

خود مدیریتی، اصلی ترین راهبرد بیماران پس از جراحی عروق کرونر قلب: یک مطالعه تحلیل محتوی

پرند پورقانع^۱، محمد علی حسینی^۲، فرحناز محمدی^۳، فضل الله احمدی^۴، رسول تبری^۵

تاریخ دریافت 1393/01/25 تاریخ پذیرش 1393/03/24

چکیده

پیش زمینه و هدف: در صورت کارساز نبودن درمان های طبی برای بیماران ایسکمیک، عمل جراحی پیوند عروق کرونر قلب، ضامن بقا و سلامت این بیماران خواهد بود. هدف تحقیق حاضر، آگاهی از راهبردهای به کار گرفته شده بیماران جهت تطابق با دوره بعد از عمل بوده است.

مواد و روش ها: این مطالعه یک تحقیق آنالیز محتوای کیفی قراردادی با مشارکت ۱۷ بیمار بعد از جراحی عروق کرونر قلب در دو مرکز قلب استان گیلان بوده است. روش انتخاب نمونه ها، نمونه گیری مبتنی بر هدف و روش جمع آوری اطلاعات، مصاحبه های نیمه ساختارمند بود. فرایند تحلیل داده ها با توجه به مراحل پیشنهادی "گرانهم ولاندمن" انجام شد. صحت علمی و استحکام داده ها، بررسی و موازین اخلاقی تحقیق، رعایت گردید.

یافته ها: نتایج آنالیز داده ها، به صورت سه طبقه اصلی و ۱۵ زیر طبقه، تعیین و بر اساس ماهیتشان، به صورت مفهومی و انتزاعی نام گذاری گردیدند. طبقات شامل: "سازگاری مطلوب" (تلقین مثبت، به فراموشی سپردن بیماری، کنترل هیجانات، به کارگیری روش های تدافعی، تسلیم شدن در مقابل بیماری)، "تغییر روال عادی زندگی" (اصلاح رژیم غذایی، دوری از انزوا، پیاده روی روزانه، ترک سیگار، برقراری ارتباطات اثربخش)، "تداوم امید" (توکل و امید، امید به بهبودی بیشتر، امید به آینده ای بهتر، امید به طولانی شدن عمر، امید به بازگشت به شرایط نسبی عادی) بود. درون مایه اصلی و مشترک در همه طبقات، "خود مدیریتی" شناخته شده است.

بحث و نتیجه گیری: بر اساس تجارب بیماران که بیانگر سازگاری مطلوب تغییر روال عادی زندگی با به کارگیری "خود مدیریتی" به عنوان مهم ترین راهبرد بعد از جراحی عروق کرونر قلب هست، لزوم حمایت بیشتر متخصصین سلامتی جهت ارتقا کیفیت زندگی این بیماران آشکار می گردد.

کلیدواژه ها: تجارب بیماران، پیوند عروق کرونر قلب، خود مدیریتی، تحلیل محتوای کیفی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره دوازدهم، شماره چهارم، پی در پی 57، تیر 1393، ص 259-249

آدرس مکاتبه: تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه مدیریت توانبخشی، تهران، ایران، تلفن: ۰۹۱۲۱۴۸۸۴۵۷

Email: mahmami@uswr.ac.ir

این مقاله برگرفته از پایان نامه دکترای تخصصی پرستاری است.

مقدمه

سلامت این بیماران خواهد بود (۳). هرساله، حدود ۳۵ تا ۵۰ هزار مورد عمل جراحی قلب در ایران (۴) و حدود ۲۷۰۰ عمل جراحی عروق کرونر قلب، در استان گیلان انجام می گردد (آمار ذکر شده توسط پژوهشگر، از دو بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی قلب استان گیلان اخذ گردیده است). عمل جراحی پیوند عروق کرونر قلب، به عنوان یک درمان، جهت تسکین علائم بیماری، بهبود عملکرد قلبی، پیشگیری از انفارکتوس قلبی مجدد و بهبود

هرساله، بیماری های قلبی - عروقی، بیش از هر عامل دیگری، مردم جهان را به کام مرگ می کشاند (۱). در این میان، سهم کشورهای با درآمد پایین و متوسط، بیش از ۸۰ درصد می باشد (۲، ۱).

در صورت کارساز نبودن درمان های طبی برای بیماران ایسکمیک، عمل جراحی پیوند عروق کرونر قلب^۶، ضامن بقا و

^۱ مربی عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، گروه پرستاری، دانشجوی دکتری تخصصی آموزش پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران^۲ دانشیار، گروه مدیریت توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)^۳ استادیار، عضو مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.^۴ استاد، گروه پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.^۵ استادیار، عضو مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت.^۶ CABG (Coronary Artery Bypass Graft)

در انتخاب روش تحقیق می‌باشند (۱۴). بر اساس سؤال اصلی تحقیق: "راهبردهای به کار گرفته شده بیماران بعد از عمل جراحی پیوند عروق کرونر قلب چیست؟" و هدف کلی این پژوهش: "تبیین راهبردهای به کار گرفته شده بیماران بعد از جراحی عروق کرونر قلب"، روش تحقیق مناسب جهت انجام این مطالعه، روش آنالیز محتوی کیفی قراردادی در نظر گرفته شده است. انتخاب آنالیز محتوی کیفی جهت انجام این مطالعه، به ماهیت سؤالات پژوهشی مربوط می‌باشد. تحقیقات کیفی، مناسب‌ترین روش، جهت تجارب افراد از پدیده‌های اجتماعی می‌باشد (۱۵). حال، از آنجاکه این مطالعه، بر اطلاع یافتن از درک راهبردهای به کار گرفته شده توسط بیماران بعد از جراحی عروق کرونر قلب که با عنایت بر خصوصیات منحصر به فرد هر شخص که می‌تواند تجارب مختلفی در این زمینه داشته باشند، تأکید می‌ورزد، به نظر می‌رسد، آنالیز محتوی کیفی، بهترین روش برای درک شرکت‌کنندگان در مطالعه، از این موضوع باشد. در این روش، ابتدا محتوای اصلی، تمایلات و معانی، جهت یافتن ارتباطات بین ایده‌ها و نظریات مورد بررسی قرار می‌گیرد. سپس محققان می‌توانند از میان این ارتباطات کلی، به نکات کلیدی یا درون‌مایه‌های خاص برسند (۱۶).

در این مطالعه، جهت انتخاب نمونه‌ها، از نمونه‌گیری مبتنی بر هدف استفاده شده است. مشارکت‌کنندگان، ۱۷ بیمار (۱۱ مرد و ۶ زن) بودند که در محدوده سنی ۴۲-۶۸ سال قرار داشته و از ۳ تا ۱۱ هفته از عمل جراحی آنان می‌گذشت. بررسی پرونده‌های موجود جهت یافتن نمونه‌هایی با تجربه جراحی عروق کرونر قلب و تمایل آنان به بیان تجارب و توانایی مصاحبه، ملاک انتخاب نمونه‌ها بود. نمونه‌گیری به صورت مبتنی بر هدف شروع شد. شرکت‌کننده اول با گذشت چهار هفته از عمل جراحی عروق کرونر قلب، انتخاب شد و اطلاعات کسب‌شده از این شرکت‌کننده، انتخاب شرکت‌کننده بعدی را و این‌که او چقدر می‌تواند به روشن‌تر شدن سؤال پژوهش کمک نماید، آشکار ساخت. این روال تا اشباع داده‌ها ادامه داشت. همچنین در تحقیق حاضر، جهت رعایت نمونه‌گیری با حداکثر تنوع، مشارکت‌کنندگان، طیف وسیعی از بیماران با ویژگی‌های متفاوت در متغیرهای سن، جنس، وضعیت اقتصادی-اجتماعی و مدت‌زمان گذشته از عمل جراحی عروق کرونر قلب را در بر می‌گرفتند. تمامی شرکت‌کنندگان، با تمایل در تحقیق شرکت نمودند. روش جمع‌آوری اطلاعات در این تحقیق، مصاحبه‌های نیمه ساختارمند بوده و روند جمع‌آوری داده‌ها تا زمان اشباع داده‌ها، یعنی تا زمانی که داده‌های جمع‌آوری شده، تکرار داده‌های قبلی باشد و اطلاعات جدیدی حاصل نگردد، ادامه یافت و در نهایت، سه درون‌مایه اصلی به دست

وضعیت فیزیکی، روانی و اجتماعی بیماران، باهدف بهبود کیفیت زندگی شناخته شده است (۵). علی‌رغم وجود اثرات مثبت این عمل جراحی برای بیماران، از آنجاکه بیشترین افراد تحت عمل جراحی عروق کرونر قلب را گروه‌هایی با سنین بالا با همراه داشتن چندین بیماری زمینه‌ای نظیر دیابت و بالا بودن فشارخون، تشکیل می‌دهند، لذا مشاهده عوارض بعد از عمل در این گروه، دور از انتظار نیست (۷،۶). عوارض جسمانی و روانی نظیر: پنومونی (۸،۶)، درد شدید قفسه سینه و ساق پا (۹)، برخی اختلالات گوارشی (۱۰) و آسیب عصبی و شناختی (۱۱) که ضرورت تغییر سبک زندگی بیماران را به همراه خواهد داشت (۵). خودمدیریتی در بیماری‌های مزمن نظیر بیماری‌های قلبی، یک جزء مهم مراقبت محسوب شده و کاهش هزینه بستری مجدد و عوارض مربوطه را به همراه خواهد داشت که نتیجه نهایی آن بهبود سلامتی و کیفیت بهتر زندگی خواهد بود (۱۲). در این زمینه، بسیاری از بیماران بعد از عمل جراحی عروق کرونر قلب، با به‌کارگیری دستورات پزشکی و شرکت در برنامه‌های توصیه‌شده نظیر توان‌بخشی قلبی، در جهت تسکین درد خود، مقاومت در مقابل بیماری و ارتقا شایستگی فیزیکی می‌کوشند (۱۳). بر اساس بررسی‌های انجام‌گرفته، تمرکز بسیاری از مقالات در این زمینه، بر پیگیری دستورات تجویز شده بیماران بوده و به تجارب بیماران جهت بازتنظیم زندگی بعد از عمل توجه خاصی نشده است. شناخت دقیق راهبردهای بیماران بر اساس تجارب آنان، به شناخت دقیق‌تر ارزش‌ها و باورهای فردی در رابطه با بیماری و درمان بر اساس فرهنگ موجود با آگاهی از تجارب زنده آنان ممکن می‌باشد (۵). هدف تحقیق حاضر، تبیین راهبردهای به کار گرفته شده بیماران بعد از جراحی عروق کرونر قلب جهت ازسرگیری یک زندگی نسبی عادی بوده است. شناخت راهبردهای به کار گرفته شده بیماران بر اساس تجارب آنان، فرصت شایانی را برای آگاهی صحیح کادر درمان از این راهبردها، تقویت موارد مثبت، یا تعدیل و تصحیح راهبردهای نامناسب و در نتیجه ارتقا کیفیت زندگی بیماران فراهم خواهد نمود.

مواد و روش‌ها

این پژوهش، یک مطالعه کیفی، از نوع تجزیه و تحلیل محتوایی قراردادی^۱ است که در راستای درک تجارب بیماران بعد از عمل جراحی پیوند عروق کرونر قلب از راهبردهای به کار گرفته‌شده، در سال‌های ۱۳۹۱-۱۳۹۰ در مرکز فوق تخصصی قلب دکتر حشمت و مرکز توان‌بخشی قلبی بیمارستان گل‌سار رشت در استان گیلان انجام‌گرفته است. هدف و سؤال پژوهش، از موارد مهم تعیین‌کننده،

². Conventional qualitative content analysis

برخی از تجربیات این گروه از بیماران قلبی آشنایی داشته است. تکرار گام‌به‌گام جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها و بهره‌گیری از بازبینی توسط اساتید راهنما، مشاور و افراد صاحب‌نظر، جهت افزایش قابلیت اعتماد^۴ داده‌ها صورت پذیرفت. جهت افزایش معیار تأیید پذیری داده‌ها^۵، از تأیید اساتید هیئت‌علمی دانشگاه و نظرات تکمیلی آنان بهره گرفته شد. قابلیت انتقال^۶ مطالعه، با تلاش جهت ارائه توصیف غنی از گزارش تحقیق، به‌منظور ارزیابی و قابلیت کاربرد تحقیق در سایر زمینه‌ها، صورت پذیرفت.

ملاحظات اخلاقی:

پژوهشگر پس از کسب مجوز از کمیته پژوهشی و اخلاق دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی تهران، با ارائه معرفی‌نامه به مسئولین بیمارستان‌های محل تحقیق، اجازه انجام تحقیق را دریافت نمود. پس از بیان هدف پژوهش، از نمونه‌ها در صورت تمایل به شرکت در تحقیق، دعوت به عمل آمد. قبل از شروع تحقیق، پژوهشگر ضمن بیان معرفی خود و هدف تحقیق، توضیحاتی نیز مبنی بر اختیاری بودن شرکت در تحقیق، انصراف از تحقیق، هر زمان که تمایل داشته باشند، علت ضبط صدا و محرمانه ماندن اطلاعات و در صورت تمایل، در دسترس قرار گرفتن نتایج اطلاعات، برای نمونه‌های تحقیق ارائه نمود.

یافته‌ها

مشارکت‌کنندگان در این تحقیق، ۱۷ بیماری بودند که تجربه جراحی پیوند عروق کرونر قلب را داشتند. ۱۱ شرکت‌کننده، مرد، در محدوده سنی ۶۹-۴۲ سال و ۶ شرکت‌کننده، زن، در محدوده سنی ۶۷-۵۳ سال بودند. ۱۵ نفر، متأهل و همسر ۲ نفر از شرکت‌کنندگان فوت نموده بودند. سطح تحصیلات آن‌ها، از زیر دیپلم تا فوق‌دیپلم بود. ۴ بیمار، خانه‌دار، ۲ بیمار، کارمند، ۷ بیمار، دارای شغل آزاد و ۴ بیمار، بازنشسته بودند.

از توصیف غنی و عمیق مشارکت‌کنندگان به‌طورکلی، ۱۳۵۰ کد اولیه استخراج گردید. کدها پس از چندین بار مرور، خلاصه‌سازی و بر اساس تشابه و تناسب، طبقه‌بندی شدند. معنای درونی با تحلیل و مقایسه، به‌صورت سه طبقه اصلی و پانزده زیر طبقه تعیین و بر اساس ماهیتشان، به‌صورت مفهومی و انتزاعی نام‌گذاری گردیدند. طبقات، شامل: "سازگاری مطلوب" با زیر طبقات: تلقین مثبت، به‌فراموشی سپردن بیماری، کنترل هیجانات، به‌کارگیری روش‌های تدافعی، تسلیم شدن در مقابل بیماری، "تغییر روال عادی زندگی" با زیر طبقات: اصلاح رژیم

آمد. مدت‌زمان مصاحبه‌ها، از ۴۰ تا ۵۵ دقیقه متغیر بود. تمامی مصاحبه‌ها توسط یک پژوهشگر (پرنده پورقانع) هدایت گردید. مصاحبه، با سؤالاتی جهت کسب اطلاعات مرتبط با تجارب بیماران از شروع بیماری قلبی و درمان‌های مربوطه، آغاز و بر اساس پاسخ‌های شرکت‌کنندگان، سؤالات بعدی جهت کسب اطلاعات بیشتر از تجارب و درک آنان از دوره بعد از عمل جراحی عروق کرونر قلب، تنظیم گردیده بود. برخی سؤالات مصاحبه عبارت بودند از: از زمانی که متوجه بیماری قلبی خود شدید، برایم صحبت کنید. چه کردید؟ از نقش خودتون در این مسیر برام صحبت کنید. برای بهبود سریع‌تر خودتون، از چه راهکارهایی بهره گرفتید؟ بر اساس پاسخ‌ها، سؤالات بعدی با تمرکز بیشتر، جهت درک دقیق‌تر، پرسیده می‌شد. مصاحبه‌ها به‌صورت انفرادی و در محیطی تقریباً آرام و بدون استرس انجام گرفت. فرایند تحلیل داده‌ها، با توجه به مراحل پیشنهادی گرانهیم و لاندمن^۱، انجام شد: ۱- محتوای مصاحبه‌های ضبط‌شده، پیاده شده و مکتوبات، چندین بار توسط پژوهشگران، جهت درک کلی و صحیح و همچنین رسیدن به یک درک کلی، بازخوانی گردیدند ۲- کل مصاحبه‌ها و مشاهده‌ها به‌عنوان واحد تحلیل لحاظ می‌شدند. منظور از واحد تحلیل، یادداشت‌هایی بود که قرار بود تحت تحلیل و کدگذاری قرار بگیرند ۳- کلمات، جملات و یا پاراگراف‌ها به‌عنوان واحدهای معنایی در نظر گرفته می‌شدند. واحدهای معنایی، مجموعه‌ای از کلمات و جملات بودند که از نظر محتوا با یکدیگر مرتبط بودند. این واحدها با توجه به محتوا و مفادشان، جمع‌بندی شده و در کنار هم قرار می‌گرفتند ۴- سپس واحدهای معنایی، با توجه به مفهوم نهفته در آن‌ها به سطح انتزاع و مفهوم‌پردازی رسیده و با کدها نام‌گذاری می‌شدند ۵- کدها از نظر تشابهات و تفاوت‌هایشان با یکدیگر مقایسه شده و تحت طبقات انتزاعی‌تر با برجسب مشخص، دسته‌بندی می‌شدند ۶- در پایان، با مقایسه طبقات با یکدیگر و تأمل عمیق و دقیق، محتوای نهفته در داده‌ها، تحت عنوان درون‌مایه مطالعه، معرفی گردید (۱۷).

صحت و استحکام مطالعه تحقیق، با استفاده از معیارهای پیشنهادی گوبا و لینکلن^۲، بررسی شد (۱۸): قابلیت اعتبار^۳: پژوهشگر با شرکت طولانی‌مدت و مشارکت و تعامل کافی با شرکت‌کنندگان، جمع‌آوری اطلاعات معتبر و تأیید اطلاعات توسط مشارکت‌کنندگان، تلاش بر افزودن اعتبار تحقیق نمود. پژوهشگر به دلیل تجربه قبلی در نقش یک پرستار سی‌سی‌یو و مشارکت در برخی تحقیقات کیفی دیگر در زمینه جراحی عروق کرونر قلب، با

6. Dependability
7. Confirmability
8. Transferability

3. Graneheim and Lundman
4. Guba & Lincoln
5. Credibility

غذایی، دوری از انزوا، پیاده‌روی روزانه، ترک سیگار، برقراری ارتباطات اثربخش، "تداوم امید" با زیر طبقات: توکل و امید، امید به بهبودی بیشتر، امید به آینده‌ای بهتر، امید به طولانی شدن عمر، امید به بازگشت به شرایط نسبی عادی بود. درون‌مایه مشترک این سه طبقه، "خودمدیریتی" شناخته شده است (جدول ۱).

جدول (۱): طبقات اصلی و زیر طبقات

زیر طبقات	طبقات اصلی	درون‌مایه مشترک طبقات
تلقین مثبت		
فراموشی عمدی بیماری	سازگاری مطلوب	
کنترل هیجان‌ها		
به‌کارگیری روش‌های تدافعی		
تسلیم شدن در مقابل بیماری		
اصلاح رژیم غذایی		
دوری از انزوا		
پیاده‌روی روزانه	تغییر روال عادی زندگی	خودمدیریتی
ترک سیگار		
برقراری ارتباطات اثربخش		
توکل و امید		
امید به بهبودی بیشتر	تداوم امید	
امید به آینده‌ای بهتر		
امید به طولانی شدن عمر		
امید به بازگشت به شرایط نسبی عادی		

می‌کنم از فکر مریضی بیرون پیام تا بتونم راحت‌تر زندگی کنم". (مشارکت‌کننده شماره ۱۶، بیمار ۶۷ ساله، مرد): "حالا هم گاهی میگم، میگم که: من دیگه چیزیم نیست. اصلاً با دوستانم که بیرون هستیم، نمی‌ذارم حرفی از مریضی و عملم بزنند، یادآوری نمی‌کنم، راحت‌ترم".

کنترل هیجان‌ها: به نظر می‌رسید، گریه و خشم، از راهکارهای مشارکت‌کنندگان جهت کنترل هیجان‌ها و در نتیجه نوعی سازگاری مطلوب باشد. (مشارکت‌کننده شماره ۲، بیمار ۶۷ ساله، زن): "هنوز هم وقتی دردم شروع میشه، مسکن می‌خورم، سعی می‌کنم آروم باشم، ولی... واقعاً دیگه کم که می‌ارم، اشک‌هام سررازی می‌شوند" (وجود اشک در چشمان بیمار). (مشارکت‌کننده شماره ۱۰، بیمار ۶۶ ساله، مرد): "خودم می‌دونم خیلی اوقات عصبانیتم الکی میشه، ولی دست خودم نیست. انگار اون موقع داد و بیدادم رو می‌کنم، کلی آروم میشم".

به‌کارگیری روش‌های تدافعی: یافتن مقصر بیرونی، راهی جهت تطابق هر چه بهتر برخی مشارکت‌کنندگان بود. (مشارکت‌کننده شماره ۵، بیمار ۴۲ ساله، مرد): "من که میدونم همه مراقبتهام رو، دکتر رفتن هام رو به موقع انجام دادم، پس میگم که مقصر این وضعی که برام پیش اومد، من نبودم. خودشون (اشاره به پزشکان)،

سازگاری مطلوب: یکی از راهبردهای بیماران بعد از عمل جراحی عروق کرونر قلب در این تحقیق، سازگاری مطلوب بود. بیماران با به‌کارگیری راهبردهای: تلقین مثبت، به فراموشی سپردن بیماری، کنترل هیجان‌ها، به‌کارگیری روش‌های تدافعی و تسلیم شدن در مقابل بیماری، در جهت سازگاری با بیماری می‌کوشیدند.

تلقین مثبت: به‌کارگیری راهبرد تلقین مثبت مبنی بر شیوع زیاد بیماری قلبی و عمل پیوند عروق کرونر قلب و ساده‌انگاشتن آن، توسط مشارکت‌کنندگان جهت سازگاری با بیماری، از یافته‌های تحقیق حاضر بود. گزیده‌هایی از جملات بیماران بدین قرار است: (مشارکت‌کننده شماره ۳، بیمار ۶۵ ساله، مرد): "یعنی با خودم می‌گفتم: قلبم مشکل پیدا کرده، این‌همه که دوروبرم دارم (اشاره به بیمار قلبی)، فقط که برای من پیش نیامده". (مشارکت‌کننده شماره ۵، بیمار ۴۲ ساله، مرد): "همیشه با خودم میگم: خدا روشکر که درمانش معلومه، خدا منو می‌خواست که بدترش برام پیش نیامد".

فراموشی عمدی بیماری: به فراموشی سپردن بیماری قلبی، دیگر راهکار برخی مشارکت‌کنندگان، جهت سازگاری بود. (مشارکت‌کننده شماره ۱۱، بیمار ۶۱ ساله، زن): "خودم، سعی

از ظهر، برنامه پیاده‌روی خودمو داشته باشم. اوله‌اش، خیلی کم بود. الان، بیشتر میرم. خیلی کم، ماشین می شینم. یعنی، بیشتر برای راه‌های دور". (مشارکت‌کننده شماره ۹، بیمار ۶۱ ساله، مرد): "تقریباً سعی می‌کنم هر روز قدم زدنم را داشته باشم. معمولاً با خانمم می‌روم قدم بزینم. واقعاً نشاط هم پیدا می‌کنم".

ترک سیگار: (مشارکت‌کننده شماره ۹، بیمار ۶۱ ساله، مرد): "به نظر من، بعضی چیزها را خودمون مقصریم. خودم را می‌گویم. بابای خدایامرمز سیگاری قهار بود. من هم شدم همون طور. از پانزده، شانزده سالگی می‌کشیدم. کشیدم، کشیدم تا گرفت قلبمو. تازه، کنار گذاشتم. یعنی از شروع مشکل قلبم. کلی هم راحت‌ترم". (مشارکت‌کننده شماره ۱۲، بیمار ۶۴ ساله، مرد): تو خانواده ما، همه برادرهام، دور و برم، سیگاری هستن. من که بخاطر مرضی خودم، گذاشتم کنار و کلی هم روی اشتهایم و نفسم تأثیر گذاشت، چند نفر را هم ترک دادم".

برقراری ارتباطات اثربخش: برقراری ارتباط با اعضای خانواده، دوستان و همکاران که شادی و دل‌زندگی را برای مشارکت‌کنندگان به همراه داشت، از دیگر راهکارهای به کار گرفته شده و مؤثر بود. برخی از جملات مشارکت‌کنندگان از این قرار بود. (مشارکت‌کننده شماره ۱۳، بیمار ۵۵ ساله، مرد): "به خودم گفتم: دیگه خودت، باید خودت را بسازی. خیلی چیزهای خودم را تغییر دادم، غذا، تفریح، استراحت. سعی کردم همه چیز را طبیعی کنم. ارتباط دوباره با دوست‌هایم، خیلی روی روحیه ام تأثیر گذاشت. این رو، اون رو شدم. وقتی با یکی حرف می‌زنی، میگی، می‌خندی، سرحال میشی، روزت خوب میشه". (مشارکت‌کننده شماره ۹، بیمار ۶۱ ساله، مرد): تنهایی، دوری از کسانی که برات مهم هستن، اثرات خیلی بدی رو روحیه ت می‌گذاره. این را من کاملاً در مدتی که با همه قطع رابطه کرده بودم، درک کردم. حالا، دوباره ارتباطم را از سرگرفتم تا بتوانم یک زندگی عادی و شادی داشته باشم".
تداوم امید:

مشارکت‌کنندگان امید خود را به زندگی و بهبودی بیشتر از دست نداده و با توکل به خدا و امید به یاری آنان، به دنبال آینده‌ای بهتر با عمری طولانی بودند. از نظر آنان، وجود بارقه امید و تداوم آن، تکیه گاهی همیشگی و مطمئن، جهت دوباره سازی زندگی بعد از عمل جراحی بود.

امید به بهبودی بیشتر: مشارکت‌کنندگان به بهبودی بیشتر جسمی و روانی خود امید بسته بودند. (مشارکت‌کننده شماره ۱۴، بیمار ۶۸ ساله، مرد): می‌دونم روز به روز بهتر می‌شوم. دردم، روحیه‌ام... بعد، می‌تونم کار کنم، شاد باشم. با این فکرها، وقتی برای ناراحتیم نمی‌گذارم". (مشارکت‌کننده شماره ۶، بیمار ۶۱ ساله، زن): "به نظر من، هرکسی با یک امیددی زنده هست و زندگی را

نتونستن زودتر تشخیص بدن". (مشارکت‌کننده شماره ۱۰، بیمار ۶۶ ساله، مرد): "من که خودم، همیشه، مراقب خودم بودم. یعنی نه اومدم تو شهر که با این دود و این چیزاش زندگی کنم، نه چیزای مصنوعی می‌خوردم، خوب، پس چرا این جور شدم؟ بخاطر اینکه زودتر دستگاهی نبود که تشخیص بدن تا با به دارویی خوب بشیم".

تسلیم شدن در مقابل بیماری: (مشارکت‌کننده شماره ۱، بیمار ۶۵ ساله، مرد): "باید قبول می‌کردم. یعنی، بخاطر خودم، خانواده م، باید همه چیز قبول کنم. هرچی بگن، گوش می‌کنم". (مشارکت‌کننده شماره ۱۵، بیمار ۶۴ ساله، زن): "وقتی بگویم تسلیم، یعنی، یا شمارو قبول دارم، یا مجبورم. خلاصه، خودم را سپردم به آن‌ها (اشاره به پزشک) و واقعاً هم انگار، به جوری توانستم با وضع کنار بیام".
تغییر روال عادی زندگی:

تلاش مشارکت‌کنندگان در جهت تغییر روال عادی زندگی با تغییر در مواردی نظیر اصلاح رژیم غذایی، دوری از انزوا، پیاده‌روی روزانه، ترک سیگار و برقراری ارتباطات اثربخش بود.

اصلاح رژیم غذایی: مشارکت‌کنندگان، رژیم غذایی خود را به مصرف غذای کم حجم، کم نمک و پخته یا کم چرب، تغییر داده بودند. (مشارکت‌کننده شماره ۷، بیمار ۶۲ ساله، زن): "خودم همیشه رعایت غذا را می‌کنم. اصلاً سرخ کرده نمی‌خورم. نه من، نه دخترم. دیگه اون هم با غذای پخته عادت کرده. خیلی کم، یعنی فقط برای مزه، یه کمی نمک می‌زنم". (مشارکت‌کننده شماره ۹، بیمار ۶۱ ساله، مرد): "کلاً که، غذا را کم کردم. خیلی از زمان‌ها هنوز سیر سیر نشدم، دست از غذا می‌کشم. چربی و شوری هم زیاد نمی‌خورم".

دوری از انزوا: (مشارکت‌کننده شماره ۱۷، بیمار ۶۳ ساله، زن): "یه مدت، خودم را حبس کرده بودم. یعنی، فقط برای دکتر و درمانهام بیرون می‌ومدم. از همه دوری می‌کردم. ولی دیدم نه. دارم بدتر میشم. خودم درستش کردم. بیرون اومدم. گاهی برای خرید میرم. گاهی سالن برای ورزش هم میرم". (مشارکت‌کننده شماره ۴، بیمار ۵۸ ساله، مرد): قبل از مرضیم، همیشه بیرون بودم دیگه. ولی، با شروع مرضیم، اصلاً، زندگی‌ام یه روال دیگه پیدا کرد. بی حوصله بودم و از همه فرار می‌کردم. ولی دیدم انگار دارم می‌پوسم. شروع کردم. دوباره رفتم بیرون، مغازه، با دوستانم رفتیم زیارت. تازه فهمیدم اینجوری دارم زندگی می‌کنم".

پیاده‌روی روزانه: گنجاندن برنامه روزانه پیاده‌روی، تغییری در روال عادی مشارکت‌کنندگان بود. (مشارکت‌کننده شماره ۳، بیمار ۶۵ ساله، مرد): "از اون حالت ماشینی، خیلی بیرون اومدم. یعنی سعی خودم اینه هر ساعتی که حال داشته باشم، اول صبح یا بعد

پیش می‌بره. من هم، همیشه امید دارم که بهتر از اینی که هستم، بشم. چون، همه زحمت می‌کشن و من هم، دارم تلاش خودم رو می‌کنم."

توکل و امید: مشارکت‌کنندگان، به خدا و ائمه توکل می‌کردند. آنان، توکل به خدا و ائمه را، عامل حمایتی و آرامش‌دهنده‌ای جهت برگشت به زندگی قبل از بیماری ذکر می‌نمودند. برخی از جملات مشارکت‌کنندگان از این قرار بود: (مشارکت‌کننده شماره ۲، بیمار ۶۷ ساله، زن): "همیشه دارم ذکر می‌گویم، دعا می‌خوانم. این طور فکر می‌کنم خیلی به خدا و ائمه نزدیک می‌شوم و می‌توانم حاجتم رو از آنها بگیرم. بعد دیگه اصلاً فکر نمی‌کنم که مریضم". (مشارکت‌کننده شماره ۱۰، بیمار ۶۶ ساله، مرد): "حداقل، یکی دوبار در هفته، با خانمم میریم زیارت. اونجا که هستیم، حاجتم را میگم و می‌گیرم. وقتی دارم از آسیدجلال اشرف (زیارتگاه واقع در استان گیلان، شهر آستانه اشرفیه)، میام بیرون، سبک سبکم. باور کنید، احساس می‌کنم از همه سالم‌تر هستم. همان آدم قبلی میشم... نه دردی، نه ناراحتی".

امید به آینده‌ای بهتر: مشارکت‌کنندگان با امید به آینده‌ای بهتر در تلاش جهت دوباره‌سازی زندگی می‌کوشیدند. (مشارکت‌کننده شماره ۵، بیمار ۴۲ ساله، مرد): "به آینده‌ای بهتر از این وضع، امید دارم. همیشه میگم: من که سنی نکردم (می‌خندد)، حالا که این، پیش اومده و روز به روز هم دارم بهتر میشم. باز هم، بهتر میشم. همه کارهایم را از سر می‌گیرم. دوباره فوتبالم رو ادامه می‌دم". (مشارکت‌کننده شماره ۱۰، بیمار ۶۶ ساله، مرد): "یه مدت، حسابی وامونده شده بودم. از همه چیز، خسته شده بودم. چون، دیگه، به امیدی به خوب شدن نداشتم. ولی حالا که مدتی گذشته و کلی بهتر شدم، آینده خودم را خیلی روشن می‌بینم".

امید به طولانی شدن عمر: (مشارکت‌کننده شماره ۱، بیمار ۶۵ ساله، مرد): "اصلاً دیگه فکر مرگ و مردن را نمی‌کنم. خوب، چیز به این بزرگی برام پیش اومد و جون به در بردم. پس دیگه فعلاً عزرائیل هیچ کاری با من نداره. جای اصلیم (اشاره به قلب خود) تعمیر شده، دیگه، حالا حالاها، زنده‌ام (می‌خندد)". (مشارکت‌کننده شماره ۷، بیمار ۶۲ ساله، زن): "از وقتی که اولین بار درد قلبم و این مشکلاتم شروع شد و فهمیدم مشکل از کجا آب می‌خوره، حسابی خودم را باخته بودم. وصیت نوشته بودم. می‌گفتم من و عمل قلب؟ ترس از عمل... ولی، حالا دیگه، امید دارم، به آینده خوب، آینده آرام، یک عمری بیشتر تا بیشتر با دخترم باشم. همین امیدم، من را سرپا نگه می‌داره".

امید به بازگشت به شرایط نسبی عادی: مشارکت‌کنندگان، از امید همیشگی خود به بازگشت به شرایط نسبی عادی، گفته و تلاش خود را جهت دسترسی به آن تنظیم می‌نمودند.

(مشارکت‌کننده شماره ۲، بیمار ۶۷ ساله، زن): خیلی وقت‌ها فکر می‌کردم دیگه نمی‌تونم به زندگی قبل خودم برسم. ولی حالا دیگه، امید دارم. یعنی همیشه با خودم تکرار می‌کنم تا یادم نره که من، دوباره باید زندگی قبلی خودم را، حالا کمی بهتر یا بدتر، درستش کنم. سعی می‌کنم مثل قبل، با کارهایم مشغول باشم. کار خونه، کار بیرون". (مشارکت‌کننده شماره ۸، بیمار ۶۹ ساله، مرد): "همیشه میگم حالا که فعلاً رفتنی نشدیم و هستیم، دیگه نباید به زندگی مرده ای داشته باشیم. باید ه سعی کنیم تا زندگی خودمان را که خراب شده بود تا می‌توانیم دوباره عادی کنیم. خودم که دارم تلاشم را می‌کنم و به همه کسانی هم که مثل من عمل کردند، می‌گویم".

بحث و نتیجه‌گیری

هدف تحقیق حاضر، تبیین راهبردهای به کارگرفته شده بیماران بعد از جراحی عروق کرونر قلب بوده است. یافته‌ها نشان داد، مهم‌ترین راهبرد بیماران بعد از عمل جراحی عروق کرونر قلب، "خودمدیریتی" بوده است که راهکارهایی نظیر سازگاری مطلوب، تغییر روال عادی زندگی و تداوم امید را در بر می‌گرفته است.

سازگاری مطلوب: مشارکت‌کنندگان با پشت سر گذاشتن عمل جراحی عروق کرونر قلب، بر تلاش خود جهت سازگاری مطلوب با شرایط بعد از عمل می‌افزودند. درواقع، هرگونه تغییر در زندگی انسان، اعم از خوشایند و ناخوشایند، مستلزم نوعی سازگاری مجدد است (۱۹). بیماران قلبی نیز که با بروز مشکلات مربوط به بیماری، دچار اضطراب، گوشه‌گیری، فقدان و عدم توانایی سازش با فعالیت‌های روزمره و نهایتاً اختلال در کیفیت زندگی می‌شوند، اما با توجه به اهمیت حفظ یک زندگی طبیعی و سالم، قادرند با یافتن روش‌های مؤثر، بیماری خود را با تحمل و بردباری پذیرفته و با آن سازش مناسب نمایند (۲۰). روش‌های مقابله با تغییرات زندگی و تنش‌های حاصله از این تغییرات، در افراد مختلف و برحسب موقعیت‌های گوناگون، متفاوت است (۱۹) همچنین، گاه به نظر می‌رسد، بیماری، تغییرات مثبتی را با خود به همراه دارد که فرایند سازگاری با بیماری را تسهیل می‌نماید (۲۱)؛ اما در تحقیق خلیل زاده و همکاران که باهدف تعیین میزان سازگاری بیماران نارسایی قلب با مشکلات ناشی از بیماری صورت پذیرفت، تنها ۱۰٪ از نمونه‌ها میزان سازگاری خوبی با بیماری و مشکلات ناشی از آن داشته‌اند که محققان، علت را با استرس‌های جسمی - روحی نمونه‌ها مرتبط دانسته‌اند (۲۰). سازگاری فرایندی است که در آن فرد در یک دوره زمانی فعالانه درگیر می‌شود و برای آن از استراتژی‌های متفاوتی استفاده می‌کند (۱۹). تلقین مثبت، به

فراموشی سپردن بیماری، کنترل هیجانات، به‌کارگیری روش‌های تدافعی و تسلیم شدن در مقابل بیماری از راهبردهای مشارکت‌کنندگان تحقیق حاضر جهت سازگاری مطلوب بود. در تحقیق "هیلس دان"^۱ نیز، بیماران با مقایسه خود با دیگران، در تلاش جهت کم‌اهمیت نشان دادن بیماری خود بودند (۲۲). همچنین در تحقیق "فارسی" و همکاران، تلاش جهت فراموش کردن بیماری، تخلیه‌ی هیجانات، تسلیم شدن و اجتناب از کسب آگاهی از روش‌های درمانی و نتیجه آن، از راهکارهای تطابق بیماران با بیماری بود (۲۳). اما در تحقیق خلیل زاده و همکاران، ۵۶/۶ نمونه‌ها قادر به کنترل هیجانات ناشی از بیماری نبودند و از نظر پژوهشگران، ضرورت آموزش مناسب در این زمینه به چشم می‌خورد (۲۰).

تغییر روال عادی زندگی: بیماری‌های قلبی، عروقی، تأثیر قابل توجهی را بر همه ابعاد زندگی بیمار گذاشته و کاهش کیفیت زندگی آنان را به همراه دارد، بنابراین مانند سایر بیماری‌های مزمن، پیشرفت بیماری‌های قلبی، با ارتقاء سلامت و بهبود روش زندگی، کاهش خواهد یافت (۲۴). مشارکت‌کنندگان در این تحقیق، از تغییر روال عادی زندگی خود جهت ساخت زندگی جدید می‌گفتند. خودمدیریتی در بیماری‌های مزمن، از جمله بیماری قلبی، یک جزء حیاتی از مراقبت محسوب می‌گردد. چراکه خودمدیریتی با خود، کاهش هزینه بیمارستانی ناشی از بستری مجدد و بروز عوارض مرتبط با بیماری‌های مزمن را به همراه دارد که نتیجه مطلوب آن، دستیابی به زندگی سالم و با کیفیت بهتری باشد (۱۲). نتایج برخی تحقیقات، بیانگر پیامدهای مثبت بیماری نظیر تغییرات در خود، تغییر در رفتار و اهداف (۲۵، ۲۱) و تغییرات شیوه زندگی (۲۶، ۲۱)، علی‌رغم وجود اثرات منفی آن بوده است. یکی از وجوه بیماری، باور بیمار در رابطه با علت بیماری است (۲۷). یافته‌های تحقیقات مختلف نشان می‌دهند که بسیاری از بیماران قلبی، مشغله زیاد (۲۷)، استرس، نگرانی، تنش (۵، ۲۷-۲۹) و عادات بد نظیر سیگار کشیدن (۵، ۲۹، ۲۸) و رژیم غذایی غلط را از علل بروز بیماری خود بر شمرده و ایجاد تغییرات زیاد را در زندگی خود ضروری می‌دانستند (۲۹، ۲۸). در تحقیق حاضر نیز، مشارکت‌کنندگان با تغییر در روال عادی زندگی خود، نظیر اصلاح رژیم غذایی، دوری از انزوای پیاده‌روی روزانه، ترک سیگار، برقراری ارتباطات اثربخش، جهت کسب سلامتی کاهش یافته خود می‌کوشیدند. در تحقیق افراسیابی فر و همکاران، بیماران می‌کوشیدند تا با اراده مصمم و انگیزه بیشتر، عوامل خطرزا را از شیوه زندگی خود حذف نمایند (۲۱). نتایج تحقیق "دار"^۲ و

همکاران نیز نشان داد که اکثر مشارکت‌کنندگان با برنامه پیاده‌روی روزانه، اصلاح رژیم غذایی و ترک سیگار و تنباکو، جهت دوباره سازی زندگی خود، می‌کوشیدند. برخی نیز اعتقادی به نقش سیگار و تنباکو در شدت بیماری نداشته و از رژیم غذایی صحیح نیز اطلاعی نداشتند (۲۷). مطالعات نیز، نقش تغییر سبک زندگی نظیر تغییر در رژیم غذایی، عادات سیگار کشیدن، افزایش فعالیت فیزیکی و کاهش استرس را در کاهش ریسک حملات بعدی قلبی و نیاز به بستری مجدد نشان می‌دهند (۲۸). همچنین در تحقیق دیگری از ارتباطات سازنده و حمایتی به‌عنوان عاملی جهت پیشرفت سلامتی بیمار یاد شده (۲۴) و ارتباط بیمار قلبی را با دیگران، عاملی جهت تطابق بیمار با بیماری ذکر می‌نماید (۳۰).

تداوم امید: مشارکت‌کنندگان با پشت سر گذاشتن عمل جراحی عروق کرونر قلب و بهبودی نسبی با دریافت درمان‌ها و ورزش‌ها، هیچ‌گاه امید خود را از دست نداده بودند و با توکل و امید، امید به بهبودی بیشتر، امید به آینده‌ای بهتر، امید به طولانی شدن عمر و امید به بازگشت به شرایط نسبی عادی جهت دوباره سازی زندگی خود می‌کوشیدند. توکل و امید به یاری خدا و ائمه در صحبت‌های مشارکت‌کنندگان به وفور شنیده می‌شد. اعتقادات مذهبی به تلاش بیماران در جهت سلامتی و درمان معنی و مفهوم بخشیده (۵) و با نظم بخشی تطابق آنان با بیماری، نقش مهمی در ارتقا سلامت بیماران ایفا می‌کند (۳۱). در تحقیق "پورقانع" و همکاران نیز، اکثر بیماران، با امید به کسب مجدد سلامتی و یاری گرفتن از خداوند و ائمه، در تلاش جهت تطابق با بیماری بودند. آنان از احساس آرامش و سبکی خود با رفتن به امامزاده و سفره نذری انداختن در منزل می‌گفتند (۳۲). مذهب و نزدیکی با خدا می‌تواند در ایجاد احساس امید، احساس راحتی و کمک به حل مشکل مؤثر باشد (۳۳). کسی که قرآن را هدایتگر و راهنمای زندگی خویش دانسته، در تمامی شئون زندگی آن را ناظر بر زندگی خود می‌داند، به پیشواز مشکلات رفته و انتظار رخداد آنرا دارد (قرآن کریم، سوره بلد، آیه ۴). مشارکت‌کنندگان در تحقیق "پترسون"^۳ و همکاران، با افزایش اعتقادات مذهبی خود و خواندن کتاب قرآن، در جهت تطابق با شرایط خود می‌کوشیدند (۳۴). امید به زندگی بهتر در آینده و داشتن عمری طولانی تر از دیگر صحبت‌های مشارکت‌کنندگان بود. در تحقیق کیفی "کاندون"^۴ و همکاران که با هدف "تجارب بیماران از تغییر سبک زندگی بعد از آنفارکتوس میوکارد" انجام شد، برخی از مشارکت‌کنندگان از فرصت دوباره زندگی گفته و خود را

11. Peterson
12. Condon

9. Hillsdon
10. Darr

نمود که می‌تواند به‌عنوان راهنمایی برای مدیران و برنامه‌ریزان حوزه سلامت جهت برنامه ریزی مطلوب با هدف ارتقاء سلامت بیماران، بهبود کیفیت زندگی و تنظیم دوباره زندگی آنان قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

این مقاله، بخشی از پایان‌نامه دکترای تخصصی پرستاری می‌باشد. بدین وسیله از پشتیبانی مسئولین دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی تهران، مسئولین بیمارستان فوق تخصصی و تخصصی قلب استان گیلان و بیماران گرامی که همکاری صمیمانه‌ای در این تحقیق داشتند، قدردانی می‌گردد.

References:

1. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization, 2011. Available from: www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf
2. Gersh BJ, Sliwa K, Mayosi BM, Yusuf S. Novel therapeutic concepts: the epidemic of cardiovascular disease in the developing world: global implications. *Eur Heart J* 2010;31(6):642-8.
3. Braunwald E., Heart disease: A Text Book Cardiovascular Medicine, 7th ed Philadelphia: W.B. Saunders co, 2008, P.1492
4. Montazer R. Not necessary surgeries or jobber surgeries. [Online]. Available from: URL: <http://tebbotahdidenarm.blogfa.com/category/16>, 2012
5. Vila V S, Rossi L A, Costa M C S. Heart disease experience of adults undergoing coronary artery bypass grafting surgery 2008; 42(4): 1-6.
6. Jensen L, Yang L. Risk factors for postoperative pulmonary complications in Coronary Artery Bypass Graft Surgery patients. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2007;6(3):241-6.
7. Sorensen E, Wang F. Social support, depression, functional status, and gender differences in older adults undergoing first-time coronary artery bypass graft surgery. *Heart & Lung* 2009;38(4):306-17.
8. Wynne R. Variable definitions: implications for the prediction of pulmonary complications after adult cardiac surgery. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2004; 3(1):43-52.
9. Bergstrom K, Dreifaldt M, Sousa D, Nilsson U. Pain after CABG Surgery, A comparison from three different Surgical sites for Harvesting Grafts. 1 Department of Cardiothoracic Surgery, Orebro University Hospital Sweden, 2 Dep of Anesthesia and Intensive Care and Centre for Health Care Science. Orebro: Sweden; 2006.
10. Rodriguez F, Nguyen T C, Galanko J A, Morton J. Gastrointestinal Complications after Coronary Artery Bypass Grafting: A National Study of Morbidity and Mortality Predictors. *J Am Coll Surg* 2007;205(6):741-7.
11. Royter V, Bornstein N M, Russell D. Coronary artery bypass grafting (CABG) and cognitive decline: a review. *J Neurol Sci* 2005; 15 (229-230):65-7.
12. Mead H, Andres E, Ramos Ch, Siegel B, Regenstein M. Barriers to effective self-management in cardiac patients: The patient's experience. *Patient Educ Couns*. 2010;79(1):69-76.

13. Shahriari M, Shahsavari H, Alimohammadi N, Rafieianand M. Patients experiences of cardiac rehabilitation effects. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2007; 12(4): 125-129
14. Seidman I. *Interviewing as Qualitative Research*. 3th ed. Published by Teachers College Press. Newyork and London: 2006; P.11.
15. Hatonen H, Suhonen R, Warro H, Pitkanen A, Valimaki M. Patients' perceptions of patient education on psychiatric inpatient wards: a qualitative study. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2010; 17(14): 335-41.
16. French T D P, Lewin R J.P, Watson N, Thompson D R. Do illness perceptions predict attendance at cardiac rehabilitation and quality of life following myocardial infarction?. *J Psychosom Res* 2005; 59(5): 315-22
17. Graneheim U H, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24(2): 105-12.
18. Strubert Speziale HY, Alen J, Carpenter DR. *Qualitative Research in Nursing*. 3rd Ed. Philadelphia: Williams & Wilkings; 2003.
19. Ebadi A, Ahmadi F, Ghanei M, Kazemnejad A. Coping resource in chemical victims with mustard gas: A qualitative study. *J Behav Sci* 2008; 2(2):107-16. (Persian)
20. Khalil zadeh H, Nanbakhsh Zh, Yaghobi MA. Assessment adaptation of heart failure patients with complications from the disease in Taleghani Teaching and Therapy hospital in Urmia. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2007; 4(4):143-7. (Persian)
21. Afrasiabifar A, Hassani P, Fallahi Khoshknab M, Yaghmaei F. Positive Effects of Illness following Acute Myocardial Infarction. *Iran J Nurs* 2011; 24(70):30-8. (Persian)
22. Hillsdon KM, Kersten P, Kirk H JS. A qualitative study exploring patients' experiences of standard care or cardiac rehabilitation post minor stroke and transient ischaemic attack. *Clinical Rehabilitation* 2013; 27 (12): 845-53.
23. Farsi Z, Dehghan naieri N, Negarandeh R, Gahani M. The coping process in adults with leukemia undergoing hematopoietic stem cell transplantation. [Dissertation]. Tehran: Tehran University. College of Nursing and Midwifery; 2011. P.106-107. (Persian)
24. Shahsavari H, Shahriar M, Alimohammadi N. Motivational factors of adherence to cardiac rehabilitation. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2012; 17(4): 318-24.
25. Siegel K, Schrimshaw EW. Perceiving benefits in adversity: stress-related growth in women living with HIV/AIDS. *Soc Sci Med* 2000; 51(10):1543-54.
26. Panagopoulou E, Triantafyllou A, Mitziori G, Benos A. Dyadic benefit finding after myocardial infarction: a qualitative investigation. *Heart Lung* 2009; 38(4):292-7.
27. Darr A, Astin F, Atkin K. Causal attributions, lifestyle change, and coronary heart disease: Illness beliefs of patients of South Asian and European origin living in the United Kingdom. *Heart Lung* 2008; 37(2): 91-104.
28. Condon C, McCarthy G. Lifestyle changes following acute myocardial infarction: Patients perspectives. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2006; 5(1): 37-44.
29. Fukuoka Y, Dracup K, Kobayashi F, Ohno M, Froelicher ES, Hirayama H. Illness attribution among Japanese patients with acute myocardial infarction. *Heart Lung* 2004; 33(3):146-53.
30. Goldsmith D J, Lindholm K A, Bute J J. Dilemmas of talking about lifestyle changes among couples coping with a cardiac event. *Soc Sci Med* 2006; 63(8): 2079-90.
31. Akhbardeh M. Role of spiritual Beliefs and prayer in health promotion of chronic patients: A

- qualitative study. *Quran Med Tabriz* 2011; 1(1): 5-9.(Persian)
32. Pourghane p, Hosseini M.A, Mohammadi F, Ahmadi F, Tabari R. Patient's Perception of Cardiac Rehabilitation after Coronary Artery Bypass Graft (CABG): A Qualitative Study. *Mazandaran Univ Med Sci* 2013; 23(106): 61-76. (Persian)
33. Newman, J.S. & Pargament, K.I. The role of religion in the problem-solving process. *Review of Religions* 1990, 31, 390-403.
34. Peterson JC, Allegrante JP, Pirraglia PA, Robbins L, Lane KP, Boschert KA, et al. Living with heart disease after angioplasty: A qualitative study of patients who have been successful or unsuccessful in multiple behavior change. *Heart Lung* 2010;39(2):105–15.

SELF- MANAGEMENT, THE MAIN STRATEGY OF PATIENT'S AFTER CORONARY ARTERY BYPASS GRAFT (CABG): A CONTENT ANALYSIS STUDY

pourghane p¹, Hosseini MA^{2}, Mohammadi F³, Ahmadi F⁴, Tabari R⁵*

Received: 14 Apr, 2014; Accepted: 14 Jun, 2014

Abstract

Background & aims: Coronary Artery Bypass Graft(CABG) will ensure the survival and health of cardiovascular patients if medical therapy is not effective treatment. The study aims at the coping strategies used by patients after CABG.

Materials & Methods: In this conventional qualitative content analysis, the samples were 17 post-CABG patients in two Cardiac Rehabilitation Centers of in Guilan. Data collection was performed through unstructured interviews and purposive sampling. Data analysis accomplished according to the Graneheim and Lundman(2004) proposed steps. Scientific accuracy and integrity of the data and research ethics were taken into consideration.

Results:The data analysis results were categorized in three main themes and fifteen subthemes, as conceptual and abstract based on their nature: Optimal adaptation(forgetting illness, emotional control, application of defenses procedures, Surrender), changes in daily routine life (dietary modification, avoiding isolation, daily walks, stop smoking, effective communication), regaining hope(trust and hope, hope for further improvement, the hope of a better future, long life expectancy, hope to return to relatively normal conditions) and self- management was as the main common concept in all categories.

Conclusion: Based on patient's experiences that showed optimal adaptation by using the "self-management" as the most important strategy after CABG, the need for supportive intervention programs after surgery to promote the life quqlity of these patients were confirmed.

Keywords: Self- management, Patients' experiences, Coronary artery bypass graft, qualitative content analysis

Address: Department of Rehabilitation Management, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Tel: (+98)21 22180132, 9121488457

Email: mahmaimy@uswr.ac.ir

¹ Member of faculty, Guilan University, PhD candidate, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

² Associate Professor, Postdoctoral Fellow of Knowledge Transfer in Cardiac Rehabilitation, Department of Rehabilitation Management, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

³ Assistant Professor, Member of Social Determinant of Health Research Center, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

⁴ Professor, Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran.

⁵ Assistant Professor, Member of Social Determinant of Health Research Center, Department of Nursing, Guilan university of medical sciences, Rasht, Iran.