

تأثیر آموزش چهره به چهره قبل از عمل در کاهش افسردگی و اضطراب بیماران بزرگسال تحت عمل جراحی قلب باز

سیده سولماز موسوی^۱، سکینه سبزواری^۲، عباس عباسزاده^۳، فاطمه حسین نخعی^۴

چکیده

مقدمه: اضطراب و افسردگی از جمله مشکلات روحی متعاقب جراحی‌های قلبی و بستری شدن در بیمارستان است. از این رو ارزیابی اطلاعات و آموزش به بیمار را می‌توان به عنوان جز حیاتی مراقبت‌های پرستاری در جهت کاهش افسردگی و اضطراب نام برد آموزش بیمار به شیوه‌های مختلفی صورت می‌گیرد که نوع انفرادی و چهره به چهره یکی از شیوه‌های مؤثر در این زمینه است. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش چهره به چهره در کاهش افسردگی و اضطراب بیماران بزرگسال تحت عمل جراحی قلب باز بیمارستان شفا کرمان در سال ۸۶-۸۷ انجام شد.

روش: این مطالعه نیمه تجربی روی ۱۲۰ بیمار که به طور تصادفی و پس از همسان‌سازی از نظر سن، جنس، وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل، نوع جراحی به دو گروه ۶۰ نفری تجربی و کنترل تقسیم شدند انجام شد. افرادی که آموزش چهره به چهره و کتابچه آموزشی را دریافت کردند در گروه تجربی قرار گرفتند و در گروه کنترل فقط آموزش معمول بخش ارایه گردید. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه افسردگی و اضطراب بیمارستانی (HADS) جمع‌آوری گردید. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها علاوه بر محاسبه میانگین و انحراف معیار از آزمون‌های t و ANOVA و ضریب همبستگی پیرسون با نرم‌افزار SPSS ۷.14 استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد میانگین افسردگی و اضطراب دو گروه بعد از عمل کاهش یافته است ($p < 0/0001$). به این صورت که نمره اضطراب در گروه تجربی از ۱۱/۶۳ قبل از عمل به ۶/۶۸ بعد از عمل رسیده است این در حالی است که نمرات در گروه کنترل به ترتیب ۱۳/۳ و ۹/۶ بوده است. در مورد افسردگی نیز نمره قبل از عمل در گروه تجربی ۱۰/۳۳ به ۵/۸۵ بعد از عمل رسیده است که در گروه کنترل به ترتیب ۱۱/۲۸ و ۹/۱۶ بوده است. در مورد ارتباط بین افسردگی و اضطراب و ویژگی‌های فردی نتایج نشان داد افسردگی در زنان و افراد معتاد بالاتر و میزان اضطراب در بی‌کارها بیشتر از شاغلین بوده است ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که بیماران تحت عمل جراحی قلب باز فشار روانی را قبل و بعد از عمل تجربه می‌کنند، که می‌تواند اثرات منفی بر بیمار بگذارد علی‌رغم وجود تفاوت در نمرات قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه، در گروه تجربی این تفاوت قبل و بعد بسیار چشمگیرتر بوده و همچنین در مقایسه نمرات بعد از مداخله نیز بین دو گروه تجربی و کنترل تفاوت وجود داشت از آنجا که آموزش به بیمار به عنوان یک روش ساده، ارزان، کارآمد و مقرون به صرفه، می‌تواند در کاهش افسردگی و اضطراب بیماران به کار رود، روش آموزش انفرادی به دلیل امکان توجه به رفتار فراگیران و تعامل متقابل و دریافت بازخورد و توجه به نیازهای فراگیران و به عنوان روشی سودمند در این زمینه توصیه می‌شود همچنین به نظر می‌رسد که گروه‌های زنان، افراد معتاد و بی‌کاران در این زمینه نیازمند توجه خاص می‌باشند.

کلید واژه‌ها: جراحی قلب باز، افسردگی، اضطراب، آموزش چهره به چهره

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۴/۱۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۱/۱۴

۱ - دانش‌آموخته کارشناسی ارشد پرستاری

۲ - مربی، کارشناس ارشد آموزش پزشکی و آموزش پرستاری، دانشجوی دکترای پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی رازی کرمان (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: Sabzevariz@yahoo.com

۳ - دانشیار، دکترای پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی رازی کرمان

۴ - استادیار، دکترای آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، کرمان

مقدمه

در حال حاضر در بیشتر نقاط دنیا بیماری‌های قلبی - عروقی در زمره گسترده‌ترین بیماری‌های مزمن قرار گرفته‌اند، و پیش‌بینی شده است که تا سال ۲۰۲۰ میلادی بیماری‌های قلبی - عروقی ۲۵ میلیون قربانی خواهند داشت (۱). مرگ و میر ناشی از این بیماری‌ها در کشورهای در حال توسعه ۲۸/۵٪ و در ایران ۳۵-۳۰٪ است به طوری که سالانه تقریباً ۱۵۰۰۰ ایرانی بر اثر این بیماری‌ها جان می‌سپارند (۲). علی‌رغم تأکید بر پیشگیری و تعدیل ریسک فاکتورها و پیشرفت در درمان‌های جدید، هنوز در بسیاری از بیماران قلبی، جراحی تنها درمان انتخابی است (۳).

عمل جراحی توأم با عوارض روانی متعددی برای بیماران است (۴). در میان اختلالات و ناراحتی‌های روحی قبل و بعد از عمل، افسردگی و اضطراب شایع‌تر و مهم‌تر می‌باشند (۵). در تحقیقی که در سال ۲۰۰۷ در آلمان انجام شد نشان داده شده است که شیوع افسردگی قبل از عمل بای‌پس عروق کرونر ۲۵/۸٪ و بعد از عمل ۱۷/۵٪ و شیوع اضطراب قبل و بعد از عمل به ترتیب ۳۴٪ و ۲۴/۷٪ بوده است (۶). بر اساس پژوهشی دیگر شیوع افسردگی قبل از CABG، ۴۷٪ و بعد از آن ۶۱٪ گزارش گردیده است و افرادی که قبل از عمل افسردگی دارند بعد از عمل این مشکل را برای مدت طولانی‌تری تجربه می‌کنند (۵). انتظار جراحی قلب، بستری شدن در بیمارستان، ترس از مرگ، شناختن شخصی که در گذشته با همین بیماری مرده است و به طور کلی ترس از ندانسته‌ها و ناشناخته‌ها، سبب پیدایش اضطراب و افسردگی در بیمار می‌شود. بنابراین اگر چه بررسی کامل جسمی و آمادگی جسمی در این بیماران بسیار مهم است اما بررسی روانی - اجتماعی و آمادگی روانی جز ضروری‌ترین مراقبت‌های پرستاری محسوب می‌شود (۷و۸). در مورد آمادگی روانی آنچه بسیار مهم و ضروری است مسأله آموزش به بیمار است. جان گامون (۱۹۹۶) پژوهشی در رابطه با تأثیر آموزش قبل از عمل روی بهبود نتایج روانی بیماران تحت عمل تعویض مفصل ران انجام داد و نتایج حاصل از کار وی حاکی از کاهش افسردگی و اضطراب بیماران و افزایش حس کنترل و سازگاری آنان بود (۹)، دهداری و همکاران نیز در ارتباط با تأثیر برنامه‌های نوتوانی همراه با آموزش شفاهی در کاهش اضطراب بیماران قلبی به نتایج مشابهی دست پیدا کردند (۱۰)، ایوارسون (۲۰۰۷) نیز در

مطالعه خود تأثیر مثبت آموزش از طریق بروشور و تأثیر آموزش‌های کتبی همراه با اطلاعات شفاهی را در کاهش اضطراب بیماران قلبی نشان داده است (۱۱). همچنین آسیگلو (۲۰۰۴) تأثیر مثبت آموزش شفاهی همراه با کتابچه در کاهش اضطراب بیماران جراحی قلب باز را نشان داده‌اند (۱۲). دستیابی به اهداف مراقبتی - درمانی و نیاز هر چه بیشتر بیماران به کسب اطلاعات اهمیت آموزش سلامت را در حیطه فعالیت پرستاران آشکار می‌سازد. یکی از مهم‌ترین برنامه‌های مراقبتی قبل از عمل آموزش به بیمار است و پرستار نقش عمده‌ای در این زمینه بر عهده دارد. پرستاران می‌توانند با آموزش صحیح خود عاملی جهت تقویت توانایی‌های بیماران در مراقبت از خود باشند و این آموزش می‌تواند در زمینه ارتقا سلامت، حفظ سلامت، و انجام فعالیت‌های روزانه باشند (۱۳). روش‌های متعددی برای آموزش مددجو وجود دارد که شامل: آموزش برنامه‌ای، آموزش کامپیوتری، مجموعه آموزشی، بحث گروهی، سخنرانی، پرسش کردن، نمایش دادن، تمرین، شبیه‌سازی، نقش بازی کردن است. پرستار باید با توجه به زمان، خصوصیات فراگیران، محتوای آموزشی و هدف آموزش بهترین روش را در موقعیت‌های خاص به کار گیرد. آموزش فرد به فرد و یا نفر به نفر یا چهره به چهره، یکی از قدرتمندترین راه‌های تأثیرگذاری بر فراگیر می‌باشد. در این روش مدرس می‌تواند فرصت یادگیری فعال در شرایط واقعی را در حالی که الگوهای مطلوب و متناسب با خصوصیات فردی ارایه می‌دهد مهیا سازد. لازم به ذکر است که بخش جراحی قلب محل پژوهش تنها مرکز ارایه‌دهنده این خدمات در کرمان بوده و بیماران متعددی از شهرستان‌های این استان و حتی از استان‌های مجاور جهت درمان به آنجا مراجعه می‌کنند. این بیماران اغلب نگران پیش آمدها و پیامدهای بعد از عمل بوده و علاقمند و مشتاق به دریافت اطلاعات در مورد بیماری و ابعاد مختلف درمان از جمله جراحی، بخش مراقبت‌های ویژه، رژیم غذایی، فعالیت، بازگشت به کار، داروها و غیره می‌باشند اما اطلاعات دریافتی آنان به آموزش کلی و به ارایه یک کتابچه محدود می‌شود و آموزش انفرادی صورت نمی‌گیرد. بنابراین پژوهشگر با تهیه یک پروتکل آموزشی و یک کتابچه آموزشی و با ارایه اطلاعات به صورت آموزش چهره به چهره سعی در برطرف کردن خلاء موجود داشته است آموزش چهره به چهره قبل از اعمالی مانند جراحی قلب به بیماران در کنترل شرایط خود کمک کرده و همچنین

فرصت پرسش را برای بیمار بوجود آورده است که بیمار بتواند هر سؤال و هر موضوع نگران کننده را با پژوهشگر مطرح نماید و باورها و اطلاعات نادرست در مورد عمل را در ذهن خود اصلاح کند و بنابراین از نگرانی‌های بیمار کاسته و از طرف دیگر پرستار نیز با تماس چهره به چهره با بیمار، از درک وی از اطلاعات اطمینان حاصل کرده و بازتاب فعالیت خود را مشاهده و دریافت می‌کند (۱۴). از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش چهره به چهره قبل از عمل بر کاهش میزان افسردگی و اضطراب بیماران بزرگسال تحت عمل جراحی قلب باز صورت گرفت.

روش مطالعه

این پژوهش یک مطالعه مداخله‌ای نیمه تجربی است که طی آن تأثیر آموزش چهره به چهره در کاهش افسردگی و اضطراب بیماران تحت جراحی قلب باز در بخش جراحی قلب بیمارستان شفا دانشگاه علوم پزشکی کرمان از اسفند ۸۶ تا تیر ۸۷ مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعه ۱۲۰ بیمار بعد از پذیرش، به دو گروه ۶۰ نفری تجربی و کنترل تقسیم و همسان‌سازی در گروه‌ها بر اساس سن، جنس، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، نوع جراحی و سطح تحصیلات انجام گردید. به عنوان Pre test سطح افسردگی و اضطراب در دو گروه با پرسشنامه افسردگی و اضطراب بیمارستانی (HADS) روز قبل از عمل سنجیده شد. سپس گروه تجربی برنامه آموزشی را دریافت کرد. این در حالی است که گروه کنترل فقط آموزش‌های معمول بخش را دریافت می‌کردند. سپس در روز ترخیص از کلیه شرکت‌کنندگان هر دو گروه درخواست شد که پرسشنامه مذکور را تکمیل نمایند که به عنوان post-test محسوب می‌شد.

نمونه پژوهش دارای ویژگی‌های زیر بودند:

- ۱- حداقل یک روز قبل از عمل جراحی قلب باز در بخش بستری می‌شدند.
- ۲- کاملاً هوشیار بوده و قادر به همکاری با پژوهشگر برای پاسخگویی به سؤالات بودند.
- ۳- قادر به تکلم به زبان فارسی بودند.
- ۴- از آمادگی جسمی لازم برای پاسخگویی به سؤالات برخوردار بودند.
- ۵- همسان‌سازی صورت گرفته و بیمارانی که از شرایط فوق برخوردار نبودند و به علاوه در تاریخچه

پزشکی آن‌ها تشخیص‌های روان پزشکی نظیر: ابتلا به افسردگی، اضطراب، اسکیزوفرنی درج شده بود از مطالعه حذف شدند. تعداد نمونه با توجه به مطالعه‌ای که توسط کرانیخ و همکاران در آلمان در سال ۲۰۰۷ در این زمینه انجام شده بود (۶) محاسبه گردید و از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. جمع‌آوری اطلاعات تارسیدن نمونه‌ها به حد کافی در هر گروه ادامه داشت. و انتخاب این که افراد در کدام گروه قرار بگیرند تصادفی بود بدین صورت که ۲ هفته اول هر بیمار مراجعه کننده به بخش در گروه کنترل قرار می‌گرفت سپس ۲ هفته بعد، بیماران واجد شرایط ورود به مطالعه پس از همسان‌سازی، در گروه تجربی قرار می‌گرفتند. در ابتدا پژوهشگر خود را معرفی کرده و هدف از انجام کار را برای بیمار به طور کامل شرح داده و در صورت تمایل، بیماران در مطالعه شرکت می‌کردند و به بیماران اطمینان داده شد در هر زمانی می‌توانند از مطالعه خارج شوند.

جلسات آموزشی در اتاق بیمار و یا اتاق کار پرسنل معمولاً با حضور خانواده بیمار بسته به تمایل آنان تشکیل می‌شد. آموزش به صورت چهره به چهره و انفرادی بوده و تقریباً هر جلسه آموزش بسته به سؤالات بیماران و درخواست خانواده‌های آنان حداکثر ۳۰ دقیقه طول می‌کشید. در طی جلسات آموزش از روش سخنرانی توأم با تعامل متقابل و پرسش و پاسخ برای اطمینان از درک بیماران از محتوای آموزشی استفاده شد و روش‌های کنترل خود مراقبتی از جمله کنترل نبض و درجه حرارت علاوه بر بیمار به اعضای خانواده وی نیز آموزش داده می‌شد. جلسه دوم آموزشی بعد از عمل، بعد از پذیرش مجدد بیماران به بخش جراحی قلب، روز قبل از ترخیص صورت می‌گرفت. که در این جلسه روش‌های کنترل خودمراقبتی و اعمالی مثل سرفه مؤثر و تنفس دیافراگمی و تکنیک آرام‌سازی مجدد مورد پرسش قرار گرفته و از بیماران درخواست می‌شد که در حضور پژوهشگر آن را انجام داده و نقاط ضعف مشخص و برطرف می‌گردید. همچنین در این جلسه مابقی محتوای آموزشی که بیشتر در مورد مراقبت‌های در منزل بود، آموزش داده می‌شد. کتابچه آموزشی که شامل کلیه آموزش‌های قبل و بعد از عمل و بعد از ترخیص بود در جلسه اول به بیماران داده می‌شد.

در این پژوهش از ابزار سنجش افسردگی و اضطراب بیمارستانی (HADS) Hospital Anxiety

و مسایل خصوصی بیماران و محرمانه نگهداشتن اطلاعات به دست آمده از آن‌ها اعلام نتایج پژوهش بدون ذکر نام و مشخصات فردی بیماران.

یافته‌ها

نتایج مربوط به ویژگی‌های فردی بیماران تحت عمل جراحی قلب باز نشان داد که تعداد مردان با $68/3\%$ نسبت به زنان $31/7\%$ بیشتر بود. میانگین سن بیماران ۵۶ سال بود اکثر بیماران در مطالعه حاضر را متأهلین به میزان 95% نسبت به 5% مجردین تشکیل می‌دادند در مورد میزان تحصیلات، اکثراً تحصیلات متوسطی داشتند. بیشترین نوع جراحی را گرفت بای‌پس عروق کرونر (CABG) با 95% موارد به خود اختصاص داد. تعداد شاغلین با $51/7\%$ در برابر $48/3\%$ بی‌کارها، بیشتر بوده است. برای دستیابی به میزان افسردگی و اضطراب قبل از عمل در دو گروه کنترل و تجربی میانگین نمره آزمون HADS محاسبه شد. مقایسه نمرات (پیش آزمون) اضطراب نشان داد که بین نمرات اضطراب قبل از عمل در دو گروه کنترل و تجربی تفاوت وجود داشت و در گروه کنترل میزان اضطراب بالاتر بود ($p < 0.005$). بین نمرات افسردگی قبل از عمل در دو گروه کنترل و تجربی تفاوتی وجود نداشت (جدول شماره ۲۰۱).

مقایسه نمرات با استفاده از آزمون آماری t زوج نشان داد برای هر دو گروه تجربی و کنترل ($p < 0.001$) نتیجه معنادار است. بدین صورت که افسردگی و اضطراب بعد از عمل در هر دو گروه کاهش یافته است. اما همان‌طور که مشاهده می‌شود این کاهش در گروه تجربی بیشتر است به این صورت که نمره اضطراب در گروه تجربی از $11/63$ قبل از عمل به $6/68$ بعد از عمل رسیده است این در حالی است که نمرات در گروه کنترل به ترتیب $13/3$ و $9/6$ بوده است. در مورد افسردگی نیز نمره قبل از عمل در گروه تجربی $10/33$ به $5/85$ بعد از عمل رسیده است که در گروه کنترل به ترتیب $11/28$ و $9/16$ بوده است. جهت مقایسه میانگین و انحراف معیار اضطراب و افسردگی قبل از عمل در دو گروه از آزمون آماری t مستقل استفاده شد. که در مورد اضطراب قبل از عمل بین دو گروه تفاوت معنادار آماری وجود داشت ($p < 0.05$) و میانگین نمرات اضطراب قبل از عمل در گروه کنترل بیشتر بوده است. اما در مورد افسردگی

(Depression Scale) که برای سنجش میزان افسردگی و اضطراب در بیماران بستری غیر روانی است، استفاده گردید. این پرسشنامه دارای ۱۴ سؤال است که شامل دو قسمت افسردگی و اضطراب می‌باشد. مقیاس پاسخ‌های سؤالات رتبه‌ای و چهار حالتی است که برای پاسخ هر سؤال امتیازی بین صفر تا سه تعلق می‌گیرد. بدین ترتیب هر گزینه‌ای که بیانگر افسردگی و اضطراب است بالاترین نمره یعنی عدد ۳ می‌گیرد و به ترتیب گزینه‌های دیگر عدد ۲ و ۱ و به گزینه‌ای که نمایانگر عدم افسردگی و اضطراب است عدد صفر تعلق می‌گیرد. سپس امتیاز هر حیطه جمع می‌شود. بر این اساس هر فرد در هر حیطه امتیازی بین صفر تا بیست و یک خواهد داشت. که امتیاز بین ۷-۱۰ نرمال، ۱۰-۸ بینابینی، و بالاتر از ۱۰ به عنوان موارد بیماری شناخته می‌شود. سؤالات فرد برای سنجش اضطراب و سؤالات زوج برای سنجش افسردگی به کار گرفته می‌شود. این ابزار در ایران توسط منتظری و همکاران در سال ۲۰۰۳ روایی و پایایی گردیده است. ثبات درونی آن با آلفای کرونباخ برای اضطراب 0.78 و برای افسردگی 0.86 بوده است (۱۵).

مدت زمان جمع‌آوری داده‌ها ۵ ماه بود که در فاصله زمانی اسفند ۸۶ تا تیر ۸۷ انجام شد. نمونه‌گیری به صورت مراجعه مداوم به بخش جراحی قلب صورت گرفت که طی آن بیماران تحت جراحی قلب باز که از شرایط شرکت در مطالعه برخوردار بودند از طریق پرسشنامه به وسیله پژوهشگر مورد مصاحبه قرار گرفتند.

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها با بهره‌گیری از نرم‌افزار آماری SPSS v. 14، از توزیع فراوانی ساده و درصد پاسخ به سؤالات ابزار (پرسشنامه HADS) و میانگین و انحراف معیار نمرات و آزمون t زوج (برای مقایسه قبل و بعد) و آزمون t مستقل، ANOVA و ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید.

از نظر ملاحظات اخلاقی این طرح در کمیته اخلاق در پژوهش معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان با شماره $187/64$ ک.ا. مورد تصویب قرار گرفت و اصول اخلاقی معمول در پژوهش‌ها مدنظر قرار گرفت که عبارت بودند از: ارائه معرفی‌نامه به بیمارستان و بخش مربوطه، ارائه توضیحات کافی برای بیماران و کسب اجازه از آن‌ها برای شرکت در پژوهش، عدم وجود هر گونه اجبار برای بیماران جهت شرکت در پژوهش، خودداری از افشاء اسرار

ارتباط بین افسردگی و اضطراب و سن از ضریب همیشگی پیرسون استفاده گردید. نتایج نشان داد در مورد نمرات افسردگی قبل از عمل در مورد وضعیت تأهل و سابقه مصرف مواد مخدر تفاوت معنادار آماری مشاهده شده و در متأهلین و افراد مصرف‌کننده مواد مخدر در گروه تجربی نمره افسردگی بالاتر بود. در مورد نمرات اضطراب بعد از عمل در گروه کنترل افراد بی‌کار نسبت به شاغل نمره بالاتری دریافت داشتند و در مورد افسردگی بعد از عمل در گروه تجربی افراد متأهل نمره بیشتری دریافت کردند (جدول شماره ۳ و ۴).

($p > 0.05$) تفاوت معنادار مشاهده نشد. برای مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب و افسردگی بعد از عمل در دو گروه کنترل و تجربی از آزمون آماری t مستقل استفاده شد. نتایج آزمون نشان داد که تفاوت معنادار است ($p < 0.0001$) و در گروه تجربی نمرات افسردگی و اضطراب کمتر از گروه کنترل است (جدول شماره ۲). برای بررسی ارتباط بین افسردگی و اضطراب با جنس، وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل، نوع جراحی، سابقه مصرف مواد مخدر از آزمون t مستقل و برای ارتباط بین افسردگی و اضطراب با سطح تحصیلات از آزمون ANOVA و برای

جدول ۱- فراوانی افسردگی و اضطراب قبل و بعد از عمل در دو گروه کنترل و تجربی در بخش جراحی قلب بیمارستان شفا دانشگاه علوم پزشکی کرمان در سال ۸۷-۸۶

گروه‌ها	متغیر			
	اضطراب قبل از عمل	اضطراب بعد از عمل	افسردگی قبل از عمل	افسردگی بعد از عمل
تجربی	۵۶/۷٪	۶/۷٪	۴۶/۷٪	۸/۳٪
کنترل	۸۱/۷٪	۴۰٪	۵۱/۷٪	۳۰٪

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب و افسردگی قبل و بعد از عمل در دو گروه کنترل و تجربی در بیماران بخش جراحی قلب بیمارستان شفا دانشگاه علوم پزشکی کرمان در سال ۸۷-۸۶

گروه‌ها	تجربی				کنترل			
	قبل		بعد		قبل		بعد	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اضطراب	۱۱/۶۳	۳/۸۲	۶/۶۸	۲/۷۷	۱۳/۳	۲/۸۸	۹/۶۱	۳/۲۰
افسردگی	۱۰/۳۳	۴/۰۱	۵/۸	۴/۴۹	۱۱/۲۸	۳/۴۰	۹/۱۶	۳/۴۲

جدول ۳- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب بعد از عمل بر حسب ویژگی‌های فردی در دو گروه کنترل و تجربی در بیماران بخش جراحی قلب بیمارستان شفا دانشگاه علوم پزشکی کرمان در سال ۸۷-۸۶

نتیجه آزمون آماری	گروه کنترل		نتیجه آزمون آماری	گروه تجربی		ویژگی‌های فردی	
	انحراف معیار	میانگین		انحراف معیار	میانگین		
۰/۲۱۹	۲/۶۵	۱۰/۳۶	۰/۳۲۱	۲/۸۲	۷/۲۱	مؤنث	جنس
	۳/۴۰	۹/۲۶		۲/۷۵	۶/۴۳	مذکر	
۰/۰۳۴	۳/۲۸	۸/۷۷	۰/۵۰۹	۲/۸۰	۶/۴۵	شاغل	وضعیت اشتغال
	۲/۹۱	۱۰/۵۱		۲/۷۷	۶/۹۳	بیکار	
۰/۳۴۶	۳/۱۲	۹/۵۲	۰/۱۳۴	۲/۷۸	۶/۸۰	متأهل	وضعیت تأهل
	۵/۰۳	۱۱/۳۳		۱/۵۲	۴/۳۳	مجرد	
۰/۲۵۹	۳/۱۰	۹/۵۰	۰/۵۲۰	۲/۸۲	۶/۷۳	CABG	نوع جراحی
	۵/۱۳	۱۱/۶۶		۱/۵۲	۵/۶	تعویض دریچه	
۰/۷۵۵	۳/۰۳	۱۰/۱۱	۰/۴۱۱	۲/۷۳	۷/۲۲	بیسواد	میزان تحصیلات
	۳/۲۲	۹/۴۱		۲/۸۲	۶/۶۲	دیپلم و زیردیپلم	
	۳/۸۲	۹/۴۲		۲/۶۳	۵/۵۷	بالاتر از دیپلم	
۰/۵۰۱	۳/۲۰	۱۰	۰/۲۵۸	۳/۱۷	۷/۵۰	پله	سابقه مصرف مواد مخدر
	۳/۲۲	۹/۴۱		۲/۶۶	۶/۴۷	خیر	

جدول ۴- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی بعد از عمل بر حسب ویژگی‌های فردی در دو گروه کنترل و تجربی در بیماران بخش جراحی قلب بیمارستان شفا دانشگاه علوم پزشکی کرمان در سال ۸۷-۸۶

نتیجه آزمون آماری	گروه کنترل		نتیجه آزمون آماری	گروه تجربی		ویژگی‌های فردی	
	انحراف معیار	میانگین		انحراف معیار	میانگین		
۰/۹۲۶	۲/۹۷	۹/۱۰	۰/۰۰۴	۳/۶۴	۷/۷۳	مؤنث	جنس
	۳/۶۴	۹/۱۹		۳/۰۸	۴/۹۷	مذکر	
۰/۱۵	۳/۱۱	۸/۵۴	۰/۱۱۳	۲/۷۸	۵/۲۹	شاغل	وضعیت اشتغال
	۳/۶۶	۹/۸۲		۴/۰۸	۶/۴۴	بی‌کار	
۰/۷۹۸	۳/۴۷	۹/۱۴	۰/۰۳۲	۳/۴۳	۶/۰۷	متاهل	وضعیت تأهل
	۲/۸۸	۹/۶۶		۱/۱۵	۱/۶۶	مجرد	
۰/۵۵۰	۳/۴۷	۹/۱۰	۰/۳۷۰	۳/۴۳	۵/۹۶	CABG	نوع جراحی
	۲/۵۱	۱۰/۳۳		۴/۶۱	۳/۶۶	تعویض دریچه	
۰/۰۶۲	۴/۰۶	۱۰/۰۵	۰/۱۱۶	۴/۳	۷/۲۲	بی‌سواد	میزان تحصیلات
	۲/۳۲	۸/۳۶		۲/۸۵	۵/۴	دیپلم و زیردیپلم	
	۴/۱۴	۱۱/۱۴		۳/۵۵	۴/۵۷	بالتر از دیپلم	
۰/۸۴۵	۳/۹۷	۹/۲۸	۰/۴۷۶	۲/۶۱	۶/۵۰	بله	سابقه مصرف مواد مخدر
	۳/۱۴	۹/۱۰		۳/۶۸	۵/۶۸	خیر	

بحث

نتایج حاصل از نمرات پیش آزمون در مورد اضطراب نشان داد که بین نمرات قبل از عمل دو گروه کنترل و تجربی تفاوت وجود دارد. در بعضی مطالعات نظیر پژوهش آسبگلو ۲۰۰۴ (۱۲) پیش آزمون قبل از عمل انجام نشده است و از بیماران فقط پس آزمون به عمل آمده است. لازم به ذکر است که در پژوهش حاضر بالاتر بودن سطح اضطراب گروه کنترل می‌تواند به عللی چون زمان پذیرش، سابقه جراحی قبلی، سابقه بستری قبلی، بی‌هوشی، شرایط اقتصادی - اجتماعی - حمایتی بیماران بستگی داشته باشد که در ویژگی‌های فردی لحاظ نشده است.

مقایسه نمرات افسردگی و اضطراب دو گروه نشان داد اگر چه میانگین افسردگی و اضطراب دو گروه بعد از عمل کاهش یافته است اما در گروه تجربی این تفاوت قبل و بعد بسیار چشمگیرتر است. در مورد افسردگی نیز نمره قبل از عمل در گروه تجربی ۱۰/۳۳ به ۵/۸۵ بعد از عمل رسیده و در گروه کنترل از ۱۱/۲۸ به ۹/۱۶ بوده و همچنین بین دو گروه کنترل و تجربی بعد از عمل تفاوت وجود داشت که بدین ترتیب فرضیه پژوهش مبنی بر این که سطح افسردگی و اضطراب بین دو گروه تفاوتی ندارد رد می‌شود. نتایج حاصل از پژوهش حاضر با مطالعات متعددی چون مطالعه جان گامون (۱۹۹۶) (۹)، دهداری و همکاران (۱۰)، مطالعه ایوارسون (۲۰۰۷) (۱۱)، مطالعه

آسبگلو (۲۰۰۴) (۱۲) هم‌خوانی دارد همان‌طور که نتایج نشان داد میزان افسردگی و اضطراب گروه کنترل نیز بعد از عمل کاهش یافته است که از دلایل احتمالی آن می‌توان به کاهش درد، گذشت زمان و برطرف شدن برخی عوامل مؤثر در بروز افسردگی و اضطراب مانند ترس از جراحی، ترس از بیهوشی، اتاق عمل، مراقبت‌های ویژه اشاره کرد. همچنین با توجه به تفاوت موجود در نمرات بعد از عمل در دو گروه تجربی و کنترل می‌توان نتیجه گرفت که آموزش چهره به چهره قبل از اعمالی مانند جراحی قلب به بیماران در کنترل شرایط خود کمک کرده و همچنین فرصت پرسش را برای بیمار به وجود آورده است که بیمار بتواند هر سؤال و هر موضوع نگران‌کننده را با پژوهشگر مطرح نماید و باورها و اطلاعات نادرست در مورد عمل را در ذهن خود اصلاح کند و بنابراین از نگرانی‌های بیمار کاسته و از طرف دیگر پرستار نیز با تماس چهره به چهره با بیمار، از درک وی از اطلاعات اطمینان حاصل کرده و بازتاب فعالیت خود را مشاهده و دریافت می‌کند. بنابراین بر اساس نتایج، آموزش به بیمار توسط پرستار که منبع مهم اطلاعاتی و همچنین در تماس مستقیم با بیمار است می‌تواند در کاهش افسردگی و اضطراب بیماران بسیار مؤثر باشد.

نتایج حاصله با برخی مطالعات دیگر از جمله مطالعه هابز (۱۶)، شولهام (۱۷)، برگمن (۱۸) مغایرت دارد. علت احتمالی این مغایرت می‌تواند ناشی از تفاوت در

استانداردهای فعالیت‌های پرستاری پرستاران آمریکا (آ-آ) -
ان (آ) تأکید شده است (۱۳).

به طور کلی نتایج این مطالعه نشان داد که بیماران تحت عمل جراحی قلب باز فشار روانی را قبل و بعد از عمل تجربه می‌کنند، که می‌تواند اثرات منفی بر بیمار بگذارد از طرف دیگر آموزش به بیمار به عنوان یک روش ساده، ارزان، کارآمد و مقرون به صرفه، می‌تواند در کاهش افسردگی و اضطراب بیماران به کار رود و روش آموزش انفرادی و چهره به چهره به دلیل امکان توجه به رفتار فراگیران و تعامل متقابل و دریافت بازخورد و توجه به نیازهای فراگیران روشی بسیار سودمند است.

از آنجایی که افسردگی و اضطراب بیماران روی نتایج و روند بهبودی و عوارض بعد از عمل تأثیرگذار است لذا توصیه می‌شود در درمان بیماران علاوه بر جنبه‌های جسمی باید به ابعاد روحی و روانی بیماری‌ها نیز توجه نمود. برای آمادگی روانی مهم‌ترین نکته توجه به حیطه آموزش به بیمار است. آموزش چهره به چهره به دلیل امکان تعامل بیشتر نسبت به سایر روش‌ها تأثیر بیشتری دارد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش می‌توان تکمیل پرسشنامه توسط پرسشگر به صورت مصاحبه را نام برد که ممکن است در نحوه پاسخگویی واحدهای پژوهش تأثیر داشته باشد. همچنین سابقه جراحی قلبی، سابقه بستری قلبی، بی‌هوشی، شرایط اقتصادی - اجتماعی - حمایتی بیماران، که در ویژگی‌های بیماران به آن پرداخته نشده است. البته لازم به ذکر است که اغلب بیماران تمایلی به ارائه اطلاعات دقیق در مورد وضعیت اقتصادی خود نداشته و در برخی موارد مشکلات مرتبط با مسایل اقتصادی را بزرگ‌تر از آنچه که هست جلوه می‌دهند.

از نتایج پژوهش می‌توان در عرصه‌های مختلف ارائه خدمات پرستاری اعم از آموزشی و تأکید بر آموزش بیمار به عنوان جز حیاتی مراقبت‌های پرستاری و بالینی به صورت ارائه آموزش‌های انفرادی و تأکید بر این گونه آموزش‌ها به خصوص در اعمال جراحی بزرگ و پژوهش به عنوان مبنایی برای پژوهش‌های بعدی استفاده کرد. پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر با تعداد نمونه بیشتر و در سایر اعمال جراحی و با کنترل متغیرهای متعدد انجام شود.

ویژگی‌های فردی نمونه پژوهش مانند فرهنگ، تحصیلات، تأهل، مشکلات اقتصادی، تأمین هزینه بیمارستان، نگرانی در مورد آینده بیماری و سیر بهبودی، ترس از مرگ و مردن، محتوای آموزشی، زمان و شیوه آموزش می‌باشد. در هیچ یک از موارد ذکر شده آموزش انفرادی و چهره به چهره نبوده است.

در مورد ویژگی‌های فردی بررسی ارتباط بین افسردگی و اضطراب با متغیر جنس در بیماران تحت جراحی قلب نشان داد، که میزان افسردگی در زنان بالاتر از مردان است. که با مطالعاتی چون، آمی (۱۹)، ویسمن (۲۰) تا کوپبی (۲۱)، هم‌خوانی دارد. بررسی ارتباط بین افسردگی و اضطراب با متغیر وضعیت اشتغال در بیماران تحت جراحی قلب نشان داد که اضطراب در بی‌کاران بیشتر بوده و در مورد افسردگی تفاوت مشاهده نشد. که با نتایج پژوهش‌های نجمان (۲۲)، ژیل (۲۳)، که در آن‌ها افسردگی و اضطراب با بی‌کاری رابطه داشته است هم‌خوانی دارد همچنین در مطالعه دهداری (۱۰)، کیفیت زندگی در بی‌کارها پایین‌تر بوده است.

در مورد ارتباط بین متغیر سطح تحصیلات و افسردگی و اضطراب در این پژوهش ارتباطی وجود نداشت. که با مطالعه دهداری (۱۰)، اسیگلو (۱۲)، هم‌خوانی دارد و با پژوهش اوهارا (۲۴)، باقریان (۲۵) که بین افسردگی و تحصیلات کم ارتباط وجود داشت مغایر است از دلایل احتمالی مغایرت می‌توان به عدم دسترسی کافی به منابع مالی و محرومیت از پیگیری مراقبت‌های بهداشتی و درمانی تخصصی نام برد.

در مورد ارتباط بین اعتیاد و افسردگی و اضطراب در این پژوهش نتایج نشان داد که افسردگی در معتادان بیشتر است و بین اضطراب و اعتیاد رابطه‌ای وجود نداشت که با پژوهش ویلسون (۲۶) مشابه است. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که افراد مسن، زنان، افراد بی‌کار و معتاد افسردگی و اضطراب بالاتری نسبت به سایر افراد دارند. بنابراین پرستاران می‌توانند به این گروه افراد توجه بیشتری نموده و عواملی که باعث ایجاد نگرانی آن‌ها می‌شود را شناسایی کرده و درباره آن با بیمار صحبت کند و نکات مهم و نگران‌کننده را برطرف سازد. آموزش یکی از عملکردهای مهم پرستاری در تمامی حیطه‌های فعالیت پرستاران محسوب می‌شود که این نقش از طرف انجمن

کرده و درباره آن با بیمار صحبت کند و نکات مبهم و نگران کننده را برطرف سازند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله نویسندگان از معاونت پژوهشی، مسؤولین و بیماران بخش‌های داخلی جراحی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی کرمان که امکان انجام این پژوهش را فراهم ساختند، کمال تشکر و قدردانی را دارند. بخشی از هزینه این طرح در قالب طرح مصوب شماره ۸۷/۲۳ معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان تأمین شده است.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد افسردگی و اضطراب در بیمارانی که منتظر عمل جراحی قلب باز هستند شایع، و از طرفی دیگر آرایه اطلاعات مناسب و آموزش‌های مناسب از طرف پرستار و سایر اعضای تیم بهداشتی، در کاهش افسردگی و اضطراب مؤثر است. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که زنان، افراد بی‌کار و معتاد افسردگی و اضطراب بالاتری نسبت به سایرین دارند که در بسیاری از مطالعات گذشته نیز این مسأله تأیید شده است. بنابراین پرستاران می‌توانند به این گروه افراد توجه بیشتری نموده و عواملی که باعث ایجاد نگرانی آن‌ها می‌شود را شناسایی

منابع

- 1- Yousefi P. Survey of quality of life in hospitalized cardiac failure patients in Shafa and Afzalipoor Hospital Kerman, Iran. MSc. Thesis. Nursing and Midwifery school, Kerman Medical University, 2006. [Persian]
- 2- Babae G, Keshavarz M, Heidarnia A, shayegan M. Effect of an Health Education program on quality of life in patients undergoing coronary Artery Bypass surgery. Acta Medica Iranica. 2007; 45(1): 69-75.
- 3- Arzaghi M, Bahrpeyma Sh, Shafiei A, Safavizade L, Masomi A, Mojebi Mogharar A, Nazer Abbasi K. Jarrahi Karent Tashkhis va Darman. Tehran: Salib Co; 1384. P. 30-33. [Persian]
- 4- Apostolakis E. Quality of life after coronary by pass surgery in male patients :1 year after follow up. [Online], <http://www.nursing.gr/> [10Apr2008].
- 5- Mattew M, Benedetto C, Rosenberg R, Soufer R. Pre surgical Depression predicts medical morbidity 6 month After coronary Artery Bypass Graft surgery. Psychosomatic medicine. 2003; 65: 111-118.
- 6- Krannich JH, Weyers P, Lueger S, Herzog M, Bohrer T, Elert O. Presence of Depression and Anxiety before and after coronary artery bypass graft surgery and their relationship to age. BMC psychiatry. 2007; 7(1): 47.
- 7- Mamishi N, Sami B. Medical Surgical Nursing Cardiovascular Brunner and Suddarth. Tehran: Boshra Co; 1384. P. 163-175. [Persian]
- 8- Alinejad Z. Medical Surgical Nursing From Psychological view. Tehran: Nahrab Co; 1376. [Persian]
- 9- Gammon G, Mulho lland CW. Effect of pre operative information prior to elective total hip replacement on psychological coping out comes. J adv Nurs. 1996; 24(2): 303-308.
- 10- Dehdari T, Heidarnia A, Ramezankhani A, Sadeghian S, Ghofranipour Ruchi F, Babaei GH, Etemadi S. Effects of Phase III Cardiac Rehabilitation Programs on Anxiety and Quality of Life in Anxious Patients after Coronary Artery Bypass Surgery. J Teh Univ Heart Ctr. 2007; 4: 207-212.
- 11- Ivarsson B, Larsson S, Luhrs C, Sjoberg T. Patient's perceptions of information about risks at cardiac surgery. Patient. Educ Couns. 2007; 67(1-2): 32-8.
- 12- Asilioglu K, Senolcelik S. The effect of pre operative education on anxiety of open cardiac surgery patients. Patient education and counseling. 2004; 53(1): 65-70.
- 13- Safavi M, Borzoie T, Patient Education. Tehran: Salemi, 1385. [Persian]
- 14- Saberian M. Planning for Patient education. Tehran: Boshra co, 1384. [Persian]
- 15- Montazeri A, Vahdaninia M, Ebrahimi M, Garvandi S. The Hospital Anxiety and Depression scale (HADS): Translation and validation study of the Iranian version. Health Qual life outcomes. 2003; 1: 14-21.
- 16- HOBBS R. Does pre-operative education of patients improve outcomes? The impact of pre-operative education on recovery following coronary artery bypass surgery: a randomized controlled clinical trial. European Heart Journal. 2002; 23: 600-601.

- 17- Shuldham S, Fleming G. The impact of pre-operative education on recovery following coronary artery bypass surgery. *European Heart journal*. 2002; 23: 666-674.
- 18- Bergmann P, Huber S, Machler H , Liebl E, Hinghofer H, Rehak P, Rigler B. the influence of medical information on the preoperative course of stress in cardiac surgery patients. *Cardio vascular anaesthesia*. 2001; 93: 1093-9.
- 19- Amy LA, Christopher P, Ruth ED, Daniel GS, et al. How gender affects psychological adjustment one year after coronary artery bypass graft surgery. *Women & Health*. 1997; 25(4): 21-45.
- 20- Weissman MM, Klerman G. Sex differences and the epidemiology of depression. *Archives of general psychiatry*. 1977; 34: 98-111.
- 21- Taqui AM, Itrat A, Qidwai W, Qadri Z. Depression in the elderly: does family system play a role? A cross-sectional study. *BMC Psychiatry* . 2007; 7: 57.
- 22- Najman JM, Keeping JD, Chang A, Morrison J, Western JS. Employment, Unemployment And The Health Of Pregnant Women. *New Doctor*. 1983; 9-12.
- 23- Gill SC, Butterworth P, Rodgers B, Anstey K, Villamil, E, Melzer D. Mental health and the timing of men's retirement. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2006; 41(7): 515-522.
- 24- Ohara MW, Hinrichs JV, Wright EJ. Psychology consequences of surgery. *Psychosomatic Medicine*. 1989; 356-357.
- 25- Bagherian Sararoodi R, Gilani B, Bahrami Ehsan H, Saneie H. Relationship Between Depression after Myocardial Infarction and Left Ventricular Function. *Ravanpezeshki Va Ravanshenasi Balini Iran*. 1386; 13(4): 320-327. [Persian]
- 26- Compton WM, Cottler LB, Jacobs JL, Abdallah A, Spitznagel EL. The Role of Psychiatric Disorders in Predicting Drug Dependence Treatment Outcomes. *Am J Psychiatry*. 2003; 160: 890-895.

The effect of preparatory face to face education to reduce depression and anxiety in open heart surgery adult patient in Shafa hospital in Kerman, 2008

Mousavi¹ SS (MSc.) - Sabzevari² S (MSc.) - Abbaszade³ A (Ph.D) - Hosseinnakhaie⁴ F (Ph.D).

Introduction: Depression and anxiety are psychological problems after cardiac surgery and hospitalization. Patient education and giving information has important role in nursing care in reducing anxiety and depression. In different methods individual and face to face teaching is an effective method. The main purpose of this study was the preparatory face to face education to reduce depression and anxiety in open heart surgery patients.

Methods: This was a quasi-experimental study on one-hundred and twenty patients dividing into two groups of sixty members, chosen at random and matched by age, sex, marital status employment status and type of surgery. The patients receiving information booklet and educational program were put in the experimental group and other patients were put in the control group only receiving normal education. The information was gathered by the standard questionnaire of Hospital Anxiety Depression Scale (HADS). For data analysis in spite of mean and standard deviation, correlation, T, ANOVA with SPSS 14 were used.

Results: According to the findings of the study the anxiety and depression in both groups were reduced after the surgery (P -value <0.0001). But in experimental group was significantly less than control group. The anxiety scores before and after the surgery in experimental group was 11.63 and 6.68 and in control group was 13.3 and 9.6. For the depression the scores was 10.3 and 5.85, and for the control group was 11.28, 9.16. According to the result of the study about the relationship between anxiety, depression and demographic variables, the amount of depression in women and addicted subjects were more than the rest of the group, furthermore jobless subjects had more anxiety ($P<0.05$).

Conclusion: The result of the study showed that undergoing heart surgery patients, experienced anxiety and depression that can negative effect on them. Despite of difference between pre and postoperative scores, in experimental group was significant. Furthermore education specially face to face educational program and giving information was very effective method in reducing their depression and anxiety. This teaching method for better interaction with client and its simply is useful for nurses. Also attention to female, addicted and jobless is recommended.

Key words: Open heart surgery, depression, anxiety, face to face patient teaching

1 - MSc. of Nursing

2 - Corresponding author: MSc. of Medical Education and Nursing Education, Ph.D of Nursing Student, Razi Nursing School, Kerman, Iran

e-mail: Sabzevariz@yahoo.com

3 - Associate Professor, Ph.D of Nursing, Razi Nursing School, Kerman

4 - Assistant Professor, Ph.D of Epidemiology and Statistics, Health School, Kerman