

تأثیر اجرای طرح ترخیص بر میزان اضطراب بیماران مبتلا به انفارکتوس

میوکارده

محمود بابائی (M.Sc)، سیما محمدخان کرمانشاهی* (Ph.D)، فاطمه الحانی (Ph.D)

دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، گروه پرستاری

چکیده

سابقه و هدف: امروزه دومین علت مرگ و میر پس از حوادث و سرطان‌ها بیماری‌های قلبی و عروقی است. ابتلاء به بیماری‌های عروق کرونر برای بیمار اضطراب آور است. لذا تحقیق حاضر با هدف تعیین تأثیر اجرای طرح ترخیص بر میزان اضطراب بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی طراحی شده است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی است که در آن ۶۰ بیمار (در گروه آزمون و شاهد هر یک ۳۰ نفر) مبتلا به سکته قلبی بستری در بخش CCU براساس مشخصات نمونه، انتخاب و بررسی شدند. برای گروه آزمون علاوه بر اقدامات روتین بخش، برنامه ترخیص بر اساس الگوی فرآیند پرستاری به مدت ۵ جلسه در بیمارستان اجرا و به مدت ۴ هفته در منزل پیگیری شد و برای گروه شاهد برنامه روتین بخش اجرا گردید. سپس میزان اضطراب نمونه‌های هر دو گروه قبل از اجرای مداخله و همچنین یک ماه پس از ترخیص با استفاده از پرسش‌نامه اسپیل برگر اندازه‌گیری شد.

یافته‌ها: نتایج آزمون نشان داد که قبل از اجرای طرح ترخیص، تفاوت معنی‌داری در کاهش میانگین نمره اضطراب موقعیتی و اضطراب کل گروه آزمون در مقایسه با گروه شاهد وجود نداشت ($P > 0/05$). لیکن بعد از اجرای طرح ترخیص، تفاوت معنی‌داری در کاهش میانگین نمره اضطراب موقعیتی و اضطراب کل گروه آزمون در مقایسه با گروه شاهد وجود داشت ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: اجرای طرح ترخیص سبب کاهش اضطراب بیماران مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارده شده است. لذا پیشنهاد می‌شود برنامه ترخیص در قالب یک طرح جامع و به عنوان یک روش موثر غیر دارویی و کم هزینه در کاهش اضطراب این بیماران در کشور به کار گرفته شود.

واژه‌های کلیدی: اضطراب، طرح ترخیص، انفارکتوس قلبی

مقدمه

زندگی می‌باشند [۱]. انفارکتوس عضله قلب یکی از شایع‌ترین تشخیص‌ها در بیماران بستری در کشورهای صنعتی و یکی از عوامل مختل‌کننده سلامتی محسوب شده و از جمله بیماری‌هایی است که با تغییر در عمل‌کرد بدن توأم می‌باشد و به‌طور کلی فرایندی است که در آن ناحیه‌ای از سلول‌های میوکارده به‌طور دائمی تخریب می‌شود [۲]. حملات قلبی به‌دلیل فراهم آوردن زمینه‌ای جهت عوامل تنش‌زای جسمی و

سیستم قلبی عروقی از سیستم‌های حساس بدن می‌باشد که تغییرات محیطی و هیجانات مختلف مانند تنیدگی، اضطراب، ترس، خشم و شادی فوراً سبب تغییر در تعداد ضربان قلب و فشار خون می‌شود. بیماری‌های این سیستم از بیماری‌های شایع عصر حاضر می‌باشد که تعداد مبتلایان به آن هر ساله رو به افزایش بوده و یکی از عوامل تهدیدکننده

(۲۰۰۹) نشان داده است که سطوح بالای اضطراب خطر مرگ ناگهانی را تا ۳ برابر افزایش می‌دهد [۱۱]. یکی از عمده‌ترین منابع تنیدگی در بیماران مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد تنیدگی زمان ترخیص از بیمارستان است. به طوری که افراد از این‌که به موقعیت‌های جدید رفته و نسبت به بیماری، پیش‌آگهی و مراقبت‌های لازم مربوط به آن آگاهی کافی ندارند احساس تنیدگی می‌کنند و چون احساس از دست دادن تعلق خاطر خود را می‌نمایند، در آن‌ها اضطراب ایجاد می‌شود. از این رو انتقال و ترخیص مددجو با ایمنی و آسودگی خاطر کامل اهمیت ویژه‌ای پیدا می‌کند [۱۲]. برنامه ترخیص به بررسی سیستم مددجویان و تامین نیازهای مراقبتی آن‌ها داخل و خارج از مرکز درمانی و آموزش به خانواده جهت انجام مراقبت‌های صحیح و پیگیری و ارجاع و ارزش‌یابی آن می‌پردازد. برداشت‌های نادرست بیماران می‌تواند از طریق برنامه آموزشی تغییر داده شود. در غیر این صورت ادامه چنین رفتارهایی سبب تشدید و عود بیماری گردیده و حتی ممکن است به تکرار بستری در بیمارستان منجر شود. وخامت بیماری پس از ترخیص و یا بهبودی سریع آن به اجرای یک برنامه صحیح مراقبتی در منزل بستگی دارد که شامل سطوح مختلفی از پیش‌گیری می‌شود. ساختار برنامه ترخیص بر مبنای اصول مراقبتی، حمایتی، پیش‌گیری، آموزشی، هماهنگی بین اعضای تیم مراقبتی جهت ارجاع به موقع و پیگیری واقع شده است [۱۳]. ماکاریوس و همکارش (۲۰۰۵) نشان دادند که بیماران در هنگام ترخیص از بیمارستان دانش و اطلاعات کافی نداشته و کم‌تر از نصف آنان در هنگام ترخیص قادرند تشخیص بیماری، نام داروها، عوارض جانبی اصلی آن‌ها و شرایط فراموشی و حذف دوز را فهرست کنند و عدم آگاهی از این عوامل توانائی‌های بیمار برای تبعیت کامل از برنامه درمانی ترخیص را تحت تاثیر قرار می‌دهد [۱۴]. موضوع مهم آسیب ناشی از غفلت در آماده‌سازی بیمار برای مراقبت از خود بعد از ترخیص است که اغلب بیش‌تر از آسیب خود بیماری است و تیم درمانی خصوصاً پرستاران باید در تداوم آن به صورت عملی شرکت

روحي نظير درد و خطر مرگ قريب‌الوقوع، درجات متفاوتی از واکنش‌های روانی از جمله اضطراب، ناامیدی، خستگی، وحشت و کاهش اعتماد به نفس را در مبتلایان به آن ایجاد می‌کند [۳]. در کشورهای پیش‌رفته سالانه ۵ میلیون از هر ۱۲ میلیون و در کشورهای در حال توسعه ۱۰ میلیون از هر ۴۰ میلیون مرگ و میر در اثر بیماری‌های قلبی عروقی اتفاق می‌افتد [۴]. هفت میلیون و ۶۰۰ هزار نفر آمریکائی مبتلا به انفارکتوس میوکارد بوده و سالانه ۱/۲۵ میلیون نفر به این بیماری مبتلا می‌شوند [۵]. تعداد بیماران مبتلا به بیماری‌های عروق کرونر قلب و مرگ و میر ناشی از آن در کشور ایران مانند سایر کشورهای صنعتی جهان هم‌چنان روند فزاینده‌ای داشته و از ۴۶/۱٪ در سال ۱۳۷۵ به ۵۸٪ در سال ۱۳۷۹ و به ۶۳/۳٪ در سال ۱۳۸۵ رسیده است [۶]. بیماری‌های قلبی عروقی علاوه بر مرگ و میر، گرفتاری‌های فردی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی، اضطراب بسیاری با خود به همراه داشته و همواره برای مبتلایان به آن تهدیدکننده و خطرناک به‌شمار می‌روند [۷]. مارفلا (۲۰۰۳) در زمینه اضطراب و تاثیر آن بر قلب می‌نویسد: اصولاً یکی از تشخیص‌های پرستاری در مورد بیمارانی که برای بار اول در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی به علت حمله قلبی بستری می‌شوند، ترس و اضطراب ناشی از بستری می‌باشد [۸]. علاوه بر آن ترس از مرگ و نامعلوم بودن وضعیت زندگی آینده، عدم آگاهی از روش‌های مراقبتی و انتظار خانواده بیماران از آن‌ها خود موجب بروز اضطراب قابل توجهی در این بیماران می‌شود [۲]. حالات اضطرابی بر روی عمل‌کرد کلیه اعضاء بدن و همین‌طور قلب تاثیر سوئی می‌گذارد و به‌خصوص در بیماران دچار انفارکتوس میوکارد به دلیل محیط فیزیکی و شرایط جدید CCU این حالت تشدید و منجر به پیدایش سیکل معیوب تاثیر اضطراب بر قلب و تشدید علائم و عوارض حمله قلبی می‌شود [۲]. اضطراب از شایع‌ترین و مهم‌ترین واکنش‌های روانی در برابر انفارکتوس میوکارد بوده [۹] و نه تنها جزء عوامل به وجود آورنده انفارکتوس میوکارد می‌باشد بلکه دارای تاثیر منفی در بهبودی این بیماری می‌باشد [۱۰]. تحقیقات بادیس و همکاران

انفارکتوس میوکارد مبتلا نباشند به روش غیر تصادفی در دسترس انتخاب شدند.

جهت جمع‌آوری داده‌ها ضمن تاکید بر محرمانه بودن اطلاعات و دریافت رضایت‌نامه کتبی از نمونه‌ها و خانواده آنان، به دلیل رعایت ملاحظات اخلاقی و جلوگیری از ایجاد تورش ابتدا اطلاعات گروه شاهد و سپس اطلاعات گروه آزمون جمع‌آوری شدند. بدین صورت که ابتدا با توجه به خصوصیات نمونه‌های پژوهش و متغیرهای مخدوش‌کننده، نمونه‌های گروه شاهد انتخاب شدند بعد نمونه‌گیری در گروه آزمون در شرایط مذکور به‌گونه‌ای ادامه پیدا کرد که از نظر خصوصیات شبیه گروه شاهد بود. اگر در طول مداخله اتفاق خاص استرس‌آوری به هریک از نمونه‌ها وارد می‌شد به منظور پیش‌گیری از تورش آن نمونه حذف می‌شد. توزیع نمونه‌ها در دو گروه از لحاظ متغیرهای مخدوش‌کننده نظیر سن، جنس، وضعیت تاهل، تعداد فرزندان، میزان تحصیلات، شغل، میزان درآمد ماهانه، وضعیت مسکن، نوع بیمه، سابقه ابتلا به سکنه قلبی در بستگان درجه یک، مرگ در افراد نزدیک، سابقه مصرف سیگار، سابقه قلبی ابتلا به انفارکتوس میوکارد هم‌سان‌سازی شد به‌گونه‌ای که آزمون کای اسکوئر نیز اختلاف معناداری را بین متغیرها در دو گروه نشان نداد. بعد از انتخاب نمونه‌ها، در اولین فرصت طی ۲۴ ساعت اول پذیرش بیمار در CCU پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک و پرسش‌نامه استاندارد ۴۰ سوالی سنجش اضطراب اسپیل برگر تکمیل شد.

میزان اضطراب برای هر یک از نمونه‌ها در گروه‌های آزمون و شاهد به این صورت نمره‌گذاری شد که با توجه به پاسخ نمونه‌های پژوهش به گویه‌های پرسش‌نامه اسپیل برگر در قسمت اول (موقعیتی) با ۲۰ سوال، برای خیلی زیاد نمره ۴، متوسط نمره ۳، تا حدی نمره ۲ و برای اصلاً نمره ۱ و نیز در قسمت دوم (شخصیتی) با ۲۰ سوال، برای تقریباً همیشه نمره ۴، غالباً نمره ۳، گاهی نمره ۲ و تقریباً هیچ وقت نمره ۱ در نظر گرفته شد. بدین ترتیب امتیاز هر سوال حداقل ۱ و حداکثر ۴ نمره بوده و جمع کل امتیازات از ۴۰ (حداقل میزان اضطراب)

جویند. برنامه‌ریزی ترخیص فرصتی است برای این‌که بیمار در جهت مراقبت از خود و پیگیری درمان آماده شود [۱۵]. بدون تردید آموزشی که بیمار در دقایق آخر دریافت می‌کند هرگز نمی‌تواند جایگزین آموزش، مشاوره و پیگیری باشد که در تمام طول مدت بستری بیمار در بیمارستان، از زمان پذیرش تا چند ماه بعد از ترخیص در منزل ارائه و پیگیری می‌شود. بدین منظور محققین بر آن شد تاثیر اجرای برنامه ترخیص بر میزان اضطراب بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد را تعیین کند.

مواد و روش‌ها

این پژوهش، یک تحقیق نیمه تجربی از نوع کاربردی است که دارای گروه آزمون و شاهد بوده و مداخله آن به صورت اجرای برنامه ترخیص در گروه آزمون بوده است. در این تحقیق متغیر مستقل طرح ترخیص و متغیر وابسته اضطراب بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد است که با استفاده از ابزار استاندارد اسپیل برگر سنجیده شد. درباره روایی و پایایی ابزار مورد استفاده باید اشاره کرد که چون ابزار سنجش اضطراب استاندارد بود لذا روایی آن بارها سنجیده شده بود. از نظر پایایی نیز جهت سنجش ثبات درونی ابزار از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد. که برابر ۰/۸۱ بود.

جامعه پژوهش شامل کلیه بیمارانی است که تشخیص انفارکتوس میوکارد آن‌ها با نظر پزشک متخصص قلب و عروق تایید و در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی مجتمع آموزشی، درمانی و پژوهشی رسول اکرم (ص) تهران وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران بستری می‌باشند. نمونه‌های پژوهش شامل ۶۰ بیمار (در دو گروه شاهد و آزمون هر یک ۳۰ نفر) مبتلا به حمله حاد قلبی بود که دارای خصوصیات از قبیل این‌که در محدوده سنی بین ۸۵-۳۰ بوده، سابقه اختلالات اضطرابی شناخته شده و درمان روان‌پزشکی نداشته باشند- انفارکتوس میوکارد آن‌ها به تائید کاردیولوژیست رسیده و در حین بستری درد نداشته باشند و به عوارض وخیم

حضوری درمانگاه، پیگیری تلفنی ۲ نوبت در هفته هم‌چنان ادامه داشت.

سپس میانگین نمره اضطراب قبل و بعد از مداخله در هر گروه از طریق آزمون آماری T مستقل و مقایسه هر یک از گروه‌ها با قبل و بعد خودش از طریق آزمون آماری T زوجی با معیار معنی‌دار بودن ($P < 0.05$) انجام شد.

نتایج

دو گروه آزمون و شاهد از نظر متغیرهای دموگرافیک از قبیل سن ($p=0.876$)، جنس ($p=0.791$)، وضعیت تاهل ($p=0.165$)، تعداد فرزندان ($p=0.941$)، میزان تحصیلات ($p=0.939$)، شغل ($p=0.402$)، شغل همسر ($p=0.7376$)، تعداد دفعات بستری ($p=0.542$)، میزان درآمد ماهانه ($p=0.807$)، وضعیت مسکن ($p=0.455$)، نوع بیمه ($p=0.777$)، سابقه ابتلا به سکنه قلبی در بستگان درجه یک ($p=0.432$)، سابقه مصرف سیگار ($p=0.438$)، سابقه قلبی ابتلا به انفارکتوس میوکارد ($p=0.436$)، از نظر آزمون‌های آماری اختلاف معنی‌داری نداشتند و هم‌سان بودند. مقایسه میانگین و انحراف معیار اضطراب موقعیتی نمونه‌های پژوهش در دو گروه آزمون و شاهد قبل و بعد از مداخله نشان‌دهنده آن است که اختلاف آماری معنی‌دار بین دو گروه وجود ندارد. ($p > 0.05$) (جدول ۱).

جدول ۱. میانگین \pm انحراف معیار اضطراب موقعیتی در گروه شاهد و آزمون

مداخله	گروه	میانگین شاهد	آزمون	مقدار t	مقدار p
قبل از مداخله	۸۱/۴	۸۱/۵	۰/۰۸۲	۰/۴۶	
بعد از مداخله	۸۰/۸	۷۶/۸	-۲/۵۴	۰/۰۲	

هم‌چنین آزمون تی مستقل اختلاف آماری معنی‌داری را بین میانگین اضطراب موقعیتی دو گروه آزمون و شاهد پس از مداخله نشان داد ($P=0.02$). هم‌چنین آزمون t زوجی با $P=0.024$ وجود تفاوت معنی‌داری را در میانگین اضطراب کل در گروه شاهد و آزمون قبل و بعد از مداخله نشان داده

تا ۱۶۰ (حداکثر میزان اضطراب) متغیر می‌باشد. امتیازات ۸۰-۴۰ به عنوان میزان اضطراب کم، ۱۲۰-۸۱ به عنوان اضطراب متوسط و ۱۶۰-۱۲۱ به عنوان اضطراب زیاد در نظر گرفته شده‌اند. در مرحله نهائی، جهت تعیین تفاوت میانگین‌ها در دو گروه آزمون و شاهد، قبل و بعد از مداخله از آزمون‌های آماری تی مستقل و تی زوجی و برای هم‌سان‌سازی دو گروه از آزمون آماری کای اسکواتر استفاده گردید. مداخله در گروه آزمون بدین صورت بود که برای هر نمونه از گروه آزمون در ۵ جلسه و هر جلسه به مدت ۳۰ الی ۶۰ دقیقه با توجه به در نظر گرفتن موقعیت بیماران، برنامه طرح ترخیص در بالین و یا در اتاق کنفرانس بخش به صورت فردی یا گروهی آموزش داده شد. علاوه بر آن، آموزش تکنیک آرام‌سازی بنسون، بررسی وضعیت کمی و کیفی مواد غذایی بیمارستان و مواد غذایی آورده شده توسط همراهان در ساعات ملاقات طی ۳ نوبت به‌طور تصادفی مورد کنترل قرار گرفته و فعالیت‌های جسمانی مددجو در CCU و نحوه مصرف و آشنائی با عمل‌کرد و عوارض داروها مشاهده و کنترل شد. ارائه مواد آموزشی برنامه ترخیص حتی‌الامکان در حضور یکی از اعضاء علاقمند و با سواد خانواده انجام گرفت. سپس پمفلت آموزشی طرح ترخیص در اختیار مددجویان قرار داده شد. پیگیری طرح ترخیص در منزل و در فاصله دو هفته‌ای بین ترخیص و اولین بار مراجعه به درمانگاه قلب و عروق، به صورت مشاوره تلفنی ۲ نوبت در هفته صورت گرفت. ۲ هفته پس از ترخیص طی اولین مراجعه مددجویان به درمانگاه با هر یک از مددجویان ملاقات انجام شد و ابهامات ایشان در مورد برنامه ترخیص مرتفع گردید. سپس فرم‌های مربوط به رژیم غذایی، مصرف دارو، فعالیت‌های جسمانی که توسط بیماران در منزل طی یک هفته پس از ترخیص تکمیل شده بودند تحویل و اطلاعات موجود مورد ارزیابی قرار گرفت. مشاوره بعدی در درمانگاه هنگام مراجعه دوم مددجویان یک ماه پس از ترخیص انجام و پرسش‌نامه اسپیل برگر برای بار دوم توسط بیماران هر دو گروه تکمیل گردید. در فاصله زمانی مابین انجام دو مشاوره

ترخیص به‌عنوان یک کار اجرایی هدف‌مند توانست گامی موثر در بهبود مشکلات بیماران و هم‌چنین رضایت بیماران باشد و سبب تداوم در امر مراقبت شود و لذا اجرای برنامه‌ریزی ترخیص به‌عنوان یک کار هدف‌مند می‌تواند سبب افزایش رضایت بیماران شود [۱۷]. در تحقیق حاضر نیز بیماران از به‌کارگیری برنامه ترخیص احساس رضایت کردند. از آن‌جا که برنامه ترخیص بیماران دارای محورهای افزایش و ارتقاء آگاهی و شناخت آنان در ارتباط با اداره زندگی، فعالیت و مدیریت استرس و ... بود، استفاده از آرام‌سازی بنسون یکی از محورهای مورد توجه در این برنامه بود که بیماران جهت کنترل استرس خود از آن استفاده کردند و احساس رضایت داشتند. در همین ارتباط لوین و همکاران (۲۰۰۲) نشان دادند آن دسته از بیماران مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد که در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی به نوار آرام‌سازی گوش داده بودند، کاهش قابل ملاحظه‌ای در اضطراب موقعیتی آن‌ها ایجاد شده ولی میزان اضطراب شخصیتی آنان کاهش نیافته بود [۱۸]. در ارتباط با آموزش و ارتقاء سطح آگاهی در برنامه ترخیص که جهت آشنایی بیشتر بیماران با بیماری و نحوه مراقبت از خود و کنترل اضطراب طراحی شده بود چندین تحقیق انجام شده که به تعدادی از آن‌ها که تاییدکننده نتیجه تحقیق حاضر است اشاره می‌شود. اشلقی فراهانی و همکاران (۱۳۸۷) در تحقیق خود با عنوان تاثیر به‌کارگیری مدل بهینه‌سازی فرهنگ سازمانی آموزش بیمار بر اضطراب رضایت‌مندی بیماران مبتلا به اختلالات عروق کرونر خاطر نشان کردند که اضطراب بیماران در گروه شاهد، قبل و بعد از به‌کارگیری الگوی بهینه‌سازی فرهنگ سازمانی آموزش بیمار به ترتیب ۵۸/۷۴ و ۵۴/۳۶ و در گروه مداخله نیز به ترتیب ۵۸/۸۱ و ۳۰/۱۵ بوده و آزمون آماری تی مستقل اختلاف معناداری را بین تفاوت میانگین‌های اضطراب دو گروه نشان داد ($P < 0.001$) [۱۹]. در همین ارتباط تل (۲۰۰۶) نیز به این نتیجه رسید که با انجام آموزش انفرادی بیماران مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی و خانواده آنان موقع انتقال به بخش عادی قلب، به

و $P = 0.16$ تفاوت معنی‌داری در میانگین اضطراب کل در گروه شاهد قبل و بعد از مداخله نشان نداده است. بنابراین میانگین اضطراب کل در گروه شاهد قبل و بعد از مداخله یکسان است. (جدول ۲) لذا نتایج فوق نشان می‌دهد که اجرای برنامه ترخیص بر کاهش میزان اضطراب موقعیتی بیماران مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد، موثر بوده است.

جدول ۲. میانگین \pm انحراف معیار اضطراب کل در دو گروه شاهد و آزمون قبل و بعد از مداخله

مقدار p	مقدار t	بعد از مداخله	قبل از مداخله	گروه / مداخله
۰/۱۶	-۰/۹۱	۶/۰۱	۸۲/۷	شاهد
۰/۰۲	-۰/۱۶	۴/۷	۸۲/۸	آزمون

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد اضطراب موقعیتی در نمونه‌های گروه آزمون نسبت به گروه شاهد کم‌تر شده است. به‌طور کلی اضطراب موقعیتی بیش‌تر تحت تاثیر عوامل محیطی قرار می‌گیرد و پژوهش حاضر نشان داد که اجرای برنامه ترخیص سبب کاهش اضطراب موقعیتی بیماران مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد شده است. به هر حال احساس رضایت و آرامش بسیاری از نمونه‌ها در گروه آزمون از اجرای طرح ترخیص و تمایل به ادامه برنامه فوق در منزل نشان‌دهنده تاثیرات مثبت به‌کارگیری برنامه ترخیص بوده است. ارزانی و همکاران (۱۳۸۸) نیز در بررسی تاثیر آموزش قبل از ترخیص به مادران نوزادان نارس بر پیگیری معاینات بینایی، شنوایی و مغزی به این نتیجه رسید که آموزش قبل از ترخیص موجب افزایش بیش‌تر مراجعات گروه آزمون نسبت به گروه کنترل به کلینیک پیگیری نوزادان توسط والدین گردیده است لذا پیشنهاد کردند که برنامه آموزش قبل از ترخیص در بخش‌های مراقبت‌های ویژه نوزادان اجرا گردد [۱۶]. در همین ارتباط نیزونکی و همکاران (۱۳۸۷) در بررسی که با هدف تعیین تاثیر اجرای برنامه‌ریزی ترخیص بر رضایت بیماران انجام داد به این نتیجه رسید که برنامه‌ریزی

کامل عوامل ایجاد و تشدیدکننده بیماری به‌ویژه در جنبه‌های روانی آن به وضوح احساس می‌شود.

با عملیاتی نمودن اجرای برنامه ترخیص در قالب فرایند پرستاری در حیطه شناخت بیماری، اصلاح نگرش و عمل‌کرد صحیح در مراقبت از خود، حتی‌الامکان می‌توان با به حداقل رساندن میزان اضطراب بیماران با روش‌های غیر دارویی از تداوم تاثیر مخرب آن بر سیستم قلب و عروق کاسته و از سوی دیگر امکان پیش‌گیری از بستری‌های مجدد بیماران قلبی را در بخش‌های ویژه فراهم کرد و انتظار می‌رود با اجرای دقیق برنامه ترخیص، وارد آمدن خسارات مادی و معنوی بیش‌تر به بیماران و جامعه را کاهش داد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از کلیه پرسنل محترم بخش‌های CCU و Post و درمانگاه‌های مجتمع آموزشی و درمانی حضرت رسول اکرم (ص)، بیماران محترم و خانواده‌های گرامی آنان و معاونت پژوهشی دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس که در تمام مراحل انجام این طرح ما را صمیمانه یاری نمودند تشکر و قدردانی به‌عمل می‌آید.

منابع

- [1] Kiani GH, Kermanshahi S, and Ahmadi F. The effect of Benson relaxation technique on hemodynamic parameters and discharge of stress in patients with acute myocardial infarction admitted to CCU. *J Yazd Uni Med Sci* 2003; 11: 5-10. (Persian).
- [2] Sharafi F. The effect of Benson relaxation technique on anxiety of in patients with myocardial infarction [M.Sc dissertation]. Tehran: Tarbiat Modares University 1994. (Persian).
- [3] Husseini SL. Effect of non-credit training of reducing induced anxiety reactions in patients with myocardial infarction transferred from ICU. Congress of sclerosis and cardiovascular events. Birjand Medical Sciences University 2004 (Persian).
- [4] Jahanbin A. Epidemiology and prevention of cardiovascular diseases. 16th Iranian Congress of cardiovascular association. Tehran 2009 (Persian).
- [5] National Center for Health Statistics. National health and nutrition examination survey. Available from www.cdc.gov/nchs/nhanes. Updated Mrch 15, 2009.
- [6] Statistical Centre of Iran. Census Population 1385. Tehran: The centre; 2006.
- [7] Faraji KF. Patient satisfaction cost of bed days and length of stay in CCU of general hospitals in Tehran. *J Iran Uni Med Sci Systems* 2001; 4: 51-58. (Persian).
- [8] Marfella R, Siniscalchi M, Esposito K, Sellitto A, De Fanis U, Romano C, et al. Effects of stress hyperglycemia on acute myocardial infarction; Role of inflammatory immune process in functional cardiac outcome. *Diabetes Care* 2003; 26: 3129-3135.
- [9] Lane D, Carroll D, Ring C, Beevers DG, and Lip GY. Effects of depression and anxiety on mortality and quality of life 4

صورت معناداری از میزان اضطراب مددجویان و اعضاء خانواده آنان کاسته شد [۲۰]. در این تحقیق نیز آموزش انفرادی و آموزش گروهی هر دو در برنامه‌ریزی ترخیص بیماران در نظر گرفته شده بود.

بر اساس نتایج حاصل از مطالعه دیکنز و همکاران (۲۰۰۸) که با عنوان برداشت منفی بیمار از ماهیت بیماری انفارکتوس حاد میوکارد همراه با شروع مجدد اضطراب و افسردگی متعاقب سکته قلبی می‌گردد، در دانشگاه منچستر انگلستان انجام گرفت، مشخص گردید که عدم آگاهی و برداشت نادرست بیمار از مکانیسم ایجاد و چگونگی درمان بیماری حمله قلبی در روزهای اولیه بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی، می‌تواند باعث شروع و توسعه حملات اضطراب و افسردگی در این مددجویان شود [۲۱]. که این خود می‌تواند توجیه‌گر افزایش اضطراب در گروه شاهد که برنامه ترخیص به‌ایشان اجراء نگردیده در مقایسه با گروه آزمون یک‌ماه بعد از مداخله در این پژوهش باشد.

نتایج تحقیق برادبنت و همکاران (۲۰۰۹) تحت عنوان بررسی تاثیر توسعه برگزاری کلاس‌های توجیهی بر اضطراب و کیفیت زندگی بیماران دچار حمله حاد انفارکتوس میوکارد بستری در بیمارستان، نشان داد که افزایش میزان برگزاری جلسات فوق در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی بر نحوه درک بیماران و همراهان آنان از بیماری موثر بوده و به‌وسیله کاهش میزان اضطراب بیماران سکته قلبی، تعداد موارد بازگشت موفقیت‌آمیز به محیط شغلی قبل از بیماری را افزایش می‌دهد [۲۲].

در هر حال با توجه به ماهیت مهلک و مزمن بیماری انفارکتوس میوکارد و این که ایجاد و یا افزایش اضطراب از طرفی به عنوان یک عامل خطرزا و تغییرپذیر برای پیدایش بیماری‌های قلبی و عروقی در نظر گرفته شده و از طرف دیگر عدم آگاهی و تسلط کافی مددجویان بر ادامه مراقبت‌ها در مرحله پس از ترخیص در منزل باعث ایجاد اضطراب و تنیدگی شدید در این مددجویان می‌شود، لذا نیاز به کنترل

examination of premature mothers on visual, auditory and brain. Hormozgan Med J 2010; 13: 115-122. (Persian).

[17] Vanaki Z. and Habibipoor B. The effect of discharge planning on patient satisfaction. J Hamedan Uni Med Sci 2009; 16: 25-32. (Persian).

[18] Lewin RJ, Thompson DR. and Elton RA. Trial of the effects of an advice and relaxation tape given within the first 24 h of admission to hospital with acute myocardial infarction. Int J Cardiol 2002; 82: 107-114.

[19] Farahani A, M, Mohammadi E, Ahmadi F, Maleki M. and Hajizadeh E. The effect of applying the model to optimize organizational culture patient education on satisfaction and anxiety of patients with coronary artery disorders. Iranian J Nurs Res 2009; 3: 59-69. (Persian).

[20] Tel H. The effect of individualized education on the transfer anxiety of patients with myocardial infarction and their families. Heart Lung 2006; 35: 101-107.

[21] Dickens C, McGowan L, Percival C, Tomenson B, Cotter L, Heagerty A. and Creed F. Negative illness perceptions are associated with new-onset depression following myocardial infarction. Gen Hosp Psychiatry 2008; 30: 414-420.

[22] Broadbent E, Ellis CJ, Thomas J, Gamble G. and Petrie KJ. Further development of an illness perception intervention for myocardial infarction patients: a randomized controlled trial. J Psychosom Res 2009; 67: 17-23.

months after myocardial infarction. J Psychosom Res 2000; 49: 229-238.

[10] Bour A, Rasquin S, Aben I, Strik J, Boreas A, Crijns H. and et al. The symptomatology of post-stroke depression: comparison of stroke and myocardial infarction patients. Int J Geriatr Psychiatry 2009; 24: 1134-1142.

[11] Bodis J, Boncz I. and Kriszbacher I. Permanent stress may be the trigger of an acute myocardial infarction on the first work-day of the week. Int J Cardiol 2010; 144: 423-425.

[12] Rahmati AM. Effect of clearance on the application design level anxiety in patients with heart valve replacement [Dissertation]. Tehran: Tarbiat Modares University 2001. (Persian).

[13] Arzani A, Kermanshahi S. and Zahedpasha Y. The effect of discharge planning for mothers on rate of growth & development indicators in LBW neonates. J Babol Uni Med Sci 2006; 4: 58-63. (Persian).

[14] Makaryus AN. and Friedman EA. Patients' understanding of their treatment plans and diagnosis at discharge. Mayo Clin Proc 2005; 80: 991-994.

[15] Behar-Horenstein LS, Guin P, Gamble K, Hurlock G, Leclear E, Philipose M. and et al. Improving patient care through patient-family education programs. Hosp Top 2005; 83: 21-7.

[16] Arzani A, Kermanshahi S, Zahedpasha Y. and Saleh Mohamad I. The effect of education before discharge to follow-up

Archive of SID

Influence of discharge planning on anxiety levels in patients with myocardial infarction

Mahmood Babaei (M.Sc), Sima Mohammad Khan Kermanshahi (Ph.D)^{*}, Fatemeh Alhani (Ph.D)
Dept. of Nursing, Faculty of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

(Received: 06 Jun 2010 Accepted: 26 Oct 2010)

Introduction: Nowadays, myocardial infarction is the second factor of the deaths after accidents and cancers in the world. The coronary artery diseases are stressful for patients. This research was performed to determine the influence of discharge planning on anxiety levels in acute myocardial infarction patients.

Materials and Methods: This quasi-experimental study was performed on 60 patients with acute myocardial infarction at CCU (30 patients in each test and control groups). The patients in the test group were received both routine intervention in their ward and designed discharge planning program based on the nursing process for 5 educational sessions at the hospital and followed up for 4- weeks in their homes; while, patients in the control group were received only routine intervention in their ward. The anxiety levels in myocardial infarction patients at the beginning of the hospitalization and one month after their discharge was measured by Spill Berger questionnaire.

Results: The independent t-test results showed that there is not a significant difference in the situational and total anxiety average scores of the patients in the test and control group before discharge planning. After applying discharge planning, there was a significant difference in the situational and total anxiety average scores of the patients in the test and control group ($P < 0.05$).

Conclusion: Applying discharge planning for the patients with myocardial infarction resulted to decreasing their anxiety levels. Therefore, it suggests that the program of discharge planning to be used as a public plan based on an effective non-drug treatment and inexpensive method for reducing anxiety in patients who are suffering from acute myocardial infarction throughout the country.

Key words: Anxiety, Discharge planning, Myocardial infarction

* Corresponding author: Fax: +98 21 82883856; Tel: +98 21 82883899
kerman_s@modares.ac.ir