نشریه پرستاری قلب و عروق، دوره نهم، شماره ۱، سال ۱۳۹۹
Cardiovascular Nursing Journal, 9(1), 2020

مقاله پژوهشی اصیل

بررسی ارتباط بین اختلال وسواس فکری–عملی با علایم قلبی در افراد مبتلا به سندرم کرونری حاد مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۹۸

سید ایمان سجادی[۱]، دانشجوی کارشناسی پرستاری
رسول تحویلیان[۲]، دانشجوی کارشناسی پرستاری
مهسا شاعلی[۳]، کارشناس ارشد مامایی
*** سیما بابایی[۴]، دکترای پرستاری**

خلاصه

هدف. مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط وسواس فکری عملی با علایم قلبی در افراد مبتلا به سندرم کرونری حاد انجام شد.

زمینه. افزایش شیوع بیماری‌های قلبی، اثرات آن بر قسمت‌های مختلف بدن، مرگ ناشی از آن و اهمیت عوامل روان‌شناختی، به خصوص اختلالات اضطرابی، در ابتلا به بیماری های قلبی عروقی، توجه به رابطه وسواس فکری عملی و علایم قلبی در افراد مبتلا به سندرم کرونری حاد از اهمیت زیادی برخوردار است.

روش کار. این پژوهش یک مطالعه توصیفی همبستگی از نوع مقطعی است. جامعه آماری کلیه افراد مبتلا به سندرم کرونری حاد مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بودند. شرکت‌کنندگان، ۱۹۳ نفر بودند که به روش در دسترس انتخاب شدند. داده‌ها از طریق پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک/ بیماری و پرسشنامه OCI-R (Obsessive-Compulsive Inventory Revised) جمع‌آوری شد. داده‌ها در نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی تحلیل شدند.

یافته‌ها. میانگین نمره کل اختلال وسواس-فکری عملی در افراد مبتلا به سندرم کرونری حاد بین دو گروه بدون علایم و دارای علایم قلبی (به ترتیب، ۲۶/۳۰ با انحراف معیار ۱۵/۷۴ و ۲۹/۶۴ با انحراف معیار ۲۰/۰۰) تفاوت معنادار آماری نداشت. میانگین نمره اختلال وسواس فکری-عملی در حیطه شستشو در افراد مبتلا به سندرم کرونری حاد بین دو گروه بدون علایم و دارای علایم قلبی (به ترتیب، ۳/۹۹ با انحراف معیار ۳/۴۸ و ۶/۸۲ با انحراف معیار ۴/۱۲) تفاوت معنادار آماری داشت ($P<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری. وسواس فکری-عملی به طور کلی با علایم قلبی در افراد مبتلا به سندرم کرونری حاد ارتباط معنادار آماری ندارد، و تنها در حیطه شستشو، نمره وسواس فکری-عملی در افراد مبتلا به سندرم کرونری حاد دارای علایم قلبی از نمره افراد بدون علایم قلبی بیشتر است.

کلیدواژه‌ها: سندرم حاد کرونری حاد، وسواس فکری-عملی، علایم قلبی

۱ دانشجوی کارشناسی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲ دانشجوی کارشناسی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۳ کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۴ استادیار، گروه پرستاری سلامت بزرگسالان، مرکز تحقیقات دانشکده پرستاری و مامایی، اصفهان، ایران (*نویسنده مسئول) پست الکترونیک:
babaee@nm.mui.ac.ir

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

مقدمه

سندرم کرونری حاد از تشکیل پلاک آترواسکلروتیک در عروق کرونر ناشی می‌شود و بدون اکسیژن کافی، عملکرد عضله قلب مختل می‌گردد (لیبی و همکاران، ۲۰۱۴). علایم و نشانه‌های سندرم کرونری حاد به صورت درد و یا ناراحتی قفسه سینه (آنژین) است که اغلب به عنوان درد، فشار، سنگینی یا سوزش گزارش می‌شود. عوامل تشدیدکننده سندرم کرونری حاد شامل افزایش سن (سن بالاتر از ۴۵ سال در مردان و سن بالاتر از ۵۵ سال در زنان)، پرفشاری خون، کلسترول خون بالا، استعمال دخانیات، نداشتن فعالیت بدنی، رژیم غذایی ناسالم، چاقی یا اضافه وزن، دیابت، سابقه خانوادگی درد قفسه سینه، و بیماری‌های قلبی هستند (رولی و همکاران، ۲۰۱۳). اختلالات اضطرابی به وسیله سایر اختلالات در زمینه‌های سبک زندگی و وضعیت اجتماعی اقتصادی، خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی و مرگ در آینده را افزایش می‌دهند (کالمرز و همکاران، ۲۰۱۴). ارتباط اضطراب با بروز عوارض جانبی در افراد مبتلا به بیماری قلبی عروقی موجود، پیچیده است (کوهن و همکاران، ۲۰۱۵).

اختلال وسواس فکری-عملی یا وسواس اجباری نوعی شرایط بالینی با الگوهای علایم متفاوت است (بلاچ و همکاران، ۲۰۰۸). این اختلال یک سندرم رایج روان‌پزشکی است که به طور عمده با افکار نفوذی و رفتارهای اجباری تکراری شناخته می‌شود (میلاد و همکاران، ۲۰۱۲). عادت‌های این اختلال، رفتارهای برانگیخته به صورت خودکار هستند که تحت شرایط مختلف رخ می‌دهند (کلر و همکاران، ۲۰۱۵) که شایع‌ترین آن، ایجاد پاسخ‌های یکسان مکرر است. امروزه این اختلال به عنوان یک اختلال عصبی روان-شناختی محسوب می‌شود که به وسیله مدار عصبی خاصی مشخص می‌شود (میلاد و همکاران، ۲۰۱۲). این اختلال در گروه جدیدی از اختلالات روانی طبق طبقه‌بندی DSM-5 یا Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders قرار می‌گیرد. این اختلال یک اختلال ناتوان‌کننده است که حدود ۲ تا ۳ درصد جمعیت را درگیر می‌کند (رادا و همکاران، ۲۰۱۰؛ ایساموا وهمکاران، ۲۰۱۸). اختلال وسواسی-اجباری با حضور وسواس یا اجبار، یا معمولا هر دو همراه است. اختلال وسواس فکری-عملی چهارمین اختلال شایع روانی پس از افسردگی، سوء مصرف الکل/ مواد مخدر و فوبیای اجتماعی است و ممکن است باعث بروز مشکل در روابط و دخالت در توانایی تحصیل یا کار شود (ویلا و همکاران، ۲۰۱۴). میزان شیوع اختلال وسواس فکری-عملی در ایران حدود ۱/۸ درصد است (صفرعلیزاده و همکاران، ۲۰۱۴). مردان در مقایسه با خانم‌ها، معمولا در سنین کمتر به این اختلال دچار می‌شوند، ولی تقریباً ۵۰ درصد مبتلایان را خانم‌های بزرگسال تشکیل می‌دهند (مایکل و همکاران، ۲۰۰۴).

دیگر اختلال وسواس فکری-عملی با استرس و اضطراب همراه است و باعث افزایش ضربان قلب، فشار خون و برون‌ده قلبی می‌شود و فشار زیادی بر سیستم قلبی عروقی وارد می‌کند. اختلالات اضطرابی خطر ابتلا به بیماری قلبی عروقی را به میزان دو تا سه برابر و خطر مرگ بر اثر بیماری قلبی را دو برابر افزایش می‌دهد (شروتی و همکاران، ۲۰۱۵). همچنین، رابطه دو طرفه بین بیماری‌های عروق کرونر و اختلالات روانی وجود دارد. عوامل روان‌شناختی، هم در زمینه‌سازی بیماری قلبی و هم در تشدید آن نقش دارند و همچنین، از عوارض بیماری محسوب می‌شوند (سلطانیشال و همکاران، ۲۰۱۶). اختلالات اضطرابی با مدیریت و پیش‌آگهی بیماری عروق کرونر یا انفارکتوس میوکارد مرتبط است (باندلوز و همکاران، ۲۰۱۲). اختلالات اضطرابی با رویدادهای مهم قلبی همراه است، ولی درباره اختلال وسواس فکری-عملی اطلاعات کمی وجود دارد (تولی و همکاران، ۲۰۱۴). هدف این مطالعه، بررسی ارتباط وسواس فکری-عملی با علایم قلبی در افراد مبتلا به سندرم کرونری حاد انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی همبستگی از نوع مقطعی است که در افراد مبتلا به سندرم کرونری حاد مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۹۹-۱۳۹۸ انجام شد. تعداد ۱۹۳ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس از بین افراد واجد شرایط انتخاب شدند. پس از اخذ کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، معرفی‌نامه برای ورود به محیط پژوهش گرفته شد و پژوهشگر با ارائه آن به سوپروایزر بیمارستان‌های الزهرا، نور و چمران و انجام هماهنگی‌های لازم، با مراجعه به بخش قلب و عروق و ارائه توضیحات برای بیماران درباره اهمیت و اهداف پژوهش و همچنین، دادن اطمینان درباره محرمانه بودن اطلاعات شخصی، رضایت آگاهانه از ایشان گرفت. معیارهای ورود شامل هشیاری کامل و توانایی برقراری ارتباط به زبان فارسی، تشخیص سندرم کرونری حاد با نظر پزشک متخصص، داشتن سواد خواندن باشند، عدم ابتلا به بیماری روانی مانند افسردگی‌های شدید و اختلالات اظطرابی شدید و بیماری‌های جسمی شدید، و نداشتن سوء مصرف مواد و اعتیاد به مواد مخدر

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

بود. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک (شامل متغیرهای سن، جنس، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، شغل، محل زندگی، مصرف سیگار و بیماری‌های زمینه‌ای مانند دیابت، پرفشاری خون و چربی خون) و پرسشنامه OCI-R (Obsessive-Compulsive Inventory Revised) بود.

پرسشنامه OCI-R دارای ۱۸ گویه در شش حیطه شستشو، وارسی کردن، نظم‌دهی، وسواس، احتکار کردن، و خنثی‌سازی ذهن است. مقیاس اندازه‌گیری در این پرسشنامه، پنج قسمتی است که از پاسخ "بیش از حد" با امتیاز ۴ تا "هیچ وقت" با امتیاز صفر متغیر است. هر چه بر میزان نامطلوب بودن ویژگی افزوده می‌شود، امتیاز بیشتری به آن تعلق می‌گیرد. بدین ترتیب، هر چه نمره کل یا نمره هر طبقه بیشتر باشد، فرد پاسخ‌دهنده از تبعیت کمتری برخوردار است. بنابراین، نمره هر زیرمقیاس از مجموع امتیازات گویه‌های آن زیرمقیاس، و نمره کل، از مجموع امتیازات زیرمقیاس‌ها محاسبه می‌شود. با تبدیل امتیاز کسب شده از پرسشنامه به درصد و مقایسه آن با حداکثر و حداقل امتیازات پرسشنامه، میزان تبعیت از درمان بیماران محاسبه و تفسیر می‌گردد. این پرسشنامه از اعتبار بالایی برخوردار است. همسانی درونی پرسشنامه با آلفای کرونباخ ۰/۶۷ تایید شد. ضریب آلفای گرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های این ابزار بین ۰/۶۹ تا ۰/۸۴ متغیر بوده است (باندلو و همکاران، ۲۰۱۲).

پژوهشگر پس از کسب معرفی‌نامه از دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مراجعه نمود و پس از ارائه معرفی‌نامه و توضیح در مورد اهداف پژوهش اقدام به نمونه‌گیری کرد. پژوهشگر در ساعات بین ۱۲-۱۰ صبح و ۶-۴ عصر (ساعتی که معمولا بیماران به درمانگاه مراجعه می‌کنند) به محیط پژوهش مراجعه کرد و در صورتی که بیماران واجد شرایط ورود به مطالعه بودند، اهداف پژوهش را برای آنها توضیح داد و رضایت‌نامه کتبی آگاهانه جهت شرکت در مطالعه اخذ نمود. جمع‌آوری داده‌ها از طریق پرسشگری از بیماران انجام گردید. تکمیل ابزار دو بخشی گردآوری اطلاعات بیمار به طور متوسط به ۱۰ دقیقه زمان نیاز داشت. داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی تحلیل شدند.

یافته‌ها

برخی ویژگی‌های دموگرافیک و بالینی شرکت‌کنندگان در مطالعه در جدول شماره ۱ آمده است. بیشترین درصد نمونه‌ها مرد (۵۴/۷ درصد)، دارای تحصیلات زیر دیپلم (۶۴/۲ درصد)، متاهل (۸۱/۶ درصد)، و دچار پرفشاری خون (۵۲/۷ درصد) بودند.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی برخی ویژگی‌های دموگرافیک و بالینی واحدهای مورد مطالعه

متغیر	تعداد (درصد)
جنس	
مرد	۱۱۰ (۵۴/۷)
زن	۹۱ (۴۵/۳)
تحصیلات	
بی‌سواد	۱۱ (۵/۵)
زیر دیپلم	۱۲۹ (۶۴/۲)
دیپلم	۳۵ (۱۷/۴)
فوق دیپلم	۷ (۳/۵)
کارشناسی	۱۶ (۸/۰)
کارشناسی ارشد	۳ (۱/۵)
دیابت	
ندارد	۱۲۹ (۶۴/۲)
دارد	۷۲ (۳۵/۸)
پرفشاری خون	
ندارد	۹۵ (۴۷/۳)
دارد	۱۰۶ (۵۲/۷)

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

در بیماران بدون علایم قلبی، درصد ابتلا به اختلال روانی مربوط به اختلالات اضطرابی، ۱۰/۵ درصد و در بیماران دارای علایم قلبی ۱۸/۲ درصد بود. جدول شماره ۲ مربوط به آماره‌های توصیفی نمره کل اختلال وسواس فکری-عملی و حیطه‌های مختلف آن در افراد مبتلا به سندرم کرونری حاد، با و بدون علایم قلبی است. با توجه به نتایج، میانگین نمره کل اختلال وسواس فکری-عملی در گروه دارای علایم قلبی (۲۹/۶۴) بیشتر از میانگین نمره کل اختلال وسواس فکری-عملی در گروه بدون علایم (۲۶/۳۰) است. همچنین، با توجه به نتایج، میانگین نمره اختلال وسواس فکری‌عملی در حیطه شستشو در گروه دارای علایم قلبی (۶/۸۲) به طور معنی‌داری بیشتر از این نمره در گروه بدون علایم قلبی (۳/۹۹) است.

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار اختلال وسواس فکری-عملی و حیطه‌های مختلف آن در افراد مبتلا به سندرم کرونری حاد، با و بدون علایم قلبی

گروه	بدون علایم قلبی (۱۱ نفر)	با علایم قلبی (۱۹۰ نفر)
اختلال وسواس فکری-عملی و حیطه‌های آن	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
نمره کل	۲۶/۳۰ (۱۵/۷۴)	۲۹/۶۴ (۲۰/۰)
شستشو	۳/۹۹ (۳/۴۸)	۶/۸۲ (۴/۱۲)
نظم‌دهی	۵/۴۷ (۳/۵۶)	۵/۸۲ (۴/۴۲)
وسواس	۵/۵۲ (۳/۳۹)	۵/۷۳ (۴/۶۷)
وارسی کردن	۴/۳۷ (۳/۴۴)	۴/۸۲ (۴/۱۷)
احتکار کردن	۴/۲۳ (۲/۹۸)	۴/۱۸ (۳/۴۳)
خنثی‌سازی ذهن	۲/۷۲ (۲/۹۷)	۲/۲۷ (۳/۲۹)

بحث

بیشترین درصد ابتلا به بیماری‌های زمینه‌ای مربوط به پرفشاری خون (۵۲/۷ درصد) بود. با توجه به نتایج، در بیماران بدون علایم قلبی، درصد ابتلا به اختلال روانی مربوط به اختلالات اضطرابی، ۱۰/۵ درصد و در بیماران دارای علایم قلبی ۱۸/۲ درصد بود. در مطالعه‌ای در آفریقای جنوبی از ۱۰۰۰ نفری که دیابت را گزارش کردند، ۷۳ درصد حداقل یکی از بیماری‌های مزمن قلبی عروقی را گزارش کردند، در حالی که ۲۷ درصد گزارش کردند که دیابت دارند و مبتلا به بیماری مزمن قلبی عروقی نیستند؛ تقریبا ۲ درصد از افراد مبتلا به دیابت گزارش کردند که سابقه هر سه بیماری مزمن قلبی عروقی، شامل سکته قلبی، بیماری قلبی و پرفشاری خون را دارند که با بیماری‌های زمینه‌ای گزارش‌شده در مطالعه حاضر (پرفشاری خون و دیابت) مطابقت دارد (میوتیامبیزی و همکاران، ۲۰۱۷).

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمره کل اختلال وسواس فکری-عملی در بیماران مبتلا به سندرم کرونری حاد بین دو گروه بدون علایم و دارای علایم قلبی تفاوت معناداری ندارد، بدین معنی که اختلال وسواس فکری-عملی ارتباطی با علایم قلبی در افراد مبتلا به سندرم کرونری حاد ندارد. برای بررسی ارتباط حیطه‌های مختلف اختلال وسواس فکری-عملی با علایم قلبی در افراد مبتلا به سندرم کرونری حاد از آزمون آماری رگرسیون لجستیک استفاده شد که نشان داد اختلال وسواس فکری-عملی تنها در حیطه شستشو با علایم قلبی ارتباط معنادار آماری دارد و هر چه اختلال وسواس فکری-عملی در حیطه شستشو در بیماران بیشتر باشد، شانس تجربه علایم قلبی بیشتر است. در مطالعه‌ای در کره جنوبی مشخص شد که علایم وسواس فکری-عملی در اوایل بروز سندرم کرونری حاد با پیامدهای طولانی‌مدت قلبی ارتباط دارد (لی وهمکاران، ۲۰۱۹). در مطالعه آگوگلیا و همکاران (۲۰۱۸) ۴۸ درصد افراد مبتلا به وسواس فکری دارای حداقل دو بیماری به صورت همزمان بودند که ۲۵/۹ درصد، بیماری غدد درون‌ریز و متابولیک و ۱۳/۶ درصد بیماری های قلبی عروقی بود، اما در افراد مبتلا به بیماری قلبی، شایع‌ترین آنها پرفشاری خون و کم‌خونی بود. همچنین، یک مطالعه در سوئد با توجه به این که هیچ مطالعه آینده‌نگر قبلی انجام نشده بود، بیماری قلبی عروقی را به این حجم از اختلال وسواس فکری-عملی مربوط می‌کند و طبق آن، اختلال وسواس فکری-عملی با افزایش ضربان قلب و پرفشاری خون در اواخر بلوغ در ارتباط است و مردان دارای فشارخون دیاستولیک بیشتر از ۷۷ میلی‌متر جیوه، ۳۰ تا ۴۰ درصد بیشتر در معرض خطر وسواس فکری-عملی هستند (لاتوالا و همکاران، ۲۰۱۶). بر اساس نتایج مطالعه ایساموا و همکاران (۲۰۱۸) وسواس فکری-عملی

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

با عوامل خطر بیماری‌های قلبی عروقی در ارتباط است و در وهله اول، بیماران با وسواس فکری-عملی، ۴۵ درصد احتمال دارد حداقل یک عارضه قلبی عروقی در مقایسه با افراد بدون وسواس فکری عملی داشته باشند. علت مغایرت نتایج این مطالعه با سایر مطالعات این بود که این مطالعه، یک مطالعه آینده‌نگر است که در مدت شش سال مشکلات قلبی عروقی در افراد مبتلا به سندرم کرونری حاد را بررسی می‌کند و جمعیت مورد نظر، ۱۲۴۹۷۰۰ نفر از افراد مبتلا به سندرم کرونری حاد هستند.

در مطالعه آلوارنگا و همکاران (۲۰۱۶) علایم وسواس فکری-عملی در بیماران قلبی به خصوص حیطه‌های نظم‌دهی و وسواس با سابقه تب روماتوئید بیشتر از بیماران بدون سابقه تب روماتوئید است که علت مغایرت این نتایج با نتایج مطالعه حاضر ممکن است این باشد که بر خلاف مطالعه حاضر، تب روماتوئید به عنوان یک عامل زمینه‌ای در نظر گرفته شده است. البته نتایج مطالعه گو و همکاران (۲۰۱۶) نشان می‌دهد علایم اضطراب و افسردگی در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری در طول انجام مداخله کرونری از طریق پوستی یا آنژیوپلاستی تغییر می‌کند. همچنین، در این مطالعه، علایم اضطراب در بیماران یک روز قبل از جراحی بررسی شده است که این موضوع نیز می‌تواند بر نتایج اثر بگذارد. در مطالعه سابرامانیم و همکاران (۲۰۲۰) اختلال وسواس فکری-عملی و درد مزمن با شرایط بیماری ارتباط معنی‌دار وجود داشت و ۳/۶ درصد از آنها مبتلا بیماری‌های قلبی عروقی بودند که مشابه نتیج مطالعه حاضر بود و ارتباط معنی‌داری یافت نشد.

مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، تاثیر احتمالی پاندمی کووید-۱۹ بر وضعیت روانی بیماران، استفاده از ابزار خودگزارشی، عدم در نظر گرفتن روش درمانی بیماران، نمونه‌گیری در یک مقطع زمانی (در طول بستری)، سن بالای بیماران و عدم توانایی در درک برخی گویه‌ها با وجود توصیف گویه، و همچنین، کم بودن تعداد گویه‌ها برای تفکیک علایم وسواس فکری-عملی بود. پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی، پژوهش به صورت آینده‌نگر و با استفاده از پرسشنامه با تعداد گویه‌های بیشتر، نمونه‌گیری از سایر مراکز آموزشی درمانی، و نمونه‌گیری در سه زمان مختلف (در طول بستری، در زمان ترخیص، و سه ماه پس از ترخیص)، و در درمان‌های مختلف به صورت جداگانه (درمان با ترومبولیتیک یا درمان با مداخله زیرجلدی) جهت ارزیابی دقیق‌تر انجام شود.

نتیجه‌گیری

وسواس فکری-عملی به طور کلی با علایم قلبی در افراد مبتلا به سندرم کرونری حاد ارتباط معناداری ندارد و تنها در حیطه شستشو با افزایش علایم قلبی مرتبط است که البته پاندمی کووید-۱۹ در افزایش بروز علایم وسواس فکری-عملی در بیماران بی‌تاثیر نبود. لازم است بیماران در زمان بستری از نظر اختلالات اضطرابی بررسی شوند و روش‌های تن‌آرامی و درمان‌های روان‌شناختی جهت کاهش و جلوگیری از بروز وسواس فکری-عملی مورد استفاده قرار گیرند. ،لازم است در مطالعات بعدی، پژوهش به صورت آینده‌نگر و در جمعیت‌های بزرگتر انجام شود.

تقدیر و تشکر

این مطالعه حاصل طرح پژوهشی با کد اخلاق IR.MUI.RESEARCH.REC.1398.509 از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان است. پژوهشگران لازم می‌دانند مراتب سپاس و قدردانی خود را از کلیه بیمارانی که در این طرح همکاری و مشارکت داشتند، اعلام نمایند.

منابع فارسی

صفرعلیزاده، ف. متعارفی، ح. باقریه، ف. هاشملو، ل. (۱۳۹۱) بررسی شیوع اختلال وسواسی- جبری دانشجویان دانشگاه‌های شهرستان خوی. مجله روان‌پرستاری ایران. ۲(۲): ۲۱-۱۳.

سلطانیشال، ر. آقامحمدیان شعرباف، ح ر. عبدخدایی، م س. طیبی، م. (۱۳۹۵) اثربخشی الگوی روان‌درمانی ویژه بیماران قلبی بر کیفیت زندگی آنها. فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت. ۴(۳): ۲۵۴-۲۴۴.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

منابع انگلیسی

Aguglia A, Signorelli S M, Albert U, and Maina G. (2018) The Impact of General Medical Conditions in Obsessive-Compulsive Disorder. Korean Neuropsychiatric Association. Mar; 15(3): 246–253

Ahmadi A, Khaledifar A, Etemad K. Modeling of in hospital mortality determinants in myocardial infarction patients, with and without stroke: A national study in Iran. Res Med Sci 2016;21:74

Alvarenga P G. Hounie A G. Mercadante M T. Diniz J B.. Salem M. Spina G , Miguel E C.. (2016) Obsessive-Compulsive Symptoms in Heart Disease Patients With and Without History of Rheumatic Fever. BMC Psychiatry .16:259

Bandelow B, Sher L , Bunevicius R, Hollander E, Kasper S, Zohar J Möller, H J. (2012).Task Force on Mental Disorders in Primary Care &WFSBP Task Force on Anxiety Disorders, OCD and PTSDGuidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive–compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. Journal International Journal of Psychiatry in Clinical Practice. 16: 77–84.

Bloch M. H, Landeros-Weisenberger A.. Rosario M.C, Pittenger C, Leckman J,F (.2008) Meta-Analysis of the Symptom Structure of Obsessive-Compulsive Disorder; American Journal of Psychiatry. 165:1532–1542

Chalmers. J.A, Quintana D.S, Anne-Abbott, M.J.1 and Kemp A.H. (2014)Anxiety disorders are associated with reduced heart rate variability: a meta-analysis.Frontiers in psychiatry. 5(80):1-11doi.org/10.3389/fpsyt.2014.00080

Claire M. Gillan, Annemieke M. Apergis-Schoute., Morein-Zamir S,Gonzalo P. Urcelay, , Akeem Sule, M.B.B.S., M.R.C.Psych., Naomi A. Fineberg, M.A., M.R.C.Psych., Barbara J. Sahakian, Trevor W. Robbins (2015).Functional Neuroimaging of Avoidance Habits in Obsessive-Compulsive Disorder. Am J Psychiatry.2015;172:284–293

Cohen B.E, Edmondson D,M. Kronish I . (2015) State of the Art Review: Depression, Stress, Anxiety, and Cardiovascular Disease. American Journal of Hypertension. 28(11);1295-1302 .2015 doi:10.1093/ajh/hpv047Gu G, Zhou Y, Zhang Y and Cui W. (2016) .Increased prevalence of anxiety and depression symptoms in patients with coronary artery disease before and after percutaneous coronary intervention treatment.. BMC Psychiatry 16:259. DOI 10.1186/s12888-016-0972-9

Isomura K, Brander G, Chang Z, Kuja-Halkola R, Rück C, Hellner C, Lichtenstein P, Larsson H, Mataix-Cols D, and Fernández de la Cruz L(2018). Metabolic and Cardiovascular Complications in Obsessive-Compulsive Disorder: A Total Population, Sibling Comparison Study With Long-Term Follow-up . Biological Psychiatry.331-84:324;2018.

Latvala A, Kuja-Halkola R, Rück. (2016)Association of Resting Heart Rate and Blood Pressure in Late Adolescence With Subsequent Mental Disorders A Longitudinal Population Study of More Than 1 Million Men in Sweden, JAMA Psychiatry.;73(12):1268-1275. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.2717

Lee H J, Kim J W, Kang H J, Kim S W , Shin S, Hong Y J, Ahn Y k, Jeong M H, Yoon J S, and Kim J M. (2019).Association between Obsessive-Compulsive Symptoms and Long-Term Cardiac Outcomes in Patients with Acute Coronary Syndrome: Effects of Depression Comorbidity and Treatment. Korean Neuropsychiatric Association . 16(11): 843–851

Libby P, Tabas I, Fredman G, Fisher E A. (2014) Inflammation and its Resolution as Determinants of Acute Coronary Syndromes Circulation Research. American Heart Association ,114:1867-1879

Milad M.R. and. Rauch S.L (2012) ObsessiveCompulsive Disorder: Beyond Segregated Cortico-striatal Pathways. Trends in Cognitive Sciences. 16(1): 43–51.

Michael A. Jenike, M.D(2004). Obsessive–Compulsive Disorder.The New England Journal of Medicine 5;350(3):259-65

Mutyambizi CC, Wim Groot L, Pavlova M, Labadarios D & Hongoro C. (2017). The extent and determinants of diabetes and cardiovascular disease comorbidity in South Africa – results from the South African National Health and Nutrition Examination Survey (SANHANES-1) al. BMC Public Health (2017) 17:745

Radua J, Odile A. Heuvel V, Surguladze S, Mataix-Cols D(2010). Meta-analytical Comparison of Voxel-Based Morphometry Studies in Obsessive-Compulsive Disorder vs Other Anxiety Disorders. Arch Gen Psychiatry.2010;67(7):701-71

Rohla M;, Weiss T. W . (2013) Metabolic syndrome, inflammation and atherothrombosis Cardiology and Emergency Medicine. 3rd Medical Department, Cardiology and Emergency Medicine, Wilhelminenhospital, Vienna, Austria, 2014;34:-DOI:10.5482/HAMO-13-07-0035

Shruthi D. R, Kumar S. S, Desai N, Raman R, and Rao T.S.SPsychiatric (2018). comorbidities in acute coronary syndromes: Six-month follow-up study. Indian Journal Psychiatry. 60(1): 60–64.

Subramaniam M ,Abdin E, Vaingankar J, Shafie S, Chang S, Seow E, Chua B Y, Jeyagurunathan A, Heng D, Woon Kwok K Chong S A. (2020). Psychiatry Obsessive-Compulsive Disorder in Singapore: Prevalence, Comorbidity, Quality of Life and Social Support. Ann Acad Med Singapore.2020;49:15–25

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

Tully A B ,Phillip J, Suzanne M. Cosh C, Harald B. (2014) The anxious heart in whose mind? A systematic review and meta-regression of factors associated with anxiety disorder diagnosis, treatment and morbidity risk in coronary heart disease. Journal of Psychosomatic Research.77(6):439-448
Veale D, Roberts A: Obsessive-compulsive disorder. BRITISH MEDICAL JOURNAL. 2014, 348: g2183-10.1136/bmj.g2183

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

نشریه پرستاری قلب و عروق، دوره نهم، شماره ۱، سال ۱۳۹۹
Cardiovascular Nursing Journal, 9(1), 2020

Original Article

Relationship between obsessive-compulsive disorder and cardiac symptoms in people with acute coronary syndrome referred to selected hospitals of Isfahan University of Medical Sciences

Seyed Iman Sajadi[1], BSc Student
Rasoul Tavilian[2], BSc Student
Mahsa Shaali[3], MSc
***Sima Babaei[4], PhD**

Abstract

Aim. This study was designed to investigate the association of obsessive-compulsive disorder with cardiac symptoms in people with acute coronary syndrome.

Background. The prevalence of cardiovascular disease and its morbidity and mortality has increased. The importance of psychological factors, especially anxiety disorders, in development of cardiovascular disease necessitates examining the relationship between obsessive-compulsive disorder and cardiac symptoms in people with acute coronary syndrome.

Method. This is a cross-sectional descriptive correlational study. The statistical population included all cases of acute coronary syndrome referred to the selected hospitals of Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. In this study, 193 people with acute coronary syndrome were selected based on convenience sampling method. Data were collected using demographic information-disease questionnaire and OCI-R (Obsessive-Compulsory Revised Inventory). Data were analyzed in SPSS version 18 using descriptive and inferential statistics.

Findings. The mean score of obsessive-compulsive disorder was not statistically significant between acute coronary syndrome patients with and without cardiac symptoms (29.64±20.00 vs 26.30±15.74, respectively). The mean score of obsessive-compulsive disorder in washing subtype was statistically significant between acute coronary syndrome patients with and without cardiac symptoms (6.82±4.12 vs 3.99±3.48, respectively) ($P<0.05$).

Conclusion. Obsessive-compulsive disorder is not associated with cardiac symptoms in people with acute coronary syndrome except for washing subtype that the mean score of this subtype is more in acute coronary syndrome patients with cardiac symptoms than those without cardiac symptoms.

Keywords: Acute coronary syndrome, Obsessive-compulsive disorder, Cardiac symptoms

1 BSc Student in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
2 BSc Student in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
3 MSc in Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
4 Assistant Professor of Nursing, Nursing and Research Center, Midwifery care and Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (*Corresponding Author) email: babaee@nm.mui.ac.ir

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]