

تأثیر آگاهی از رفتارهای خود مراقبتی بر میزان ترس و اضطراب بیماران عروق قلبی (زن و مرد)

نایله عزتی^{۱*}

چکیده

بیماری عروق قلبی خونرسانی و اکسیژن دهی به عضله میوکارد را محروم و منجر به بروز احساس درد و فشار در قفسه سینه می گردد که در بیشتر موارد همراه با ترس و اضطراب بیمار است. هدف از این مطالعه تأثیر آگاهی از رفتارهای خودمراقبتی بر میزان ترس و اضطراب بیماران عروق قلبی است. این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی است. جامعه پژوهش 150 بیمار مبتلا به بیماری عروق قلبی بستری در بیمارستان شهیدمدنی تبریز بود که به صورت نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب و به دو گروه شاهد و آزمون تقسیم و مورد مطالعه قرار گرفت. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه است. جهت تعیین اعتبار علمی ابزار از روش شاخص اعتبار محتوا و برای تعیین پایایی، از ضریب آلفای کرون باخ استفاده شد. در تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی و آزمون های آماری تی مستقل، تی زوج، آنالیز واریانس یک طرفه و ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده گردید. نتایج نشانگر نگرانی و ترس و اضطراب بیماران در مورد بهداشت و سلامت فردی، ارتباطات بین فردی و اجتماعی بودند، که این علائم می توانند وضعیت بیماری را وخیم تر و انجام مراقبت در آینده از آنان را دشوارتر نماید. بعد از مداخله میزان اضطراب و ترس در گروه آزمون به طور معنی داری کاهش یافته بود. همچنین ارتباط معنی داری آماری بین برخی از مشخصات دموگرافیک با میزان ترس و اضطراب واحدهای مورد پژوهش مشاهده گردید ($p < 0/05$). در کل میزان آگاهی از رفتارهای خودمراقبتی تفاوت قابل ملاحظه ای بین دو گروه نشان داد که این مسئله نیاز به آموزش مددجو و خانواده ها و برقراری دوره های آموزشی برای پرستاران و ارتقای کیفیت ارتباط بین درمانگران و بیماران را می رساند. حمایت های آموزشی پس از ترخیص در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونری، میزان بستری مجدد بیماران را کاهش و بهبودی و سلامتی، طول عمر و کیفیت زندگی بیماران را افزایش می دهد.

واژه های کلیدی: آگاهی، رفتارهای خودمراقبتی، ترس، اضطراب، بیماری عروق قلبی

¹ - مربی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز، گروه پرستاری، تبریز، ایران، نویسنده مسئول.

مقدمه

از دیر باز انسان به اهمیت قلب به عنوان یک عضو حیاتی پی برده است و به این امر واقف گردیده که اگر اختلالی در چگونگی کار قلب و فعالیت قلب پیش آید، حیات وی به مخاطره خواهد افتاد. از جمله عروق بسیار مهم عروق قلب است که نقش اصلی تامین خون‌رسانی عضله قلب است. انسداد نسبی یا کامل این شریان، بیماری عروق قلبی (CAD)¹ را ایجاد می‌کند (فیس و همکاران، 2011)². بیماری‌های قلب علت اصلی مرگ را در کشورهای صنعتی تشکیل می‌دهد. CAD علاوه بر تأثیر بر روی ناتوانی و معلولیت، در کاهش قدرت تولید نیز تأثیر می‌گذارد. در طی چند دهه گذشته به تدریج با بهبود روش‌های تشخیصی، پیشگیری و درمان CAD، از میزان مرگ و میر ناشی از بیماری کاسته شده است. با این وجود تنها در ایالات متحده سالانه در حدود 1/2 میلیون مورد سکته قلبی یا حوادث قلبی کشنده روی می‌دهد. پیش‌بینی می‌شود تا سال 2020، تعداد موارد مرگ و میر ناشی از CAD از تعداد مرگ و میر بیماری‌های عفونی پیشی گرفته و مهم‌ترین علت مرگ و میر را به خود اختصاص خواهد داد. این بیماری نسبت به بیماری‌های دیگر موجب مرگ و میر و هزینه‌های بیشتری می‌شود (فتح‌الهی به نقل از براون‌والد، 1391). طوری که بیماری عروق قلب عامل اصلی مرگ و میر در ایالات متحده است و عامل حدود 600,000 مرگ در سال است. با اضافه کردن 1/5 میلیون حمله قلبی سالانه، هزینه تخمینی در ایالات متحده شصت بیلیون دلار است (دانیاس و همکاران، 2006)³. در آمریکا 40-50 درصد کل مرگ‌ها به این بیماری نسبت داده می‌شود. هر ساله 15 میلیارد دلار صرف درمان بیماری‌های قلبی عروقی و 50 میلیون دلار برای خرید تجهیزات پزشکی این بیماران هزینه می‌شود (یزدان‌دوست، 1390).

در کشور ما بیماری‌های قلبی عروقی یک مشکل عمده بهداشتی و اجتماعی به شمار می‌رود که ابعاد آن به سرعت در حال افزایش است و نسبت مرگ‌های قلبی عروقی 25% تا 45% است. بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، بیماری‌های قلبی و عروقی سالانه سبب مرگ 12 میلیون نفر در سراسر دنیا می‌شود. مرگ و میر مردان 2/5 برابر بیشتر از زنان است. اما در زنان نیز بیماری‌های قلبی و عروقی، شایع‌ترین

¹-Coronary Artery Diseases

²-Phipps et al

³-Danias et al

عامل مرگ و از کار افتادگی به شمار می‌رود. در عرض 5 سال بعد از یک حمله قلبی، 23% مردان و 31% زنان دچار از کار افتادگی می‌شوند (عزیزی و همکاران، 1391). در بین کسانی که پس از حمله قلبی زنده می‌مانند، حدود 10% در نخستین سال و در سال‌های بعد هر سال، 5% می‌میرند (شجاعی به نقل از پارک و پارک، 1389).

فردی که زندگی فعال داشته یک‌باره خود را به شکل بیمار قلبی می‌بیند، با این باور نادرست که دیگر ممکن است هرگز به زندگی طبیعی خود باز نگردد، دچار اضطراب و افسردگی می‌شود که گاهی گذرا بوده و گاهی تا مدت‌ها گریبان‌گیر بیماران باقی می‌ماند و چه بسا سبب ایجاد مشکلات دیگری برای بیمار می‌شود (مقصودلو، 1389). بیماران بستری در بخش‌های قلبی دچار نگرانی‌های عاطفی کوتاه‌مدت شده و می‌توان گفت دو سوم بیماران که سکتته قلبی کرده‌اند، دچار اضطراب و ترس خفیف تا شدید می‌شوند (سلیمان‌زاده، 1388). وجود علایم اضطراب و افسردگی و یا هر دو آنها بعد از حمله قلبی و یا عمل جراحی قلب باعث حمله قلبی مجدد شده و در نتیجه بر میزان مرگ و میر بیماران، طولانی شدن زمان بهبودی و ناتوانی پس از بیماری‌های قلبی تأثیر می‌گذارند. مطالعات نشان داده است که بیماران قلبی مضطرب چهار برابر هزینه‌های بیمارستانی بیماران غیر مضطرب را به خود اختصاص داده‌اند و هزینه‌های دارویی آنها 41% بیشتر از بیماران قلبی غیر مضطرب است (فان سیلور، 2009).

مشکلات روحی از جمله اضطراب و ترس عمده‌ترین مشکل بیماران قلبی بستری در بخش‌های ویژه قلبی است (مقصودلو، 1389). اختلالات اضطراب در 14% بیماران قلبی مشاهده شده است. اضطراب در بیماران بستری در بخش‌های قلبی امری عادی است و خود می‌تواند موجب بروز مشکلات و اختلالات بی‌شمار گردد. ترس از مرگ، نامعلوم بودن آینده، عدم آگاهی از روش‌های درمانی - مراقبتی، انتظارات خانواده از آنها خود موجب اضطراب و ترس در بیماران می‌شود (رنجبر، 1389).

در سراسر تاریخ آموزش بیماران، مدافعین هر دو دیدگاه آموزشی و پیشگیری حضور داشته‌اند. اولین تقاضاها برای آموزش بیمار واکنشی بود به عدم پذیرش دستورالعمل‌های غذایی پزشکی و نیاز به آموزش برای تضمین تغییر رفتار در پیشگیری عمده بیماری‌های مزمن حاضر (فرزبان‌پور به نقل از تونز و همکاران، 1389). عامل مهم در افزایش فعالیت آموزش به بیمار، ازدیاد بیماری‌های مزمن است. آمارها نشان می‌دهد که افزایش سریع بیماری‌های قلبی، حوادث و بیماری‌های مزمن ریه و سرطان ناشی از این

حقیقت است. بررسی تاریخی آموزش به بیمار نشان می‌دهد که از زمان اولین درمان‌کننده‌ها تاکنون آموزش به بیمار از جمله وظایف متخصصین مراقبت بهداشتی بوده است. آموزش به بیمار از بررسی نیاز بیمار و آمادگی وی جهت یادگیری و با طراحی فعالیت‌هایی که تغییر رفتاری و شناختی را در یادگیرنده ایجاد می‌کند، آغاز و به ارزشیابی ختم می‌شود (مهاجر، 1390).

برنامه کاهش اضطراب باید با هدف آشناسازی بیمار با استرس، عوامل ایجاد کننده آن و راه‌های مقابله و تطابق با آن تنظیم شود (سام‌پور و همکاران، 1389). در صورتی که برنامه آموزش با مددجو مناسب باشد، می‌تواند موجب کاهش هزینه‌های جاری و بهبود کیفیت مراقبتی و کمک به استقلال فردی بیشتر گردد. حفظ سلامتی و پیشگیری از بروز بیماری، درمان و انطباق با ناتوانی از اهداف آموزش به بیمار محسوب می‌شود (سلامتی‌کهن، 1390). فعالیت آموزش بر بنیان تعقل بشر قرار دارد و با توجه به این امر که بشر اندیشمند و دارای قوه درک و تمیز است، آموزش کار خود را آغاز می‌کند. جهل و نادانی با بیماری و دانش و اطلاع با تندرستی رابطه مستقیم دارد و دانایی جز از طریق آموزش مقدور نیست (میرحسینی، 1388). دانستن و درک کردن از جمله نیازهای اولیه انسان است و آموزش در برطرف کردن این احتیاج کمک مؤثر می‌نماید (قابل‌جو، 1390). آموزش فرآیندی است که به مردم در درک نیازهای بهداشتی کمک کرده، آنها را به انجام رفتارهای مناسب برمی‌انگیزد که رفتار مورد نیاز برای حفظ سلامت به رفتار بهداشتی موسوم است و آموزش داده شده به منظور تشخیص نیاز بهداشتی و انجام رفتار بهداشتی مناسب به "آموزش بهداشت" معروف است (شفیعی و آذرگشسپ به نقل از چاندرال و لینگام، 1390).

اهداف و آرمان‌های کلی آموزش بهداشت چنین خلاصه شده است: ایجاد تغییر رفتار در مردم و جایگزین کردن عادات بهداشتی به جای عادات غیر بهداشتی، قرار دادن سلامت به عنوان یک ارزش اجتماعی، تشویق مردم در استفاده صحیح از خدمات بهداشتی (حلم‌سرشت و دل‌پیشه - الف، 1388). همچنین می‌توان گفت هدف نهایی از آموزش بهداشت، ایجاد رفتارهای بهداشتی و اعتلای رفتارهایی است که در جهت حفظ، ارتقاء و بازسازی سلامتی باشد (چه در پیشگیری، چه درمان و توان‌بخشی). زیرا ارتقای آگاهی به تنهایی کاری انجام نمی‌دهد، آگاهی باید به عملکرد و رفتارهای بهداشتی تبدیل گردد (کاراندیش و سخندان، 1389).

عدم همکاری و بی‌تفاوتی مردم یکی از مشکلات مهم در آموزش بهداشت است که موجب شکست برنامه‌ها و هدر رفتن بودجه و نیروی انسانی و زمان می‌شود. بی‌تفاوتی علل مختلف و متعددی می‌تواند داشته باشد که فقر اقتصادی، بی‌سوادی، دورافتادگی و پراکندگی نامتناسب جمعیت، کمبود کارکنان بهداشتی، عدم تشخیص نیازهای آموزشی، برنامه‌ریزی‌های اشتباه، ضعف وسایل ارتباط جمعی، عدم توجه کافی مربیان بهداشت به وظایف خود، فقدان راه‌های ارتباطی، وجود لهجه و زبان‌های مختلف در کشور و حتی در منطقه، معالجات و مداوای غیر بهداشتی رایج در برخی مناطق، عدم مسئولیت‌پذیری کافی خانواده‌ها و مسئولیت دولت نسبت به مسایل آموزش بهداشت از آن جمله‌اند (حلم‌سرشت و دل‌پیشه - ب، 1388). آموزش به بیمار شامل سه هدف مهم است که هر کدام از این اهداف حاوی یک موضوع جداگانه و خاص در مورد مراقبت‌های بهداشتی است. این اهداف عبارتند از:

حفظ و ارتقای سلامتی و پیشگیری از بیماری: در حال حاضر مردم نسبت به موضوعات مرتبط با سلامتی آگاه‌تر شده‌اند. شرکت در باشگاه‌های تناسب اندام، رعایت رژیم غذایی، ورزش منظم و انجام برنامه‌های غربالگری نمونه‌هایی از این حقیقت هستند. در این میان پرستاران یک مرجع با صلاحیت برای مراجعه مددجویان جهت این موضوع هستند. پرستاران می‌توانند در بیمارستان، مدرسه، منزل، درمانگاه و یا محل کار اطلاعات در اختیار مددجویان قرار دهند یا مهارت‌هایی را به آنان بیاموزند. این آموزش‌ها به مددجویان امکان می‌دهد تا رفتارهای سالم‌تری داشته باشند.

بازگشت به سلامتی: بیماران به اطلاعات و مهارت‌هایی نیاز دارند تا به آنها جهت دستیابی به سطوح مطلوب سلامتی کمک کند. در این میان افراد خانواده نیز یک جزء مهم در بازگشت بیمار به سلامتی هستند و ممکن است نیاز باشد به اندازه بیمار اطلاعات کسب کنند.

سازگاری با اختلال در عملکرد: تمام بیماران به طور کامل از آسیب یا بیماری بهبود پیدا نمی‌کنند. بسیاری از آنها باید یاد بگیرند که چگونه با تغییرات دائمی به وجود آمده، مقابله کنند. آموزش به دو صورت رسمی و غیر رسمی دارای هدف‌هایی از قبل تدوین شده است و معمولاً از سطوح ساده به پیچیده تداوم می‌یابد. در آموزش غیررسمی، برنامه سازمان یافته‌ای وجود ندارد و یاددهی به محض احساس نیاز انجام

می‌شود. در اکثر موارد آموزش به بیمار به صورت غیررسمی انجام می‌شود (معزی و ریزایی، 1390).

ترس و اضطراب هر دو معرف پاسخ‌های عاطفی به خطر واقعی یا بالقوه هستند. ترس و اضطراب به عنوان پاسخ‌های عاطفی به خطر برخی ویژگی‌های مشترک دارند، که شامل موارد فوق است: احساسات ناخوشایند و اغلب همراه با پاسخ‌های بدنی نظیر پاسخ‌هایی که در واکنش‌های تنش وجود دارند. پاسخ‌های جسمی در میان افراد متفاوت است. ایجاد یک تشخیص افتراقی صحیح بین ترس و اضطراب مهم است، زیرا مداخلات پرستاری تحت تأثیر این تشخیص قرار می‌گیرند (فولر و اسکالر، 2010)¹. اضطراب واکنش به تهدیدی نامعلوم، درونی، مبهم و از نظر منشاء همراه با تعارض است (پورافکار به نقل از کاپلان، 1388). بیشتر افراد به هنگام بیماری یا بستری شدن، دچار اضطراب می‌شوند. ترس از چیزی ناشناخته، تغییر در زندگی عادی روزمره و احساس وابستگی به دیگران همه از جمله مواردی است که احساس نگرانی فزاینده به وجود می‌آورد. هرچقدر این اضطراب افزایش یابد، میزان درک بیمار از آن چه پیرامون او می‌گذرد، کمتر می‌شود و اهداف وی بیشتر به سمت رهایی فوری از چیزی سوق پیدا می‌کند، به جای این که به سمت یادگیری بلندمدت معطوف شود. اضطراب باعث افزایش فشار روانی وارده بر بیمار می‌شود و این خود مانعی دیگر بر سر راه یادگیری است (معزی و ریزایی، 1390). اضطراب احساس نگرانی ناشی از پیش‌بینی خطر که ممکن است درونی یا بیرونی باشد و با تنگی نفس و تپش قلب همراه است، درحالی که ترس حالت هیجانی ناخوشایند به شکل تغییرات روانی - فیزیولوژیک در پاسخ به تهدید یا خطر واقعی محسوب می‌شود (اسدی نوقابی و همکاران، 1389).

در پژوهشی که تحت عنوان "بررسی میزان شیوع افسردگی و اضطراب در بیماران بستری در بخش‌های داخلی و جراحی بیمارستان شماره یک و شهید باهنر دانشگاه علوم پزشکی کرمان" انجام گرفت، نتایج نشان داد که بخش داخلی زنان با 71% ابتلا به افسردگی بیشترین میزان شیوع و بخش داخلی مردان با 39% ابتلا به افسردگی کمترین میزان شیوع را داشت. میانگین شیوع اضطراب در بخش‌های مختلف 50/4% بود. صرف نظر از جنس، افسردگی و اضطراب در بخش‌های داخلی بیشتر از سایر گروه‌ها بود (نظری 1388). در مطالعه دیگری که با هدف بررسی برخی متغیرهای روانی - اجتماعی

¹ - Fuller and Schaller

مهم بیماری قلبی یعنی میزان استرس، راهبردهای مقابله با آن و کیفیت روابط اجتماعی در سه گروه از بیماران عروق قلبی حاد، بیماران عروق قلبی مزمن و افراد سالم گرفت، نتایج پژوهش نشان داد که بیماران حاد عروق قلب در رویارویی با رخداد‌های پر فشار زندگی آسفتگی روانی را بیشتر از افراد سالم تجربه کرده‌اند. همچنین بیماران از پاسخ‌های مقابله‌ای مبتنی بر مهار هیجانی استفاده کرده و در کیفیت روابط خود کشمکش‌های بین فردی بیشتری داشتند. یافته‌های این مطالعه نشان داد که میزان ناراحتی ناشی از استرس، پاسخ‌های هیجانی در رویارویی استرس و کشمکش‌های بین فردی در روابط اجتماعی نقش تعیین‌کننده‌ای در بروز و تشدید بیماری‌های عروق قلب دارد (حسینی قدم‌گاهی، 1387).

در پژوهشی دیگر هدف درک و شناخت مشکلات روحی و وضعیت سلامت روانی بیماران بود، بر اساس یافته‌های پژوهش 53% از بیماران گزارش کردند که تحت استرس و فشار بودند. 5% بیماران از فقدان لذت از زندگی روزانه شاکی بودند. 43% بیماران به واسطه نگرانی‌های بیش از حد دچار بی‌خوابی شده بودند. خطر ابتلا به اختلال روان‌پزشکی با وجود سابقه قلبی، افزایش سن، بالا بودن سطح تحصیلات و شدت اختلال قلبی افزایش می‌یافت. در نهایت پژوهشگر پیشنهاد کرد می‌توان با ارائه خدمات بهداشت روان همچون مشاوره، روان‌درمانی و درمان دارویی مناسب موجبات ارتقای سطح بهداشت روان در مبتلایان به بیماری قلبی را فراهم کرده و از پیچیده شدن و عارضه‌دار شدن بیماری زمینه‌ای قلبی جلوگیری کرد (رزم‌گیری، 1386). نتایج پژوهش دیگر بیانگر ضرورت توجه بیشتر نسبت به واکنش‌های روانی بیماران مبتلا به سکت میوکارد بود تا اقداماتی جهت کاهش این واکنش‌ها و سازگاری بیشتر به عمل آید (شیخ‌لو، 1389). در پژوهشی دیگر، هدف کلی تعیین تأثیر آموزش به وسیله فیلم در دو زمان متفاوت (1 و 6 روز قبل از عمل) بر اضطراب بیماران کاندید پیوند عروق قلبی در بیمارستان مرکز قلب تهران بود، بر اساس نتایج حاصل، اضطراب آشکار و پنهان بیماران بعد از آموزش نسبت به قبل از آن کاهش یافته بود (مؤمنی و همکاران، 1385). همچنین یافته‌های پژوهش دیگر نشان داد که آموزش از طریق فیلم سبب افزایش راحتی و تحمل بیماران میشود که در نتیجه سبب کاهش طول مدت اقامت در بیمارستان و افزایش رضایتمندی بیماران می‌شود (جمشیدی، عباس زاده، نجفی، 1389). در پژوهش دیگری که به منظور تأثیر آموزش برنامه بازتوانی قلبی بر تغییرات نوار قلب و

میزان اضطراب در بیماران سکنه قلبی انجام گرفت، نتایج نشان داد آموزش برنامه های بازتوانی قلبی موجب تسریع در بازگشت موج T معکوس به حالت اولیه می شود و میزان اضطراب بیماران کاهش می یابد. این امر نشان می دهد که آموزش برنامه بازتوانی قلبی می تواند پیامدهای مفیدی برای بیماران سکنه قلبی داشته باشد (کوهستانی، باغچقی، زند، 1389).

نتایج تحقیق دیگری نشانگر بیشتر بودن ترس زنان نسبت به مردان بود. در طی اقامت در بیمارستان شدیدترین ترس هم برای مردان و هم برای زنان، ترس از پیوند عروق قلبی و بلاتکلیفی در مورد بیماری بود. در حالی که در خانه، شدیدترین ترس مربوط به ترس از سکنه قلبی بود. در کل ترس های زنان با گذشت زمان نسبت به ترس های مردان شدیدتر بود. مردان نسبت به زنان ترس شدیدتری از مشکلات در زندگی جنسی خود گزارش کردند. شدت ترس در طی زمان در میان دو جنس در مورد ترس از درد، ترس از این که کارکنان مراقبت بهداشتی وقت کافی برای مراقبت از بیمار نداشته باشند و ترس از این که کارکنان مراقبت بهداشتی در غیاب بیمار در مورد وضعیت او صحبت نمایند، تغییر قابل توجهی نشان نداد (هکیلا، 2007).

در سراسر تاریخ آموزش بیماران، مدافعین هر دو دیدگاه آموزشی و پیشگیری حضور داشته اند. اولین تقاضاها برای آموزش بیمار واکنشی بود به عدم پذیرش دستور پرهیزهای غذایی پزشکی و نیاز به آموزش برای تضمین تغییر رفتار در پیشگیری عمده بیماری های مزمن حاضر (فرزیان پور به نقل از تونز و همکاران، 1389). عامل مهم در افزایش فعالیت آموزش به بیمار، ازدیاد بیماری های مزمن است. آمارها نشان می دهد که افزایش سریع بیماری های قلبی، حوادث و بیماری های مزمن ریه و سرطان ناشی از این حقیقت است. بررسی تاریخی آموزش به بیمار نشان می دهد که از زمان اولین درمان کننده ها تاکنون آموزش به بیمار از جمله وظایف متخصصین مراقبت بهداشتی بوده است. آموزش به بیمار از بررسی نیاز بیمار و آمادگی وی جهت یادگیری و با طراحی فعالیت هایی که تغییر رفتاری و شناختی را در یادگیرنده ایجاد می کند، آغاز و به ارزشیابی ختم می شود (مهاجر، 1390). برنامه کاهش اضطراب باید با هدف آشناسازی بیمار با استرس، عوامل ایجاد کننده آن و راه های مقابله و تطابق با آن تنظیم شود (بسام پور و همکاران، 1389). در صورتی که برنامه آموزش با مدجو مناسب باشد، می تواند موجب کاهش هزینه های جاری و بهبود کیفیت مراقبتی و کمک به استقلال فردی بیشتر گردد.

حفظ سلامتی و پیشگیری از بروز بیماری، درمان و انطباق با ناتوانی از اهداف آموزش به بیمار محسوب می‌شود (سلامتی‌کهن، 1390). پرستاران از جمله کسانی هستند که ارتباط نزدیک‌تری با بیماران داشته و می‌توانند بهتر از دیگران مشکلات آنان را شناخته و به علل اضطراب و ترس آنان کمک کنند. از این رو انجام پژوهشی جهت پی بردن به تأثیر آگاهی از رفتارهای خودمراقبتی بر میزان ترس و اضطراب بیماران عروق قلبی ضروری به نظر رسید. پژوهشگر امیدوار است اطلاعاتی که در این مورد به دست آمد، بتواند به ارتقای مراقبت پرستاری از این بیماران کمک نماید.

ابزار و روش

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی است که در آن تأثیر آگاهی از رفتارهای خود مراقبتی بر میزان اضطراب و ترس بیماران مبتلا به بیماری عروق قلبی بستری در بخش‌های داخلی و جراحی قلب بیمارستان شهیدمدنی تبریز در سال 1391 انجام گرفت. معیارهای ورود به مطالعه عبارتند از: بیماران سابقه ابتلا به بیماری‌های روانی، مصرف داروهای روان‌گردان و سابقه ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی را نداشتند، بیماران جهت مصاحبه و پاسخ به سؤالات پرسشنامه توانایی و آمادگی را داشتند، بیماران از بیمارستان‌های دیگر اعزام نشده بودند، بیماران سواد حداقل خواندن و نوشتن را داشتند و از اعضای تیم پزشکی و پیراپزشکی نبودند.

حجم نمونه به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، با استفاده از معادله زیر و با توجه به مطالعات پیشین انحراف معیار برابر 0/6، توان آزمون 80%، خطای آلفا برابر 0/05، حجم اثر برابر 20%، تعداد نمونه‌ها برابر 141 نفر برآورد شد که با احتساب ضریب اطمینان تعداد نمونه 150 نفر در نظر گرفته شد.

$$n = \frac{2(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 S^2}{d^2} = \frac{2(1.96 + 0.84)^2 0.6^2}{0.2^2} = 141$$

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه استاندارد از پیش تنظیم شده بود که به صورت خودگزارش‌دهی، تکمیل گردید. به منظور دستیابی به اهداف پژوهش، پرسشنامه در چهار بخش تنظیم گردید. بخش اول شامل 11 سؤال مربوط به اطلاعات و مشخصات

دموگرافیکی و بخش دوم شامل 17 بیانیه مربوط به ترس بیماران عروق قلب، بخش سوم دارای 20 بیانیه مربوط به سنجش اضطراب پنهان (شخصیتی) اسپیل برگر و بخش چهارم دارای 20 بیانیه مربوط به سنجش اضطراب آشکار (موقعیتی) اسپیل برگر است. ابزار ترس بیماران عروق قلبی شامل 17 بیانیه ترس است که بر اساس موقعیت محیطی و فرهنگی تغییرات جزئی در آن داده شد. ابزار ترس شدت ترس را با استفاده از مقیاس 4 درجه‌ای لیکرت تعیین کرد. پاسخ‌های مربوط به سوالات اضطراب، بر اساس مقیاس 4 درجه‌ای لیکرت از یک الی 4 امتیاز برخوردار بودند. پاسخ‌ها در اضطراب آشکار از خیلی کم تا خیلی زیاد و در اضطراب پنهان از تقریباً هرگز تا تقریباً همیشه در نظر گرفته شد. معیار ارزشیابی سوالات، به مساعد و نامساعد بودن گزینه‌ها بستگی داشت. در سوالات ترس، برای هر کدام از پاسخ‌ها نمره یک تا چهار و در سوالات مربوط به اضطراب نیز، برای هر کدام از پاسخ‌ها نمره یک تا چهار در نظر گرفته شد. نمره پاسخگو از طریق جمع نمرات که مجموع نمرات پاسخ‌هایی بود که بیماران به هر یک از گزینه‌ها داده بودند، سنجیده شد. سپس نمرات هر قسمت امتیازبندی گردید. کل نمره ترس 68 امتیاز بود. کسب امتیاز 33-17 ترس کم، امتیاز 50-34 ترس متوسط، امتیاز 68-51 ترس زیاد در نظر گرفته شد. کل نمرات اضطراب در هر قسمت 80 امتیاز بود. کسب امتیاز 39-20 اضطراب کم، امتیاز 59-40 اضطراب متوسط، امتیاز 80-60 اضطراب زیاد در نظر گرفته شد. پس از امتیازبندی هر قسمت، میزان ترس و اضطراب بیماران مورد محاسبه قرار گرفت. شایان ذکر است که محتوای آموزشی شامل اقدامات و دستورالعمل‌های لازم در رابطه با رفتارهای خودمراقبتی در مورد رژیم درمانی بیماران عروق قلبی اعم از مصرف مرتب داروها، رعایت رژیم غذایی، انجام فعالیت و ورزش، دوری از عوامل استرس‌آفرین و اجتناب از استعمال دخانیات بود.

در پژوهش حاضر برای کسب اعتبار علمی ابزار گردآوری داده‌ها از روش اعتبار محتوا و جهت تعیین اعتماد علمی یا پایایی ابزار گردآوری داده‌ها، از ضریب آلفای کرون‌باخ¹ استفاده شد. آزمون اضطراب اسپیل برگر، آزمون معتبری برای تشخیص اضطراب است. علاوه بر این، مطالعات نشان می‌دهد که این آزمون در یک سطح معنی‌دار آماری بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی را از سایر طبقات متمایز می‌کند.

¹- Cronbach Coefficient Alpha(α)

ضریب آلفای محاسبه شده در هر قسمت سؤالات بیش از 0/75 بود که بیانگر پایایی بالای این مقیاس است.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه حاوی مجموعه منظمی از سؤالات بسته بود که توسط خود بیماران در دو مرحله قبل و بعد از مداخله آموزشی، در حین بستری در بیمارستان و دو ماه بعد از آن (در حین مراجعه به درمانگاه و واحد توانبخشی بیمارستان شهید مدنی) تکمیل شد. در گروه آزمون برنامه آموزشی در گروه‌های سه یا چهار نفره در مدت زمان بستری در بیمارستان (پس از تکمیل پرسشنامه) اجرا گردید و کتابچه آموزشی جهت مطالعه بیشتر در دسترس این گروه قرار گرفت. در گروه کنترل (قبل از تکمیل پرسشنامه مرحله دوم) هیچ نوع مداخله آموزشی انجام نگرفت و جهت رعایت اصول اخلاقی قبل از خروج از مطالعه این نمونه‌ها مورد آموزش قرار گرفتند و کتابچه آموزشی در اختیار آنها قرار داده شد. برنامه آموزشی توسط پژوهشگر اجرا شد و براساس نیازهای آموزشی بیماران فرصت بیشتر جهت صحبت و گفتگو در زمینه مورد نظر ایجاد گردید. از مزایای این روش می‌توان به ارتقاء آگاهی و تغییر رفتار، درک صحیح از موضوع مورد آموزش و دسترسی بهتر به بیماران و دسترسی بهتر بیماران به آموزش اشاره نمود.

جهت دستیابی به نتایج پژوهش، داده‌های جمع‌آوری شده از طریق برنامه SPSS/15 وارد کامپیوتر شد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از آمار توصیفی و استنباطی جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. بدین ترتیب که از آمار توصیفی جهت تنظیم جداول، توزیع فراوانی مطلق و نسبی، میانگین و انحراف معیار و از آمار استنباطی نظیر آزمون‌های آماری تی مستقل، تی زوج، ANOVA و ضریب همبستگی اسپیرمن جهت تعیین روابط بین متغیرهای تحت بررسی استفاده گردید.

یافته‌ها

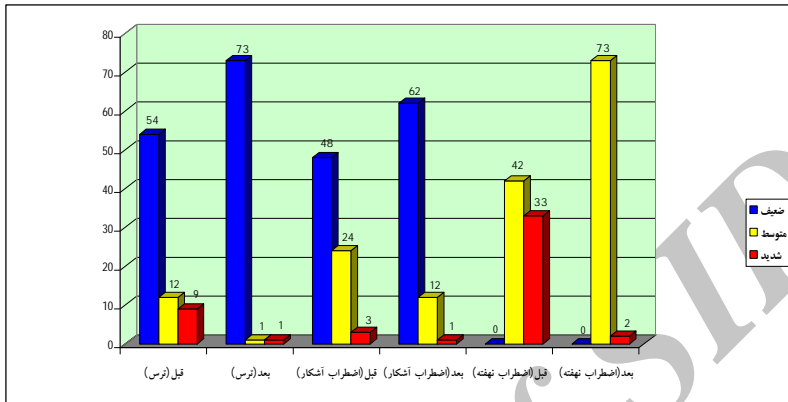
در این مطالعه مقایسه مشخصات دموگرافیک (میانگین سنی، جنس، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، مدت بستری، شغل) در گروه آزمون و شاهد اختلاف معنی‌داری نشان نداد. اکثریت واحدهای مورد پژوهش در گروه آزمون و شاهد به ترتیب (45/30%) و (57/30%) در گروه سنی (60-69) سال و حداقل آنها (12/00%) و (8/00%) در گروه سنی (30-39) سال بودند. میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش (56/50 سال) و

انحراف معیار (10/62) بود. بر اساس تحقیقات، پس از (40) سالگی یک دوم مردان و یک سوم زنان در معرض خطر بیماری‌های عروق کرونری قرار دارند (برونر و سودارت¹، 2011).

در گروه آزمون (57/30%) را زنان و در گروه شاهد (53/30%) را مردان تشکیل داده بودند. در گروه آزمون کمترین فراوانی (4/00%)، مربوط به ساکنین روستا و بیشترین فراوانی (45/30%)، مربوط به ساکنین تبریز و در گروه شاهد کمترین فراوانی (8/00%)، مربوط به ساکنین روستا و بیشترین فراوانی (53/30%)، مربوط به ساکنین شهرستان‌های دیگر بود. از نظر تحصیلات در گروه آزمون کمترین فراوانی (10/70%)، مربوط به تحصیلات دیپلم و بیشترین فراوانی (41/30%)، مربوط به تحصیلات خواندن و نوشتن و در گروه شاهد کمترین فراوانی (14/70%)، مربوط به تحصیلات متوسطه و بیشترین فراوانی (28/00%)، مربوط به تحصیلات خواندن و نوشتن بود. از نظر شغل در گروه آزمون کمترین فراوانی (1/30%)، مربوط به شغل کارمند و بیشترین فراوانی (41/30%)، مربوط به گروه خانه دار و در گروه شاهد کمترین فراوانی (4/00%)، مربوط به شغل کارگر و بیشترین فراوانی (32/00%)، مربوط به گروه خانه دار بود. از نظر وضعیت تأهل کمترین فراوانی (1/30%)، مربوط به سایر موارد و بیشترین فراوانی (92/00%) در گروه آزمون و در گروه شاهد (97/30%)، مربوط به گروه متأهل است. در گروه آزمون و گروه شاهد اکثریت به ترتیب (80/00%) و (76/00%) واحدهای مورد پژوهش تحت پوشش بیمه بودند. از نظر منابع کسب اطلاعات: در گروه آزمون و گروه شاهد بیشترین فراوانی به ترتیب (62/70%) و (73/30%) واحدهای مورد پژوهش در مورد رفتارهای خود مراقبتی اطلاعات کسب نکرده بودند.

¹-Smeltzer, C. Suzanne., Bare, G. Brenda.

نمودارهای شماره (1) و (2) دستیابی به اهداف ویژه پژوهش را نشان می دهد:

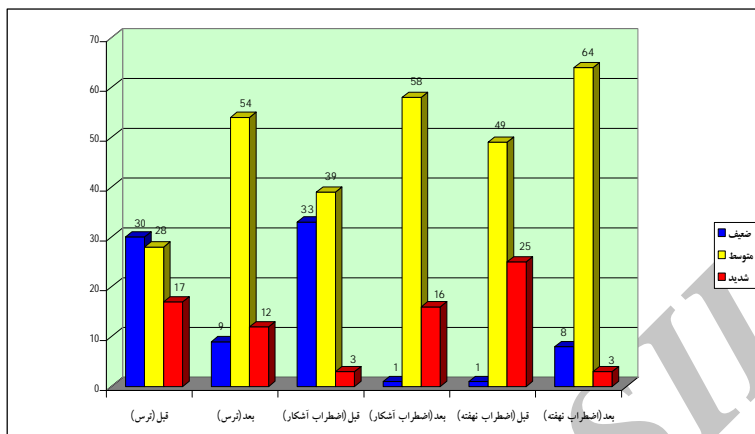


شکل شماره (1)

مقایسه میزان ترس و اضطراب آشکار و نهان گروه آزمون قبل و بعد از آموزش

با توجه به نمودار فوق بیشترین میانگین واحدهای مورد پژوهش بعد از آموزش در گروه آزمون، شدت ترس کم، شدت اضطراب آشکار کم و شدت اضطراب نهفته متوسط است. براساس آزمون آماری تی زوج تفاوت معنی دار آماری در شدت ترس و اضطراب این گروه در دو دوره وجود دارد.

با توجه به نتایج حاصل از نمودار شماره (1) بیشترین میانگین واحدهای مورد پژوهش بعد از آموزش در گروه آزمون، شدت ترس کم، شدت اضطراب آشکار کم و شدت اضطراب نهفته متوسط را دارا بودند و بر اساس آزمون تی زوج تفاوت معنی دار آماری در دوره قبل و بعد از آموزش وجود داشت ($p < 0/05$). با توجه به نتایج، آموزش به بیماران مبتلا به بیماری عروق قلبی در راستای ارتقای رفتارهای خودمراقبتی، موجب کاهش ترس و اضطراب این بیماران خواهد شد.



شکل شماره (2)

مقایسه میزان ترس و اضطراب آشکار و نهان گروه شاهد قبل و بعد از آموزش

با توجه به نمودار فوق بیشترین میانگین واحدهای مورد پژوهش در دوره توانبخشی، در گروه شاهد، شدت ترس، اضطراب آشکار و اضطراب نهفته متوسط است. براساس آزمون آماری تی زوج تفاوت معنی دار آماری در شدت ترس و اضطراب این گروه در دو دوره وجود دارد.

همچنین با توجه به نتایج حاصل از نمودار شماره (2)، بیشترین میانگین واحدهای مورد پژوهش بعد از ترخیص در گروه شاهد، شدت ترس، اضطراب آشکار و اضطراب نهفته متوسط بود و بر اساس آزمون تی زوج تفاوت معنی دار آماری در دوره قبل و بعد از آموزش وجود داشت ($p < 0/05$) و شدت ترس و اضطراب بیماران بعد از ترخیص، افزایش یافته بود. این امر بیانگر ضرورت آموزش به بیماران مبتلا به بیماری عروق قلبی در راستای ارتقای رفتارهای خودمراقبتی، جهت کاهش ترس و اضطراب این بیماران است. همچنین در دستیابی به هدف کلی پژوهش که عبارت است از: تأثیر آگاهی از رفتارهای خودمراقبتی بر میزان ترس و اضطراب بیماران عروق قلبی می توان نتیجه گرفت که افزایش آگاهی و ارتقای سطح دانش مددجویان قلبی با ارائه آموزش برنامه ریزی شده چه در دوران بستری در بیمارستان و چه در دوره های توانبخشی موجب کاهش ترس، اضطراب آشکار و نهان بیماران در گروه آزمون می گردد. بر اساس آزمون

تی مستقل تفاوت معنی دار آماری در دوره های قبل و بعد از آموزش در دو گروه وجود داشت ($p < 0/05$).

جدول شماره (1):

ارتباط بین مشخصات دموگرافیک با میزان ترس و اضطراب واحدهای مورد پژوهش

متغیر	ترس	اضطراب	اضطراب آشکار
سن	F =0/846 p = 0/471	F =2/076 p = 0/106	F =1/839 p = 0/143
جنس	t = 1/408 p = 0/161	t = 1/978 p = 0/040	t = 1/929 p = 0/173
میزان تحصیلات	F =1/970 p = 0/121	F =3/355 p = 0/021	F =0/463 p = 0/708
شغل	F =0/278 p = 0/925	F =0/179 p = 0/970	F =1/300 p = 0/267
محل سکونت	F =2/390 p = 0/095	F =0/094 p = 0/910	F =1/541 p = 0/218
وضعیت تاهل	F =0/613 p = 0/543	F =0/242 p = 0/785	F =2/085 p = 0/128
سابقه بستری	t = 1/388 p = 0/167	t = 0/258 p = 0/798	t = 0/857 p = 0/393
آموزش رفتارهای خودمراقبتی	t = 0/195 p = 0/846	t = 0/411 p = 0/681	t = 0/090 p = 0/928
تحت پوشش بیمه	t = 1/096 p = 0/275	t = 0/156 p = 0/876	t = 2/377 p = 0/022
کسب اطلاعات	t = 1/426 p = 0/156	t = 0/302 p = 0/763	t = 0/845 p = 0/384
منبع کسب اطلاعات	F =0/574 p = 0/776	F =2/384 p = 0/028	F =1/127 p = 0/349

بر اساس آزمون آماری آنالیز واریانس یک طرفه بین میزان تحصیلات و اضطراب نهفته بیماران بعلاوه منبع کسب اطلاعات با اضطراب نهفته ارتباط معنی دار آماری وجود دارد. همچنین بر اساس آزمون آماری تی، بین متغیرهای جنس و اضطراب نهفته و نیز بیماران تحت پوشش بیمه و اضطراب آشکار ارتباط معنی دار آماری وجود دارد ($p < 0/05$).

جدول شماره (1): ارتباط بین مشخصات دموگرافیک با میزان ترس و اضطراب واحدهای مورد پژوهش را نشان می‌دهد. از نظر وجود یا عدم وجود ارتباط بین متغیرهای ترس، اضطراب نهفته و اضطراب آشکار با متغیرهای سن، میزان تحصیلات، شغل، محل سکونت، وضعیت تاهل و منبع کسب اطلاعات از آزمون آماری آنالیز واریانس یک طرفه استفاده شد. بر اساس نتایج ارتباط معنی‌دار آماری بین میزان تحصیلات و اضطراب نهفته بیماران وجود داشت و بیمارانی که از سطح تحصیلات بالایی برخوردار بودند، اضطراب نهفته کمتری داشتند. بعلاوه ارتباط معنی‌دار آماری بین منبع کسب اطلاعات با اضطراب نهفته بیماران وجود داشت ($p < 0/05$). ارتباط معنی‌دار آماری در سایر متغیرها مشاهده نگردید. بعلاوه، از نظر وجود یا عدم وجود ارتباط بین متغیرهای ترس، اضطراب نهفته و اضطراب آشکار با متغیرهای جنس، سابقه بستری، آموزش رفتارهای خودمراقبتی، کسب اطلاعات از آزمون آماری تی استفاده شد. بر اساس نتایج، ارتباط معنی‌دار آماری بین جنس و اضطراب نهفته بیماران وجود داشت و خانم‌ها از اضطراب نهفته بالایی نسبت به آقایان برخوردار بودند. همچنین بیمارانی که تحت پوشش بیمه قرار داشتند از اضطراب آشکار کمتری برخوردار بودند ($p < 0/05$). ارتباط معنی‌دار آماری در سایر متغیرها مشاهده نگردید. بطور خلاصه نتایج حاصل نشان داد که آگاهی از رفتارهای خود مراقبتی بر میزان ترس، اضطراب آشکار و اضطراب نهفته بیماران عروق قلبی تأثیر دارد و بر اساس آزمون آماری تی زوج این تفاوت‌ها، در دوره‌های قبل و بعد از آموزش، از نظر آماری معنی‌دار هستند ($p < 0/05$).

بحث و نتیجه گیری:

یافته‌های حاصل از این مطالعه نشان داد که بین دو گروه تفاوت قابل ملاحظه‌ای در میزان آگاهی از رفتارهای خودمراقبتی وجود داشت به همین دلیل آموزش مددجو و خانواده‌ها، برقراری دوره‌های آموزشی برای پرستاران و ارتقای کیفیت ارتباط بین درمانگران و بیماران ضروری به نظر می‌رسد. زیرا با ارایه آموزش به بیمار، تغییرات مثبت در رفتار، مخصوصاً در کاهش ترس و اضطراب بیماران پس از سکنه قلبی مشاهده می‌شود (کارنر و همکاران¹، 2009). همچنین ارتقاء دانش و آگاهی در بیمارانی که انگیزه

¹ -Karner, Anita et al.

بیشتری دارند، استرس این بیماران را کاهش می‌دهد (اسکرر و بروس¹، 2011) و نیز حمایت‌های آموزشی پس از ترخیص در بیماران مبتلا به بیماری عروق قلبی، میزان بستری مجدد بیماران را کاهش و بهبودی و سلامتی، طول عمر و کیفیت زندگی بیماران را افزایش می‌دهد (فیلیپس و همکاران²، 2009).

سکته قلبی یکی از شایع‌ترین بیماری‌های بشری است که به دلیل پیامدهای ناگوار آن مورد توجه خاص قرار گرفته و علایم ترس و اضطراب پس از سکته قلبی یک مشکل روان شناختی بسیار شایع است که اثرات بسیار منفی بر پیش‌آگهی این بیماری دارد. اضطراب نیز مانند افسردگی به دنبال سکته قلبی شایع است. بطور کلی اضطراب شایع‌ترین و مهم‌ترین واکنش در برابر بیماری است. مطالعات و تحقیقات نشان داده‌اند که بیماران بیشترین علت اضطراب را ترس از مردن و ترس از سکته مجدد بیان کرده‌اند. خطر حوادث عروق قلب در مبتلایان به سکته قلبی که سطح اضطراب زیادی را تجربه می‌کنند 2 تا 5 برابر بیشتر از بیماران غیر مضطرب است. اضطراب (31%) بیماران را بشدت تحت تأثیر می‌گذارد و کیفیت زندگی و احتمال عود بیماری را افزایش می‌دهد (وان ملی و همکاران³، 2010).

در نتایج پژوهشی مشخص گردید که میزان اضطراب و افسردگی نمونه‌ها پس از آموزش کاهش یافته است. تحقیقات دلالت بر تأثیر چشم‌گیر آموزش بر افزایش دانش و کاهش اضطراب بیماران را نشان می‌داد (گنجی و همکاران، 1389). مطالعه دیگر حاکی از به صرفه بودن آموزش به بیماران بستری و برنامه‌های مداخله‌ای و مشاوره‌ای بر کاهش مدت اقامت و پیامدهای بیماری مورد تأیید قرار داد و حاکی از تأثیر آموزش بر کاهش ترس بود (کاتون و همکاران⁴، 2011). یافته‌های پژوهش دیگر گویای این واقعیت بود که میزان اضطراب در زنان بیشتر از مردان بود. تحقیقی هم نشان داد که اضطراب در زنان بیشتر از مردان بود (رحیمی، 1388). همچنین در پژوهشی دیگر میزان اضطراب و افسردگی در زنان بیمار در مقایسه با مردان بیشتر بود. نتایج این مطالعه نشان داد که افراد مجرد از اضطراب و افسردگی بیشتری رنج می‌بردند. از طرفی نتایج تحقیقات علاوه بر اثبات ارتباط مستقیم بین جنس و وضعیت تاهل بود به گونه‌ای که

¹ - Scherer, Krall, Yvonne, Bruce, Susan.

² - Phillips, Christopher et al.

³ - Van Melle JP, Ee Jonge P, Spijkerman TA.

⁴ - Katon M. Von Korff E, Lin G.

پس از آموزش کاهش اضطراب و افسردگی در بین زنان و افراد مجرد چشمگیرتر بود (گنجی و همکاران، 1389). مطالعات دیگر نشان داد که بیشتر بیماران چندین ماه پس از ابتلا به سکنه قلبی اضطراب زیادی را تجربه می کنند. بیشترین مواردی که نشان می دهد مبتلایان سکنه قلبی دچار اضطراب شوند ترس از عود بیماری، فراموشی، تنش های عاطفی، کابوس ها، اختلالات خواب و همچنین افزایش دلهره و تشویش فرد است که مداخلات روان درمانی موجب کنترل استرس و کاهش اضطراب بیماران می شود. بیماران پس از ترخیص از بیمارستان، تجاربی از استرس را بیان می کنند که منشا آن می تواند ترس از عود علائم، مرگ ناگهانی، به حال خود رها شدن و کمبود آگاهی باشد که این عوامل موجب ترس بیمار شده و آنان را تحریک پذیر می کند و ممکن است بر روابط آنها با سایر اعضای خانواده تأثیر بگذارد، بنابراین نوتوانی و آموزش در حین بستری و پی گیری بعد درمان این بیماران نقش مهمی در کاهش تنش و بازگشت بیماران به فعالیت دارد. همچنین مشخص شد که سیستم حمایتی مناسب درمانی در پیشگیری از ترس و بهبودی سریع بیمار بسیار کمک کننده است (سالمون¹، 2011).

اگر درمان این بیماران گروه درمانی را در زمان بیشتر و با کیفیت و شرایط مطلوب تری انجام شود، مسلماً تأثیرات درمانی آن نیز قابل ملاحظه خواهد بود و همچنین اگر برای بیمارانی که مدت بیشتری این علائم را تجربه کرده اند و حتی مبتلایانی که تحت دارودرمانی قرار گرفته اند چنین مداخله ای به شکل گسترده تر انجام شود، احتمال دارد اثرات درمانی داروها افزایش یابد و نیز شاید بتوان نیاز به مصرف دارو در این بیماران کاهش داده شود (آئورمرود و همکاران²، 2012).

نتیجه نهایی این مطالعه نشان داد که آموزش بر میزان اضطراب و ترس بیماران تأثیر قابل ملاحظه ای دارد، لذا اجرای برنامه های آموزش می تواند زمینه ساز کاهش ترس و اضطراب و ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری های قلبی عروقی باشد. در همین راستا توصیه می گردد جهت تسهیل امر آموزش امکانات آموزشی از سوی مسئولین فراهم گردد و پرسنل نیز برای این کار تحت آموزش و تشویق قرار گیرند. همچنین با توجه به نتایج پژوهش حاضر، پیشنهاد می شود در بیمارستان ها، برنامه های آموزشی برای بیماران و خانواده آنها تدوین گردد. درمورد استفاده صحیح از داروهای

¹- Salmon P.

²- Aormerod J.

قلبی، مزایای استفاده از این داروها، اطلاع از عوارض جانبی داروهای قلبی و پیشگیری به موقع از بروز عوارض شدید این داروها، رعایت رژیم غذایی ایده‌آل مخصوص بیماران قلبی و مزایای استفاده از ماهی، میوه و سبزیجات تازه، داشتن فعالیت فیزیکی منظم و مزایای آن، یادگیری شمارش نبض و کنترل آن در حین ورزش و فعالیت، یادگیری دوره‌های ورزش و افزایش تدریجی فعالیت، تشویق به استفاده از روش‌های آرام‌سازی جهت کاهش دادن نگرانی و ترس، تقویت آگاهی در مورد عوارض سیگار کشیدن، آموزش داده شود، تا از عود بیماری عروق قلبی و بستری مجدد پیشگیری گردد.

از آن جایی که وسائل ارتباط جمعی به دلیل قابل دسترسی بودن برای اکثریت بیماران مبتلا به بیماری عروق قلبی بیشتر می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد و با توجه به این که در این مطالعه اکثریت واحدهای مورد پژوهش کم‌سواد بودند، مسئولین برنامه‌ریزی آموزش بهداشت در رادیو و تلویزیون باید توجه بیشتری به محتوای این برنامه‌ها و هر چه کاربردی‌تر نمودن آموزش‌های تئوری در زمینه بیماری‌های قلبی و مخصوصاً توصیه‌های درمانی، به ویژه رژیم غذایی و فعالیت آنها، داشته باشند.

تشکر و قدردانی:

از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز که تامین مالی این طرح تحقیقاتی بر عهده داشته است و همچنین از تمامی بیماران و همکاران عزیزی که در جمع‌آوری اطلاعات با پژوهشگر همکاری نمودند، صمیمانه سپاسگزاری و قدردانی گردد.

منابع:

- اسدی نوقابی احمدعلی، امیری شیدا، حاجی آقاجانی سعید (1389)، روان‌پرستاری بهداشت روان (1)، تهران، انتشارات بشری.
- براون‌والد فوسی، کاسپر هوسر، لونگو جمیسن (1390)، بیماری‌های قلب و عروق اصول طب داخلی هاریسون، ترجمه: فتح‌اللهی علی‌رضا، تهران، انتشارات ارجمند.
- بصام‌پور شیواسادات، اسدی نوقابی احمدعلی، ذوالفقاری میترا (1389)، مراقبت‌های پرستاری ویژه ICU, CCU و دیالیز، تهران، انتشارات سالمی.
- پارک ای جی، پارک کا (1389)، بیماری‌های مزمن غیر واگیر و بیماری‌های واگیر شایع، جلد 4، ترجمه: شجاعی تهرانی حسین، ملک افضل‌ی حسین، تهران، انتشارات سماط.
- تونز کیت، تیلفورد سیلویا، روبینسون یون کلی (1389)، آموزش بهداشت کارآیی و اثربخشی آن، ترجمه: فرزین‌پور فرشته، چاپ دوم، تهران، انتشارات سلاله نیکان.
- جمشیدی ناهید، عباس زاده عباس، نجفی کلیانی مجید (1389)، تاثیر آموزش از طریق فیلم بر راحتی و تحمل بیماران تحت آنژیوگرافی قلب، پژوهش پرستاری، دوره 5، شماره 16، ص: 38-44.
- حسینی قدم‌گاهی جواد، دژکام محمود، بیان‌زاده سیداکبر، فیض ابوالحسن (1387)، کیفیت روابط اجتماعی، میزان استرس و راهبردهای مقابله با آن در بیماران عروقی قلب، فصل‌نامه اندیشه و رفتار، سال 4، شماره 1، ص: 14 - 24.
- حلم‌سرشت پریوش، دل‌پیشه اسماعیل (الف) (1388)، پرستاری بهداشت جامعه (1)، تهران، انتشارات چهر.
- حلم‌سرشت پریوش، دل‌پیشه اسماعیل (ب) (1388)، اصول و مبانی بهداشت محیط، تهران، انتشارات چهر.
- راما چاندرال ل، دارمالینگام ت (1390)، آموزش بهداشت، ترجمه: شفیی فروغ، آذرگشسپ اذن‌الله، تهران، انتشارات دانشگاه تهران.
- رحیمی فریبا (1388)، تغییر عادات بهداشتی بعد از سکنه میوکارد، مجله پرستاری ایران، دوره (24)، شماره (6)، ص 43 تا 51.
- رزم‌گیری وحید (1386)، بررسی واکنش‌های روان‌شناختی در یک‌صد بیمار مبتلا به بیماری ایسکمیک قلبی در بیمارستان شهید مدنی تبریز، پایان‌نامه دکتری تخصصی روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز.

- رنجبر شکرال.. (1389)، بررسی تاثیر آرام سازی بر میزان اضطراب بیماران تحت عمل جراحی قلب بستری در بیمارستان شهید رجایی تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز.
- سلامتی کهن کبری (1390)، اصول آموزش به بیمار، رشت، انتشارات هدایت.
- سلیمانزاده لاله (1388)، میزان اضطراب و افسردگی بیماران بستری در بخش های مراقبت ویژه بیمارستان های 1 و 2 وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان، مجله های علوم پزشکی هرمزگان، سال سوم، شماره 3، ص: 25 - 22.
- عزیزی فریدون، حاتمی حسین، جان قربانی محسن (1391)، اپیدمیولوژی و کنترل بیماری های شایع در ایران، چاپ چهارم، تهران، انتشارات اشتیاق.
- قابل جو منیژه (1390)، کاربرد مهارت های مدیریت در خدمات پرستاری، چاپ دوم، تهران، انتشارات آینده سازان.
- کاپلان هارولد، سادوگ بنیامین، گرب جک (1388)، خلاصه روان پزشکی علوم رفتاری - روان پزشکی بالینی، ترجمه: پورافکار نصرتا..، چاپ چهارم، تهران، انتشارات شهرآب.
- کاراندیش سعید، سخندانی مرسده (1389)، نکات مهم و شایع ترین ها در بهداشت، چاپ دوم، تهران، انتشارات جعفری.
- کوهستانی حمیدرضا، باغچقی نیره، زند سلیمان، (1389)، تاثیر آموزش برنامه های بازتوانی قلبی بر تغییرات نوار قلب و میزان اضطراب بیماران سکته قلبی، پژوهش پرستاری ایران، دوره پنجم، شماره 16، ص: 12 - 6.
- گنجی، طاهره (1389)، تأثیر آموزش بر میزان آگاهی و اضطراب بیماران قبل از کاتتریزاسیون قلبی، مجله پرستاری ایران، دوره (17)، شماره (38)، ص 51 تا 57.
- معزی داریوش، ریزابی ناهید (1390)، اصول و روش های آموزش به بیمار، مشهد، انتشارات سخن گستر.
- مقصودلو صفا (1389)، بازتوانی بیماران قلبی، تهران، مؤسسه فرهنگی انتشاراتی تیمورزاده.
- مهاجر تانیا (1390)، اصول آموزش به بیمار، تهران، نشر سالمی.
- مؤمنی لیلا، نجفی یارندی اکرم، جزء کبیری فریده و همکاران (1387)، تاثیر آموزش به وسیله فیلم در دو زمان بر اضطراب قبل از عمل بیماران کاندید پیوند عروق قلب، فصل نامه پرستاری ایران، سال نوزدهم، شماره 45، ص: 84 - 77.
- میرحسینی سید غلامرضا (1388)، اصول خدمات بهداشتی، چاپ دوم، تهران، انتشارات ژرف.

- نظری طاهره، یاسمی محمدتقی، دوست محمدی مهری، نعمت‌زاده ماهانی کاظم (1388)، بررسی میزان شیوع افسردگی و اضطراب در بیماران بستری در بخش‌های داخلی و جراحی، فصل‌نامه اندیشه و رفتار 30، سال هشتم، شماره 2، ص: 25 - 18.

- یزدان‌دوست رخساره، رضوان‌طلب هادی، پیروی امیرحسین (1390)، بررسی نگرش‌های ناسالم افسردگی و شدت بیماری قلب در بیماران بستری در CCU، فصل‌نامه اندیشه و رفتار، سال 6، شماره 4، ص: 44 - 38.

- Aormerod J. (2012), Emotions and Illness. *Psychosom Res*, 43 (4), p: 399 - 404.
- Danias PG, Edelman RR, Manning WJ, (2006), Coronary Angiography, *Clinics of North America*, 11 (3), p: 383 - 404.
- Finnesilver C, (2009), Preparation of Adult Patients for Cardiac Catheterization and Coronary Angiography, *Nursing Standard*, 15 (6), p: 211 - 221.
- Heikkila J, Paunonen M, Laippala P, (2007), Patient's Fears in Coronary Arteriography, *Journal of Advanced Nursing*, 13(5), p: 3-10
- Karner, Anita et al. (2009), Conceptions on treatment and lifestyle in patients with coronary heart disease-a phenomenographic analysis, *Patient Education and Counseling*, 47, 137-143, [Online]. < <http://www.elsevier.com/locate/patducou>. > [4 November 2004].
- Katon M. Von Korff E, Lin G. (2011), stepped collaborative care for primary care patients with persistent symptoms of depression: A randomized trial. *Arch Gen Psychiatry*, 56 (12): 1109 - 15.
- Phillips, Christopher et al. (2009), Comprehensive discharge planning with post discharge support for older patients with congestive heart failure, *Journal of American Medical Association*, 291 (11), 1358-66.
- Phipps, J. Wilma et al. (2011), *Medical -Surgical Nursing*, 8th edition, Philadelphia, Mosby Com.
- Salmon P. (2011), *Psychology of Medicine and Surgery*. Landon, Chichester Com.
- Scherer, Krall, Yvonne, Bruce, Susan. (2011), Knowledge, attitude, and self-efficacy and compliance with medical regimen, number of

- emergency department visit, and hospitalizations in adult with asthma, *Heart and Lung*, 30 (4), 250-7.
- Smeltzer, C. Suzanne., Bare, G. Brenda. (2004), *Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*, 10th edition, Philadelphia, Lippincott Com.
 - Van Melle JP, Ee Jonge P, Spijkerman TA. (2010), Prognosis association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: A metaanalysis. *Psychosom Med*. 66 (6): 814 – 22.

Archive of SID