

تأثیر برنامه‌ی آموزش بهداشت بر افسردگی بیماران بعد از جراحی بای‌پاس عروق کرونر

*بیلا سبزمکان^۱، دکتر سید محمدمهدی هزاوه‌ئی^۲، مهندس اکبر حسن‌زاده^۳، دکتر کتایون ربیعی^۴

خلاصه

مقدمه: افسردگی به عنوان یکی از پیامدهای جراحی بای‌پاس عروق کرونر، طبق گزارشات می‌تواند با افزایش خطر مرگ و میر و ناتوانی همراه باشد؛ این مطالعه با هدف بررسی تأثیر پیشگیرانه‌ی آموزش بهداشت بر آن انجام شد.

روش کار: این پژوهش نیمه تجربی در سال ۱۳۸۵ در مرکز تحقیقات قلب و عروق اصفهان بر روی ۵۴ بیمار قلبی با عمل جراحی بای‌پاس که به طور تصادفی در دو گروه مورد و شاهد قرار گرفتند، انجام شد. علاوه بر مقیاس افسردگی بیماران قلبی، جهت سنجش آگاهی، نگرش، مهارت و رفتارهای خودیاری از پرسش‌نامه‌ی خودساخته قبل و بعد از آموزش استفاده گردید. برنامه‌ی آموزشی به صورت ۹ جلسه‌ی هفتگی (مجموعاً ۲ ماه) ۶۰-۹۰ دقیقه‌ای برای گروه مورد انجام شد و سپس بیماران به مدت دو ماه پی‌گیری شدند. در تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های تی زوج، تی مستقل و مان ویتنی استفاده گردید.

یافته‌ها: بعد از آموزش، میانگین نمرات آگاهی، نگرش، مهارت‌ها و رفتارهای خودیاری افزایش معنی‌دار یافتند ($P < 0/001$). میانگین نمره‌ی افسردگی قبل از آموزش در دو گروه اختلاف معنی‌داری نداشتند اما بعد از آموزش میانگین نمره‌ی افسردگی در گروه مورد نسبت به گروه شاهد به میزان معنی‌داری کاهش یافت ($P < 0/001$) که خصوصاً در چهار بعد قضاوت نسبت به بیماری، خلق، ناامیدی و خستگی بین دو گروه اختلاف معنی‌دار مشاهده گردید ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: برنامه‌ی آموزش بهداشت در افزایش رفتارهای پیشگیری‌کننده و کاهش سطح افسردگی در بیماران پس از عمل جراحی بای‌پاس کرونر بسیار موثر می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، بای‌پاس، آموزش بهداشت، جراحی، قلب، کرونر

مقدمه

بیماری‌های قلبی عروقی علت اصلی مرگ در سراسر جهان است و هر ساله ۱۷ میلیون نفر را به کام مرگ می‌فرستد (۱ مرگ از ۳ مرگ) و اگر تا سال ۲۰۲۰ اقدام پیشگیرانه‌ی خاصی انجام نگیرد، این تعداد به ۲۴/۸ میلیون نفر خواهد رسید (۱). جراحی بای‌پاس عروق کرونر یکی از شایع‌ترین شیوه‌های جراحی برای درمان بیماری‌های قلبی عروقی است که سبب بهبود قابل توجهی در علائم آنژین و عملکرد ورزشی این بیماران می‌شود (۲). در ایران ۶۰ درصد از کل اعمال جراحی قلب باز، جراحی بای‌پاس عروق کرونر می‌باشد (۳). البته افسردگی به طور شایع به عنوان یکی از پیامدهای جراحی بای‌پاس گزارش شده و با خطر بزرگی از افزایش مرگ و میر، ناتوانی، افزایش مراقبت‌های پزشکی و کاهش عملکرد در فعالیت‌های روزانه همراه است (۴). افسردگی بالینی در ۵۴ درصد بیماران بعد از جراحی بای‌پاس گزارش شده است (۵). بیماری افسردگی چهارمین مشکل فراگیر بهداشتی اعلام شده از طرف سازمان بهداشت جهانی است و شدت ناتوان‌کنندگی آن قابل مقایسه با ۸ بیماری عمده‌ی طبی مزمن می‌باشد، پی‌آمد وجود این بیماری در مبتلایان به بیماری قلبی، وخیم شدن حالت جسمی و روحی آن‌ها است (۶). افسردگی بر پیش‌آگهی بیماری قلبی تأثیر منفی دارد چون این‌گونه بیماران تمایلی به ادامه‌ی برنامه‌های بازتوانی نداشته و اغلب از نظر اجتماعی منزوی هستند و در مورد

بیماری‌های قلبی عروقی علت اصلی مرگ در سراسر جهان است و هر ساله ۱۷ میلیون نفر را به کام مرگ می‌فرستد (۱ مرگ از ۳ مرگ) و اگر تا سال ۲۰۲۰ اقدام پیشگیرانه‌ی خاصی انجام نگیرد، این تعداد به ۲۴/۸ میلیون نفر خواهد رسید (۱). جراحی بای‌پاس عروق کرونر یکی از شایع‌ترین شیوه‌های جراحی برای درمان بیماری‌های قلبی عروقی است که سبب بهبود قابل توجهی در علائم آنژین و عملکرد ورزشی این بیماران می‌شود (۲). در ایران ۶۰ درصد از

^۱مؤلف مسئول: ایران، قزوین، دانشکده‌ی بهداشت، گروه بهداشت خانواده

تلفن تماس: ۰۲۸۱-۳۳۳۶۰۰۱ abzmakan@yahoo.com

تاریخ وصول: ۱۳۸۷/۷/۱۵ تاریخ تایید: ۱۳۸۷/۱۱/۲۰

^۱مری گروه بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین

^۲استاد گروه خدمات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

^۳مری گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

^۴پزشک عمومی

۷۰ سال، ۴ تا ۸ هفته بعد از بهبود عمل جراحی با کسب معرفی‌نامه از جراح قلب برای شرکت در برنامه‌ی آموزشی در سال ۱۳۸۵ به مرکز تحقیقات قلب اصفهان مراجعه کردند. از ۸۰ بیماری که برای شرکت در برنامه‌ی آموزشی مشاوره شده بودند، ۶۲ بیمار مراجعه کردند که به صورت تصادفی به دو گروه مورد و شاهد تقسیم شدند، ۷ بیمار در حین کار به دلایل مختلف از مطالعه خارج شدند و یکی از بیماران نیز فوت کرد که در نهایت در هر گروه ۲۷ بیمار باقی ماند. قابل ذکر است با به کار بردن فرمول حجم نمونه $n = \frac{(z_1 + z_2)^2 sd^2}{d^2}$ و در نظر گرفتن خطای نوع اول ۵ درصد و خطای نوع دوم ۲۰ درصد تعداد ۲۴ بیمار در هر گروه برآورد گردیده بود.

جهت سنجش افسردگی در این بیماران از مقیاس افسردگی بیماران قلبی^۱ (CDS) استفاده شد، این پرسش‌نامه مشتمل بر ۶ سؤال مشخصات دموگرافیک و ۲۶ سؤال نگرشی به صورت مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت (از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) در ۷ بعد (عدم لذت بردن، خواب، قضاوت و بینش، خستگی، حافظه، خلق و ناامیدی) طبقه‌بندی گردید. طبقه‌بندی نمرات در این پژوهش نیز بر اساس آزمون استاندارد افسردگی بک صورت گرفت. در آزمون بک نمره‌ی ۱۹-۱۰ افسردگی خفیف، ۲۵-۲۰ افسردگی متوسط و >25 افسردگی شدید در نظر گرفته شده است (۱۳)، پژوهشگر نیز در این مطالعه با توجه به مطالعات انجام شده در این زمینه که میانگین نمره‌ی افسردگی را ۸۰ محاسبه کردند (۱۳، ۱۲) و به کمک متخصص آمار نمره‌ی ۹۹-۸۰ را افسردگی خفیف، نمره‌ی ۱۱۰-۱۰۰ را افسردگی متوسط و >110 را افسردگی شدید در نظر گرفت. این پرسش‌نامه اولین بار در سال ۱۹۹۲ توسط دیوید و همکاران طراحی گردید (۱۲). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه ۰/۹۰ به دست آمد که نشان‌دهنده‌ی کارآیی آن در سنجش افسردگی بیماران قلبی است. اعتبار پرسش‌نامه توسط اساتید متخصص روان‌پزشک، آموزش بهداشت و قلب و عروق به زبان فارسی روان ترجمه و مورد تایید قرار گرفت.

رعایت رژیم غذایی و دارویی و نیز ترک سیگار تحمل کمی از خود نشان می‌دهند و همچنین توصیه‌های فعالیت‌های ورزشی را به کار نمی‌برند و از طرفی چون خلق افسرده یک واکنش طبیعی برای این بیماران محسوب می‌شود، نه تنها توسط بیماران بلکه پزشکان قلب نیز نادیده گرفته شده و به همین جهت بیماران خلق افسرده‌ی خود را گزارش نکرده و افسردگی آنان اغلب تشخیص داده نمی‌شود و عدم درمان افسردگی خود منجر به وسعت بیماری قلبی و عود مجدد آن در این بیماران می‌گردد (۷). افسردگی خود ارتباط مستقیم با مرگ و میر و موربیدیتی در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر دارد (۸). امروزه آموزش به عنوان هسته‌ی اصلی فعالیت‌های بهداشتی درمانی پذیرفته شده و آموزش افراد جامعه و نیز آموزش مددجویان، حرکتی جدید با سابقه‌ی ۳۰ ساله است که هدف آن ارتقاء سطح جامعه، پیشگیری از بیماری‌ها، بالا بردن توانایی‌های مددجویان در تطابق با اختلال عملکرد و نیز کاهش عملکرد و به طور کلی افزایش خودکارآمدی و در نهایت ارتقاء کیفیت زندگی می‌باشد (۹). آموزش بهداشت فرآیندی است که بر کیفیت زندگی و محیط اجتماعی افراد تاثیر گذاشته و از آن نیز تاثیر می‌پذیرد. آموزش بیمار سبب کاهش قابل توجه میزان مرگ و میر قلبی، بهبود وضعیت روانی و کیفیت زندگی و رضایت از مراقبت‌های پزشکی، کاهش عوامل خطر ساز رفتاری در بیماران بعد از جراحی بای‌پاس عروق کرونر می‌گردد (۱۰). در حال حاضر در کشور ما بیماران قلبی از اطلاعات و حمایت آموزشی روان‌شناختی که به ایشان کمک می‌کند تا با زندگی پس از تشخیص بیماری‌شان سازگار شوند، محروم هستند (۱۱). این پژوهش بر اساس تاثیر برنامه‌ی آموزش بهداشت بر کنترل افسردگی بیماران بعد از عمل جراحی بای‌پاس عروق کرونر طراحی گردید. نتایج به دست آمده می‌تواند ما را در به کارگیری برنامه‌های موثرتر برای ارائه‌ی خدمات پیشگیری‌کننده در کنترل افسردگی و درمان بیماران بعد از جراحی قلب یاری نماید.

روش کار

روش انجام این مطالعه به روش نیمه‌تجربی است. جمعیت مورد مطالعه را بیماران قلبی عروقی با عمل جراحی بای‌پاس عروق کرونر، تشکیل می‌دهند. بیماران با محدوده‌ی سنی ۳۵ تا

¹Cardiac Depression Scale

قلب به بیماران آموزش داده شد. با توجه به شیوه‌ی بحث گروهی، گروه آزمون به ۳ گروه (دوگروه مرد و یک گروه زن) تقسیم شدند و هر هفته یک جلسه برای هر گروه به مدت ۹۰-۶۰ دقیقه برگزار می‌شد. در جلسات بحث و گفتگو با استفاده از مهارت‌های افکار فراقنی شده، تکنیک دور، گروه‌های نجوا و خودآشکارسازی بیماران به صورت شبکه‌ی دایره‌ای برای حل مشکلات خود به تبادل افکار پرداختند. هم‌چنین با دوستان انجمن قلب اصفهان که قبلاً در برنامه‌ی بازتوانی قلبی شرکت کرده بودند تماس گرفته شد و از آنان درخواست شد در مورد برنامه‌ی بازتوانی و فواید این برنامه در بهبود وضعیت بیماری‌شان برای بیماران صحبت کنند. بعد از اتمام برنامه‌ی آموزشی، این بیماران به مدت دو ماه نیز جهت تداوم رفتارهای بهداشتی آموزش داده شده پی‌گیری شدند، در مدت پی‌گیری برای هر یک از ۳ گروه آموزشی سرگروهی انتخاب شد که با بیماران در ارتباط بود. بیماران هر دو هفته برای انجام رفتارهای ورزشی، آرام‌سازی و مشاوره به مرکز قلب مراجعه و چک لیست‌های خود در ارتباط با نرمش و آرام‌سازی و تنفس صحیح را که در منزل تکمیل کرده بودند به محقق تحویل می‌دادند، هم‌چنین بیماران در طول مدت پی‌گیری توسط روان‌پزشک مرکز، مورد مشاوره قرار گرفتند. لازم به ذکر است که در هر ۳ گروه، بیماران حتی بعد از اتمام برنامه‌ی آموزشی با یکدیگر ارتباط تلفنی داشته یا برای پیاده‌روی، شرکت در برنامه‌های مذهبی و گروه‌های گپ دوستانه قرار ملاقات می‌گذاشتند.

آزمون‌های نهایی شامل تکمیل پرسش‌نامه‌ها بعد از برنامه‌ی آموزشی توسط هر دو گروه انجام شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های تی زوج، تی مستقل و مان‌ویتنی استفاده گردید.

نتایج

در این مطالعه ۵۴ بیمار مورد بررسی قرار گرفتند که از این تعداد در هر گروه ۷۷/۸ درصد مرد و ۲۲/۲ درصد زن بودند. میانگین و انحراف معیار سن در گروه مورد $۷۱/۲۱ \pm ۵۶/۸۵$ و در گروه شاهد $۷۱/۵ \pm ۶۶/۵۶$ سال بود که اختلاف معنی‌داری نداشتند.

پرسش‌نامه‌ی دوم در این پژوهش پرسش‌نامه‌ی خودساخته شامل داده‌های آگاهی، نگرش، مهارت و رفتارهای خودیاری بود که بر اساس پرسش‌نامه‌ی طرح ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های قلبی و عروقی برنامه‌ی قلب اصفهان طراحی شد (۱۴). ضریب آلفای کرونباخ آن در این مطالعه ۰/۸۱ محاسبه گردید. این پرسش‌نامه شامل ۱۱ موضوع اصلی شامل (عوامل خطر بیماری قلبی، علایم افسردگی، آرام‌سازی و اثرات آن، ورزش‌های مناسب برای بیماران قلبی و فواید آن، بازتوانی قلبی و اثرات آن و راه‌های پیشگیری از افسردگی) در رابطه با آگاهی می‌باشد. در هر موضوع، به تناسب چند سؤال مطرح می‌شود. هر سؤال دارای چهار گزینه به صورت بلی (۲ امتیاز مثبت)، خیر (یک امتیاز منفی)، ممکن است (یک امتیاز مثبت) و نمی‌دانم (صفر امتیاز) می‌باشد. این پرسش‌نامه شامل ۸ سؤال در رابطه با نگرش با مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) می‌باشد. هم‌چنین این پرسش‌نامه شامل ۵ سؤال مهارت با پاسخ‌های صحیح (دو امتیاز مثبت)، متوسط (یک امتیاز مثبت) و غلط (یک امتیاز منفی) می‌باشد. قسمت آخر پرسش‌نامه‌ی دوم شامل ۵ سؤال در رابطه با رفتارها با پاسخ‌های همیشه (۳ امتیاز مثبت)، اغلب (۲ امتیاز مثبت)، گاهی (یک امتیاز مثبت) و هرگز (صفر امتیاز) می‌باشد.

پیش‌آزمون شامل تکمیل هر دو پرسش‌نامه در دو گروه پژوهش انجام شد. افراد هر دو گروه مورد و شاهد، مراقبت‌های معمولی تجویز شده توسط متخصص قلب را دریافت می‌کردند، علاوه بر این گروه مورد در برنامه‌ی آموزش بهداشت (شامل آموزش به بیمار، مداخلات روانی، مشاوره و تکنیک‌های شناختی رفتاری، ارزیابی از حمایت اجتماعی موجود، ارزیابی اضطراب و رفتار تیپ A، تشویق همسران و اعضای خانواده به شرکت در برنامه‌های بازتوانی، راهنمایی شغلی برای برگشت به کار، بحث‌هایی از فعالیت جنسی بیماران قلبی، هم‌چنین آموزش مهارت‌های آرام‌سازی، تنفس صحیح و آموزش نرمش‌های مناسب و روش پیاده‌روی صحیح به صورت گردش عملی (جدول ۱) در ۹ جلسه به مدت دو ماه شرکت کردند. در اکثر جلسه‌ها نیز یکی از اعضای خانواده‌ی بیمار حضور داشت. لازم به ذکر است فعالیت‌های روان‌شناسی توسط روان‌شناس و فعالیت‌های نرمشی توسط پرستار مرکز

جدول ۱- محتوای آموزشی برنامه‌ی آموزش بهداشت برای گروه مورد

جلسه	محتوای آموزش
۱	آشنایی با ساختمان قلب و عملکرد آن، بیماری آترواسکلروز و عوامل خطر آن، علایم این بیماری، تغذیه‌ی صحیح، روش جراحی پیوند عروق کرونر
۲	آشنایی با بیماریانی که مثل هم دارای یک مشکل مشترک (جراحی پیوند عروق کرونر) هستند.
۳	آشنایی با رفتار تیپ A، علایم اضطراب و افسردگی، ارتباط افسردگی در عود مجدد بیماری قلبی عروقی
۴	آشنایی با رفتار بهداشتی آرام‌سازی، فواید آن در بهبود سلامت جسم و روح و یادگیری این مهارت و انجام آن در برنامه‌ی روزانه
۵	آشنایی با تنفس عمیق، ورزش‌های تنفسی و نقش آن در بهبود سلامت جسم و روح و یادگیری این مهارت و انجام آن در برنامه‌ی روزانه
۶	آشنایی با نرمش‌های خاص بعد از جراحی قلب و یادگیری و انجام آن‌ها
۷	آشنایی با اهمیت شرکت در برنامه‌ی بازتوانی قلبی و نقش آن در بهبود سلامت جسم و روان
۸	آشنایی با یک برنامه‌ی پیاده روی صحیح، آشنایی با دوستان انجمن قلب و شرکت در برنامه‌های پیاده روی گروهی
۹	شناسایی موانع و مشکلات در فرآیند تغییر رفتارهای آموزش داده شده

جدول ۲- مقایسه‌ی میانگین نمرات آگاهی، نگرش، مهارت‌ها، رفتارهای خودیاری قبل و بعد از برنامه‌ی آموزش بهداشت بین دو گروه مورد و شاهد

متغیرها	قبل از برنامه‌ی آموزش بهداشت				بعد از برنامه‌ی آموزش بهداشت			
	گروه مورد		گروه شاهد		گروه مورد		گروه شاهد	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آگاهی	۶۶/۸	۱۱/۳	۷۳/۸	۱۵/۱	۶۹/۲	۱۸/۵	۶۶/۲	۱۸/۵
نگرش	۲۴/۶	۲/۰۴	۲۵/۲	۱/۹	۲۴/۲	۳/۰۱	۲۴/۲	۳/۰۱
مهارت‌ها	۱/۲۲	۰/۶	۱/۲۹	۰/۶	۱/۷	۰/۹	۱/۷	۰/۹
رفتارهای خودیاری	۱/۶	۱/۲	۲/۰۳	۱/۲	۳/۵	۲/۴	۳/۵	۲/۴

عدم لذت بردن، خواب، قضاوت و بینش، خستگی، حافظه، خلق و ناامیدی قبل از آموزش بین دو گروه در ابعاد فوق، تفاوت معنی‌داری پیدا نشد اما بعد از آموزش بین دو گروه در ابعاد قضاوت نسبت به بیماری، خلق، ناامیدی و خستگی اختلاف معنی‌دار مشاهده گردید. میانگین نمره‌ی افسردگی قبل از آموزش در گروه مورد $21/9 \pm 11/8$ و در گروه شاهد $30/4 \pm 10/5$ بوده است که اختلاف معنی‌داری بین دو گروه قبل از آموزش نشان داده نشد اما بعد از آموزش میانگین نمره‌ی افسردگی در گروه مورد به مقدار $22 \pm 66/2$ و در گروه شاهد به مقدار $27/8 \pm 89/2$ کاهش یافت ($P < 0/001$) (جدول ۳). در گروه آزمون قبل از آموزش از تعداد ۲۷ بیمار، ۲۵ نفر (۹۲/۶٪) دارای انواع افسردگی، ۵ نفر (۱۸/۵٪) افسردگی خفیف و ۴ نفر (۱۴/۸٪) افسردگی متوسط و ۱۶ نفر (۵۹/۳٪) افسردگی شدید داشته و ۲ نفر (۷/۴٪) سالم بودند، اما بعد از آموزش از تعداد ۲۷ بیمار، ۷ نفر (۲۵/۹٪) دارای انواع

۴۰/۸ درصد از بیماران سطح تحصیلات پایین، ۱۶/۷ درصد دیپلم، ۲۴/۱ درصد تحصیلات عالی و فقط ۱۸/۵ درصد بیماران بی‌سواد بودند. از نظر وضعیت شغلی ۳۳/۳ درصد بیماران بازنشسته، ۳۳/۳ درصد شاغل، ۲۰/۴ درصد خانه دار و بقیه بی‌کار بودند. دو گروه به غیر از بیماری قلبی به بیماری دیگری مبتلا نبوده و از نظر وضعیت روحی و روانی مشکل نداشتند.

جدول (۲) میانگین نمرات آگاهی، نگرش و مهارت‌ها (پیاده‌روی، نرمش، آرام‌سازی، تمرینات تنفسی عمیق، تشکیل سیستم حمایتی) و هم‌چنین میانگین نمرات رفتارهای خودیاری (پیاده‌روی، نرمش، آرام‌سازی، تمرینات تنفسی، تشکیل سیستم حمایتی، شرکت در برنامه‌ی بازتوانی قلبی) را قبل و بعد از برنامه‌ی آموزشی نشان می‌دهد. همان‌طور که ملاحظه می‌شود قبل از آموزش، اختلاف معنی‌داری در این چهار متغیر بین دو گروه وجود نداشته اما بعد از آموزش تمامی اختلافات معنی‌دار هستند. در ۷ بعد طبقه‌بندی شده پرسش‌نامه‌ی CDS شامل

افسردگی، ۵ نفر (۱۸/۵٪) افسردگی خفیف و ۱ نفر (۳/۷٪) افسردگی متوسط و ۱ نفر (۳/۷٪) افسردگی شدید داشته و ۲۰ نفر (۷۴/۱٪) سالم بودند. اما بعد از آموزش از تعداد ۲۷ بیمار، ۲۰ نفر (۷۴/۱٪) افسردگی خفیف و ۷ نفر (۲۵/۹٪) افسردگی متوسط و ۵ نفر (۱۸/۵٪) افسردگی شدید و ۱ نفر (۳/۷٪) افسردگی خفیف و ۱ نفر (۳/۷٪) افسردگی متوسط و ۱ نفر (۳/۷٪) افسردگی شدید داشته و ۲۰ نفر (۷۴/۱٪) سالم بودند. در گروه شاهد نیز قبل از آموزش از تعداد ۲۷ بیمار، ۲۱ نفر (۷۷/۸٪) دارای انواع افسردگی، ۵ نفر (۱۸/۵٪) افسردگی خفیف و ۱ نفر (۳/۷٪) افسردگی متوسط و ۱ نفر (۳/۷٪) افسردگی شدید داشته و ۲۰ نفر (۷۴/۱٪) سالم بودند.

جدول ۳- توزیع میانگین افسردگی و ابعاد هفت گانه‌ی آن قبل و بعد از برنامه‌ی آموزش بهداشت بین دو گروه آزمون و شاهد

ابعاد هفت گانه	قبل از برنامه‌ی آموزش بهداشت				بعد از برنامه‌ی آموزش بهداشت				
	گروه مورد		گروه شاهد		گروه مورد		گروه شاهد		
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
خواب	۴/۷۲	۱/۷	۴/۴۴	۲/۱۵	۲/۶۱	۱/۵۸	۳/۴۰	۲	۰/۱۱
عدم لذت بردن	۳/۵۶	۱/۰۴	۳/۶۹	۱/۴۲	۲/۲۷	۱/۲۲	۲/۷۵	۱/۳	۰/۱۶
قضاوت	۴/۶۴	۱/۲۸	۴/۱۹	۱/۲۳	۲/۶۹	۱/۰۸	۴/۰۲	۱/۴۰	۰/۰۰
خلق	۴/۴۳	۱/۰۷	۴/۴۸	۱/۳۱	۲/۹۱	۰/۸۵	۳/۸۸	۱/۲۷	۰/۰۰۲
حافظه	۳/۷۵	۱/۱۴	۳/۱۷	۱/۳۴	۲/۴۵	۱/۱۱	۲/۶۵	۱/۴۴	۰/۵
ناامیدی	۳/۷۷	۱/۲۱	۳/۱۳	۱/۶۳	۱/۷۶	۰/۸	۲/۶۶	۱/۶۹	۰/۰۱
خستگی	۵/۴۵	۱/۰۴	۴/۹۵	۱/۴۱	۲/۸	۱/۳۲	۴	۱/۶۲	۰/۰۰۵
نمره‌ی افسردگی	۱۱۲/۸	۲۱/۹	۱۰۴/۵	۳۰/۴	۶۶/۲	۲۲	۸۹/۲	۲۷/۸	۰/۰۰۱

بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان داد که آمار شیوع افسردگی قبل از آموزش در گروه مورد ۹۲/۶٪ و در گروه شاهد ۷۷/۸٪ بوده است که رقم بسیار بالایی می‌باشد. شیوع علایم افسردگی حدود ۴۵ درصد در بیماران قلبی و عروقی گزارش شده است (۱۵). مطالعه‌ی آقای شیوع افسردگی را در بیماران با عمل جراحی بای پاس ۵۲/۴۷٪ نشان داده است (۱۶). مطالعه‌ی دیگری نیز نشان داد که افسردگی بالینی در ۵۴ درصد بیماران بعد از جراحی بای پاس گزارش شده است (۵)، اما بعد از برنامه‌ی آموزشی میزان افسردگی در گروه مورد به ۲۵/۹ درصد و در گروه شاهد به ۷۴/۱ درصد کاهش پیدا کرد. به طور کلی در گروه مورد نمره‌ی افسردگی بعد از برنامه‌ی آموزشی ۴۱ درصد کاهش یافته اما در گروه شاهد حدود ۱۴ درصد کاهش یافته است، یعنی در یک فاصله‌ی زمانی (۴ ماه) نمره‌ی افسردگی در گروه مورد حدود سه برابر بیش از گروه شاهد کاهش یافته است و نشان‌دهنده‌ی اهمیت برنامه‌ی آموزش بهداشت می‌باشد. نتایج مطالعات هولست برای بیماران با نارسایی احتقانی قلب، نشان داد که جلسات مشاوره‌ای پس از ۶ ماه میزان

افسردگی را از ۹۲/۲ درصد به ۷۶/۶ درصد کاهش داده است (۱۷). در مطالعه‌ی شیخ‌الاسلامی تاثیر برنامه‌ی گروه‌درمانی بر میزان افسردگی مبتلایان به سکتی قلبی بعد و یک ماه بعد از آزمون کاهش قابل توجهی داشته ($P < ۰/۰۰۰۱$) و در گروه مورد تفاوت معنی‌داری مشاهده گردید (۱۸). نتایج مطالعات دیگری نیز تاثیر برنامه‌های کاهش استرس و تغییر سبک زندگی را بر روی بیماران قلبی عروقی در کاهش نمره‌ی افسردگی در هر دو گروه مورد و شاهد به یک میزان نشان داد (۱۹). دکتر روح‌افزا و همکاران تاثیر یک دوره‌ی بازتوانی قلبی بر استرس‌های روانی در یک جمعیت ایرانی را مورد بررسی قرار دادند. نتایج پژوهش نشان داد که نمره‌ی اضطراب (مردان $۱۷/۸۶ \pm ۶۸/۴۹$ ، زنان $۳۲/۳۳ \pm ۴۹/۳$) و افسردگی (مردان $۱۲/۸۰ \pm ۶۷/۴$ ، زنان $۱۶/۵۰ \pm ۵۷/۸۴$) نیز در انتها کاهش معنی‌داری نشان داد ($P = ۰/۰۰۱$)، که نتایج مشابهی در دو جنس مشاهده گردید (۸). صادقی و همکاران اثرات یک دوره‌ی ورزش منظم بر وضعیت روانی و ظرفیت عملی بیماران

سبک زندگی به عنوان یک عامل مهم همواره کانون توجه آموزش دهندگان بهداشت و ارتقاء سلامت بوده و تلاش برای ترغیب مردم به تغییر جنبه‌های خطرناک سبک زندگی‌شان ضروری به نظر می‌رسد و در واقع توسعه‌ی چنین راه کارهای پیشگیری کننده در سطح ملی، سازمانی و محلی یک بخش مهم از فعالیت‌های متخصصین آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت را تشکیل می‌دهد. این نکته بدیهی است که یکی از ابزارهای اساسی در تغییر سبک زندگی بیمار، وجود برنامه‌ی آموزش به بیمار به عنوان جزیی از مراقبت‌های بهداشتی است. آموزش به بیمار ممکن است مداخله‌های مشاوره‌ای و رفتاری را در بر گرفته و بر عوامل خطر ساز بیماری قلبی و عوارض بعد از آن تأثیر دارد و موجب تغییر عمده در رفاه روانی اجتماعی بیمار می‌شود. پژوهشگران امیدوارند که با همکاری مسئولین بهداشتی کشور، برنامه‌ریزان، بیمارستان‌ها و مراکز تحقیقاتی، برنامه‌های آموزشی مداخله‌ای رفتاری را در سطح وسیع و گسترده اجرا نمایند، تا از بروز افسردگی در این بیماران پیشگیری و احتمال رفتارهای غیربهداشتی و عود مجدد بیماری عروق کرونر را کاهش داده و در کاهش هزینه‌های بهداشتی و افزایش کیفیت زندگی این بیماران موثر باشند.

تشکر و قدردانی

در این جا بر خود لازم می‌دانیم که از حمایت‌های مرکز تحقیقات قلب و عروق اصفهان و جناب آقای دکتر سیامک امانت روان پزشکی بیمارستان خورشید اصفهان، مسئولین محترم بیمارستان قلب شهید چمران و بیمارستان سینای اصفهان و هم چنین از تمام بیماران عزیز که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، سپاسگزاری نماییم. این طرح در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مصوب گردید و در مرکز قلب و عروق اصفهان انجام شد و تمامی هزینه‌های طرح توسط دانشکده‌ی بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان پرداخت گردید. شایان ذکر است که نویسندگان هیچ گونه تضاد منافی با نتایج در انجام این تحقیق نداشتند.

مبتلا به آنفارکتوس قلبی را مورد بررسی قرار دادند، نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که میانگین نمره‌ی افسردگی در گروه مطالعه، قبل از باز توانی $0/83 \pm 0/1$ بوده و بعد از باز توانی به $0/5 \pm 0/1$ رسیده است که با اختلاف $0/028$ تفاوت آماری معنی داری مشاهده گردید (۲۰). میانگین نمره‌ی افسردگی در ابعاد هفت گانه (عدم لذت بردن، خواب، قضاوت و بینش، خستگی، حافظه، خلق و ناامیدی) قبل از آموزش هم در گروه شاهد و هم در گروه مورد بسیار بالا بوده، اما بعد از آموزش میانگین نمرات افسردگی در هفت بعد ذکر شده، در هر دو گروه کاهش یافته که در گروه مورد مقدار کاهش افسردگی بسیار قابل توجه می‌باشد. قبل از آموزش هم در گروه مورد و هم در گروه شاهد بیشتر بیماران در رده‌ی افسردگی شدید بودند که بعد از آموزش هر دو گروه بیشتر در رده‌ی افسردگی خفیف قرار گرفتند با این تفاوت که در گروه مورد میزان افسردگی خفیف به مراتب کمتر از گروه شاهد بوده و بیشتر افراد از نظر وضعیت افسردگی در گروه آزمون سالم بودند. به طور کلی یافته‌های این مطالعه تأثیر برنامه‌ی آموزش بهداشت (شامل آموزش به بیمار، مشاوره، حمایت اجتماعی، آموزش مهارت‌های آرام سازی، مهارت‌های ورزشی، تنفس عمیق و برنامه‌های باز توانی قلبی) را بر افزایش آگاهی، نگرش، مهارت‌ها و رفتارهای خودیاری را در بیماران بعد از عمل جراحی بای پاس عروق کرونر نشان می‌دهد، به دنبال یادگیری مهارت‌ها و افزایش رفتارهای خودیاری شامل ۵ رفتار (فعالیت‌های ورزشی، آرام سازی، تمرینات تنفسی عمیق، تشکیل سیستم حمایتی، شرکت در برنامه‌ی باز توانی قلبی) میزان افسردگی در این بیماران به طرز قابل توجهی نسبت به گروه شاهد در یک دوره‌ی زمانی ۴ ماهه کاهش پیدا کرده است، از سوی دیگر می‌توان علت شیوع زیاد و هم چنین کاهش افسردگی در این مطالعه را در ارتباط با استفاده از پرسش نامه‌ی افسردگی بیماران قلبی دانست که برای اولین بار در ایران انجام گرفته است. در سایر مطالعات انجام شده بر روی بیماران قلبی از آزمون افسردگی بک، استفاده شده است.

References

1. Branvard E. Heart disease: A textbook of cardiovascular medicine. 5th ed. Philadelphia: WB. Saunders; 1997: 1126-47.
2. Efharis P, Anthony M, Alexis B. Quality of life after coronary artery bypass grafting. J Psychosom Res 2006; 60: 636-44.
3. Babaee G, Keshavarz M, Heidarnia A. Evaluation of quality of life inpatients with coronary artery bypass surgery using controlled clinical trial. Acta Med Iranica 2007; 1: 69-74.
4. Violetal L, Chair Sek Y, Chui-Yuk P, Yeung W. Physical psychological and social recovery patterns after coronary artery bypass graft surgery; A Prospective repeated measures questionnaire survey. Int J Nurs Stud 2006; 44: 1304-15.
5. Renerio FJ, Zacaria Borge AR, Ana Neri EP. Depression whit irritability in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery; The cardiologist's role. Gen Hosp Psychiatry 2000; 22: 347-65.
6. Modabernia MJ, Sobhani A, Nasiri Rad A, Kiakajoori S. [Prevalence of depression in MI patients]. Journal of Medical Faculty of Guilan University of Medical Sciences 2001; 10(4): 16-21. (Persian)
7. Momeni H. [Effect of education and practice of healthy behavior on the return to work of patients with MI in intensive cardiac care of Isfahan governmental hospitals]. Journal of Nursing and Midwifery Faculty of Isfahan University of Medical Sciences 2001: 39-41. (Persian)
8. Roohafza HR, Saidi M, Sadeghi M, Boshtam M. [Effect of rehabilitation on psychological factor in an Iranian population]. Res Med Sci 2003; 8: 94-7. (Persian)
9. Rakhshanderod S, Ghaffari M. [Quality of life]. Journal of Baghiyatallah University of Medical Sciences 2004; 4: 6-24. (Persian)
10. Mohajer T. [Principle of patients' educations]. 1st ed. Tehran: Salami; 2002: 9-11. (Persian)
11. Shidfar M. [Effective educational interventional on lifestyle balances and reduce of replace angina in Mashhad University hospitals]. Journal of Tehran University of Medical Sciences 2003; 23-40. (Persian)
12. Yushak M, Medina N, Krum H. Cardiac depression scale; Validation a new depression scale for cardiac patients. J Psychosom Res 1996; 4: 379-86.
13. Di Benedetto M, Linder H, Hare DL, Kent S. Depression following acute coronary syndromes: A comparison between the cardiac depression scale and the Beck depression inventory II. J Psychosom Res 2006; 60: 13-20.
14. Isfahan Cardiovascular Research Center. [Evaluation knowledge, attitude and practice people about cardiovascular disease and risk factors]. Isfahan Healthy Heart Program. Isfahan Cardiovascular Research Center 2001; 5: 1-20. (Persian)
15. Azizi F, Janghorbani M, Hatami H. [Epidemiology and control common disorders in Iran]. 2nd ed. Tehran: Eshtiagh; 2001: 265-78. (Persian)
16. Aghaie K. [Depression disorder in patients under CABG]. Journal of Medicine Faculty of Isfahan University of Medical Sciences 2003; 3-5. (Persian)
17. Holst D. Improved out comes from a comprehensive management system for heart failure. Eur J Heart Fail 2001; 3(5): 619-25.
18. Sheikholeslami F. [Study of the effect of group therapy on depression following myocardial infarction]. Scientific Journal of Hamadan University of Medical Sciences and health services 2004; 2(11): 48-53. (Persian)

19. Michalsen A, Grossman P, Nils L. Psychological and quality of life outcome from a comprehensive stress reduction and lifestyle program in patients with coronary artery disease; Results of a randomized trial. *Psychother Psychosom* 2005; 74: 344-52.
20. Sadeghi K, Sarfzadegan N, Kargar M. [Study on the effect of regularity sport on psychological condition and functional capacity after myocardial infarction]. *Isfahan Cardiovascular Research Center* 1997; 1: 148-60. (Persian)

Effect of health education program on the depression of patients after coronary artery bypass surgery

*Leyla Sabzmakan¹, Seyyed Mohammad Mahdi Hazavehei², Akbar Hassanzadeh³,
Katayun Rabiee⁴

Abstract

Introduction: Depression is reported as a side effect of coronary artery bypass graft surgery and is associated with an elevated risk of mortality and morbidity. This study aimed to assess the protection effect of health education on this disease.

Materials and Methods: In this quasi-experimental study conducted in 2007, 54 patients were selected following bypass surgery in the Isfahan Cardiovascular Research Center. The patients were randomly assigned into the intervention and control groups. In addition to Cardiac Depression Scale Inventory, the researcher-made questionnaires were employed to evaluate the patients' knowledge, attitude, skills and self-helping behaviors before and after the study. The education planning program contained nine training sessions (60 to 90 minutes each) educational sessions per week. The follow up procedure took 2 months following the program. Data analysis was carried out using SPSS software and t^2 , independent-t and Mann-Whitney tests.

Results: After presenting educational intervention, the mean score of knowledge, attitude, skills and self-helping behaviors increased significantly ($P < 0.001$). The mean score of depression showed no significant difference in two groups before education while this dropped significantly in the intervention group after education compared to the control group ($P < 0.001$). Here, there was a significant difference ($P < 0.001$) in self-judgment, mood, hopelessness and exhaustion dimensions in two groups.

Conclusion: The findings of the study revealed that health education program is significantly effective in enhancing preventive behaviors and decreasing depression level in patients recovered from coronary artery bypass surgery.

Keywords: Bypass, Coronary, Depression, Health education, Heart, Surgery

*Corresponding Author:

Address: Family Health Department, Faculty of Health, Qazvin, Iran

E-mail: sabzmakan@yahoo.com Tel: +982813336001

Received date: Oct. 7, 2008 Accepted date: Feb. 9, 2009

¹Instructor in public health, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

²Professor of health services department, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

³Instructor in biostatistics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

⁴General physician

Vancouver format for reference:

Sabzmakan L, Hazavehei SMM, Hassanzadeh A, Rabiee K. Effect of health education program on the depression of patients after coronary artery bypass surgery. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2009; 11(1): 61-8.