ضعیف	۳-۰	۹	۴/۴
نشانگان افت روحیه متوسط	۴-۱۰	۷۲	۳۵
نشانگان افت روحیه شدید	۱۱ به بالا	۱۲۵	۶۰/۷

نشریه پرستاری ایران

بحث

همان‌گونه که یافته‌ها نشان می‌دهد میانگین و انحراف معیار اضطراب مرگ در بیماران با سکتة قلبی در حد متوسط بود. بیشتر بیماران اضطراب مرگ متوسط داشتند. همسو با نتایج مطالعه حاضر، در مطالعه تولوس و همکاران در کشور ترکیه با عنوان «اضطراب مرگ تجربه شده در بیماران قلبی و اثرات آن»، میزان اضطراب مرگ ۱۴۸ بیمار قلبی در حد متوسط بود [۳۰]. در مطالعه دیگر، ساهان و همکاران در کشور ترکیه، با پرسش‌نامه اضطراب مرگ تورسون و پاول، میانگین اضطراب مرگ بیماران بعد از ابتلا به انفارکتوس حاد میوکارد را در حد متوسط به دست آوردند [۳۱]. توجه به اضطراب مرگ به خاطر اهمیت آن در پرستاری از بیماران قلبی از اشتراکات ۲ مطالعه بررسی‌شده با مطالعه حاضر است. از نظر محقق همسان بودن گروه‌های هدف در ۲ مطالعه می‌تواند از دلایل کسب نتایج یکسان و همسو باشد، اما تفاوت در محیط پژوهش از مهم‌ترین تفاوت‌های مطرح بین این مطالعات است. شرایط کشورهای دیگر، میزان دسترسی به امکانات، وضعیت اقتصادی و تجهیزات متفاوت است و باتوجه‌به اینکه اضطراب می‌تواند تحت تأثیر فرهنگ و شرایط مختلف کشورها قرار گیرد [۳۲].

به نظر می‌رسد انجام مطالعات در کشورها و حتی شهرهای مختلف ضروری است. ابزار پژوهش نیز از دیگر تفاوت‌های موجود است، به‌گونه‌ای که ساهان و همکاران در کشور ترکیه جهت سنجش میزان اضطراب مرگ از پرسش‌نامه اضطراب مرگ تورسون و پاول استفاده کردند [۳۱]. محققان در مطالعه سلطانی و همکاران با بهره‌گیری از مقیاس اضطراب مرگ تمپلر اعلام کردند که اضطراب مرگ بیماران تحت جراحی بای‌پس عروق کرونر در حد متوسط بود [۳۳]. ابتلا به بیماری‌های عروق کرونر و مخصوصاً ختم شدن آن به سکتة قلبی از بیماری‌های استرس‌زاست که مورد توجه مطالعات بوده است [۱۴]، اما تعداد آن‌ها مخصوصاً در داخل کشور محدود است و برای بررسی میزان بروز و شیوع آن به انجام مطالعات متعدد در محیط‌های پژوهش متفاوت نیاز است.

بین اضطراب مرگ و نشانگان افت روحیه ($r=0/22, P=0/002$) و همچنین بین اضطراب مرگ و بعد پریشانی ارتباط مستقیم و معناداری در بیماران با سکتة قلبی وجود داشت ($P<0/001$)، ($r=0/28$) (جدول شماره ۳).

اضطراب مرگ با تحصیلات ($P=0/012$)، وضعیت تأهل ($P=0/001$)، ابتلا به بیماری گوارشی ($P=0/013$)، ابتلا به سایر بیماری‌ها ($P=0/001$)، سابقه بستری قلبی ($P=0/012$)، وضعیت بیمه ($P=0/039$)، نوع سکتة قلبی ($P=0/013$)، سن ($P=0/022$)، طول مدت ابتلا ($P=0/005$) و تعداد دفعات بستری قلبی ($P=0/007$) ارتباط معنادار داشت و اضطراب مرگ بیمارانی که مجرد بودند و سابقه بستری قلبی نداشتند، کمتر بود.

برای وضعیت تحصیلات، آزمون تعقیبی توکی انجام شد که براساس آن فقط بیماران با تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم تفاوت معنادار داشتند و اضطراب مرگ بیماران زیر دیپلم کمتر بود ($P=0/02$). همچنین نشانگان افت روحیه با تحصیلات ($P=0/001$)، شغل ($P=0/001$)، ابتلا به بیماری دیابت ($P=0/001$)، ابتلا به بیماری تنفسی ($P=0/001$)، ابتلا به بیماری گوارشی ($P=0/001$)، ابتلا به سایر بیماری‌ها ($P=0/001$)، فوت اقوام به خاطر سکتة قلبی ($P=0/001$)، وضعیت بیمه ($P=0/042$)، سن ($P=0/001$)، طول مدت ابتلا ($P=0/001$) و تعداد دفعات بستری قلبی ($P=0/006$) ارتباط معنادار داشت و نشانگان افت روحیه در بیماران با نداشتن سابقه ابتلا به بیماری دیابت، تنفسی، گوارشی، نداشتن سابقه فوت اقوام به خاطر سکتة قلبی، دارای بیمه، سن پایین، طول مدت ابتلا کمتر و تعداد دفعات بستری کمتر، پایین‌تر بود.

برای وضعیت تحصیلات، آزمون تعقیبی توکی انجام شد که براساس آن بیماران با تحصیلات دیپلم و دانشگاهی با زیر دیپلم تفاوت معنادار داشتند و افت روحیه بیماران زیر دیپلم بالاتر از ۲ گروه دیگر بود ($P=0/001$). در مورد شغل نیز آزمون تعقیبی توکی انجام شد که براساس آن بین بیماران بیکار با سایر مشاغل تفاوت معنادار وجود داشت و افت روحیه بیماران بیکار بالاتر از سایر گروه‌های دیگر بود ($P<0/05$) (جدول شماره ۴).

جدول ۳. تعیین ارتباط بین اضطراب مرگ و نشانگان افت روحیه و ابعاد آن در بیماران با سکتة قلبی

متغیرها	r	P
نشانگان افت روحیه	۰/۲۲	۰/۰۰۲
معنا و هدف	۰/۱۳	۰/۰۵۵
پریشانی و توانایی مقابله	۰/۲۸	<۰/۰۰۱

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار متغیرهای اضطراب مرگ و نشانگان افت روحیه در بیماران با سکته قلبی برحسب مشخصات فردی

نتیجه آزمون	نشانگان افت روحیه		اضطراب مرگ		مشخصات فردی
	میانگین \pm انحراف معیار	نتیجه آزمون	میانگین \pm انحراف معیار	تعداد (درصد)	
$t = -1/35$ $P = 0/17$	11/58 \pm 5/25	$t = -0/38^*$ $P = 0/69$	6/24 \pm 1/64	150 (72/8)	جنسیت
	12/71 \pm 5/26		6/33 \pm 1/59	56 (27/1)	
$F = 20/52$ $P = 0/001$	12/64 \pm 5/64	$F = 4/48^{**}$ $P = 0/012$	6/08 \pm 1/79	125 (60/7)	زیر دیپلم
	9/21 \pm 3/41		6/77 \pm 1/14	61 (29/6)	دیپلم
	9/05 \pm 3/41		5/85 \pm 1/62	20 (9/7)	دانشگاهی
$t = -0/91$ $P = 0/35$	10/66 \pm 7/13	$t = -4/48^*$ $P = 0/001$	4/53 \pm 1/88	15 (5/0)	مجرد
	11/98 \pm 5/18		6/40 \pm 1/52	191 (92/7)	متاهل
$F = 12/06$ $P = 0/001$	17/28 \pm 4/32	$F = 2/02^*$ $P = 0/09$	6/23 \pm 1/78	21 (10/2)	بیکار
	10/32 \pm 5/36		6/45 \pm 1/81	71 (34/4)	آزاد
	11/28 \pm 4/31		5/89 \pm 1/20	47 (22/8)	بازنشسته
	12/64 \pm 5/09		6/10 \pm 1/63	50 (24/2)	خانمدار
	8/00 \pm 2/85		7/05 \pm 1/39	17 (8/3)	کارمند
$t = -4/64$ $P = 0/001$	14/80 \pm 3/81	$t = -1/46^*$ $P = 0/14$	6/56 \pm 1/85	50 (24/3)	بله
	10/95 \pm 5/93		6/17 \pm 1/54	156 (75/7)	خیر
$t = -1/62$ $P = 0/10$	11/08 \pm 3/98	$t = -1/86^*$ $P = 0/064$	6/42 \pm 1/79	74 (35/9)	بله
	12/34 \pm 5/93		5/98 \pm 1/22	132 (64/1)	خیر
$t = 4/30$ $P = 0/001$	18/70 \pm 1/14	$t = -0/33^*$ $P = 0/74$	6/10 \pm 1/19	10 (4/9)	بله
	11/54 \pm 5/17		6/27 \pm 1/64	196 (95/1)	خیر
$t = -1/08$ $P = 0/27$	12/15 \pm 6/11	$t = -0/28^*$ $P = 0/77$	6/26 \pm 1/67	19 (9/2)	بله
	11/75 \pm 5/26		6/25 \pm 1/62	187 (90/8)	خیر
$t = 4/30$ $P = 0/001$	12/31 \pm 2/64	$t = -2/50^*$ $P = 0/013$	7/26 \pm 1/53	15 (7/3)	بله
	6/40 \pm 5/25		6/18 \pm 1/61	191 (92/7)	خیر
$t = 3/71$ $P = 0/001$	15/58 \pm 5/94	$t = -3/22^*$ $P = 0/001$	7/25 \pm 1/35	24 (11/7)	بله
	11/40 \pm 5/08		6/13 \pm 1/61	182 (88/3)	خیر
$t = -0/73$ $P = 0/46$	12/01 \pm 5/31	$t = -2/32^*$ $P = 0/021$	6/14 \pm 1/48	168 (81/6)	بله
	11/31 \pm 5/51		6/81 \pm 2/07	38 (18/4)	خیر
$t = -7/66$ $P = 0/001$	12/88 \pm 4/95	$t = -0/80^*$ $P = 0/42$	6/03 \pm 1/37	28 (13/6)	بله
	5/53 \pm 2/78		6/30 \pm 1/66	178 (86/4)	خیر
$t = -2/04$ $P = 0/042$	11/64 \pm 5/16	$t = -2/07^*$ $P = 0/039$	6/19 \pm 1/46	187 (90/8)	دارد
	15/26 \pm 6/59		7/00 \pm 2/68	19 (9/2)	ندارد

نتیجه آزمون	نشانه‌های افت روحیه		اضطراب مرگ		مشخصات فردی
	نتیجه آزمون	میانگین \pm انحراف معیار	نتیجه آزمون	میانگین \pm انحراف معیار	
$t = -0.083$ $P = 0.923$	$11/91 \pm 5/55$	$t = -2/50^*$ $P = 0.013$	$6/02 \pm 1/66$	$118(57/3)$	با صعود قطعه [#]
	$11/85 \pm 5/07$		$6/59 \pm 1/52$		$88(42/7)$
$t = -1/09$ $P = 0.27$	$12/38 \pm 5/31$	$t = -0.3^*$ $P = 0.97$	$6/26 \pm 1/48$	$84(40/8)$	ترومبولیتیک
	$11/54 \pm 5/35$		$6/27 \pm 1/72$		$122(56/2)$
$P = 0.001$ $r = -0.772$		$P = -0.22$ $r = -0.159^{***}$	$57/97 \pm 12/49$		سن
$P = 0.001$ $r = -0.744$		$P = -0.05$ $r = -0.197^{***}$	$8/19 \pm 4/53$		طول مدت ابتلا
$P = 0.006$ $r = -0.213$		$P = -0.07$ $r = -0.206^{***}$	$2/63 \pm 2/03$		تعداد دفعات بستری قلبی

تی مستقل، ** آنوای یک طرفه، *** پیروسون، NSTEMI*، STEMI #

نشریه پرستاری ایران

روان‌شناختی بسیاری مانند افسردگی، دلیریوم، اختلالات شناختی، ترس، اضطراب و استرس همراه است [۳۵]. پیرو استرس، اضطراب و عوارضی که برای بیماران قلبی ایجاد می‌شود، این بیماران احساس مرگ قریب‌الوقوع را تجربه می‌کنند و نسبت به آینده و هدف و معنا در زندگی ناامید می‌شوند. با پیشرفت این عوارض و کاهش امید و روحیه بیماران، نشانه‌های افت روحیه ظاهر می‌شود [۳۶]. نشانه‌های افت روحیه، مفهوم جدیدی است که در داخل کشور بر روی بیماران قلبی کار نشده و بیشتر مطالعات بر روی سالمندان یا بیماران مبتلا به سرطان انجام شده است. باتوجه به شیوع بالای مرگ‌ومیر در بیماران قلبی و مخصوصاً به دنبال سگته قلبی و همچنین اثرات و عوارض شدید این بیماری به نظر می‌رسد باید مطالعات بیشتری در این بیماران انجام شود.

به‌طور کلی مطالعاتی در داخل و خارج انجام شده است که نتایجی مشابه و همسو با نتایج مطالعه حاضر دارند. هسو و همکاران در کشور تایوان یک مطالعه برای بررسی نشانه‌های افت روحیه در بیماران قلبی بعد از پیوند قلب انجام دادند و براساس نتایج اعلام کردند ۳۶ درصد این بیماران نشانه‌های افت روحیه داشتند [۳۷]. در مطالعه وو و همکاران در کشور تایوان تحت عنوان «کیفیت زندگی، نشانه‌های افت روحیه و سبک زندگی مرتبط با سلامت»، یک‌سوم بیماران (۳۳ نفر) به نشانه‌های افت روحیه مبتلا بودند [۳۸]. تعداد ۴۵ درصد از بیماران کاندید عمل جراحی قلب در مطالعه لیائو و همکاران در کشور تایوان نشانه‌های افت روحیه داشتند [۳۹]. مطالعات بررسی‌شده همگی در کشور تایوان انجام شده‌اند و باتوجه به تفاوت کشورهای شرق آسیا با کشور ایران در زمینه‌های پزشکی، تجهیزات، دسترسی به منابع و امکانات، انجام مطالعه در کشور ایران ضروری بود. همانند اضطراب مرگ، چون خود نشانه‌های

انجام مطالعات مداخله‌ای و همچنین برنامه‌ریزی برای اقدامات به‌جا، سریع، مؤثر و مفید در زمینه کاهش و کنترل اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سگته قلبی، زمانی میسر و امکان‌پذیر است که با انجام مطالعات توصیفی اطلاعات بیشتر و جامع‌تری از تمام جوانب این پدیده موجود باشد. با وجود اینکه مطالعات زیادی میزان اضطراب مرگ بیماران قلبی را در حد متوسط گزارش کرده‌اند [۱۴، ۳۰]، اما در برخی مطالعات این میزان بالا و شدید بوده که متفاوت از نتایج پژوهش حاضر است. ناهمسو با مطالعه حاضر، در مطالعه حسن‌خانی و همکاران در شهر تبریز، با بررسی رابطه بین اضطراب مرگ و سبک‌های مقابله‌ای در بیماران مبتلا به بیماری کرونری قلب، اضطراب مرگ این بیماران بالا گزارش شد [۳۴].

ولی‌خانی و یارمحمدی واصل در شهریار با بررسی رابطه سبک‌های دل‌بستگی با اضطراب مرگ در بیماران قلبی عروقی نشان دادند میزان شیوع اضطراب مرگ شدید در بین بیماران قلبی ۴۱/۷ درصد، اضطراب مرگ متوسط ۲۸/۳ درصد و اضطراب مرگ خفیف ۳۰ درصد بوده است؛ در واقع بیشتر بیماران اضطراب مرگ شدید داشتند [۱۳]. از آنجاکه میزان اضطراب مرگ بیماران قلبی متوسط رو به بالاست و در هیچ مطالعه‌ای خفیف نبوده است، می‌توان ادعا کرد که این سطح از اضطراب قابل توجه است و توجه به آن در حرفه پرستاری ضروری است. پرستاران باید با استفاده از فرایند پرستاری ضمن تشخیص دقیق این پدیده و ارزیابی بروز آن تلاش کنند تا برای کمک به این بیماران از مداخلات پرستاری بهره بگیرند.

میزان نشانه‌های افت روحیه در بیماران با سگته قلبی در حد شدید بود. بیشتر بیماران نشانه‌های افت روحیه شدید داشتند. باتوجه به مطالعات انجام‌شده، سگته حاد قلبی با پیامدهای

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

جهت رعایت اخلاق در پژوهش ضمن دریافت کد اخلاق (IR.IUMS.REC.1400.450) از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی ایران، به بیماران یادآوری شد که شرکت در مطالعه کاملاً اختیاری است و شرکت نکردن تأثیری بر روند درمان آن‌ها ندارد، ذکر نام و نام خانوادگی لازم نیست و اطلاعات کاملاً محرمانه می‌ماند.

حامی مالی

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه سهیلا رحیمی، کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه در دانشکده پرستاری و مامایی در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران است.

مشارکت نویسندگان

مفهوم‌سازی و مدیریت پروژه: سهیلا رحیمی و مهرنوش اینانلو؛ تحقیق و بررسی: مهرنوش اینانلو و طاهره نجفی قزلبچه؛ تحلیل داده‌ها: حمید حقانی؛ تدوین و بازبینی: مهرنوش اینانلو.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

از بخش تحصیلات تکمیلی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران و همکاری صمیمانه مسئولان و بیماران محترمی که بدون همکاری آن‌ها این تحقیق ممکن نبود، تشکر و قدردانی می‌شود.

افت روحیه به‌عنوان یک ریسک‌فاکتور برای بیماری‌های عروق کرونر مطرح است، در صورتی که مورد غفلت قرار گیرد، ممکن است دست‌یابی به اهداف تیم درمان را به خطر بیندازد. گراندی و همکاران در یک مطالعه توصیفی میزان شیوع نشانگان افت روحیه و افسردگی ماژور را در بیماران پیوند قلبی به‌ترتیب متوسط و پایین اعلام کردند [۴۰]. اهمیت موضوع و اثرگذاری بر بیماران قلبی و عوارض مخرب نشانگان افت روحیه به حدی است که شیوع ۳۲ درصدی به‌عنوان یک مسئله قابل تأمل و نیازمند مداخله سریع تلقی می‌شود. به نظر می‌رسد توجه به این عارضه و سنجش شیوع و بروز آن در مراقبت از بیماران قلبی برای پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه و پست‌سی‌سی‌یو ضروری است.

در وضعیت کنونی و در بخش‌های مراقبت ویژه قلبی، جنبه‌های فیزیولوژیکی بیماری بیشتر مدنظر است و عموماً جنبه‌های روانی ناشی از بیماری مورد غفلت قرار می‌گیرد. این درحالی است که اگر به تمام جوانب پرداخته نشود درمان موفقیت‌آمیز نخواهد بود. با وجود اشتراکاتی بین مطالعات بررسی‌شده و مطالعه حاضر مانند نزدیک بودن افراد به مرگ و همچنین ابزار بررسی، محقق در مطالعه خود گروهی را به‌عنوان هدف مطالعه انتخاب کرد که با وجود شیوع بالای نشانگان افت روحیه و اهمیت کاهش آن در راستای درمان این بیماران، همچنان به آن توجه نمی‌شود. ناهمسو با مطالعه حاضر، در مطالعه رافانلی و همکاران در کشور ایتالیا، فقط ۲۰ درصد از بیماران مبتلا به سندرم کرونری حاد از سندرم نشانگان افت روحیه رنج می‌بردند [۴۱]. ابتلا به بیماری کرونری حاد مراحل قبل‌تر از سکته قلبی است و به نظر می‌رسد هنوز بیماران روحیه خود را حفظ کرده‌اند. همچنین مطالعه در کشوری اروپایی و متفاوت از کشور ایران انجام شده است. از طرفی زمان پژوهش به حدود ۱۵ سال پیش برمی‌گردد که از نظر پیشرفت علم و روش‌های درمانی متفاوت از زمان حال است.

نتیجه‌گیری

براساس یافته‌ها که میزان اضطراب مرگ در حد متوسط و میزان نشانگان افت روحیه در حد بالا بود و باتوجه به ماهیت بیماری قلبی و مخرب بودن هر ۲ عارضه اضطراب مرگ و نشانگان افت روحیه باید هرچه سریع‌تر برای کاهش این عوارض برنامه‌ریزی کرد و در گام اول پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه و پست‌سی‌سی‌یو باید در مورد این عوارض روان‌شناختی اطلاعات کسب کنند و از مداخلات پرستاری استفاده کنند.

همچنین در پاسخ به سؤالات پژوهش، نتایج نشان داد برخی عوامل جمعیت‌شناختی مانند سن و تحصیلات و برخی مشخصات بیماری مانند طول مدت ابتلا سابقه قلبی بستری و ابتلای همزمان به بیماری‌های دیگر می‌توانند در پیش‌بینی اضطراب مرگ و نشانگان افت روحیه در این بیماران سهیم باشند، بنابراین برای اثربخشی بالاتر، شناسایی و توجه به این عوامل در برنامه‌ریزی و مداخلات توصیه می‌شود.

References

- [1] World Health Organization. Cardiovascular disease (CVDs) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021. [\[Link\]](#)
- [2] Virani SS, Alonso A, Benjamin EJ, Bittencourt MS, Callaway CW, Carson AP, et al. Heart disease and stroke statistics-2020 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*. 2020; 141(9):e139-596. [\[DOI:10.1161/cir.0000000000000757\]](#)
- [3] American Heart Association. Heart disease and stroke statistics — 2020 update: A report from the American Heart Association what's new this year? Texas: American Heart Association; 2020. [\[Link\]](#)
- [4] Alizadeh M, Momen Tayefeh M. [Yearbook of population statistics 2017 (Persian)]. Tehran: The Civil Registration; 2018. [\[Link\]](#)
- [5] World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2018. Geneva: World Health Organization; 2018 [\[Link\]](#)
- [6] Mirmahdi R, Kamran A, Moghtadaei K, Salamat M. [The role of spirituality and forgiveness in psychological symptoms of coronary heart patients (Persian)]. *Posit Psychol Res*. 2019; 5(1):17-27. [\[Link\]](#)
- [7] Foruzandeh N, Delaram M, Foruzandeh M, Darakhshandeh S. [Study of mental health status of cardiovascular diseases patients and determination of some effective factors on it in the patients hospitalized in CCU and cardiology wards of Hajar Hospital, Shahrekord (Persian)]. *J Clin Nurs Midwifery*. 2013; 2(2):18-25. [\[Link\]](#)
- [8] Bagherian R, Maroofi M, Fatolah Gol M, Zare F. [Prevalence of anxiety, depression and coping styles in myocardial infarction patients hospitalized in Isfahan hospitals (Persian)]. *J Mazandaran Uni Med Sci*. 2010; 20(77):36-45. [\[Link\]](#)
- [9] Soleimani MA, Zarabadi-Pour S, Pahlevan Sharif S, Motalebi SA. [The relationship between death anxiety and self-esteem in patients with acute myocardial infarction (Persian)]. *J Qazvin Univ Med Sci*. 2019; 23(1):14-25. [\[DOI:10.32598/JQUMS.23.1.14\]](#)
- [10] Imanzadeh A, Sharifi Golzardi F. [Lived experiences of cancer patients from death anxiety based on jaspers borderline situations (Persian)]. *Iran J Psychiatr Nurs*. 2019; 6(6):35-47. [\[DOI:10.21859/ijpn-06065\]](#)
- [11] Salaripour SM, Maktabi G, Alipour S. [Relationship between emotional intelligence and religious orientation with death anxiety in retired male employees of Khuzestan Steel Industries of Ahvaz (Persian)]. *Couns Cult Psychother*. 2018; 9(33):99-117. [\[DOI:10.22054/qccpc.2018.27614.1686\]](#)
- [12] Rezvanirad S, Shaker Dioulagh A. [Comparison of self-efficacy, life expectancy and death anxiety in people with and without heart disease (Persian)]. *Iran J Cardiovasc Nurs*. 2018; 7(2):34-40. [\[Link\]](#)
- [13] Valikhani A, Yarmohammadi-Vasel M. [The relationship between attachment styles and death anxiety among cardiovascular patients (Persian)]. *J Kerman Univ Med Sci*. 2014; 21(4):355-67. [\[Link\]](#)
- [14] Soleimani MA, Pahlevan Sharif S, Yaghoobzadeh A, Allen K-A, Sharif Nia H. An examination of psychometric characteristics and factor structure of death anxiety scale within a sample of Iranian patients with heart disease. *Int J Epidemiol Res*. 2017; 4(4):260-6. [\[DOI:10.15171/ijer.2017.14\]](#)
- [15] Hashemi Razini H, Baheshmat Juybari S, Ramshini M. [Relationship between coping strategies and locus of control with the anxiety of death in old people (Persian)]. *Iran J Ageing*. 2017; 12(2):232-41. [\[DOI:10.21859/sija-1202232\]](#)
- [16] Reyes MES, Amistoso MNG, Babaran CAC, Bulaong GBM, Reyes VDM, Tubig NN. Death anxiety and self-esteem of Filipino youths and older adults. *N Am J Psychol*. 2017; 19(2):435-50. [\[Link\]](#)
- [17] Krause N, Pargament KI, Ironson G. In the shadow of death: Religious hope as a moderator of the effects of age on death anxiety. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2018; 73(4):696-703. [\[DOI:10.1093/geronb/gbw039\]](#)
- [18] Alikhah L, Koushan M, Tadayonfar M, Akrami R, Heshmatifar N, Rastaghi S. [The effect of supportive care plan on anxiety in patients with acute coronary syndrome after admission to CCU (Persian)]. *J Hayat*. 2019; 25(1):95-105. [\[Link\]](#)
- [19] Fernández-Donaire L, Romero-Sánchez JM, Paloma-Castro O, Boixader-Estévez F, Porcel-Gálvez AM. The nursing diagnosis of "Death Anxiety": Content validation by experts. *Int J Nurs Knowl*. 2019; 30(4):211-8. [\[DOI:10.1111/2047-3095.12231\]](#) [\[PMID\]](#)
- [20] Mahdavi Shahri SM, Asadi Noghabi AA, Zolfaghari M, Haghani H. [Nurses viewpoint about visiting in coronary care unit (Persian)]. *Iran J Cardiovasc Nurs*. 2014; 2(4):16-24. [\[Link\]](#)
- [21] Yalom ID. Existential psychotherapy. New York: Basic Books; 2020. [\[Link\]](#)
- [22] Leung D, Esplen M. Alleviating existential distress of cancer patients: Can relational ethics guide clinicians? *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2010; 19(1):30-8. [\[DOI:10.1111/j.1365-2354.2008.00969.x\]](#) [\[PMID\]](#)
- [23] Bahmani B, Farmani Shahreza S, Amin Esmaeili M, Naghiay M, Ghaedniay Jahromi A. Demoralization syndrome in patients with human immunodeficiency virus. *J Neyshabur Univ Med Sci*. 2015; 3(1):19-27. [\[Link\]](#)
- [24] Robinson S, Kissane DW, Brooker J, Burney S. A systematic review of the demoralization syndrome in individuals with progressive disease and cancer: A decade of research. *J Pain Symptom Manage*. 2015; 49(3):595-610. [\[DOI:10.1016/j.jpainsymman.2014.07.008\]](#) [\[PMID\]](#)
- [25] Marsa R, Bahmani B, Barekati S. [Demoralizationsyndrome in elderly people living in nursing homes, community-dwelling elderly people and those receiving day care services from rehabilitation centers (Persian)]. *Iran J Ageing*. 2020; 14(4):436-49. [\[DOI:10.32598/sija.13.10.490\]](#)
- [26] Casu G, Giaquinto F. Distress and demoralization of hospital nurses as a function of sources of stress and job seniority. *Appl Nurs Res*. 2018; 43:61-3. [\[DOI:10.1016/j.apnr.2018.07.001\]](#) [\[PMID\]](#)

- [27] Salehi F, Mohsenzade F, Arefi M, Salehi Zahabi S, Amirifard N. [Death anxiety in patients with cancer in Kermanshah (Persian)]. *Iran J Cancer Care*. 2019; 1(1):24-9. [DOI:10.29252/ijca.1.1.24]
- [28] Gholami M, Asgari P, Nasrabadi SSH, Sadat Z, Saberi F. [The relationship between attitude and practical commitment to prayer and death anxiety in patients with chronic renal failure (Persian)]. *Iran J Psychiatric Nurs*. 2020; 7(6):18-25. [DOI:10.21859/ijpn-06043]
- [29] Kissane DW, Wein S, Love A, Lee XQ, Kee PL, Clarke DM. The Demoralization Scale: A report of its development and preliminary validation. *J Palliat Care*. 2004; 20(4):269-76. [DOI:10.1177/082585970402000402] [PMID]
- [30] Tülüce D, Kaplan Serin E. The death anxiety experienced by cardiac patients in the covid-19 pandemic and its affecting factors. *Omega (Westport)*. 2022; 302228221093461. [DOI:10.1177/00302228221093461] [PMID]
- [31] Şahan E, Eroğlu MZ, Karataş MB, Mutluer B, Uğurpala C, Berkol TD. Death anxiety in patients with myocardial infarction or cancer. *Egypt Heart J*. 2018; 70(3):143-7. [DOI:10.1016/j.ehj.2018.04.003] [PMID] [PMCID]
- [32] Varela RE, Niditch LA, Hensley-Maloney L, Moore KW, Creveling CC, Jones KM. Culture specific influences on anxiety in Latino youth. *Child Youth Care Forum*. 2019; 48:1-17. [DOI:10.1007/s10566-018-9476-8]
- [33] Soltani F, Hosseini F, Arab M. [Relationship of daily spiritual experiences with life expectancy and death anxiety in patients undergoing coronary artery bypass surgery (Persian)]. *Iran J Cardiovasc Nurs*. 2016; 5(2):6-13. [Link]
- [34] Hassankhani H, Rashidi K, Rahmani A, Abdollahzadeh F, Golmohammadi A, Ozairi S, et al. The relationship between death depression and death anxiety with coping style among CHD Patients. *Iranian J Psychiatry Behav Sci*. 2016; 10(4):e4062. [DOI:10.17795/ijpbs-4062]
- [35] Shafnia H, Esmaeili R, Yaghoobzadeh A, Beik S, Goudarzian AH. [The relationship between sleep quality with depression in patient with acute myocardial infarction (Persian)]. *Qom Univ Med Sci J*. 2018; 12(6):29-38. [DOI:10.29252/qums.12.6.29]
- [36] Goldfeld PR, Soares LS, Manfroi WC. Association of depression and stress in acute myocardial infarction: A case-control study. *Rev Fac Med*. 2015; 63(3):439-48. [DOI:10.15446/rev-facmed.v63n3.50860]
- [37] Hsu CH, Tung HH, Wu YC, Wei J, Tsay SL. Demoralization syndrome among cardiac transplant recipients. *J Clin Nurs*. 2022; 31(15-16):2271-86. [DOI:10.1111/jocn.16045] [PMID]
- [38] Wu Y-C, Tung H-H, Wei J. Quality of life, demoralization syndrome and health-related lifestyle in cardiac transplant recipients-a longitudinal study in Taiwan. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2019; 18(2):149-62. [DOI:10.1177/1474515118800397] [PMID]
- [39] Liao HY, Chiu CC, Ko YY, Chen HM. Factors associated with demoralisation syndrome in patients before and after cardiac surgery. *J Clin Nurs*. 2018; 27(3-4):e559-68. [DOI:10.1111/jocn.14094]
- [40] Grandi S, Sirri L, Tossani E, Fava GA. Psychological characterization of demoralization in the setting of heart transplantation. *J Clin Psychiatry*. 2011; 72(5):648-54. [DOI:10.4088/jcp.09m05191blu]
- [41] Rafanelli C, Roncuzzi R, Milaneschi Y, Tomba E, Colistro MC, Pancaldi LG, et al. Stressful life events, depression and demoralization as risk factors for acute coronary heart disease. *Psychother Psychosom*. 2005; 74(3):179-84. [DOI:10.1159/000084003] [PMID]

This Page Intentionally Left Blank
