



بررسی تاثیر آموزش خود مراقبتی بر میزان اضطراب و افسردگی در بیماران دچار نارسایی قلبی

مهسا بهنمون^۱

^۱ استادیار بیماری‌های قلب و عروق، گروه قلب و عروق، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه،

ایران

چکیده

مقدمه: مراقبت و آموزش در مدت بستری، بایستی بر اساس نیازهای آموزشی بیمار جهت چگونگی مراقبت از خود باشد و راهبردهای متمرکز بر نیازهای آموزشی تعیین شده توسط خود بیماران از راهبردهای متمرکز بر نیازهای آموزشی تعیین شده توسط دیگران موفقیت آمیزتر است. یکی از روش‌های مؤثر برای کاهش اضطراب و افسردگی به خصوص در بیماری‌های عروق کرونر، آگاه کردن بیمار در مورد راهکارهای مقابله با بیماری اوست. در این پژوهش، تأثیر آموزش خود مراقبتی بر افسردگی و اضطراب بیماران دچار نارسایی قلبی بستری در مراکز آموزشی درمانی ارومیه بررسی گردید.

مواد و روش کار: در این مطالعه نیمه تجربی که بیماران بخش قلب و سی سی یو بیمارستان سیدالشهدای ارومیه در سال ۱۴۰۰، نسبت به تهیه فهرست کلیه بیمارانی که با تشخیص نارسایی قلبی مراجعه نموده بودند اقدام شد. و بعد از تخصیص تصادفی بیماران در دو گروه کنترل و مداخله مداخله انجام شد. اطلاعات جمع‌آوری شده در انتها به وسیله نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: در این مطالعه میانگین نمره اضطراب بعد از مداخله بین گروه کنترل و مداخله یکسان نبوده و از نظر آماری معنی‌دار می‌باشد ($P=0/001$). و میانگین نمره افسردگی بعد از مداخله بین گروه کنترل و مداخله یکسان نبوده و از نظر آماری معنی‌دار می‌باشد ($P=0/001$).

نتیجه‌گیری: نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل یافته‌های پژوهش نشان داد که بین میانگین اضطراب و افسردگی در گروه کنترل و مداخله اختلاف آماری معنادار وجود دارد؛ به‌طوری که میانگین اضطراب و افسردگی بعد از مداخله در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل ارتقاء داشته است؛ به نظر می‌رسد که آموزش خودمراقبتی به زبان ساده از طریق کتابچه آموزش و روش آموزشی چهره به چهره، حمایت اجتماعی از بیماران و کمک‌گرفتن از خانواده بیماران می‌تواند در کنترل پیامدهای روانی متعاقب نارسایی قلبی کمک‌کننده باشد.

کلیدواژه‌ها: بیماران دچار نارسایی قلبی، آموزش، خودمراقبتی، افسردگی، اضطراب



مقدمه:

سلامتی مفهومی اساسی در زندگی بشر است و همواره بردستیابی، حفظ و ارتقای آن تأکید شده است. امروزه مهم ترین معضل سلامتی در همه کشورهای جهان از جمله کشور ما، تغییر الگوی مرگ و میر بیماری به بیماریهای مزمن است. بیماریهایی مانند مشکلات قلبی، سرطان و دیابت، نه تنها درمان قطعی ندارند، بلکه بر ذهن و رفتار و سبک زندگی بیمار اثرات قابل ملاحظه ای می گذارند(۱).

یکی از شایع ترین بیماری های جوامع امروزی، بیماری های قلبی عروقی هستند که بیشترین آمار مرگ و میر را به خود اختصاص داده اند و در ایران، علیرغم جوان بودن جمعیت، میزان مرگ بر اثر بیماری های قلبی عروقی بالا است که اغلب به نارسایی مزمن قلبی منتهی می شود که به طور عمده بیماری درمان ناپذیری است(۲). بیماری های عروق کرونر، مهم ترین اختلال قلبی عروقی و مشکل عمده بهداشتی در کشورهای در حال توسعه و صنعتی و یک نوع نارسایی در عروق کرونر قلب است که نهایتاً منجر به کاهش و اختلال در جریان خون میوکارد قلب می شود و توقف جریان خون میوکارد باعث اختلال در عمل عضله قلب و بیماری های قلبی عروقی می گردد .

بیماری هایی است که شرایط عمومی آن منجر به عدم اتکاء به خود، افزایش اضطراب و افسردگی در افراد مبتلا می شود. اختلال افسردگی و اضطراب در بیماران جراحی عروق کرونر متداول است و میزان شیوع افسردگی در این بیماران ۲۰٪ و اضطراب ۴۰٪ تخمین زده می شود(۳).

نارسایی قلبی یکی از شایع ترین اختلالات قلبی و عروقی است که به دلیل اختلالات ارثی، اکتسابی، ساختمانی و یا عملکردی قلب رخ می دهد و به صورت مجموعه ای از علائم تنگی نفس و خستگی و نشانه های ادم و رال ظاهر کرده و در نهایت باعث موارد متعدد بستری، افت کیفیت زندگی و کوتاه شدن سالیان امید به زندگی می شود. و اگر چه در دو دهه اخیر پیشرفت های زیادی در درمان این بیماری اتفاق افتاده است، اما شیوع نارسایی



قلبی در حال افزایش است و در ایران نیز بالغ بر یک میلیون نفر و تقریباً یک درصد تمام افراد بالای ۴۰ سال، مبتلا به این نارسایی هستند (۴).

این بیماری جدای از پیش آگهی ضعیف، محدودیت در فعالیت جسمی، قطع تعاملات اجتماعی، استرس های روانی، کاهش نشاط، افزایش وابستگی و بازنشستگی زودرس، تأثیر منفی بر کیفیت زندگی تحمیل می کند. پیامد اصلی این بیماری اختلال در توانایی عملکردی بیماران و ایجاد محدودیت در وظایف شغلی، خانوادگی واجتماعی است و در نهایت منجر به افت کیفیت زندگی، انزوای اجتماعی و افسردگی آنها می شود. (۵).

این بیماری با ایجاد عوامل تنش زای جسمی و روانی مختلف چون درد، فقدان سلامتی، از دست دادن شغل، محرومیت حسی، احساس مرگ قریب الوقوع و درجات متفاوتی از واکنش های روانی نظیر ناامیدی، خستگی و وحشت، موجب احساس بی ارزشی و کاهش اعتماد به نفس در بیمار می شود. به علت طول مدت و شدت این بیماری، ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و سلامت روان این بیماران، دستخوش تغییرات فراوانی می گردد. این تغییرات بیمار را در معرض خطر بیماریهای روانی مثل اضطراب و افسردگی قرار می دهد. همراهی اضطراب و افسردگی با یک بیماری مزمن نظیر نارسایی قلبی، باعث افزایش مرگ و میر، کاهش کیفیت زندگی، ناتوانی و افزایش هم نیاز به استفاده از خدمات بهداشتی و هزینه ها می شود (۶).

براساس مطالعات انجام شده عوارض ناشی از نارسایی قلبی از نظر هزینه درمانی و مراقبتی، رقم بالایی به خود اختصاص می دهد. مراقبت از خود، عملی است که در آن هر فردی از دانش، مهارت و توان خود استفاده می کند، تا به طور مستقل از سلامت خود مراقبت کند. زمانی می توان در کنترل بیماری های مزمن موفقیت حاصل کرد که بیمار بتواند در فعالیتهای و رفتارهای مراقبت از خود مشارکت داشته باشد که این نیاز به آموزش خود مراقبتی را پیش می آورد (۷).

عدم آگاهی بیمار از نحوه ی خود مراقبتی در خصوص رعایت رژیم های درمانی سبب پیامدهای منفی بر سلامت بیماران و بستری شدن مکرر در بیمارستان می شود. فعالیت های خود مراقبتی می تواند فرد را به سمت حفظ



سلامتی و خوب بودن سوق دهد، سازگاری فرد را بیشتر کند، میزان ناتوانی و از کارافتادگی بیماران و هزینه های درمانی را کاهش دهد(۸). آموزش فرآیندی است که به تغییر رفتار درست با نادرست بهداشتی اشاره دارد یکی از حیطه های آموزشی، آموزش به بیمار است. آموزش به بیمار فرآیندی است که به درک بهتر نیازهای آموزشی کمک کرده و بیمار را بهسوی انجام عملکرد صحیح بهداشتی سوق می دهد (۹). یکی دیگر از حیطه های آموزشی، آموزش خود مراقبتی است که تحت عنوان نگهداری و ارتقاء سلامتی از طریق پایبندی به درمان و انجام فعالیت های روتین زندگی تعریف می شود تحقیقات نشان داده اند که آموزش بیماران در نارسایی قلبی موجب بهبود کنترل علائم بیماری، بهبود کیفیت زندگی بیمار و مراقب وی، بهبود خلق، کاهش بستری مجدد در بیمارستان و صرفه جویی در هزینه ها می شود (۱۰) خود مراقبتی روی بررسی و کنترل علائم بیماری، پذیرش رژیم درمانی، حفظ شیوه ی زندگی سالم، کنترل تأثیر بیماری روی عملکرد روزانه، عواطف و روابط اجتماعی دلالت می کند. بیماران می توانند با کسب مهارت های خود مراقبتی بر آسایش، توانایی های عملکردی و فرایندهای بیماری خود تأثیر بگذارند. اصل مهم در خود مراقبتی، مشارکت و قبول مسئولیت از طرف بیمار می باشد و آموزش خود مراقبتی تحت عنوان حضور فعال بیمار در امر درمان و مراقبت از خود تعریف می شود. اکثر مواقع بیماران به مشارکت فعال در امر درمان و مراقبت ناراضی هستند زیرا دانش و تجربه کافی در مورد فرآیند بیماری و روش های کنترل آن را ندارند. به گونه ای که مشارکت بیماران در امر خود مراقبتی منجر به افزایش حس مسئولیت پذیری در آن ها می گردد که همین مسئله منجر به افزایش استقلال می گردد(۱۱). فعالیت های خود مراقبتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی شامل متعهد کردن بیمار به پذیرفتن مسئولیت و تنظیم فعالیتهای مرتبط با سلامتی خود از قبیل چگونگی مصرف مایعات، رژیم غذایی و دارویی و انجام اقدامات درمانی هنگام تشدید علائم بیماری است(۱۲) و مشخص شده که مراقبت های مبتنی بر خودمراقبتی، نتایج مثبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در پی دارد و باعث کاهش بستری مجدد بیمارستانی می شود؛ بدین منظور، آموزش به بیمار و خانواده او، بهترین رویکرد درمانی بوده و آموزش به بیمار، قسمتی از طرح جامع مراقبت از



بیماران است. رفتارهای خود مراقبتی علائم شدید بیماری را کاهش می دهد و پیامد کلینیکی آن را بهبود می بخشد، همچنین میزان بستری شدن بیماران را کاهش می دهد (۱۳).

در مقایسه با سایر اختلالات قلبی عروقی که در طول چند دهه گذشته کاهش داشته است، شیوع نارسایی قلبی در حال افزایش است. دلایل مختلف بستری های مجدد بیمارستانی در نارسایی قلبی شامل: ترخیص زودرس بیماران، برنامه ترخیص نادرست، آموزش ناکافی بیمار و ارائه دهندگان مراقبت، کنترل ضعیف علائم بیماری، حمایت اجتماعی ناکافی و نبود سیستم درمانی پیگیر بوده اند که هر یک نیازهای آموزشی خود را مطرح می کند. بر همین اساس، ارزیابی نیازهای یادگیری در آموزش، نقش مهم و اساسی به نظر می رسد و آموزش به بیماران و خانواده آنها بهترین رویکرد درمانی می باشد. بنابراین مراقبت و آموزش در مدت بستری، بایستی بر اساس نیازهای آموزشی بیمار جهت چگونگی مراقبت از خود باشد و راهبردهای متمرکز بر نیازهای آموزشی تعیین شده توسط خود بیماران از راهبردهای متمرکز بر نیازهای آموزشی تعیین شده توسط دیگران موفقیت آمیزتر است. با توجه به اهمیت موارد پیشگفت و اینکه تاکنون مطالعه ای در این مورد در استان آذربایجان غربی صورت نگرفته و این مطالعه نوآورانه می باشد، و اینکه یکی از روش های مؤثر برای کاهش اضطراب و افسردگی به خصوص در بیماری های عروق کرونر، آگاه کردن بیمار در مورد راهکارهای مقابله با بیماری اوست. در این پژوهش، تأثیر آموزش خود مراقبتی بر افسردگی و اضطراب بیماران دچار نارسایی قلبی بستری در مراکز آموزشی درمانی ارومیه بررسی گردید.

روش کار:

در این مطالعه نیمه تجربی پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق با کد IR.UMSU.REC.1400.432 و کسب مجوز با مراجعه به بخش قلب و سی سی یو بیمارستان سیدالشهدای ارومیه، نسبت به تهیه فهرست کلیه بیمارانی که با تشخیص نارسایی قلبی مراجعه نموده اند اقدام شد. ملاک های ورود به آزمون، وجود اکوکاردیوگرافی در پرونده بستری و میزان کسر تخلیه پایین تر از ۴۵٪، تشخیص نارسایی قلب توسط متخصصین قلب تیم تحقیق، رضایت کامل بیمار از مراجعه و پیگیری در منزل به منظور مراقبت و ادامه آموزش های مورد نیاز توسط تیم



تحقیق، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، سن بالای ۱۸ سال، عدم اشتغال به عنوان کادر بهداشتی درمانی و قابل دسترس بودن برای تیم تحقیق بوده و شرایط خروج از مطالعه شامل خارج شدن از حوزه استان محل تحقیق، مسافرت طولانی مدت در فاصله بین ترخیص از بیمارستان تا ۳ ماه بعد، تحت عمل جراحی قرار گرفتن، داشتن بیماری مزمن و پیش رونده دیگر به جز نارسایی قلبی و اختلال روانی شناخته شده بوده است و اطلاعات دموگرافیک افراد از طریق پرسشنامه جمع آوری گردید. پژوهشگران در نوبت های کاری و در روزهای مختلف هفته به بخش ها مراجعه و افرادی را که واجد شرایط لازم برای شرکت در پژوهش بودند انتخاب نموده و ضمن ارایه توضیحات لازم در زمینه اهداف پژوهش و چگونگی پاسخ دهی به پرسشنامه و کسب رضایت شفاهی آنان، نسبت به مصاحبه با آنان و تکمیل پرسشنامه تا حد رسیدن به تعداد مورد نظر اقدام شد.

در این مطالعه برای جمع آوری داده ها از دو پرسشنامه استفاده شد. یک پرسشنامه برای گردآوری داده های مربوط به مشخصات فردی و اجتماعی بیماران و دیگری پرسشنامه استاندارد HADS که از آن برای اندازه گیری میزان اصراب و افسردگی استفاده شد. در هر گروه (گروه تجربه و گروه کنترل). داده ها در دو مرحله جمع آوری شد. داده های مرحله اول پیش از انجام مداخله بر روی هر دو گروه گردآوری شده و داده های مرحله دوم یک هفته پس از انجام مداخله آموزشی نیز بر روی گروه تجربه و شاهد جمع آوری شد. روایی محتوایی قسمت دموگرافیک پرسشنامه، با تایید ۳ نفر از اعضای محترم هیات علمی و اعمال نظرات و پیشنهادات ایشان انجام شد. و با توجه به استاندارد بودن پرسشنامه HADS این کار لازم نیست. برای بررسی روایی ظاهری قسمت دوم پرسشنامه، مطالعه پایلوت قبل از نمونه گیری انجام شد و پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از افراد مبتلا به بیماری نارسایی قلبی واجد شرایط لازم برای شرکت در پژوهش قرار گرفت. ابزار مورد استفاده در این مطالعه عبارتند از: (۱) پرسشنامه بیمارستانی اضطراب و افسردگی که یک ابزار خودگزارشی است که دارای ۱۴ آیت می باشد که برای بررسی وجود و شدت نشانه های افسردگی و اضطراب در طول یک هفته گذشته در بیماران طراحی شده است. این ابزار یک زیر مقیاس افسردگی شامل ۷ جزء و یک زیر مقیاس اضطراب مشتمل بر ۷ قسمت می باشد که در هر دو ابزار؛ برای کاستن احتمال تشخیص های مثبت - کاذب نشانه های جسمی حذف



شده اند (۱۴). نمره دهی هر جزء پرسشنامه بر روی یک مقیاس صفر تا ۳ انجام می‌شود. بنابراین، نمرات زیر مقیاس‌های افسردگی و اضطراب در دامنه صفر تا ۲۱ قرار می‌گیرد. برای هر دو پرسشنامه زیر مقیاس، نمرات در دامنه صفر تا هفت عادی یا طبیعی، هشت تا ۱۰ خفیف، ۱۱ تا ۱۴ متوسط و ۱۵ تا ۲۱ شدید در نظر گرفته شد (۱۵).

در بیماران گروه مداخله، ابتدا نیازسنجی آموزشی در زمینه‌ی خود مراقبتی صورت گرفت. سپس علاوه بر مراقبت معمول بخش، برنامه‌ی آموزشی مبتنی بر نیازهای خود مراقبتی برای بیمار تهیه شد که بین یک تا چهار جلسه و هر جلسه حدوداً نیم تا یک ساعت برگزار گردید. آموزش به صورت چهره به چهره، سخنرانی و همراه با پاسخگویی به سؤالات احتمالی است. محتوای کلی برنامه‌ی آموزشی شامل: ماهیت بیماری، نوع و میزان فعالیت و ورزش‌های مجاز، رژیم غذایی مناسب، عوامل تشدید کننده‌ی بیماری و راه‌های کنترل آن‌ها، داروها (نام دارو، زمان مصرف، مقدار مصرف، عوارض داروها، نحوه مصرف و ...)، ویزیت مجدد (پیگیری درمان)، کنترل استرس و اضطراب، زمان مناسب برای برگشت به کار است. هنگام ترخیص، کتابچه آموزشی که شامل تمام مطالب آموزشی بود در اختیار بیماران قرار گرفت و از آن‌ها خواسته شد موارد آموزشی را در منزل به کار گیرند. در انتها اطلاعات جمع‌آوری شده به وسیله نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج:

از ۹۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی بستری ۴۵ نفر در گروه مداخله و ۴۵ نفر در گروه کنترل در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند.

جدول ۱: جدول توام فراوانی توزیع متغیرهای دموگرافیک بین دو گروه کنترل و مداخله

سطح معنی داری	گروه ها				متغیر	
	مداخله		کنترل			
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
$X^2=۱/۱۴۷$	۴۶/۷	۲۱	۳۵/۶	۱۶	زن	جنسیت
$P=۰/۲۸۴$	۵۳/۳	۲۴	۶۴/۴	۲۹	مرد	



$X^2=0/001$ $P=0/999$	۱۵/۶	۷	۱۵/۶	۷	مجرد	وضعیت تاهل
	۸۴/۴	۳۸	۸۴/۴	۳۸	متاهل	
$X^2=2/218$ $P=0/696$	۴۴/۴	۲۰	۴۰	۱۸	بیسواد	تحصیلات
	۲۰	۹	۲۰	۹	ابتدایی	
	۱۱/۱	۵	۱۳/۳	۶	سیکل	
	۲۲/۲	۱۰	۱۷/۸	۸	دیپلم	
	۲/۳	۱	۸/۹	۴	دانشگاهی	

با توجه به نتایج حاصل از آزمون کای دو پیرسن توزیع فراوانی متغیرهای جنسیت، وضعیت تاهل و تحصیلات، بین دو گروه کنترل و مداخله یکسان (همگن) بوده است و از نظر آماری معنی دار نبوده است. میانگین متغیرهای سن گروه مداخله برابر $11/54 \pm 57/47$ و برای گروه کنترل برابر $8/94 \pm 51/87$ بوده که با توجه به نتایج حاصل از آزمون تی تست معنی دار می باشد. که این نشان دهنده اثر مخدوشگری متغیر سن بوده که باید اثر آن کنترل شود ($P=0/012$).

جدول ۲: توزیع توام فراوانی سطح اضطراب قبل و بعد مداخله بین دو گروه مداخله و کنترل

گروه				مقطع	
مداخله		کنترل			
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۴۰	۱۸	۴۸/۹	۲۲	نرمال	قبل مداخله
۱۷/۸	۸	۲۲/۲	۱۰	خفیف	
۲۴/۴	۱۱	۱۱/۱	۵	متوسط	
۱۷/۸	۸	۱۷/۸	۸	شدید	
۷۱/۱	۳۲	۴۴/۴	۲۰	نرمال	بعد مداخله
۲۲/۲	۱۰	۲۶/۷	۱۲	خفیف	
۶/۷	۳	۱۱/۱	۵	متوسط	
۰	۰	۱۷/۸	۸	شدید	

نتایج جدول ۲ توزیع توام فراوانی و درصد فراوانی سطح افسردگی قبل و بعد مداخله به تفکیک دو گروه مداخله و گروه کنترل نمایش داده شده است.

جدول ۳: توزیع توام فراوانی سطح افسردگی قبل و بعد مداخله بین دو گروه مداخله و کنترل

گروه				مقطع	
مداخله		کنترل			
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۴۲/۲	۱۹	۵۵/۶	۲۵	نرمال	قبل مداخله
۲۸/۹	۱۳	۱۳/۳	۶	خفیف	
۱۷/۸	۸	۱۳/۳	۶	متوسط	
۱۱/۱	۵	۱۷/۸	۸	شدید	
۷۵/۶	۳۴	۵۱/۱	۲۳	نرمال	بعد مداخله
۲۰	۹	۱۳/۳	۶	خفیف	
۴/۴	۲	۲۰	۹	متوسط	
۰	۰	۱۵/۶	۷	شدید	

نتایج جدول ۳ توزیع توام فراوانی و درصد فراوانی سطح افسردگی قبل و بعد مداخله به تفکیک دو گروه مداخله و گروه کنترل نمایش داده شده است.

جدول ۴: مقایسه میانگین نمره متغیر اضطراب قبل و بعد از مداخله بین گروه کنترل و مداخله

سطح معنی داری	گروه		مقطع
	مداخله	کنترل	
$P=0/553$ $T=-0/595$	$9/49 \pm 4/96$	$8/82 \pm 5/64$	قبل از مداخله
$P=0/001$ $F(ANCOVA)=12/72$	$5/93 \pm 3/05$	$9/16 \pm 5/51$	بعد از مداخله
*****	$P=0/0001$ $T=-6/691$	$P=0/001$ $T=3/496$	سطح معنی داری

با توجه به نتایج حاصل از جدول بالا و آزمون تی مستقل میانگین نمره متغیر اضطراب قبل از مداخله بین گروه کنترل و مداخله یکسان بوده و از نظر آماری معنی دار نمی باشد ($P=0/553$). و میانگین نمره متغیر اضطراب بعد از مداخله بین گروه کنترل و مداخله با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس (ANCOVA) جهت کنترل اثر مخدوشگری سن بر روی مداخله یکسان نبوده و از نظر آماری معنی دار می باشد ($P=0/001$). همچنین با توجه به نتایج حاصل از آزمون تی زوجی میانگین نمره متغیر اضطراب قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل یکسان



نبوده و از نظر آماری معنی دار می باشد ($P=0/001$). و میانگین نمره متغیر اضطراب قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله یکسان نبوده و از نظر آماری معنی دار می باشد ($P=0/0001$). و با توجه به معنی داری اختلاف میانگین نمره آگاهی قبل و بعد مداخله در دو گروه کنترل و مداخله از شاخص درصد تغییرات برای نشان دادن میزان تغییرات استفاده شد که به شرح زیر می باشد:

لازم به ذکر است درصد تغییرات اختلاف میانگین متغیر نمره آگاهی در گروه کنترل برابر ۳/۸۵ درصد افزایش بوده در حالیکه برای گروه مداخله این درصد تغییرات برابر ۳۵/۵۱ درصد کاهش بوده که نشان می دهد تغییرات در گروه مداخله بیشتر و کاهشی نسبت به گروه کنترل بوده است.

جدول ۵: مقایسه میانگین نمره متغیر افسردگی قبل و بعد از مداخله بین گروه کنترل و مداخله

سطح معنی داری	گروه		مقطع
	مداخله	کنترل	
$P=0/686$ $T=-0/406$	$8/5 \pm 4/76$	$8/04 \pm 5/6$	قبل از مداخله
$P=0/001$ $F(ANCOVA)=12/58$	$5/16 \pm 3/09$	$8/29 \pm 5/68$	بعد از مداخله
*****	$P=0/0001$ $T=-7/928$	$P=0/054$ $T=1/976$	سطح معنی داری

با توجه به نتایج حاصل از جدول بالا و آزمون تی مستقل میانگین نمره متغیر افسردگی قبل از مداخله بین گروه کنترل و مداخله یکسان بوده و از نظر آماری معنی دار نمی باشد ($P=0/686$). و میانگین نمره متغیر افسردگی بعد از مداخله بین گروه کنترل و مداخله با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس (ANCOVA) جهت کنترل اثر مخدوشگری سن بر روی مداخله یکسان نبوده و از نظر آماری معنی دار می باشد ($P=0/001$). همچنین با توجه به نتایج حاصل از آزمون تی زوجی میانگین نمره متغیر افسردگی قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل یکسان



بوده و از نظر آماری معنی دار نمی باشد ($P=0/054$). و میانگین نمره متغیر افسردگی قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله یکسان نبوده و از نظر آماری معنی دار می باشد ($P=0/0001$).

بحث:

باتوجه به تغییراتی که در روند زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی روی می دهد، پیامدهای روانشناختی در این بیماران شایع بوده و منجر به نتایج منفی می گردد. این مطالعه تأثیر آموزش خود مراقبتی بر میزان اضطراب و افسردگی در بیماران دچار نارسایی قلبی را مورد بررسی قرار داد. نتایج این مطالعه نشان داد که بین دو گروه کنترل و مداخله از نظر مشخصات جمعیت شناختی جنسیت، وضعیت تاهل و تحصیلات، تفاوت آماری معناداری وجود نداشت؛ به عبارتی دو گروه همگن بودند. آقاخانی و همکاران (۱۳۹۶) مطالعه ای با هدف تعیین تأثیر بسته آموزشی-حمایتی خودمراقبتی بر اضطراب، افسردگی و استرس در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد انجام دادند که در مطالعه آن ها نیز دو گروه از نظر مشخصات جمعیت شناختی مشابه هم بودند و به صورت تخصیص تصادفی نمونه ها وارد مطالعه شده بودند (۱۶).

در ارتباط با فرضیه اول و سوم این مطالعه میانگین نمرات اضطراب بیماران بین دو گروه کنترل و مداخله بعد از آموزش خودمراقبتی متفاوت بود. دهقانی و همکاران (۱۳۹۴) در مطالعه خود که با هدف تأثیر آشناسازی بیمار با فرآیند عمل قلب بر کاهش اضطراب انجام شد، نشان دادند که آشناسازی و آموزش به بیمار، منجر به کاهش اضطراب آن ها می شود (۱۷). مطالعه بیاضی و همکاران (۱۳۹۱) نتایجی برخلاف مطالعه حاضر داشت؛ بطوریکه مداخله شناختی و رفتاری موجب کاهش اضطراب بیماران گروه مداخله نسبت به گروه کنترل شد ولی این کاهش از لحاظ آماری معنی دار نبود (۱۸). مطالعه آقاخانی و همکاران (۱۳۹۶) با هدف تعیین تأثیر بسته آموزشی-حمایتی خودمراقبتی بر اضطراب، افسردگی و استرس در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد نشان داد که میانگین و انحراف معیار اضطراب در گروه مداخله پس از استفاده از بسته آموزشی-حمایتی کاهش یافته است (۱۶). کوماتسو و همکاران^۱ (۲۰۱۲) در مطالعه خود به بررسی تأثیر آموزش خودمراقبتی بر زنان با سرطان سینه پرداختند. نتایج بدست آمده از پژوهش آن ها با مطالعه ما همسو بود. آنها در مطالعه خود از روش آموزش چهره به چهره و از کتابچه آموزشی و پیگیری از طریق تلفن استفاده کردند و نشان دادند که این بسته آموزشی جهت مقابله با اضطراب بیماران روش مناسبی است (۱۹). نیازی و همکاران (۱۳۹۴) در مطالعه خود با عنوان ارتباط حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی بیماران انفارکتوس نشان دادند که پیامدهای روانشناختی متعاقب این بیماری بر کیفیت

¹Komatsu & et al

زندگی آن‌ها تأثیر مخرب دارد؛ پس حمایت اجتماعی بر کنترل پیامدها روانشناختی از جمله اضطراب مؤثر است و متعاقباً منجر به ارتقاء کیفیت زندگی بیماران می‌گردد (۲۰). رضایی و همکاران (۱۳۹۶) در مطالعه خود که با هدف تعیین تأثیر آموزش مثبت اندیشی بر استرس، اضطراب و افسردگی بیماران عروق کرونر قلب شهرستان تکاب انجام گردید، به این نتیجه رسیدند که میانگین نمرات افسردگی، اضطراب و استرس پیش از مطالعه برای گروه کنترل و مداخله معنی‌دار نبود. ولی بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری در میانگین نمرات دو گروه مداخله و کنترل مشاهده شد (۲۱). نجفی (۱۳۹۲) در مطالعه خود با هدف تعیین میزان اثر بخشی آموزش به شیوه رفتاری - شناختی بر کاهش نگرش‌های ناکارآمد و میزان استرس و اضطراب در نوجوانان مبتلا به بیماری عروق کرونر نشان دادند که آموزش در کاهش استرس و اضطراب این بیماران نقش دارد (۲۲). تقئی و همکاران (۱۴۰۰) با مطالعه خود به بررسی اثربخشی آموزش مراقبت قلبی مبتنی بر شواهد بر اضطراب بیماران پس از جراحی پیوند عروق کرونر پرداختند که به این نتیجه رسیدند که اضطراب گروه ازمون کاهش پیدا کرد که این کاهش از لحاظ آماری نیز معنی‌دار بود (۲۳). در مطالعه‌ای مشابه امینیان و همکاران (۲۰۱۴) با مطالعه خود به اثر بخشی آموزش راه‌های مقابله با استرس بر کیفیت زندگی بیماران با سندرم حاد کرونری پرداختند. نتایج مطالعه آن‌ها نشان داد که آموزش حمایتی و خودمراقبتی یکی از راه‌های مقابله با استرس است و در این مطالعه منجر به کاهش استرس شد (۲۴). بیشتر علت اضطراب در بیماران قلبی به واسطه عدم آگاهی از بیماری، ترس از مرگ و ناتوانی است که آموزش و حمایت‌های مناسب می‌تواند علاوه بر کاهش مشکلات روانشناختی، منجر به سازگاری با شرایط موجود، پایبندی به درمان و افزایش مشارکت بیماران در امر درمان و ارتقاء سلامتی می‌شود و از طرفی منجر به کاهش اضطراب و عوارض ناشی از آن می‌گردد. به‌طوری که در این مطالعه آموزش خودمراقبتی منجر به کاهش اضطراب بیماران شد.

در ارتباط با فرضیه دوم و چهارم این مطالعه، میانگین نمرات افسردگی بیماران بین دو گروه کنترل و مداخله بعد از آموزش خودمراقبتی متفاوت بود. مطالعه خیاطی و همکاران (۲۰۲۰) حاکی از آن بود که آموزش رفتاری شناختی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی موجب تسکین دادن علایم افسردگی در این بیماران می‌شود که با نتایج این مطالعه با نتایج حاصل از مطالعه حاضر هماهنگ بود (۲۵). همچنین مطالعه نویدیان و همکاران (۲۰۱۷) نیز حاکی از آن بود که آموزش خودکارآمدی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی افسرده، به طور معنی‌داری موجب بهبود خودکارآمدی در این بیماران نسبت به بیماران غیر افسرده دارد. بنابراین اهمیت آموزش خودمراقبتی را در این بیماران نشان داد (۲۶). مطالعه بیاضی و همکاران نتیجه‌ای مخالف با مطالعه ما داشت؛ بطوریکه مداخله شناختی رفتاری منجر به کاهش افسردگی



در گروه مداخله شد، ولی این کاهش از لحاظ آماری معنی دار نبود (۱۸). مارتین و همکاران^۲ (۲۰۱۰) در مطالعه خود با عنوان نشانه‌های افسردگی بعد از انفارکتوس میوکارد بر پیش آگهی بد بیماری نشان دادند که آموزش در کاهش افسردگی و متعاقباً بهبودی این بیماران نقش دارد (۲۷). سلیمی و همکاران (۱۳۹۵) در مطالعه خود به بررسی تأثیر خودمراقبتی معنوی به شیوه گروهی بر امید به زندگی در مبتلایان به بیماری عروق کرونر پرداختند. یافته‌های حاصل از پژوهش آنان نشان داد که میانگین نمره امید به زندگی یک هفته بعد از مداخله، در گروه مداخله به‌طور معنی‌داری بیش از گروه کنترل بود (۲۸). می‌توان نتیجه گرفت که آموزش می‌تواند یکی از راهکارهای مناسب در کاهش پیامدهای روانشناختی متعاقب انفارکتوس میوکارد باشد. آذری و همکاران نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر سازگاری اجتماعی و رفتارهای خودمراقبتی بیماران قلبی با علایم افسردگی، منجر به کاهش افسردگی در این افراد می‌شود (۲۹). که این مطالعات با مطالعه ما همخوانی دارند به‌طوری‌که بعد از اجرای مداخله میانگین نمره افسردگی تغییر یافت ($p < 0.05$).

در مقوله افسردگی نیز، سهم قابل توجهی از بیماران قلبی افسردگی را تجربه می‌کنند و زندگی با بیماریشان را تحت شعاع قرار می‌دهد و می‌تواند منجر به پیامدهای وخیم‌تر و افت کیفیت زندگی شود؛ بنابراین نیاز مبرمی به آموزش دارند و آموزش خودمراقبتی می‌تواند علایم مرتبط با افسردگی در این بیماران را تخفیف دهد.

نتیجه‌گیری:

در حال حاضر نارسایی قلبی یکی از شایع‌ترین بیماری‌های قلبی و عروقی منجر به مرگ و ناتوانی در سطح جهان معرفی شده که با توجه به رشد روزافزون می‌توان آن را به‌عنوان یک چالش سلامتی در نظر گرفت. علی‌رغم کشف روش‌های درمانی جدید باز هم این بیماری به‌عنوان یک معضل سلامتی باقی‌مانده است؛ به‌طوری‌که سالیانه افراد زیادی از ناتوانی‌های منتج از آن رنج می‌برند. نظر به اهمیت نارسایی قلبی به‌عنوان یک تهدید سلامتی، ایجاد راه‌حل مناسب جهت بهبود خودمراقبتی در مبتلایان به آن جزء اولویت‌های سازمان‌های متولی بهداشت و درمان در کل دنیا می‌باشد. در این مطالعه تأثیر آموزش خودمراقبتی بر میانگین اضطراب و افسردگی در بیماران

²Martin & et al



مبتلا به نارسایی قلبی مورد بررسی قرار گرفت و نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل یافته‌های پژوهش نشان داد که بین میانگین اضطراب و افسردگی در گروه کنترل و مداخله اختلاف آماری معنادار وجود دارد؛ به‌طوری که میانگین اضطراب و افسردگی بعد از مداخله در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل ارتقاء داشته است؛ به نظر می‌رسد که آموزش خودمراقبتی به زبان ساده از طریق کتابچه آموزش و روش آموزشی چهره به چهره، حمایت اجتماعی از بیماران و کمک گرفتن از خانواده بیماران می‌تواند در کنترل پیامدهای روانی متعاقب نارسایی قلبی کمک‌کننده باشد.



منابع:

- 1- Karimi S. Effect of cognitive behavioral therapy on subjective well-being of patients with cardiovascular diseases. J Kermanshah Univ Med Sci, 2014;18:54-59 .
- 2- Bahador RS, Nouhi E, Jahani Y. The study of palliative care and its relationship with quality of life in patients with chronic heart failure in 2014-2015. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2016; 5: 35-46 .
- 3- Lane D, Carroll D, Ring C, Beevers DG, Lip GY. Mortality and quality of life 12 months after myocardial infarction: effects of depression and anxiety. Psychosom Med 2001; 63(2): 221-30.
- 4- Dalir Z, Reihani Z, Mazlom SR, Vakilian F. Effect of Training Based on Teach Back Method on Self-care in Patients with Heart Failure. J Mazandaran Univ Med Sci 2016; 26: 209-220. [In Persian]
- 5- Borhani F, Khoshab H, Abbaszadeh A, Rashidinejad H, Mohammadi E. Study of the effect of partnership care model on the quality of life in patients with heart failure. Iran J Crit Care Nurs. 2012;4: 43-8. [In Persian]
- 6- Feola M, Garnero S, Vallauri P, Salvatico L, Vado A, Leto L, et al. Relationship between Cognitive Function, Depression/Anxiety and Functional Parameters in Patients Admitted for Congestive Heart Failure. Open Cardiovasc Med J 2013; 7: 54-60.
- 7- Shahbodagahi Z, Borhani F, Rayani M. The effect of self-care program on blood pressure of patients with diabetes. Medical surgical nursing journal. 2014;3(3):163-69.
- 8- Bucholz EM, Rathore SS, Gosch K, Schoenfeld A, Jones PG, Buchanan DM, et al. Effect of living alone on patient outcomes after hospitalization for acute myocardial infarction. The American journal of cardiology. 2011;108(7):943-8.
- 9- Ågren S, S Evangelista L, Davidson T, Strömberg A. Cost-effectiveness of a nurse-led education and psychosocial programme for patients with chronic heart failure and their partners. Journal of clinical nursing. 2013;22(15-16):2347-53 .
- 10- Ezati N. Effect of knowledge about self care behaviors on fear and anxiety in patients with coronary artery disease. Woman & Study of Family. 2012;5(17):107-29. (Persian)
- 11- Riegel B, Dickson VV. A situation-specific theory of heart failure self-care. J Cardiovasc Nurs ۲۰۰۸; ۲۳(۳): ۱۹۰-۶.



- 12- Cameron J, Worrall-Carter L, Page K, Stewart S. Self-care behaviours and heart failure: Does experience with symptoms really make a difference? *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2010;9(2):92-100.
- 13- Choobdari M, Dastgerdi R, Sharifzadeh G. The impact of self-care education on life expectancy in acute coronary syndrome patients. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*. 2015;22(1):19-26 .
- 14- Farokhnezhad Afshar P, Bastani F, Haghani H, Valipour O. Hospital Anxiety and Depression in the Elderly with Chronic Heart Failure. *IJN*. 2019; 32 (120) :87-97
- 15- Mangolian Shahrababaki P, shahnazari J, mahmoodi M, farrokhzadian J. The Effect of an Educational Self-Care Program on Knowledge and Performance in Patients with Heart Failure. *Iranian Journal of Medical Education*. 2012; 11 (6) :609-619.
- 16- Aghakhani N, Baghaei R, Khademvatan K. The impact of educational-supportive self-care package on anxiety, depression and stress in myocardial infarction patients hospitalized in shahid gholipour hospital, boukan, Iran, 2016. *Nursing And Midwifery Journal*. 2017;15(4):281-91.
- 17- Dehghani H, Dehghani KH, Nasiriani KH, Banaderakhshan H. The effect of familiarization with cardiac surgery process on the anxiety of patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. 2013.
- 18- Bayazi MH, Ahadi H, Fata L ,Danesh Sani SH. The effectiveness of a short cognitive behavioral group intervention on depression, anxiety and stress in patients with chronic coronary heart disease: a randomized controlled trail. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2012;14(1):110. ۲۱-
- 19- Komatsu H, Hayashi N, Suzuki K, Yagasaki K, Iioka Y, Neumann J, et al. Guided self-help for prevention of depression and anxiety in women with breast cancer. *International Scholarly Research Notices*. 2012;2012.
- 20- Ghasemipour M, Kassani A. Relationship between Social Support and Quality of Life in Myocardial Infarction Patients Referring to the Hospitals of Ilam City. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 2016;23(6):51-61.
- 21- Ahangarezaietadeh s, oladrostam n, nemotplahi a. THE EFFECT OF POSITIVE THINKING TRAINING ON STRESS, ANXIETY AND DEPRESSION IN CORONARY HEART DISEASE. *Nursing and Midwifery Journal*. 2017;15(5):339-48.
- 22- Najafi N. The effectiveness of cognitive-behavioral stress management training on the reduction of dysfunctional attitudes and stress in adolescent with coronary heart disease. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2015;21(128):8-17.
- 23- Taghaee F, Azarmi S, Rahmani A, Salaree MM. Investigation of the Effectiveness of Evidence-Based Cardiac Care Training on Patients' Anxiety after Coronary Artery Bypass Graft Surgery in a Selected Military Hospital in Tehran, Iran. *Military Caring Sciences Journal*. 2022;9(2):143-51.
- 24- Aminian Z, Mohammadzadeh S, Eslami Vaghar M, Fesharaki M. Effectiveness of teaching ways to deal with stress on quality of life in patients with acute coronary syndrome admitted to hospitals of Tehran University of Medical Sciences in 2013. *Medical Science Journal of Islamic Azad Univesity-Tehran Medical Branch*. 2014;24(3):168-74.
- 25- Khayati R, Rezaee N ,Shakiba M, Navidian A. The Effect of Cognitive-Behavioral Training Versus Conventional Training on Self-care and Depression Severity in Heart Failure Patients with Depression: A Randomized Clinical Trial. *Journal of caring sciences*. 2020;9(4):203-11.



- 26- Navidian A, Mobaraki H, Shakiba M. Efficacy of Motivational Interviewing on Self-efficacy in Patients with Heart Failure and Depression. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2017;27(155):46-59.
- 27- Martens EJ, Hoen PW, Mittelhaeuser M, de Jonge P, Denollet J. Symptom dimensions of post-myocardial infarction depression, disease severity and cardiac prognosis. Psychological medicine. 2010;40(5):807-14.
- 28- Salimi T, Tavangar H, Shokripour S, Ashrafi H. The Effect of Spiritual Self-Care Group Therapy on Life Expectancy in Patients with Coronary Artery Disease: An Educational Trial. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2017;15(10):917-28.
- 29- Azari Ghahfarrokhi Z, Ansari Shahidi M, Shahzamani M, Farhadi H. Efficacy of Mindfulness-Based Stress Reduction Training on Social Adjustment and Self-Care Behaviors in Cardiac Patients with Signs of Depression (After Open Surgery). Journal of Applied Psychological Research. 2022;13(4):37-52.



The effect of self care education on anxiety and depression levels in patients with heart failure referred to Seyyedolshohada teaching and treatment center, Urmia in 2021

Mahsa Behnemun¹

¹ Assistant Professor of Cardiovascular Diseases, Department of Cardiology, Faculty of Medicine, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

Introduction: Care and education during hospitalization should be based on the patient's educational needs for how to take care of themselves, and strategies focused on educational needs determined by patients themselves are more successful than strategies focused on educational needs determined by others. One of the effective ways to reduce anxiety and depression, especially in coronary artery diseases, is to inform the patient about the ways to deal with his disease. In this research, the effect of self-care training on depression and anxiety of heart failure patients hospitalized in medical education centers of Urmia was investigated.

Materials & Methods: In this semi-experimental study, the patients of the heart department and CCU of Seyyed al-Shohdai Hospital in Urmia in 2021, a list of all the patients who were diagnosed with heart failure was prepared. And after random allocation of patients in two control and intervention groups, the intervention was done. At the end, the collected data was analyzed by SPSS software.

Results: In this study, the average anxiety score after the intervention was not the same between the control and intervention groups and it was statistically significant ($P=0.001$). And the average score of depression after the intervention was not the same between the control and intervention groups and was statistically significant ($P=0.001$).

Conclusion: The results of the analysis of the research findings showed that there is a statistically significant difference between the average anxiety and depression in the control and intervention groups; so that the average anxiety and depression after the intervention in the intervention group has improved compared to the control group; It seems that self-care training in simple language through training manuals and face-to-face training methods, social support for patients and getting help from patients' families can help in controlling the psychological consequences of heart failure.

Keywords: Patients with heart failure, education, self-care, depression, anxiety