

دانشور

پزشکی

بررسی تأثیر آموزش قبل از عمل بر میزان افسردگی بعد از عمل در بیماران تحت عمل جراحی قلب باز

نویسندگان: لاله لقمانی*^۱، دکتر ابوالفضل جاریانی^۲، فریبا برهانی^۳

۱. مربی عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمان - دانشکده پرستاری بم، خدمات بهداشت و درمانی
۲. دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت
۳. مربی عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمان - دانشکده پرستاری بم

Email: MLloughmani1384@yahoo.com

* نویسنده مسئول: لاله لقمانی

چکیده

مقدمه: شیوع بیماری‌های قلب و عروق در بین مردم کشورهای صنعتی و در حال توسعه رو به فزونی است. نگاهی به آمارهای اخیر سازمان بهداشت جهانی، بیانگر آن است که این بیماری‌ها ۲۳ درصد از کل مرگ و میرهای جهانی را به خود اختصاص داده‌اند که در مقام مقایسه با سایر علل مرگ و میر، میزان قابل توجهی را تشکیل می‌دهد. به جرأت می‌توان گفت بیماری‌های قلبی و عروقی موجب بروز مشکلاتی برای مردم و عامل نگرانی‌هایی در جامعه است که از جمله آن‌ها می‌توان عدم حضور فرد در محل کار، هزینه بالای روش‌های جراحی و داروها، ناتوانی و سایر موارد را ذکر کرد. شواهد موجود بیانگر آن است که بیماری‌های عروقی کرونر با بروز اضطراب و افسردگی، اختلال خواب و خستگی شدید و شکایات عاطفی در ارتباط است و از آن‌جا که جسم و روان جدا از هم نیستند.

هدف: می‌توان با دادن آگاهی‌های لازم به بیماران، تا حد زیادی از مسائل و مشکلات روانی آن‌ها جلوگیری کرد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر، یک مطالعه تحلیلی است که به تأثیر آموزش قبل از عمل بر میزان افسردگی بیماران تحت عمل جراحی قلب در بیمارستان شهید مدرس پرداخته است. این پژوهش بر روی ۸۰ نفر از بیماران تحت عمل جراحی قلب که به صورت تصادفی به دو گروه شاهد و آزمون تقسیم شدند صورت گرفته. قبل از عمل، افسردگی دو گروه توسط تست استاندارد بک سنجیده شد. سپس به گروه مورد، آموزش‌های لازم داده شد. آنگاه یک ماه بعد از عمل مجدداً افسردگی دو گروه سنجیده شد و با هم مقایسه گردید. ابزار گردآوری اطلاعات، تست استاندارد بک بود که معیار درجه بندی آن ۷-۰ افسردگی خفیف، ۱۴-۸ افسردگی متوسط و ۲۶-۱۵ افسردگی شدید را نشان می‌دهد.

یافته‌ها: یافته‌های این پژوهش، حاکی از آن است که آموزش باعث کاهش ۵۰ درصدی افسردگی شدید در بیماران گروه مورد شد، ولی بر روی افسردگی خفیف و متوسط آن‌ها تأثیر نداشت. با توجه به ($p < 0/001$) اختلاف معنادار آماری بین افسردگی دو گروه شاهد و مورد بعد از آموزش وجود دارد و افسردگی شدید در گروه مورد به نصف کاهش پیدا کرده است. همچنین

دو ماهنامه علمی - پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال چهاردهم - شماره ۶۷
اسفند ۸۵

وصول: ۸۴/۱۱/۴

ارسال اصلاحات: ۸۴/۶/۲۶

دریافت اصلاحات: ۸۴/۷/۲۵

ارسال اصلاحات: ۸۴/۸/۹

دریافت اصلاحات: ۸۴/۱۱/۳۰

پذیرش: ۸۴/۱۲/۶

فرضیه پژوهش با ۹۵ درصد اطمینان تأیید شد. با توجه به یافته‌های فوق می‌توان گفت که آموزش نه تنها از مشکلات جسمی افراد می‌کاهد، بلکه بر روی مشکلات و مسائل روحی و روانی افراد نیز تأثیر بسزایی دارد.

نتیجه‌گیری: با برقراری ارتباط با بیماران و دادن آموزش‌های لازم در بخش‌های ویژه، بخصوص جراحی قلب می‌توان آنها را بیشتر به زندگی امیدوار کرد و از افسردگی آنها کاست و به بهبودی آنها سرعت بخشید.

واژه‌های کلیدی: جراحی قلب، آموزش به بیمار، افسردگی

مقدمه

شکایات عاطفی در ارتباط است [۴]. براون والد نیز در تأکید بر شیوع عوارض نورولوژیکی پس از اعمال جراحی قلب باز معتقد است که این عوارض به صورت فقدان حافظه کوتاه مدت، عدم تمرکز حواس و تغییرات روانی، به شکل افسردگی بخصوص در سالمندان ظاهر می‌گردد. در صورتی که برنامه آموزش منسجم و منطقی قبل از انجام عمل این بیماران طراحی شود و اطلاعات لازم در اختیار آنان قرار گیرد، می‌توان انتظار داشت که این امر تأثیر بسزایی بر وضعیت جسمی و روانی و اجتماعی آنان داشته باشد [۵]. جارسما در بیان تغییرات مشاهده شده در وضعیت عمومی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد یا کسانی که تحت جراحی بای‌پس قلبی قرار گرفته‌اند می‌گوید: تغییرات در وضعیت عمومی این بیماران می‌تواند منجر به ایجاد نیازهای خود مراقبتی گردد؛ به طوری که در راستای آن، بیماران رفتار خود را در ارتباط با عوامل خطر ساز و ایجاد کننده بیماری تغییر دهند [۶]. بیماران قلبی که دچار حمله قلبی می‌شوند اگر افسرده نیز باشند احتمال مرگ و میر در آنان شش تا یک سال بیش از سایر بیماران است؛ زیرا افسردگی باعث تغییرات شیمیایی در بدن می‌شود. از جمله این تغییرات، افزایش ترشح کورتیزول و سرتونین است. این مواد باعث ایجاد لخته و یا صدمه به دیواره شریان‌ها می‌شوند. همچنین افسردگی باعث تغییرات ریتم و ریت قلب می‌شود و چنانچه در بیماری، تغییرات

در هر ثانیه، یک نفر در اثر اختلالات قلب و عروق می‌میرد بدین معنا که ۲/۳ درصد این افراد به طور کلی دچار اختلالات عروق کرونر هستند که در ساعات اولیه، تنها علائم قلبی داشته‌اند. در آمار دیگری گفته می‌شود که از هر ۶ نفر مرد و یا هر ۸ نفر زن که در سنین بالاتر از ۴۵ سالگی قرار دارند یک نفر مبتلا به بیماری‌های انفارکتوس میوکارد یا سکته مغزی می‌گردد [۱].

هاریسون با ذکر کاهش مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی و عروقی طی ۳۰ سال گذشته، هنوز آن را جدی‌ترین خطر برای سلامتی بشر دانسته، اصلی‌ترین عامل مرگ و میر در کشورهای در حال توسعه ذکر می‌کند [۲]. به جرأت می‌توان گفت که هیچ اقدامی در زمینه درمان بیماری‌های قلبی و عروقی به اندازه جراحی قلب بر کیفیت زندگی مبتلایان تأثیر نگذاشته است. شاید استفاده از تکنیک‌های بای‌پس قلبی - ریوی انقلابی‌ترین ابداع در پیشرفت جراحی قلب بوده است. این شیوه اولین بار در سال ۱۹۵۱ با موفقیت مورد آزمایش قرار گرفت و از سال ۱۹۸۹ هر ساله قریب به ۲۵۰ نفر مورد جراحی قلب باز با استفاده از بای‌پس انجام می‌گیرد [۳].

شواهد موجود بیانگر آن است که بیماری‌های عروق کرونر با بروز اضطراب، افسردگی، اختلال خواب، خستگی شدید و

بستری در بخش مراقبت ویژه مورد توجه باشند. بیماران مبتلا به سایکوزهای پس از عمل ممکن است احساس خود را در شکل‌های افسردگی، بی‌خوابی و یا کابوس بیان کنند. این اختلالات پس از گذشت مدتی بر طرف می‌گردند، اما قبل از عمل باید احتمال بروز این اختلالات روانی را آموزش داد؛ زیرا در غیر این صورت، بیمار تصور می‌کند که دچار نوعی اختلال دائم مغزی یا حافظه‌ای شده است [۱۱].

پژوهشگر با توجه به اهمیت و ضرورت رفع مشکلات بیماران به خصوص افسردگی که پس از جراحی قلب باز بروز می‌کند، بر این باور است که علی‌رغم اهمیت فراوان الگوهای زیربنایی و کاربردی پرستاری در مراقبت از این گروه از بیماران، متأسفانه در برنامه‌ریزی مراقبت‌های درمانی در بخش‌های جراحی قلب تأکید کم‌تری بر شناخت و بررسی مشکلات روحی بیماران صورت می‌پذیرد. لذا این پژوهش در نظر دارد با تعیین تأثیر آموزش‌های لازم به بیماران بستری، بتواند امکان برنامه‌ریزی‌های جامع و مطلوب‌تری را در راستای ارتقای مراقبت‌های پرستاری از بیماران تحت عمل جراحی قلب فراهم آورد.

مواد و روش کار

این تحقیق یک پژوهش تحلیلی دو گروهی شاهد و آزمون بود که از نظر مشخصات دموگرافیک شبیه هم انتخاب شدند.

تعداد نمونه‌ها ۸۰ بیمار تحت عمل جراحی قلب بود که به دو گروه شاهد و تجربه تقسیم شدند. این پژوهش در بخش‌های جراحی قلب بیمارستان مدرس در سال ۱۳۷۹ انجام شد.

ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه‌ای بود حاوی اطلاعات دموگرافیک، مشتمل بر سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، تعداد فرزندان، شغل، درآمد و نوع عمل جراحی. در قسمت دوم (قسمت افسردگی بک) ۲۱ سؤال ۴ گزینه‌ای با درجات نمره گذاری ۷ - ۰

ریتم قلب بعد از حمله قلبی و یا جراحی قلب دیده شود. احتمال مرگ در یک تا شش سال بعد خیلی زیاد است. ولی کاهش افسردگی از هر طریق، چه دارو درمانی و یا آموزش دادن و یا روان درمانی، به طور چشمگیر از خطر مرگ در این بیماران می‌کاهد [۷]. چنانچه بیماری جسمی تأثیر خاصی در زندگی فرد داشته باشد غالباً احتمال بروز افسردگی و پیامدهای روانی آن وجود دارد. این احتمال در تمام بیماری‌های جسمی که همراه با استرس زیاد باشند تشدید می‌گردد. افسردگی، تأثیرات مخربی بر توانایی بیماران در اجرای مراقبت از خود دارد؛ به طوری که در بیماران قلبی که دچار افسردگی شدید می‌گردند این توانایی‌ها به شدت کاهش می‌یابد. مطالعات نشان می‌دهد که افراد افسرده سیگاری غالباً در ترک آن نیز موفق نیستند [۷].

بسیاری از بیماران قلبی ممکن است افسردگی متوسط تا شدیدی را از خود نشان دهند که این افسردگی واکنشی طبیعی است و امکان دارد روزها، هفته‌ها و حتی ماه‌ها پس از ترخیص ادامه داشته باشد. پس ضروری است در طول مدت نقاهت به حمایت از نیازهای روحی و روانی بیماران پرداخته شود [۸].

آموزش به بیماران، عامل پیشرفت در فرایند بهبود بیمار و کوتاه شدن طول مدت اقامت در بیمارستان است. از طرفی با تأثیر آموزش بر ارتقای کیفیت زندگی می‌توان به کاهش مشکلات روحی، جسمی و سرعت بهبودی کمک شایانی کرد [۹].

آموزش و حمایت از بیمار در جنبه‌های مختلف جسمی و روانی از وظایف عمده و مهم پرستاران است، اما انجام این امر به نحو شایسته ممکن نیست مگر آن‌که مشکلات و نیازهای روحی و جسمی بیماران در این زمینه به طور کامل بررسی شود که به این طریق، ضمن آگاهی و شناخت نیازها و مسائل بیمار، پرستار قادر به طرح و اجرای برنامه‌های مراقبتی و درمانی خواهد بود [۱۰]. در برنامه آموزش قبل از عمل باید عوامل تشدید کننده سایکوز پس از عمل جراحی و اختلالات ناشی از

دست آمده به عنوان امتیاز پس آزمون نوبت دوم قرار گرفت.

مرحله چهارم: افسردگی در دو گروه شاهد و آزمون در مراحل فوق با هم مقایسه و نتیجه گیری انجام شد. در خصوص با اعتبار و اعتماد تست بک توضیح این است که تست افسردگی بک، تستی استاندارد در ایران است که قبلاً پایایی و روایی آن سنجیده شده است. اعتبار و اعتماد علمی تست افسردگی بک توسط محققین و روانشناسان بسیاری تأیید شده است. چنانچه کندل و زالی در سال ۱۹۷۰ ثبات اعتبار و قابلیت انتقال را از عوامل مهمی برشمرده اند که در تست بک منعکس است. در طی سال‌های متمادی، مطالعات گوناگون در مورد تست بک انجام گرفته است. بک و همکاران او در سال ۱۹۸۸ این تست را روی جمعیت امریکا، و متکالف و گلدمن در همان سال بر روی جمعیت انگلیس، و پرتو در سال ۱۹۷۰ و موسی پور در سال ۱۹۷۱ بر روی جمعیت ایران استفاده کردند. تست بک، بهترین تست شناخته شده در تعیین افسردگی است، زیرا شخص می‌تواند در هر مرحله، موقعیت قبلی خود را پیدا و انتخاب کند که این امر، مبین حالت بالینی افسردگی است. تست افسردگی بک به عنوان تستی مستقل از فرهنگ خاص شناخته شده و اختصاص به طبقه اجتماعی خاصی ندارد و حتی مخصوص هیچ طبقه اقتصادی و تحصیلی خاصی نیست. این امر بیانگر آن است که هر فردی در اجتماع در هر طبقه اجتماعی و اقتصادی (فقیر یا غنی) می‌تواند توسط این تست مورد آزمایش قرار گیرد و عمق افسردگی او سنجیده شود [۱۲].

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و اطلاعات گردآوری شده از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. داده‌های پژوهش به صورت جداول توزیع فراوانی مطلق و نسبی تنظیم گردید و آزمون‌های مورد استفاده، شامل آزمون «کای دو» و آزمون «تی» (t) بود.

افسردگی خفیف، ۱۴ - ۸ افسردگی متوسط و ۲۶ - ۱۵ افسردگی شدید، طبق نظر روانپزشکان بیمارستان امام حسین تهران درجه بندی شده است. این پژوهش به صورت طرح آزمون مقدماتی و نهایی با گروه شاهد و استفاده از گزینش تصادفی است که در این جا دو گروه شاهد و آزمون به طور تصادفی و مشابه یکدیگر انتخاب شده‌اند. ابتدا از هر دو گروه، آزمون مقدماتی (پرسشنامه سنجش افسردگی بک) به عمل آمد. سپس گروه آزمون را در معرض اثر متغیر مستقل (آموزش) قرار دادیم، در حالی که گروه شاهد از این متغیر مصون بود. در خاتمه، بار دیگر به دو گروه، تست افسردگی بک داده شد و سپس مقایسه‌ای میان امتیازات میانگین نمرات آزمون مقدماتی و نهایی در گروه شاهد و آزمون انجام گرفت و مقایسه‌ای نیز میان میانگین نمرات آزمون‌های مقدماتی و نهایی در هر گروه به عمل آمد.

روش گردآوری اطلاعات شامل ۴ مرحله است:

مرحله اول: ابتدا به دو گروه شاهد و آزمون، فرم اطلاعات دموگرافیک و آزمون سنجش افسردگی داده شد و امتیاز به دست آمده به عنوان امتیاز پیش آزمون یا نوبت اول هنگام بستری شدن در بیمارستان محسوب گردید.

مرحله دوم: به گروه آزمون، آموزش‌های لازم در دو جلسه داده شد که جلسه اول، آموزش قبل از عمل به مدت ۳۰-۲۰ دقیقه به صورت فردی یا در گروه ۴ نفره در مورد ماهیت بیماری، نوع بیماری، علت به وجود آمدن بیماری، تکنیک و عوارض جراحی، کلیه اقدامات قبل از عمل و مراقبت‌های انجام شده در بخش‌های مراقبت ویژه است. روش آموزش به صورت سخنرانی، استفاده از کتابچه آموزشی و بازدید از بخش I.C.U است. محتوای آموزش یادآوری بیماران جلسه دوم آموزش یک روز قبل از عمل شامل مراقبت‌های انجام شده در منزل می‌باشد، داده شد.

مرحله سوم: افسردگی بیماران در دو گروه شاهد و آزمون یک ماه بعد از عمل نیز سنجیده شد و امتیاز به

اهداف پژوهش

هدف کلی: تعیین تأثیر آموزش قبل از عمل بر میزان افسردگی بعد از عمل در بیماران تحت عمل جراحی قلب باز.

اهداف ویژه

۱. تعیین میزان افسردگی قبل از عمل (نوبت اول) در گروه شاهد و آزمون.
 ۲. تعیین افسردگی بعد از عمل (نوبت دوم) در دو گروه شاهد و آزمون.
 ۳. مقایسه میزان افسردگی در دو گروه شاهد و آزمون (نوبت اول و دوم) قبل و بعد از آموزش و عمل.
- فرضیه پژوهش:** آموزش، باعث کاهش افسردگی در بیمارانی که تحت عمل جراحی قلب قرار می‌گیرند می‌شود.

نتایج

در این مطالعه ۸۰ بیمار تحت عمل جراحی قلب در بیمارستان شهید مدرس تهران در سال ۱۳۷۹ در دو گروه شاهد و آزمون به نسبت مساوی مورد بررسی قرار گرفتند. این دو گروه از نظر مشخصات دموگرافیک (سن، جنس، شکل، تعداد فرزندان، درآمد، نوع عمل جراحی و میزان تحصیلات) با یکدیگر هماهنگ بودند. لذا تأثیر این متغیرها بر نتایج پژوهش یکسان بود.

نتایج زیر نشان می‌دهد که در گروه آزمون، قبل از آموزش ۱۷/۵ درصد افراد دارای افسردگی خفیف و ۲۲/۵ درصد افسردگی متوسط و ۵۰ درصد دارای افسردگی شدید بودند. در گروه شاهد نوبت اول ۲۰ درصد بیماران از افسردگی خفیف، ۲۰ درصد از افسردگی متوسط و ۶۰ درصد از افسردگی شدید رنج می‌بردند (جدول ۱). همچنین در گروه آزمون در نوبت دوم، بعد از آموزش مشخص شد که ۳۵ درصد افراد دچار افسردگی خفیف، ۴۰ درصد دچار افسردگی متوسط و ۲۵ درصد دچار افسردگی شدید بودند که این

درصدها در گروه شاهد نوبت دوم ۱۷/۵ درصد دارای افسردگی خفیف، ۲۲/۵ درصد دارای افسردگی متوسط و ۶۰ درصد دارای افسردگی شدید بود که در مقایسه با نوبت اول، تغییری نکرده بودند (جدول ۳). در مقایسه افسردگی گروه شاهد در نوبت اول و دوم مشخص شد که افسردگی خفیف بیماران از ۲۰ درصد به ۱۷/۵ درصد کاهش، افسردگی متوسط از ۲۰ درصد به ۲۲/۵ درصد افزایش یافته و افسردگی شدید از ۶۰ درصد تغییری نکرده که با استفاده از آزمون t ($P=0/1$) اختلاف معنادار آماری بین دو نوبت اول و دوم دیده نشد (جدول ۴).

در مقایسه میزان افسردگی در نوبت اول و دوم در گروه آزمون مشخص شد که افسردگی خفیف بیماران از ۱۷/۵ درصد به ۳۵ درصد، افسردگی متوسط از ۲۲/۵ درصد به ۴۰ درصد رسیده، ولی افسردگی شدید از ۵۰ درصد به ۲۵ درصد کاهش یافته است که با استفاده از آزمون «تی» (t) ($P<0/001$) اختلاف معنادار آماری بین میانگین افسردگی قبل و بعد از آموزش دیده شد (جدول ۲).

همچنین در رابطه با مقایسه میزان افسردگی قبل از عمل در نوبت اول در گروه شاهد و آزمون مشخص شد که افسردگی شدید در گروه شاهد ۶۰ درصد و در گروه آزمون ۵۰ درصد بود. همچنین میانگین شدت افسردگی در گروه آزمون ۱۶/۲۰ با انحراف معیار ۸/۷۹ و در گروه شاهد ۱۶/۸۵ با انحراف معیار ۹/۸۳ بود که با توجه به ($P=0/75$) اختلاف معنادار آماری بین افسردگی دو گروه در نوبت اول یا قبل از عمل وجود نداشته است (جدول ۱). در رابطه با مقایسه میزان افسردگی، یک ماه بعد از عمل و در نوبت دوم در دو گروه مشخص شد که افسردگی شدید در بیماران گروه تجربه از ۵۰ درصد به ۲۵ درصد کاهش یافته، در صورتی که در گروه شاهد تغییری نداشته است. میانگین افسردگی در گروه آزمون ۹/۸۲ با انحراف معیار ۵/۳۳ و در گروه شاهد ۹/۲۷ با انحراف معیار ۱۱/۵۶ بوده است

که با توجه به آزمون t ($P < 0/001$) اختلاف معنادار آماری بین دو گروه دیده شد (جدول ۲).

جدول ۱ مقایسه میزان افسردگی قبل از عمل، و قبل از آموزش در گروه آزمون و نوبت اول در گروه شاهد در بیماران تحت عمل جراحی قلب باز

گروه نمرات		تجربه		شاهد		جمع	
افسردگی قبل از عمل		درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
هیچ	۰	۰	۱	۲/۵	۱	۲۵/۱	۱
تقریباً هیچ ۱	۰	۰	۱	۲/۵	۱	۲۵/۱	۱
ناچیز ۲-۳	۱	۲/۵	۲	۵/۰	۳	۳۷/۵	۳
خفیف ۳-۷	۶	۱۵	۴	۱۰/۰	۱۰	۱۲/۵	۱۰
متوسط ۸-۱۰ (بیشتر از خفیف)	۸	۲۰/۰	۵	۱۲/۵	۱۳	۱۶/۲۵	۱۳
(متوسط ۱۱-۱۴)	۵	۱۲/۵	۳	۷/۵	۱۰/۰	۱۲/۵	۱۰/۰
(کمتر از شدید) (۱۵-۲۶)	۲۰	۵۰/۰	۲۴	۶۰	۴۴	۵۵	۴۴
جمع	۴۰	۱۰۰	۴۰	۱۰۰	۸۰	۱۰۰	۸۰
میانگین	۱۶/۲۰	۱۶/۸۵	۱۶/۵۲	۱۶/۸۵	۱۶/۵۲	۱۶/۵۲	۱۶/۵۲
انحراف معیار	۸/۷۹	۹/۴۷	۹/۲۷	۹/۴۷	۹/۲۷	۹/۲۷	۹/۲۷

آزمون مقایسه میانگین‌ها: $df=78$ $P = 0/75$ $t = 0/21$

طبق جدول فوق، میزان افسردگی در گروه شاهد، قبل از عمل (نوبت اول) خفیف (۲۰ درصد)، متوسط (۲۰ درصد)، شدید (۶۰ درصد) و میزان افسردگی در گروه تجربه قبل از عمل (قبل از آموزش) خفیف (۱۷/۵ درصد)، متوسط (۲۲/۵ درصد)، شدید (۵۰ درصد) است. با توجه به ($P = 0/75$) محاسبه شده که بزرگتر از ($P = 0/05$) جدول است. اختلاف معنادار آماری بین افسردگی شدید دو گروه شاهد و آزمون دیده نشد.

جدول ۲ مقایسه میزان افسردگی قبل و بعد از آموزش در گروه آزمون در بیماران تحت عمل جراحی قلب باز

گروه تجربه		قبل از عمل		بعد از عمل		میزان افسردگی	
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
هیچ	۰	۰	۰	۵/۰	۲	۵/۰	۲
تقریباً هیچ ۱	۰	۰	۰	۲/۵	۲	۲/۵	۲
ناچیز ۲-۳	۱	۲/۵	۱	۷/۵	۳	۷/۵	۳
خفیف ۳-۷	۶	۱۵	۴	۲۰/۰	۸	۲۰/۰	۸
متوسط ۸-۱۰ (بیشتر از خفیف)	۸	۲۰/۰	۵	۰۲/۰	۸	۰۲/۰	۸
(متوسط ۱۱-۱۴)	۵	۱۲/۵	۳	۰۲/۰	۸	۰۲/۰	۸
(۱۵-۲۶)	۲۰	۵۰/۰	۲۰	۲۵/۰	۱۰	۲۵/۰	۱۰
جمع	۴۰	۱۰۰	۴۰	۱۰۰	۴۰	۱۰۰	۴۰
میانگین	۱۶/۱۲	۱۶/۱۲	۱۶/۱۲	۱۶/۱۲	۱۶/۱۲	۱۶/۱۲	۱۶/۱۲
انحراف معیار	۸/۵۷	۸/۵۷	۸/۵۷	۸/۵۷	۸/۵۷	۸/۵۷	۸/۵۷

آزمون مقایسه میانگین‌ها: $df = 39$ $P = 0/001$ $t = 0/42$ زوج

طبق جدول فوق، در گروه آزمون، افسردگی شدید بیماران از ۵ درصد قبل از عمل به ۲۵ درصد بعد از عمل کاهش یافته است. با توجه به ($P = 0/001$) محاسبه شده کوچکتر از ($P = 0/05$) جدول است.

همچنین تغییر میانگین نمره افسردگی قبل از آموزش از ۱۶/۱۲ به ۹/۸۲ بعد از آموزش نشانگر اختلاف معنادار آماری بین دو نوبت اندازه‌گیری افسردگی در گروه آزمون است.

جدول ۳ مقایسه میزان افسردگی یک ماه بعد از عمل، بعد از آموزش در گروه آزمون و نوبت دوم در گروه شاهد در بیماران تحت عمل جراحی قلب باز

گروه نمرات		تجربه		شاهد		جمع	
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
نمرات افسردگی یک ماه بعد از عمل							
هیچ	۲	۵/۰	۲	۵/۰	۲	۵/۰	۲
تقریباً هیچ ۱	۱	۲/۵	۰	۰	۱	۱/۳	۱
ناچیز ۲-۳	۳	۷/۵	۱	۲/۵	۴	۵/۰	۴
خفیف ۳-۷	۸	۲۰	۴	۱۰۰	۱۲	۱۵/۰	۱۲
متوسط ۸-۱۰ (بیش تر از خفیف)	۸	۲۰	۴	۱۰/۰	۱۲	۱۵/۰	۱۲
(متوسط ۱۱-۱۴) (۱۵-۲۶)	۸	۲۰	۵	۱۲/۵	۱۳	۱۶/۲۵	۱۳
	۱۰	۱/۲۵	۲۴	۶۰/۰	۳۴	۴۲/۵	۳۴
جمع	۴۰	۱۰۰	۴۰	۱۰۰	۸۰	۱۰۰	۸۰
میانگین	۹/۸۲		۹/۲۷		۱۴/۵		۱۴/۵
انحراف معیار	۵/۳۳		۱۱/۵۶		۱۰/۱۳		۱۰/۱۳

$t = 4/69$ $P = 0/001$ $df = 78$

درصد) است. با توجه به ($P=0/001$) محاسبه شد، اختلاف معنادار آماری بین افسردگی دو گروه شاهد و آزمون بعد از آموزش وجود دارد و افسردگی شدید در گروه آزمون، به نصف کاهش پیدا کرده است.

طبق جدول فوق، میزان افسردگی در گروه شاهد بعد از عمل (نوبت دوم) خفیف (۲۲/۵ درصد)، متوسط (۲۰ درصد)، وخیم (۶۰ درصد) و میزان افسردگی در گروه تجربه بعد از آموزش (نوبت دوم) خفیف (۳۵ درصد)، متوسط (۴۰ درصد)، وخیم (۲۵

جدول ۴ مقایسه میزان افسردگی قبل و بعد از آموزش در گروه آزمون در بیماران تحت عمل جراحی قلب باز

گروه آزمون		قبل از عمل		بعد از عمل	
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
میزان افسردگی					
هیچ	۱	۲/۵	۱	۵/۰	۲
تقریباً هیچ ۱	۱	۲/۵	۰	۰	۰
ناچیز ۲-۳	۲	۵/۰	۱	۲/۵	۱
خفیف ۳-۷	۴	۱۰/۰	۴	۱۰/۰	۴
متوسط ۸-۱۰ (بیش تر از خفیف)	۵	۱۲/۵	۵	۱۲/۵	۴
متوسط ۱۱-۱۴) (۱۵-۲۶)	۳	۷/۵	۳	۱۲/۵	۴
شدید	۲۴	۶۰/۰	۲۴	۶۰/۰	۵
جمع	۴۰	۱۰۰	۴۰	۱۰۰	۴۰
میانگین	۱۶/۷۷		۱۹/۲۷		۱۹/۲۷
انحراف معیار	۹/۸۲		۱۱/۵۶		۱۱/۵۶

$t = 1/68$ $P = 0/10$ $df = 39$

طبق جدول فوق، میزان افسردگی شدید بیماران در گروه شاهد (۶۰ درصد) قبل از عمل با میزان افسردگی آنها بعد از عمل (۶۰ درصد) تغییر نداشته است. با توجه به جدول شماره ۱ و P محاسبه شده که بزرگتر از (P=۰/۰۵) است. همچنین تفاوت افسردگی در اندازه‌گیری نوبت اول گروه شاهد (۱۶/۷۷) و اندازه‌گیری نوبت دوم (۱۹/۲۷)، نشانگر آن است که اختلاف معنادار آماری بین میانگین نمره افسردگی در گروه شاهد در دو نوبت اندازه‌گیری وجود نداشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

عمل جراحی قلب باز از پراسترس‌ترین فشارهای روحی است که بر یک بیمار قلبی می‌تواند وارد شود. به طوری که در این پژوهش مشخص شد درصد بالایی از بیماران، قبل از عمل از افسردگی شدید رنج می‌بردند. در پژوهش‌های مختلف نیز از میزان بالای افسردگی و سایر اختلالات روانی به میزان بالا ذکر شده است. در تحقیقی که توسط گروهی از محققین در system university heart انجام شد مشخص گردید که ۴۵ درصد بیماران قبل از عمل و ۳۲ درصد در طی یک سال بعد از عمل دچار افسردگی می‌شدند. هر چند که عمل جراحی باعث بهبود وضعیت فیزیکی بیماران می‌شود، ولی علائم افسردگی به صورت کندی در کلام و حافظه و دقت در بیماران وجود خواهد داشت. آنها همچنین دریافتند که مرگ و میر به دنبال جراحی قلب در بیمارانی که افسرده بودند بیش از سایر بیماران بود. لذا با صحبت کردن با بیماران و تشویق آنها به مصرف داروهای ضد افسردگی به طور قابل ملاحظه می‌توان از مرگ و میر آنها جلوگیری کرد [۱۳]. در تحقیقی که توسط «روت و همکارانش» در سال ۱۹۹۲ مبنی بر «تحلیل عوامل تشدیدکننده افسردگی بعد از سکت قلبی» صورت گرفت مشخص شد که احساساتی مثل اضطراب و افسردگی و اشکال مختلفی از شرایط خلق افسرده بلافاصله بعد از حمله قلبی حاد به وجود می‌آید و

همچنین شیوع اختلالات افسردگی ماژور بیماران بعد از سکت قلبی حاد در طول زمان بیش‌تر مشخص می‌شود که همزمان با بیماران عروق کرونر و افسردگی، کاهش فعالیت‌های اجتماعی شخص به چشم می‌خورد [۱۴]. در مورد هدف اول پژوهش با توجه به جدول ۱ و با استفاده از آزمون آماری «تی مزدوج» اختلاف معناداری بین میزان افسردگی در دو گروه شاهد و آزمون در نوبت اول دیده نشد (P=۰/۷۵). در مورد هدف دوم پژوهش، همان‌طور که در جدول شماره ۲ مشخص است با استفاده از آزمون آماری «تی مزدوج» اختلاف معنادار بین میزان افسردگی قبل و بعد از آموزش در گروه آزمون وجود داشت (P<۰/۰۰۱). در مطالعه‌ای که شولدهام و فلمینگ در سال ۲۰۰۲ تحت عنوان «تأثیر» آموزش قبل از عمل در بهبودی بعد از عمل CABG در یک نمونه‌گیری آزمایشی در انگلستان انجام دادند افراد به دو گروه شاهد و آزمون تقسیم شدند. در مورد گروه آزمون، آموزش‌هایی از زمان پذیرش و مراقبت‌های روتین تا زمانی که بیمار در بخش بستری است داده شد. پرسشنامه این تحقیق از قسمتهای مختلف تشکیل شده بود که ۳۶ سؤال در مورد وضعیت سلامتی، سؤالاتی در مورد اضطراب و افسردگی، سؤالاتی در مورد حال عمومی، و معیاری جهت اندازه‌گیری درد بود. پس از تجزیه و تحلیل داده‌ها مشخص شد که ۶ ماه بعد از عمل، اختلاف قابل توجهی میان نمرات قبل و بعد از آموزش وجود داشت؛ به طوری که برای اضطراب (P=۰/۰۹)، درد (P=۰/۰۹)، برای افسردگی (P=۰/۲۹) و برای حال عمومی (P=۰/۱۱) بود. همچنین نتایج نشان داد که اختلاف معنادار آماری (P=۰/۰۱) بین طول مدت اقامت در بیمارستان بین گروه شاهد و آزمون وجود دارد [۱۵].

در رابطه با هدف سوم پژوهش با توجه به جدول شماره ۳ در گروه آزمون، افسردگی شدید بیماران از ۵۰ درصد قبل از عمل به ۲۵ درصد بعد از عمل کاهش پیدا کرد، در صورتی که افسردگی شدید در گروه شاهد

کند. لذا با توجه به جداول فوق، پژوهشگر به تمام اهداف مورد نظر دست یافته و فرضیه پژوهش به اثبات رسیده است. بنابراین با توجه به نتایج این تحقیق که حسب آن، آموزش به بیماران قلبی سبب کاهش افسردگی بعد از عمل می‌گردد، توصیه می‌شود افراد شاغل در بخش‌های جراحی قلب، یکی از مهم‌ترین وظایف خود را در بخش، آموزش بیماران در رابطه با مراقبت از خود و صحبت با بیماران بدانند تا از میزان افسردگی آنان بکاهند. نتیجه‌گیری نهایی از پژوهش حاضر این است که قلب، حداقل استرس عاطفی در بیماران بستری در بخش‌های ویژه، اضطراب و افسردگی است. در واقع، نگرانی‌های عاطفی ناشی از واکنش نسبت به بیماری و بستری شدن در بخش‌های جراحی قلب است.

منابع

- Hartshon, Jeanette. C. and et al. Introduction critical care Nursing. Philadelphia: W. B. Sanders, Co, 1997.
- هاریسون، هـ اصول طب داخلی، اختلالات شایع روانی، ترجمه فرید توحیدی، تهران، انتشارات چهر، ۱۹۹۸، صفحه ۲۰۳.
- Smeltzer, Susanne. C. and Baire, Brenda. Medical-surgical Nursing. Philadelphia: Lippincott Raven Publisher, 1996.
- Brownwald, Eugen. Heart disease. Cardiovas medicine. Philadelphia W. B. Saunders Co, 1997.
- Jarsma, Ting et al. "Problems of Cardiac Patients in early recovery". Journal of advanced Nursing. No. 21, 1995, PP: 21-27.
- A nurse-led intervention for patients on CABG waiting lists. Nurs-times. 2004 Feb 24 Mar 1; 100 (8); 32-5.
- Bronson, L. MD and Pozuelo, Leo MD and Franco, N. MD. Depression can be hazardous to heart health, but treatment can help; Internet: WWW.elevated clinic.org/health/2005.
- Katon, Wayne. Editonal. "The Impact of major Depression on chronic medical illness". Journal of general Hospital psychiatry. Vol(1), No(8)- 1996 PP:215-19.
- Dunstan, Joanne. L and et al. "Rapid recovery management the effect on the patient who undergone heart surgery". Journal Heart and lung. Vol. 26, No.4, 1996. PP: 289-98.

همان ۶۰ درصد بود و تغییری نکرده بود. با توجه به $(P=0/001)$ اختلاف معنادار آماری بین افسردگی شدید در نوبت دوم در دو گروه آزمون و شاهد دیده شد. در تحقیقی هم که بیکر در ژانویه ۲۰۰۵ تحت عنوان «ارتباط بین افسردگی با سطح سلامت بعد از عمل جراحی بای‌پس عروق کرونر» انجام داد مشخص شد در افرادی که علائم بالینی افسردگی داشته و تحت عمل جراحی قلب قرار گرفته‌اند در ۶ ماه بعد از عمل خطر مرگ و میر خیلی زیاد است و آموزش به بیماران می‌تواند تا ۷۰ درصد خطر مرگ در آن‌ها را کاهش دهد [۱۶]. در تحقیقی دیگر که بصام‌پور در سال ۱۳۷۴ در تهران انجام داد، مبنی بر «تأثیر آموزش بر میزان اضطراب از جراحی قلب، این نتیجه حاصل شد که ۹۵ درصد اضطراب بیماران گروه آزمون کاهش پیدا کرده، و به طوری که می‌دانیم اضطراب به مدت طولانی، تبدیل به افسردگی خواهد شد [۱۷].

آموزش به بیمار، علاوه بر این که توانایی فرد را در مراقبت از خود از نظر وضعیت فیزیکی افزایش می‌دهد، باعث افزایش آگاهی بیمار، اعتماد به نفس و افزایش امیدواری در بیمار می‌شود. صلصالی (۱۳۷۳) می‌نویسد: طبق نظریه انجمن پرستاران آمریکا، قسمتی از وظایف مهم پرستار، آموزش به بیماران است. پرستار وظیفه دارد نیازهای یادگیری و آموزشی را تشخیص داده، آموزش‌های لازم را به بیمار ارائه کند و سپس آن را مورد ارزیابی قرار دهد، زیرا آموزش می‌تواند در پیگیری بیمار از نحوه مراقبت از خودش دخالت زیادی داشته باشد [۱۸]. از میان محدودیت‌های پژوهش می‌توان به مشکلات خانوادگی، اجتماعی، فرهنگی، نظام حمایتی، شیوه ارتباط و یکسان نبودن وضعیت جسمی، روانی، عاطفی بیماران اشاره کرد.

نتایج تحقیقات فوق می‌تواند پژوهشگر را حمایت کند. پس آموزش به بیمار قبل از عمل می‌تواند به میزان زیاد افسردگی او را بعد از عمل کاهش داده، از عوارض جبران‌ناپذیر آن و حتی مرگ و میر بیماران جلوگیری

15. Shuldham CM, Fleming S, Goodman H. The impact of pre-operative education on recovery following coronary artery bypass surgery. A randomized controlled clinical trial. *Eur heart J*, 23(8)2002 Apr, pp:666-74.
16. Baker. Sherry. Emory research link depression to lower health status benefits after coronary artery Bypass surgery. Internet: emoryheartnews@aol.com.2005.
۱۷. بصام پور، شیوا. بررسی تاثیر آموزش قبل از عمل بر میزان اضطراب بعد از عمل جراحی قلب باز در بیماران بستری در بیمارستان‌های آموزشی تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، سال ۱۳۷۳.
۱۸. صلصالی، مهوش، پرستاری C.C.U اختلالات عروق کرونر و اصول مراقبت‌های ویژه. تهران. انتشارات آزاده، ۱۳۷۳.
10. Cupples, Sanelva, A. "Effect of timing and reinforcement of preoperative education on knowledge and recovery of patients having coronary artery bypass graft surgery". *Journal Heart and Lung*. Vol. 20, No. 3, 1997, PP: 654-60.
11. Taylor, Carol and et al. *Fundamental of Nursing*. Philadelphia: J. B. Lippincott Co.1995.
12. Kendall, R. and Zeally, A.K., *Companion to psychiatric studies*. Fifth edition Churchill Livingstone 1995.
13. Durhan, N.C. Increase in heart surgery mortality from SSRIs or depression. Internet: WWW. Dukchealth.org/health_portals/heart/news/8778;2004-2005.university health system.
14. Rute, R. and et al. "Factors which promote depression results from infarction late potential study". *Journal of psychosomatic research*, Vol. 36, No. 8, 1992, PP: 723.

Archive of SID