

## تأثیر اجرای مدل ترخیص ایدئال بر میزان اضطراب بیماران مبتلا به سکته قلبی

رحیم بقایی<sup>۱</sup>، حمیدرضا خلخالی<sup>۲</sup>، نادر آقاخانی<sup>۳</sup>، سکینه رضائی<sup>۴</sup>\*

تاریخ دریافت ۱۳۹۵/۰۵/۲۶ تاریخ پذیرش ۱۳۹۵/۰۷/۲۹

## چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** بیماری‌های قلبی عروقی و متعاقب آن بیماری عروق کرونری، مهم‌ترین دلیل مرگ‌ومیر در جهان و ایران به شمار می‌روند. ابتلا به بیماری‌های عروق کرونر برای بیمار اضطراب‌آور است. طرح ترخیص برای تداوم درمان ضروری است و به متصدیان درمان کمک می‌کند تا از منابع موجود به‌طور مؤثر استفاده و از پذیرش غیرضروری بیمار اجتناب کنند. هدف از این مطالعه تعیین تأثیر اجرای مدل ترخیص ایدئال بر میزان اضطراب بیماران مبتلا به سکته قلبی در بیمارستان شهید مدنی خوی می‌باشد.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه به‌صورت نیمه تجربی می‌باشد که در آن تعداد ۱۰۸ نفر بیمار مبتلا به سکته قلبی مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید مدنی خوی، در دو گروه کنترل و مداخله بر اساس مشخصات موردنظر پژوهشگر وارد مطالعه شدند. برای بیماران گروه مداخله علاوه بر اقدامات روتین بخش، مدل ترخیص ایدئال طبق راهنما از اولین روز پذیرش تا سه ماه پس از ترخیص از بیمارستان اجرا شد سپس میزان اضطراب بیماران هر دو گروه با استفاده از پرسش‌نامه اسپیل برگر قبل از اجرای مداخله و سه ماه پس از ترخیص از بیمارستان اندازه‌گیری شد.

**یافته‌ها:** میانگین نمره اضطراب در بیماران گروه مداخله قبل از مداخله  $(۷۲/۷۱ \pm ۳/۰۹)$  و بعد از انجام مداخله  $(۳۲/۲۵ \pm ۴/۹۴)$  می‌باشد که و بر اساس آزمون تی زوجی ( $P < ۰/۰۰۱$ ) اختلاف معنی‌دار است. نتایج آزمون نشان داد که بعد از اجرای مدل ترخیص ایدئال، تفاوت معنی‌داری در کاهش میانگین نمره اضطراب موقعیتی و اضطراب کل بیماران گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل وجود داشت.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج مطالعه، اجرای مدل ترخیص ایدئال در کاهش اضطراب بیماران مبتلا به سکته قلبی مؤثر بوده است. پیشنهاد می‌شود مسئولین پرستاری برنامه‌هایی برای نقش بیشتر پرستاران در این زمینه در نظر بگیرند.

**کلیدواژه‌ها:** مدل ترخیص ایدئال، اضطراب، سکته قلبی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره چهاردهم، شماره نهم، پی‌درپی ۸۶، آذر ۱۳۹۵، ص ۷۸۲-۷۷۵

آدرس مکاتبه: ارومیه، کیلومتر ۱۱ جاده سرو، پردیس نازلو، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، تلفن: ۰۹۱۴۴۶۱۲۲۱۴

Email: sakineh.rezaei@yahoo.com

## مقدمه

سال ۲۰۲۰ شایع‌ترین علت مرگ‌ومیر در تمام دنیا خواهد بود (۳). بر اساس آمار سال ۱۳۸۸ در ایران نیز بیماری‌های قلبی - عروقی شایع‌ترین علت مرگ‌ومیر می‌باشد به‌طوری‌که حدود ۴۵-۲۰ درصد از مرگ‌ومیرها به دنبال این بیماری اتفاق افتاده و حدود ۴۶ درصد تا سال ۱۳۹۰ روند افزایشی داشته (۴) و سالانه حدود ۹۰ هزار مرگ‌ومیر ناشی از این بیماری‌ها رخ می‌دهد (۵). بیماری‌های عروق

قلبی عروقی یکی از رایج‌ترین بیماری‌های مزمن و مهم‌ترین دلیل مرگ‌ومیر در جهان به شمار می‌رود (۱). بر طبق آمار سال ۲۰۰۹ آمریکا، سالیانه حدود ۵۱ میلیون و ۱۰۰ هزار مرگ در جهان رخ می‌دهد که از این تعداد حدود ۱۲ میلیون و ۷۷۵ هزار مورد، مرتبط با بیماری‌های قلب و عروق است (۲). بر اساس برآورد انجمن قلب آمریکا در سال ۲۰۱۳ بیماری‌های قلبی عروقی تا

<sup>۱</sup> دانشیار، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

<sup>۲</sup> دانشیار، عضو هیئت علمی دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

<sup>۳</sup> استادیار، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

<sup>۴</sup> کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۵</sup> Cardio-vascular disease

کرونر<sup>۱</sup>، در بین بیماری‌های قلبی عروقی، شایع‌ترین علت بستری شدن بزرگسالان در بیمارستان محسوب می‌شود(۶).

بیماری‌های قلبی عروقی علاوه بر مرگومیر، گرفتاری‌های فردی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی، اضطراب بسیاری با خود به همراه داشته و همواره برای مبتلایان به آن تهدیدکننده و خطرناک به شمار می‌روند(۷). سیستم قلبی عروقی از سیستم‌های حساس بدن می‌باشد که تغییرات محیطی و هیجانات مختلف مانند تنیدگی، اضطراب، ترس، خشم و شادی فوراً سبب تغییر در تعداد ضربان قلب و فشارخون می‌شود(۸). افسردگی و اضطراب، هر دو از موارد بسیار شایع در جمعیت عمومی، همراه با افزایش خطر انفارکتوس حاد میوکارد در ارتباط است(۹). خطر عود بیماری قلبی عروقی پس از سکتة قلبی را افزایش می‌دهند و این دو، پیشگویی‌کننده مرگومیر و عود مجدد حوادث کرونری هستند. اضطراب تا ماه‌ها پس از سکتة قلبی می‌تواند باقی بماند. نه تنها جزء عوامل به وجود آورنده انفارکتوس میوکارد می‌باشد بلکه دارای تأثیر منفی در بهبودی این بیماری می‌باشد(۱۰). افسردگی و اضطراب بر ضربان قلب، فشارخون، زمان لخته و انعقاد خون اثر گذاشته و باعث افزایش ترشح کورتیزول و آدرنالین می‌شوند و در متابولیسم بدن ایجاد اختلال می‌نمایند(۱۱). طبق تحقیقات باد یس<sup>۲</sup> و همکاران، اضطراب مرگ ناگهانی را تا ۳ برابر افزایش می‌دهد(۱۲). یکی از عمده‌ترین منابع تنیدگی در بیماران مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد تنیدگی زمان ترخیص از بیمارستان است، به طوری که افراد از این که به موقعیت‌های جدید رفته و نسبت به بیماری، پیش‌آگهی و مراقبت‌های لازم مربوط به آن آگاهی کافی ندارند احساس تنیدگی می‌کنند و چون احساس از دست دادن تعلق خاطر خود را می‌نمایند، در آن‌ها اضطراب ایجاد می‌شود. از این رو انتقال و ترخیص مددجو با ایمنی و آسودگی خاطر اهمیت ویژه‌ای پیدا می‌کند(۱۳). مدل ترخیص ایدئال به بررسی و تأمین نیازهای مراقبتی بیماران در داخل و خارج از مرکز درمانی و آموزش به خانواده جهت انجام مراقبت‌های صحیح و پیگیری و ارجاع و ارزشیابی آن می‌پردازد. از طریق برنامه‌های آموزشی رفتارهای خود مراقبتی مناسب به بیمار و خانواده او آموزش داده می‌شود. تا از تشدید و عود بیماری پیشگیری شده و بستری مجدد کاهش داده شود. تشدید بیماری پس از ترخیص و یا بهبودی سریع بیماری به اجرای یک برنامه صحیح مراقبتی در منزل بستگی دارد که شامل سطوح مختلفی از پیش‌گیری می‌شود. ساختار مدل ترخیص ایدئال بر مبنای اصول مراقبتی، حمایتی، پیشگیری، آموزشی، هماهنگی بین اعضای تیم مراقبتی جهت ارجاع به موقع و پیگیری می‌باشد(۱۴). برنامه‌ریزی

ترخیص در واقع از همان زمان پذیرش بیمار آغاز می‌گردد و به پیش‌بینی نیازهای بیمار و خانواده وی و برنامه‌ریزی جهت رفع این نیازها پس از ترخیص از واحدهای بهداشتی درمانی می‌پردازد. یک برنامه ترخیص کارآمد، به تداوم در امر مراقبت با تحمل کم‌ترین میزان تنیدگی کمک می‌کند(۱۵). عناصر کلیدی برنامه‌ریزی ترخیص ایدئال شامل: بیمار و خانواده، برنامه‌ریزی ترخیص، آموزش به بیمار و خانواده، ارزیابی میزان آموزش و گوش دادن مؤثر می‌باشد(۱۶). با توجه به پیچیدگی‌های زیادی که در مسائل پزشکی مطرح است و کمبودها و محدودیت‌های مراکز بهداشتی \_ درمانی، دلایل متفاوت و عدیده‌ای در رابطه با ضرورت آموزش به بیماران، طی مدت بستری و در زمان ترخیص به‌ویژه برای بسیاری از مددجویان که هنوز سلامتی کامل خود را به دست نیاورده و بایستی ادامه برنامه‌های مراقبتی \_ درمانی و دوران نقاهت را در منزل سپری نمایند، وجود دارد. آموزش به مددجو در تمام طول دوران بستری و به‌ویژه به هنگام ترخیص و استقلال در مراقبت از خود، از مهم‌ترین اولویت‌ها و استانداردهای مراقبتی می‌باشد. بنابراین بایستی با در نظر گرفتن تسهیلات لازم، نیروی انسانی مناسب و کارآموده، اختصاص وقت و مکان لازم و مناسب به این مهم توجه شود(۱۷). تداوم در امر مراقبت و برنامه‌ریزی ترخیص در سیستم‌های بهداشتی درمانی فعلی، به‌عنوان یک ضرورت مطرح است(۱۸). هدف از انجام مطالعه حاضر بررسی تأثیر اجرای مدل ترخیص ایده بر میزان اضطراب بیماران مبتلا به سکتة قلبی در بیمارستان شهید مدنی خوی می‌باشد.

## مواد و روش کار

یک مطالعه نیمه تجربی می‌باشد که پس از تمام شماری برای کلیه بیماران دچار سکتة قلبی مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید مدنی خوی، تعداد ۱۰۸ نفر بیمار در دو گروه کنترل و مداخله، طی دو دوره سه‌ماهه قبل از مداخله و بعد از مداخله پس از گرفتن رضایت‌نامه کتبی و با در نظر گرفتن معیارهای ورود به مطالعه وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: نداشتن اختلال روان‌پزشکی شناخته‌شده و درمان روان‌پزشکی، عدم وجود هرگونه اختلال شناختی، گفتاری یا شنیداری عدم وجود هرگونه اختلال شناختی، گفتاری یا شنیداری، نداشتن درد در هنگام آموزش نداشتن درد در هنگام آموزش، ساکن بودن در شهر خوی، دسترسی به تلفن و داشتن رضایت کامل و معیارهای خروج از مطالعه شامل: بروز وخامت شدید بیماری و به وجود آمدن شرایط بحرانی برای هر

<sup>1</sup> Coronary arteries diseases

<sup>2</sup> Bodis J

یک از نمونه‌ها در طول مطالعه، عدم تمایل و همکاری نمونه‌ها به ادامه شرکت در مطالعه بود.

روش کار به این صورت بود که: در گروه کنترل هیچ آموزشی در نظر گرفته نشد و طبق روال عادی بیمارستان ترخیص شدند. بیماران گروه مداخله به روش ایدئال (IDEAL: Include, Listen, Assess, Educate, Discuss) آموزش داده شدند. از آنجایی که آموزش در زمان پذیرش، بستری و پس از ترخیص صورت می‌گرفت، مراقبت‌ها به صورت زیر بود: بیماران در هنگام ورود به بخش توسط پژوهش‌گر بررسی شده و پرسش‌نامه‌های اطلاعات دموگرافیک و اطلاعات مربوط به مراقبت‌کننده بعد از ترخیص پر شدند و اطلاعات لازم در مورد بیماری به همراهان بیماران و خود بیمار، در صورت مساعد بودن وضعیت بیمار و نداشتن درد، داده شده و به کلیه سؤالات بیمار و مراقبت‌کننده پاسخ داده شد؛ و سپس در طول مدت بستری به بیمار و خانواده او در مورد وضعیت بیمار، نحوه استفاده از داروها، پیشرفت درمان، و نحوه مشارکت بیمار و خانواده او در مورد شیوه‌های مراقبت اطلاعات لازم داده شد و در زمان ترخیص طی یک جلسه با بیمار و مراقبت‌کننده او در منزل در مورد آمادگی بیمار برای رفتن به منزل، پرسش‌ها و نگرانی‌های بیمار و خانواده در مورد رفتن به خانه سؤال نموده و پاسخ مناسب داده شد. فهرستی از داروهای تجویزی و روش استفاده و زمان استفاده از آن‌ها و مشخصات و تلفن کسی که در صورت نیاز بتوان با او تماس گرفت، به بیماران داده شد؛ و همچنین دو نوع پمفلت آموزشی مراقبت از خود بیماران مبتلا به سکتة قلبی در ارتباط با لزوم تغییر در شیوه زندگی و افزایش توان خود مراقبتی مانند انجام ورزش، ترک سیگار، اجتناب از مصرف الکل، روش‌های کنترل استرس و اضطراب، میزان فعالیت و رژیم غذایی، داروهای مصرفی و عوارض ناشی از آن‌ها، نحوه و زمان از سرگیری فعالیت جنسی داده شد. بیماران یک ماه، دو ماه و سه ماه پس از ترخیص توسط محقق به صورت تلفنی مورد پیگیری قرار گرفته شد، میزان اضطراب بیماران هر دو گروه با استفاده از پرسش‌نامه اسپیل برگر (۲۰ سؤالی اضطراب آشکار) قبل از اجرای مداخله و سه ماه پس از ترخیص از بیمارستان اندازه‌گیری شد. درباره روایی و پایایی ابزار مورد استفاده باید اشاره کرد که چون ابزار سنجش اضطراب استاندارد بود لذا روایی آن بارها سنجیده شده بود و از پایایی نیز جهت سنجش ثبات درونی ابزار از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد که برابر ۸۱ درصد بود. در پژوهش خانی پور و همکاران (۱۳۹۰) ضریب همسانی این آزمون به شیوه آلفای کرونباخ

۰/۶۶ به دست آمد. چک‌لیست‌های استفاده شده به طور کامل ترجمه شده و برگرفته از قسمت اول گایلاین ترخیص ایدئال و گایدلاین ترخیص وزارت بهداشت انگلستان می‌باشد که با استفاده از متون علمی، چک‌لیست بستری مجدد، استخراج شد و محتوای آن به تأیید ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی بالینی (پزشکی و پرستاری) دانشگاه علوم پزشکی ارومیه رسانده شد. در مطالعات مختلف از جمله در کشور انگلستان در مورد بروز و شدت عوارض جانبی در افراد پس از ترخیص از بیمارستان (فورستر<sup>۱</sup> در سال ۲۰۰۳)، مدل بیمار محور ترخیص از بیمارستان (آنتونی<sup>۲</sup> در سال ۲۰۰۴)، برنامه‌ریزی ترخیص افراد مسن (توسط مویلان<sup>۳</sup> ۱۹۹۰-۲۰۰۸)، برنامه‌ریزی ترخیص از بیمارستان برای افراد مسن ضعیف (بائر<sup>۴</sup> در سال ۲۰۰۹)، برنامه‌ریزی ترخیص از بیمارستان تا خانه (کلارن<sup>۵</sup> در سال ۲۰۱۰)، بکار گرفته شده است (۱۹). میزان اضطراب برای هر یک از نمونه‌ها در گروه‌های آزمون و شاهد به این صورت نمره‌گذاری شد که با توجه به پاسخ نمونه‌های پژوهش به گویه‌های پرسش‌نامه اسپیل برگر، در قسمت اول (موقعیتی) با ۲۰ سؤال، برای خیلی زیاد نمره ۴ متوسط نمره ۳ تا حدی نمره ۲ و برای اصلاً نمره ۱ در نظر گرفته شد. برای دست آوردن نمره هر فرد مجموع نمرات بیست عبارت محاسبه گردید. بنابراین نمرات مقیاس اضطراب آشکار، می‌تواند در دامنه‌ای بین ۸۰ - ۲۰ قرار بگیرد. امتیازات ۴۰-۲۰ به‌عنوان میزان اضطراب کم، ۶۰-۴۱ به‌عنوان میزان اضطراب متوسط و ۸۰-۶۱ به‌عنوان میزان اضطراب زیاد نظر گرفته شده‌اند. در مرحله نهائی، جهت تعیین تفاوت میانگین‌ها در دو گروه آزمون و شاهد، قبل و بعد از مداخله از آزمون‌های آماری تی مستقل و تی زوجی و برای همسان‌سازی دو گروه از آزمون آماری کای اسکوئر استفاده گردید.

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

### یافته‌ها

بر اساس نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر، میانگین سنی بیماران مورد مطالعه در گروه مداخله ۵۲ سال و در گروه کنترل ۶۰ سال و ۷۵ درصد بیماران شامل جنس مذکر می‌باشد. جدول ۱ ویژگی‌های دموگرافیک نمونه‌های پژوهش حاضر را نشان می‌دهد.

<sup>4</sup> Bauer  
<sup>5</sup> Claran

<sup>1</sup> Forster  
<sup>2</sup> Anthony  
<sup>3</sup> Moylan

**جدول (۱): توزیع فراوانی مطلق و نسبی ویژگی‌های دموگرافیک بیماران مبتلا به سکتة قلبی در گروه مداخله و کنترل**

آماره	مداخله		کنترل		متغیر	گروه
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
$\chi^2=0/04$	۷۵	۳۹	۷۶.۸	۴۳	مذکر	جنس
df=۱						
p=0/۸۲	۲۵	۱۳	۲۳.۲	۱۳	مؤنث	
$\chi^2=1/76$	۲۸.۸	۱۵	۴۱.۱	۲۳	بی‌سواد	تحصیلات
df=۲	۵۵.۸	۲۹	۴۶.۴	۲۶	زیر دیپلم	
p=0/۴۱	۱۵.۴	۸	۱۲.۵	۷	بالای دیپلم	
$\chi^2=1/10$	۵.۸	۳	۵.۴	۳	بیکار	شغل
df=۳	۷۸.۸	۴۱	۸۰.۴	۴۵	آزاد	
p=0/۷۷	۱۱.۵	۶	۷.۱	۴	کارمند	
	۳.۸	۲	۷.۱	۴	بازنشسته	
$\chi^2=0/78$	۶۱.۵	۳۲	۶۹.۶	۳۹	شهر	محل سکونت
df=۱	۳۸/۵	۲۰	۳۰.۴	۱۷	روستا	
p=0/۳۷						
$\chi^2=4/59$	۵۶.۶	۳۱	۶۰.۷	۳۴	با خانواده	نحوه زندگی
df=۳	۷.۷	۴	۱۹.۶	۱۱	با همسر	
p=0/۲۰	۳۲.۶	۱۷	۱۹.۷	۱۱	با فرزند	
P=0/۹۳						سن
t=0/0۸		۱۳.۷۵±۶۱.۸۴		۱۲.۱۳±۶۱.۶۴		(انحراف معیار± میانگین)

محل سکونت و نحوه زندگی نشان نمی‌دهد. به عبارت دیگر توزیع نمونه‌های شرکت‌کننده در دو گروه برحسب متغیرهای مذکور تفاوت معنی‌داری ندارند. میانگین و انحراف معیار سن بیماران در گروه مداخله  $13.75 \pm 61.84$  سال و در گروه کنترل  $12.13 \pm 61.64$  سال بوده است.

مقایسه میانگین و انحراف معیار اضطراب کل نمونه‌های پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله نشان‌دهنده آن است که اختلاف آماری معنی‌دار بین دو گروه وجود دارد. ( $P < 0/05$ ) (جدول ۲).

بیشتر نمونه‌ها در هر دو گروه مرد (گروه مداخله ۷۵ درصد و در گروه کنترل ۷۶.۸ درصد) و دارای سطح سواد زیر دیپلم (گروه مداخله ۵۵.۸ درصد و در گروه کنترل ۴۶.۴ درصد) می‌باشند. اکثر نمونه‌ها شغل آزاد داشته (گروه مداخله ۷۸.۸ درصد در گروه کنترل ۸۰.۴ درصد) و ساکن شهر بوده (گروه مداخله ۳۸.۵ درصد و در گروه کنترل ۳۰.۴ درصد) و بیشتر نمونه‌ها در هر دو گروه با خانواده (در گروه مداخله ۵۶.۶ درصد و در گروه کنترل ۶۰.۷ درصد) زندگی می‌کنند. آزمون آماری کای دو اختلاف معنی‌داری بین توزیع نمونه‌ها در دو گروه مداخله و کنترل از نظر جنس، تحصیلات، شغل،

**جدول (۲): میانگین ± انحراف معیار اضطراب کل در گروه مداخله و گروه کنترل**

p مقدار	t مقدار	میانگین مداخله		آماره
		میانگین کنترل	میانگین مداخله	
0/0۲۰	۲/۳۵	۷۱/۱۴±۳/۷۵	۷۲/۷۱±۳/۰۹	قبل از مداخله
<0/0۰۱	-۱۹/۴۷	۵۲/۳۳±۵/۷۶	۳۲/۲۵±۴/۹۴	بعد از مداخله

جدول (۳): میانگین  $\pm$  انحراف معیار اضطراب کل در دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله

مقدار p	مقدار t	مداخله		گروه
		بعد از مداخله	قبل از مداخله	
<0/001	46/37	32/25 $\pm$ 4/94	72/71 $\pm$ 3/09	مداخله
<0/001	19/38	52/33 $\pm$ 5/76	71/14 $\pm$ 3/75	کنترل

روش‌هایی مانند فیلم و مهارت‌های رفتاری لازم نیز آموزش داده شود (۱۱). عزتی (۱۳۹۰) در مطالعه خود نشان داد آموزش مددجو و خانواده‌ها، برقراری دوره‌های آموزشی برای پرستاران و ارتقای کیفیت ارتباط بین درمانگران و بیماران ضروری به نظر می‌رسد. زیرا با ارائه آموزش به بیمار، تغییرات مثبت در رفتار، مخصوصاً در کاهش ترس و اضطراب بیماران پس از سکتة قلبی مشاهده می‌شود (۲۰). در همین ارتباط بابایی و همکارانش (۱۳۹۰) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که آموزش مدل ترخیص سبب کاهش اضطراب بیماران مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد شده است. برنامه ترخیص در قالب یک طرح جامع و به‌عنوان یک روش مؤثر غیر دارویی و کم‌هزینه در کاهش اضطراب این بیماران می‌باشد (۲۱). تحقیق طاهره گنجی باهدف بررسی تأثیر آموزش بر میزان دانش و اضطراب بیماران در انتظار کاتتریزم قلب بستری در بیمارستان شهید مدرس تهران، اضطراب به‌طور معنی‌داری کاهش نشان می‌دهد (۲۲). باقریان (۱۳۸۴) نیز به تأثیر مثبت آموزش شیوه‌های مقابله با اضطراب و استرس در بیماران دچار سکتة قلبی به روش مقابله‌های خوداتکایی، مواجهه حمایت جویانه اشاره دارد (۲۳). ونکی و همکاران (۱۳۸۷) در بررسی که باهدف تعیین تأثیر اجرای برنامه‌ریزی ترخیص بر رضایت بیماران انجام داد به این نتیجه رسید که برنامه‌ریزی ترخیص به‌عنوان یک کار اجرایی هدفمند توانست گامی مؤثر در بهبود مشکلات بیماران و همچنین رضایت بیماران باشد و سبب تداوم در امر مراقبت شود و لذا اجرای برنامه‌ریزی ترخیص به‌عنوان یک کار هدفمند می‌تواند سبب افزایش رضایت بیماران شود (۲۴). فراهانی و همکاران (۱۳۸۷) در تحقیق خود با عنوان تأثیر به‌کارگیری مدل بهینه‌سازی فرهنگ‌سازمانی آموزش بیمار بر اضطراب و رضایت‌مندی بیماران مبتلا به اختلالات عروق کرونر خاطر نشان کرد که اضطراب بیماران در گروه شاهد، قبل و بعد از به‌کارگیری الگوی بهینه‌سازی فرهنگ‌سازمانی آموزش بیمار اختلاف معنی‌داری را بین تفاوت میانگین‌های اضطراب دو گروه نشان داد (۲۵). همچنین در مطالعه‌ای که توسط سرلی<sup>۱</sup> و همکارانش در کشور نروژ باهدف تأثیر آموزش بر روی احساس سلامتی بهتر و سطوح اضطراب بیماران پس

آزمون تی مستقل اختلاف آماری معنی‌داری را بین میانگین اضطراب کل دو گروه مداخله و کنترل پس از اجرای مدل ترخیص نشان داد ( $P < 0/001$ ). همچنین آزمون t زوجی با  $p < 0/001$  وجود تفاوت معنی‌داری را در میانگین اضطراب کل در گروه کنترل و مداخله قبل و بعد از اجرای مدل ترخیص نشان داده است. میانگین اضطراب کل در گروه کنترل قبل و بعد از مداخله یکسان است. (جدول ۲) لذا نتایج فوق نشان می‌دهد که اجرای مدل ترخیص ایدئال بر کاهش میزان اضطراب موقعیتی بیماران مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد در گروه مداخله، مؤثر بوده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج به‌دست‌آمده از این مطالعه نشان می‌دهد که اجرای مدل ترخیص ایدئال در بیماران دچار سکتة قلبی می‌تواند باعث کاهش اضطراب شود. میانگین نمره اضطراب در بیماران گروه مداخله قبل از مداخله ( $72/71 \pm 3/09$ ) و بعد از انجام مداخله ( $32/25 \pm 4/94$ ) می‌باشد که و بر اساس آزمون تی زوجی ( $p < 0/001$ ) اختلاف معنی‌دار است. در بیماران گروه کنترل میانگین نمره اضطراب بعد از سه ماه در مقایسه با گروه مداخله کاهش چشمگیری نداشته است؛ که نشان‌دهنده تأثیر مثبت اجرای مدل ترخیص ایدئال در گروه مداخله است. به‌طور کلی اضطراب بیشتر تحت تأثیر عوامل محیطی قرار می‌گیرد. احساس رضایت و آرامش بسیاری از نمونه‌ها در گروه مداخله از اجرای مدل ترخیص ایدئال و تمایل به ادامه برنامه فوق در منزل نشان‌دهنده تأثیرات مثبت به‌کارگیری مدل ترخیص بوده است. یگانه خواه و همکاران (۱۳۹۰) نیز در بررسی تأثیر شیوه‌های مختلف آموزش بر کاهش میانگین اضطراب آشکار در بیماران مبتلا به سکتة قلبی تأثیر مثبت آموزش در کاهش اضطراب بیماران را تأیید کردند (۸). در همین ارتباط محمدعلیها و همکارانش (۱۳۸۹) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که آموزش بر میزان اضطراب بیماران قلبی مبتلا به انفارکتوس میوکارد مؤثر بوده است، به‌طوری‌که آموزش باعث کاهش میزان اضطراب آن‌ها گردیده است؛ و برای افزایش تأثیر آموزش علاوه بر سخنرانی و کتابچه آموزشی،

<sup>1</sup> Serlie

معنوی بیش تر به بیماران و جامعه را کاهش داد.

### تشکر و قدردانی

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد انجام‌شده در دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه می‌باشد. محقق از تمامی بیمارانی که با رضایت خود در انجام این پژوهش شرکت نمودند و با صبر و حوصله فراوان به ما کمک نمودند کمال سپاسگزاری را دارد. در پایان از تمامی اساتید دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه به خاطر حمایت‌های بی‌دریغشان و از کارکنان پرستاری به‌ویژه مسئولین محترم بخش‌های سی‌سی‌یو داخلی بیمارستان شهید مدنی و تمامی کسانی کم ما را در انجام این تحقیق یاری کردند قدردانی می‌گردد.

از جراحی قلب باز انجام گرفت، نشان داد که میانگین اضطراب افراد تحت مطالعه به‌طور معناداری کاهش یافته است (۲۶). نتایج به‌دست‌آمده از مطالعه‌ی حاضر با نتایج به‌دست‌آمده از مطالعات فوق هم‌خوانی دارد و نشان می‌دهد که اجرای مدل ترخیص ایدئال در بیماران دچار سکت قلبی می‌تواند باعث کاهش اضطراب شود. با عملیاتی نمودن اجرای برنامه ترخیص در قالب فرایند پرستاری در حیطه شناخت بیماری، اصلاح نگرش و عملکرد صحیح در مراقبت از خود، حتی‌الامکان می‌توان با به حداقل رساندن میزان اضطراب بیماران با روش‌های غیر دارویی از تداوم تأثیر مخرب آن بر سیستم قلب و عروق کاسته و از سوی دیگر امکان پیش‌گیری از بستری‌های مجدد بیماران قلبی را فراهم کرد و انتظاری رود با اجرای دقیق مدل ترخیص ایدئال، از وارد آمدن خسارات مادی و

### References:

- Gallagher R, McKinley S. Stressors and anxiety in patients undergoing coronary artery bypass surgery. *Am J Crit Care* 2007;16(3): 248-57.
- Khalili A, Yaghoubi A, Safaie N, Eyvazi K, Azarfarin R, Ebrahimzadeh A, et al. Incidence of Cardiovascular Risk Factors in Oskoo (Northwest Iran): An Approach through WHO CVD-risk Management Package for Low-and Medium-Resource Settings on 37,329 Adults  $\geq$  30 Years Old. *J Cardiovasc Thorac Res* 2011;3(4): 103-8.
- Forood A, Mirzaeipoor F. AssEssmENT oF the quality of cardiovascular Risk factors control in diabetic patients. *Arya Atheroscler* 2010;4(2): 82-8.
- Chitsaz A, Mousavi SA, Yousef Y, Mostafa V. Comparison of changes in serum fibrinogen level in primary intracranial hemorrhage (ICH) and ischemic stroke. *Arya Atheroscler* 2011;7(4): 142-5.
- AA KZ, Naghiei M. Prevalence of risk factors of coronary heart disease and effect of life-style modification guides. *Trauma Monthly* 2009; 2009(03, Autumn): 157-62.
- Abedi H, Bik Mohammadi S, Abdeyazdan G, Nazari H. A survey on the the lifestyle of the heart disease patients after discharge from hospital in urmia seyeyed alshohada in 1391. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2014;11(12): 944-54.
- Faraji K. Patient satisfaction cost of bed days and length of stay in CCU of general hospitals in Tehran. *J Iran Univ Med Sci Systems* 2001;4: 51-8.
- Abedini A, Akbari H. Comparison of different methods of education on reducing the anxiety of patients with myocardial infarction. *Iran J Nurs* 2012;24(74): 36-44.
- Gustad LT, Laugsand LE, Janszky I, Dalen H, Bjerkeset O. Symptoms of anxiety and depression and risk of acute myocardial infarction: the hunt 2 study. *Euro Heart J* 2014; 35(21): 1394-403.
- Bour A, Rasquin S, Aben I, Strik J, Boreas A, Crijs H, et al. The symptomatology of post-stroke depression: comparison of stroke and myocardial infarction patients. *Int J Geriatric Psychiatry* 2009;24(10): 1134-42.
- Zh MA, F GD, F GTH. The effect of education on patient's anxiety after myocardial infarction. *Mandish* 2012;1(1)
- Bodis J, Boncz I, Kriszbacher I. Permanent stress may be the trigger of an acute myocardial infarction on the first work-day of the week. *Int J Geriatric Psychiatry* 2005.423: (3)144;10.

13. Rahmati A. Effect of clearance on the application design level anxiety in patients with heart valve replacement [Dissertation]. Tehran: Tarbiat Modares University; 2001.
14. Arzani A, Kermanshahi S, Zahedpasha Y. The effect of discharge planning for mothers on rate of growth & development indicators in LBW neonates. *J Babol Uni Med Sci* 2006;4: 58-63.
15. Sharif F, Moshkelgosha F, Molazem Z, Kalyani MN, Vossughi M. The effects of discharge plan on stress, anxiety and depression in patients undergoing percutaneous transluminal coronary angioplasty: a randomized controlled trial. *Int J Community Based Nurs Midwifery* 2014;2(2): 60.
16. Lin P-C, Wang J-L, Chang S-Y, Yang F-M. Effectiveness of a discharge-planning pilot program for orthopedic patients in Taiwan. *Int J Nurs Stud* 2005;42(7): 723-31.
17. Damiani G, Federico B, Venditti A, Sicuro L, Rinaldi S, Cirio F, et al. Hospital discharge planning and continuity of care for aged people in an Italian local health unit: does the care-home model reduce hospital readmission and mortality rates? *BMC Health Serv Res* 2009;9(1): 1.
18. Mohammadi A, Dalir Z, Gardeshi FH, Ziaei S. Nurses' Viewpoints Toward the Causes of not Implementing the Discharge Planning in Burn Units in 2010. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2011;21(83).
19. Quality dohahsafhra. In: IDEAL Discharge Planning (Implementation Handbook) (Internet). The Guide was developed for the U.S. Department of Health and Human Services' Agency for Healthcare Research and Quality by a collaboration of partners with experience in and commitment to patient and family engagement, hospital quality, and safety 2010; (1-24).
20. Ezzati N. Effect of Knowledge about Self Care Behaviors on Fear and Anxiety in Patients with Coronary Artery Disease. *Woman Fam Stud* 2012: 17(5);30-107.
21. Babaei M, Mohammad Khan Kermanshahi S, Alhani F. Influence of discharge planning on anxiety levels in patients with myocardial infarction. *Koomesh* 2011;12(3): 272-8.
22. Esmaili Vardanjani SA, Fanisaberi L, Alirezaee Shahraki F, Khalilzadeh A, Tavakoli Vardanjani A, Ghani Dehkordi F. The effect of face-to-face education and educational booklet on heart health indexes of the hospitalized patients with myocardial infarction. *Nurs Res Practice* 2013 (2012): 675634.
23. Bagherian R, Maroofi M, Gol MF, Zare F. Prevalence of Anxiety, Depression and Coping Styles in Myocardial Infarction Patients Hospitalized in Isfahan Hospitals. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2010;20(77): 36-45.
24. Vanaki Z, Habibipoor B. The effect of discharge planning on patient satisfaction. *J Hamedan Univ Med Sci* 2009;16: 25-32.
25. Farahani AM, Mohammadi E, Ahmadi F, Maleki M, Hajizadeh E. The effect of applying the model to optimize organizational culture patient education on satisfaction and anxiety of patients with coronary artery disorders. *Iran J Nurs Res* 2009;3: 59-69.
26. Sørlie T, Busund R, Sexton J, Sexton H, Sørlie D. Video information combined with individualized information sessions: Effects upon emotional well-being following coronary artery bypass surgery--A randomized trial. *Patient Educ Couns* 2007;65(2):180-8.

# THE EFFECT OF IDEAL DISCHARGE PLAN MODEL ON ANXIETY LEVELS IN PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION IN SHAHID MADANI HOSPITAL IN KHOY, IRAN, 2016

Rahim Baghaei<sup>1</sup>, Hamid Reza Khalkhali<sup>2</sup>, Nader Aghakhani<sup>3</sup>, Sakineh Rezaei<sup>4\*</sup>

Received: 17 Aug, 2016; Accepted: 21 Oct, 2016

## Abstract

**Background and Aims:** Cardiovascular diseases such as coronary artery disease are the most important causes of death in the world and Iran as well. For this reason, These kinds of diseases cause anxiety on the patients. Discharge planning is crucial to ensure timely discharge, and continuity of care. It also helps healthcare providers to use limited resources most effectively, and to avoid unnecessary readmissions. The aim of this study is to determine the effect of IDEAL (Include, Discuss, Educate, Assess, Listen) discharge plan model on anxiety levels in patients with myocardial infarction in Shahid Madani hospital in Khoy, Iran, 2016.

**Materials and Methods:** In a semi experimental study, 108 patients with myocardial infarction were assessed in Shahid Madani hospital affiliated with Urmia University of Medical Sciences in 2016. They were selected through convenience sampling, and divided randomly into two groups of intervention and control. Every patient in the intervention group received IDEAL discharge plan model from their admission to 3 months after their discharge, while patients in the control group received no intervention. Spielberg's state-trait inventory was used to assess their level of anxiety before intervention, and 3 months after their discharge.

**Results:** According to findings, the mean score of anxiety for experimental group before the intervention and after intervention were  $72.71 \pm 3.09$  and  $32.25 \pm 4.94$  respectively. There was a significant difference between the mean scores of anxiety reduction in two groups after the intervention ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** As a result, providing the patients with IDEAL discharge plan model will diminish their anxiety level of myocardial infarction. Therefore, it is recommended that the nurse managers provide programs to highlight the instructional role of nurses.

**Keywords:** IDEAL discharge plan model, anxiety, myocardial infarction

**Address:** Faculty of Nursing and Midwifery, Nazloo Campus, Serow Road

**Tel:** (+98) 9144612214

**Email:** sakineh.rezaei@yahoo.com

<sup>1</sup> Associate professor, Inpatient Safety Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

<sup>2</sup> Associate professor, Inpatient Safety Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

<sup>3</sup> Assistant Professor, Inpatient Safety Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

<sup>4</sup> MSc in Nursing, Inpatient Safety Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran  
(Correspondent author)