

تأثیر آموزش خودمراقبتی در به کار گیری روش‌های مقابله در بیماران پس از جراحی قلب

شهره سیام^۱، دکتر علیرضا حیدرنیا^۲، دکتر صدیقه السادات طوافیان^۳

خلاصه

مقدمه: بیماری قلبی- عروقی یکی از مهم‌ترین بیماری‌های مزمن است که یک مشکل جهانی محسوب می‌شود. جهت مقابله با آن، شرکت بیمار در امر خودمراقبتی و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای بسیار مفید می‌باشد. لذا این مطالعه به منظور بررسی تأثیر آموزش خود مراقبتی در به کار گیری روش‌های مقابله در بیماران قلبی پس از جراحی قلب صورت گرفت.

روش‌ها: این مطالعه یک پژوهش نیمه تجربی بود که به صورت کارآزمایی بالینی انجام شد. تعداد ۱۱۰ بیمار قلبی، دو ماه پس از جراحی قلب به صورت در دسترس و مبتنی بر هدف از بیمارستان حشمت رشت انتخاب شدند و به صورت تصادفی به دو گروه آزمون و شاهد (هر گروه ۵۵ نفر) تقسیم شدند. گروه آزمون مداخله‌ای آموزشی روش‌های خودمراقبتی را دریافت کردند. در حالی که گروه شاهد هیچ گونه مداخله‌ای آموزشی دریافت نکردند. پرسش‌نامه شامل سه قسمت مشخصات دموگرافیک، فرم نیاز سنجی مراقبت از خود و پرسش‌نامه‌ی استاندارد روش‌های مقابله‌ای جالووویس بود که قبل از مداخله آموزشی برای گروه آزمون و شاهد از طریق مصاحبه تکمیل شد. پرسش‌نامه استاندارد روش‌های مقابله‌ای جالووویس دو ماه بعد از مداخله آموزشی دوباره برای گروه آزمون و شاهد از طریق مصاحبه تکمیل گردید. اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و Excel و آمار توصیفی و استنباطی، میانگین، انحراف معیار، آزمون کای دو، فیشر، تی مستقل و تی زوج مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج این بررسی نشان داد که بین میانگین نمره روش‌های مقابله‌ای مشکل مدار ($P < 0/000$) و میانگین نمره روش‌های مقابله‌ای هیجان مدار ($P < 0/001$) در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد، بعد از اجرای مداخله اختلاف معنی‌دار وجود داشت و باعث افزایش استفاده از روش‌های مقابله‌ای مشکل مدار و کاهش استفاده از روش‌های مقابله‌ای هیجان مدار در گروه آزمون بعد از مداخله گردید. در حالی که در گروه شاهد اختلاف معنی‌داری از لحاظ آماری مشاهده نگردید ($P > 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های این پژوهش، استفاده از آموزش‌های خودمراقبتی در بیماران قلبی پس از جراحی قلب می‌تواند، باعث افزایش استفاده از روش‌های مقابله‌ای مشکل مدار و کاهش استفاده از روش‌های مقابله‌ای هیجان مدار در افراد تحت آموزش شود.

واژگان کلیدی: مداخله آموزشی، خودمراقبتی، بیماران قلبی، جراحی قلب.

مقدمه

است که در اواخر این قرن بیماری‌های قلبی نزدیک به نیمی از کل مرگ و میر کشورهای پیشرفته و حدود ۲۵ درصد مرگ و میرها در کشورهای در حال توسعه را شامل گردید (۱).

از نظر اقتصادی، سالانه هزینه‌های گزافی صرف درمان، پیش‌گیری و بازتوانی بیماران مبتلا به بیماری

بیماری عروق کرونر مهم‌ترین اختلال قلبی- عروقی و یک مشکل بهداشتی در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته می‌باشد؛ به طوری که در شروع قرن بیستم اختلال قلبی- عروقی کمتر از ۱۰ درصد کل مرگ و میر در جهان را شامل می‌شد. این در حالی

^۱ مربی، گروه زیست‌شناسی، دانشکده‌ی علوم، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

^۲ دانشیار، گروه آموزش بهداشت، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

^۳ استادیار، گروه آموزش بهداشت، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

عروق کرونر می‌شود (۲). هزینه‌های تحمیلی ناشی از مراقبت و درمان این بیماری برای فرد و جامعه بسیار هنگفت است، در حالی که هزینه‌ی پیش‌گیری از این بیماری‌ها بسیار کمتر است. بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی ۴۱/۳ درصد کل مرگ و میرهای سال ۲۰۰۵ در ایران ناشی از بیماری‌های قلبی - عروقی بوده است و با کمال تأسف پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ این میزان به ۴۴/۸ درصد برسد. در حال حاضر بیماری‌های عروق کرونر اولین علت مرگ و میر در افراد بالای ۳۵ سال در ایران می‌باشد (۳-۴). تا سال ۲۰۲۰ بیماری‌های قلبی - عروقی اولین علت ناتوانی، در فهرست بیماری‌های ناتوان کننده خواهد بود (۵-۷). در بیماری‌های مزمن، آموزش قسمت ویژه‌ای از برنامه‌ی مراقبتی می‌باشد که بیمار را به طور فعال در امر خودمراقبتی (Self care) شرکت داده، باعث مقابله‌ی بهتر با وضعیت موجود می‌گردد (۸). متأسفانه آموزش بیمار در مقایسه‌ی با دیگر اعمال کلینیکی، کم اهمیت‌تر شمرده می‌شود و مداخلات آموزشی انجام شده برای بیماران در بیشتر موارد بدون برنامه‌ریزی و اتفافی می‌باشد (۹). تدارک برنامه‌ی آموزشی متناسب با نیازها، تجارب و علایق بیماران هنوز به عنوان یک چالش بزرگ برای کارکنان مراقبت‌های بهداشتی - درمانی شناخته می‌شود (۱۰). خودمراقبتی روند تازه‌ای در مراقبت‌های بهداشتی به شمار می‌رود و عبارت است از: آن دسته از اقدامات سالم سازی که توسط خود فرد به اجرا در می‌آید. خودمراقبتی به فعالیت‌هایی گفته می‌شود که افراد برای ارتقای سلامتی، پیش‌گیری از بیماری، محدود کردن بیماری و حفظ سلامت خود انجام می‌دهند. این اقدامات بدون کمک‌های حرفه‌ای به اجرا درمی‌آید ولی دانش و مهارت آن به افراد

آموزش داده می‌شود (۱۱). اصل مهم در خود مراقبتی، مشارکت و قبول مسئولیت از طرف خود بیمار است، تا با انجام صحیح رفتارهای مربوط به آن، بسیاری از عوارض بیماری کنترل شود (۱۲). تبعیت از رفتارهای خودمراقبتی در مبتلایان به بیماری‌های مزمن از اهمیت به‌سزایی برخوردار است و بیماران می‌توانند، با کسب مهارت‌های مراقبت از خود، بر آسایش، توانایی‌های عملکردی و فرآیندهای بیماری خود تأثیرگذار باشند (۱۳). عدم آگاهی افراد مبتلا به بیماری مزمن از چگونگی خودمراقبتی یکی از دلایل بستری شدن مجدد آن‌ها در بیمارستان است، که آموزش می‌تواند از این امر جلوگیری کند (۱۴). جویای اطلاعات بودن به عنوان یکی از روش‌های مقابله مطرح می‌گردد (۱۵). راهبردهای مقابله را به عنوان مجموعه‌ای از پاسخ‌های رفتاری و شناختی که هدف آن‌ها به حداقل رساندن فشارهای موقعیت‌های استرس‌زا است، تعریف کرده‌اند. پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که نوع راهبردهای مقابله‌ای مورد استفاده به وسیله‌ی فرد نه تنها بهزیستی روان‌شناختی، بلکه بهزیستی جسمانی وی را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۶). به همین دلیل، مقابله یکی از متغیرهایی است که به صورت گسترده در چهارچوب روان‌شناسی سلامت مورد مطالعه قرار گرفته است (۱۷). بر طبق تعریف، استرس عبارت از هر گونه پیامد ناشی از تأثیر عوامل درونی با محیط بیرونی بر انسان است که در ارضای نیازهای اساسی وی اختلال ایجاد می‌کند و به صورت تهدید برای حالت ثبات بدن جلوه‌گر می‌شود (۱۸). به عقیده‌ی بسیاری از پژوهشگران، مردم پس از رویارویی با استرس استعداد بیشتری برای ابتلا به بیماری پیدا می‌کنند و به اعتقاد گروهی دیگر استرس، نه تنها بیماری‌زا، بلکه مرگ‌زا

روان‌شناختی بر روند بهبود بیماران قلبی نشان داده است که استفاده از سبک‌های مقابله مسأله‌ی محوردر روند بهبود برخی از بیمارانی که دچار انفارکتوس قلبی بودند، مؤثرتر از سبک‌های مقابله‌ای هیجان مدار بوده و این بیماران سازگاری اجتماعی و روانی بیشتری را بعد از ترخیص از بیمارستان نسبت به افرادی که از سبک‌های مقابله‌ای هیجان مدار استفاده می‌کردند، نشان داده‌اند (۲۵). آموزش باعث تشویق فعال بیماران در درمان و مقابله‌ی بهتر با مشکلات موجود می‌گردد (۲۶). از آنجایی که آموزش مداخلات بهداشتی باعث ارتقای مهارت‌های مقابله‌ای بیماران می‌گردد و آموزش خودمراقبتی، انسان‌ها را به سوی حفظ، نگهداری و ارتقای سلامت سوق می‌دهد، می‌تواند، باعث مقابله‌ی بهتر افراد با اثرات بیماری گردد (۲۷). در هر صورت انسان در مواجهه با مشکل به مقابله می‌پردازد، تا قادر گردد به نحوی خود را با وضعیت موجود سازگار کند و اگر در جهت تطابق و انتخاب روش‌های مقابله به وی کمک شود، یا تحت مشاوره و راهنمایی قرارگیرد، قادر خواهد بود از روش‌های حل مشکل به طور مؤثری استفاده کند و در سازگاری موفق‌تر می‌گردد. بنابراین با توجه به آمار پیش‌رونده‌ی بیماران قلبی - عروقی در ایران، افزایش نیاز به انجام جراحی قلب و اهمیت توجه ویژه به این گونه بیماران، مطالعه و بررسی تأثیر آموزش خودمراقبتی در به کارگیری روش‌های مقابله در بیماران قلبی پس از جراحی قلب ضروری به نظر می‌رسد. به این طریق می‌توان از نتایج مطالعه جهت تدوین برنامه‌ی آموزشی با استراتژی‌های مناسب و با به کارگیری روش‌های صحیح مقابله جهت بهبود کیفیت زندگی این بیماران و پیش‌گیری از عود مجدد بیماری در آنان استفاده کرد.

است (۱۹). از سوی دیگر در هر زمانی که انسان تحت تأثیر شرایط استرس‌زا قرار گیرد، چون دفاع جسمی و روانی برای حفظ او علیه استرس با توجه به حضور تهدید فعال می‌شود، استفاده از روش‌های مقابله‌ای لازم و ضروری می‌گردد.

به طور کلی روش‌های مقابله به دو دسته تقسیم می‌شوند:

- روش‌های مشکل مدار مانند: سعی در برقراری کنترل بر روی موقعیت، کسب اطلاعات درباره‌ی مشکل، تجزیه کردن مشکل به ابعاد کوچک‌تر، تعیین اهداف اختصاصی جهت کمک به حل مشکل، صحبت با افرادی که خود این مشکل را تجربه نموده‌اند (۲۰).

- روش‌های هیجان مدار مانند امیدواری به بهتر شدن اوضاع، عبادت و نیایش، جستجوی کمک از طریق خانواده و دوستان، خیال‌بافی، تسلیم شدن در برابر سرنوشت، پرخاشگری، گریه کردن، مصرف دارو و غیره (۲۰). در روش مشکل‌مدار، هدف کنترل مشکلی است، که ایجاد فشار کرده است. افرادی که از این روش استفاده می‌کنند به دنبال کسب اطلاعات از یک فرد مسؤول هستند، یا با خویشاوندان و دوستان درباره‌ی مشکل صحبت می‌کنند تا به کمک‌هایی دست یابند. در استراتژی مشکل‌گشایی به مقابله‌ی مستقیم با مشکل از طریق یادگیری مهارت‌های جدید و نیز مذاکره و مصالحه جهت رفع مشکل اقدام می‌شود. تحقیقات زیادی در رابطه با بیماری‌های مختلف نشان داده‌اند که به کارگیری برنامه‌ی خودمراقبتی باعث کاهش استفاده از روش‌های مقابله‌ی هیجان‌مدار شده است و بیماران تمایل بیشتری به استفاده از روش‌های مقابله‌ای مشکل‌مدار پیدا کرده‌اند (۲۴-۲۱). پژوهش‌های انجام شده در زمینه‌ی نقش متغیرهای

روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه‌ی نیمه تجربی و کار آزمایی بالینی بود، که به تایید کمیته‌ی اخلاق پزشکی دانشگاه تربیت مدرس رسید. در این مطالعه بر اساس اهداف و با توجه به نوع پژوهش از دو گروه آزمون و شاهد استفاده شد و تنها افراد گروه آزمون تحت آموزش خودمراقبتی قرار گرفتند و در گروه شاهد هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. جامعه‌ی مورد پژوهش شامل بیماران قلبی مراجعه کننده به بیمارستان حشمت رشت در سال ۸۹ بود، که در این بیمارستان مورد عمل جراحی قلب قرار گرفته بودند. افراد مورد مطالعه با روش نمونه‌گیری غیر تصادفی و دردسترس و مبتنی بر هدف از بین بیماران واجد شرایط انتخاب شدند. حجم نمونه با توجه به تحقیقات انجام شده در زمینه‌های مشابه (۲۹-۲۸) و با اطمینان ۰/۹۵ و توان آزمون ۰/۸۰ و با توجه به مشخصات نمونه حدود ۱۱۰ نفر محاسبه شد و به صورت تصادفی به دو گروه آزمون و شاهد (هر گروه ۵۵ نفر) تقسیم شدند. معیارهای ورود به پژوهش تمایل به شرکت در تحقیق، نداشتن مشکلات گفتاری شنوایی، نداشتن شرایط وخیم اورژانسی، هوشیاری کامل در زمان پژوهش، عدم ابتلا به بیماری‌های معلولیت ذهنی، جسمی و روانی، عدم استفاده‌ی از داروهای مؤثر بر روان، انجام جراحی قلب برای بار اول و سپری شدن دو ماه از زمان جراحی بود. اطلاعات گردآوری شده با استفاده‌ی از پرسش‌نامه به دست آمد. پرسش‌نامه شامل سه بخش بود. در بخش اول پرسش‌نامه سؤالاتی در باره‌ی مشخصات جمعیت‌شناسی افراد مورد بررسی مانند سن، سطح تحصیلات، جنس، شغل، وضعیت تأهل، میزان درآمد، مدت زمان ابتلا به بیماری قلبی، دفعات بستری شدن در بیمارستان به علت بیماری قلبی و در بخش دوم، فرم نیازسنجی آموزش خودمراقبتی و در

بخش سوم، پرسش‌نامه‌ی استاندارد روش‌های مقابله‌ای Jalowiec بود.

پرسش‌نامه‌ی استاندارد روش‌های مقابله‌ای Jalowiec شامل روش‌های مقابله‌ای مشکل‌مدار (۱۵ سؤال) و روش‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار (۲۵ سؤال) است. سؤالات این پرسش‌نامه به طریقه‌ی بسته طراحی گردیده و بر اساس مقیاس لیکرت، سنجش گزینه‌های هر عبارت در پنج قسمت بین ۱ تا ۵ نمره‌گذاری شده است. امتیاز بخش مربوط به روش‌های مقابله‌ای مشکل‌مدار بین ۱۵ تا ۷۵ و روش‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار بین ۲۵ تا ۱۲۵ است. اعتبار علمی پرسش‌نامه‌ی استاندارد روش‌های مقابله‌ای Jalowiec در خارج از کشور توسط Jalowiec و همکاران (۳۰) و در داخل کشور توسط زهری انبوهی (۳۱) تأیید شده است. جهت تعیین پایایی پرسش‌نامه‌ی استاندارد روش‌های مقابله‌ای Jalowiec از آزمون مجدد با فاصله‌ی دو هفته استفاده گردید. ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه برای کل سؤالات $\alpha = 0/90$ ، برای روش‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار $\alpha = 0/95$ و برای روش‌های مقابله‌ای مشکل‌مدار $\alpha = 0/80$ به دست آمد.

قبل از آموزش برای هر دو گروه آزمون و شاهد پرسش‌نامه به روش مصاحبه، توسط پژوهشگر تکمیل شد. با توجه به نتایج حاصل از فرم نیازسنجی، برنامه‌ی آموزش خودمراقبتی شامل شناسایی علایم و عوارض بیماری، چگونگی رعایت رژیم غذایی مناسب، نوع غذای مصرفی، چگونگی رعایت رژیم دارویی تجویز شده، انجام فعالیت‌های روزمره‌ی زندگی و فعالیت فیزیکی، وضعیت خواب و ارتباط جنسی، روند حذف عادات مضر مثل سیگار کشیدن، مشاوره و صحبت با دوستان، استفاده‌ی از امکانات تفریحی و گردشگری، برخورداری از حمایت‌های خانوادگی و غیر خانوادگی بود، که از طریق مطالعه‌ی جدیدترین منابع و نشریات و

استفاده گردید. آزمون‌های لون و کلموگروف اسمیرنوف برای انتخاب آزمون مناسب، Paired-t جهت مقایسه‌ی میانگین نمره‌ی سؤالات روش‌های مشکل مدار و هیجان مدار در هر گروه قبل و بعد از آموزش، Student-t جهت مقایسه‌ی میانگین نمره مشکل مدار و هیجان مدار بین دو گروه شاهد و آزمون قبل و بعد از آموزش و جهت تعیین ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک در دو گروه شاهد و آزمون قبل از مداخله‌ی آموزشی، از χ^2 و آزمون دقیق فیشر استفاده گردید. ضریب اطمینان در این مطالعه در سطح ۹۵ درصد ($P < 0/05$) بود.

یافته‌ها

در این مطالعه ۱۱۰ نفر مورد پژوهش قرار گرفتند، که به طور تصادفی ۵۵ نفر در گروه آزمون و ۵۵ نفر در گروه شاهد تقسیم شدند. میانگین سنی بیماران مورد پژوهش در گروه شاهد $9/97 \pm 56/85$ و در گروه آزمون $8/82 \pm 57/22$ بود. بیشترین درصد افراد شرکت کننده در گروه آزمون و شاهد در گروه سنی ۶۰ سال و بالاتر و از لحاظ سطح تحصیلات، بی‌سواد بودند. ۵۱/۸ درصد افراد مورد مطالعه زن و ۵۰/۹ درصد آن‌ها شاغل بودند. اکثریت افراد شرکت کننده در پژوهش (۵۷/۳ درصد) وضعیت اقتصادی متوسط داشتند. ۵۱/۸ درصد افراد تحت مطالعه سابقه‌ی ابتلای به بیماری قلبی را از بیش از ۳ سال قبل می‌دادند. ۵۰/۹ درصد افراد مورد مطالعه بیش از دو بار به علت بیماری قلبی در بیمارستان بستری شده بودند.

همگن بودن دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک با استفاده‌ی از آزمون‌های χ^2 ، آزمون دقیق فیشر و Student-t نشان داده شد که نتایج آن حاکی از عدم وجود تفاوت معنی‌دار بین دو گروه بود (جدول ۱).

مشورت با متخصصین قلب و عروق، آموزش بهداشت و تغذیه توسط پژوهشگر طراحی گردید. بعد از جمع‌آوری اطلاعات در مرحله‌ی اول و طراحی برنامه‌ی آموزش خودمراقبتی بر اساس نتایج آن، برای گروه آزمون جلسات آموزش نظری و پرسش و پاسخ در خصوص بیماری قلبی و روش خودمراقبتی در طی ۸ جلسه به صورت چهره به چهره و گروهی توسط پژوهشگر برگزار شد. مدت آموزش در هر جلسه با هر آزمودنی حدود ۴۵ تا ۶۰ دقیقه طول می‌کشید. برای کنترل نمونه‌ها و اطمینان از اجرای برنامه‌ی خودمراقبتی از چک لیست خود گزارشی در طول دو ماه اجرای برنامه استفاده شد. همچنین برای دستیابی به بعضی اطلاعات به پرونده‌ی بیماران مراجعه شد. در جلسه‌ی آخر آموزش، جزوه‌ی آموزشی تهیه شده توسط پژوهشگر در مورد خودمراقبتی در بیماران قلبی پس از جراحی قلب در اختیار گروه آزمون قرار داده شد تا در اوقات فراغت در منزل مطالعه کنند. گروه شاهد هیچ‌گونه مداخله‌ی آموزشی دریافت نکردند. پس از دو ماه بعد از اتمام کلاس آموزشی، پرسش‌نامه‌ی روش‌های مقابله‌ای Jalowiec به طور مجدد برای هر دو گروه آزمون و شاهد توسط پژوهشگر به روش مصاحبه تکمیل گردید.

جهت رعایت نکات اخلاقی این موارد مورد توجه قرار گرفت: (۱) ارائه‌ی معرفی‌نامه‌ی کتبی از طرف دانشگاه به بیمارستان حشمت و اخذ موافقت مسئولین، (۲) اخذ رضایت‌نامه‌ی کتبی از شرکت کنندگان، (۳) منظور کردن کد مخصوص برای هر بیمار در پرسش‌نامه و تکمیل پرسش‌نامه به صورت بدون نام و رعایت محرمانه ماندن اطلاعات. پس از تکمیل پرسش‌نامه‌ها و گردآوری اطلاعات و استخراج داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار Excel و SPSS از آمار توصیفی و استنباطی

جدول ۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی متغیرهای دموگرافیک افراد مورد مطالعه در گروه آزمون و شاهد

مقدار P	جمع (درصد تعداد)	شاهد (درصد تعداد)	آزمون (درصد تعداد)	
> ۰/۰۵	۲۱ (۱۹/۱)	۱۱ (۲۰)	۱۰ (۱۸/۲)	سن
	۳۷ (۳۳/۶)	۱۹ (۳۴/۵)	۱۸ (۳۲/۷)	< ۵۰
	۵۲ (۴۷/۳)	۲۵ (۴۵/۵)	۲۷ (۴۹/۱)	۵۰-۵۹
> ۰/۰۵	۴۸ (۴۳/۶)	۲۴ (۴۳/۶)	۲۴ (۴۳/۶)	۶۰ <
	۴۳ (۳۹/۱)	۲۱ (۳۸/۲)	۲۲ (۴۰)	سطح تحصیلات
	۱۹ (۱۷/۳)	۱۰ (۱۸/۲)	۹ (۱۶/۴)	بی‌سواد
> ۰/۰۵	۵۷ (۵۱/۸)	۲۹ (۵۲/۷)	۲۸ (۵۰/۹)	ابتدایی
	۵۳ (۴۸/۲)	۲۶ (۴۷/۳)	۲۷ (۴۹/۱)	سیکل و بالاتر
				جنس
> ۰/۰۵	۵۶ (۵۰/۹)	۲۷ (۴۹/۱)	۲۹ (۵۲/۷)	زن
	۱۲ (۱۰/۹)	۶ (۱۰/۹)	۶ (۱۰/۹)	مرد
	۴۲ (۳۸/۲)	۲۲ (۴۰)	۲۰ (۳۶/۴)	شغل
> ۰/۰۵	۹۰ (۸۱/۸)	۴۶ (۸۳/۶)	۴۴ (۸۰)	شاغل
	۵ (۴/۵)	۲ (۳/۶)	۳ (۵/۵)	غیر شاغل
	۱۵ (۱۳/۶)	۷ (۱۲/۷)	۸ (۱۴/۵)	خانه‌دار
> ۰/۰۵	۲۳ (۲۰/۹)	۱۲ (۲۱/۸)	۱۱ (۲۰)	وضعیت تأهل
	۶۳ (۵۷/۳)	۳۱ (۵۶/۴)	۳۲ (۵۸/۲)	متأهل
	۲۴ (۲۱/۸)	۱۲ (۲۱/۸)	۱۲ (۲۱/۸)	مجرد
> ۰/۰۵	۳۳ (۳۰)	۱۶ (۲۹/۱)	۱۷ (۳۰/۹)	بیوه
	۲۰ (۱۸/۲)	۱۰ (۱۸/۲)	۱۰ (۱۸/۲)	میزان درآمد
	۵۷ (۵۱/۸)	۲۹ (۵۲/۷)	۲۸ (۵۰/۹)	کمتر از ۲۰۰
> ۰/۰۵	۲۴ (۲۱/۸)	۱۱ (۲۰)	۱۳ (۲۳/۶)	۲۰۰ تا ۴۰۰
	۳۰ (۲۷/۳)	۱۵ (۲۷/۳)	۱۵ (۲۷/۳)	بیشتر از ۴۰۰
	۵۶ (۵۰/۹)	۲۹ (۵۲/۷)	۲۷ (۴۹/۱)	مدت زمان ابتلا
> ۰/۰۵				< ۱
				۱ تا ۳
				۳ <
> ۰/۰۵	۲۴ (۲۱/۸)	۱۱ (۲۰)	۱۳ (۲۳/۶)	تعداد دفعات بستری
	۳۰ (۲۷/۳)	۱۵ (۲۷/۳)	۱۵ (۲۷/۳)	۱ بار
	۵۶ (۵۰/۹)	۲۹ (۵۲/۷)	۲۷ (۴۹/۱)	۲ بار
			بیشتر از ۲ بار	

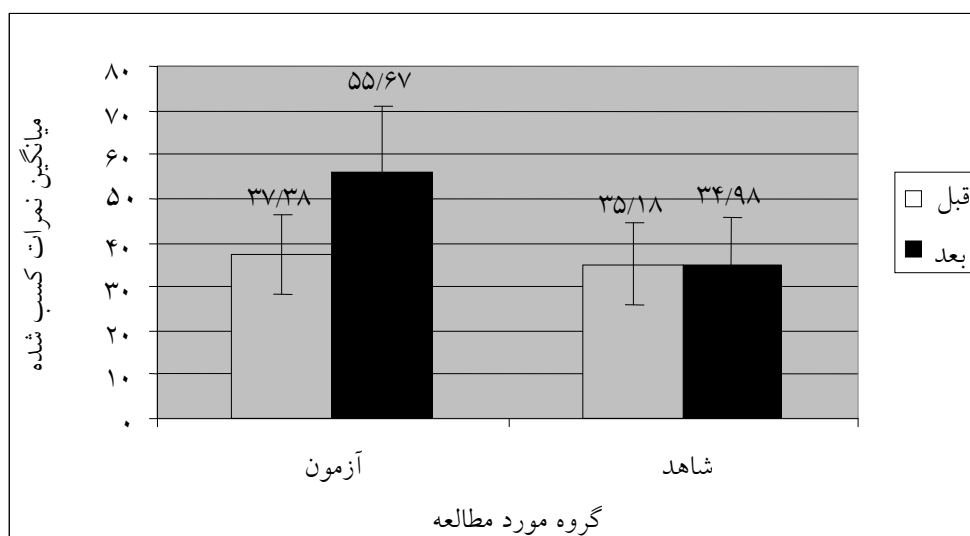
همچنین نتایج آزمون Student-t تفاوت معنی داری را بین میانگین نمره‌ی استفاده‌ی از روش‌های مقابله‌ای مشکل مدار در دو گروه پیش از انجام از مداخله نشان نداد ($P > ۰/۰۰۵$). در حالی که همان طور که در جدول ۲ نشان داده شده است دو ماه بعد از اجرای مداخله‌ی آموزشی تفاوت میانگین نمره‌ی روش‌های مقابله‌ای مشکل مدار بین دو گروه معنی داری بود ($P < ۰/۰۰۰۵$).

میانگین نمره‌ی استفاده‌ی از روش‌های مقابله‌ای مشکل مدار در گروه آزمون دو ماه بعد از انجام مداخله‌ی آموزشی افزایش یافت. آزمون آماری Paired-t نشان داد که بین میانگین نمره‌ی استفاده‌ی از روش‌های مقابله‌ای مشکل مدار در گروه آزمون قبل و دو ماه بعد از مداخله‌ی آموزشی تفاوت معنی داری وجود داشت ($P < ۰/۰۰۰۵$). در حالی که این تفاوت در افراد گروه شاهد دیده نشد ($P > ۰/۰۰۵$).

جدول ۲. مقایسه‌ی میانگین نمره‌ی روش‌های مقابله‌ای مشکل‌مدار قبل و بعد از آموزش در دو گروه آزمون و شاهد

نوبت	گروه	انحراف معیار \pm میانگین	شاهد	مقدار P^{**}
قبل از مداخله	آزمون	۳۷/۳۸ \pm ۹/۱۲	۳۵/۱۸ \pm ۹/۵۹	۰/۲۲۰
بعد از مداخله	آزمون	۵۵/۶۷ \pm ۱۵/۲۲	۳۴/۹۸ \pm ۱۱/۰۱	۰/۰۰۰
		۰/۰۰۰	۰/۸۶۴	

آزمون Paired-t*
آزمون Student-t**



نمودار ۱. مقایسه‌ی میانگین و انحراف معیار نمره‌ی استفاده از روش‌های مقابله‌ای مشکل‌مدار قبل و دو ماه بعد از انجام مداخله‌ی آموزشی در دو گروه

روش‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار در گروه آزمون دو ماه بعد از مداخله‌ی آموزشی تفاوت معنی‌داری با قبل از آموزش داشت ($P < ۰/۰۰۱$). در حالی که در گروه شاهد این تفاوت دیده نشد ($P > ۰/۰۵$). همچنین نتایج آزمون Student-t تفاوت معنی‌داری را بین میانگین نمره‌ی استفاده از روش‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار در دو گروه قبل از مداخله‌ی آموزشی نشان نداد ($P > ۰/۰۵$). در حالی که پس از انجام آموزش تفاوت میانگین نمره در دو گروه معنی‌دار بود ($P < ۰/۰۰۱$) (جدول ۳).

میانگین و انحراف معیار نمره‌ی روش‌های مقابله‌ای مشکل‌مدار بعد از اجرای مداخله‌ی آموزشی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد به نحو معنی‌داری افزایش داشت ($P < ۰/۰۰۰$) (نمودار ۱).

جدول شماره‌ی ۳ میانگین نمره‌ی به کارگیری روش‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار را در دو گروه قبل و بعد از انجام آموزش نشان می‌دهد. این نمره در گروه آزمون دو ماه بعد از مداخله‌ی آموزشی کاهش یافت. آزمون آماری Paired-t نشان داد که میزان به کارگیری

جدول ۳. مقایسه‌ی میانگین نمره‌ی روش‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار قبل و بعد از آموزش در دو گروه آزمون و شاهد

نوبت	گروه	انحراف معیار \pm میانگین	شاهد	مقدار *P
قبل از مداخله		۷۸/۹۴ \pm ۲۰/۲۱	۷۸/۴۴ \pm ۱۶/۲۹	۰/۸۸۵
بعد از مداخله		۶۷/۵۴ \pm ۲۰/۵۶	۸۱/۱۶ \pm ۲۰/۱۰	۰/۰۰۱
	مقدار *P	۰/۰۰۱	۰/۳۲۸	

بحث

مقایسه‌ی میانگین نمره‌ی روش‌های مقابله‌ای مشکل‌مدار قبل از آموزش در گروه آزمون و شاهد تفاوت معنی‌داری را نشان نداد. همچنین مقایسه‌ی میانگین نمره‌ی روش‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار نیز قبل از آموزش در گروه آزمون و شاهد تفاوت معنی‌داری را نشان نداد. لذا رفتارهای اتخاذ شده‌ی مقابله‌ای مشکل‌مدار و هیجان‌مدار در دو گروه آزمون و شاهد قبل از آموزش از نظر نوع و میزان به کارگیری روش‌های مقابله نیز یکسان بودند. یکسان بودن دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک، سابقه‌ی ابتلا به بیماری قلبی و نگذراندن دوره‌های آموزشی خودمراقبتی می‌تواند این عدم تفاوت را توجیه کند.

میانگین نمره‌ی روش‌های مقابله‌ای مشکل‌مدار در گروه آزمون بعد از آموزش افزایش یافت. طبق فرم روش‌های مقابله‌ای Jalowiec درمورد روش‌های مقابله‌ای مشکل‌مدار تغییر نمره از کمتر به بیشتر در قبل آموزش خودمراقبتی مطلوب بوده است (۳۱)، که نتایج پژوهش حاضر با این موضوع تطابق دارد. درحالی که میانگین نمره روش‌های مقابله‌ای مشکل‌مدار در گروه شاهد بعد از آموزش کاهش یافته است.

این نتایج نشان می‌دهد که یکی از معیارهایی که می‌تواند دربرگیری روش‌های مقابله‌ای مشکل‌مدار تأثیر داشته باشد، آموزش خودمراقبتی است. و بیماران

پس از دریافت آموزش خودمراقبتی تمایل بیشتری به استفاده از روش‌های مشکل‌مدار و واقع‌گرایانه پیدا کرده‌اند.

سیما زهری انبوهی در مطالعه‌ای بر روی دو گروه بیماران تحت درمان با همودیالیز گزارش کرده است که بعد از پایان برنامه‌ی آموزشی، در گروه آزمون بعضی از روش‌های مشکل‌مدار نمرات بالاتر را به خود اختصاص داده‌اند (۳۱) که با نتایج این تحقیق مشابه می‌باشد.

Myors و همکاران مطالعه‌ای در مورد اثر برنامه‌ی آموزشی خودمراقبتی و تأثیر آن بر روی شیوه‌های مقابله‌ای در نوجوانان باردار انجام دادند. در این مطالعه ابزار پژوهش، پرسش‌نامه‌ی استاندارد روش‌های مقابله‌ای Jalowiec بود. نتایج این بررسی نشان داد که استفاده‌ی از یک برنامه‌ی آموزشی باعث افزایش استفاده‌ی از شیوه‌های مقابله‌ای مشکل‌مدار گردید (۲۱) که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد.

Janelli و همکاران پژوهشی درباره‌ی برنامه‌ی آموزش مراقبت‌های بهداشتی ریه به بیماران انسداد مزمن ریوی و توانایی مقابله‌ی آنان با این بیماریانجام دادند. ابزار پژوهش در مطالعه‌ی آنها، فرم سنجش روش‌های مقابله‌ای Jalowiec بود که قبل از شروع کلاس‌های آموزشی و بعد از اتمام کلاس‌ها توسط بیماران پاسخ داده شد. بین میانگین نمره‌ی کل به دست

(۲۴) که با نتایج این تحقیق مشابه می‌باشد. از محدودیت‌های این پژوهش، می‌توان به امکان خطای حافظه‌ی بیماران جهت پاسخ‌گویی به سؤالات پرسش‌نامه تحت تأثیر وضعیت شخصیتی، روحی، روانی، باورها و عقاید آنان اشاره نمود که خارج از کنترل محقق بود. همچنین یکی دیگر از محدودیت‌های این مطالعه جمع‌آوری اطلاعات از طریق چک لیست‌های خودگزارش‌دهی بود که ممکن است در ارزیابی نتایج تورش ایجاد کند. انجام مطالعات بیشتری جهت تأثیر آموزش خودمراقبتی در به کارگیری روش‌های مقابله توسط بیماران قلبی پس از جراحی قلب ضروری می‌باشد.

نتیجه‌گیری

به طور کلی در این مطالعه در گروه آزمون بعد از آموزش از روش‌های مقابله‌ای مشکل‌مدار به میزان بیشتر و از روش‌های هیجان‌مدار به میزان کمتر استفاده کردند که مطابق با فرم سنجش روش‌های مقابله‌ای Jalowiec می‌باشد. بنابراین فرضیه‌ی اول این پژوهش مبنی بر میزان استفاده‌ی از روش‌های مقابله‌ای مشکل‌مدار در بیماران قلبی پس از جراحی قلب که برنامه‌ی خودمراقبتی را به کار می‌برند نسبت به گروه شاهد افزایش می‌یابد، تأیید می‌گردد. نتایج حاصل از این پژوهش نشان‌دهنده‌ی کاهش معنی‌دار به کارگیری روش‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار توسط بیماران قلبی پس از جراحی قلب می‌باشد بنابراین فرضیه‌ی دوم این پژوهش مبنی بر میزان استفاده‌ی از روش‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار در بیماران قلبی پس از جراحی قلب که برنامه‌ی خودمراقبتی را به کار می‌برند نسبت به گروه شاهد کاهش می‌یابد، تأیید می‌گردد. با توجه

آمده از جدول Jalowiec قبل و بعد از آموزش اختلاف معنی‌دار آماری وجود نداشت، فقط بعضی از روش‌های مشکل‌مدار بعد از جلسات آموزشی نمرات بیشتری را به خود اختصاص دادند (۲۲).

در مطالعه‌ی حاضر میانگین نمره‌ی روش‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار در گروه آزمون بعد از آموزش کاهش یافت، در حالی که در گروه شاهد بعد از آموزش میانگین نمره‌ی هیجان‌مدار افزایش یافته است. طبق فرم روش‌های مقابله‌ای Jalowiec در مورد روش‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار تغییر نمره‌ی از بالاتر به پایین‌تر و یا یکسان ماندن آن در قبال آموزش مطلوب بوده است (۳۰). نتایج پژوهش حاضر با این موضوع تطابق دارد. بنابراین به کارگیری برنامه‌ی خودمراقبتی باعث کاهش استفاده‌ی از روش‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار شده است و بیماران تمایل بیشتری به استفاده از روش‌های مقابله‌ای مشکل‌مدار پیدا کرده‌اند. نتایج مطالعه‌ی Myors و همکاران در مورد اثر برنامه‌ی آموزشی خودمراقبتی بر روی شیوه‌های مقابله‌ای در نوجوانان باردار نشان داد که استفاده‌ی از یک برنامه‌ی آموزشی باعث کاهش استفاده‌ی از شیوه‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار گردید (۲۱) که مشابه نتایج این تحقیق می‌باشد.

Inouye و همکاران در تحقیق خود نشان دادند که استفاده‌ی از یک برنامه‌ی آموزشی خودمراقبتی در افراد مبتلا به ایدز باعث کاهش استفاده‌ی از بعضی از روش‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار می‌گردد (۲۳).

Gift و Austin در مطالعه‌ای بر روی دو گروه بیمار مبتلا به بیماری مزمن انسداد ریوی نیز گزارش نمودند که بعد از پایان برنامه‌ی آموزشی گروه آزمون به میزان کمتری از روش‌های هیجان‌مدار استفاده کرده‌اند

تشکر و قدردانی

این پژوهش در قالب قرارداد همکاری آموزشی-پژوهشی با شماره‌ی ۳۸۹-۹۰۰۶۶/۱ بین دانشگاه گیلان و دانشگاه تربیت مدرس با حمایت مالی دانشگاه گیلان اجرا گردید. از کلیه‌ی افرادی که در انجام این پژوهش همکاری و مساعدت نمودند، سپاسگزاریم.

به نتایج این پژوهش و قابلیت اجرایی بودن برنامه‌ی آموزشی خودمراقبتی، که در این پژوهش طراحی و به کار گرفته شده است، استفاده از این برنامه به عنوان یک الگو جهت استفاده‌ی صحیح از روش‌های مقابله در بهبود و ارتقای کیفیت زندگی و پیش‌گیری از عود مجدد بیماری قلبی در بیماران پس از جراحی، توصیه و تأکید می‌گردد.

References

- Braunwald S. Heart disease: Textbook of cardiovascular medicines. 7thed. Philadelphia: WB Saunders; 2005; 1-2.
- Raymond D, Bahrm D. Chest pain center: Moiling ward practice acute care. *Int J Cardiol* 2006; 8(6): 79-81.
- Hosseiniifar R. Epidemiology principle and control of disease for nurses. Tehran, Boshra publication; 2004. p. 35-56. [In Persian].
- Cause of Death - UC Atlas of Global Inequality. Center for Global, International and Regional Studies (CGIRS), University of California, Santa Cruz. 2006.
- Wilma J, Monahan FD, Sands JK, Marek JF, Phipps N. Medical-Surgical nursing: health and illness perspectives. 7th ed. Philadelphia: Mosby; 2003. p. 124-8.
- Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner and Suddarth's textbook of medical surgical nursing. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
- Kuller LH. Epidemiology of cardiovascular diseases: current perspectives. *Am J Epidemiol* 1976; 104(4):425-96.
- Adams M. Information and education across the phases of cancer care. *Semin Oncol Nurs* 1991; 7(2): 105-11.
- Deyirmenjian M, Karam N, Salameh P. Preoperative patient education for open-heart patients: a source of anxiety? *Patient Educ Couns* 2006; 62(1): 111-7.
- Redman BK. Patient education at 25 years; where we have been and where we are going. *J Adv Nurs* 1993; 18(5): 725-30.
- Park j, Park k. Social prevention medicine and health service, Translated by Hossien Shojaei Tehrani. 2nd ed. Tehran: Samat pub; 1997: 41-2. [In Persian].
- Schreurs KM, Colland VT, Kuijer RG, de Ridder DT, van ET. Development, content, and process evaluation of a short self-management intervention in patients with chronic diseases requiring self-care behaviours. *Patient Educ Couns* 2003; 51(2): 133-41.
- Toljamo M, Hentinen M. Adherence to self-care and social support. *J Clin Nurs* 2001; 10(5): 618-27.
- Mullis RL, Chapman P. Age, gender, and self-esteem differences in adolescent coping styles. *J Soc Psychol* 2000; 140(4): 539-41.
- van der Molen B. Relating information needs to the cancer experience: 1. Information as a key coping strategy. *Eur J Cancer Care (Engl)* 1999; 8(4): 238-44.
- Piko B. Gender differences and similarities in adolescents' ways of coping. *Psychol Rec* 2001; 51: 223-35.
- Hobfoll SE, Schwarzer R, Chon KK. Disentangling the stress labyrinth: interpreting the meaning of the term stress as it is studied in health context. *Anxiety, Stress and Coping* 1998; 11(3): 181-212.
- Luchman J, Sorenson KC. Medical surgical nursing: a psychophysiological approach. 3rd ed. Philadelphia: W.B Saunders; 1987.
- Sely H. *Strees- Without Distress*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1974.
- Dunkel-Schetter C, Feinstein LG, Taylor SE, Falke RL. Patterns of coping with cancer. *Health Psychol* 1992; 11(2): 79-87.
- Myors K, Johnson M, Langdon R. Coping styles of pregnant adolescents. *Public Health Nurs* 2001; 18(1): 24-32.
- Janelli LM, Scherer YK, Schmieder LE. Can a pulmonary health teaching program alter patients' ability to cope with COPD? *Rehabil Nurs* 1991; 16(4): 199-202.
- Inouye J, Flannelly L, Flannelly KJ. The effectiveness of self-management training for individuals with HIV/AIDS. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2001; 12(2): 73-84.
- Gift AG, Austin DJ. The effects of a program of systematic movement on COPD patients. *Rehabil*

- Nurs 1992; 17(1): 6-10, 25.
25. Keckeisen ME, Nyamathi AM. Coping and adjustment to illness in the acute myocardial infarction patient. *J Cardiovasc Nurs* 1990; 5(1): 25-33.
 26. Lopez MA, Toprac MG, Crismon ML, Boemer C, Baumgartner J. A psychoeducational program for children with ADHD or depression and their families: results from the CMAP feasibility study. *Community Ment Health J* 2005; 41(1): 51-66.
 27. Watts S, Edgar L. NuCare, a coping skills training intervention for oncology patients and families: participants' motivations and expectations. *Can Oncol Nurs J* 2004; 14(2): 84-95.
 28. Ahmadzadeh M. The effects of health education on anxiety level of patients before coronary artery bypass surgery in Amam khomaini hospital of Tehran, (MS Dissertation). Tarbiat Modares University; 2000. [In Persian].
 29. Dehdary T, Hidarnia A, Ramzankhani A, Sadeghian S, Ghofranipour F, Etemad S. Planning and evaluation intervention program to improve life quality in patients after coronary artery bypass graft-surgery according to PRECEDE-PROCEED Model, *Journal of Birjand University of medical sciences* 2008; 15 (4): 27-38. [In Persian].
 30. Jalowiec A, Murphy SP, Powers MJ. Psychometric assessment of the Jalowiec Coping Scale. *Nurs Res* 1984; 33(3): 157-61.
 31. Zohary Anbohy S. The effectiveness of basic self-care education with using coping style in patients undergoing hemodialysis in Tehran hospital, (MS Dissertation). 1994; 124. [In Persian].

Self-care Education through Coping Style for Patients after Heart Surgery

Shohreh Seyam¹, Ali Reza Hidarnia PhD², Sedigheh Sadat Tavafian PhD³

Abstract

Background: Cardiovascular disease is one of the important worldwide chronic diseases. Education program through different copying styles is one of the major needs of cardiovascular patients. The aim of this study was to assess the effectiveness of a self-care education program on coping with problem in cardiovascular patients after heart surgery.

Methods: This study was a clinical-trial in which 110 cardiovascular patients were selected according to inclusion and exclusion criteria and randomly divided into case and control groups with 55 patients in each group. The case group received the educational interventio, however the control group did not receive any educational intervention. Data were collected through a three part questionnaire including demographic specifications, self-care as well as standard Jalowiec questionnaire that were filled out for both group before and after two month after education program. Collected data was analyzed through descriptive and analytical statistics. χ^2 , Fisher test, Student-t test and Paired-t test were used to analyze the data. We used Excel and SPSS software.

Findings: This study showed significant difference between two group after intervention in terms of applying problem-coping style ($P < 0.000$) and emotional-coping style ($P < 0.001$). Problem-coping style was increased significantly in case group where as emotional-coping style was decreased in this group. This changes were not seen in control group.

Conclusion: This study showed that self-care education could improve coping with the problem among cardiovascular patients after surgery.

Keywords: Educational intervention, Self-care, Cardiovascular patients, Heart surgery.

¹ Lecturer, Department of Biology, School of Sciences, University of Guilan, Rasht, Iran.

² Associate Professor, Department of Health Education, School of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

³ Assistant Professor, Department of Health Education, School of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Ali Reza Hidarnia PhD, Email: hidarnia@modares.ac.ir