

اثربخشی آموزش راه‌های مقابله با استرس بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونری بستری شده در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۲

زهرا امینیان^۱، شهلا محمدزاده^۲، محمد اسلامی^۳، محمد فشارکی^۴

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، گرایش داخلی-جراحی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم پزشکی تهران
^۲ مربی، کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم پزشکی تهران
^۳ استادیار، متخصص زنان و زایمان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم پزشکی تهران
^۴ دانشیار، دکتری آمار زیستی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران

چکیده

سابقه و هدف: استرس از عوامل خطر بیماری‌های قلبی است که می‌تواند کیفیت زندگی بیماران مبتلا را تحت تاثیر قرار دهد. هدف این پژوهش، بررسی تاثیر آموزش راه‌های مقابله با استرس بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونری بود. **روش بررسی:** در این پژوهش نیمه تجربی، تعداد ۳۵ بیمار مبتلا به سندرم حاد کرونری به شیوه نمونه‌گیری مبتنی بر هدف از بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی شهر تهران انتخاب و در محیط‌های پژوهش به مدت ۳ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای تحت آموزش "راه‌های مقابله با استرس" به روش سخنرانی و ارائه جزوه آموزشی قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه‌های "کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF)"، "سطح استرس کوهن" و "مقابله با شرایط پر استرس اندلر و پارکر (CISS)" بود. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی (t زوجی و ویلکاکسون) و نرم‌افزار SPSS-۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** مقایسه میانگین امتیازات کسب شده از پاسخ به هر سه پرسشنامه، تغییرات معنی‌داری را در دو مرحله قبل و بعد از آموزش نشان داد ($P < 0.001$).

نتیجه‌گیری: آموزش راه‌های مقابله با استرس می‌تواند با کاهش استرس بیماران و افزایش کیفیت زندگی آنها، به عنوان یک روش مداخله‌ای مفید در سندرم حاد کرونری به کار گرفته شود.

واژگان کلیدی: سندرم حاد کرونری، استرس، راه‌های مقابله با استرس، کیفیت زندگی.

مقدمه

متفاوت بوده است. تظاهرات این بیماری، جسمانی- روانی است، به طوری که بیماران علاوه بر درد، تعریق و استفراغ، دچار استرس و اضطراب نیز می‌شوند. این بیماری فقط نتیجه غیرقابل اجتناب پیر شدن و ساخت ژنتیکی افراد نیست و متغیرهای بیولوژیک، محیطی، روان شناختی در سبب شناسی آن دخالت دارند (۱). بر اساس گزارش انجمن قلب آمریکا در سال ۲۰۲۰ میلادی از هر سه آمریکایی یک نفر یا بیشتر به یکی از اشکال بیماری‌های قلبی- عروقی مبتلا خواهند شد (۲). امروزه این بیماری در ایران هم به صورت یک مشکل

سندرم حاد کرونری (ACS) از جمله تظاهرات بیماری عروق کرونر قلبی است. طیف بالینی این بیماری از ایسکمی بدون علامت تا آنژین مزمن پایدار، آنژین ناپایدار، انفارکتوس حاد میوکارد، کاردیومیوپاتی ایسکمیک و مرگ ناگهانی قلبی

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم پزشکی تهران، زهرا امینیان

(email: zahraaminian40@yahoo.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۹۳/۱/۱۹

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۳/۴/۹

از بیمارستان نشان داده اند (۷). به همین دلیل است که تکنیک راه‌های مقابله با استرس جهت تعدیل استرس از اهمیت خاصی برخوردار خواهد بود. با توجه به شیوع روز افزون سندرم حاد کرونری و تظاهرات جسمانی- روانی این بیماری و تاثیرات نامطلوب آن بر کیفیت زندگی این بیماران، هدف پژوهش حاضر تعیین تاثیر آموزش راه‌های مقابله با استرس بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونری بود.

مواد و روشها

این مطالعه نیمه تجربی به صورت قبل و بعد از آموزش روی کلیه بیماران مبتلا به آنژین صدری ناپایدار و Non-ST Elevation MI که تغییرات آنژیومی و نواری بدون بالا رفتن قطعه ST داشتند و در بخش‌های CCU، POST CCU و داخلی قلب بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی شهر تهران در سال ۱۳۹۲ بستری بودند، انجام شد. از بین آنها ۳۵ بیمار به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف (Purposive or Judgmental sampling) انتخاب شدند (۹،۸) و آگاهانه و داوطلبانه در نمونه‌گیری شرکت کردند. ضمن اطمینان دادن به واحدها برای محرمانه نگه داشتن اطلاعات، بیان گردید که در هر زمانی قادر به خروج از پژوهش خواهند بود. ملاک‌های ورود به این تحقیق عبارت بودند از: ۱- تمایل به شرکت در پژوهش، ۲- تشخیص بالینی سندرم حاد کرونری توسط پزشک متخصص قلب و عروق (آنژین صدری ناپایدار و Non-ST Elevation MI که تغییرات آنژیومی و نواری بدون بالا رفتن قطعه ST دارند)، ۳- دامنه سنی ۳۵ تا ۶۵ سال، ۴- ساکن تهران بودن، ۵- سواد خواندن و نوشتن داشتن، ۶- داشتن رژیم درمانی مشابه، ۷- نداشتن اختلالات یادگیری و یا بیماری‌هایی که بر یادگیری آنها تاثیر مستقیم داشته باشد و ۸- نداشتن سابقه بیماری‌های جسمی و روانی قابل توجه مانند دیابت پیشرفته، اختلالات روان پریشی از جمله اسکیزوفرنی، افسردگی شدید و ... که نیاز به دارو یا رژیم خاصی دارد. این اطلاعات با استفاده از پرونده‌های بیماران و مصاحبه بالینی توسط پژوهشگر اخذ شد. غیبت بیش از یک جلسه در آموزش‌ها، دسترسی به واحدها برای شرکت در مراحل پس از آموزش از معیارهای حذف از پژوهش بود. به منظور انجام پیش‌آزمون قبل از شروع مداخله، پرسشنامه‌های کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF: BREF-) و سطح استرس کوهن و نیز پرسشنامه مقابله با شرایط پر استرس

اجتماعی درآمد، به طوری که مرگ و میر ناشی از آن، ۶/۴ مرگ در هر ۱۰۰۰۰ جمعیت را به خود اختصاص داده است (۳). بر پایه گزارش سازمان بهداشت جهانی، در پایان هزاره دوم میلادی قسمت اعظم بودجه درمانی کشورهای در حال توسعه برای بیماری‌های قلبی عروقی اختصاص یافته است (۴). سندرم حاد کرونری موجب از کار افتادگی و عوارض قابل توجهی در بیماران می‌شود که منشا زیان‌های فراوانی برای جامعه و خانواده بیماران است (۵). پیشرفت سریع و ناگهانی این بیماری یک تجربه روانی شدید و ترسناک است. ترس از ناتوانی شغلی، اجتماعی، جنسی و جسمی در مبتلایان وجود دارد (۱). همچنین حدود ۵۰ درصد از این بیماران استرس را گزارش می‌کنند که علت آن بستری شدن در بیمارستان، ترس از مرگ، انتظار جراحی قلب و به طور کلی ترس از ندانسته‌ها می‌باشد که در نهایت به دنبال حمله قلبی سبب تشدید بیماری، تداخل در امر درمان و بستری شدن‌های مکرر می‌گردد (۶). این استرسورها از طریق کاهش سلامت روانی بر کیفیت زندگی این بیماران اثرات منفی می‌گذارند (۱). آنچه در فرآیند بیماری‌های مرتبط با استرس بیش از خود استرس اهمیت دارد، نوع مقابله فرد در برابر عامل استرس‌زا است. نتایج برخی پژوهش‌ها نشان داده که مقابله‌های هیجانی و ناکارآمد در مواجهه با استرس منجر به افزایش تئیدگی گردیده و در نتیجه موجب افزایش واکنش‌های قلبی-عروقی در بیماران می‌شود (۷). اصولاً در بیماران که مبتلا به شکل مزمنی مثل ضایعه عروق کرونر هستند، درمان قطعی بیماری یک هدف واقعی و دست‌یافتنی تلقی نمی‌شود؛ چراکه این بیماری ناتوان‌کننده بوده، عوامل متعدد بیرونی و درونی بر تشدید و بهبود آن موثر می‌باشد و طبعاً این خصوصیت بر روند کیفیت زندگی بیماران اثر می‌گذارد (۱). برخی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که کاربرد برخی از تکنیک‌های مدیریت استرس از طریق کاهش فشارخون، توان انقباض عروقی را کاهش داده و موجب بهبود عملکرد قلب و ارتقاء کیفیت زندگی می‌شود. در مطالعه دیگر نشان داده شد که درصد مهمی از بیماران پس از جراحی، فعالیت‌های اجتماعی و طبیعی خود را باز نمی‌یابند و پیشنهاد شده که برای ارتقاء کیفیت زندگی از تکنیک‌های مدیریت استرس استفاده شود. همچنین پژوهش‌های انجام شده در زمینه نقش متغیرهای روان‌شناختی بر روند بهبود بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر نشان داده‌اند که استفاده از راه‌های مقابله با استرس در روند برخی از بیماران که دچار انفارکتوس قلبی بودند موثر بوده است و این بیماران سازگاری اجتماعی و روانی بیشتری را بعد از ترخیص

جدول ۱. نحوه اجرای جلسات درمانی

جلسه اول	اجرای پیش آزمون، معارفه، بیان مفهوم استرس و نقش آن در ایجاد بیماری قلبی - عروقی، آموزش انواع مقابله، شناسایی راه‌های مقابله‌ای و مقابله موثر یا کارآمد
جلسه دوم	آموزش چگونگی مقابله با افکار و باورهای منفی و غیرمنطقی، مهارت حل مسئله، مدیریت خشم
جلسه سوم	آموزش روش‌های آرام‌سازی (تنفس دیافراگمی، آرامسازی به روش بنسون)، خنده درمانی، توکل و یاد خدا، مرور کل برنامه

می‌باشد. به منظور ارزیابی میزان پایایی این پرسشنامه از میزان همسانی درونی بر اساس ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ ابعاد بدین شرح گزارش شد: سلامت جسمانی ۰/۸۷، سلامت روانی ۰/۷۴، روابط اجتماعی ۰/۵۵ و سلامت محیط ۰/۷۴. این ضرایب حاکی از پایایی مطلوب آزمون هستند. این آزمون در ایران توسط نجات و همکاران در سال ۱۳۸۵ هنجاریابی شده است. همچنین در نتایج گزارش شده توسط سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که در ۱۵ مرکز بین‌المللی این سازمان صورت گرفته ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ گزارش شده است (۱۱). به منظور سنجش سطح استرس بیماران از پرسشنامه استرس کوهن استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۱۴ سوال است که در آنها از مخاطب پرسیده می‌شود تا چه حد افکار و رفتارهای مرتبط با تنیدگی را در طول ۴ هفته گذشته تجربه کرده‌اند. پاسخدهی به سوالات در طیف لیکرت ۵ قسمتی "هرگز، تقریباً هرگز، برخی اوقات، اغلب و همیشه" امکان پذیر است. صفر نشانگر "هرگز"، یک نشانگر "تقریباً هرگز"، دو نشانگر "برخی اوقات"، سه نشانگر "اغلب" و چهار نشانگر "همیشه" است. بالاترین نمره در این آزمون ۵۶ و پایین‌ترین در آن ۰ است. نقطه برش این آزمون ۲۸ است. روایی هم‌زمان این پرسشنامه به وسیله همبستگی‌های مثبت معنی‌دار با نمرات پرسشنامه‌های تاثیر حوادث زندگی، نشانگان افسردگی و اضطراب اجتماعی به ثبوت رسیده است. به منظور ارزیابی میزان پایایی این پرسشنامه، از میزان همسانی درونی بر اساس ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده که در سه نمونه جداگانه ۰/۸۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۶ به دست آمده است (۱۲). به منظور سنجش اطلاعات بیماران در مورد راه‌های مقابله با استرس از پرسشنامه CISS استفاده شد. این آزمون دارای ۴۸ عبارت است و سه سبک مقابله اصلی یعنی مقابله مسئله مدار که به معنای کنترل هیجانات و برنامه ریزی برای حل گام به گام مسئله است (۱۶ عبارت)، مقابله هیجان مدار که در آن فرد به جای تمرکز بر خود مسئله، بر هیجانات ناشی از آن تمرکز کرده و به جای حل مشکل برای کاهش دادن هیجانات منفی تلاش می‌کند (۱۶ عبارت) و سبک مقابله اجتنابی که در

اندلر و پارکر (CISS:Coping Inventory for Stressful Situations) با پرسش از نمونه‌ها تکمیل شد. سپس بیماران در محیط‌های پژوهش در گروه‌های منقسم، به مدت ۳ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای تحت آموزش راه‌های مقابله با استرس به روش سخنرانی و ارائه جزوه آموزشی قرار گرفتند (جدول ۱). در این پژوهش هیچ ریزشی وجود نداشت. به منظور انجام پس آزمون، پرسشنامه CISS یک هفته و پرسشنامه‌های WHOQOL-BREF و سطح استرس کوهن یک ماه بعد از آموزش نیز تکمیل گردید. تکمیل پرسشنامه‌ها بعد از آموزش با هماهنگی در محیط‌های پژوهش و چنانچه در بیمارستان حضور نداشتند با آدرس و شماره تلفنی که از آنها با رضایت اخذ شده بود با مراجعه به آدرس آنها تکمیل شد. داده‌ها به وسیله نرم افزار SPSS-22 تحلیل شدند. در تحلیل توصیفی از فراوانی مطلق، نسبی و درصد فراوانی و نیز شاخص مرکزی میانگین و انحراف معیار و در آنالیز تحلیلی از تست T زوجی و ویلکاکسون استفاده شد. سطح معنی دار آماری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

کیفیت زندگی با استفاده از آزمون WHOQOL-BREF اندازه‌گیری شد. این پرسشنامه حاوی ۲۶ سوال است که به ارزیابی ۴ حیطة از کیفیت زندگی می‌پردازد. حیطة‌ها شامل سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط هستند. دو سوال اول کیفیت زندگی و میزان سلامت کلی فرد را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و ۲۴ سوال دیگر به بررسی چهار بعد اصلی این پرسشنامه می‌پردازد. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است و آزمودنی باید در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای به هر سوال پاسخ دهد (۱۰). به منظور اطمینان از روایی صوری، پرسشنامه دوبار به فارسی برگردانده شده و سرانجام یک نسخه نهایی فارسی تهیه و این نسخه به صورت جداگانه ۲ بار به انگلیسی ترجمه شد. از روی این نسخه یک نسخه نهایی انگلیسی تهیه گردید و با پرسشنامه اصلی مقایسه شد. مطالعه‌ای آزمایشی توسط تقوی (۱۳۸۰) و نجات (۱۳۸۵) جهت بررسی روایی ظاهری و ارزیابی پایایی از طریق آزمون مجدد نشان داد که پرسشنامه ترجمه شده فارسی دارای روایی و پایایی قابل قبولی

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار امتیاز آگاهی در مورد راه های مقابله با استرس قبل و بعد از آموزش

مقابله مسئله مدار		مقابله هیجان مدار		مقابله اجتناب مدار	
ردیف	قبل از آموزش	بعد از آموزش	قبل از آموزش	بعد از آموزش	قبل از آموزش
میانگین	۳۶/۲۸	۷۴/۸۸	۶۴/۵۱	۳۲/۸۲	۵۶/۹۷
انحراف معیار	۱۶/۱۲	۷/۴۳	۹/۱۷	۱۱/۹۷	۱۸/۸۷
نتیجه آزمون ویلکاکسون برای مقابله مسئله مدار، هیجان مدار و اجتناب مدار					
$P < 0.05$					
نتیجه آزمون T زوجی برای مقابله مسئله مدار					
$t = -13.79$		$df = 34$		$P = 0.000$	

(۷۷/۱ درصد) آنژیوگرافی - آنژیوپلاستی انجام شد. بیشترین درصد (۵۱/۴۳ درصد) به مدت ۲ روز در بیمارستان بستری بودند. ۵۱/۴۳ درصد دارای سابقه قلبی بیماری قلبی و ۸۲/۸۶ درصد سابقه بستری شدن داشتند و ۳۴/۲۸ درصد دارای چربی خون بالا بودند.

جدول ۲ نشان می دهد میانگین نمره استرس قبل از آموزش ۳۹/۴۲ با انحراف معیار ۸/۶۱ می باشد که بعد از آموزش به ۲۹/۴۸ و ۵/۰۳ افزایش یافت. آزمون آماری T زوجی این اختلاف را از لحاظ آماری با سطح اطمینان بالایی ($t = ۸/۸۹$ ، $df = ۳۴$ و $P < ۰/۰۰۰۱$) معنی دار نشان داد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات میزان استرس واحدهای مورد پژوهش قبل و بعد از آموزش

قبل از آموزش	بعد از آموزش	نتیجه آزمون
۳۹/۴۲ ± ۸/۶۱	۲۹/۴۸ ± ۵/۰۳	$t = ۸/۸۹$, $df = ۳۴$, $P < ۰/۰۰۰۱$

در جدول ۳ آگاهی واحدها در مورد راه های مقابله با استرس بررسی شده است. قبل از آموزش بیشترین درصد میانگین پاسخ به سوالات به ترتیب مربوط به مقابله هیجان مدار (۶۴/۵۱ درصد)، اجتناب مدار (۵۶/۹۷ درصد) و مسئله مدار (۳۶/۲۸ درصد) بوده است که در مرحله بعد از آموزش به ترتیب مربوط به مقابله مسئله مدار (۷۴/۸۸ درصد)، اجتناب مدار (۳۹/۲۰ درصد) و هیجان مدار (۳۲/۸۲ درصد) تغییر یافت. همچنین مقایسه میانگین امتیازات آگاهی در مورد مقابله مسئله مدار در دو مرحله با استفاده از آزمون T زوجی و با سطح اطمینان بالایی ($P < ۰/۰۰۰۱$) معنی دار بود. با استفاده از آزمون ویلکاکسون نشان داده شد که بین وضعیت پاسخدهی به کلیه سوالات مربوط به آگاهی واحدها در هر سه روش مقابله با استرس، قبل و بعد از آموزش تفاوت معنی داری وجود دارد.

جدول ۴ نشان داد میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی در مرحله قبل از آموزش ۶۰/۴۲ و ۲۴/۵۸ بوده است که این ارقام به ۸۵/۵۱ و

آن فرد از روبرو شدن با مشکل اجتناب می کند (۱۶ عبارت) تقسیم می شود. پرسشنامه مقابله با شرایط پر استرس یک ابزار خود گزارشی است و آزمودنی ها باید در یک طیف لیکرت ۵ درجه ای (از هرگز = ۱ تا بسیار زیاد = ۵) مشخص کنند که تا چه حد از هر یک از راهبردهای ارائه شده استفاده می کنند. اعتبار این پرسشنامه از نوع اعتبار سازه می باشد. عبارات زیر مقیاس - های آزمون از طریق محاسبه همبستگی هر یک از عبارات با کل عبارات زیر مقیاس مورد نظر اثبات شده است. میزان همبستگی مشاهده شده بدین شرح است: مقابله مسئله مدار = ۰/۴۸، مقابله هیجان مدار = ۰/۴۱ و مقابله اجتنابی = ۰/۴۵ (۱۳). به منظور ارزیابی میزان پایایی این پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است. ضریب آلفای کرونباخ سه زیر مقیاس اصلی آزمون (مقابله مسئله مدار، هیجان مدار و اجتنابی) در نمونه های مختلف، از جمله نوجوانان، دانشجویان و بزرگسالان، بالای ۰/۸۰ گزارش شد. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی زیرمقیاس ها در فاصله ۶ هفته بین ۰/۵۱ تا ۰/۷۳ گزارش شده است. در ایران نیز شکری و همکاران (۱۳۸۴) ضریب آلفای کرونباخ زیر مقیاس مقابله مسئله مدار را ۰/۷۵، زیر مقیاس مقابله هیجان مدار را ۰/۸۲ و زیر مقیاس مقابله اجتنابی را ۰/۷۳ گزارش کردند (۱۴).

یافته ها

بیشتر واحدهای مورد پژوهش (۶۸/۶ درصد) در گروه سنی ۶۵-۵۵ سال، ۶۰ درصد آنان مرد و ۸۲/۸۵ درصد متاهل بودند. تحصیلات ۵۴/۳ درصد ابتدایی، ۳۱/۴۲ درصد شغل آزاد و ۸۸/۶ درصد دارای بیمه درمانی با میزان درآمد ماهیانه ۴۸/۶ (درصد) بین ۵۰۰ هزار تا یک میلیون تومان بود. بیشتر بیماران (۶۲/۸۶ درصد) Non-ST E MI داشتند و برای اکثریت آنان

زمانی بلکه باید در تمام دوران زندگی جزء آموزش های شیوه زندگی سالم باشد و از طریق تمامی رسانه های مسئول ارائه شود تا اثربخشی لازم را داشته و تثبیت نماید. جدول ۳ نشان داد که بین وضعیت پاسخدهی به کلیه سوالات مربوط به آگاهی واحدها در هر سه بعد، قبل و بعد از آموزش تفاوت معنی داری وجود دارد. پارک (۲۰۱۳) معتقد است انتقال اطلاعات موجب افزایش یادگیری و ایجاد تغییرات دلخواه در مخاطب می شود که هدف غایی انتقال اطلاعات است. تغییرات مذکور با افزایش آگاهی در سطح شناختی، تغییر در الگوی رفتاری و نگرشی و کسب مهارت های جدید روی می-دهند (۲۳). جدول ۴ افزایش کیفیت زندگی را در دو مرحله قبل و بعد بطور قابل ملاحظه ای معنی دار نشان داد (P<۰/۰۰۰۱) و نتایج حاصل از مطالعه‌ای که چوبفروش زاده در سال ۱۳۸۹ تحت عنوان "اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر کیفیت زندگی زنان نابارور" انجام داد، حاکی از اثربخش بودن مدیریت استرس بر کیفیت زندگی زنان نابارور بوده است (۲۴). استفاده از تکنیک‌های راه های مقابله با استرس باعث افزایش توانایی در برخورد با موقعیت های استرس زا و کنترل بیشتر بر وضعیت جسمانی - روانی خویش می گردد. در بیماری های مزمن جسمی، استرس زها و شیوه های پردازش آنها ممکن است از طریق تأثیر بر فرایندهای روانی-عصبی- ایمنی شناختی بر تسریع پیشرفت بیماری و کاهش سلامتی، دخالت داشته باشند؛ لذا آموزش تکنیک های مقابله در هر چهار بعد سلامت فرد (جسمانی- روانی- روابط اجتماعی و سلامت محیط) انجام شد. مداخله آموزشی راه های مقابله با استرس می تواند از طریق افزایش حس کنترل، خودبستگی، عزت نفس، مقابله سازگاران و حمایت اجتماعی، بر این فرآیندها مؤثر باشد. به نظر می رسد که این تغییرات، با کاهش حالات خلقی منفی و انزوای اجتماعی، کیفیت زندگی و سلامت عمومی را ارتقاء می بخشد که خود ممکن است منجر به کاهش سطح هورمون های استرس و بهبود عملکرد سیستم ایمنی شود (۲۵). به عنوان مثال در این پژوهش آموزش تکنیک‌های مختلف کاهش استرس مانند تنفس دیافراگمی و آرامسازی به روش بنسون و همچنین مدیریت خشم، باعث کاهش استرس و علائم جسمانی استرس در بیماران شد. خنده درمانی، توکل و یاد خدا و همچنین استفاده از تکنیک بازسازی شناختی و چالش با افکار و نگرش های خودآیند منفی مرتبط با بیماری نیز، سلامت روان بیماران را ارتقاء داد؛ به طوری که فرد به افکار و تصاویر ذهنی غیر انطباقی خود آگاهی می‌یابد و

۲۰/۲۳ در مرحله بعد از آموزش افزایش یافت. آزمون آماری T زوجی این اختلاف را در دو مرحله با سطح اطمینان بالایی (P<۰/۰۰۰۱) معنی دار نشان داد. به عبارت دیگر، تفاوت قابل ملاحظه ای بین میانگین امتیاز کیفیت زندگی قبل و بعد از آموزش وجود دارد که نشاندهنده تاثیر مثبت آموزش راه های مقابله با استرس بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونری می باشد.

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار امتیاز کیفیت زندگی واحدهای

مورد پژوهش قبل و بعد از آموزش

قبل از آموزش	بعد از آموزش	نتیجه آزمون
۶۰/۴۲±۲۴/۵۸	۸۵/۵۱±۲۰/۲۳	t=۱۶/۶۱, df=۳۴, p<۰/۰۰۰۱

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین تاثیر آموزش راه های مقابله با استرس بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونری انجام گرفت. نتایج این پژوهش نشان داد که مداخله آموزشی راه های مقابله با استرس باعث ارتقاء کیفیت زندگی بیماران می شود. این نتایج را می توان تا حدی با نتایج پژوهش‌های Blumenthal (۱۷)، Wong (۱۶)، Trzcieniecka (۱۵)، خیرآبادی (۱۸)، عسکری (۱۹)، جبل عاملی (۲۰) و جواهری (۲۱) همخوان دانست. یافته های کلیدی در ارتباط با مشخصات دموگرافیک نشان می‌دهد که آنژیوگرافی- آنژیوپلاستی برای اکثریت واحدها انجام شده است. درصد بالای آنژیوپلاستی در پژوهش حاضر، به صورت یک تصمیم ناگهانی می تواند یک منبع مهم استرس برای بیماران باشد. در ارتباط با مدت زمان بستری، یافته ها بیانگر این است که اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۵۱/۴۳ درصد) به مدت ۲ روز در بیمارستان بستری بوده اند. اقامت کوتاه در بیمارستان و آمادگی برای ادامه درمان در منزل علاوه بر کاهش هزینه های درمانی، از عوارض جسمی- روانی ناشی از بستری به مدت طولانی در بیمارستان می کاهد اما نیاز به دادن آگاهی جهت مراقبت مناسب و به دنبال آن کاهش استرس در بیماران را دارد. بیماران قلبی برای کاهش استرس ناشی از مواجهه با مشکلات بیماری، نیاز به آموزش دارند (۲۲). در تحقیقات بسیاری ارتباط بین افزایش توان خود مراقبتی و کاهش استرس به اثبات رسیده است. در بررسی نتایج حاصل از جدول ۲ مشخص شد که آموزش راه های مقابله با استرس به عنوان یک مداخله روانشناسی توانسته است میزان استرس واحدهای مورد پژوهش را کاهش دهد. پژوهشگر معتقد است آموزش راه های مقابله با استرس نه فقط در یک مقطع کوتاه

های این پژوهش می‌توان به فقدان زمان کافی برای پیگیری نتایج درمان اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود که مطالعات بعدی به بررسی پایداری اثرات درمان نیز بپردازند. همچنین برای نتیجه گیری دقیق تر می‌توان طرح حاضر را برای هر گروه از بیماری-های قلبی به طور جداگانه اجرا کرد و اثربخشی آن را در گروه‌های مختلف مقایسه کرد.

تشکر و قدردانی

مجریان پژوهش از کلیه عزیزانی که در انجام این پژوهش متحمل زحمت شدند، به ویژه بیماران محترمی که صبورانه در اجرای این طرح ما را یاری نمودند و همچنین از مسئولین محترم بیمارستان های بوعلی، مدرس، امام خمینی و رسول اکرم به طور ویژه قدردانی می‌نمایند.

ارزیابی های انطباقی را جایگزین آنها می‌کند. آموزش مهارت حل مسئله نیز فرد را قادر می‌سازد به طور مؤثرتر، منطقی و منظم مسائل زندگی را حل کند و بدین وسیله استرس روانی و به دنبال آن فشار جسمانی ناشی از آن را کاهش دهد. در مجموع، مداخله آموزشی راه های مقابله با استرس، فرد را با استرس و نوع مقابله با آن آشنا می‌کند و می‌تواند با خنثی کردن برخی از تأثیرات استرس زاها و پاسخ های استرس، به عملکرد روان شناختی و فیزیولوژیک بهتر فرد کمک نماید. از این رو این مداخله در کاهش میزان پیشرفت بیماری، بهبود سلامتی و کیفیت زندگی مؤثر است. به طور کلی، نتایج این پژوهش حاکی از اثربخشی آموزش های مقابله با استرس بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونری بود. از این رو، این مداخله می‌تواند به عنوان شیوه مکمل درمان پزشکی، در جهت بهبود سلامت عمومی و به دنبال آن ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران به کار گرفته شود. از محدودیت-

REFERENCES

- Braunwald E, editor. Heart disease: a text book of cardiovascular medicine. 9th ed. Philadelphia: Saunders/ Elsevier; 2012.
- Chan MF, Kwong WS, Yang YI, Wan PY. Evaluation of an osteoporosis prevention education program for yang adults: J Adv Nurs 2008; 57: 270-84. [In Persian]
- Adriyani M. Thrombolytic therapy in myocardial infarction. Proceedings of the 15th Iranian Congress of Cardiology, Tehran, Iran; 2005. [In Persian]
- Shafe Shakori M. Evaluate the prevalence of cardiovascular disease in Iran. Proceedings of the 2th Congress of Medical Research Club Young, Islamic Azad University. Ardabil, Iran; 2001. [In Persian]
- Kasper D, Braunwald E, Fanci A, editors. Harrison's principle of internal medical. 18th ed. New York: Mc Graw-Hill; 2011.
- Woods S, editor. Cardiac nursing. 4th ed. Philadelphia: Lippincott; 2010.
- Strickland, OL, Giger JN, Nelson MA, Davis CM. The relationships among stress, coping, social support and weight class in premenopausal African American women at risk for coronary heart disease: J Cardiovasc Nurse 2008; 22: 272-78.
- Hejazy SH, editor. Understanding the principles and methods in medical research. 1st ed. Iran: Islamic Azad University Tehran Medical Branch; 2007. [In Persian]
- Gerrish K, Lacey A, Editors. The research process in nursing. 5th ed. Oxford: Black well; 2006.
- Nejat S, Montazeri A, Holakouie K, Mohammad K, Majdzadeh R. Quality of life of Tehran's population by WHOQOL-BREF questionnaire. Hakim Research Journal 2007; 10: 1- 8. [In Persian]
- Nasiri H, Hashemi L, Hosseini SM, editors. Investigation of quality of life in Shiraz university students in order to the world health organization quality of life scale. Ment Health Seminar 2007. [In Persian]
- Mohammadi far MA, Karami A, editors. Interpreters. Cohen stress scale. Tehran: Tehran-Ravan Sanji; 2009. [In Persian]
- Cosway R, Endler N, Sadler AJ, Deary LJ. The coping inventory for stressful situations: factoria structure and associations with personality traits and psychological health. J Appl Biobehav Res 2007; 5: 121-43.
- Shokri O, Moradi AR, Farzad V, Sangari AA, GHanai Z, Rezai A. The role of personality traits and coping styles in student mental health: Journal of Cognitive Science 2006; 7:28-33. [In Persian]
- Trzcieniecka-Green A, Steptoe A. The effects of stress management on the quality of life of patients following acute myocardial infarction or coronary bypass surgery: Eur Heart J 2011; 17: 1663-70.

16. Wong S. Effect of mindfulness-based stress reduction programme on pain and quality of life in chronic pain patients: a randomised controlled clinical trial: *Hong Kong Med J* 2009; 15:13-14.
17. Blumenthal JA, Sherwood A, Babyak MA, Watkins LL, Waugh R, Georgiades, A, et al. Effects of exercise and stress management training on stress and markers of cardiovascular risk in patients with ischemic heart disease: a randomized controlled trial: *JAMA* 2005; 293: 1626-34.
18. Kheir-Abadi GH, Bagherian R, Nemati K, Daghighzadeh H, Maracy MR, Gholamrezaei A. The effectiveness of coping strategies training on symptom severity, quality of life and psychological symptoms among patients with irritable bowel syndrome. *JIMS* 2010; 28: 1-11. [In Persian]
19. Asgari P, Saedi S. Effectiveness of stress-inoculation training (SIT) in infertile women's quality of life. *Thought and Behavior in Clinical Psychology* 2012; 24: 19-28. [In Persian]
20. Jabalameli SH, Neshat doost HT, Moulavi H. Efficacy of cognitive-behavioral stress management intervention on quality of life and blood pressure in female patients with hypertension. *SJKU* 2010; 15: 88-97. [In Persian]
21. Javaheri R, Neshat Doost HT, Molavi H, Zare M. Efficacy of cognitive-behavioral stress management therapy on improving the quality of life in females with temporal lobe epilepsy: *AMUJ* 2010; 13: 32-43. [In Persian]
22. KHodadadi zadeh A, Saiyadi A, Esmaili H. Evolution of Knowledge of the principles of self care in acute coronary syndrome patients admitted to Aliebn Abitaleb Rafsanjan university hospital. *JNMAHS* 2010; 5: 8-16. [In Persian]
23. Shojai Tehrani H, editor. Textbook of preventive and social medicine, general health services. 2nd ed. Tehran: Samt; 2013. [In Persian]
24. CHobforoush zadeh A, Kalantari M, Molavi H. The effectiveness of cognitive behavioral therapy on quality of life in infertile women. *Journal of Clinical Psychology* 2009; 4: 85-88. [In Persian]
25. Antoni MH, Ironson G, Schneiderman N, editors. *Cognitive-behavioral stress management*. New York: Oxford University Press; 2007.

Archive of SID