

بررسی تأثیر بسته آموزشی - حمایتی خودمراقبتی بر اضطراب، افسردگی و استرس در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد

نادر آقاخانی^۱، خورشید سنایی^{۲*}، رحیم بقایی^۳، کمال خادم وطن^۴

تاریخ دریافت ۱۳۹۵/۱۲/۰۹ تاریخ پذیرش ۱۳۹۶/۰۲/۰۸

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: انفارکتوس میوکارد از شایع‌ترین بیماری قلبی و عروقی شناخته‌شده که هرچند می‌توان آن را کنترل کرد، اما بیماران مبتلا همواره در معرض عوامل تنش‌زای جسمی، روانی، اجتماعی ناشی از آن قرار دارند. به همین دلیل این بیماران نیازمند مداخلات پرستاری ازجمله استفاده از روش‌های مؤثر آموزش به بیمار هستند. از طرفی خود مراقبتی عامل مهمی در درمان و مراقبت بیماران است. استفاده از بسته آموزشی - حمایتی به‌عنوان روشی تسهیل‌کننده می‌تواند در درک و به‌کارگیری روش‌های خود مراقبتی مؤثر باشد. این مطالعه جهت بررسی تأثیر بسته آموزشی - حمایتی خود مراقبتی بر میانگین اضطراب، افسردگی و استرس در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد انجام شد.

مواد و روش کار: در این مطالعه تجربی، ۸۶ بیمار مبتلا به انفارکتوس میوکارد مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید دکتر قلی‌پور بوکان به‌صورت نمونه‌های در دسترس وارد مطالعه شدند و سپس به‌صورت تخصیص تصادفی به دو گروه ۴۳ نفره در گروه کنترل و مداخله قرار گرفتند. آموزش خودمراقبتی در گروه مداخله بعد از گذشت ۴۸ ساعت از بستری و سپری‌شدن فاز حاد بیماری، با ارائه بسته آموزشی - حمایتی خود مراقبتی و به روش چهره به چهره انجام شد. حمایت اجتماعی در چهار بعد حمایت عاطفی، ابزاری، اطلاعاتی و ارزیابی انجام گرفت. جهت تفهیم بهتر آموزش ارائه‌شده از خانواده بیمار نیز کمک گرفته شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه جمعیت‌شناختی و پرسشنامه استاندارد (اضطراب، استرس، افسردگی) بود. این پرسشنامه‌ها قبل از انجام مداخله، قبل از ترخیص از بیمارستان و دو ماه بعد از ترخیص به‌صورت تماس تلفنی یا مراجعه به منزل بیماران در گروه مداخله و کنترل تکمیل شدند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر با استفاده از برنامه نرم‌افزار SPSS-21 استفاده شد.

یافته‌ها: این مطالعه نشان داد که میانگین و انحراف معیار اضطراب در گروه مداخله بعد از استفاده از بسته آموزشی - حمایتی کاهش یافته است $(p < 0/05)$ $(12/62 \pm 3/96)$. همچنین بررسی میزان افسردگی در دو گروه مداخله و کنترل نشان داد که بعد از استفاده از بسته آموزشی - حمایتی در گروه مداخله میانگین و انحراف معیار افسردگی کاهش پیدا کرده است $(p < 0/05)$ $(12/23 \pm 2/75)$. یافته‌ها نشان داد که استفاده از بسته آموزشی و حمایتی موجب تأثیر معنی‌داری بر روی استرس بیماران نشده است $(p > 0/05)$ $(9/41 \pm 1/97)$.

بحث و نتیجه‌گیری: در این مطالعه مشخص شد که استفاده از بسته آموزشی - حمایتی خود مراقبتی موجب کاهش اضطراب و افسردگی در بیماران انفارکتوس میوکارد می‌شود. بنابراین مدیران پرستاری مراکز درمانی می‌توانند از این روش به‌عنوان راهکاری مؤثر در کاهش اضطراب و افسردگی این بیماران استفاده کنند. **کلیدواژه‌ها:** آموزش، خودمراقبتی، اضطراب، افسردگی، استرس، انفارکتوس میوکارد

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره پانزدهم، شماره چهارم، پی‌درپی ۹۳، تیر ۱۳۹۶، ص ۲۹۱-۲۸۱

آدرس مکاتبه: کیلومتر ۱۱ جاده نازلو- پردیس دانشگاه علوم پزشکی - دانشکده پرستاری و مامایی، گروه پرستاری، تلفن: ۰۹۳۵۳۳۵۹۴۰۶

Email: k.sanaie@gmail.com

^۱ استادیار، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه (نویسنده مسئول)

^۳ دانشیار، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۴ دانشیار، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

مقدمه

انفارکتوس میوکارد^۱ عبارت است از صدمه به قسمتی از عضله قلب، که به علت انسداد در عروق کرونر^۲ و از بین رفتن جریان خون در آن ناحیه است که نهایتاً اکسیژن رسانی به ناحیه درگیر مختل و مرگ سلول آن ناحیه قلبی اتفاق می افتد. مهم ترین علت ابتلا به این بیماری، تغییر در شیوه زندگی و افزایش تنش ها شناسایی شده است (۱). در حال حاضر انفارکتوس میوکارد یکی از شایع ترین بیماری های قلبی و عروقی، منجر به مرگ و ناتوانی در سطح جهان معرفی شده، که با توجه به رشد روزافزون می توان آن را به عنوان یک چالش سلامتی در نظر گرفت (۲). در آمریکا از هر ۴۲ نفر یک نفر (۲/۳۵ درصد) مبتلا به بیماری قلبی عروقی هستند (۳). هزینه هنگفت این بیماری سیستم بهداشت و درمان ایران را نیز تحت تأثیر قرار می دهد به طوری که سالیانه رقمی بالغ بر ۱۵ میلیارد ریال یارانه صرف درمان و ۵۰ میلیون دلار صرف خرید تجهیزات پزشکی می شود (۴). در جوامع امروزی با توجه به شیوع بالای این بیماری خصوصاً در سنین بالای ۳۵ سال، شناسایی پیامدها و عوامل افزایش دهنده مرگ و میر در اولویت اقدامات مراقبتی و درمانی قرار می گیرد. انفارکتوس میوکارد علاوه بر پیامدهای اجتماعی، اقتصادی، بهداشتی و درمانی منجر به پیامدهای روان شناختی نیز می شود که ممکن است سلامت روانی افراد را به چالش کشیده و مورد تهدید قرار دهد (۵). در این میان اضطراب، استرس و افسردگی از پیامدهای شایع روان شناختی به دنبال انفارکتوس میوکارد شناسایی شده اند (۶).

اضطراب^۳ یک مشکل فراگیر است که اکثر بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد آن را در طول بیماری خود تجربه می کنند. اضطراب تحت عنوان احساس تنش، نگرانی، دلهره و تعریق، تپش قلب، سردرد و بی قراری تعریف می شود (۷). اضطراب پیامد جدایی ناپذیر به دنبال انفارکتوس میوکارد است، زیرا بستری در بخش های مراقبت ویژه و روبه رو شدن با عوامل تنش زا از جمله: ترس از مرگ، ترس از عود بیماری، مواجهه شدن با محیط و شرایط جدید، دوری از اجتماع و خانواده، مشکلات شغلی و بار مالی ناشی از بیماری می تواند ذهن فرد را درگیر کرده و سبب بروز اضطراب یا مزمن شدن آن گردد و متعاقباً بیمار را آسیب پذیرتر نماید. اکثر بیماران در طی دو روز بعد از انفارکتوس میوکارد دچار اضطراب شدیدی می شوند که خود منجر به دیس ریتمی های قلبی^۴، عود حملات قلبی و حتی

مرگ آن ها می گردد. شیوع اضطراب در بیش از ۳۱ تا ۵۰ درصد بیماران بعد از انفارکتوس میوکارد گزارش شده است (۸).

پیامد روان شناختی شایع دیگر که ممکن است بعد از انفارکتوس میوکارد رخ دهد افسردگی^۵ است. افسردگی ممکن است در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد با علائم غمگینی، بی علاقتی، عدم لذت، کاهش انرژی، احساس بی ارزش بودن و ناامیدی نسبت به آینده خود را نشان دهد. افسردگی در ۳۰ تا ۵۰ درصد بیماران بعد از انفارکتوس میوکارد در ۴۸ ساعت اول بیماری خود را نشان می دهد و احتمال دارد علائم آن تا ۱۸ ماه بعد از بیماری باقی بماند (۹). بیمارانی که انفارکتوس میوکارد را تجربه می کنند در ۵۰ درصد موارد احتمال بستری مجدد را دارند به طوری که ۱۹ درصد آن در ۶ ماه اول بعد از انفارکتوس میوکارد است (۱۰). افسردگی بعد از انفارکتوس میوکارد نقش اصلی در عود مجدد بیماری، پیش آگهی ضعیف بیماری، مقاومت به درمان و حتی مرگ ایفا می کند (۱۱).

پیامد روان شناختی دیگر بعد از انفارکتوس میوکارد، استرس^۶ می باشد. استرس یک واکنش جسمی، روحی یا رفتاری است که ارگانیسم در مواجهه با یک تهدید داخلی یا خارجی از خود نشان می دهد (۱۲). نظر به اهمیت مطالب ذکر شده شناسایی، اتخاذ تدابیر مناسب جهت کنترل پیامدهای ناتوان کننده روان شناختی در این بیماران به شدت احساس می شود که در این مورد می توان به کاربرد بسته آموزشی-حمایتی خودمراقبتی که به عنوان عملی مبتنی بر مشارکت خانواده در امر آموزش و حمایت اجتماعی تلقی می شود، اشاره نمود. بیماری و بستری شدن یکی از شرایط تنش زا است که نیاز به آموزش و حمایت دارد. 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 به سوی انجام عملکرد صحیح بهداشتی سوق می دهد (۱۳). یکی دیگر از حیطه های آموزشی، آموزش خود مراقبتی^۷ است که تحت عنوان نگهداری و ارتقاء سلامتی از طریق پایبندی به درمان و انجام فعالیت های روتین زندگی تعریف می شود (۱۴). یکی از عوامل تسهیل بهبودی و سازگاری بیمار با بیماری، حمایت به ویژه حمایت اجتماعی است که تحت عنوان میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف می شود (۱۵). حمایت اجتماعی شامل حمایت عاطفی، ابزاری، اطلاعاتی و ارزیابی

⁵ Depression⁶ Stress⁷ Selfcare¹ Myocardial Infarction² Coronary artery³ Anxiety⁴ Dysrhythmia

می‌باشد. حمایت عاطفی بر روابط همدلانه با اعضای شبکه اجتماعی تأکید دارد. حمایت، ابزاری به انجام فعالیت‌های روتین روزمره اشاره دارد. حمایت اطلاعاتی شامل اطلاعاتی است که شخص در مواجهه با بیماری از آن استفاده می‌کند. حمایت ارزیابی شامل بازخورد یا اطلاعاتی است که فرد خود را با قبل از بیماری مقایسه می‌نماید (۱۶) با توجه به موارد ذکر شده و نیاز به تبیین یک روش آموزشی مناسب و مشارکت بیماران در امر مراقبت از خود، این مطالعه با به‌کارگیری بسته آموزشی حمایتی خودمراقبتی مناسب به‌عنوان یک طرح غیردارویی، باهدف تعیین تأثیر بسته آموزشی حمایتی خودمراقبتی بر میانگین اضطراب، افسردگی و استرس در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد بستری در بیمارستان شهید دکتر قلی‌پور بوکان در سال ۱۳۹۵-۱۳۹۴ انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه تجربی بود. جامعه این پژوهش را بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد بستری در بیمارستان شهید دکتر قلی‌پور شهر بوکان در سال ۱۳۹۵-۱۳۹۴ تشکیل دادند. حجم نمونه با استفاده از فرمول زیر و بر اساس مطالعه محمدی و همکاران ۸۶ نفر در نظر گرفته شد. معادل ۴۳ نفر برای هر گروه در نظر گرفته شد که با احتساب امکان ریزش درنهایت ۴۵ نفر در هر گروه نمونه‌گیری شد.

$$N = \frac{4\delta^2(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2}{(\mu_1 - \mu_0)^2}$$

از روش نمونه‌گیری در دسترس برای انتخاب نمونه‌ها استفاده شد. تقسیم‌بندی بیماران در گروه مداخله و کنترل بر اساس تخصیص تصادفی بر طبق شماره پرونده بستری بیماران بود. بیمارانی که آخرین شماره پرونده بستری آن‌ها فرد بود در گروه مداخله و بیمارانی که آخرین شماره پرونده بستری آن‌ها زوج بود در گروه کنترل قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه ابتدا به سکت قلبی با تأیید پزشک معالج، سن ۷۰-۳۵ سال، هوشیاری کامل بیمار، عدم سابقه بیماری روانی (بر اساس مدارک موجود در پرونده)، فقدان سابقه کار در مراکز آموزشی - درمانی و عدم سابقه آموزش قبلی، تمایل به همکاری بود. معیارهای خروج از مطالعه عدم همکاری یا فوت بیمار، تغییرات سطح هوشیاری، بروز عوارض بیماری، احیای قلبی و ریوی، مصرف باربیتورات‌ها و داروی ضد اضطراب در طول و بعد از بستری بود. مطالعه در سه شیفت صبح، عصر و شب انجام گرفت ابزار مورد استفاده در این مطالعه به‌صورت پرسشنامه مشتمل بر دو بخش بود. بخش اول آن در مورد اطلاعات جمعیت‌شناختی بود که مواردی از قبیل جنس، سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات،

وضعیت اقتصادی و بخش دوم آن پرسشنامه اضطراب، افسردگی، استرس ۲۱ سؤالی DASS بود. این مقیاس اولین بار توسط لویباند در سال ۱۹۹۵ بر نمونه غیربالینی و در همان سال توسط براون روی نمونه‌های بالینی روایی و پایایی شده است. پایایی این مقیاس توسط لویباند بر اساس آلفای کرونباخ برای سه خرده مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۱ و ۰/۸۹ گزارش شد. در همان سال توسط براون بر اساس آلفای کرونباخ برای سه خرده مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۶، ۰/۸۹ و ۰/۹۳ گزارش شده است (۱۸). سامانی و جوکار در سال ۱۳۸۶ روایی و پایایی این مقیاس را برای سه خرده مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۵ و ۰/۸۷ گزارش نمودند (۱۹). پرسشنامه‌ها ۴۸ ساعت بعد از بستری بیمار در بیمارستان و در صورت ثابت بودن وضعیت با تأیید پزشک معالج به‌عنوان پیش مداخله (پره تست) تکمیل شدند. سپس بیماران به دو گروه کنترل و مداخله تقسیم شدند. بعد از مشخص شدن بیماران در گروه‌های کنترل و مداخله، انجام مداخله در بیماران گروه مداخله صورت گرفت. انجام مداخله به‌صورت ارائه بسته آموزشی حمایتی خودمراقبتی بود و اطلاعاتی به روش آموزش چهره به چهره و بر اساس محتوای کتابچه آموزشی به بیمار داده شد. محتوای کتابچه آموزشی دربرگیرنده نحوه به وجود آمدن بیماری، علائم و عوارض بیماری، درمان بیماری، لزوم تغییر در شیوه زندگی و افزایش توان خودمراقبتی از جمله انجام ورزش، ترک سیگار، اجتناب از مصرف الکل، روش‌های کنترل افسردگی، استرس و اضطراب، میزان فعالیت و رژیم غذایی، داروهای مصرفی و عوارض ناشی از آن‌ها، نحوه و زمان ازسرگیری فعالیت، بروز مجدد علائم قلبی (عود بیماری) و برنامه بازتوانی قلبی بود که توسط پژوهشگر به بیمار آموزش داده می‌شد. همچنین بسته حمایتی بر اساس حمایت اجتماعی بود. چهار زیرمجموعه حمایت اجتماعی شامل حمایت عاطفی، ابزاری، اطلاعاتی و ارزیابی به زبان ساده و قابل‌فهم توضیح داده شد. حمایت اجتماعی در بعد عاطفی به‌صورت، دادن فرصت کافی به بیمار و خانواده بیمار جهت ابراز نگرانی‌ها، ترس‌ها و احساسات، اطمینان دادن، امید دادن، گوش دادن، ارتباط صحیح با بیمار و خانواده بیمار بود. در بعد اطلاعاتی، آگاهی از فرآیند بیماری و سایر اطلاعات درج‌شده در کتابچه آموزشی توضیح داده شد. در بعد ابزاری فعالیت‌های روتین زندگی بعد از انفارکتوس میوکارد آموزش داده شد. در بعد ارزیابی از طریق پرسش و پاسخ از بیمار و همراه وی میزان یادگیری مطالب آموزش داده‌شده سنجیده شد. این مطالب ذکرشده علاوه بر بیمار برای یکی از افراد با سواد خانواده (سواد خواندن و نوشتن) به‌صورت شفاهی توضیح داده شد. مداخله طی ۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای در دو فاصله زمانی، ۴۸ ساعت بعد از بستری و

قبل از ترخیص از بیمارستان برگزار شد. بیماران گروه کنترل مراقبت روتین بخش را دریافت نمودند.

تکمیل پرسشنامه در سه نوبت انجام شد. نوبت اول، ۴۸ ساعت بعد از بستری در بیمارستان قبل از مداخله صورت گرفت. نوبت دوم، قبل از ترخیص از بیمارستان و نوبت سوم، دو ماه بعد از ترخیص (پیگیری)، در هر دو گروه مداخله و کنترل انجام شد. پیگیری برحسب درخواست و نیاز بیمار یا خانواده بیمار به صورت حضوری یا تلفنی انجام گرفت. شماره تلفن پژوهشگر جهت سؤالات احتمالی در اختیار بیمار و اعضای خانواده قرار داده شد.

تحلیل آماری با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ انجام گرفت. از آزمون کای اسکور و آزمون تی تست برای مقایسه مشخصات جمعیت شناختی مشارکت کنندگان در دو گروه کنترل و مداخله استفاده شد. تجزیه و تحلیل آماری داده ها بر اساس اهداف مورد نظر در این پژوهش صورت گرفت. به طوری که برای مقایسه نمره اضطراب، افسردگی و استرس در سه مرحله زمانی قبل، بعد از آزمون و پیگیری از آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر استفاده شد. جهت مقایسه میانگین و انحراف معیار اضطراب، افسردگی و استرس در مرحله قبل، بعد از آزمون و مرحله پیگیری از آزمون تی مستقل استفاده شد. بعد از اتمام کار پژوهش کتابچه آموزش در اختیار هر دو گروه مداخله و کنترل قرار داده شد.

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی این پژوهش با کد IR.UMSU.IRC.139.445 در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ارومیه مورد تأیید قرار گرفت. داده ها با دقت و صحت کامل جمع آوری شدند. به پاسخ گویان اطمینان داده شد که اطلاعات آن ها محرمانه خواهد ماند. برای جمع آوری داده ها نامه نگاری به بیمارستان شهید دکتر قلی پور بوکان انجام گرفت. قبل از توزیع پرسش نامه ها و انجام مداخلات پژوهشگر خود را به بیمار معرفی می کرد همچنین هدف از انجام پژوهش برای آن ها شرح داده می شد و از آن ها رضایت آگاهانه اخذ گردید.

یافته ها

بر اساس مطالعه حاضر طبق جدول ۱ تعداد ۸۶ بیمار انفارکتوس میوکارد (۲۵ زن و ۶۱ مرد) مورد بررسی قرار گرفتند. که ۸۹٪ درصد متأهل در محدوده سنی ۶۳-۷۰ سال قرار داشتند. ۷۳٪ درصد وضعیت اقتصادی قابل قبول و ۷۹٪ درصد در محدوده بی سواد و ابتدایی قرار داشتند. به طور کلی بیشترین فراوانی افراد نمونه در بین بیماران مرد متأهل بی سواد و کم سواد و در سنین بالا مشاهده شد ($p < 0.05$). نتایج نشان داد که مجموع اضطراب، افسردگی و استرس در افرادی که سابقه تری گلیسرید بالا و سابقه بستری بیماری قلبی دارند بیشتر است ($p \leq 0.05$). آزمون آماری

کای دو تفاوت آماری معنی داری در مشخصات جنسیت، سن، تحصیلات، فشارخون، درد سینه، سابقه بستری، مصرف آرام بخش، و داشتن سابقه خانوادگی بیماری قلبی در دو گروه کنترل و مداخله را نشان نداد.

در این مطالعه طبق جدول ۲ آزمون آماری تی مستقل نشان داد که قبل از مداخله، میانگین نمرات اضطراب در دو گروه کنترل و مداخله از نظر آماری تفاوت معنی داری نداشت ($P = 0.337$). میانگین نمرات اضطراب بعد از مداخله، در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل ۳/۹۳ نمره افزایش یافته است. این افزایش از نظر آماری معنی دار بود ($P = 0.001$). همچنین نتایج در زمان آزمون پیگیری نیز همچنان بر برتری گروه مداخله نسبت به گروه کنترل (۵/۱۹) تأکید داشت ($P = 0.001$). آزمون آماری تی مستقل نشان داد، قبل از مداخله، میانگین نمرات افسردگی در دو گروه کنترل و مداخله از نظر آماری تفاوت معنی داری ندارد ($P = 0.859$). میانگین نمرات افسردگی بعد از مداخله، در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل ۲/۴۴ نمره افزایش یافته است که این افزایش از نظر آماری معنی دار بود ($P = 0.001$). همچنین نتایج در زمان آزمون پیگیری نیز بر برتری ۲/۷ نمره آزمون مداخله نسبت به گروه کنترل تأکید داشت ($P = 0.001$). آزمون آماری تی مستقل نشان داد، قبل از مداخله، میانگین نمرات استرس در دو گروه کنترل و مداخله از نظر آماری تفاوت معنی داری ندارد ($P = 0.543$). میانگین نمرات استرس بعد از مداخله نیز در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل افزایش معنی داری نداشت ($P = 0.162$). این در حالی است که نتایج در زمان آزمون پیگیری بر برتری گروه مداخله نسبت به گروه کنترل تأکید داشت ($P = 0.008$).

بر اساس این مطالعه جدول ۳ نشان می دهد که اثر زمان بر کاهش اضطراب و افسردگی بیماران معنی دار است ($\text{sig} = 0.001$) و $f = 27/114$ ($\text{sig} = 0.001$) و $f = 7/786$ ، به عبارتی با گذشت زمان، اثر آموزش بسته حمایتی موجب کاهش بیشتر اضطراب و افسردگی بیماران شده است. از طرفی نتایج نشان داد که تأثیر مداخله (بسته آموزش حمایتی خودمراقبتی) در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل معنی دار بود ($\text{sig} = 0.001$) و $f = 12/324$ ($\text{sig} = 0.001$) و $f = 6/882$ ، به عبارتی می توان گفت بسته آموزش حمایتی خودمراقبتی باعث کاهش اضطراب و افسردگی در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل شده است این تأثیر ماندگار بوده است. از طرف دیگر اثر زمان بر کاهش استرس بیماران معنی دار نبوده است ($\text{sig} = 0.387$ و $f = 0.954$). همچنین نتایج نشان داد که تأثیر مداخله (بسته آموزش حمایتی خودمراقبتی) در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل معنی دار نیست ($\text{sig} = 0.202$ و $f = 1/654$). به عبارتی

می‌توان گفت بسته آموزش حمایتی خودمراقبتی باعث کاهش استرس در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل نشده است.

جدول (۱): مقایسه مشخصات جمعیت‌شناختی بیماران مورد پژوهش در دو گروه کنترل و مداخله

متغیر	مداخله				کنترل		نتیجه آزمون آماری کای دو
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
جنسیت	مرد	۳۱	۵۰/۸	۳۰	۴۹/۲	۴۹/۲	$X^2=۰/۰۵۶$ $p=۰/۸۱۲$
	زن	۱۲	۴۸	۱۳	۵۲	۵۲	
تاهل	مجرد	۳	۳۳/۳	۶	۶۶/۷	۶۶/۷	$X^2=۱/۱۱۷$ $p=۰/۲۹۱$
	متاهل	۴۰	۵۱/۹	۳۷	۴۸/۱	۴۸/۱	
سن	۳۵ تا ۴۲	۴	۸۰	۱	۲۰	۲۰	$X^2=۲/۹۵$ $p=۰/۵۶۷$
	۴۲/۱ تا ۴۹	۴	۶۶/۷	۲	۳۳/۳	۳۳/۳	
	۴۹/۱ تا ۵۶	۸	۴۷/۱	۹	۵۲/۹	۵۲/۹	
	۵۶/۱ تا ۶۳	۱۰	۴۳/۵	۱۳	۵۶/۵	۵۶/۵	
	۶۳/۱ تا ۷۰	۱۷	۴۸/۶	۱۸	۵۱/۴	۵۱/۴	
سطح تحصیلات	بی‌سواد و ابتدایی	۳۳	۴۹/۳	۳۴	۵۰/۷	۵۰/۷	$X^2=۳/۰/۱۰۶$ $p=۰/۹۹۱$
	راهنمایی	۶	۵۴/۵	۵	۴۵/۵	۴۵/۵	
	متوسطه و دیپلم	۲	۵۰	۲	۵۰	۵۰	
	دانشگاهی	۲	۵۰	۲	۵۰	۵۰	
فشارخون	دارد	۲۵	۵۸/۱	۱۸	۴۱/۹	۴۱/۹	$X^2=۰/۱۹۵$ $p=۲/۲۷۹$
	ندارد	۱۸	۴۱/۹	۲۵	۵۸/۱	۵۸/۱	
تری‌گلیسرید	دارد	۱۵	۴۸/۴	۱۶	۵۱/۶	۵۱/۶	$X^2=۰/۰۵۰$ $p=۰/۹۹۹$
	ندارد	۲۸	۵۰/۹	۲۷	۴۹/۱	۴۹/۱	
درد سینه	دارد	۱۳	۵۶/۵	۱۰	۴۳/۵	۴۳/۵	$X^2=۰/۵۳۴$ $p=۰/۶۲۷$
	ندارد	۳۰	۴۷/۶	۳۳	۵۲/۴	۵۲/۴	
بستری	دارد	۱۵	۵۷/۷	۱۱	۴۲/۳	۴۲/۳	$X^2=۰/۸۸۲$ $p=۰/۴۸۲$
	ندارد	۲۸	۴۶/۷	۳۲	۵۳/۳	۵۳/۳	
آرام‌بخش	دارد	۹	۵۰	۹	۵۰	۵۰	$X^2=۰/۰۰۱$ $p=۰/۹۹۹$
	ندارد	۳۴	۵۰	۳۴	۵۰	۵۰	
سابقه بیماری قلبی	دارد	۱۴	۵۱/۹	۱۳	۴۸/۱	۴۸/۱	$X^2=۰/۰۵۴$ $p=۰/۹۹۹$
	ندارد	۲۹	۴۹/۲	۳۰	۵۰/۸	۵۰/۸	
دی‌بسی	دارد	۱۳	۵۹/۱	۹	۴۰/۹	۴۰/۹	

نتیجه آزمون	کنترل		مداخله		متغیر
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
$X^2=0/056$ $p=0/812$	۴۹/۲	۳۰	۵۰/۸	۳۱	مرد
	۵۲	۱۳	۴۸	۱۲	زن
$X^2=0/977$ $p=0/459$	۵۳/۱	۳۴	۴۶/۹	۳۰	ندارد

جدول (۲): مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره اضطراب، افسردگی و استرس بین دو گروه کنترل و مداخله قبل، بعد و در آزمون پیگیری

نتیجه آزمون	میانگین و انحراف معیار		آزمون	متغیرها
	گروه مداخله	گروه کنترل		
$T=0/965$ $P=0/337$	$16/00 \pm 4/89$	$17/09 \pm 5/58$	قبل از مداخله	اضطراب
$T=3/692$ $P=0/001$	$12/62 \pm 3/96$	$16/55 \pm 5/74$	بعد از مداخله	
$T=5/619$ $P=0/001$	$11/67 \pm 2/91$	$16/86 \pm 5/30$	پیگیری	
$T=0/178$ $P=0/859$	$14/58 \pm 4/35$	$14/74 \pm 4/11$	قبل از مداخله	افسردگی
$T=3/390$ $P=0/001$	$12/23 \pm 2/75$	$14/67 \pm 3/84$	بعد از مداخله	
$T=3/395$ $P=0/001$	$12/20 \pm 2/59$	$14/90 \pm 3/66$	پیگیری	
$T=-0/610$ $P=0/543$	$10/51 \pm 2/86$	$10/13 \pm 2/79$	قبل از مداخله	استرس
$T=1/412$ $P=0/162$	$9/51 \pm 2/20$	$10/41 \pm 3/58$	بعد از مداخله	
$T=2/702$ $P=0/008$	$9/41 \pm 1/97$	$10/88 \pm 2/95$	پیگیری	

جدول (۳): آنالیز اندازه گیری مکرر نمره اضطراب، افسردگی و استرس در سه زمان قبل و بعد از مداخله و پیگیری در دو گروه کنترل و

سطح معنی داری	نسبت F	مداخله			اثر مداخله	متغیرها
		میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات		
0/001	27/114	130/667	2	261/333	اثر اصلی (زمان)	اضطراب
0/001	19/615	94/527	2	189/054	اثر متقابل (زمان بر گروه)	
		4/819	168	809/612	اثر خطا	
0/001	12/324	746/981	1	746/981	اثر اصلی مداخله	
		60/61	84	5091/271	خطای مداخله	

۰/۰۰۱	۷/۷۸۶	۳۸/۶۰	۲	۷۷/۲۱۷	اثر اصلی (زمان)	
۰/۰۰۱	۸/۴۴۴	۴۱/۸۷۲	۲	۸۳/۷۴۴	اثر متقابل (زمان بر گروه)	
		۴/۹۵۹	۱۶۸	۸۳۳/۰۳۹	اثر خطا	افسردگی
۰/۰۰۱	۶/۸۸۲	۲۰/۴۸۸	۱	۲۰/۴۸۸	اثر اصلی مداخله	
		۲۹/۲۷۹	۸۴	۲۴۵۹/۴۷۳	خطای مداخله	
۰/۳۸۷	۰/۹۵۴	۲/۷۹۵	۲	۵/۵۸۹	اثر اصلی (زمان)	
۰/۰۰۲	۶/۵۰۹	۱۹/۰۷۴	۲	۳۸/۱۴۷	اثر متقابل (زمان بر گروه)	
		۲/۹۳۰	۱۶۸	۴۹۲/۲۶۴	اثر خطا	استرس
۰/۲۰۲	۱/۶۵۴	۲۸/۶۶۷	۱	۲۸/۶۶۷	اثر اصلی مداخله	
		۱۷/۳۳۰	۸۴	۱۴۵۵/۷۳۶	خطای مداخله	

بحث

این مطالعه تأثیر بسته آموزشی حمایتی خود مراقبتی بر میانگین اضطراب، افسردگی، استرس در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد را مورد بررسی قرار داد. نتایج این مطالعه نشان داد که بین دو گروه کنترل و مداخله از نظر مشخصات جمعیت‌شناختی مانند سن، وضعیت اقتصادی، تأهل تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت به عبارتی دو گروه همگن بودند. یکی از دلایل همگنی گروه‌ها را تخصیص تصادفی گروه‌ها ذکر کرد. نجفی و همکاران (۱۳۸۷) مطالعه‌ای باهدف تعیین تأثیر آموزش خودمراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد انجام دادند که در مطالعه آن‌ها نیز دو گروه از نظر مشخصات جمعیت‌شناختی مشابه هم بودند و به‌صورت تخصیص تصادفی نمونه‌ها وارد مطالعه شده بودند (۲).

نتایج این مطالعه نشان داد که اجرای بسته آموزشی - حمایتی منجر به کاهش اضطراب در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل شد. دهقانی و همکاران (۱۳۹۴) در مطالعه خود که باهدف تأثیر آشناسازی بیمار با فرآیند عمل قلب بر کاهش اضطراب بود، نتایج حاصل از مطالعه آن‌ها نشان داد که آشناسازی و آموزش به بیمار، منجر به کاهش اضطراب آن‌ها می‌شود (۲۰). مطالعه کاظم‌زاده و همکاران (۱۳۸۳) باهدف تعیین تأثیر آموزش خودمراقبتی به روش فردی و گروهی بیماران انفارکتوس میوکارد نشان دادند که کمبود سطح دانش و آگاهی بیماران رابطه مستقیم با سطح اضطراب آن‌ها دارد به‌طوری‌که آموزش به روش چهره به چهره منجر به کاهش اضطراب بیماران می‌شود (۲۱). در مطالعه مشابه عابدینی و همکاران (۱۳۹۰) که باهدف تأثیر آموزش بر اضطراب در بیماران انفارکتوس میوکارد انجام شد نشان دادند که استفاده از روش آموزش چهره به چهره بر کاهش اضطراب مؤثر است (۲۲). کوماتسو

و همکاران^۱ (۲۰۱۲) در مطالعه خود به بررسی تأثیر آموزش خودمراقبتی بر زنان با سرطان سینه پرداختند. نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش آن‌ها با مطالعه ما همسو است به‌طوری‌که 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 (۲۳). 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 زندگی آن‌ها تأثیر مخرب دارد پس حمایت اجتماعی بر کنترل پیامدهای روان‌شناختی از جمله اضطراب مؤثر است و متعاقباً منجر به ارتقاء کیفیت زندگی بیماران می‌گردد (۲۴). نتایج این مطالعات با پژوهش حاضر هم‌خوانی دارند و مشخص شد که بیشترین علت اضطراب در بیماران قلبی به‌واسطه 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 شده و از طرفی منجر به کاهش اضطراب و عوارض ناشی از آن گردد.

بر اساس مطالعه حاضر اجرای بسته آموزشی - حمایتی منجر به کاهش افسردگی در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل شد. مارتین و همکاران^۲ (۲۰۱۰) در مطالعه خود با عنوان نشانه‌های افسردگی بعد از انفارکتوس میوکارد بر پیش‌آگهی بد بیماری، نشان دادند که آموزش در کاهش افسردگی و متعاقباً بهبودی این بیماران نقش دارد (۲۵). روزنگرین و همکاران^۳ (۲۰۰۹) در مطالعه خود به بررسی آموزش و ریسک انفارکتوس میوکارد پرداختند. یافته‌های حاصل از پژوهش آنان نشان داد که عدم آموزش بیماران در بروز،

³Rosengren & et al

¹Komatsu & et al

²Martin & et al

چهره استفاده شده است شاید اگر از فیلم، صدا، پویانمایی، روش‌های مدیریت استرس از جمله یوگا، موسیقی و ورزش‌های تن‌آرامی و آموزش گروهی استفاده می‌شد نتایج مطالعه دستخوش تغییر می‌شد. پس می‌توان حدس زد که یکی از دلایل عدم موفقیت، عدم‌بکارگیری روش‌های فوق باشد، با توجه به نتایج به‌دست‌آمده پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده از روش انتقال اطلاعات به شیوه تصویری، علاوه بر نوشتاری و گفتاری نیز کمک گرفته شود تا این‌که مطالب به شیوه بهتر انتقال یابد به‌طوری‌که امکان دارد بیماران برای مطالعه کتابچه آموزشی در مقایسه با آموزش تصویری مثلاً سی‌دی کم‌تر تمایل داشته باشند. همچنین پیشنهاد می‌شود علاوه بر آموزش به شیوه چهره به چهره از شیوه آموزش گروهی نیز استفاده شود به صورتی که آموزش تلفیقی از هر دو شیوه باشد و بیماران با همدیگر به تبادل نظرات بپردازند.

نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داد که استفاده از بسته آموزشی حمایتی خود مراقبتی در کاهش اضطراب، افسردگی در بیماران انفارکتوس میوکارد مؤثر بوده است. توصیه می‌شود نتایج این پژوهش توسط مدیران مراکز درمانی به‌عنوان روشی مؤثر برای کاهش اضطراب، افسردگی بیماران انفارکتوس میوکارد در برنامه‌های مراقبت‌های پرستاری مدنظر قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مراقبت‌های ویژه با کد ۷/۲۴۵۶۸/پ می‌باشد. لذا پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند تا از کلیه مسئولین محترم دانشگاه علوم پزشکی ارومیه که حمایت مادی و معنوی لازم جهت اجرای این طرح را فراهم نمودند نهایت تشکر را داشته باشند. از کلیه مسئولین و پرستاران بیمارستان شهید دکتر قلی پور بوکان تقدیر می‌گردد.

References:

1. Brunner LS, Smeltzer SCC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-surgical Nursing: Suzanne C. Smeltzer. [et Al]: Wolters Kluwer Health 2014;

شدت و عوارض این بیماری نقش اساسی دارد (۲۶). کیم و مورا^۴ (۲۰۰۷) در پژوهشی نشان دادند که حمایت خانواده از بیمار نقش مؤثری در سازگاری با بیماری و کاهش پیامدهای روان‌شناختی دارد (۲۷). مطالعات با پژوهش حاضر هم‌خوانی دارند به‌طوری‌که از آموزش و حمایت می‌توان به‌عنوان یکی از راهکارهای مناسب در کاهش پیامدهای روان‌شناختی متعاقب انفارکتوس میوکارد استفاده نمود.

بر اساس مطالعه حاضر اجرای بسته آموزشی -حمایتی منجر به کاهش استرس در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل نشد. جاسترام و همکاران^۵ (۲۰۰۷) در مطالعه خود تحت عنوان استرس در زندگی روزمره زنان انفارکتوس میوکارد نشان دادند که یکی از ریسک فاکتور عمده در شدت این بیماری در زنان استرس است. آن‌ها نشان دادند که آموزش و حمایت از این بیماران در کاهش ریسک این بیماری مؤثر است (۲۸). نجفی (۱۳۹۲) در مطالعه خود باهدف تعیین میزان اثربخشی آموزش به شیوه رفتاری-شناختی بر کاهش نگرش‌های ناکارآمد و میزان استرس در نوجوانان مبتلا به بیماری عروق کرونر نشان دادند که آموزش در کاهش استرس این بیماران نقش دارد (۲۹). اورته گومر و همکاران^۶ (۲۰۰۹) با مطالعه خود به بررسی استرس در زندگی زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر پرداختند. آن‌ها نشان دادند که آموزش خودمراقبتی یکی از راه‌های کاهش استرس در این بیماران است (۳۰). در مطالعه‌ای مشابه امینیان و همکاران (۲۰۱۴) با مطالعه خود به اثربخشی 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 (۳۱).

این مطالعات با مطالعه حاضر هم‌خوانی ندارند به‌طوری‌که در مطالعه حاضر بسته آموزشی-حمایتی منجر به کاهش استرس بیماران نشد، علت عدم هم‌خوانی را می‌توان به این دلیل دانست که در این مطالعه فقط از کتابچه آموزشی و آموزش به شیوه چهره به

2. Najafi S, Vahedparast H, Hafezi S, Saghaei A, Farsi Z, Vahabi Y. Effect of self-care education on quality of life in patients suffering from myocardial

^۶Orthogomer & et al

^۴ Kim & Morrow

^۵Sjostrom & et al

- infarction. *J Crit Care Nurs* 2008;1(1): 35-9. (Persian)
3. Lloyd-Jones D, Adams R, Carnethon M, De Simone G, Ferguson TB, Flegal K, et al. Heart disease and stroke statistics-2009 update. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2009;119(3): e21-e181.
4. Niakan M, Paryad E, Shekholeslam F, Kazemnezhad Leili E, Assadian Rad M, Bonakdar HR, et al. Self Care behaviors in patients after myocardial infarction. *J Holistic Nurs Midwifery* 2013;23(2): 63-70. (Persian)
5. Kitamura T, Sakata Y, Nakatani D, Suna S, Usami M, Matsumoto S, et al. Living alone and risk of cardiovascular events following discharge after acute myocardial infarction in Japan. *J Cardiol*. 2013;62(4): 257-62.
6. Lane D, Carroll D, Lip GYH. Anxiety, depression, and prognosis after myocardial infarction: Is there a causal association? *J Am Coll Cardiol* 2003;42(10):1808-10.
7. Tagharrobi Z. Effect of recitation of Quran on the anxiety of patients with myocardial infarction. *Evidence Based Care* 2014;4(1): 7-16.
8. Hanssen TA, Nordrehaug JE, Eide GE, Bjelland I, Rokne B. Anxiety and depression after acute myocardial infarction: an 18-month follow-up study with repeated measures and comparison with a reference population. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2009;16(6): 651-9.
9. Bagherian R, Saneei H, Baghbanian A. Myocardial Infarction and Depression. *J Isfahan Med School* 2011;29(127). (Persian)
10. Ozer Z, Senuzun F, Tokem Y. Evaluation of anxiety and depression levels in patients with myocardial infarction. *Turk Kardiyoloji Dernegi arsivi: Turk Kardiyol Dern Ars* 2009;37(8): 557-62.
11. Larsen KK, Christensen B, Søndergaard J, Vestergaard M. Depressive symptoms and risk of new cardiovascular events or death in patients with myocardial infarction: a population-based longitudinal study examining health behaviors and health care interventions. *PloS one* 2013;8(9): e74393.
12. Homayouni K, Zaher H, Borhani F, Abbaszadeh A. Effect of tactile touch on stress in patients with myocardial infarction. *J Crit Care Nurs* 2013;5(4): 182-7.
13. 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)
14. Riegel B, Dickson VV. A situation-specific theory of heart failure self-care. *J Cardiovasc Nurs* 2008;23(3): 190-6.
15. André-Petersson L, Engström G, Hedblad B, Janzon L, Rosvall M. Social support at work and the risk of myocardial infarction and stroke in women and men. *Soc Sci Med* 2007;64(4): 830-41.
16. Alizadeh Z, Ashktorab T, Nikravan Mofrad M, Zayeri F. Correlation between perceived social support and self-care behaviors among patients with heart failure. *J Health Prom Manag* 2014;3(1): 27-34. (Persian)
17. Mohammady M, Memari A, Shaban M, Mehran A, Yavari P, Salari Far M. Comparing computer-assisted vs. face to face education on dietary adherence among patients with myocardial infarction. *J Hayat* 2011;16(3): 77-85(Persian).
18. Asghari Moghaddam MA, Saed F, Dibajnia P. A Preliminary Validation of the Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS) in Non-clinical Sample *J Daneshvar* 2008;31(25): 23-38. (Persian)
19. Samani S, Jokar B. Considering validity and reliability of short form of depression, anxiety and stress. *Social and Humanistic Sciences. J Shiraz Univ* 2007;26(3): 65-77. (Persian)
20. Dehghani H, Dehghani K, Nasiriani K, Banaderakhshan H. The effect of familiarization with cardiac surgery process on the anxiety of patients undergoing coronary artery bypass graft

- surgery. *Modern Care J* 2014;10(4):257-63. (Persian)
21. Kazemzadeh F, Mohammadzadeh Sh, Abedsaeedi Zh, E E. Effects of individual and group learning of self-care on knowledge and practice of MI clients in baradaran Hospital, damghan,. *J Fac Nurs Midwifery Shaheed Beheshti Univ* 2004;13(43): 18-23. (Persian)
22. 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. (Persian)
23. 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. *Int Sch Res Notices* 2012;2012.
24. Niazi M, Menati W, Menati R, Ghasemipour M, Kassani A. Relationship between Social Support and Quality of Life in Myocardial Infarction Patients Referring to the Hospitals of Ilam City. *sjimu* 2016; 23 (6) :51-61 (Persian)
25. Martens E, Hoen P, Mittelhaeuser M, De Jonge P, Denollet J. Symptom dimensions of post-myocardial infarction depression, disease severity and cardiac prognosis. *Psychol Med* 2010;40(05): 807-14.
26. Rosengren A, Subramanian S, Islam S, Chow CK, Avezum A, Kazmi K, et al. Education and risk for acute myocardial infarction in 52 high, middle and low-income countries: INTERHEART case-control study. *Heart* 2009;95(24): 2014-22.
27. Kim Y, Morrow GR. The effects of family support, anxiety, and post-treatment nausea on the development of anticipatory nausea: a latent growth model. *J Pain Symptom Manag* 2007;34(3): 265-76.
28. Sjöström-Strand A, Fridlund B. Stress in women's daily life before and after a myocardial infarction: a qualitative analysis. *Scand J Caring Sci* 2007;21(1): 10-7.
29. 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 J Med Sci* 2015;21(128): 8-17. (Persian)
30. Orth-Gomér K, Schneiderman N, Wang H-X, Walldin C, Blom M, Jernberg T. Stress reduction prolongs life in women with coronary disease. *Circulation: Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2009;2(1): 25-32.
31. 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 Sciences* 2014; 24 (3) :168-74 (Persian)

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

Nader Aghakhani¹, Khorshid Sanae², Rahim Baghaei³, Kamal Khademvatan⁴

Received: 29 Feb, 2017; Accepted: 28 Apr, 2017

Abstract

Background & Aims: Although, Myocardial infarction is one of the most common cardiovascular diseases known which can be controlled, patients are always at risk of physical, and socio-psychological stressors. Thus, this study aims to investigate the impact of educational- supportive self-care package on mean of anxiety, depression and stress in myocardial infarction of Shahid Gholipour, Boukan, Iran.

Material & Methods: This pre- and post-quasi-experimental study will carried out on 86 hospitalized patients with heart failure selected from in Shahid Gholipour hospital of Boukan city affiliated with Urmia University of Medical Sciences were assessed in 2016. They will assign to two groups of experimental (n = 43) and control (n = 43) groups. They are selected through convenience sampling and divided randomly into two intervention and control groups. Any patient in the experimental group received education after 48 hours of admission and after the disease's acute phase through face to face contact and also a booklet and The questionnaires were completed before the intervention, after the intervention, before discharge from the hospital, and two months after discharge through phone calls or visiting patients in the intervention group if the patients requested. The patients in the control group receive no intervention. At the same time, patients and their relatives were taught about social support in four dimensions of emotional support, tools, information and evaluation. Demographic and DASS questionnaires (anxiety, stress, depression) were used to collect data. Data were analyzed using statistical software spss version 21.

Results: The findings showed that educational- supportive self-care package can reduce anxiety and depression in experimental group after intervention as a lasting effect. On the other hand, the package does not effect stress meaningfully decrease among the patients of control group, and only causes the decrease through interaction with the factor "time".

Conclusion: The educational- supportive self-care package can reduce anxiety and depression and a part of stress among patients with myocardial infarction. Thus, it is recommended the results of this study be considered by health and treatment setting managers as a key factoring nursing care programs to decrease of stress, anxiety and depression among patients with myocardial infarction.

Keywords: Education, Self-Care, Anxiety, Depression, Stress, Infraction Myocardial

Address: 11 Nazlou-Pardis Road, University of Medical Sciences, Nursing and Midwifery Faculty, Nursing Department

Tel: (+98) 9353359406

Email: k.sanaie@gmail.com

¹Assistant professor, Inpatient Safety Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

²MSc in Nursing, Inpatient Safety Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (correspondent Author)*

³Associate professor, Inpatient Safety Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁴Associate professor, Inpatient Safety Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran