

وضعیت سلامت عمومی روان بیماران سرپایی مبتلا به درد سینه آتیپیک، یک مطالعه مورد-شاهدی

مهدی موسوی^{۱*}، سید عباس موسوی^۲،
مصطفی رئیسی^۳، دلارا صالحی^۴

۱ استادیار، بیمارستان شهید رجایی،
دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج
۲ دانشیار گروه روانپزشکی، مرکز
تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری،
دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری،
ایران
۳ پزشک عمومی، دانش آموخته دانشگاه
آزاد اسلامی واحد شاهرود
۴ پزشک عمومی، دانش آموخته دانشگاه
علوم پزشکی البرز، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۳/۲۴؛ تاریخ پذیرش: ۹۸/۶/۲۰

چکیده

اهداف: مشکلات روانی می‌توانند با درد قفسه سینه با علل نامشخص همراه باشند. هدف از این مطالعه مقایسه وضعیت سلامت عمومی بیماران سرپایی مبتلا به درد سینه آتیپیک با افراد شاهد بود.

مواد و روش‌ها: افراد کمتر از ۴۰ سال با درد سینه آتیپیک و احتمال کم بیماری عروق کرونر قلبی در این مطالعه وارد شدند. گروه شاهد از نظر سن و جنس تطابق داده شدند. ترجمه ایرانی پرسشنامه سلامت عمومی با ۲۸ مورد (GHQ-۲۸) در دو گروه مورد استفاده قرار گرفت.

نتایج: در مجموع ۱۱۳ نفر در هر گروه مطالعه را تکمیل کردند. متوسط سن هر گروه $33/26 \pm 7/5$ سال و ۱۴۸ مورد (۶۵ درصد) زن بودند. میانگین امتیاز GHQ-۲۸ در گروه‌های شاهد و درد قفسه سینه به ترتیب $37/31 \pm 6/14$ و $31/21 \pm 9/9$ بود ($p < 0/001$). امتیاز غیرطبیعی GHQ-۲۸ (بیشتر یا مساوی ۲۴) در ۷۱ نفر (۸/۶۲ درصد) از گروه با درد سینه آتیپیک و ۳۸ نفر (۶/۳۳ درصد) از گروه شاهد دیده شد (نسبت شانس (odds ratio): $3/3$ ، فاصله اطمینان ۹۵ درصد: $93/1 - 76/5$). تجزیه و تحلیل چند متغیره نشان داد که بعد از اصلاح عوامل مداخله کننده محتمل، درد سینه آتیپیک پیش‌بینی کننده مستقل نمره GHQ-۲۸ غیرطبیعی بود. (نسبت شانس (odds ratio): $3/3$ ، فاصله اطمینان ۹۵ درصد: $1/31 - 8/47$).

بحث: بیماران مبتلا به درد سینه آتیپیک در مطالعه حاضر، وضعیت سلامت روانی نامناسب‌تری از افراد کنترل داشتند. به طور واضح مشخص نیست که وضعیت سلامت عمومی علت درد سینه آتیپیک است، یا این یک یافته اتفاقی همزمان است.

کلمات کلیدی: درد قفسه سینه؛ درد سینه آتیپیک؛ تشخیص؛ سلامت روان؛ تحقیقات و پرسشنامه‌ها

*نویسنده مسئول:

استادیار، دانشگاه علوم پزشکی البرز،
بیمارستان شهید رجایی، کرج، ایران

۰۲۶-۳۴۵۷۰۰۳۰
E-mail: moosavi_m_md@yahoo.com

مقدمه

درد قفسه سینه یک شکایت رایج در بیماران مراجعه کننده به اورژانس است.^۱ با این حال بیش از نیمی از بیماران مبتلا به درد حاد قفسه سینه، در بررسی‌ها علت قابل شناسایی مشخصی ندارند.^{۲-۶} شواهدی وجود دارد که مشکلات روانی در بیماران مبتلا به درد قفسه سینه غیرمشتخص، شایع هستند^{۳،۷-۱۱}. اختلالات روانی از جمله اختلالات پانیک، اضطراب و اختلالات افسردگی، ممکن است باعث درد قفسه سینه و یا بدتر شدن آن شوند^{۱۲،۱۳}. از سوی دیگر بسیاری از بیماران مبتلا به درد قفسه سینه، ممکن است در مورد تکرار درد قفسه سینه و وضعیت عملکرد قلب نگرانی داشته باشند^{۱۴،۱۵}.

گرچه به نظر می‌رسد که درد قفسه سینه که ناشی از عللی غیر از ایسکمی باشد، پیش‌آگهی بهتری دارد.^۱ ممکن است این وضعیت با کاهش کیفیت زندگی مرتبط باشد^{۱۲} و راجعه و مداوم باشد^{۱۶} به طوری که منجر به افزایش هزینه‌ها به علت تکرار ویزیت‌های پزشکی و شاید بستری شدن شود^{۱۷}.

وضعیت سلامت عمومی روانی در بین بیماران مبتلا به درد قفسه سینه آتیپیک در کشور ما به اندازه کافی مورد بررسی قرار نگرفته است. هدف از این مطالعه مقایسه سلامت روان عمومی بیماران سرپایی مبتلا به درد آتیپیک قفسه سینه با یک گروه شاهد مرجع تطبیق داده شده از نظر سن و جنس از یک جمعیت عمومی است.

مواد و روش‌ها

بیماران مراجعه کننده سرپایی به درمانگاه با درد سینه آتیپیک وارد مطالعه شدند. بیماران ۴۰ - ۳۵ ساله مبتلا به درد سینه آتیپیک در صورتی وارد این مطالعه می‌شدند که تست ورزش یا اسکن پرفوزیون میوکارد (اسکن قلب) غیرطبیعی داشته باشند. حداقل سن برای ورود به مطالعه ۱۳ سال بود.

درد سینه آتیپیک به عنوان یکی از موارد زیر تعریف شده بود:

۱- درد قفسه سینه پلوریتیک (درد قفسه سینه با حرکات تنفسی یا سرفه)

۲- درد موضعی (مثلاً لوکالیزه در نوک یک انگشت)

۳- درد مداوم که برای ساعت‌های زیادی همچنان ادامه دارد.

دوره‌های بسیار کوتاهی از درد بیماران مبتلا به بیماری روانی شناخته شده یا اثبات شده، سابقه اخیر تروما به دیواره قفسه سینه، درد قفسه سینه مکانیکی آشکار، آرتروز گردن، هریس زوستر، مبتلایان به اختلالات گوارشی شامل بیماری زخم پپتیک فعال و یا رفلاکس مری، کم‌خونی، بیماران مبتلا به پریکاردیت یا میوکاردیت، دیسکسیون آئورت یا آنوریسم، کاردیومیوپاتی هیپرتروفیک اثبات شده، نوار قلب غیرطبیعی یا اکوکاردیوگرافی غیرطبیعی (به جز پرولاپس دریچه میترال با نارسایی کمتر از متوسط دریچه میترال) و بیمارانی که رضایت به امضای رضایت‌نامه یا پر کردن پرسشنامه نمی‌دادند، حذف شدند.

گروه شاهد افراد سالمی بودند که از نظر سن و جنس تطبیق داده شدند و سابقه درد قفسه سینه نداشتند و از همان جامعه گروه درد سینه آتیپیک (بستگان همراه سالم بیمارانی که در درمانگاه سرپایی ویزیت شده بودند) انتخاب شدند.

اندازه‌گیری‌ها

پرسشنامه سلامت کلی (GHQ) شامل ۶۰ سوال است که توسط گلدبرگ در سال ۱۹۶۹ معرفی شد و یکی از بهترین غربالگری‌های تعریف شده برای بیماری‌های روانی است. به نظر می‌رسد که ترجمه به زبان‌های دیگر، سن، طبقه اجتماعی، جنسیت، سطح تحصیلات و زندگی در کشورهای در حال توسعه، اثر قابل توجهی بر اعتبار GHQ نداشته است.^{۱۵} یک نوع کوتاه‌تر از GHQ با ۲۸ مورد (GHQ-۲۸) توسط گلدبرگ و هیلر که متشکل از ۴ مقیاس فرعی (subscales) است (افسردگی شدید، اضطراب و بی‌خوابی، علائم جسمانی و اختلال در عملکرد اجتماعی) ارائه شد.^{۱۶} اعتبار و قابلیت اطمینان نسخه ایرانی GHQ-۲۸ مورد تایید قرار گرفته است^{۱۷} و بهترین نقطه برش بالینی (clinical cut-off point) که برای کل امتیازات پیدا شد عدد ۲۴ بود^{۱۸،۱۹} و نمره بیشتر یا مساوی ۶ برای هر مقیاس فرعی^{۲۰} با روش‌های امتیازدهی لیکرت [۳-۱-۰] غیر طبیعی تلقی می‌شود. برآورد حساسیت، اختصاص برای امتیاز ۲۴ به عنوان نقطه برش GHQ-۲۸ در جمعیت ایرانی، ۸۰/۰ و ۹۹/۰^{۱۸} گزارش شده است و برای عدد ۶ به عنوان نقطه برش مقیاس‌های فرعی به ترتیب ۷/۸۴ و ۸/۹۳ است.^{۱۷}

در مطالعه حاضر از ترجمه فارسی GHQ-۲۸ استفاده شد.

بیماران به پرسشنامه پاسخ دادند و در صورتی که بیماران قادر به پاسخ نبودند، یک محقق برای پر کردن پرسشنامه به آنها کمک کرد. علائم همراه و سایر عوامل خطر پرسیده شد. امتیازات کلی بیشتر یا مساوی ۲۴ به عنوان GHQ-۲۸ غیرطبیعی پذیرفته شد و امتیازدهی درمقیاس فرعی با روش‌های امتیازدهی لیکرت (۳-۲-۱-۰) انجام شد و ۳ نقطه برش بیشتر یا مساوی ۶، بیشتر یا مساوی ۸، و بیشتر از ۱۴ (به عنوان نقطه بحرانی) برای مقیاس‌های فرعی GHQ-۲۸ ارائه شد.

اندازه نمونه و تجزیه و تحلیل آماری

اندازه نمونه براساس یک مطالعه مقدماتی (pilot study) محاسبه شد. در مطالعه مقدماتی امتیاز GHQ غیرطبیعی در ۳۴/۷ درصد گروه شاهد و ۵۴ درصد گروه مبتلا به درد آتیپیک قفسه سینه دیده شد. در نتیجه با فاصله اطمینان ۹۵ درصد و قدرت ۸۰ درصد

ما به این نتیجه رسیدیم که به ۱۱۳ نفر بیمار در هر گروه نیاز داریم. تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ برای ویندوز انجام شد (SPSS Inc., Chicago, IL). داده‌ها به صورت میانگین $\pm$ انحراف معیار برای متغیرهای عددی و اعداد و درصد (%) برای متغیرهای رتبه‌ای (categorical variables) معرفی شدند. متغیرهای پیوسته با استفاده از آزمون t-Student و یا هر زمان که داده‌ها توزیع نرمال نداشتند با آزمون غیرپارامتری Mann-Whitney، مقایسه شدند. متغیرهای رتبه‌ای (categorical variables) با استفاده از آزمون پیرسون (pearson)، یا آزمون کای - اسکوتر (Chi-Square)، یا آزمون دقیق فشر (Fisher) (در صورت نیاز)، مقایسه شدند و مقدار P کم‌تر یا مساوی ۰/۰۵ نظر آماری معنی‌دار در نظر گرفته شد.

جدول ۱: ویژگی‌های پایه در گروه‌های درد سینه آتیپیک و کنترل (شاهد). داده‌ها به صورت تعداد (درصد) و میانگین $\pm$ انحراف معیار ارائه شده‌اند.

متغیر	گروه درد سینه آتیپیک تعداد = ۱۱۳	گروه کنترل تعداد = ۱۱۳	تعداد کلی = ۲۲۶	مقدار P
جنس (زن)	۷۴ (۵/۶۵)	۷۴ (۵/۶۵)	۱۴۸ (۵/۶۵)	۱
سن	۳۱/۲۶ $\pm$ ۷۸/۵	۳۵/۲۶ $\pm$ ۷۹/۵	۳۳/۲۶ $\pm$ ۷۷/۵	۹۵/۰
فشار خون	۵ (۴/۴)	۰	۵ (۲/۲)	
دیابت	۳ (۷/۲)	۱ (۹/۰)	۴ (۸/۱)	۶۲/۰
کشیدن سیگار *	۵ (۵/۶)	۵ (۷)	۱۰ (۸/۶)	۱
هیپرلیپیدمی	۳ (۷/۲)	۲ (۸/۱)	۵ (۲/۲)	۶۸/۰
سابقه فامیلی بیماری کرونر زودرس	۲۰ (۹/۱۷)	۱۵ (۵/۱۳)	۳۵ (۷/۱۵)	۳۷/۰
شاخص حجم بدن (BMI)	۲۲/۲۳ $\pm$ ۵۵/۴	۲۹/۲۳ $\pm$ ۸۹/۳	۵۲/۲۳ $\pm$ ۲۶/۴	۰/۷۵
تعداد ضربان قلب	۷۹/۳۲ $\pm$ ۱۳/۹۶	۷۸/۴۹ $\pm$ ۸/۶۱	۷۸/۹۰ $\pm$ ۱۱/۵۴	۰/۷۷
فشار خون سیستولی	۱۳/۱۱۷ $\pm$ ۷۴/۱۲	۹۶/۱۱۴ $\pm$ ۳۰/۱۰	۰۳/۱۱۶ $\pm$ ۵۹/۱۱	۰/۴۳
فشار خون دیاستولی	۳۵/۷۵ $\pm$ ۴۵/۱۰	۰۴/۷۵ $\pm$ ۱۵/۷	۱۹/۷۵ $\pm$ ۹۱/۸	۰/۵۵
استفاده از قهوه	۸ (۱/۷)	۱۶ (۷/۱۴)	۲۴ (۸/۱۰)	۰/۶۸
مصرف دارو	۱۲ (۷/۱۰)	۶ (۳/۵)	۱۸ (۸)	۱۳۵/۰
محله سکونت (روستا در مقابل شهر) *	۷۸ (۹/۷۲)	۶۵ (۰/۸۹)	۱۴۳ (۴/۷۹)	۰۰۸/۰
استخدام شده	۸۸ (۹/۷۷)	۵۸ (۳/۵۱)	۱۴۶ (۶/۶۷)	۰۰۱/۰
دانش آموز *	۱۸ (۵/۲۰)	۲۶ (۸/۴۴)	۴۴ (۱/۳۰)	۰۰۲/۰
زن خانه‌دار *	۴۹ (۷/۵۵)	۲۷ (۶/۴۶)	۷۶ (۱/۵۲)	۲۸/۰
پرولاپس دریچه میترال در اکوکاردیوگرافی **	۲۳ (۱/۳۱)	۰	۲۳ (۱/۲۹)	۳۱۴/۰

* اطلاعات از دست رفته وجود دارد، زیرا بعضی به این سوال به دلایل شخصی پاسخ ندادند.

** اطلاعات اکوکاردیوگرافی در ۷۴ نفر (۶۵ درصد) از گروه درد آتیپیک قفسه سینه و فقط ۵ نفر (۴ درصد) از گروه شاهد در دسترس بودند.

جدول ۲: علائم درد همراه با درد سینه آتیپیک و گروه کنترل؛ داده‌ها به صورت تعداد (درصد) و میانگین $\pm$ انحراف معیار ارائه شده‌اند.

علائم	گروه درد سینه آتیپیک تعداد = ۱۱۳	گروه شاهد تعداد = ۱۱۳	مقدار P
تپش	۷۲ (۵/۶۵)	۳۹ (۸/۳۴)	<۰/۰۰۱
تنگی نفس	۶۱ (۵۵)	۱۵ (۴/۱۳)	<۰/۰۰۱
احساس تمایل به تنفس عمیق	۷۷ (۳/۷۱)	۶۸ (۲/۶۰)	<۰/۰۸۲
احساس سختی در تنفس عمیق	۳۲ (۸/۲۸)	۸ (۱/۷)	<۰/۰۱۰

نتایج

در مجموع ۲۲۶ نفر (۱۱۳ نفر با درد سینه آتیپیک و ۱۱۳ نفر شاهد) مطالعه را کامل کردند. متوسط سن گروه مورد مطالعه ۷۷/۵ $\pm$ ۳۳/۲۶ سال و ۱۴۸ نفر (۵/۶۵ درصد) زن بودند. از ۱۱۳ بیمار مبتلا به درد آتیپیک قفسه سینه، درد قفسه سینه به صورت موضعی در تعداد ۳۹ نفر (۱/۳۵ درصد) و مدت زمان بسیار کوتاه درد در تعداد ۶۲ نفر (۵۵/۹ درصد) گزارش شد؛ در حالی که درد با مقدار ثابت در ۱۵ نفر (۱۳/۵ درصد) دیده شد. ویژگی‌های پایه از گروه درد سینه آتیپیک و گروه شاهد در جدول ۱ ارائه شده است. علائم همراه مختلف در جدول ۲ ارائه شده است. تپش قلب، تنگی نفس و احساس دشواری در تنفس عمیق در گروه درد سینه

آتیپیک شایع‌تر بود (جدول ۲).

مقایسه میانگین $\pm$ انحراف استاندارد امتیازات داده شده به ۲۸ GHQ- و زیرمجموعه‌های آن در جدول ۳ ارائه شده است. مقدار میانگین برای همه زیرمجموعه‌ها و امتیاز کلی ۲۸-GHQ در گروه درد سینه آتیپیک نسبت به گروه شاهد بیشتر بود. امتیازات غیرعادی ۲۸-GHQ و زیرمجموعه‌های غیرعادی از افسردگی شدید، اضطراب و بی‌خوابی، علائم جنسی و اختلال در عملکرد اجتماعی در گروه درد سینه آتیپیک در مقایسه با گروه شاهد بیشتر دیده شد اما اختلال عملکرد اجتماعی بحرانی از نظر آماری معنی‌دار نبود (جدول ۴).

جدول ۳: مقایسه میانگین $\pm$ انحراف معیار امتیازات ۲۸-GHQ و مقیاس‌های فرعی آن در گروه با درد سینه آتیپیک و گروه شاهد

متغیر	گروه درد سینه آتیپیک	گروه شاهد	مقدار P
افسردگی حاد	۴۶/۵ $\pm$ ۵۴/۵	۲۱/۲ $\pm$ ۰۶/۳	<۰/۰۰۱
اضطراب و بی‌خوابی	۰۶/۹ $\pm$ ۰۶/۵	۲۷/۶ $\pm$ ۵۷/۳	<۰/۰۰۱
علائم جسمانی	۵۱/۸ $\pm$ ۰۹/۴	۴۸/۵ $\pm$ ۶۶/۳	<۰/۰۰۱
اختلال در عملکرد اجتماعی	۳۰/۸ $\pm$ ۳۱/۳	۴۱/۷ $\pm$ ۹۱/۲	۰/۲۸/۰
امتیاز ۲۸-GHQ	۳۷/۳۱ $\pm$ ۶۹/۱۴	۳۱/۲۱ $\pm$ ۹۷/۹	<۰/۰۰۱

28-GHQ: پرسشنامه ترجمه شده سلامت عمومی ایرانیان با ۲۸ مورد.

جدول ۴: امتیازات غیرطبیعی و بحرانی ۲۸-GHQ در مقیاس کلی و مقیاس‌های فرعی در گروه‌های با درد سینه آتیبیک و شاهد. امتیاز بحرانی کلی ۲۸-GHQ بیشتر یا مساوی ۲۴ و در مقیاس‌های فرعی دو حد برش امتیاز غیرطبیعی بیشتر یا مساوی ۶، و بیشتر از ۸ تعریف شد و امتیاز بحرانی بیشتر از ۱۴ در نظر گرفته شد. داده‌ها به صورت عدد و (درصد) ارائه شدند.

متغیر	گروه درد سینه آتیبیک تعداد = ۱۱۳	گروه شاهد تعداد = ۱۱۳	نسبت شانس (۹۵٪ فاصله اطمینان)	مقدار P
افسردگی شدید (≥ 6 امتیاز)	۴۷ (۶/۴۱)	۱۴ (۴/۱۲)	۰۴/۵ (۵۷/۲ - ۸۷/۹)	< 0.001
اضطراب و بی خوابی (≥ 6 امتیاز)	۷۹ (۹/۶۹)	۵۷ (۴/۷۵)	۲۸/۲ (۳۲/۱ - ۹۴/۳)	۰/۰۰۳
علائم جسمانی (≥ 6 امتیاز)	۸۱ (۷/۷۱)	۴۶ (۷/۴۰)	۶۹/۳ (۱۲/۲ - ۴۲/۶)	< 0.001
اختلال در عملکرد اجتماعی (≥ 6 امتیاز)	۹۴ (۲/۸۳)	۸۵ (۲/۷۵)	۶۳/۱ (۸۵/۰ - ۱۳/۳)	۰/۱۴
افسردگی شدید (> 8 امتیاز)	۳۱ (۴/۲۷)	۶ (۳/۵)	۷۴/۶ (۶۹/۲ - ۹۲/۱۶)	< 0.001
اضطراب و بی خوابی (> 8 امتیاز)	۶۰ (۱/۵۳)	۲۸ (۸/۲۴)	۴۴/۳ (-۹۵/۱ - ۰۵/۶)	< 0.001
علائم جسمانی (> 8 امتیاز)	۵۳ (۹/۴۶)	۲۵ (۱/۲۲)	۱۴/۳ (۷۵/۱ - ۵۴/۵)	< 0.001
اختلال در عملکرد اجتماعی (> 8 امتیاز)	۴۸ (۵/۴۲)	۳۳ (۲/۲۹)	۷۹/۱ (۰۳/۱ - ۱۱/۳)	۰/۰۳۷
افسردگی شدید بحرانی (> 8 امتیاز)	۱۱ (۷/۹)	۰	-	۰/۰۰۱
اضطراب و بی خوابی بحرانی	۱۵ (۳/۱۳)	۴ (۵/۳)	۱۷/۴ (۳۴/۱ - ۹۹/۱۲)	۰/۰۰۸
علائم جسمانی بحرانی	۹ (۸)	۱ (۹/۰)	۶۹/۹ (۲۱/۱ - ۸۳/۷۷)	۰/۰۱
اختلال در عملکرد اجتماعی بحرانی	۶ (۳/۵)	۲ (۸/۱)	۱۱/۳ (۶۲/۰ - ۷۶/۱۵)	۰/۲۸
امتیاز ۲۸-GHQ غیرطبیعی	۷۱ (۸/۶۲)	۳۸ (۶/۳۳)	۳۴/۳ (۹۳/۱ - ۷۶/۵)	< 0.001

۲۸-GHQ: ترجمه فارسی پرسشنامه سلامت عمومی با ۲۸ مورد تجزیه و تحلیل چند متغیره با رگرسیون لجستیک (logistic regression analysis) نشان داد که بعد از حذف نقش عوامل مداخله‌گر، از جمله فشار خون بالا، زندگی در مناطق شهری و بیکار بودن، خانه‌دار یا دانش‌آموز، داشتن درد آتیبیک قفسه سینه یک پیش‌بینی کننده مستقل ۲۸-GHQ غیر طبیعی بود. (نسبت شانس: ۳۲/۳، ۹۵ درصد فاصله اطمینان: ۴۷/۸ - ۳۱/۱).

بحث

آلکسی تایمیا^{۱۲}، ممکن است شایع باشد به طوری که شیوع اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به درد قفسه سینه بدون علت مشخص ۴/۲۱ تا ۵۷ درصد است^{۱۰،۱۱،۱۲}.

در مطالعه حاضر از ترجمه فارسی ۲۸-GHQ به عنوان یک ابزار

در بیماران مبتلا به درد غیرقلبی (یا درد سینه آتیبیک)، اضطراب^{۱۰،۱۱،۱۲} از جمله اختلال پانیک^{۱۰،۱۱،۱۲} و فوبی^۸، مشکلات خواب^{۱۱}، افسردگی^{۱۰،۱۱،۱۲} جسمانی سازی^{۱۰،۱۱} و

۵/۳، ۲۴/۸، ۱/۲۲ و ۲۹/۲ درصد (با نقطه برش بیشتر از ۸) دیده شد. شیوع بالای امتیازات غیرطبیعی GHQ-۲۸ و اضطراب، اختلال عملکرد جسمی و علائم اختلال در عملکرد اجتماعی در جمعیت مورد مطالعه ما توسط روش‌های نمونه‌گیری (افراد جوان‌تر)، تفاوت‌های فرهنگی و احتمالاً اختلافات جسمی روانی در شهرستان مورد مطالعه توضیح داده شد.

شاید بیماران مبتلا به درد سینه آتیپیک حساسیت فوق‌العاده‌ای به احساسات جسمی^{۱۲} داشته باشند و در نتیجه با تحریکات فیزیکی مشابه از درد بیشتری در مقایسه با افراد دیگر رنج می‌برند. افراد مضطرب ممکن است گوش به زنگ و آگاه و از احساسات فیزیکی که دریافت می‌کنند هراسان باشند و آن را به‌عنوان خطر مصیبت‌بار برای قلب در نظر بگیرند^{۱۳،۹}. بنابراین داروهای ضدافسردگی (مانند سرتالین) ممکن است در کاهش درد قفس سینه غیرقلبی مفید باشند^{۲۳}.

در مطالعه ما برخی از علائم دیگر از جمله تپش قلب، تنگی نفس و شکایت از تنفس عمیق در میان گروه درد سینه آتیپیک شایع‌تر بود (جدول ۲). در واقع این علائم می‌تواند به اضطراب بیشتر و احتمالاً سایر مشکلات روانی در این گروه از بیماران مربوط باشد.

محدودیت‌های مطالعه

از آنجا که هدف از مطالعه حاضر، مطالعه بیماران مبتلا به درد سینه آتیپیک با احتمال کم بیماری عروق کرونر بود، مطالعه خود را بر مبنای گروه سنی جوان (۱۳ تا ۴۰ سال) طراحی کردیم، طوری که میانگین سنی گروه مطالعاتی ما $33/26 \pm 7/5$ سال بود. ما گروه درد سینه آتیپیک را با گروه شاهد از نظر سن و جنس تطابق دادیم اما برخی از تفاوت‌ها در مورد زندگی در مناطق شهری و اشتغال و مطالعات وجود دارد که ممکن است در وضعیت روانی تأثیر داشته باشند. با این حال بعد از تنظیم و تطبیق (adjustment) این عوامل مداخله‌کننده، درد سینه آتیپیک هنوز یک پیش‌بینی‌کننده مهم GHQ-۲۸ غیرطبیعی بود.

تشکر و سپاسگزاری

این مقاله از اطلاعات پایان‌نامه دوره دکتری حرفه‌ای دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود و با همکاری دانشگاه علوم پزشکی

غریبالگری به منظور بررسی سلامت روان بیماران با درد آتیپیک سینه در مقایسه با افراد شاهد با سن و جنس یکسان استفاده شد. ما متوجه شدیم که بیماران مبتلا به درد آتیپیک سینه، امتیازات بالایی در مقایسه با گروه هم‌جنس و هم‌سن خود داشتند (جدول ۴). با توجه به ۴ مقیاس فرعی GHQ-۲۸، مقیاس‌های فرعی غیرطبیعی و حتی بحرانی، شامل علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی و افسردگی شدید در بیماران مبتلا به درد سینه آتیپیک بیشتر بود (جدول ۴).

بهشتی و همکاران از سمنان (شهرستان دیگری از همان استان مورد مطالعه ما)^۸ یک گروه مشابه از بیماران با درد قفسه سینه با منشا غیرقلبی را با استفاده از پرسشنامه دراگوتیس (Deragotis) مورد مطالعه قرار دادند و متوجه شدند که شیوع افسردگی، اضطراب و شکایات جسمانی به ترتیب $0/2/66$ ، $4/65$ و 25 درصد بود.^۸ این شیوع (بجز برای نشانه‌های جسمانی)، با نتایج نقطه برش بیشتر یا مساوی ۶ در مطالعات ما همخوانی داشت. ناسازگاری نتایج می‌تواند با توجه به روش‌های مختلف غربالگری و تفاوت سنی مورد مطالعه باشد (میانگین سن متوسط جامعه آماری مورد مطالعه مذکور $12/6 \pm 1/8$ و $26/33 \pm 5/77$ در مطالعه ما).^۷

اکان (Ekan) و همکاران^۲، بیماران مبتلا به درد قفسه سینه را در بخش اورژانس بیمارستان مورد مطالعه قرار دادند و هیچ اختلاف معنی‌داری در شیوع اضطراب و افسردگی در درد سینه قلبی و غیرقلبی گزارش نکردند.^۲

براساس معیارهای تشخیصی DSM-IV، شیوع اختلالات روانپزشکی در ایران به ترتیب برای اضطراب و اختلال افسردگی مازور $8/35$ و $10/81$ درصد تخمین زده شده است.^{۲۲} نوربالا و همکاران^{۲۰} نشان دادند که $5/21$ – $5/20$ درصد از ایرانیان با استفاده از پرسشنامه GHQ-۲۸ دارای نمرات غیرطبیعی هستند.^{۲۰} درصد برآورد شده از افسردگی، علائم اضطراب، جسمی‌سازی و علائم اختلال در عملکرد اجتماعی به ترتیب ۲۱ درصد، $8/20$ ، $9/17$ و $2/14$ درصد بودند.^{۲۰}

در مطالعه حاضر امتیاز غیرطبیعی GHQ-۲۸ در تعداد ۳۸ نفر ($33/6$ درصد) از گروه شاهد دیده شد و شیوع علائم افسردگی، اضطراب، جسمی و اختلال در عملکرد اجتماعی به ترتیب در $12/4$ ، $40/7$ ، $50/4$ و $75/2$ درصد (با نقطه برش بیشتر یا مساوی ۶) و

عمل می‌آورند. این مقاله به زبان انگلیسی در مجله *Journal of Cardiology & Current Research* به چاپ رسیده و مقاله فارسی با کسب اجازه مجله فوق به چاپ رسیده است و در مورد چاپ نسخه فارسی در این نشریه اجازه مجله فوق کسب شده است.

شاهرود صورت گرفته که لازم است از همه آنان تشکر کنیم. نویسندگان مقاله از دکتر مهسا اکبریان، دکتر صدف سادات میرکریمی، دکتر افسانه ممتاز و دکتر منصور میرزایی قمی که در بعضی مراحل تحقیق حاضر ما را یاری کردند نهایت تشکر را به

References

1. Sabatine MS, Cannon CP. Approach to the Patient with Chest Pain. In: Mann DL, Bonow RO, Zips DP, Braunwald E, Libby P, editors. Braunwald's heart disease A textbook of cardiovascular medicine, 10 th edition. Philadelphia: Elsevier saunders; 2015. p. 1057-67.
2. Eken C, Oktay C, Bacanlı A, Gulen B, Koparan C, Ugras SS, et al. Anxiety and depressive disorders in patients presenting with chest pain to the emergency department: a comparison between cardiac and non-cardiac origin. *J Emerg Med*. 2010;39(2):144-50.
3. Beitman BD, Basha I, Flaker G, DeRosear L, Mukerji V, Lamberti JW. Major depression in cardiology chest pain patients without coronary artery disease and with panic disorder. *J Affect Disord* 1987;13(1):51-9.
4. Yingling KW, Wulsin LR, et al. Estimated prevalences of panic disorder and depression among consecutive patients seen in an emergency department with acute chest pain. *J Gen Intern Med* 1993;8(5):231-5.
5. Wulsin LR, Hillard JR, Geier P, Hissa D, Rouan GW. Screening emergency room patients with atypical chest pain for depression and panic disorder. *Int J Psychiatry Med* 1988;18(4):315-23.
6. Wulsin LR, Arnold LM, Hillard JR. Axis I disorders in ER patients with atypical chest pain. *Int J Psychiatry Med* 1991;21(1):37-46.
7. Demiryoguran NS, Karcioğlu O, et al. Anxiety disorder in patients with non-specific chest pain in the emergency setting. *Emerg Med J*. 2006;23(2):99-102.
8. Beheshti A, Irajian G, Darabian M, Shafaeian M, et al. Determination of frequency and intensity of psychical disorders in patients with chest pain with non-cardiac origin referred to cardiovascular clinics (2004-2005). *koomesh*. 2006;7(1):101-6. [In Persian]
9. White KS, Craft JM, Gervino EV. Anxiety and hypervigilance to cardiopulmonary sensations in non-cardiac chest pain patients with and without psychiatric disorders. *Behav Res Ther*. 2010;48(5):394-401.
10. Hocaoglu C, Gulec MY, Durmus I. Psychiatric comorbidity in patients with chest pain without a cardiac etiology. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2008;45(1):49-54.
11. Jerlock M, Kjellgren KI, Gaston-Johansson F, et al. Psychosocial profile in men and women with unexplained chest pain. *J Intern Med*. 2008;264(3):265-74.
12. White KS, McDonnell CJ, Gervino EV. Alexithymia and anxiety sensitivity in patients with non-cardiac chest pain. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2011;42(4):432-9.
13. Pelland ME, Marchand A, Lessard MJ, Belleville G, et al. Efficacy of 2 interventions for panic disorder in patients presenting to the ED with chest pain. *Am J Emerg Med*. 2011;29(9):1051-61.
14. Cormier LE, Katon W, Russo J, Hollifield M, Hall ML, Vitaliano PP. Chest pain with negative cardiac diagnostic studies. Relationship to psychiatric illness. *The Journal of nervous and mental disease*. 1988;176(6):351-8.
15. Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gureje O, et al. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med* 1997;27(1):191-7.
16. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological medicine*. 1979;9 (1) : 139-45.
17. Noorbala A A, Mohammad K, et.al. Validation of GHQ-28 in Iran. *Hakim Magazine*. 1999; 5:101-10. [In Persian]
18. Ebrahimi A, Molavi H, Moosavi G, Bornamanesh A, M. Y. Psychometric Properties and Factor Structure of General Health Questionnaire 28 (GHQ-28) in Iranian Psychiatric Patients. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2007;5(1):5-11.
19. Yaghoobi H. Screening of psychological disorders (Article in Farsi). *Quarterly Journal of Mental Health* 2008;1:39-51.
20. Noorbala AA, Yazdi SAB, Yasamy MT, Mohammad K. Mental health survey of the adult population in Iran. *The British Journal of Psychiatry*. 2003;184(1):70-3.
21. Fagring AJ, Kjellgren KI, Rosengren A, Lissner L, et al. Depression, anxiety, stress, social interaction and health-related quality of life in men and women with unexplained chest pain. *BMC Public Health*. 2008;8:165.
22. Mohammadi MR, Davidian H, Noorbala AA, Malekafzali et al. An epidemiological survey of psychiatric disorders in Iran. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2005;1:16.
23. Keefe FJ, Shelby RA, Somers TJ, Varia I, Blazing M, Waters SJ, et al. Effects of coping skills training and sertraline in patients with non-cardiac chest pain: a randomized controlled study. *Pain*. 2011;152(4):730-41.

Mehdi Mousavi^{1*}, Seyed Abbas Mousavi², Mustafa Raeisi³, Delara Salehifar⁴

¹ Assistant Professor, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

² Associate Professor Mazandaran University of Medical Sciences

³ General Practitioner, Graduated from Islamic Azad University, Shahrood, Shahrood, Iran

⁴ General Practitioner, Graduated from Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

General Mental Health Status Scores of Patients with Atypical Chest Pain, a Case-Control Study

Received: 14 Jun. 2017; Accepted: 11 Sept 2019

Abstract

Objectives: Psychological problems could have some relationship with undetermined chest pain. The aim of this study was to compare the general mental health status of out-patients with atypical chest pain with a reference age and sex matched controls.

Materials and Methods: Patients less than 40 years old, with atypical chest pain and low probability of ischemic heart disease were included in the study. The control group were age and sex matched. The Iranian translation of 28 item general health questionnaire (GHQ-28) was used to evaluate the mental status.

Results: Totally 113 cases in each group completed the study. Mean age of the study group was 26.33 ± 5.77 years and 148 cases (65.5%) were female. Mean GHQ-28 score in the atypical chest pain and the control groups were 31.37 ± 14.69 and 21.31 ± 9.97 respectively ($P < 0.001$). Abnormal GHQ-28 scores (≥ 24) was seen in 71 (62.8%) of the atypical chest pain group and 38 (33.6%) of the controls (odds ratio: 3.34, 95% confidence interval = 1.93-5.76). Multivariate analysis showed that after adjustment for possible confounding factors, atypical chest pain was an independent predictor of abnormal GHQ-28 (odds ratio: 3.32, 95% confidence interval: 1.31-8.47).

Discussion: The results of the present study, showed that our patients with atypical chest pain had worse general mental health state. It is not clear that worse general health state is a cause of atypical chest pain or an incidental concomitant finding.

Keywords: Chest Pain, diagnosis, etiology, Mental Health, Surveys and Questionnaires.

***Corresponding Author:**
Assistant Professor, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

Tel: 02634570030
E-mail: moosavi_m_md@yahoo.com