

بررسی تأثیر اجرای طرح ترخیص بر توان خودمراقبتی بیماران تحت درمان آنژیوپلاستی عروق کرونری در مرکز آموزشی درمانی سیدالشهدا (ع) ارومیه در سال ۱۳۹۳-۴

نادر آقاخانی^۱، مجید نجفی کلیانی^۲، جواد سلامی^{۳*}

تاریخ دریافت ۱۳۹۴/۱۰/۰۱ تاریخ پذیرش ۱۳۹۴/۱۱/۳۰

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: آنژیوپلاستی عروق کرونری یکی از متداول‌ترین روش‌های درمانی بیماری‌های عروق کرونری محسوب می‌شود. از سویی دیگر، یکی از موارد عمده در ارتقاء کیفیت درمان، مشارکت بیمار در امر درمان و مراقبت از خود می‌باشد. این مطالعه به‌منظور تعیین تأثیر اجرای طرح ترخیص بر توان خودمراقبتی بیماران تحت درمان آنژیوپلاستی عروق کرونری در مرکز آموزشی درمانی سیدالشهدا (ع) ارومیه انجام شد.

مواد و روش کار: پژوهش حاضر، مطالعه‌ای مداخله‌ای از نوع شبه تجربی بود. ۸۰ نفر از بیماران که شرایط ورود به مطالعه را داشتند به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب و در گروه‌های کنترل (۴۰ بیمار) و مداخله (۴۰ بیمار) قرار گرفتند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسش‌نامه‌ی اطلاعات جمعیت شناختی و پرسش‌نامه‌ی توان خودمراقبتی کرنی و فلسچر بود. در گروه کنترل اقدامات روتین بخش صورت گرفت و در گروه مداخله با استفاده از اجرای طرح ترخیص، بیماران اقدامات لازم جهت توان خودمراقبتی را فراگرفتند. یک ماه بعد از ترخیص، بیماران نسبت به تکمیل پرسش‌نامه اقدام نمودند. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۲ و با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی (میانگین \pm انحراف معیار) و استنباطی (تی مستقل و تی زوجی و کای اسکور) انجام شد. یافته‌ها: در این مطالعه مشخص گردید تفاوت آماری معناداری در رفتار خودمراقبتی دو گروه کنترل و مداخله در زمان پذیرش و یک ماه پس از ترخیص وجود ندارد ($P=0/181$). مقایسه‌ی میانگین‌های رفتار خودمراقبتی، زمان پذیرش و یک ماه پس از ترخیص در دو گروه تفاوت آماری معناداری نشان داد ($P=0/001$). تفاوت آماری معناداری هم درون گروه کنترل ($P=0/001$) و هم درون گروه مداخله ($P=0/001$) در زمان یک ماه پس از ترخیص نسبت به زمان پذیرش وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری: اجرای برنامه‌ی طرح ترخیص تأثیر مثبتی در افزایش توان خودمراقبتی بیماران آنژیوپلاستی عروق کرونری داشت. بنابراین توصیه می‌شود ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و پرستاران با تقویت خودمراقبتی در این افراد بر اساس طرح ترخیص، باعث بهبود توانایی خودمراقبتی در بیماران آنژیوپلاستی عروق کرونری و کاهش عوارض ناشی از آن شوند.

کلیدواژه‌ها: طرح ترخیص، توان خودمراقبتی، آنژیوپلاستی عروق کرونری
مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد می‌باشد.

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره سیزدهم، شماره دوازدهم، پی‌درپی ۷۷، اسفند ۱۳۹۴، صفحه ۱۰۳۸-۱۰۲۹

آدرس مکاتبه: ارومیه، کیلومتر ۱۱ جاده سرو، پردیس نازلو، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، تلفن: ۰۴۴۳۲۷۵۴۹۶۱

Email: javadsalami69@yahoo.com

مقدمه

شدن بزرگ‌سالان در بیمارستان و رایج‌ترین علت مرگ‌ومیر محسوب می‌شود (۷،۶). شواهد نشان می‌دهد که مشابه کشورهای توسعه‌یافته، بیماری عروق کرونری در ایران نیز در حال افزایش است (۱۰-۸). علی‌رغم وجود مرگ‌ومیر ناشی از بیماری عروق

بیماری‌های قلبی عروقی^۱ از رایج‌ترین بیماری‌های مزمن است و یکی از مهم‌ترین دلایل مرگ‌ومیر در جهان به شمار می‌رود (۵-۱). از این میان، بیماری عروق کرونری^۲ از شایع‌ترین علت بستری

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

^۲ استادیار، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران

^۳ دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

^۱ Cardio-Vascular Disease

^۲ Coronary Artery Disease

برمی‌گردد، هنوز هم اجرای برنامه ترخیص به‌صورت مشکل باقی مانده است (۲۴). در ایران نیز علی‌رغم اهمیت طرح ترخیص، این فرایند اجرا نمی‌گردد (۲۵، ۲۶) در حالی که با توجه به موارد پیش گفت، تداوم در امر مراقبت و برنامه‌ریزی ترخیص در مراکز بهداشتی درمانی فعلی، به‌عنوان یک ضرورت مطرح است (۲۳). از طرفی، با بررسی‌های به‌عمل‌آمده مشخص گردید که در این خصوص در ایران تحقیقات چندانی صورت نگرفته و نتایج حاصل از اجرای آن به‌روشنی بیان نگردیده است (۲۷). هدف از انجام مطالعه‌ی حاضر، تعیین تأثیر اجرای یک برنامه‌ی ترخیص مناسب به‌عنوان یک طرح غیر دارویی، بر توان خودمراقبتی بیماران تحت درمان آنژیوپلاستی عروق کرونری بوده است تا بر اساس استفاده از یافته‌های به‌دست‌آمده، بتوان گامی در جهت کاستن مدت و شدت مشکلاتی که این بیماران درگیر آن هستند برداشت.

مواد و روش کار

این پژوهش، یک مطالعه‌ی مداخله‌ای از نوع شبه تجربی می‌باشد که در بازه‌ی زمانی دی‌ماه ۱۳۹۳ تا اردیبهشت ۱۳۹۴ در بیمارستان سیدالشهدا شهر ارومیه صورت پذیرفت. در این مطالعه پس از تأیید کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و با توجه به میانگین نمره‌ی توان خودمراقبتی در مطالعه عشوندی و همکاران (۲۸) تعداد ۸۰ بیمار کاندید آنژیوپلاستی عروق کرونری به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب و در گروه‌های کنترل (۴۰ بیمار) و مداخله (۴۰ بیمار) قرار گرفتند که معیارهای ورود به مطالعه شامل: سن ۳۰ تا ۶۵ سال، نداشتن اختلال روان‌پزشکی شناخته‌شده و درمان روان‌پزشکی بر اساس پرونده‌ی بیمار، عدم انجام آنژیوپلاستی قبلی، عدم وجود هرگونه اختلال شناختی، گفتاری یا شنیداری، نداشتن درد در هنگام آموزش، ساکن بودن در شهر ارومیه، توانایی تکلم و درک زبان فارسی، داشتن حداقل یک همراه با مدرک دیپلم به بالا، دسترسی به تلفن و داشتن رضایت کامل جهت شرکت در مطالعه می‌باشد. معیارهای خروج از مطالعه نیز موارد بروز وخامت شدید بیماری، به وجود آمدن شرایط بحرانی برای هر یک از نمونه‌ها در طول مطالعه و عدم تمایل و همکاری نمونه‌ها به ادامه شرکت در مطالعه را در برمی‌گیرد. محقق ضمن توضیح کامل هدف و روش کار به بیماران، از آن‌ها جهت شرکت در تحقیق رضایت‌نامه کتبی اخذ نمود و به آن‌ها در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و حق خروج از مطالعه در هر زمان ممکن توضیح داده شد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت شناختی، ابزار سنجش توان خودمراقبتی که در سال ۱۹۷۹ توسط کرنی و

کرونری در کشورهای توسعه‌یافته در افراد بالای ۷۰ سال، در ایران این عارضه در افراد کم‌تر از ۷۰ سال نیز مشاهده می‌شود (۹). به‌هرحال، برای درمان بیماری عروق کرونری، روش‌ها و فن‌هایی از جمله بای پس عروق کرونری^۳، دارودرمانی و آنژیوپلاستی به‌عنوان رایج‌ترین روش درمانی وجود دارند (۱۱). در این میان، آنژیوپلاستی عروق کرونری از آنجایی که یک واقعه‌ی اضطراب‌آور و تهدیدکننده‌ی زندگی بیمار به شمار می‌رود و باعث لزوم تغییر در شیوه‌ی زندگی فرد می‌شود و پیامدهایی از جمله نیاز به تکرار مجدد و درمان بیشتر، ناموفق بودن پروسیجر و در نتیجه نیاز به انجام عمل جراحی بای پس، به همراه دارد، باعث تغییر در شیوه‌ی زندگی بیمار می‌شود (۱۲). از سوی دیگر، پیامدهای جسمی و روانی ناشی از آنژیوپلاستی لزوم در نظر گرفتن برنامه‌های حمایتی برای بیماران کاندید آنژیوپلاستی را غیرقابل‌اجتناب می‌کند (۱۶-۱۳). یکی از برنامه‌های حمایتی که نقش عمده‌ای در ارتقاء کیفیت درمان دارد، مشارکت بیمار در امر درمان و خودمراقبتی^۴ می‌باشد (۱۷). برنامه‌ی خودمراقبتی همیشه یکی از کلیدی‌ترین نکات در برنامه‌های مدیریت بیماری‌های مزمن بوده است (۱۸). فعالیت‌های خودمراقبتی می‌تواند فرد را به سمت حفظ سلامتی و خوب بودن سوق دهد، سازگاری فرد را بیشتر کند، میزان ناتوانی و از کارافتادگی بیماران و هزینه‌های درمانی را کاهش دهد (۱۷). در بسیاری از مطالعات نیز نشان داده‌شده که بیماران پس از انجام آنژیوپلاستی عروق کرونری، در هنگام ترخیص دچار نگرانی در ارتباط با لزوم تغییر در شیوه زندگی و به دنبال آن، عدم آگاهی از چگونگی خودمراقبتی در زمینه‌ی میزان فعالیت و رژیم غذایی، داروهای مصرفی و عوارض ناشی از آن‌ها و نیز اقداماتی که سبب ارتقاء توان خودمراقبتی آن‌ها می‌گردد که این مسئله نیاز به آگاه‌سازی در آنان را تشدید می‌نماید (۲۱-۱۹). از این‌رو، پرستاران به دلیل تماس طولانی و مستقیم با بیمار، نقش مهمی در بررسی و ارتقاء زندگی بیماران دارند (۲۲) و می‌توانند به این وظیفه‌ی مهم خود در قبال بیماران آنژیوپلاستی، از طریق تهیه‌ی طرح ترخیص مناسب و جامع، جامعه‌ی عمل ببوشانند (۷). برای این کار، برنامه‌ریزی ترخیص در واقع از همان زمان پذیرش بیمار آغاز می‌گردد و به پیش‌بینی نیازهای بیمار و خانواده‌ی وی و برنامه‌ریزی جهت رفع این نیازها پس از ترخیص از واحدهای بهداشتی درمانی می‌پردازد. کلید موفقیت در برنامه ترخیص، تبادل اطلاعات میان بیمار، مراقبین و افرادی است که مسئولیت مراقبت از بیمار را به عهده گرفته‌اند (۲۳). متأسفانه، علی‌رغم تمام فواید حاصل از اجرای برنامه‌ی ترخیص و این که سابقه‌ی آن به بیش از ۲۰ سال در اروپا و شمال آمریکا

⁴Self-care

³Coronary Artery Bypass Graft

فلسفه^۵ طراحی شده است و شامل سؤالات مربوط به رفتارهای خودمراقبتی می‌باشد که حاوی ۲۱ سؤال است و هر سؤال بر اساس مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای می‌باشد. بالاترین نمره کسب‌شده در این ابزار نشانگر بالاترین درجه‌ی خودمراقبتی می‌باشد. نمرات به‌دست‌آمده توان خودمراقبتی واحدهای پژوهش به سطح خوب (۱۰۰ - ۷۶) درصد، متوسط (۷۵ - ۵۱) درصد و ضعیف (۵۰) درصد تقسیم‌بندی می‌شوند. بالاترین نمره‌ی کسب‌شده در این ابزار نشانگر بالاترین درجه‌ی خودمراقبتی می‌باشد. نمرات به‌دست‌آمده‌ی توان خودمراقبتی واحدهای پژوهش به سه سطح خوب (۱۰۰ - ۷۶) درصد، متوسط (۷۵ - ۵۱) درصد و ضعیف (۵۰) درصد تقسیم‌بندی می‌شوند. روایی و پایایی این ابزار در مطالعات مختلف از جمله در کشور فرانسه در مورد بیماری‌های قلبی به اثبات رسیده است (۲۹). این ابزار توسط آکیول^۶ برای تعیین توان خود مراقبتی بیماران مبتلا به پرفشاری خون در کشور ترکیه استفاده و روایی و پایایی آن در سال‌های ۱۹۹۳ و ۲۰۰۴ توسط ناهسیوان^۷ برای استفاده در جامعه ترکیه تأیید شده است (۳۱، ۳۰). در ایران روایی محتوایی پرسش‌نامه توسط ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران و اعمال نظرات و پیشنهادات ایشان انجام شده است. محمد حسنی و همکاران برای بررسی روایی ظاهری پرسش‌نامه، مطالعه پایلوت قبل از نمونه‌گیری انجام دادند و پرسش‌نامه را در اختیار ۳۰ نفر از افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری واجد شرایط لازم برای شرکت در پژوهش قرار دادند. نتایج نشان داد که پرسش‌نامه در گویه‌های مختلف پاسخگو است و گویه‌های ابزار با فرهنگ افراد پاسخ‌دهنده متناسب است. در ادامه برای تعیین پایایی پرسش‌نامه به روش آزمون بازآزمون، پرسش‌نامه به فاصله ۱۰ روز در اختیار همان ۳۰ نفر قرار گرفت. همبستگی بین نتایج دو مرحله ۸۶ درصد بود. همسانی‌درونی پرسش‌نامه نیز با آلفای کرونباخ ۰/۹۲۰ مورد تأیید قرار گرفت (۱۷). بر اساس مدل برنامه ریز ترخیص که توسط پژوهشگر (پرستار) تنظیم شده است اقدامات به این صورت بود که: بیماران مراجعه‌کننده ابتدا در گروه کنترل قرار می‌گیرند و پس از اتمام جمع‌آوری نمونه‌های گروه کنترل، بیماران در گروه مداخله قرار می‌گیرند. گروه کنترل مراقبت‌های روتین بخش را دریافت می‌نمایند به این صورت که به بیماران قبل از انجام پروسیجر و در هنگام گرفتن وقت جهت انجام آن، توضیح مختصری در ارتباط با ناشتا بودن و نحوه مصرف داروها داده شد. سپس بیماران صبح روز انجام پروسیجر مستقیماً به بخش آنژیوپلاستی مراجعه نموده، پرسش‌نامه‌های اطلاعات جمعیت شناختی و توان

خودمراقبتی را کامل کرده و پس از انجام آنژیوپلاستی به بخش مراقبت‌های پس از آنژیوپلاستی انتقال و ۴۸ ساعت بعد در صورت ثابت بودن وضعیت همودینامیک ترخیص می‌گردند. در گروه مداخله از آنجایی که آموزش در زمان پذیرش، بستری و پس از ترخیص صورت می‌گیرد مراقبت‌ها به این صورت بود که: بیماران در هنگام ورود به بخش آنژیوگرافی توسط پژوهشگر ویزیت شده و پرسش‌نامه‌های اطلاعات جمعیت شناختی و توان خودمراقبتی را کامل کرده، سپس پژوهشگر، اطلاعات لازم در ارتباط با دلیل انجام آنژیوپلاستی، روش انجام کار، وسایل مورد استفاده در هنگام پروسیجر و کاربرد آن‌ها و وقایعی که امکان اتفاق آن‌ها در هنگام انجام پروسیجر وجود دارد، برای بیمار بازگو نموده و به کلیه سؤالات بیمار در این زمینه پاسخ داده شد. پس از انجام پروسیجر و انتقال بیمار به بخش و ثابت شدن شرایط بیمار مجدداً بیمار توسط پژوهشگر ویزیت شد و مراقبت‌های بلافاصله پس از انجام آنژیوپلاستی را آموزش دید. همچنین یک CD که حاوی فیلم کوتاه آموزشی استو یک کتابچه و یک پمفلت آموزشی مراقبت از خود بیماران آنژیوپلاستیدر اختیار وی قرار گرفت. محتوای آموزشی این CD و کتابچه و پمفلت علاوه بر موارد ذکر شده در بالا شامل موارد زیر نیز می‌باشد: آموزش در ارتباط با لزوم تغییر در شیوه زندگی و افزایش توان خودمراقبتی 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 و همچنین چگونگی مراقبت از زخم ناشی از انجام پروسیجر و عدم احساس راحتی در این ناحیه، اقدامات لازم در صورت بروز هماتوم و یا خونریزی و یا بروز مجدد علائم قلبی و نیز لزوم شرکت در برنامه بازتوانی قلبی که سبب ارتقاء توان خودمراقبتی آن‌ها می‌گردد. این مطالب برای بیمار و یکی از افراد با سواد خانواده (حداقل دیپلم) به‌صورت شفاهی نیز توضیح داده شد و توسط پرسش و پاسخ از بیمار و همراه وی میزان یادگیری مطالب آموزش داده شده سنجیده شد و در صورت لزوم توضیح مجدد داده شد. شماره تماس پرستار مسئول اجرای طرح در اختیار بیمار قرار گرفت تا در صورت نیاز پس از ترخیص به سؤالات وی پاسخ داده شود

همچنین در مدت یک ماهه‌ی پس از ترخیص بر حسب نیازهای تشخیص داده شده در مدت بستری، بیماران دو بار ویزیت خانگی شدند. پرسش‌نامه‌ی تمرین توان خودمراقبتی جهت سنجش توان خودمراقبتی بیماران گروه کنترل و مداخله یک ماه پس از ترخیص

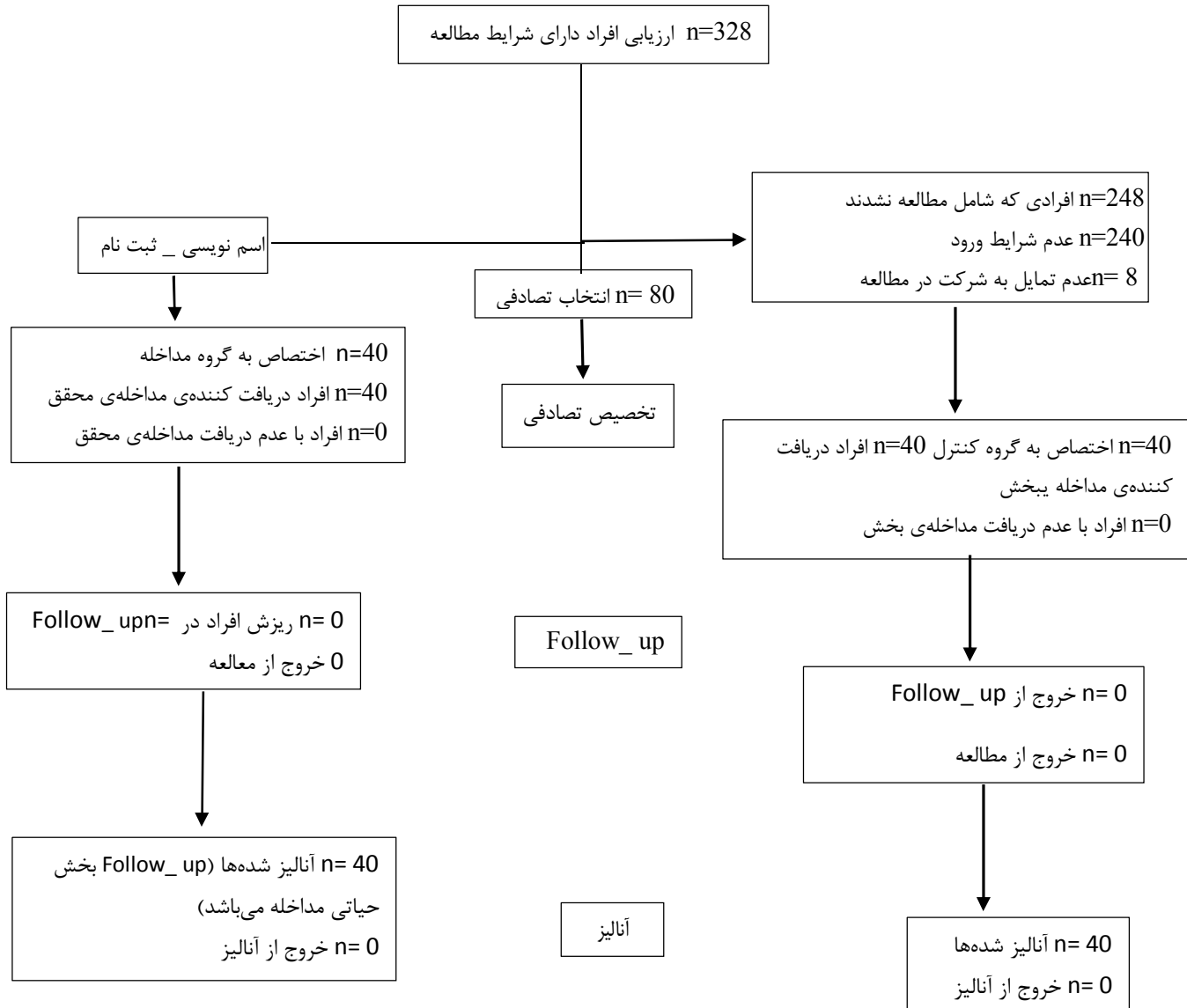
⁵Kearney & Fleischer

⁶Akyol

⁷Nahsivan

توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون کای اسکوئر، آزمون T زوجی، آزمون T نمونه‌های مستقل) استفاده شد. سطح آلفای ۰/۰۵ به‌عنوان سطح معنی داری در نظر گرفته شد.

بعد از هماهنگی و مراجعه پرستار مسئول اجرای طرح به منزل بیمار، پرسش‌نامه توسط بیمار تکمیل شد. پس از جمع‌آوری داده‌ها به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد. در تجزیه و تحلیل داده‌های این مطالعه از آزمون‌های آمار



شکل (۱): نمودار روند جوسازی بیماران بر اساس پیشبرد مراحل مداخله شبه تجرب

یافته ها

بیماران مرد و ۲۷/۵ درصد زن بودند. اطلاعات جمعیت شناختی بیماران در جدول ۱ نشان داده شده است.

از بین ۸۰ بیمار شرکت کننده در این مطالعه (۴۰ نفر در گروه کنترل و ۴۰ نفر در گروه مداخله) قرار گرفتند که ۶۲/۵ درصد

جدول (۱): مشخصات جمعیت شناختی افراد مورد مطالعه در دو گروه کنترل و مداخله

متغیرها	گروه کنترل		گروه مداخله		آز آماری کای اسکویر
	تعداد (درصد)	تعداد	درصد	تعداد	
جنس	مرد	۲۸	۲۲	۵۵	۰/۱۶۶
	زن	۳۰	۱۸	۴۵	
تحصیلات	بی سواد	۴	۹	۲۲/۵	۰/۲۶۵
	ابتدایی	۹	۵	۱۲/۵	
	راهنمایی	۲۰	۹	۲۲/۵	
	دیپلم	۹	۱۲	۳۰	
وضعیت ازدواج	متاهل	۳۵	۳۹	۹۷/۵	۰/۳۱۴
	مجرد	۵	۱	۲/۵	
چندهمسری	مطلقه	۱	۰	۰	
	فوت همسر	۲	۰	۰	
	چندهمسری	۰	۰	۰	
مدت بیماری	۱-۲۴ ماه	۳۵	۳۰	۷۵	۰/۱۰
	۲-۴ سال	۳	۱	۲/۵	
	۴-۶ سال	۰	۲	۵	
	< ۶ سال	۲	۷	۱۷/۵	
متغیر	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	آزم آماری تی مستقل	
سن	۵۲/۴۵ ± ۸۰/۳۱	۵۱/۸۰ ± ۷۰/۳۳		۰/۷۱۲	

نتایج حاصل نشان داد که دو گروه از لحاظ متغیرهای جمعیت شناختی تفاوت آماری معناداری ندارند ($P < 0/05$). میانگین و انحراف معیار سن بیماران در گروه کنترل $52/45 \pm 80/31$ و در گروه مداخله $51/80 \pm 70/33$ بود. جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات رفتار خودمراقبتی بیماران قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل و مداخله را نشان می‌دهد. نتایج حاصل از آزمون T مستقل رفتار خودمراقبتی بیماران نشان داد که بین دو گروه کنترل و مداخله در زمان پذیرش تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت. در صورتی که طبق نتایج حاصل از آزمون T مستقل رفتار خودمراقبتی

$P = 0/001$ بیماران نشان داد که بین دو گروه کنترل و مداخله در یک ماه پس از ترخیص تفاوت آماری معنی داری وجود داشت. در مقایسه‌ی بین مراحل قبل و بعد میانگین نمرات رفتار خودمراقبتی در گروه کنترل با استفاده از T زوجی در جهت مقایسه‌ی میانگین‌ها، تفاوت معناداری بین دو مرحله‌ی قبل و بعد وجود داشت ($P = 0/001$) هم‌چنین مشخص شد که طبق مقایسه‌ی قبل و بعد میانگین نمرات رفتار خودمراقبتی در گروه مداخله با استفاده از T زوجی در جهت مقایسه‌ی میانگین‌ها، تفاوت معناداری بین دو مرحله قبل و بعد وجود داشت ($P = 0/0001$)

جدول (۲): مقایسه‌ی میانگین نمرات رفتار خودمراقبتی زمان پذیرش و یک ماه پس از ترخیص در دو گروه کنترل و مداخله

P value*	یک ماه پس از ترخیص	زمان پذیرش	زمان متغیر
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین
۰/۰۰۱	۶۰/۲۵ ± ۱۲/۳۸	۵۰/۹۳ ± ۹/۹۰	کنترل
۰/۰۰۰۱	۷۴/۷۰ ± ۶/۹۴	۵۲/۵۵ ± ۷/۲۹	مداخله
	۰/۰۰۱	۰/۱۸۱	P value
تست T مستقل = P value، تست T زوجی = P value*			

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج کلی این مطالعه نشان داد که اجرای طرح ترخیص با افزایش نمره ی رفتار خودمراقبتی بیماران همراه است. مطالعات انجام شده در این زمینه نشان می‌دهد که اجرای طرح ترخیص در بیماران با بهبود پیامد در بیماران همراه است. مطالعه انجام شده توسط نگارنده و دهقان نیری نشان داد که اجرای طرح ترخیص بر میزان بستری‌های

مجدد و رضایت‌مندی بیماران از خدمات پرستاری و میزان توانایی خودمراقبتی بیماران پس از عمل جراحی بای پس عروق کرونری مؤثر بوده است (۹).

همچنین مطالعه‌ی بابایی و همکاران نشان داد که اجرای طرح ترخیص باعث کاهش میزان اضطراب بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد می‌شود (۸). دایی و مکاران در مطالعه‌ی خود نشان دادند که الگوی مراقبت پیگیر باعث افزایش کیفیت زندگی بیماران بعد از عمل آنژیوپلاستی عروق کرونری می‌شود (۳۲). در مطالعه‌ی سبسی^۱ و سنل سلیک^۲ مشخص شد که آموزش و مشاوره‌ی زمان ترخیص باعث کاهش میزان اضطراب و افسردگی بیماران تحت عمل جراحی بای پس عروق کرونری می‌شود (۳۳). تزو تینگ هانگ^۳ و همکاران در مطالعه‌ی خود تحت عنوان تأثیر طرح ترخیص بر بیماران سالخورده بستری به دلیل شکستگی استخوان هیپ در اثر سقوط خود نشان دادند که میزان متوسط روزهای بستری در گروه مداخله کم‌تر از گروه کنترل بود، میزان بستری‌های مجدد در گروه کنترل بیشتر از گروه مداخله بود. همچنین ۶ حیطه از نمره‌ی کیفیت زندگی در گروه مداخله تفاوت معناداری با گروه کنترل نشان می‌داد که شامل فعالیت اجتماعی، فعالیت فیزیکی، درد بدنی، سلامت روانی، نشاط و سرزندگی و درک سلامت عمومی بود (۳۴). نایلر^۴ و همکاران در مطالعه‌ی خود نشان دادند که طرح ترخیص و پیگیری پس از ترخیص باعث کاهش میزان بستری‌های مجدد، زمان اولین بستری مجدد، میزان ویزیت در شرایط بحرانی و حاد، میزان هزینه‌ها و افسردگی و همچنین باعث افزایش رضایت‌مندی بیماران می‌شود. پس مشخص شد که طرح ترخیص می‌تواند الگوی مناسبی جهت مداخلات پرستاری در زمینه‌ی مراقبت از خود بیماران باشد (۳۵) که نتایج مطالعات فوق با نتایج مطالعه‌ی حاضر هم‌خوانی و مطابقت دارد.

در مطالعه‌ی حاضر بین میانگین نمرات رفتار خودمراقبتی قبل و بعد از مداخله، اختلاف معناداری در جهت افزایش توان خودمراقبتی بیماران در گروه مداخله وجود داشت. لازم به ذکر

است که هرچند نمره‌ی رفتار خودمراقبتی بیماران هر دو گروه در زمان یک ماه پس از ترخیص نسبت به زمان پذیرش از لحاظ آماری معنادار شده است ولی با توجه به اختلاف بیشتر از دو برابری میانگین‌های نمره‌ی رفتار خودمراقبتی بیماران در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل، می‌توان مؤثر بودن مداخله در گروه مداخله را استنباط نمود. صادقی شرمه و همکاران (۱۳۸۸) در مطالعه‌ی خود تحت عنوان تأثیر اجرای الگوی مراقبت پی گیر بر کیفیت زندگی بیماران بعد از عمل جراحی پیوند عروق کرونری نشان دادند که در گروه کنترل، نمرات کیفیت زندگی دو ماه بعد از عمل نسبت به یک ماه قبل از عمل به‌طور معناداری از نظر آماری افزایش پیدا کرده بود اما این افزایش نمره در گروه مداخله بیشتر بود (۳۶). در مطالعه‌ی که توسط هالست^۵ و همکارانش در سال ۲۰۰۶ باهدف تعیین تأثیر پیگیری تلفنی بر وضعیت خودمراقبتی بیماران نارسایی قلبی انجام دادند، نتایج مطالعه نشان داد که انجام مداخله هیچ‌گونه تأثیری بر کیفیت زندگی بیماران ندارد و رفتار خودمراقبتی بیماران نیز قبل و بعد از مداخله تفاوت معناداری با یکدیگر نداشت و محقق چنین بیان کرده است که این امر شاید به دلیل کم بودن تعداد تماس‌های تلفنی و یا ناکافی بودن آموزش‌های ارائه شده باشد (۳۷). در مطالعه‌ی شجاعی و همکاران مشخص شد فقط ۲۶ درصد از بیماران نارسایی قلبی رفتارهای خودمراقبتی مناسبی داشتند و سه‌چهارم بیماران در حد متوسط و ضعیف از این رفتارها پیروی می‌کردند. همچنین مشخص شد که این بیماران در انجام رفتارهای خودمراقبتی با موانع متعددی نظیر کمبود اطلاعات، محدودیت‌های جسمی، عدم سازگاری با درمان‌های متعدد و پیچیده، مشکلات عاطفی و ابتلا به بیماری‌های مزمن دیگر روبه‌رو هستند که طبیعتاً همه‌ی این عوامل رفتار خودمراقبتی را در آن‌ها تا حد زیادی تحت تأثیر قرار می‌دهد که این موانع و محدودیت‌ها شامل مطالعه‌ی حاضر نیز می‌شود. همچنین در یک مطالعه‌ی کیفی درباره‌ی بررسی موانع انجام رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، مشخص شد که بسیاری از بیماران اصولاً اعتقادی به تأثیر مثبت رفتارهای خودمراقبتی بر روی تسکین علائم بیماری‌شان ندادند که این امر تبعیت آن‌ها از رفتارهای خودمراقبتی را تحت تأثیر قرار داده است و بیماران انگیزه‌ای جهت انجام این رفتارها ندارند (۳۸). مونونا^۶ و همکاران در پژوهش خود مشخص کردند که تنها ۱۰ درصد از ۷۲۴۷ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی در پی گیری یک‌ساله، رفتار خودمراقبتی مصرف داروها طبق دستور پزشک را رعایت کرده‌اند که این نتیجه با پژوهش حاضر مغایرت

⁴Naylor

⁵Holst

⁶Monona

¹Cebeci

²Senol celik

³Tzu-Ting Huang

بیماران در کدام رفتارهای خودمراقبتی دچار مشکل هستند، اطلاعات کاربردی‌تر و مناسب‌تری به دست خواهد آمد. نتیجه‌گیری کلی: از آنجایی که در طرح ترخیص به‌تمامی عوامل مؤثر بر کنترل مشکلات ناشی از عمل آنژیوپلاستی توجه شده و روند حساس سازی استمرار داشته و درگیری خانواده در پیگیری‌ها و آموزش به آن‌ها به‌عنوان اصل تلقی شده، افزایش توان خودمراقبتی در گروه مداخله طی یک ماه بعد از عمل در مقایسه با قبل از عمل روند صعودی را طی کرده است. از آنجایی که یکی از مشکلات اساسی بیماران مزمن توان خودمراقبتی آن‌ها است، این پژوهش توانسته تأثیر مطلوبی بر توان خودمراقبتی این بیماران داشته باشد. اجرای طرح ترخیص تفاوت معناداری در توان خودمراقبتی بیماران بعد از عمل آنژیوپلاستی عروق کرونر ایجاد می‌کند به‌طوری‌که اجرای این مدل مراقبتی با افزایش توان خودمراقبتی بیماران فوق همراه است.

تقدیر و تشکر

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد انجام‌شده در دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه می‌باشد. از مسئولین محترم دانشگاه، از همه‌ی کارکنان بیمارستان سیدالشهدا به‌ویژه مدیریت محترم و هم‌چنین از همه‌ی بیماران ارجمند و بزرگوار که انجام این پژوهش را میسر نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

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 ≥ 30 Years Old. *J Cardiovasc Thorac Res* 2011;3(4):103.
- Forood A, Mirzaeipoor F. Assessment of the quality of cardiovascular risk factors control in diabetic patients. *ARYA Atheroscler* 2010;4(2).
- Mohammadpour A, Sharghi NR, Khosravan S, Alami A. Investigating the level of self-care and supportive-educative needs of patients with myocardial infarction, based on Orem's model. *Res Health* 2013;3(4):489-96. (Persian)
- Chitsaz A, Mousavi SA, Yousef Y, Mostafa V. Comparison of changes in serum fibrinogen level in primary intracranial hemorrhage (ICH) and ischemic stroke. *ARYA atherosclerosis* 2012;7(4):142. (Persian)
- Dale LP, Whittaker R, Jiang Y, Stewart R, Rolleston A, Maddison R. Improving coronary heart disease self-management using mobile technologies (Text4Heart): a

- randomised controlled trial protocol. *Trials* 2014;15(1):71.
7. Sadeghzadeh V. Secondary prevention and learning needs of patients undergoing angioplasty. *Novel Appl Sci* 2014;3(2):232-6. (Persian)
 8. Babaei M, Kermanshahi S, Alhani F. Influence of discharge planning on anxiety levels in patients with myocardial infarction. *Koomesh* 2011;12(3):Pe272-Pe8, En38. (Persian)
 9. Negarandeh R, Nayeri ND, Shirani F, Janani L. The impact of discharge plan upon re-admission, satisfaction with nursing care and the ability to self-care for coronary artery bypass graft surgery patients. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2012;11(4):460-5. (Persian)
 10. Hadaegh F, Harati H, Ghanbarian A, Azizi F. Prevalence of coronary heart disease among Tehran adults: Tehran Lipid and Glucose Study. *Eastern Mediterranean Health* 2009;15(1):157-65. (Persian).
 11. Ritchie JL, Phillips KA, Luft HS. Coronary angioplasty. Statewide experience in California. *Circulation* 1993;88(6):2735-43.
 12. Gallagher R, Trotter R, Donoghue J. Preprocedural concerns and anxiety assessment in patients undergoing coronary angiography and percutaneous coronary interventions. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2010;9(1):38-44.
 13. Dorros G, Cowley M, Simpson J, Bentivoglio L, Block P, Bourassa M, et al. Percutaneous transluminal coronary angioplasty: report of complications from the National Heart, Lung, and Blood Institute PTCA Registry. *Circulation* 1983;67(4):723-30.
 14. Roubin GS, Cannon AD, Agrawal S, Macander P, Dean L, Baxley W, et al. Intracoronary stenting for acute and threatened closure complicating percutaneous transluminal coronary angioplasty. *Circulation* 1992;85(3):916-27.
 15. Roubin GS, Douglas J, King S, Lin S, Hutchison N, Thomas R, et al. Influence of balloon size on initial success, acute complications, and restenosis after percutaneous transluminal coronary angioplasty. A prospective randomized study. *Circulation* 1988;78(3):557-65.
 16. Teheng JE, Ellis SG, George BS, Kereiakes DJ, Kleiman NS, Talley JD, et al. Pharmacodynamics of chimeric glycoprotein IIb/IIIa integrin antiplatelet antibody Fab 7E3 in high-risk coronary angioplasty. *Circulation* 1994;90(4):1757-64.
 17. Mohammad Hassani M, Farahani B, Zohour A, Panahi Azar R. Self-care ability based on Orem's theory in individuals with coronary artery disease. *Iran J Crit Care Nurs* 2010;3(2):87-91. (Persian).
 18. Strömberg A, Jaarsma T, Riegel B. Self-care: who cares? *Eur J Cardiovasc Nurs* 2012;11(2):133-4.
 19. Coronas K, Coyer FM, Theobald KA. Exploring the information needs of patients who have undergone PCI. *Br J Cardiac Nurs* 2009;4(3):123.
 20. Jaarsma T, Kastermans M, Dassen T, Philipsen H. Problems of cardiac patients in early recovery. *J Adv Nurs* 1995;21(1):21-7.
 21. Kattainen E, Meriläinen P, Jokela V. CABG and PTCA patients' expectations of informational support in health-related quality of life themes and adequacy of information in 1-year follow-up. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2004;3(2):149-63.
 22. Bakhtiari M, Islami M, Fesharaki M, Kosha S. The effect of education on mental health care of women with breast cancer undergoing chemotherapy referred to the institute of Imam Khomeini, Tehran 2011;4(1-2):43-7. (Persian)
 23. Taylor C, Lillis C, LeMone P. *Fundamental of nursing*. by: Azizi D. 2th ed. Tehran: Hayan-abasaleh; 1995.
 24. 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):22.
 25. Ghafari S, Mohamadi E. The reasons of lack of discharge planning performance by nurses. *Iran J Nurs* 2007;19(48):55-66. (Persian)
 26. Mohammadi A, Dalir Z, Hamzeh GF, Ziaei S. nurses'view points to ward the causes of not

- implementing the discharge planning in burn units in 2010. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2011;21(83):66-72. (Persian).
27. Astin F, Jones K, Thompson DR. Prevalence and patterns of anxiety and depression in patients undergoing elective percutaneous transluminal coronary angioplasty. *Heart & Lung. J Acute Crit Care* 2005;34(6):393-401.
28. Oshvandi K, Keshmiri K, Salavati M, Emkanjoo Z, Musavi S. Effectiveness of Education based on Orem's Self-Care Model in Self-Care Activity of Patients with Implantable Cardioverter Defibrillators. *Hayat* 2014;19(3):47-55.(persian)
29. Robichaud-Ekstrand A, Loiselle C. French validation of the " Exercise of self-care agency" scale for heart patients. *Recherche en Soins Infirmiers* 1998 (54):77-86.
30. Akyol AD, Cetinkaya Y, Bakan G, Yaralı S, Akkuş S. Self-care agency and factors related to this agency among patients with hypertension. *J Clin Nurs* 2007;16(4):679-87.
31. Nahcivan NO. A Turkish language equivalence of the exercise of self-care agency scale. *West J Nurs Res* 2004; 26(7):813-24.
32. Daie, mehdi M, Zayghami, Argini, Zahra, hdyary A. The effect of continuous care model on quality of life of patient after coronary angioplasty in BOU Ali Sina hospital 2014;4(1):61-70. (Persian)
33. Cebeci F, Çelik SŞ. Effects of discharge teaching and counselling on anxiety and depression level of CABG patients. *Turkish J Thorac Cardiovasc Surg* 2011;19(2):170-6.
34. Huang TT, Liang SH. A randomized clinical trial of the effectiveness of a discharge planning intervention in hospitalized elders with hip fracture due to falling. *J Clin Nurs* 2005;14(10):193-201.
35. Naylor MD, Brooten D, Campbell R, Jacobsen BS, Mezey MD, Pauly MV, et al. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. *Jama* 1999;281(7):613-20.
36. Sadeghi Shermeh M, Razmjooei N, Ebadi A, Najafi Mehri S, Asadi Lari M, Bozorg Zad P. The impact of the implementation of follow-up care on quality of life of patients after coronary artery bypass graft surgery. *Crit Care Nurs* 2009;2(1):1-6. (Persian).
37. Holst M, Willenheimer R, Mårtensson J, Lindholm M, Strömberg A. Telephone follow-up of self-care behaviour after a single session education of patients with heart failure in primary health care. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2007;6(2):153-9.
38. Shojaei F, Asemi S, Najaf Y, Hosseini F. Self-care behaviors in patients with heart failure. *PAYESH* 2009;8(4):361-9. (Persian)
39. Monane M, Bohn RL, Gurwitz JH, Glynn RJ, Avorn J. Noncompliance with congestive heart failure therapy in the elderly. *Arch Int Med* 1994;154(4):433-7.
40. Ni H, Nauman D, Burgess D, Wise K, Crispell K, Hershberger RE. Factors influencing knowledge of and adherence to self-care among patients with heart failure. *Arch Int Med* 1999;159(14):1613-9.
41. Artinian NT, Magnan M, Sloan M, Lange MP. Self-care behaviors among patients with heart failure. *Heart & Lung: J Acute Crit Care* 2002;31(3):161-72.
42. Khoshtarash M MM, Ghanbari A, Salehzadeh AH, Rahmatpour P. Self-care behaviors and related factors in patients with heart failure referring to medical & educational center of heart in Rasht.. *Holistic Nurs Midwifery J* 2013;23(1):22-9. (Persian)

THE EFFECTS OF DISCHARGE PLANNING ON SELF-CARE ABILITY IN PATIENTS UNDERGOING PERCUTANEOUS TRANSLUMINAL CORONARY ANGIOPLASTY IN SEYYEDOLSHOHADA (AS) HOSPITAL, URMIA, 2014-5

Aghakhani N¹, Najafi Kalyani M², Salami J³*

Received: 22 Dec 2015; Accepted: 19 Feb, 2016

Abstract

Background & Aims: Coronary arteries angioplasty is one of the most common methods for treatment of coronary artery diseases. On the other hand, one of the major issues in promoting quality of care is patient participation in treatment and self-care. This study aimed to determine the effect of implementation discharge planning on self-care ability patients undergoing percutaneous transluminal coronary angioplasty, Urmia, Iran, 2015.

Materials & Methods: This study was an interventional clinical trial. 80 patients were selected who met inclusion criteria, and they were randomly divided into two group of experimental (40) and control group (40). The data were gathered by a demographic questionnaire information, and Kearney & Fleischer self-care ability questionnaire. In experimental group, the patients learned necessary measures for their self-care. One month after discharge, the demographic information questionnaire and the self-care ability questionnaire were completed by two groups of patients. Data analysis was done by using SPSS software version 22, and using descriptive and inferential statistics.

Results: The study revealed that there was no significant difference between control and intervention groups ($p=0.181$). Comparing the averages of the self-care ability before and after the intervention in two groups showed statistically significant differences ($p=0.0001$). As a result, the paired t-test showed that there is statistically significant differences in the control group ($P=0.001$) and the intervention group ($P=0.0001$) during one month after discharge. However, the difference between the means of the scores obtained at the time of admission and one month after discharge is much greater in the intervention group than the control group.

Conclusion: Performance discharge planning had a positive impact on self-care ability for patient's coronary angioplasty. Therefore, it is recommended for health care providers and nurses to strengthen the patients self-care on discharge planning, and to improve their ability of self-care to reduce the complications in coronary angioplasty.

Keywords: discharge planning, self-care ability, coronary arteries angioplasty

Address: MSc in Nursing Education, School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

Tel: (+98) 4432754961-4

Email: javadsalami69@yahoo.com

¹Doctor of Nursing, patient Safety Research Center, Assistant Professor University of Medical Sciences, Urmia, Urmia, Iran

² Assistant Professor of Nursing, School of Nursing, Faculty of Nursing Fasa University of Medical Sciences, Fasa, Iran

³MSc in Nursing Education, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran. (Corresponding Author)