

بررسی رفتارهای خودمراقبتی در بیماران قلبی پس از جراحی پیوند عروق کرونر قلب

شهره سیام (M.Sc)^۱ - *دکتر علیرضا حیدرنیا (Ph.D.)^۲ - دکتر صدیقه السادات طوافیان (Ph.D.)^۲

*نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه تربیت مدرس، گروه آموزش بهداشت

پست الکترونیک: hidarnia@modares.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۸۹/۱۱/۱۲ تاریخ پذیرش: ۹۰/۲/۲۸

چکیده

مقدمه: بیماران قلبی پس از جراحی پیوند عروق کرونر نیاز به رفتارهای خودمراقبتی دارند. لذا تشویق بیمار برای مشارکت و قبول مسئولیت در انجام درست آنها در ارتقای سلامت آنان و پیشگیری از عود مجدد بیماری اهمیت خاصی دارد.

هدف: بررسی رفتارهای خودمراقبتی در بیماران قلبی پس از جراحی پیوند عروق کرونر قلب در بیمارستان حشمت رشت.

مواد و روش‌ها: این بررسی به روش مقطعی - توصیفی انجام شد. از میان بیماران قلبی که در بیمارستان آموزشی حشمت شهر رشت عمل جراحی پیوند عروق کرونر شده بودند، ۱۱۰ نفر به‌طور غیر تصادفی و مبتنی بر هدف انتخاب شدند. گردآوری داده‌ها با مصاحبه، گزارش خود بیمار و مراجعه به پرونده‌های آنان انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای پژوهشگر ساخته مشتمل بر دو بخش ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و پرسش‌های مربوط به خودمراقبتی بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش‌های آماری، میانگین، انحراف معیار، فراوانی مطلق، فراوانی نسبی و آزمون کای اسکور به کمک نرم‌افزار SPSS (version 16) انجام شد.

نتایج: فقط ۱۰ درصد افراد مورد مطالعه رفتارهای خودمراقبتی را به خوبی انجام داده بودند. همچنین، رفتارهای خودمراقبتی با متغیر سن ($P=0/000$)، میزان تحصیل ($P=0/000$)، جنس ($P=0/024$)، شغل ($P=0/001$)، درآمد ($P=0/015$)، مدت ابتلای به بیماری قلبی ($P=0/000$) و دفعات بستری در بیمارستان به علت بیماری قلبی ($P=0/040$)، ارتباط آماری معنی‌دار داشت ولی با تاهل ارتباط آماری معنی‌دار بدست نیامد ($P > 0/05$).

نتیجه‌گیری: لازم است آموزش‌هایی در خصوص رفتارهای خودمراقبتی به بیماران ارائه و بر انجام آن نیز تاکید شود.

کلید واژه‌ها: بای پس عروق کرونر / بیماران / بیماری‌های قلب و عروق / مراقبت از خود / مراقبت‌های پس از عمل جراحی

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره بیستم شماره ۷۹، صفحات: ۳۹-۳۱

مقدمه

بیماری‌های قلب و عروق در کشور، لازم است در زمینه پیشگیری، کنترل و درمان بیماران اقدام ضروری انجام شود (۶).

جراحی قلب و عروق از جراحی‌های متداولی است که با هدف افزایش بقاء و ارتقای کیفیت زندگی در بیماران انجام می‌شود (۷ و ۸).

امروزه استفاده از تکنیک جراحی قلب باز یکی از روش‌های مؤثر و با ارزش در درمان بیماری‌های قلبی و عروقی به شمار می‌رود (۹). ۶۰ درصد از کل عمل‌های جراحی قلب باز در ایران، جراحی بای پاس عروق کرونر است (۱۰).

همزمان با افزایش تعداد افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن، سیستم‌های ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی- درمانی در درازمدت دچار مشکلات عدیده‌ای در ارائه خدمات مراقبتی به این افراد شده‌اند. به عبارت دیگر می‌توان گفت، بیماری مزمن نیازمند مراقبت مزمن نیز است. در این راستا، بسیاری

بیماری عروق کرونر مهم‌ترین اختلال قلبی- عروقی و یک مشکل بهداشتی در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته و از بیماری‌های مزمنی است که نه تنها شمار مرگ و میر بالایی دارد، بلکه در درازمدت باعث ایجاد محدودیت در زندگی فرد می‌شود (۱). طبق تحقیق، این بیماری شایع‌ترین علت بستری بزرگسالان در بیمارستان است (۲). تخمین زده می‌شود تا سال ۲۰۲۰ بیماری‌های قلبی و عروقی اولین علت ناتوانی در فهرست بیماری‌های ناتوان‌کننده در دنیا باشد (۳). بیماری‌های قلب و عروق ۲۰ درصد از علل مرگ در دنیا و ۳۵ درصد مرگ و میر در ایران را به خود اختصاص می‌دهد و یکی از علت‌های اصلی مرگ و میر در کشورهای در حال توسعه است، در حال حاضر بیماری رگ‌های کرونر اولین علت مرگ و میر در افراد بالای ۳۵ ساله در ایران می‌باشد (۴ و ۵). امروزه این بیماری در دنیا موجب بسیاری از مرگ‌های زودرس و ناتوانی افراد شده‌است. با توجه به روند افزایشی

ارتقای سلامت و آموزش رفتارهای خود مراقبتی به بیماران، می‌توان با شناسایی این رفتارها مداخله برنامه‌ریزی شده‌ای برای ارتقای رفتارهای خودمراقبتی و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی بیماران قلبی پس از جراحی پیوند عروق کرونر قلب تدوین کرد (۲۲). رویکردها و مدل‌های مختلفی برای آموزش بیماران وجود دارد. با توجه به نوع مشکلات این دسته از بیماران و مزمن بودن بیماری و لزوم مراقبت مستمر، آموزش باید تأمین کننده مشارکت فعال و آگاهانه بیمار برای مراقبت از خود باشد (۲۳). با توجه به موارد مذکور، لزوم آموزشی که بیمار را به استقلال نزدیک کند تا صلاحیت مراقبت مستمر از خود را بیابد، بوضوح مشخص است لذا نظر به آمار پیش‌رونده بیماران قلبی و عروقی در ایران، افزایش نیاز به جراحی پیوند عروق کرونر و اهمیت توجه ویژه به این‌گونه بیماران، این پژوهش با هدف بررسی رفتارهای خودمراقبتی در بیماران قلبی پس از جراحی، انجام شد تا از نتایج مطالعه در تدوین برنامه آموزش خودمراقبتی با راهبرد مناسب، برای ارتقای سطح رفتارهای خودمراقبتی، بهبود کیفیت زندگی و پیشگیری از عود بیماری در آنان استفاده شود.

مواد و روش‌ها

این بررسی یک مطالعه مقطعی توصیفی است. جامعه پژوهش بیماران قلبی مراجعه‌کننده به بیمارستان حشمت رشت بودند که در این بیمارستان مورد عمل جراحی پیوند عروق کرونر قلب قرار گرفته بودند و دو ماه از عمل جراحی آنان سپری شده بود. حجم نمونه با توجه به تحقیق‌های مشابه (۲۴ و ۲۵) با اطمینان ۰/۹۵ و توان آزمون ۰/۸۰ و مشخصه‌های نمونه حدود ۱۱۰ نفر تعیین شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل تمایل به شرکت در تحقیق، نداشتن مشکل گفتاری و شنوایی، نداشتن شرایط وخیم اورژانس، هشیاری کامل در زمان پژوهش، نداشتن معلولیت ذهنی، جسمی و روانی، استفاده نکردن از داروهای مؤثر بر روان، جراحی قلب برای اولین بار و سپری شدن دو ماه از زمان جراحی بود. اطلاعات گردآوری شده با استفاده از پرسشنامه پژوهشگر ساخته بدست آمد که شامل دو بخش بود، بخش اول پرسش‌های جمعیت‌شناختی نظیر: سن، تحصیلات، جنس، شغل، تاهل، میزان درآمد، مدت

معتقدند برای ساماندهی این بیماران و تسهیل کارها، باید مراقبت‌ها توسط خود فرد انجام شود (۱۱).

یکی از راهکارهای مهم در این امر، آموزش بیمار است که در مراقبت موثر از خود نقش بسزایی دارد (۶). تبعیت از رفتارهای خودمراقبتی در مبتلایان به بیماری‌های مزمن از اهمیت بسزایی برخوردار است و بیماران می‌توانند با کسب مهارت‌های مراقبت از خود، برآسایش، توانایی‌های عملکردی و فرآیندهای بیماری خود مؤثر باشند (۱۲).

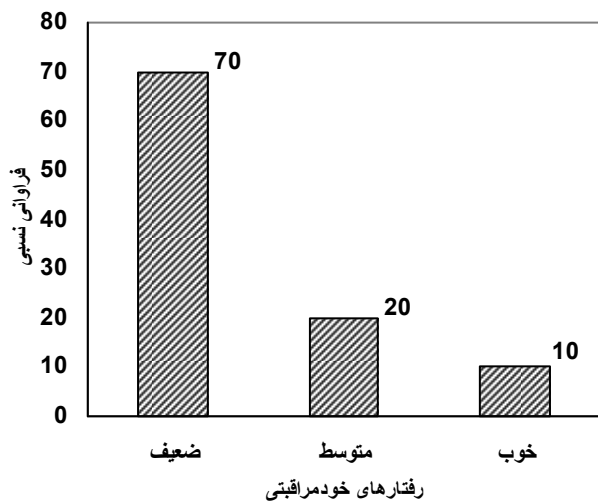
مراقبت از خود روند تازه‌ای در مراقبت‌های بهداشتی بشمار می‌رود که عبارت است از: "آن دسته از اقدام‌های سالم‌سازی که توسط خود فرد به اجرا در می‌آید"، به عبارتی مراقبت از خود به فعالیت‌هایی گفته می‌شود که فرد برای ارتقای سلامتی، پیشگیری از بیماری، محدود کردن بیماری و حفظ سلامت خود انجام می‌دهد. این اقدام‌ها بدون کمک‌های حرفه‌ای به اجرا در می‌آید ولی دانش و مهارت آن به فرد آموزش داده می‌شود (۱۳).

اصل مهم در خود مراقبتی، مشارکت و قبول مسئولیت از طرف بیمار است تا با انجام صحیح رفتارهای مربوط به آن، بسیاری از عوارض بیماری کنترل شود (۱۴). نتایج تحقیق در مورد بررسی رفتارهای خودمراقبتی در بیماری‌های مختلف مخصوصاً بیماری‌های قلبی و عروقی در ایران و دنیا نشان‌دهنده نقش مهم انجام صحیح رفتارهای خودمراقبتی در ارتقای سلامت بیماران است (۱۹-۱۵). ناآگاهی فرد دچار بیماری مزمن از چگونگی مراقبت از خود یکی از دلایل بستری مجدد آنها در بیمارستان است که آموزش می‌تواند از این امر جلوگیری کند (۲۰). فعالیت‌های خودمراقبتی می‌تواند فرد را به سمت حفظ سلامت و خوب بودن سوق دهد، سازگاری فرد را بیشتر کند و میزان ناتوانی و از کارافتادگی بیماران و هزینه‌های درمانی را کاهش دهد (۲۱).

در اشاعه سیاست مراقبت از خود هرکس باید دانش و تکنیک‌های خودمراقبتی را بیاموزد. نظریه سلامت مؤید آن است که سلامت فرد ایستا نبوده و دائماً در حال دگرگونی است (۱۳). نحوه ارائه برنامه آموزش به بیمار یکی از شاخص‌های مورد توجه در اعتباربخشی سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی- درمانی است. با توجه به نقش مهم پرستاران در

گذشته بود، بررسی شدند. میانگین سنی و انحراف معیار افراد به ترتیب ۵۷/۰۴ و ۹/۳۷ بود. جدول ۱ توزیع فراوانی مطلق و فراوانی نسبی متغیرهای جمعیت شناختی در این افراد را نشان می‌دهد. طبق جدول، بیشترین درصد افراد شرکت‌کننده در پژوهش در گروه سنی ۶۰ ساله و بالاتر (۴۷/۳ درصد) و بی‌سواد (۴۳/۶ درصد) بودند. همچنین، بیشترین درصد افراد (۵۱/۸ درصد) زن و از لحاظ شغلی ۵۰/۹ درصد شاغل بودند. بیشترین درصد افراد (۸۱/۸ درصد) متأهل و اکثر آنها (۵۷/۳ درصد) درآمد بین ۲۰۰ تا ۴۰۰ هزار تومان داشتند، بیشترین درصد افراد (۵۱/۸ درصد) بیش از ۳ سال سابقه ابتلای به بیماری قلبی داشتند و ۵۰/۹ درصد بیش از دو بار به علت بیماری قلبی در بیمارستان بستری شده بودند.

نمودار ۱ توزیع فراوانی نسبی افراد را برحسب رفتارهای خودمراقبتی نشان می‌دهند. طبق نمودار اکثر افراد (۷۰ درصد) از رفتارهای خودمراقبتی در سطح ضعیف برخوردار بودند و فقط ۱۰ درصد آنان رفتارهای خودمراقبتی خوبی داشتند.



نمودار ۱: توزیع فراوانی نسبی افراد مورد مطالعه برحسب رفتارهای خودمراقبتی

در مورد ارتباط متغیرهای دموگرافی با رفتارهای خودمراقبتی طبق جدول ۲، نتایج آزمون آماری کای اسکور بین رفتارهای خودمراقبتی با سن رابطه معنی‌دار بدست داد ($p=0/000$) به طوری که افراد جوان‌تر نسبت به افراد مسن رفتار خودمراقبتی بهتر داشتند. بین دو متغیر تحصیلات و رفتارهای

ابتلای به بیماری قلبی و دفعات بستری در بیمارستان به علت بیماری قلبی و بخش دوم پرسشنامه شامل ۲۶ سؤال درخصوص نحوه مراقبت از خود بود. محورهای مورد توجه در الگوی خودمراقبتی شامل چگونگی رعایت رژیم غذایی مناسب، نوع غذای مصرفی، چگونگی رعایت رژیم دارویی تجویز شده، فعالیت روزمره، ورزش و فعالیت فیزیکی، وضعیت خواب و ارتباط جنسی، حذف عادت‌های مضر مثل سیگار کشیدن، مشاوره و صحبت با دوستان، استفاده از امکانات تفریحی و گردشگری، برخورداری از حمایت خانوادگی و غیرخانوادگی بود که توسط پژوهشگر به صورت بسته جواب بر اساس مقیاس لیکرت طراحی شد. گزینه‌های هر عبارت در پنج قسمت، بین ۱ تا ۵ نمره‌گذاری شد. نمره خودمراقبتی براساس امتیاز کسب شده به سه دسته خوب (نمره میانگین+انحراف معیار و بیشتر از آن)، متوسط (بین میانگین تا انحراف معیار+میانگین) و ضعیف (کمتر از میانگین) تقسیم شد. برای تعیین اعتبار علمی پرسشنامه (Validity) ابتدا پرسشنامه با مطالعه جدیدترین منابع و نشریه‌ها و مراجعه به سایت‌های معتبر اینترنت تنظیم شد، سپس برای نظرسنجی در اختیار ۱۰ نفر از استادان متخصص قلب و عروق، تغذیه و آموزش بهداشت قرار گرفت و نظر اصلاحی آنان در پرسشنامه اعمال شد. پایایی پرسشنامه و همسانی درونی با ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه خود مراقبتی، $\alpha=0/97$ بدست آمد. برای جمع‌آوری اطلاعات پژوهشگر در نوبت‌های کاری و روزهای مختلف هفته به مطب و درمانگاه‌های خصوصی پزشکان بیمارستان حشمت که این بیماران را جراحی کرده بودند مراجعه و پس از بیان هدف‌ها و جلب رضایت کتبی واحدهای پژوهش پرسشنامه را به روش مصاحبه تکمیل می‌کرد. اطلاعات محرمانه و بدون ذکر نام بود. پس از تکمیل پرسشنامه، داده‌ها وارد برنامه نرم افزار (SPSS version 16) شد و از روش‌های آماری فراوانی مطلق، فراوانی نسبی، میانگین، انحراف معیار، آزمون آماری کای اسکور برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. سطح معنی‌داری $p < 0/05$ تعیین شد.

نتایج

۱۱۰ بیمار قلبی که دو ماه از جراحی پیوند عروق کرونر آنان

معنی دار دیده شد ($p < 0/001$). همچنین، بین متغیرهای میزان درآمد ($p = 0/015$)، مدت ابتلای به بیماری قلبی ($P = 0/000$)، تعداد دفعات بستری در بیمارستان به علت بیماری قلبی ($p = 0/040$) با رفتارهای خودمراقبتی ارتباط معنی دار وجود داشت. به عبارت دیگر، بیماران با درآمد بیشتر، مدت ابتلای به بیماری قلبی کمتر و تعداد دفعات بستری آنان هم در بیمارستان به علت بیماری قلبی کمتر بود، از سایر گروه‌ها رفتارهای خودمراقبتی بهتری داشتند. در این مطالعه بین خودمراقبتی با تاهل رابطه معنی دار بدست نیامد ($p > 0/05$).

خودمراقبتی با انجام آزمون آماری کای اسکوئر رابطه معنی دار وجود داشت ($P = 0/000$) یعنی بیماران با تحصیلات بالاتر نسبت به افراد با تحصیلات پایین‌تر رفتار خودمراقبتی بهتری داشتند. در این مطالعه مردان نسبت به زنان رفتار خودمراقبتی بهتری از خود نشان دادند و آزمون آماری کای اسکوئر بین جنس و رفتار خودمراقبتی رابطه معنی دار بدست داد ($p = 0/024$) شاغلان نسبت به افراد غیرشاغل و خانه‌دار رفتار خودمراقبتی بهتری داشتند، به طوری که بین شغل و رفتار خودمراقبتی با انجام آزمون آماری کای اسکوئر رابطه

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و فراوانی نسبی متغیرهای جمعیت‌شناختی در جامعه مورد مطالعه

متغیرهای جمعیت شناختی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
سن	۲۱	۱۹/۱
	۳۷	۳۳/۶
	۵۲	۴۷/۳
سطح تحصیلات	۴۸	۴۳/۶
	۴۳	۳۹/۱
	۱۹	۱۷/۳
جنس	۵۷	۵۱/۸
	۵۳	۴۸/۲
شغل	۵۶	۵۰/۹
	۱۲	۱۰/۹
	۴۲	۳۸/۲
وضعیت تاهل	۹۰	۸۱/۸
	۵	۴/۵
	۱۵	۱۳/۶
سطح درآمد	۲۳	۲۰/۹
	۶۳	۵۷/۳
	۲۴	۲۱/۸
مدت زمان ابتلاء	۳۳	۳۰
	۲۰	۱۸/۲
	۵۷	۵۱/۸
تعداد دفعات بستری شدن در بیمارستان	۲۴	۲۱/۸
	۳۰	۲۷/۳
	۵۶	۵۰/۹

جدول ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی افراد مورد مطالعه برحسب رفتارهای خودمراقبتی و متغیرهای جمعیت شناختی

p-value	جمع		خوب		متوسط		ضعیف		رفتار خود مراقبتی	
	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	متغیرهای جمعیت شناختی	
۰/۰۰۰	۱۰۰	۲۱	۴۲/۹	۹	۳۳/۳	۷	۲۳/۸	۵	سن	<۵۰ سال
	۱۰۰	۳۷	۵/۴	۲	۱۸/۹	۷	۷۵/۷	۲۸		۵۰-۵۹ سال
	۱۰۰	۵۲	۰	۰	۱۵/۴	۸	۸۴/۶	۴۴		۶۰ سال و بالاتر
۰/۰۰۰	۱۰۰	۴۸	۰	۰	۱۰/۴	۵	۸۹/۶	۴۳	سطح	بیسواد
	۱۰۰	۴۳	۹/۳	۴	۲۷/۹	۱۲	۶۲/۸	۲۷	تحصیلات	وسیکل ابتدایی
	۱۰۰	۱۹	۳۶/۸	۷	۲۶/۳	۵	۳۶/۸	۷		دیپلم و بالاتر
۰/۰۲۴	۱۰۰	۵۷	۸/۸	۵	۱۰/۵	۶	۸۰/۷	۴۶	جنس	زن
	۱۰۰	۵۳	۱۱/۳	۶	۳۰/۲	۱۶	۵۸/۵	۳۱		مرد
۰/۰۰۱	۱۰۰	۵۶	۱۷/۹	۱۰	۳۰/۴	۱۷	۵۱/۸	۲۹	شغل	شاغل
	۱۰۰	۱۲	۰	۰	۱۶/۷	۲	۸۳/۳	۱۰		غیر شاغل
	۱۰۰	۴۲	۲/۴	۱	۷/۱	۳	۹۰/۵	۳۸		خانه دار
>۰/۰۵	۱۰۰	۹۰	۱۰	۹	۲۲/۲	۲۰	۶۷/۸	۶۱	وضعیت تاهل	متاهل
	۱۰۰	۵	۴۰	۲	۲۰	۱	۴۰	۲		مجرد
	۱۰۰	۱۵	۰	۰	۶/۷	۱	۹۳/۳	۱۴		بیوه
۰/۰۱۵	۱۰۰	۲۳	۰	۰	۸/۷	۲	۹۱/۳	۲۱	سطح درآمد	کمتر از ۲۰۰ هزار تومان
	۱۰۰	۶۳	۷/۹	۵	۲۳/۸	۱۵	۶۸/۳	۴۳		۲۰۰-۴۰۰ هزار تومان
	۱۰۰	۲۴	۲۵	۶	۲۰/۸	۵	۵۴/۲	۱۳		بیشتر از ۴۰۰ هزار تومان
۰/۰۰۰	۱۰۰	۳۳	۳۰/۳	۱۰	۱۸/۲	۶	۵۱/۵	۱۷	مدت زمان ابتلاء	کمتر از یکسال
	۱۰۰	۲۰	۰	۰	۳۵	۷	۶۵	۱۳		۱-۳ سال
	۱۰۰	۵۷	۱/۸	۱	۱۵/۸	۹	۸۲/۵	۴۷		بیشتر از ۳ سال
۰/۰۴۰	۱۰۰	۲۴	۱۶/۷	۴	۲۵	۶	۵۸/۳	۱۴	تعداد دفعات	یکبار
	۱۰۰	۳۰	۲۰	۶	۲۰	۶	۶۰	۱۸	بستری شدن در	دو بار
	۱۰۰	۵۶	۱/۸	۱	۱۷/۹	۱۰	۸۰/۴	۴۵	بیمارستان	بیش از دو بار

بحث و نتیجه گیری

رفتارهای خودمراقبتی در سطح متوسط و نیمی دیگر در حد خوب داشتند (۱۶). در این پژوهش بین سن و رفتارهای خودمراقبتی ارتباط معکوس و معنی دار دیده شد بطوری که بیماران جوان تر رفتارهای خودمراقبتی بهتری از خود نشان دادند که با نتایج پژوهش شجاعی و همکاران (۱۵) و آذرباد (۱۶) همخوانی دارد. تغییر ناشی از سالمندی مانند کاهش بینایی، کاهش شنوایی و شناخت بیمار می تواند سبب ناتوانی آنان در امر خودمراقبتی شود (۱۷). بین تحصیلات و رفتار خودمراقبتی در افراد مورد مطالعه رابطه معنی دار دیده شد به طوری که بیماران با تحصیلات بالاتر رفتارهای خودمراقبتی بهتری از خود نشان دادند. Rockwell می گوید که بیماران

با توجه به نتایج این بررسی، فقط ۱۰ درصد واحدهای مورد مطالعه رفتارهای خودمراقبتی خوبی داشتند و بیشتر آنان عملکردشان در این زمینه ضعیف بود. عوامل متعددی نظیر: بی سواد و کم سواد، کمبود اطلاعات و آگاهی در زمینه رفتارهای صحیح خودمراقبتی، ابتلای به بیماری های مزمن دیگر و مشکلات جسمی و روحی می تواند نقش داشته باشد. در تحقیق شجاعی و همکاران در رابطه با رفتارهای خودمراقبتی بیماران نارسایی قلبی ۲۶ درصد رفتار خوب داشتند و در سه چهارم بیماران در حد متوسط و ضعیف بود (۱۵) که با نتایج پژوهش ما همخوانی دارد. در مطالعه آذرباد در بیماران نارسایی قلبی نیز نیمی از بیماران

می‌گیرد. همچنین، در این پژوهش بین مدت ابتلای به بیماری قلبی و رفتارهای خودمراقبتی رابطه معنی‌دار و معکوسی بدست آمد به طوری که با افزایش مدت ابتلای به بیماری قلبی، رفتارهای خود مراقبتی در افراد ضعیف‌تر شده بود. شاید یکی از دلایل خودمراقبتی ضعیف‌تر در بیمارانی که از مدت ابتلای به بیماری آنان بیشتر گذشته، این باشد که علایم بیماری و عوارض ناشی از آن به مرور زمان محدودیت‌هایی در روند زندگی عادی بیماران ایجاد می‌کند و رفتارهای خود مراقبتی آنان را متأثر می‌کند. در مورد تعداد دفعات بستری در بیمارستان به علت بیماری قلبی، نتایج نشان داد که بیش از نیمی از افراد بیش از دوبار به دلیل مشکل قلبی در بیمارستان بستری شده بودند و این گروه از خودمراقبتی ضعیف‌تری هم برخوردار بودند. بین دو متغیر دفعات بستری در بیمارستان به علت بیماری قلبی و رفتارهای خودمراقبتی رابطه معنی‌دار و معکوسی بدست آمد که با نتایج پژوهش شجاعی و همکاران (۱۹) همخوانی دارد. ولی آذرباد در تحقیق خود، ارتباطی بین دفعات بستری در بیمارستان و رفتارهای خودمراقبتی نیافت (۲۰). اگرچه انتظار می‌رود بیماران قلبی در هربار بستری در بیمارستان در انجام رفتارهای خودمراقبتی توان‌تر شوند ولی در اینجا می‌توان اظهار نظر کرد که شاید اجرای برنامه آموزشی در بیمارستان‌ها مفید نبوده و به رغم بستری مکرر نتوانسته در رفتار خودمراقبتی بیماران تغییر ایجاد کند.

با توجه به نتایج این پژوهش، دانش رفتارهای خودمراقبتی در اکثر افراد مورد مطالعه ضعیف بود و چون آموزش رفتارهای خود مراقبتی به بیماران از اصلی‌ترین وظایف کادر بهداشتی- درمانی مخصوصاً پرستاران است و افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن نیازمند آموزش مداوم و مستمر هستند، آموزش مراقبت از خود سهم بسزایی در پیشگیری از بروز مجدد بیماری، در بیماران قلبی پس از جراحی پیوند عروق کرونر دارد. چون یکی از مسئولیت‌های کادر بهداشتی- درمانی، مخصوصاً پرستاران انتقال اطلاعات در زمینه خودمراقبتی مبتنی بر نیازهای بیماران از طریق آموزش و پیگیری و حمایت در اجرای این برنامه‌ها است لذا با عنایت به نتایج حاصل از این پژوهش، کادر بهداشتی، مخصوصاً

دارای تحصیلات بالا معمولاً قدرت قضاوت و تصمیم‌گیری بهتری برای انجام فعالیت‌های خودمراقبتی دارند (۱۸). Akyol و همکاران معتقدند که تحصیلات بالا با توجه به ارتباط آن با موقعیت‌های شغلی بهتر و درآمد بیشتر، بر توان خودمراقبتی افراد تاثیر می‌گذارد. در مطالعه Akyol ارتباط معنی‌داری بین سطح تحصیلات و توان خودمراقبتی گزارش شد (۱۹).

در این پژوهش مردان نسبت به زنان رفتار خودمراقبتی مناسب‌تری از خود نشان دادند که بین متغیرجنس و رفتارهای خودمراقبتی ارتباط معنی‌دار بدست آمد. شجاعی و همکاران (۱۵) نیز به نتایج مشابه‌ای دست یافتند درحالی که آذرباد (۱۶) و Akyol و همکاران (۱۹) در تحقیق خود ارتباطی بین این دو متغیر بدست نیاورده بودند. در این پژوهش میزان تحصیلات زنان نسبت به مردان پایین‌تر بود لذا به نظر می‌رسد کمبود اطلاعات و آگاهی آنان در این زمینه، رفتارهای خودمراقبتی را در آنها تا حد زیادی متأثر می‌کند. از طرفی شاید زنان به دلیل مشغله خانه‌داری و مدیریت منزل، فرصت کمتری برای رفتار خودمراقبتی داشته باشند. بین شغل و رفتار خودمراقبتی در افراد مورد مطالعه رابطه معنی‌داری مشاهده شد، به طوری که خودمراقبتی در افراد شاغل بیشتر و بهتر از افراد خانه‌دار و غیرشاغل بود. چون افراد شاغل از نظر درآمد و وضعیت اقتصادی نسبت به افراد خانه‌دار و غیرشاغل از موقعیت بهتری برخوردارند این شرایط می‌تواند سبب بهبود رفتارهای خودمراقبتی در آنان شود.

بین تاهل و رفتار خودمراقبتی رابطه معنی‌دار وجود نداشت. هر چند در این مطالعه افراد متاهل رفتارهای خودمراقبتی مناسب‌تری نسبت به بیوه‌ها داشتند، ولی مجردها بهترین امتیاز را در رفتارهای خود مراقبتی کسب کردند. البته در این پژوهش غالباً مجردها از تحصیلات بالاتری نسبت به متاهل‌ها و بیوه‌ها برخوردار بودند که خود موجب رفتارهای خودمراقبتی بهتری در آنان شده است. حمایت خانوادگی در افراد متاهل نسبت به بیوه‌ها می‌تواند دلیلی برای رفتارهای خودمراقبتی بهتر در آنان نسبت به افراد بیوه باشد.

این مطالعه نشان داد بین میزان درآمد و خود مراقبتی ارتباط معنی‌دار وجود دارد. معمولاً هر قدر امکانات اقتصادی افراد بیشتر باشد، امکان خودمراقبتی بهتری در دسترس آنان قرار

قلب، در پیشگیری از عود بیماری و ارتقای کیفیت زندگی آنان گام‌های مؤثری بردارند. به علت محدود بودن تعداد نمونه‌های پژوهش به یک بیمارستان در شهر رشت و بررسی بیماران در یک مقطع زمانی، نمی‌توان این نتایج را به کل بیماران قلبی پس از جراحی قلب تعمیم داد، بنابراین پیشنهاد می‌کنیم که در پژوهش‌های آینده رفتارهای خودمراقبتی را در نمونه‌های بیشتری از بیماران قلبی پس از انواع جراحی قلب بررسی نموده و نمونه‌گیری بیماران از مراکز مختلف درمانی، شهرها و استان‌های مختلف کشور انجام شود.

پرستاران می‌توانند از برنامه آموزش رفتارهای خودمراقبتی برای کنترل مشکلات جسمی و روانشناختی در بیماران پس از جراحی پیوند عروق کرونر قلب استفاده کرده و آموزش رفتارهای خودمراقبتی به این افراد را در راس اقدام‌های خود قرار دهند. چون پیشگیری ارزان‌تر و اقتصادی‌تر از درمان است. برنامه‌ریزان، مدیران و مسئولان بهداشتی جامعه می‌توانند با تخصیص بودجه لازم برای آموزش رفتارهای خودمراقبتی در زمینه بیماری قلبی به افراد در معرض خطر مخصوصاً بیماران قلبی پس از جراحی پیوند عروق کرونر

منابع

1. Braunwald S. Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicines. 7th Ed. Philadelphia; WB Saunders; 2005; 1-2.
2. Keaton A, Pierce L. Adherence to Cardiac Therapy for Men with Coronary Artery Disease. Rehabil Nurs 2007; 26(6):23-5.
3. Kuller LH. Epidemiology Of Cardiovascular Diseases. Current Perspectives. Am J Epidemiol 1976; 104(4): 425-496.
4. Hosseinifar R. Epidemiology Principle And Control Of Disease For Nurses. Tehran, Boshra Puplication; 2004; 35-56. [Text in Persian]
5. Cause of Death- UC Atlas of Global Inequality. Center for Global International and Regional Studies (CGIRS) at the University of California: Santa Cruz; University of California, 2006.
6. Kyngas H. Patient Education: Perspective of Adolescents with A Chronic Disease. Journal of Clinical Nursing 2003; 12(5):744-751.
7. Jarvinen O, Saarinen T, Julkunen J, Huhtala H, Tarkka MR. Changes In Health-Related Quality of Life And Functional Capacity Following Coronary Artery Bypass Graft Surgery. Eur J Cardiothorac Surg 2003; 24(5):750-6.
8. Panagopoulou E, Montgomery A, Benos A. Quality of Life after Coronary Artery Bypass Grafting: Evaluating The Influence of Preoperative Physical and Psychosocial Functioning. J Psychosom Res 2006; 60(6): 639-44
9. Tajvidi M, Memarian R, Mohammadi E. The Sound Effect of Quran In Anxiety Patients Before Open Heart Surgery. Daneshvar Journal 2001; 8(32):55- 60. [Text In Persian]
10. Babae M. Evaluation Of Quality Of Life In Patients With Coronary Artery Bypass Surgery Using Controlled Clinical Trial. Acta Medical Iranica 2007; 45: 69-75.
11. Curtin E. Deteriorating Dietary Habits Among Adults With Hypertension. Arch Intermed 2008; 168 (3):308-14.
12. Tolijamo M, Hentinen M. Adherence to Self Care And Social Support. Journal of Clinical Nursing 2001; 10: 618-27.
13. Park J, Park K. Social Prevention Medicine And Health Service, Translated By Hossien Shojaei Tehrani, 2th Ed, Tehran: Samat Pub, 1997; 442. [Text in Persian]
14. Schreurs KM, Colland VT, Kuijer RG, De Ridder DT, Van Elderen T. Development, Content and Process Evaluation of A Short Self-Management Intervention In Patients With Chronic Diseases Requiring Self-Care Behaviors. Patient Education and Counseling 2003; 51:133-141.
15. Shojaei F, Assemi S, Yarandy A, Hosseini F. Self – Care Behavior In Heart Failure Patient. Journal of Payesh 2009; 8(4):361-9. [Text in Persian]
16. Azarbad M. Study Of Relationship Self-Care Behavior With Self-Care Need In Heart Failure Patient To Refer To Shahid Ragaie Cardiovascular Research and Treatment Center, (MS Dissertation). Faculty of Nursing and Midwifery Iran, Tehran; 2005. [Text in Persian]
17. Carlson B, Riegel B, Moser DK. Self- Care Abilities of Patient with Heart Failure. Heart&Lung 2001; 30(5): 351-9.
18. Rockwell JM Riegel B. Predictor of Self Care in Persons with Heart Failure. Heart&Lung 2001; 30() : 18-25.
19. Akyol A. Self-Care Agency and Factors Related To This Agency among Patients With Hypertension. J Clin Nurs 2007; 16(4):679-87.
20. Mullis RL, Chapman P. Age, Gender and Self Esteem Differences in Adolescent Coping Styles. Journal of Soc Psychology 2000; 140(4): 539-41

21. Connell M. Self Care Is Hairpin Indigent Patients with Heart Failure. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2008; 23(3):223-30.
22. Judkins Deaton C, Grady KL. State of the Science For Cardiovascular Nursing Outcomes: Heart Failure. *The Journal of Cardiovascular Nursing* 2004; 19:329-38.
23. Orem DE. *Nursing Concepts of Practice*. 6th ed. St. Louise; Mosby, 2001:253-273.
24. Ahmadzadeh M. The Effects of Health Education on Anxiety Level of Patients before Coronary Artery Bypass Surgery in Amam Khomaini Hospital of Tehran, (MS Dissertation). Tarbiat Modares University: 2000. [Text in Persian]
25. Dehdary T, Hidarnia A, Ramzankhani A, et al. Planning and Evaluation Intervention Program to Improve Life Quality In Patients After Coronary Artery Bypass Graft-Surgery According To PRECEDE -PROCEED Model, *Journal Of Birjand University Of Medical Sciences* 2008; 15(4):27-38. [Text In Persian]

Self- Caring Behaviors among Cardiac Patients after Coronary Artery Bypass Graft Surgery

Seyam Sh.(M.Sc.)¹- *Hiedarnia A.(Ph.D.)²- Tavaġian S.S.(Ph.D.)²

*Corresponding Address: Department of Health Education, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

Email: hidarnia@modares.ac.ir

Received: 1/Feb/2011 Accepted: 18/May/2011

Abstract

Introduction: After coronary artery bypass graft surgery, the patients need to perform self-caring behaviors. Thus, the assessment of such behaviors in order to promote them is recommended.

Objective: To determine the self-care behaviors in cardiac patients after coronary artery bypass graft surgery in Heshmat hospital, Rasht.

Materials and Methods: This descriptive cross-sectional study was conducted in Heshmat hospital in Rasht, on 110 patients who were operated on and selected using purposive sampling method. The data were collected through interview with patients, their self reporting and respective records. The measurement tools were two questionnaires about demographic characteristics and self-care questions. Collected data were analyzed by descriptive statistical tests, mean, standard deviation, frequency, and chi-square test.

Results: This study showed that just ten percent of the studied patients conducted self-caring well. However, factors such as: age ($p=0.000$), education ($p=0.000$), gender ($p=0.024$), occupation ($p=0.001$), income level ($p=0.015$), time of illness ($p=0.000$) and time of hospitalization ($p=0.040$) had significant relationships with reported self-care behaviors. However, marital status had no significant relationship with self-care behaviors ($p>0.05$).

Conclusion: As this study demonstrated, the minority of the participants performed self-care behavior well. Therefore, training and encouraging the cardiac patients to care for themselves, is strongly recommended.

Key words: Cardiovascular Diseases/ Coronary Artery Bypass / Patients/ Postoperative Care/ Self Care

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 79, Pages: 31-39