

تأثیر آموزش خود مراقبتی بر میزان اضطراب و افسردگی بیماران دچار نارسایی قلبی: یک مطالعه نیمه تجربی

فرزانه کامیار^۱، وحید علی نژاد^{۲*}، نادر آقاخانی^۳، رضا فرامرزنزاده^۴

تاریخ دریافت ۱۴۰۲/۰۸/۰۳، تاریخ پذیرش ۱۴۰۲/۰۹/۲۷

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: بیماری‌های قلبی-عروقی به‌عنوان یکی از شایع‌ترین بیماری‌های جوامع امروزی قلمداد شده است. بطوریکه در ایران بالغ بر یک‌میلیون نفر دچار این بیماری هستند. آثار جبران ناپذیر این بیماری بر توانایی عملکردی، و کیفیت زندگی بیماران ثابت شده است. برای مدیریت اضطراب و افسردگی ناشی از بیماری درمان‌هایی موثرتر با متمرکز بر مشارکت خود بیمار ضروری به نظر می‌رسد. از آنجایی که یکی از روش‌های مؤثر در کاهش اضطراب و افسردگی این بیماران آگاه کردن بیمار در مورد راهکارهای مقابله با بیماری اوست؛ بنابراین، مطالعه حاضر باهدف تعیین تأثیر آموزش خود مراقبتی بر میزان اضطراب و افسردگی در بیماران دچار نارسایی قلبی انجام شد.

مواد و روش کار: این مطالعه نیمه تجربی بر روی بیماران نارسایی قلبی انجام شده است. بیمارانی که در بخش قلب و CCU بیمارستان سیدالشهدای ارومیه در سال ۱۴۰۰ که با تشخیص نارسایی قلبی مراجعه نموده بودند به صورت در دسترس انتخاب‌شده و به‌صورت تصادفی در دو گروه کنترل و مداخله قرار گرفتند. اطلاعات جمع‌آوری‌شده به وسیله نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ و آزمون‌های آماری تی تست و کای دو و تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

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

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش نشان داد که میانگین نمره اضطراب و افسردگی بعد از مداخله آموزش خودمراقبتی در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل کاهش یافته است؛ به نظر می‌رسد که آموزش خودمراقبتی به زبان ساده از طریق کتابچه آموزشی و روش آموزشی چهره به چهره، می‌تواند در کنترل پیامدهای روانی متعاقب نارسایی قلبی کمک‌کننده باشد.

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

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیست و یکم، شماره نهم، پی‌درپی ۱۷۰، آذر ۱۴۰۲، ص ۶۹۸-۷۰۷

آدرس مکاتبه: ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، دانشکده پزشکی، تلفن: ۰۹۱۴۱۸۸۷۷۳۴

Email: vahidalinejad64@gmail.com

بر ذهن و رفتار و سبک زندگی بیمار اثرات قابل ملاحظه‌ای می‌گذارند (۱).

یکی از شایع‌ترین بیماری‌های جوامع امروزی، بیماری‌های قلبی عروقی هستند که بیشترین آمار مرگ‌ومیر را به خود اختصاص داده‌اند و در ایران، علیرغم جوان بودن جمعیت، میزان مرگ بر اثر بیماری‌های قلبی عروقی بالا است که اغلب به نارسایی مزمن قلبی منتهی می‌شود که به طور عمده بیماری درمان‌ناپذیری بوده و منجر

سلامتی مفهومی اساسی در زندگی بشر است و همواره بردستیایی، حفظ و ارتقای آن تأکید شده است. امروزه مهم‌ترین معضل سلامتی در همه کشورهای جهان از جمله کشور ما، تغییر الگوی مرگ‌ومیر بیماری به بیمارهای مزمن است. بیماری‌هایی مانند مشکلات قلبی، سرطان و دیابت، نه تنها درمان قطعی ندارند، بلکه

^۱ دانشجوی پزشکی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ استادیار آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ دانشیار پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۴ استادیار اکوکاردیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

به اختلالات روانی نظیر اضطراب و افسردگی می‌شود و میزان شیوع افسردگی در این بیماران ۲۰ درصد و اضطراب ۴۰ درصد تخمین زده می‌شود (۲،۳).

نارسایی قلبی به صورت مجموعه‌ای از علائم تنگی نفس و خستگی و نشانه‌های آدم و رال تظاهر کرده و در نهایت باعث موارد متعدد بستری، افت کیفیت زندگی و کوتاه شدن سالیان امید به زندگی می‌شود. اما شیوع نارسایی قلبی در حال افزایش است و در ایران نیز بالغ بر یک میلیون نفر و تقریباً یک درصد تمام افراد بالای ۴۰ سال، مبتلا به این نارسایی هستند (۴).

این بیماری جدای از پیش‌آگهی ضعیف، محدودیت در فعالیت جسمی، قطع تعاملات اجتماعی، استرس‌های روانی، کاهش نشاط، افزایش وابستگی و بازنشستگی زودرس، تأثیر منفی بر کیفیت زندگی تحمیل می‌کند. پیامد اصلی این بیماری اختلال در توانایی عملکردی بیماران و ایجاد محدودیت در وظایف شغلی، خانوادگی و اجتماعی است (۵).

این تغییرات بیمار را در معرض خطر بیماری‌های روانی مثل اضطراب و افسردگی قرار می‌دهد. همراهی اضطراب و افسردگی با یک بیماری مزمن نظیر نارسایی قلبی، باعث افزایش مرگ‌ومیر، کاهش کیفیت زندگی، ناتوانی و افزایش نیاز به استفاده از خدمات بهداشتی و هزینه‌ها می‌شود (۶).

زمانی می‌توان در کنترل بیماری‌های مزمن موفقیت حاصل کرد که بیمار بتواند در فعالیت‌ها و رفتارهای مراقبت از خود مشارکت داشته باشد که این نیاز به آموزش خود مراقبتی را پیش می‌آورد (۷).

عدم آگاهی بیمار از نحوه‌ی خود مراقبتی در خصوص رعایت رژیم‌های درمانی سبب پیامدهای منفی بر سلامت بیماران و بستری شدن مکرر در بیمارستان می‌شود. آموزش فعالیت‌های خود مراقبتی می‌تواند فرد را به سمت حفظ سلامتی و خوب بودن سوق دهد، سازگاری فرد را بیشتر کند، میزان ناتوانی و ازکارافتادگی بیماران و هزینه‌های درمانی را کاهش دهد (۸).

آموزش به بیمار فرآیندی است که به درک بهتر نیازهای آموزشی کمک کرده و بیمار را به سوی انجام عملکرد صحیح بهداشتی سوق می‌دهد (۹). یکی دیگر از حیطه‌های آموزشی، آموزش خود مراقبتی است که تحت عنوان نگهداری و ارتقاء سلامتی از طریق پایبندی به درمان و انجام فعالیت‌های روتین زندگی تعریف می‌شود (۱۰). خود مراقبتی روی بررسی و کنترل علائم بیماری، پذیرش رژیم درمانی، حفظ شیوه‌ی زندگی سالم، کنترل تأثیر بیماری روی عملکرد روزانه، عواطف و روابط اجتماعی دلالت می‌کند.

اصل مهم در خود مراقبتی، مشارکت و قبول مسئولیت از طرف بیمار می‌باشد و آموزش خود مراقبتی تحت عنوان حضور فعال بیمار در امر درمان و مراقبت از خود تعریف می‌شود. اکثر مواقع بیماران به مشارکت فعال در امر درمان و مراقبت ناراضی هستند زیرا دانش و تجربه کافی در مورد فرآیند بیماری و روش‌های کنترل آن را ندارند. به‌گونه‌ای که مشارکت بیماران در امر خود مراقبتی منجر به افزایش حس مسئولیت‌پذیری در آن‌ها می‌گردد که همین مسئله منجر به افزایش استقلال می‌گردد (۱۱). فعالیت‌های خود مراقبتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی شامل متعهد کردن بیمار به پذیرفتن مسئولیت و تنظیم فعالیت‌های مرتبط با سلامتی خود از قبیل چگونگی مصرف مایعات، رژیم غذایی و دارویی و انجام اقدامات درمانی هنگام تشدید علائم بیماری است (۱۲) و مشخص شده که مراقبت‌های مبتنی بر خودمراقبتی، نتایج مثبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در پی دارد (۱۳).

در این بیماران آمار بستری مجدد به‌طور چشمگیری بالاست. دلایل مختلف بستری‌های مجدد بیمارستانی در نارسایی قلبی شامل: ترخیص زودرس بیماران، برنامه ترخیص نادرست، آموزش ناکافی بیمار و ارائه‌دهندگان مراقبت، کنترل ضعیف علائم بیماری، حمایت اجتماعی ناکافی و نبود سیستم درمانی پیگیر بوده‌اند که هر یک نیازهای آموزشی خود را مطرح می‌کند. بر همین اساس، ارزیابی نیازهای یادگیری در آموزش، نقش مهم و اساسی به نظر می‌رسد و آموزش به بیماران و خانواده آن‌ها بهترین رویکرد درمانی می‌باشد. بنابراین مراقبت و آموزش در مدت بستری، بایستی بر اساس نیازهای آموزشی بیمار جهت چگونگی مراقبت از خود بوده و راهبردهای متمرکز بر نیازهای آموزشی تعیین شده توسط خود بیماران باشد. با توجه به اهمیت موارد پیشگفت و اینکه تاکنون مطالعه‌ای در این مورد در استان آذربایجان غربی صورت نگرفته و این مطالعه نوآورانه می‌باشد، و اینکه یکی از روش‌های مؤثر برای کاهش اضطراب و افسردگی به خصوص در بیماران نارسایی قلبی، آگاه کردن بیمار در مورد راهکارهای مقابله با بیماری اوست. بنابراین، این پژوهش باهدف تعیین تأثیر آموزش خود مراقبتی بر افسردگی و اضطراب بیماران دچار نارسایی قلبی بستری در مرکز آموزشی درمانی سیدالشهدای ارومیه انجام شد.

مواد و روش کار

در این مطالعه نیمه تجربی پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق با کد IR.UMSU.REC.1400.432 و کسب اجازه از مسئولین مربوطه، به بخش قلب و سی‌سی‌یو بیمارستان سیدالشهدای ارومیه

این ابزار یک زیر مقیاس افسردگی شامل ۷ جزء و یک زیرمقیاس اضطراب مشتمل بر ۷ جزء می‌باشد (۱۴). نمره دهی هر جزء پرسشنامه بر روی یک مقیاس صفر تا ۳ انجام می‌شود. بنابراین، نمرات زیر مقیاس‌های افسردگی و اضطراب در دامنه صفر تا ۲۱ قرار می‌گیرد. برای هر دو پرسشنامه زیر مقیاس، نمرات در دامنه صفر تا هفت عادی یا طبیعی، هشت تا ۱۰ خفیف، ۱۱ تا ۱۴ متوسط و ۱۵ تا ۲۱ شدید در نظر گرفته شد (۱۵). روایی محتوایی قسمت دموگرافیک پرسشنامه، با تأیید ۳ نفر از اعضای محترم هیات علمی و اعمال نظرات و پیشنهادات ایشان انجام شد. برای بررسی روایی و پایایی قسمت دوم پرسشنامه، مطالعه پایلوت قبل از نمونه‌گیری انجام شد و پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از افراد مبتلا به بیماری نارسایی قلبی واجد شرایط لازم برای شرکت در پژوهش قرار گرفت. میزان آلفای کرونباخ برای بررسی سطح پایایی پرسشنامه در این مطالعه برابر ۰/۹۴۵ بود.

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

در انتها اطلاعات جمع‌آوری‌شده به وسیله نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای آنالیز داده‌ها از آزمون‌های آماری کای اسکویر، تی مستقل و آزمون تحلیل کواریانس (ANCOVA) استفاده شد.

یافته‌ها

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

مراجعه، و نسبت به تهیه فهرست کلیه بیمارانی که با تشخیص نارسایی قلبی مراجعه نموده‌اند اقدام شد. ملاک‌های ورود به مطالعه، وجود اکوکاردیوگرافی در پرونده بستری و میزان کسر تخلیه پایین‌تر از ۴۵ درصد، تشخیص نارسایی قلب توسط متخصصین قلب، رضایت کامل بیمار از مراجعه و پیگیری در منزل به منظور مراقبت و ادامه آموزش‌های موردنیاز توسط تیم تحقیق، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، سن بالای ۱۸ سال، عدم اشتغال به عنوان کادر بهداشتی درمانی، قابل دسترس بودن برای تیم تحقیق بوده، عدم داشتن بیماری مزمن و پیش رونده دیگر به جز نارسایی قلبی و عدم داشتن اختلال روانی شناخته شده بوده است و شرایط خروج از مطالعه شامل خارج شدن از حوزه استان محل تحقیق در حین مطالعه، مسافرت طولانی مدت در فاصله بین ترخیص از بیمارستان تا ۳ ماه بعد، تحت عمل جراحی قرار گرفتن در طول مطالعه بود. با استفاده از پارامترهای مطالعه مشابه، ضریب اطمینان ۹۵ درصد و قدرت ۸۰ با استفاده از فرمول مربوطه و در نظر گرفتن ۲۰ درصد احتمال ریزش ۴۵ بیمار برای هر گروه و ۹۰ بیمار برای دو گروه در نظر گرفته شد. تعداد ۹۰ بیمار مراجعه‌کننده به بیمارستان سیدالشهدا به صورت در دسترس انتخاب‌شده و با استفاده از جدول اعداد تصادفی به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند.

پژوهشگران در نوبت‌های کاری و در روزهای مختلف هفته به بخش‌ها مراجعه و افرادی را که واجد شرایط لازم برای شرکت در پژوهش بودند انتخاب نموده و ضمن ارائه توضیحات لازم در زمینه اهداف پژوهش و چگونگی پاسخ‌دهی به پرسشنامه و کسب رضایت شفاهی آنان، نسبت به مصاحبه با آنان و تکمیل پرسشنامه تا حد رسیدن به تعداد مورد نظر اقدام شد.

در این مطالعه برای جمع‌آوری داده‌ها از دو پرسشنامه استفاده شد. یک پرسشنامه برای گردآوری داده‌های مربوط به مشخصات فردی و اجتماعی بیماران (سن، جنسیت، وضعیت تأهل، و سطح تحصیلات) و دیگری پرسشنامه استاندارد مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی (HADS) بود. در هر گروه (گروه مداخله و گروه کنترل) داده‌ها در دو مرحله جمع‌آوری شد. داده‌های مرحله اول پیش از انجام مداخله بر روی هر دو گروه گردآوری‌شده و داده‌های مرحله دوم یک هفته پس از انجام مداخله آموزشی نیز بر روی گروه مداخله و کنترل جمع‌آوری شد. پرسشنامه بیمارستانی اضطراب و افسردگی که یک ابزار خودگزارشی است که دارای ۱۴ آیت می‌باشد که برای بررسی وجود و شدت نشانه‌های افسردگی و اضطراب در طول یک هفته گذشته در بیماران طراحی شده است.

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

سطح معنی داری	گروه‌ها				متغیر
	مداخله		کنترل		
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
$X^2=1/147$ $P=0/284$	46/7	21	35/6	16	زن
	53/3	24	64/4	29	مرد
$X^2=0/001$ $P=0/999$	15/6	7	15/6	7	مجرد
	84/4	38	84/4	38	متاهل
$X^2=2/318$ $P=0/696$	44/4	20	40	18	بی‌سواد
	20	9	20	9	ابتدایی
	11/1	5	13/3	6	سیکل
	22/2	10	17/8	8	دیپلم
	2/3	1	8/9	4	دانشگاهی

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

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

مقطع	گروه				
	مداخله		کنترل		
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
قبل مداخله	40	18	48/9	22	نرمال
	17/8	8	22/2	10	خفیف
	24/4	11	11/1	5	متوسط
	17/8	8	17/8	8	شدید
بعد مداخله	71/1	32	44/4	20	نرمال
	22/2	10	26/7	12	خفیف
	6/7	3	11/1	5	متوسط
	0	0	17/8	8	شدید

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

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

مقطع	گروه				
	مداخله		کنترل		
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
قبل مداخله	42/2	19	55/6	25	نرمال
	28/9	13	13/3	6	خفیف

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

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

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

مقطع	گروه		سطح معنی داری
	مداخله	کنترل	
قبل از مداخله	۹/۴۹ ± ۴/۹۶	۸/۸۲ ± ۵/۶۴	P=۰/۵۵۳ T=-۰/۵۹۵
بعد از مداخله	۵/۹۳ ± ۳/۰۵	۹/۱۶ ± ۵/۵۱	P=۰/۰۰۱ F(ANCOVA)=۱۲/۷۲
سطح معنی داری	P=۰/۰۰۱ T=-۶/۶۹۱	P=۰/۰۰۱ T=۳/۴۹۶	xxxxx

(P=۰/۰۰۱). همچنین با توجه به نتایج حاصل از آزمون تی زوجی میانگین نمره اضطراب قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل یکسان نبوده و از نظر آماری معنی دار می باشد (P=۰/۰۰۱). و میانگین نمره اضطراب قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله یکسان نبوده و از نظر آماری معنی دار می باشد (P=۰/۰۰۱).

با توجه به نتایج حاصل از جدول بالا و آزمون تی مستقل میانگین نمره اضطراب قبل از مداخله بین گروه کنترل و مداخله یکسان بوده و از نظر آماری معنی دار نمی باشد (P=۰/۵۵۳). و میانگین نمره اضطراب بعد از مداخله بین گروه کنترل و مداخله با استفاده از آزمون ANCOVA جهت کنترل اثر مخدوشگری سن بر روی مداخله یکسان نبوده و از نظر آماری معنی دار می باشد

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

مقطع	گروه		سطح معنی داری
	مداخله	کنترل	
قبل از مداخله	۸/۵ ± ۴/۷۶	۸/۰۴ ± ۵/۶	P=۰/۶۸۶ T=-۰/۴۰۶
بعد از مداخله	۵/۱۶ ± ۳/۰۹	۸/۲۹ ± ۵/۶۸	P=۰/۰۰۱ F(ANCOVA)=۱۲/۵۸
سطح معنی داری	P=۰/۰۰۱ T=-۷/۹۲۸	P=۰/۰۵۴ T=۱/۹۷۶	xxxxx

با توجه به نتایج حاصل از جدول بالا و آزمون تی مستقل میانگین نمره افسردگی قبل از مداخله بین گروه کنترل و مداخله یکسان بوده و از نظر آماری معنی دار نمی باشد ($P=0/686$) و میانگین نمره افسردگی بعد از مداخله بین گروه کنترل و مداخله با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس (ANCOVA) جهت کنترل اثر مخدوشگری سن بر روی مداخله یکسان نبوده و از نظر آماری معنی دار می باشد ($P=0/001$). همچنین با توجه به نتایج حاصل از آزمون تی زوجی میانگین نمره افسردگی قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل یکسان بوده و از نظر آماری معنی دار نمی باشد ($P=0/054$). و میانگین نمره افسردگی قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله یکسان نبوده و از نظر آماری معنی دار می باشد ($P=0/001$).

بحث و نتیجه گیری

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

نتایج مطالعه نشان داد که میانگین نمرات اضطراب بیماران در گروه مداخله بهبود یافته بود. دهقانی و همکاران (۱۳۹۴) در مطالعه خود نشان دادند که آشناسازی و آموزش به بیمار، منجر به کاهش اضطراب آن ها می شود (۱۷). مطالعه بیاضی و همکاران (۱۳۹۱) نتایجی برخلاف مطالعه حاضر داشت؛ بطوریکه مداخله شناختی و رفتاری موجب کاهش اضطراب بیماران گروه مداخله نسبت به گروه کنترل شد ولی این کاهش از لحاظ آماری معنی دار نبود (۱۸). مطالعه آقاخان و همکاران (۱۳۹۶) نشان داد که میانگین و انحراف معیار اضطراب در گروه مداخله پس از استفاده از بسته آموزشی-حمایتی کاهش یافته است (۱۶). کوماتسو و همکاران^۱ (۲۰۱۲) در مطالعه خود به بررسی تأثیر آموزش خودمراقبتی بر زنان با سرطان سینه پرداختند. نتایج به دست آمده از پژوهش آن ها با مطالعه ما

¹Komatsu et al.

همسو بود. آن ها در مطالعه خود از روش آموزش چهره به چهره و از کتابچه آموزشی و پیگیری از طریق تلفن استفاده کردند و نشان دادند که این بسته آموزشی جهت مقابله با اضطراب بیماران روش مناسبی است (۱۹). قاسمی پور و همکاران (۱۳۹۴) در مطالعه خود نشان دادند که پیامدهای روان شناختی متعاقب انفارکتوس میوکارد بر کیفیت زندگی آن ها تأثیر مخرب دارد (۲۰). آهنگر زاده رضایی و همکاران (۱۳۹۶) در مطالعه خود که باهدف تعیین تأثیر آموزش مثبت اندیشی بر استرس، اضطراب و افسردگی بیماران عروق کرونر قلب شهرستان تکاب انجام دادند به این نتیجه رسیدند که آموزش مثبت اندیشی تأثیر مثبت و معنی داری بر استرس، اضطراب و افسردگی بیماران دارد (۲۱). نجفی (۱۳۹۲) در مطالعه نشان داد که آموزش در کاهش استرس و اضطراب بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر نقش دارد (۲۲). تقی و همکاران (۱۴۰۰) با مطالعه خود به بررسی اثربخشی آموزش مراقبت قلبی مبتنی بر شواهد بر اضطراب بیماران پس از جراحی پیوند عروق کرونر پرداختند که به این نتیجه رسیدند که اضطراب گروه آزمون کاهش پیدا کرد که این کاهش از لحاظ آماری نیز معنی دار بود (۲۳). در مطالعه ای مشابه امینیان و همکاران (۲۰۱۴) نشان دادند که آموزش حمایتی و خودمراقبتی یکی از راه های مقابله با استرس در بیماران مبتلا با مشکل قلبی بوده و می تواند منجر به کاهش استرس شود (۲۴).

بیشتر علت اضطراب در بیماران قلبی به واسطه عدم آگاهی از بیماری، ترس از مرگ و ناتوانی است که آموزش و حمایت های مناسب می تواند علاوه بر کاهش مشکلات روان شناختی، منجر به سازگاری با شرایط موجود، پایبندی به درمان و افزایش مشارکت بیماران در امر درمان و ارتقاء سلامتی می شود و از طرفی منجر به کاهش اضطراب و عوارض ناشی از آن می گردد. به طوری که در این مطالعه آموزش خودمراقبتی منجر به کاهش اضطراب بیماران شد.

نتایج همچنین حاکی از آن بود که، میانگین نمرات افسردگی بیماران بین دو گروه کنترل و مداخله بعد از آموزش خودمراقبتی متفاوت بوده و نمره افسردگی در بیماران گروه مداخله پایین بود. مطالعه خیاطی و همکاران (۲۰۲۰) حاکی از آن بود که آموزش رفتاری شناختی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی موجب تسکین دادن علائم افسردگی در این بیماران می شود که با نتایج این مطالعه با نتایج حاصل از مطالعه حاضر هماهنگ بود (۲۵). همچنین مطالعه نویدیان و همکاران (۲۰۱۷) نیز حاکی از آن بود که آموزش خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، به طور معنی داری موجب بهبود خودمراقبتی در این بیماران گردید (۲۶). مطالعه بیاضی و همکاران نتیجه ای مخالف با مطالعه ما داشت؛ بطوریکه

راه‌حل مناسب جهت بهبود خودمراقبتی در مبتلایان به آن جزء اولویت‌های سازمان‌های متولی بهداشت و درمان در کل دنیا می‌باشد. در این مطالعه نتایج نشان داد که میانگین نمره اضطراب و افسردگی در بیماران گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل کاهش یافته بود. به نظر می‌رسد که آموزش خودمراقبتی به زبان ساده از طریق کتابچه آموزش و روش آموزشی چهره به چهره، می‌تواند در کنترل پیامدهای روانی متعاقب نارسایی قلبی کمک‌کننده باشد.

تشکر و قدردانی:

از همکاری و مشارکت همه افرادی که در انجام و پیاده سازی این پژوهش نقش داشتند، صمیمانه قدردانی می‌نمایم.

حمایت مالی:

این مطالعه با حمایت دانشگاه علوم پزشکی ارومیه انجام شده است.

تضاد منافع:

نویسندگان این تحقیق هیچ‌گونه تضاد منافی را ذکر نکردند.

ملاحظات اخلاقی:

این پژوهش با رعایت کامل اصول اخلاقی و با دریافت کد اخلاق IR.UMSU.REC.1400.432 از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ارومیه صورت گرفته است.

مداخله شناختی رفتاری منجر به کاهش افسردگی در گروه مداخله شد، ولی این کاهش از لحاظ آماری معنی‌دار نبود (۱۸). مارتین و همکاران^۱ (۲۰۱۰) در مطالعه خود نشان دادند که آموزش در کاهش افسردگی و متعاقباً بهبودی این بیماران نقش مثبتی دارد (۲۷). سلیمی و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه خود نشان داد که میانگین نمره امید به زندگی یک هفته بعد از مداخله، در گروه مداخله به‌طور معنی‌داری بیش از گروه کنترل بود (۲۸). می‌توان نتیجه گرفت که آموزش می‌تواند یکی از راهکارهای مناسب در کاهش پیامدهای روان‌شناختی متعاقب انفارکتوس میوکارد باشد. آذری و همکاران (۲۰۲۲) نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر سازگاری اجتماعی و رفتارهای خودمراقبتی بیماران قلبی با علائم افسردگی، منجر به کاهش افسردگی در این افراد می‌شود (۲۹). که این مطالعات با مطالعه ما همخوانی دارند به‌طوری‌که بعد از اجرای مداخله میانگین نمره افسردگی کاهش یافت.

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

نتیجه‌گیری

نظر به اهمیت نارسایی قلبی به‌عنوان یک تهدید سلامتی، ایجاد

References:

- 1- Karimi S. Effect of cognitive behavioral therapy on subjective well-being of patients with cardiovascular diseases. J Kermanshah Univ Med Sci 2014;18:54-59.
- 2- Bahador RS, Nouhi E, Jahani Y. The study of palliative care and its relationship with quality of life in patients with chronic heart failure in 2014-2015. J Clin Nurs Midwifery 2016;5:35-46.
- 3- Lane D, Carroll D, Ring C, Beevers DG. Lip GY. Mortality and quality of life 12 months after myocardial infarction: effects of depression and anxiety. Psychosom Med 2001;63(2):221-30. <https://doi.org/10.1097/00006842-200103000-00005>
- 4- Dalir Z, Reihani Z, Mazlom SR, Vakilian F. Effect of Training Based on Teach Back Method on Self-care in Patients with Heart Failure. J Mazandaran Univ Med Sci 2016;26: 209 20.
- 5- Borhani F, Khoshab H, Abbaszadeh A, Rashidinejad H, Mohammadi E. Study of the effect of partnership care model on the quality of life in patients with heart failure. Iran J Crit Care Nurs 2012;4:43 8.
- 6- Feola M, Garnero S, Vallauri P, Salvatico L, Vado A, Leto L, et al. Relationship between Cognitive Function, Depression/Anxiety and Functional Parameters in Patients Admitted for Congestive Heart Failure. Open

¹Martens et al.

- Cardiovasc Med J 2013;7:54-60.
<https://doi.org/10.2174/1874192401307010054>
- 7- Shahbodagahi Z, Borhani F, Rayani M. The effect of self-care program on blood pressure of patients with diabetes. *Med Surg Nurs J* 2014;3(3):163-9.
- 8- Bucholz EM, Rathore SS, Gosch K, Schoenfeld A, Jones PG, Buchanan DM, et al. Effect of living alone on patient outcomes after hospitalization for acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 2011;108(7):943-8. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2011.05.023>
- 9- Ågren S, S Evangelista L, Davidson T, Strömberg A. Cost-effectiveness of a nurse-led education and psychosocial programme for patients with chronic heart failure and their partners. *J Clin Nurs* 2013;22(15-16):2347-53.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04246.x>
- 10- Ezati N. Effect of knowledge about self-care behaviors on fear and anxiety in patients with coronary artery disease. *Woman Stud Family* 2012;5(17):107-29. (Persian)
- 11- Riegel B, Dickson VV. A situation-specific theory of heart failure self-care. *J Cardiovasc Nurs* 2008;23(3):190-6.
<https://doi.org/10.1097/01.JCN.0000305091.35259.85>
- 12- Cameron J, Worrall-Carter L, Page K, Stewart S. Self-care behaviours and heart failure: Does experience with symptoms really make a difference? *Eur J Cardiovasc Nurs* 2010;9(2):92-100.
<https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2009.10.004>
- 13- Choobdari M, Dastgerdi R, Sharifzadeh G. The impact of self-care education on life expectancy in acute coronary syndrome patients. *J Birjand Univ Med Sci* 2015;22(1):19-26.
- 14- Stern AF. The hospital anxiety and depression scale. *Occup Med* 2014;64(5):393-4.
<https://doi.org/10.1093/occmed/kqu024>
- 15- Farokhnezhad Afshar P, Bastani F, Haghani H, Valipour O. Hospital Anxiety and Depression in the Elderly with Chronic Heart Failure. *Iran J Nurs* 2019;32(120):87-97.
<https://doi.org/10.29252/ijn.32.120.87>
- 16- Aghakhani N, Baghaei R, Khademvatan K. The impact of educational-supportive self-care package on anxiety, depression and stress in myocardial infarction patients hospitalized in shahid gholipour hospital, boukan, Iran, 2016. *Nurs Midwifery J* 2017;15(4):281-91.
- 17- Dehghani H, Dehghani KH, Nasiriani KH, Banaderakhshan H. The effect of familiarization with cardiac surgery process on the anxiety of patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. 2013.
- 18- Bayazi MH, Ahadi H, Fata L, Danesh Sani SH. The effectiveness of a short cognitive behavioral group intervention on depression, anxiety and stress in patients with chronic coronary heart disease: a randomized controlled trail. *J Fundam Ment Health*. 2012;14(1):110-21.
- 19- Komatsu H, Hayashi N, Suzuki K, Yagasaki K, Iioka Y, Neumann J, et al. Guided self-help for prevention of depression and anxiety in women with breast cancer. *Int Schol Res Notices* 2012;2012.
<https://doi.org/10.5402/2012/716367>
- 20- Ghasemipour M, Kassani A. Relationship between Social Support and Quality of Life in Myocardial Infarction Patients Referring to the Hospitals of Ilam City. *J Ilam Univ Med Sci* 2016;23(6):51-61.
- 21- Ahangarzaiezhadeh s, oladrostan n, nemotplahi a. The effect of positive thinking training on stress, anxiety and depression in coronary heart disease. *Nurs Midwifery J* 2017;15(5):339-48.
- 22- Najafi N. The effectiveness of cognitive-behavioral stress management training on the reduction of dysfunctional attitudes and stress in adolescent with coronary heart disease. *Razi J Med Sci* 2015;21(128):8-17.
- 23- Taghaee F, Azarmi S, Rahmani A, Salaree MM. Investigation of the Effectiveness of Evidence-Based Cardiac Care Training on Patients' Anxiety after Coronary Artery Bypass Graft Surgery in a Selected

- Military Hospital in Tehran, Iran. *Milit Caring Sci J* 2022;9(2):143-51. <https://doi.org/10.52547/mcs.9.2.6>
- 24- Aminian Z, Mohammadzadeh S, Eslami Vaghar M, Fesharaki M. Effectiveness of teaching ways to deal with stress on quality of life in patients with acute coronary syndrome admitted to hospitals of Tehran University of Medical Sciences in 2013. *Med Sci J Islamic Azad Univ Tehran Med Branch* 2014;24(3):168-74.
- 25- Khayati R, Rezaee N, Shakiba M, Navidian A. The Effect of Cognitive-Behavioral Training Versus Conventional Training on Self-care and Depression Severity in Heart Failure Patients with Depression: A Randomized Clinical Trial. *J Caring Sci* 2020;9(4):203-11. <https://doi.org/10.34172/jcs.2020.31>
- 26- Navidian A, Mobaraki H, Shakiba M. Efficacy of Motivational Interviewing on Self-efficacy in Patients with Heart Failure and Depression. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2017;27(155):46-59.
- 27- Martens EJ, Hoen PW, Mittelhaeuser M, de Jonge P, Denollet J. Symptom dimensions of post-myocardial infarction depression, disease severity and cardiac prognosis. *Psychol Med* 2010;40(5):807-14. <https://doi.org/10.1017/S0033291709990997>
- 28- Salimi T, Tavangar H, Shokripour S, Ashrafi H. The Effect of Spiritual Self-Care Group Therapy on Life Expectancy in Patients with Coronary Artery Disease: An Educational Trial. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2017;15(10):917-28.
- 29- Azari Ghahfarrokhi Z, Ansari Shahidi M, Shahzamani M, Farhadi H. Efficacy of Mindfulness-Based Stress Reduction Training on Social Adjustment and Self-Care Behaviors in Cardiac Patients with Signs of Depression (After Open Surgery). *J Appl Psychol Res* 2022;13(4):37-52.

THE EFFECT OF SELF-CARE TRAINING ON ANXIETY AND DEPRESSION IN HEART FAILURE PATIENTS: A SEMI-EXPERIMENTAL STUDY

Farzaneh Kamyar¹, Vahid Alinejad^{*2}, Nader Aghakhani³, Reza Faramarzadeh⁴

Received: 25 October, 2023; Accepted: 18 December, 2023

Abstract

Background & Aim: Cardiovascular diseases are considered one of the most common diseases of today's societies, so that in Iran, over a million adults are suffering from this disease. The irreparable effects of this disease on the functional ability and quality of life of patients have been proven. To manage anxiety and depression caused by the disease, more effective treatments focused on the participation of the patient seem necessary. Since one of the effective ways to reduce the anxiety and depression of these patients is to teach them about the strategies to deal with their disease, the present study was conducted to determine the effect of self-care training on the level of anxiety and depression in heart failure patients.

Materials & Methods: This semi-experimental study was conducted on heart failure patients at Seyyed al-Shohdai Hospital in Urmia in 1400. The patients who were referred to the cardiac unit and CCU with the diagnosis of heart failure were selected using convenience sampling and were randomly divided into two control and intervention groups. The data was analyzed using SPSS version 22 software and statistical tests, t-test, chi-square, and analysis of covariance.

Results: The mean anxiety score was different between the control and intervention groups after the intervention, and it was statistically significant ($P=0.001$). In addition, there was a significant difference in mean depression scores between the control and intervention groups after intervention.

Conclusion: The results showed that the patient's anxiety and depression were improved in the intervention group compared to the control group after the intervention. It seems that self-care education in easy language through educational books and face-to-face teaching methods can help in controlling the psychological consequences of heart failure.

Keywords: Anxiety, Depression, Education, Patients with Heart Failure, Self-Care

Address: Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

Tel: +989141887734

Email: vahidalinejad64@gmail.com

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

¹ General medicine student, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

² Assistant professor of statistics, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (corresponding author)

³ Associate Professor of Nursing, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁴ Assistant Professor of Echo cardiology, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran