



# بررسی دیدگاه بیماران تحت عمل جراحی قلب باز نسبت به عوامل تنش‌زا و راهکارهای تعدیل آن

ملیحه قلی‌نسب

دانشجوی کارشناسی ارشد مراقبت‌های ویژه دانشگاه علوم پزشکی کرمان

دکتر یونس جهانی

استادیار دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دانشکده بهداشت

حکیمه حسین‌رضایی<sup>۱</sup>

mph بحران و فوریت‌ها و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کارشناس ارشد آموزش پرستاری، کرمان، ایران

## Study of stressors and adjustment strategies from viewpoint of patients undergoing open heart surgery

Malihe Gholi Nasab

Yones Jahani, ph.D

Hakimeh Hosseinrezaei, MPH

### ABSTRACT

**Introduction:** Coronary artery bypass graft (CABG) surgery is the most common surgical procedure for patients suffering from coronary artery diseases. Many studies demonstrated CABG as a serious crisis for patients resulting in excessive stress and anxiety. the purpose of this study was to determine stressors and adjustment strategies from viewpoint of patients undergoing open heart surgery.

**Material and Methods:** This descriptive study was performed at the Shafa hospital of Kerman - Iran on 163 Patients undergoing coronary artery bypass surgery. The data were collected using demographic questionnaire , Revised Cardiac Surgery Stressors Scale(RCSSS and adjustment strategies questionnaire.

**Results:** The findings showed that intrapersonal stressors are perceived more than interpersonal and extra personal stressors by patients .The most important adjustment strategy was ensuring the nurse about continuous nursing care and giving analgesic after surgery.

**Discussion:** In this study the intrapersonal stressors were perceived more than interpersonal and extra personal stressors by patients, so real identification of patients' needs and anxieties is very important in clinical nurses' care planning.

**keywords :**Stressors, adjustment strategies ,open heart surgery ,viewpoint

### چکیده

**زمینه و هدف:** عمل پیوند عروق کرونر رایج‌ترین شیوه جراحی برای بیماران مبتلا به بیماری‌های عروق کرونر به شمار می‌آید. بسیاری از مطالعات نشان می‌دهند که عمل جراحی به عنوان یک بحران جدی برای بیمار

<sup>۱</sup>. نویسنده مسؤل: www.h\_m5664@yahoo.com

محسوب می‌شود که منجر به استرس و اضطراب فراوانی می‌شود. هدف از این مطالعه تعیین دیدگاه بیماران تحت عمل جراحی قلب باز نسبت به عوامل تنش‌زا و راهکارهای تعدیل آن بود.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه توصیفی بر روی ۱۶۳ بیمار تحت جراحی پیوند عروق کرونر در بیمارستان شفاء شهر کرمان در سال ۱۳۹۴ انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل مشخصات فردی، مقیاس عوامل تنش‌زای جراحی قلب بازنگری شده و پرسشنامه راهکارهای تعدیل بود.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درک بیماران از عوامل تنش‌زای درون فردی بیشتر از عوامل تنش‌زای بین فردی و عوامل تنش‌زای برون فردی بود و مهم‌ترین راهکار تعدیل عوامل تنش‌زا اطمینان دادن پرستار در مورد مراقبت مداوم و دادن مسکن‌های لازم بعد از عمل بود.

**نتیجه‌گیری:** در این مطالعه عوامل تنش‌زای درون فردی بیشتر از عوامل تنش‌زای بین فردی و عوامل تنش‌زای برون فردی توسط بیماران درک شده بود، بنابراین شناخت واقعی از نیازها و نگرانی‌های بیماران در برنامه‌ریزی مراقبتی پرستاران بالینی اهمیت بسزایی دارد.

**کل‌واژگان:** عوامل تنش‌زا، راهکارهای تعدیل، جراحی قلب باز، دیدگاه

## مقدمه

با توجه به تغییر الگوی زندگی مردم در سرتاسر جهان، به نظر می‌رسد تا سال ۲۰۲۰ بیماری‌های قلبی بر بیماری‌های عفونی پیشی گرفته و عامل اصلی مرگ و میر و ناتوانی بشر خواهد شد (۱). طبق آمارهای موجود ۴۶ درصد مرگ و میر سنین ۵۰ تا ۷۰ سالگی در ایران ناشی از بیماری‌های قلبی و عروقی است (۲). درمان‌های مختلف بیماری‌های قلبی عروقی دستاورد پیشرفت علم طب می‌باشد که با هدف بهبود وضعیت جسمی و کیفیت زندگی وابسته به سلامت صورت می‌گیرند (۳). تعداد زیادی از بیماران مبتلا به بیماری‌های عروق کرونر که به درمان‌های دارویی پاسخ نمی‌دهند، تحت عمل پیوند عروق کرونر قرار می‌گیرند (۴). در ایران ۲۵ هزار عمل جراحی قلب باز انجام می‌شود که ۵۰ تا ۶۰ درصد از آنها جراحی بای‌پس عروق کرونر می‌باشد (۵). عمل جراحی پیوند عروق کرونر برای بسیاری از بیماران تجربه‌ای استرس‌زا، ناخواسته و تهدیدکننده زندگی به همراه ترس و اضطراب است و جنبه‌های متعدد زندگی شخصی افراد را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد (۶). در حقیقت درک و قبول

جراحی به عنوان آخرین راه‌حل برای بسیاری از بیماران شبیه به یک شوک و یک حادثه تلخ است که تمام جنبه‌های زندگی و احساسات آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد و آنها را با بسیاری از چالش‌ها مواجه می‌کند (۷). ترس از مرگ، و عدم تحمل عوارض بعد از عمل باعث می‌شود که بیماران از پذیرش عمل جراحی امتناع کنند اما در نهایت به منظور رها شدن از مشکلات جسمی مثل درد شدید قلب، تنگی نفس و... عمل جراحی را می‌پذیرند (۸). اضطراب بعد از جراحی نیز ممکن است به دلیل ترس از درد، ترس از دست دادن عملکرد جنسی، نگرانی از تغییر تصویر بدنی و برگشتن به یک نظم روزانه طبیعی و حتی نگرانی‌های شغلی باشد (۹). هرچند بسیاری از بیماران با بستری شدن در فضای ناآشنای بیمارستان و در مواجهه با تجهیزات اتاق عمل و آی سی یو دچار ترس و وحشت می‌شوند (۱۰). در کنار این عوامل، آنچه شرایط آسیب‌پذیری را برای بیماران دو چندان می‌نماید دریافت مراقبتی نامطلوب و نامتناسب با نیازهای آنان است. در واقع بیماران با دریافت و مشاهده مراقبت‌هایی به شدت تکنیکی و وابسته به ونتیلاتور،

قرارگیری در محیط مراقبتی پرتلاطم و مواجهه با پرستارانی پرمشغله و درگیر با انجام وظایف روزانه، عدم دسترسی به آسان، رفتاری سرد و بی‌اعتناء به درخواست، احساس کم‌توجهی، ناامنی و ترس نموده و آن را تهدیدی برای تمامیت خود در نظر می‌گیرند (۱۱). در بیمارانی که تحت عمل جراحی قلب باز قرار داشته‌اند، استرس منجر به احساس از دست دادن کنترل زندگی و همچنین افزایش حساسیت به درد و منجر به احساس ضعف می‌شود. این باعث می‌شود که بیماران نتوانند به درستی از خود مراقبت کنند و در نتیجه نیازمند مراقبت‌های پرستاری پیچیده‌تر می‌باشند و احتمالاً روند بهبود آنها طولانی‌تر خواهد شد (۱۲). در مطالعه نظری و همکاران (۱۳۹۲) بیشترین میزان اضطراب مربوط به نگرانی‌های قبل از عمل جراحی (۱۳/۵٪)، عوامل تنش‌زا و مراقبت انجام شده در بخش (۱۲/۱۹٪)، عوامل تنش‌زا در رابطه با کارکنان اتاق عمل (۱۰/۳۵٪) و عوامل تنیدگی‌آور محیط فیزیکی اتاق عمل (۷/۶۲٪) گزارش شد (۱۳). در مطالعه گلاگر<sup>۲</sup> (۲۰۰۷) انتظار برای عمل جراحی مهم‌ترین عامل تنش‌زا در قبل از عمل بود (۱۴). در مواجهه با رویدادهای تنش‌زای زندگی همچون بیماری‌های تهدیدکننده حیات، استراتژی‌های تطابقی، نقش مهمی در تأمین سلامت جسمی و روانی فرد ایفا می‌کنند (۱۵). این استراتژی‌ها می‌توانند به عنوان یک تعدیل کننده بین استرسورها و بیماری عمل کنند (۱۶). امروزه اگرچه برای کاهش پیامدهایی نظیر استرس و اضطراب و افسردگی در بیماران قلبی از روش‌های دارویی استفاده می‌شود، این روش‌ها می‌توانند با بروز برخی عوارض جانبی همراه باشند (۱۷). جلسات مشاوره روانی، فیلم‌های آموزشی، عیادت بیماران از افرادی که قبلاً تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند، پخش موسیقی قبل از عمل جراحی و آشناسازی بیماران با کارکنان و وسایل اتاق عمل از

<sup>2</sup>. Gallagher

جمله اقداماتی است که در کشورهای مختلف برای کاهش استرس قبل از عمل توصیه می‌شود (۱۸). از آنجا که پرستاران در مراکز بالینی زمان بیشتری را با بیمار نیازمند عمل جراحی صرف می‌کنند، به همین دلیل در بهترین جایگاه جهت تسکین تنش قرار دارند و می‌توانند به راحتی از درمان‌های غیر دارویی جهت کاهش تنش استفاده کنند (۱۹). تشخیص عوامل تنش‌زا در بیماران تحت عمل جراحی قلب باز برای پرستاران خیلی مهم است چون به آنها کمک می‌کند تا مداخلات را اولویت‌بندی کنند و روش مؤثر را اجرا نمایند (۱۴). با توجه به این مهم و ضرورت اطلاع برنامه‌ریزان از دیدگاه بیماران، در مورد شدت و عوامل تنش و اینکه شرایط و موقعیت بیمار و محیط در این زمینه تأثیرگذار می‌باشد، بر آن شدیم که دیدگاه بیماران تحت عمل جراحی قلب باز نسبت به عوامل تنش‌زا و راهکارهای تعدیل آن در مرکز جراحی قلب باز در شهر کرمان را بررسی نمائیم.

### مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی است که پس از تأیید کمیته اخلاق به شماره IR.KMU.REC.1394.91 و دریافت معرفی‌نامه‌های لازم بر روی بیماران تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر مراجعه کننده به مرکز جراحی قلب باز شهر کرمان در نیمه اول سال ۱۳۹۴ انجام گرفت. حداقل حجم نمونه با سطح اطمینان ۹۵٪ ( $\alpha=0/05$ ) و  $(d=0/25)$  تعداد ۱۶۳ نفر محاسبه شد. روش انتخاب نمونه در این مطالعه به صورت مبتنی بر هدف انجام شد به این معنی که بیمارانی که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند وارد پژوهش شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل بیمارانی بود که برای اولین بار تحت عمل پیوند عروق کرونر قرار می‌گرفتند، سن ۴۰-۷۵ سال داشتند و کاملاً آگاه به مکان و زمان و شخص بوده و توانایی پاسخ‌گویی به سؤالات را داشتند و معیارهای خروج از مطالعه شامل

بیمارانی بود که مواد مخدر و آرام‌بخش‌ها و داروهای روان‌درمانی مصرف می‌کردند و به صورت اورژانسی تحت عمل جراحی قلب قرار می‌گرفتند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات یک پرسشنامه سه قسمتی بود، بخش اول پرسشنامه مربوط به ویژگی‌های دموگرافیکی، بخش دوم پرسشنامه RCSSS<sup>3</sup>، که شامل ۳۷ سؤال بود و به سه زیرگروه، عوامل تنش‌زای درون فردی که شامل ۱۱ عبارت، عوامل تنش‌زای بین فردی شامل ۹ عبارت و عوامل تنش‌زای برون فردی شامل ۱۷ عبارت تقسیم می‌شد. گویه‌ها بر اساس سطح نگرانی شرکت کنندگان بر اساس مقیاس لیکرت از ۰ تا ۴ که به صورت (۰ فقدان نگرانی، ۱ نگرانی خیلی کم، ۲ نگرانی کم، ۳ نگرانی نسبتاً زیاد، ۴ نگرانی زیاد) درجه بندی شدند. پایین‌ترین نمره عدد ۰ به معنای عدم وجود عامل تنش‌زا و حداکثر نمره عدد ۱۴۸ به معنی بیشترین میزان عامل تنش‌زا تعیین شد. طبقه‌بندی نمرات از ۰ تا ۳۷ نشان دهنده عوامل تنش‌زای خیلی کم، ۳۸ تا ۷۴ عوامل تنش‌زای کم، ۷۵ تا ۱۱۰ عوامل تنش‌زای نسبتاً زیاد، ۱۱۱ تا ۱۴۸ عوامل تنش‌زای زیاد انجام شد. میزان پایایی پرسشنامه فوق با استفاده از محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد که مورد تأیید می‌باشد و بخش سوم پرسشنامه مربوط به راهکارهای کاهش عوامل تنش‌زا که شامل ۹ عبارت بود و سؤالات آن بر اساس میزان تأثیرگذاری آنها بر اساس مقیاس لیکرت از ۰ (اصلاً) تا ۳ (زیاد) درجه بندی شد. میزان پایایی آن با استفاده از محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ۰/۷ به دست آمد که مورد تأیید می‌باشد. روایی پرسشنامه‌ها در مطالعات مشابه قبلاً مورد بررسی قرار گرفته و دوباره با نظرخواهی از اعضای هیأت علمی بررسی شد. زمانی مبادرت به تکمیل پرسشنامه‌ها شد که بیماران تحت عمل پیوند عروق کرونر قرار گرفته و از بخش مراقبت‌های ویژه به

بخش جراحی قلب منتقل شده و کاملاً هوشیار و آگاه به زمان و مکان و شخص بودند. بیمارانی که از نظر تحصیلات در سطحی بودند که خودشان توانایی و تمایل پاسخ‌گویی به سؤالات را داشتند خواسته شد که پرسشنامه را تکمیل کنند در غیر این صورت تکمیل پرسشنامه به صورت مصاحبه نزدیک تخت بیمار انجام شد. مدت زمان تکمیل پرسشنامه جهت هر بیمار حدود ۲۵ تا ۳۵ دقیقه طول می‌کشید و سؤالات به گونه‌ای از بیمار پرسیده می‌شد که توانایی درک آنها را داشته باشد و از آنها خواسته شد سؤالات پرسشنامه را پاسخ دهند. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها با کمک نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل شد.

### نتایج

نتایج پژوهش حاکی از آن بود که ۵۹/۵٪ از افراد تحت مطالعه مرد و ۴۰/۵٪ زن بودند. میانگین سنی کل افراد  $57/28 \pm 8/49$  سال بود. ۸۴٪ متأهل و ۱۶٪ مجرد بودند. از نظر اشتغال ۱۱/۷٪ کارمند، ۳۹/۹٪ دارای شغل آزاد، ۳۵٪ خانه‌دار و ۱۳/۵٪ بازنشسته بودند. از نظر میزان تحصیلات ۳۵/۶٪ بی‌سواد، ۳۹/۹٪ زیر دیپلم، ۱۶٪ دیپلم بودند و ۸/۶٪ تحصیلات دانشگاهی داشتند. ۹۸/۸٪ افراد در این مطالعه قبل از عمل جراحی قلب باز، تحت عمل آنژیوگرافی قرار گرفته بودند و هیچ‌کدام از بیماران مورد مطالعه تجربه عمل جراحی قلب نداشتند و برای اولین بار تحت عمل جراحی قلب باز قرار می‌گرفتند.

<sup>3</sup>. Revised Cardiac Surgery Stressors Scale



عوامل تنش‌زای بین فردی	میانگین	انحراف معیار
عدم پاسخ به زنگ اخبار	۲/۰۴	۱/۳۷
نیاز به کمک برای انجام فعالیت های مختلف	۱/۶۹	۱/۵۶
مطرح کردن نگرانی در مورد عمل جراحی با پزشک یا پرستار	۱/۵۶	۳/۶۵
گفتگوی پزشکان یا پرستاران در مورد بیمار یا بیماران دیگر	۱/۴۶	۱/۵۴
تعداد پزشکانی که در مراقبت از بیمار درگیرند	۱/۲۷	۱/۲۴
دریافت دارو	۱/۱۴	۱/۲۵
بودن یک بیمار یا بیشتر در یک اتاق	۱/۰۷	۱/۳۷
توضیح رویه های بیمارستان	۱/۰۴	۱/۲۱
مراقبت پرستاران مختلف از بیمار	۰/۷۸	۱/۲۱

جدول ۱: عوامل تنش‌زای بین فردی

اختلاف در عوامل بین فردی که زنان ۱۰/۲۰ بیشتر از مردان و کمترین اختلاف در عوامل برون فردی که زنان ۶/۶۱ بیشتر از مردان بود، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که تأثیر عوامل تنش‌زای بین فردی در ایجاد نگرانی بیماران مؤنث بیشتر از سایر عوامل بوده است. در این مطالعه بهترین راهکار تعدیل عوامل تنش‌زا از دیدگاه بیماران اطمینان دادن پرستار در مورد مراقبت مداوم و دادن مسکن‌های لازم بعد از عمل و کم‌اهمیت‌ترین راهکار آشنایی با محیط اتاق عمل قبل از عمل جراحی گزارش گردید (جدول ۴).

### بحث

جراحی به عنوان یک تنش روحی موجب واکنش‌های فیزیولوژیک و روانی می‌شود و بیماری که وارد بیمارستان شده دچار اضطراب در سطوح مختلف می‌گردد (۲۰).

در این مطالعه دیدگاه بیماران نسبت به عوامل تنش‌زای درون فردی، بین فردی و برون فردی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که عوامل تنش‌زای درون فردی بیشتر از عوامل برون فردی و عوامل بین فردی در نگرانی بیمار تأثیر داشته است که با نتایج مطالعه پرون و همکاران (۲۰۱۳) همخوانی دارد (۲۱).

آنالیز داده‌ها با استفاده از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی نشان داد که مهم‌ترین عوامل تنش‌زا از دیدگاه بیماران که بر اساس میزان تنش‌زایی آنها رتبه‌بندی شده بودند شامل، ترس از مرگ به علت بیماری یا عمل، درد و ناراحتی، مدت زمان سپری شده قبل از عمل، افزایش یافتن فعالیت و احتیاج به عمل جراحی قلب از عوامل تنش‌زای درون فردی و دور بودن از خانه یا سر کار از عوامل تنش‌زای برون فردی بوده است. بر طبق نتایج به دست آمده مشاهده شد که عوامل تنش‌زای درون فردی بیشترین عامل ایجاد کننده استرس با میانگین  $(17/62 \pm 59/30)$  و عوامل تنش‌زای برون فردی  $(18/75 \pm 47/99)$  در حد متوسط و عوامل تنش‌زای بین فردی  $(22/94 \pm 33/11)$  کمترین عامل ایجاد کننده استرس برای بیماران بودند و در مجموع استرس بیماران در حد متوسط با میانگین  $(18/06 \pm 47/82)$  بوده است (جداول ۱ و ۲ و ۳). در ارتباط دیدگاه بیماران نسبت به عوامل تنش‌زا و ابعاد آن با ویژگی‌های دموگرافیکی با استفاده از آزمون رگرسیون خطی تنها متغیر جنس از نظر آماری معنی‌دار بود  $(P=0/003)$  به طوری که به طور متوسط میانگین نمره عوامل تنش‌زا در زنان به اندازه ۸/۳۷ بیشتر از مردان بود. بیشترین

عوامل تنش‌زای درون فردی	میانگین	انحراف معیار
ترس از مرگ به علت بیماری یا عمل درد و ناراحتی	۳/۲۹	۱/۰۴
مدت زمان سپری شده قبل از عمل	۳/۲۷	۱/۰۷
افزایش یافتن فعالیت	۲/۸۹	۱/۴۲
احتیاج به عمل جراحی قلب	۲/۸۷	۱/۰۸
از سرگیری شیوه زندگی قبل از عمل	۲/۷۹	۱/۶۰
مراحل بهبودی	۲/۷۸	۱/۳۲
تغییر در رژیم غذایی و عادات غذا خوردن	۲/۶۶	۱/۴۰
تشنگی	۱/۶۶	۱/۲۸
نیاز داشتن به داروی مسکن	۱/۴۶	۱/۴۴
از سرگیری فعالیت جنسی	۱/۲۴	۱/۴۳
	۱/۲۲	۱/۰۸

جدول ۲: عوامل تنش‌زای درون فردی

(۲/۲۳) اولین عامل ایجاد کننده اضطراب گزارش گردید که نتایج این مطالعات با مطالعه حاضر همخوانی ندارد (۲۱، ۲۴). در بسیاری از موارد یکی از تشخیص‌های پرستاری قبل از عمل جراحی بیماران مسأله کمبود آگاهی و ترس از درد برش جراحی می‌باشد (۲۵). بنابراین ارایه اطلاعات به بیمار پیرامون درد همانند سایر اقدامات پرستاری بایستی در برنامه مراقبتی بیماران طراحی شود و پس از کاربرد مورد ارزیابی قرار گیرد (۲۶). در مطالعه حاضر مدت زمان سپری شده قبل از عمل سومین عامل از بین عوامل تنش‌زای درون فردی و عوامل تنش‌زای کل با میانگین (۲/۸۹±۱/۴۲) است. در مطالعه پرون و همکاران (۲۰۱۳) مدت زمان سپری شده قبل از عمل با میانگین (۲/۳۹±۱/۴۵) چهارمین عامل تنش‌زای درون فردی و ششمین عامل تنش‌زا از بین عوامل تنش‌زای کل و در مطالعه گلاگر (۲۰۰۷)، مدت زمان سپری شده قبل از عمل با میانگین (۲/۰۲) اولین عامل استرس‌زا گزارش شد که با مطالعه ما همخوانی ندارد (۱۴، ۲۱). مطالعات نشان داده است که وضعیت عملکردی و سایکولوژیک بیماران زمانی که در فهرست انتظار عمل قلب قرار می‌گیرند بدتر می‌شود (۲۷).

در مطالعه ما از بین عوامل تنش‌زای درون فردی و عوامل تنش‌زای کل، مرگ به علت بیماری یا عمل با میانگین (۳/۲۹±۱/۰۴) به عنوان اولین عامل تنش‌زا بیشترین سطح نگرانی را برای بیمار ایجاد کرده است. در مطالعه پرون و همکاران (۲۰۱۳) سومین عامل در بین عوامل تنش‌زای درون فردی با میانگین (۲/۵۱±۱/۳۸) و پنجمین عامل تنش‌زا از بین عوامل تنش‌زای کل گزارش گردید، که نتایج این مطالعه با مطالعه ما همخوانی ندارد (۲۱). بررسی درک بیمار در مورد ترس و اضطراب باعث می‌شود بیماران که در معرض خطر استرس روانی قرار دارند، شناسایی شوند (۲۲). پرستاران بهتر است که بیماران را تشویق به بیان احساسات خود از اضطراب کنند تا بتوانند به آنها برای مقابله با ترس به عنوان منبع استرس کمک کنند (۲۳). در مطالعه ما درد و ناراحتی با میانگین (۳/۲۷±۱/۰۷) دومین عامل تنش‌زا در میان عوامل درون فردی و عوامل تنش‌زای کل درک شده توسط بیماران بود. در مطالعه پرون و همکاران درد و ناراحتی با میانگین (۲/۸۶±۱/۲۳) و در مطالعه پاریاد و همکاران (۲۰۱۴)، با میانگین



انحراف معیار	میانگین	راهکارهای تعدیل عوامل تنش‌زا
۰/۸۱	۲/۵۶	اطمینان دادن پرستار در مورد مراقبت مداوم و دادن مسکن‌های لازم بعد از عمل
۰/۸۴	۲/۴۷	مراقبت از بیماران بدحال در اتاق‌های جداگانه
۰/۹۵	۲/۳۰	توضیح پرستار در مورد علت خارج کردن لباس‌ها و اطمینان دادن به او در مورد حفظ پوشش او تا حد امکان
۱/۱۰	۲/۲۵	ارائه اطلاعات لازم توسط جراح در مورد عوارض و عواقب عمل
۰/۹۳	۲/۲۲	امکان پرداخت اقساطی هزینه بیمارستان در صورت زیاد شدن مخارج
۱/۱۵	۲/۱۴	ارائه اطلاعات لازم توسط متخصص بیهوشی در مورد عوارض و عواقب عمل
۰/۹۵	۱/۷۳	ایجاد تسهیلات تلفنی بیشتر
۱/۱۵	۱/۷۲	اجازه ملاقات بستگان در ساعات نزدیک موعد عمل
۱/۲۵	۱/۴۲	آشنایی با محیط اتاق عمل قبل از عمل جراحی

#### جدول ۴: راهکارهای تعدیل عوامل تنش‌زا

دادن مسکن‌های لازم بعد از عمل با میانگین  $(2/56 \pm 0/81)$  بود. نتایج مطالعات شفیع‌پور (۲۰۱۳) و هاوولی<sup>۴</sup> (۲۰۰۰) با مطالعه حاضر همخوانی دارد (۳۳، ۳۴). در مطالعه نظری و همکاران (۱۳۹۲) و مطالعه جیوید و همکاران (۲۰۰۷) ارائه آموزش‌های لازم توسط جراح و متخصص بیهوشی در مورد عوارض و عواقب عمل، از بااهمیت‌ترین عوامل از بین برنده استرس گزارش شد (۱۳، ۳۵) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد. در مطالعه حاضر آشنایی با محیط اتاق عمل قبل از عمل جراحی با میانگین نمره  $(1/42 \pm 1/25)$  از کم‌اهمیت‌ترین راهکارهای تعدیل عوامل تنش‌زا از دیدگاه بیماران بود که با مطالعه طلایی و همکاران (۲۰۰۴) همخوانی دارد (۱۸). گاهی همگام با پیشرفت در تکنولوژی پزشکی، بیشترین تمرکز و وقت پرستاران بر روی وظایف تکنیکی است و به مراقبت آسایش روان بیماران کمتر توجه می‌شود. در این فضا آسایش بیماران با وجود درد یا عدم درد مشخص می‌گردد، در حالی که تأمین آسایش موضوعی فراتر از تسکین مشکلات جسمی است (۳۶). هرگاه آسایش بیماران فراهم شود یا ارتقا یابد، بیماران راحت‌تر

از آنجا که بستری شدن در بیمارستان، بیماران را از بستگان، دوستان و شرایط روزمره زندگی جدا می‌کند، آنها احساس رنج و اندوه می‌کنند (۳۱). مطالعات نشان داده‌اند تدوین برنامه مراقبتی با تمرکز بر نیازهای بیمار و خانواده، عامل مهمی در کاهش اضطراب بیمار و خانواده می‌باشد (۳۲). در مطالعه ما احتیاج به عمل جراحی قلب با میانگین  $(2/79 \pm 1/60)$  دومین عامل در بین عوامل تنش‌زای درون فردی و ششمین عامل از میان عوامل تنش‌زای کل است. در مطالعه پرون (۲۰۱۳) با میانگین  $(2/61 \pm 1/50)$  دومین عامل در بین عوامل درون فردی و سومین عامل در بین عوامل تنش‌زای کل گزارش شد که با مطالعه ما همخوانی دارد (۲۱). پرستاران می‌توانند تا حدودی نگرانی‌های بیماران را با آموزش مناسب در مورد عمل جراحی پیوند عروق کرونر، عوامل خطر اختلالات قلبی و آموزش قبل از عمل که باعث افزایش حس عزت نفس و بهبود وضعیت روانی بیماران می‌شود، کاهش دهند (۲۱). در ارتباط با دیدگاه بیماران تحت عمل جراحی قلب باز نسبت به راهکارهای تعدیل عوامل تنش‌زا بااهمیت‌ترین راهکار تعدیل عوامل تنش‌زا از دیدگاه بیمار اطمینان دادن پرستار در مورد مراقبت مداوم و

4. Hawley



کار گرفته شده توسط بیماران ضروری‌ترین گام در بهبود کیفیت مراقبت پرستاری در هر عرصه و موقعیت مراقبتی است.

قادر به بروز رفتارهای سلامتی هستند و با شرایط استرس‌زای بیماری کنار می‌آیند (۳۷).

### نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر نشان داد عوامل تنش‌زای درون فردی بیشتر از سایر عوامل در نگرانی بیماران تأثیر داشته است و بهترین راهکار تعدیل عوامل تنش‌زا از دیدگاه بیماران اطمینان دادن پرستار در مورد مراقبت مداوم و دادن مسکن‌های لازم بعد از عمل بود؛ بنابراین شناسایی نگرانی‌ها و راهبردهای به

قدردانی: به این وسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را از بیماران و پرسنل بخش جراحی قلب بیمارستان شفاء کرمان که شرایط انجام مطالعه را فراهم نمودند اعلام می‌داریم.

### REFERENCES

1. Skodova Z, Nagyova I, van Dijk JP, Sudzinova A, Vargova H, Rosenberger J, et al. Socioeconomic inequalities in quality of life and psychological outcomes among cardiac patients. *International journal of public health*. 2009;54(4):233-40.
2. JAMSHIDI N, ABBASZADEH A, NAJAFI KM. Effects of Video Instruction on Fatigue and Back Pain in Patients Undergoing Coronary Angiography. 2010.
3. Spezzaferri R, Modica M, Racca V, Ripamonti V, Tavanelli M, Brambilla G, et al. Psychological disorders after coronary artery by-pass surgery: a one-year prospective study. *Monaldi archives for chest disease= Archivio Monaldi per le malattie del torace/Fondazione clinica del lavoro, IRCCS [and] Istituto di clinica fisiologica e malattie apparato respiratorio, Università di Napoli, Secondo ateneo*. 2009;72(4):200.
4. Deyirmenjian M, Karam N, Salameh P. Preoperative patient education for open-heart patients: a source of anxiety? *Patient education and counseling*. 2006;62(1):111-7.
5. Babae G, Keshavarz M, Shayegan AHM. Effect of a health education program on quality of life in patients undergoing coronary artery bypass surgery. *Acta Medica Iranica*. 2007;45(1):69-75.
6. Karlsson A-K, Johansson M, Lidell E. Fragility—the price of renewed life. Patients experiences of open heart surgery. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2005;4(4):290-7.
7. Ivarsson B, Larsson S, Sjöberg T. Patients' experiences of support while waiting for cardiac surgery. A critical incident technique analysis. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2004;3(2):183-91.
8. Mooney M, Fitzsimons D, Richardson G. “No more couch-potato!” Patients' experiences of a pre-operative programme of cardiac rehabilitation for those awaiting coronary artery bypass surgery. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2007;6(1):77-83.
9. Karanci A, Dirik G. Predictors of pre-and postoperative anxiety in emergency surgery patients. *Journal of psychosomatic research*. 2003;55(4):363-9.

10. Ozer Z, Senuzun F, Tokem Y. [Evaluation of anxiety and depression levels in patients with myocardial infarction]. *Turk Kardiyoloji Dernegi arsivi: Turk Kardiyoloji Derneginin yayin organidir.* 2009;37(8):557-62.
11. Nasiri M, Rahimiyan B, Jahanshahi M, Hajiyan K, Nikfar J. Stressors associated with hospitalization in the stressful cardiac care unit. *Journal of Critical Care Nursing.* 2011;4(3):141-8.
12. Sarpy NL, Galbraith M, Jones PS. Factors related to recovery in coronary artery bypass graft surgery patients. *Dimensions of critical care nursing.* 2000;19(6):40&hyphen.
13. NAZARI VR, RAHIMI MM, DERIS F. EVALUATION OF PREOPERATIVE ANXIETY AND STRESS, AND WAYS TO MODIFY IT, THE PATIENTS IN KASHANI HOSPITAL OPERATING ROOM 2013. 2014.
14. Gallagher R, McKinley S. Stressors and anxiety in patients undergoing coronary artery bypass surgery. *American Journal of Critical Care.* 2007;16(3):248-57.
15. Larsen PD, Lubkin IM. *Chronic illness: Impact and intervention: Jones & Bartlett Learning;* 2009.
16. Roesch SC, Weiner B. A meta-analytic review of coping with illness: Do causal attributions matter? *Journal of psychosomatic research.* 2001;50(4):205-19.
17. Vahabi S. Effects of music therapy and relaxation methods on the anxiety of patients hospitalized in cardiac intensive care unit. *Iranian psychiatric and clinical psychology.* 2002;8(3):75-82.
18. TALAEI A, Toufani H, Hojat S, JAMI AZ. Effect of familiarizing the patient with the personerl and operating room on the day before surgery for preoperative anxiety. 2004.
19. Ghanei Gheshlagh R, Dastras M, Fazlali PourMiyandoab M, Naseri O. The relationship between preoperative anxiety and postoperative nausea and vomiting. *Medical Science Journal of Islamic Azad Univesity-Tehran Medical Branch.* 2014;23(4):269-74.
20. Matthias AT, Samarasekera DN. Preoperative anxiety in surgical patients-experience of a single unit. *Acta Anaesthesiologica Taiwanica.* 2012;50(1):3-6.
21. Parvan K, Zamanzadeh V, Dizaji SL, Shabestari MM, Safaie N. Patient's Perception of Stressors Associated with Coronary Artery Bypass Surgery. *Journal of cardiovascular and thoracic research.* 2013;5(3):113.
22. Samuelson K, Lundberg D, Fridlund B. Stressful memories and psychological distress in adult mechanically ventilated intensive care patients—a 2-month follow-up study. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica.* 2007;51(6):671-8.
23. Yava A, Tosun N, Ünver V, Çiçek H. Patient and nurse perceptions of stressors in the intensive care unit. *Stress and Health.* 2011;27(2):e36-e47.
24. Paryad E, Hosseinzadeh T, Kazemnejad Leili E. Predictors of anxiety and depression in patients undergoing coronary artery bypass surgery. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing.* 2014;2(2):67-80.
25. Fox VJ. Postoperative education that works. *AORN journal.* 1998;67(5):1010-7.





26. Anaraki HR, Abdollahi A, Nasiri H, Vakili M. Immediate effects of a five minutes back massage on patients' physiological parameters in critical care unit. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. 2001;3(2):53-8.
27. Rosenfeldt F, Braun L, Spitzer O, Bradley S, Shepherd J, Bailey M, et al. Physical conditioning and mental stress reduction—a randomised trial in patients undergoing cardiac surgery. *BMC complementary and alternative medicine*. 2011;11(1):20.
28. Voss JA, Good M, Yates B, Baun MM, Thompson A, Hertzog M. Sedative music reduces anxiety and pain during chair rest after open-heart surgery. *Pain*. 2004;112(1):197-203.
29. Braun LA, Stanguts C, Casanelia L, Spitzer O, Paul E, Vardaxis NJ, et al. Massage therapy for cardiac surgery patients—a randomized trial. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*. 2012;144(6):14۰۹-۵۳ e1.
30. Krannich J-HA, Weyers P, Lueger S, Herzog M, Bohrer T, Elert O. Presence of depression and anxiety before and after coronary artery bypass graft surgery and their relationship to age. *BMC psychiatry*. 2007;7(1):47.
31. Bergvik S, Wynn R, Sørli T. Nurse training of a patient-centered information procedure for CABG patients. *Patient education and counseling*. 2008;70(2):227-33.
32. Levey RE, Dieter III RA, Preston JC, Smith<sup>a</sup> PM, Levey<sup>aa</sup> TL, editors. Psychological needs of coronary artery bypass surgery patients. 2nd Virtual Congress of Cardiology; 2001.
33. Hawley MP. Nurse comforting strategies perceptions of emergency department patients. *Clinical Nursing Research*. 2000;9(4):441-59.
34. Shafipour V, Mohammadi E, Ahmadi F. Experiences of open heart surgery patients from admission to discharge: a qualitative study. *Iran J Critic Care Nurs*. 2013;6(1):1-10.
35. Jawaid M, Mushtaq A, Mukhtar S, Khan Z. Preoperative anxiety before elective surgery. *Neurosciences*. 2007;12(2):145-8.
36. Fagerhaugh SY, Strauss AL. *Social organization of medical work*: Transaction Publishers; 1997.
37. Wilson L, Kolcaba K. Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 2004;19(3):164-73.