

اثر آماده سازی روانی بر کاهش اضطراب ناشی از کاتتریزاسیون قلبی

فروزان بهروزیان^۱، سعید انصاری دزفولی^{۱*}، سید مسعود سیدیان^۲،
فرنوش بهزاد^۱، سمیرا یزدانی نژاد^۱

چکیده

زمینه و هدف: نظر به افزایش مشکلات قلبی نیازمند به کاتتریزاسیون و اینکه کاتتریزاسیون قلبی خود به عنوان یک ابزار تهاجمی می تواند سبب واکنش های روانشناختی شود، افزایش عوارض قلبی بدنبال آن غیر قابل اجتناب است. این مطالعه با هدف بررسی اثر آماده سازی روانی بر کاهش اضطراب ناشی از کاتتریزاسیون قلبی انجام گردید.

روش بررسی: در این کارآزمایی بالینی تصادفی، ۴۰ بیمار بیمارستان گلستان اهواز کاندید کاتتریزاسیون قلبی به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. در ابتدا پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و اضطراب همیلتون، روز قبل از کاتتریزاسیون در دو گروه تکمیل گردید. سپس برای گروه مداخله، آماده سازی روانی جهت کاتتریزاسیون قلبی انجام و مجدد پرسشنامه ۲ ساعت قبل و ۴ ساعت بعد از کاتتریزاسیون در دو گروه تکمیل شد. داده ها با آزمون های آماری کای دو و تی زوجی تجزیه شدند.

یافته ها: سطح اضطراب اولیه در بیماران دو گروه همسان بود ($p > 0/05$)؛ اما در پیگیری اول (۲ ساعت قبل از کاتتریزاسیون قلبی) اختلاف میزان اضطراب دو گروه معنادار بود ($p < 0/05$) بطوری که گروه مداخله بطور معنی داری اضطراب کمتری نشان داد. و در پیگیری دوم (چهار ساعت بعد از کاتتریزاسیون) اختلافی بین میزان اضطراب آنها وجود نداشت ($p > 0/05$). از بین متغیرهای دموگرافیک و بالینی، تنها سن و سابقه بیماری قلبی با میزان مداخله ارتباط معنی داری داشت ($p < 0/05$).
نتیجه گیری: در بیماران کاندید کاتتریزاسیون، آماده سازی روانی در کاهش اضطراب بیماران موثر است و می تواند یک روش موثر کاهش اضطراب تلقی شود.

کلید واژگان: آماده سازی روانی، اضطراب، آنژیوگرافی، پرسشنامه اضطراب همیلتون.

۱-استادیار گروه روانپزشکی.

۲-دستیار گروه روانپزشکی.

۳-استادیار گروه قلب و عروق.

۱و۲-گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی،

دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

۳- گروه قلب و عروق، دانشکده پزشکی،

مرکز تحقیقات قلب و عروق (مرکز

تحقیقات آترواسکلروز)، دانشگاه علوم

پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

* نویسنده مسؤول:

سعید انصاری دزفولی؛ دانشکده پزشکی،

گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی،

دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز،

اهواز، ایران.

تلفن: ۰۰۹۸۹۱۲۲۳۷۴۹۴۵

Email: dr.sad60@yahoo.com

مقدمه

باشند به مشکلات بعدی از قبیل آریتمی به میزان بیشتر مبتلا می شوند و احتمال مرگ آنان در ماه های اول، از کسانی که اضطراب کمتری دارند، بیشتر است (۷). اغلب عوامل دخیل در سطح استرس بیماران در ارتباط با آنژیوگرافی عبارتند از: تجربه قبلی فرد، درد، اضطراب، محیط ناآشنا و ترس از آنژیوگرافی (۹). مطالعات متعددی به منظور یافتن راه هایی برای کاهش اضطراب در بیماران با مشکلات زمینه ای مختلف انجام شده است.

نواب و همکاران (۲۰۰۳) در بررسی که بر روی ۶۰ نفر از بیماران کاندیدای عمل جراحی پیوند عروق کرونر بستری در بیمارستان نمازی شیراز انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که انجام آمادگی قبل از عمل بوسیله آموزش با افزایش آگاهی بیمار از فرآیند عمل جراحی، اصلاح سوء برداشتها و تصورات نادرست راجع به پیوند عروق کرونر باعث کاهش میزان اضطراب و استرس روانی دوره قبل از عمل خواهد شد (۱۰). Hussein Alamri و همکاران (۲۰۱۱) مطالعه ای بر روی ۲۰۰ بیمار کاندیدای کاتتریزاسیون انجام دادند و آنها را به ۳ گروه تقسیم نمودند؛ به گروه اول ۵ mg دیازپام و به گروه دوم ۴ mg کلرفنیرآمین ۶۰ دقیقه قبل از انجام عمل داده شده و گروه سوم هیچ دارویی دریافت نکردند. نتایج تحقیق مذکور نشان داد که درمان خوراکی با دیازپام و کلرفنیرآمین قبل از عمل آنژیوگرافی بر میزان اضطراب بیماران اثری ندارد (۱۱).

Vanderboom (۲۰۰۷) معتقد است استفاده از روش های غیر دارویی نظیر موزیک درمانی و سایر روش ها حتی نیاز بیماران به بیهوشی عمومی را نیز ملغی نموده و می تواند در کاهش فشار خون و میزان نیاز دارویی موثر باشد. وی در مطالعه خویش انجام انواع روش های غیر دارویی کنترل اضطراب قبل از انجام پروسیجرهای تهاجمی را پیشنهاد می نماید (۱۲). در تحقیق Mott و همکاران (۱۹۹۹)

امروزه بیماری های قلبی عروقی علت اصلی مرگ در ایالت متحده و بسیاری از کشورهای صنعتی جهان می باشد و حدود یک سوم همه بالغین بزرگتر از ۳۵ سال نهایتاً در اثر بیماری قلبی عروقی می میرند (۱). در ایران سکنه قلبی اولین علت مرگ و میر افراد بالاتر از ۳۵ سال را تشکیل می دهد (۲). روش های نوین تشخیصی و درمان بیماری های قلب و عروق از میزان مرگ و میر حاصل از بیماری های کرونری تا ۵۰ درصد کاسته است (۳). یکی از این راه های تشخیصی و درمانی بیماری های عروق کرونر کاتتریزاسیون قلبی می باشد که متداولترین تست جهت تشخیص بیماری های قلبی عروقی است، همچنین روش غربالگری مناسبی قبل از عمل جراحی بیماران کاندید عمل قلب می باشد (۴-۶).

یکی از علل اضطراب برای اغلب بیماران احتمال بستری شدن در بیمارستان است. در مطالعه خیام نکویی (۲۰۱۱) مشخص گردید که میزان اضطراب در بیماران کاندیدای کاتتریزاسیون قلبی نسبت به افراد سالم به میزان چشم گیری افزایش می یابد (۷). زمانی که بیماران جهت کاتتریزاسیون قلبی بستری می شوند این اضطراب هم افزایش می یابد. اضطراب فعالیت های روانی و فیزیولوژیکی بدن از قبیل: ضربان قلب، تعداد تنفس، فشارخون و برونده قلبی را بالا می برد که احتمالاً این موارد برای بیماران با سیستم قلبی و عروقی به مخاطره افتاده بسیار مضر می باشد (۸). بیماران قلبی عروقی به خصوص انفارکتوس میوکارد در مرحله حاد، اضطراب زیادی را تجربه می کنند و به نسبت بیمارانی که اضطراب کمتر دارند، ۵ مرتبه بیشتر به ایسکمی میوکارد، سکنه مجدد، تاکیکاردی و فیبریلاسیون بطنی مبتلا می شوند (۶). مطالعات نشان می دهد اضطراب بیش از اندازه، روند بهبود بیماری را به تاخیر می اندازد. همچنین آن دسته از بیماران قلبی که دچار اضطراب زیاد

طور کلی برای آن است که یک یا چند مورد از کنترل‌ها، از جمله کنترل رفتاری که به معنای توانایی کاستن از میزان ناراحتی در حین یا بعد از اقدامات پزشکی از طریق کسب برخی مهارت‌ها مانند تمرینات تنفسی خاص می‌باشد را برای بیمار فراهم آورد. از دیگر انواع کنترل می‌توان به کنترل شناختی؛ که به معنای توجه فرد به فواید اقدام‌هایی طبی به جای تاکید بر جنبه‌های ناخوشایند آن می‌باشد یا کنترل اطلاعات؛ که کسب اطلاعات توسط بیمار در باره اتفاق‌هایی که در اقدامات پزشکی رخ می‌دهد اشاره کرد (۱۷).

با توجه به شیوع روز افزون مشکلات قلبی عروقی و به دنبال آن نیاز به انجام کاتتریزاسیون و نظر به اینکه کاتتریزاسیون خود به عنوان یک ابزار تهاجمی می‌تواند سبب واکنش‌های روانشناختی و تحمل استرس بالا در بیماران گردد و این امر ممکن است عوارض قلبی در این بیماران را افزایش دهد و در نتیجه موجب تحمیل هزینه‌های اقتصادی بیشتر بر بیمار و خانواده وی و جامعه گردد، لذا این مطالعه با هدف بررسی اثر آماده سازی روانی بر کاهش اضطراب ناشی از کاتتریزاسیون قلبی و ارتباط آن با فاکتورهای دموگرافیک انجام گردید.

روش بررسی

در این مطالعه که به روش کارآزمایی بالینی انجام شد، حجم نمونه بر اساس ضریب اطمینان ۹۵٪ و توان ۸۰٪ با احتساب $d=5$ از مطالعات پایلوت و $d=5$ با استفاده از قاعده فوق برابر ۴۰ نمونه بدست آمد. این تعداد نمونه از بیماران ۸۰-۳۵ سال که از شهریور تا آبان ۱۳۹۲ جهت انجام کاتتریزاسیون الکتیو عروق کرونر به بیمارستان گلستان اهواز مراجعه و در بخش آنژیوگرافی بستری شده بودند، پس از کسب رضایت آگاهانه انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه ۲۰ نفری کنترل و مداخله تقسیم شدند. بیماران بر اساس جدول تصادفی اعداد به دو گروه تقسیم می‌شدند

که بر روی ۳۰ بیمار با استفاده از پرسشنامه اسپیلبرگ انجام شد، مشخص گردید بیماران کاندید آنژیوگرافی که برای آماده‌سازی روانی آنها از روش‌های modeling, informative و یا هر دو همزمان با هم استفاده شد، از نظر کاهش میزان اضطراب پس از عمل در مقایسه با یکدیگر تفاوت معناداری نداشتند ولی به طور کلی در مقایسه با گروه کنترل که هیچگونه مداخله‌ای بر روی آنها انجام نشد، هر سه روش موجب کاهش میزان اضطراب بیماران بعد از عمل آنژیوگرافی گردیدند (۱۳).

طبق مطالعه Uzun و همکاران در سال ۲۰۰۸ و همچنین مطالعه‌ی آینده نگر De Jong watt و همکاران (۲۰۰۴) که بر روی بیماران کاندیدای آنژیوگرافی انجام شد، به این نتیجه رسیدند که طول مدت انتظار برای انجام عمل با میزان اضطراب بیمار ارتباط مستقیم دارد (۱۴).

در مطالعه Caldwell و همکاران (۲۰۰۷) که بر روی ۱۰ مرد و ۱۰ زن کاندید انجام کاتتریزاسیون قلب در بیمارستان Ontario کانادا انجام شد، مشخص گردید که زنان در مقایسه با مردان ترس بیشتری نسبت به انجام عمل آنژیوگرافی دارند و این ترس بر روی دیدگاه آنها نسبت به ریسک انجام عمل و تصمیم آنها بر انجام آن اثر منفی می‌گذارد (۱۵).

در مطالعه Chan Ds و همکاران در سال ۲۰۰۳ در چین، مشخص گردید که بیشترین میزان اضطراب بیماران بلافاصله قبل از شروع عمل کاتتریزاسیون قلبی و کمترین میزان اضطراب بیماران بلافاصله بعد از اتمام عمل می‌باشد و نیز آماده سازی روانی بیماران سبب کاهش اضطراب در بیماران در هر دو مرحله قبل و بعد از عمل در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل می‌گردد (۱۶).

اگرچه به نظر می‌رسد برای کمک به بیماران در سازگار شدن با بیمارستان، روش‌های متعددی وجود داشته باشد موثرترین آنها روش‌هایی هستند که احساس کنترل بیمار در دوران نقاهت و بهبودی را تقویت می‌کنند. این رویکردها به

است: صفر (به معنای عدم وجود)، یک (میزان خفیف علایم)، دو (میزان متوسط علایم)، سه (میزان شدید علایم)، چهار (میزان خیلی شدید علایم). همچنین در مطالعات راجع به اعتبار و پایایی این پرسشنامه، ثابت درونی ۰/۶۰ و پایایی از طریق آزمون - آزمون مجدد ۰/۷۷ به دست آمده است (۱۷).

در مرحله اول پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و اضطراب همیلتون یک روز قبل از انجام آنژیوگرافی برای هر دو گروه تکمیل گردید. سپس برای گروه مداخله، آماده سازی روانی جهت انجام آنژیوگرافی با استفاده از پروتکل زیر انجام شد.

پس از ارزیابی نگرانی‌ها، میزان اطلاعات و باورهای بیمار نسبت به انجام آنژیوگرافی، در سه حیطه اطلاعات، شناختی و رفتاری به صورت زیر مداخله صورت گرفت؛

- ۱- کنترل اطلاعات: در این مرحله اطلاعات نادرست بیمار تصحیح شد و اطلاعات تکمیلی در مورد چگونگی انجام آنژیوگرافی، زمان انجام، مدت آن و شرایط کلی انجام آنژیوگرافی برای بیمار توضیحات کافی داده شد. ۲- کنترل شناختی: با توجه به تحریف‌های شناختی موجود در بیمار کنترل شناختی برای بیمار انجام گردید (به طور مثال توجه بیمار به مزایای عمل و نکات مثبت آن به جای تاکید بر جنبه‌های ناخوشایند و منفی آن) ۳- کنترل رفتاری: یکی از روش‌های کنترل رفتاری شامل تمرینات تنفسی خاص، Relaxation، تکنیک حواس پرتی به بیمار آموزش داده شد تا در صورت بروز اضطراب حین انجام آنژیوگرافی از این روش‌ها استفاده نماید. به اندازه مدت زمانی که برای گروه مورد، مداخله انجام گردید برای گروه کنترل مطلب خنثی (خواص میوه و سبزیجات) که به صورت پمفلت تهیه شده بود جهت مطالعه در اختیار آنان قرار داده شد و مداخله دیگری انجام نگردید.

و تحلیل گر آماری از ماهیت مداخله برای دو گروه کاملاً بی اطلاع بود. مداخله گر و تحلیل گر آماری دو فرد جدا و منتخب از طرف مجری طرح بودند. مداخلات به صورت تک جلسه و زمان آن نیز بین ۲۰ دقیقه تا نیم ساعت بود.

معیارهای جامعه مورد پژوهش شامل: زبان مکالمه فارسی، توانایی برقراری ارتباط کلامی، نداشتن سابقه قلبی آنژیوگرافی (با توجه به اینکه علل مراجعه بیماران در بعضی دردهای قلبی بدون سکت قلبی بود، سابقه سکت قلبی از معیارهای ورود به مطالعه قرار داده نشد) و اختلال روانپزشکی عمده، عدم ابتلا به دمانس و عقب ماندگی ذهنی و مشکل جسمی بارز که در انجام مشاوره ایجاد مشکل نماید، بودند.

برای گردآوری اطلاعات از دو ابزار ذیل استفاده گردید:

- ۱) پرسشنامه دموگرافیک بر اساس اطلاعات کسب شده از بیمار و نیز مندرجات پرونده تکمیل شد که شامل: سن، تحصیلات، وضعیت تاهل، اشتغال، سطح درآمد، جنسیت، سابقه سیگار کشیدن و سابقه فامیلی بیماری شریانی کرونری، وجود سایر بیماری‌های همزمان از جمله فشار خون بالا، دیابت، نارسایی مزمن کلیه و بیماری ریوی بود.
- ۲) پرسشنامه اضطراب همیلتون، پرسشنامه اضطراب همیلتون اضطراب را ارزیابی می‌کند. در حال حاضر این آزمون از شناخته شده‌ترین آزمون‌های اضطرابی برای ارزیابی شدت اضطراب می‌باشد و شامل ۱۴ صفت یا رفتار اضطرابی است که هر رفتار یا صفت در ارتباط با علائم خاص اضطراب می‌باشد که عبارتند از خلق مضطرب، ترس، بی- خوابی، اشکال در تمرکز، خلق افسرده، تنش عضلانی، وضعیت جسمی عمومی، علایم حسی، علایم گوارشی، علایم دستگاه اتونوم، علایم ادراری- تناسلی، علائم قلبی عروقی، علائم تنفسی و رفتار حین مصاحبه. این مقیاس توسط فرد مصاحبه کننده درجه‌بندی می‌شود که سؤالات آن در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت مطرح گردیده

بنابراین دو گروه مداخله و کنترل از نظر این متغیرها همگن بودند.

میزان اضطراب گروه مداخله و کنترل در سه زمان اندازه گیری ۲۴ ساعت قبل از آنژیوگرافی، ۲ ساعت قبل از آنژیوگرافی و ۴ ساعت بعد از آنژیوگرافی با استفاده از آزمون t- مستقل با هم مقایسه گردید و همانطور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود مقدار p بدست آمده از آزمون های ذکر شده بترتیب مقادیر ۰/۱۲۸، ۰/۰۳۸ و ۰/۷۲۴ بود و این یافته نشان می‌دهد که فقط بین اضطراب ۲ ساعت قبل از آنژیوگرافی در دو گروه مداخله و کنترل اختلاف معنی داری وجود دارد. بنابراین در زمان ۴ ساعت بعد از انجام آنژیوگرافی، هرچند میزان اضطراب در هر دو گروه کاهش یافت ولی تفاوت معنی‌داری بین دو گروه در این زمان وجود نداشت.

جهت مقایسه میزان اضطراب قبل و بعد از انجام مداخله به تفکیک در دو گروه مداخله و کنترل از آزمون t زوجی استفاده گردید و مقدار p بدست آمده از آزمون های ذکر شده بترتیب مقادیر ۰/۰۰۰ و ۰/۰۳۰ بود، همانطور که مشاهده می‌شود میزان اضطراب قبل و بعد از انجام مداخله به تفکیک در دو گروه مداخله و کنترل اختلاف معناداری را نشان دادند (جدول ۳).

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌کنید، از بین فاکتورهای کلینیکی تنها سابقه بیماری قلبی با p برابر ۰/۰۰۱ با میزان کاهش اضطراب در گروه مداخله ارتباط معنی داری داشت، به این مفهوم که وجود سابقه بیماری قلبی در میزان کاهش اضطراب موثر بود و همچنین از بین فاکتورهای دموگرافیک تنها متغیر سن با p برابر ۰/۰۰۱ با میزان کاهش اضطراب در گروه مداخله ارتباط معنی داری را نشان داد، به این معنی که متغیر سن در میزان کاهش اضطراب موثر بود و یا به عبارتی دیگر هر چه سن بیمار کمتر، میزان اثر مداخله بیشتر بود.

سپس پرسشنامه اضطراب همیلتون در زمان‌های ۲ ساعت قبل و ۴ ساعت بعد از انجام عمل آنژیوگرافی توسط دستیار روانپزشکی برای هر دو گروه تکمیل شد. تکمیل پرسشنامه توسط یک نفر در دو گروه انجام می‌شد و تکمیل کننده پرسشنامه از اینکه بیمار چه مداخله ای دریافت کرده است بی‌خبر بود.

با استفاده از روش‌های آمار توصیفی جهت پایش مشاهدات و t-test جهت بررسی اثر مداخله بر کاهش اضطراب بیماران تحلیل آماری انجام شد، نتایج در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنی دار تلقی شد. آنالیز داده ها انجام شد و داده ها با استفاده از نرم افزار آماری Spss 17 آنالیز گردید. جهت رعایت نکات اخلاقی در این مطالعه از تمام بیماران رضایت آگاهانه گرفته شد و در صورت عدم تمایل بیمار به شرکت در مطالعه بیمار از تحقیق خارج می‌شد و از هیچ‌گونه درمانی نیز محروم نمی‌شد و برای شرکت کنندگان بی‌نام بودن پرسشنامه شرح داده می‌شد.

یافته ها

از مجموع ۴۰ نفر بیماری که وارد این مطالعه شدند ۲۰ نفر در گروه مداخله با میانگین سنی ۵۱/۹۵ و انحراف معیار ۱۰/۲۶ و ۲۰ نفر در گروه کنترل با میانگین سنی ۵۴/۷۹ و انحراف معیار ۶/۱۴ قرار گرفتند و آزمون t مستقل نشان داد که میانگین سنی در دو گروه مورد مطالعه تفاوت معنی داری ندارد ($p > 0/05$).

همانطور که در جدول ۱ ملاحظه می‌شود دو گروه مداخله و کنترل در هیچ کدام از فاکتورهای کلینیکی و دموگرافیک از جمله جنس، سابقه بیماری قلبی، بیماری قبلی (فشار خون بالا و دیابت)، مصرف سیگار، تحصیلات و وضعیت اشتغال، تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p > 0/05$).

جدول ۱: بررسی ارتباط براساس فاکتورهای دموگرافیک و کلینیکی درد و گروه مداخله و کنترل

p	متغیر	
	مداخله تعداد (درصد)	کنترل تعداد (درصد)
>۰/۰۵	زن	۱۰ (۵۰٪)
	مرد	۱۰ (۵۰٪)
>۰/۰۵	سیگاری	۵ (۲۵٪)
	غیرسیگاری	۱۵ (۷۵٪)
>۰/۰۵	متاهل	۱۹ (۹۵٪)
	مجرد	۲ (۱۰٪)
>۰/۰۵	بی سواد	۴ (۲۰٪)
	زیردیپلم-دیپلم	۱۴ (۷۰٪)
>۰/۰۵	لیسانس	۱ (۵٪)
	بالاتر از لیسانس	۱ (۵/۳٪)
	بیکار	۱۴ (۷۰٪)
>۰/۰۵	شاغل	۶ (۳۰٪)
	دارد	۲ (۱۰/۵٪)
>۰/۰۵	ندارد	۱۶ (۸۹/۵٪)
	فشار خون بالا	۱۱ (۵۵٪)
>۰/۰۵	چربی خون	۱ (۵٪)
	دیابت	۲ (۱۰٪)
	ندارد	۳ (۱۵٪)

جدول ۲: مقایسه میزان اضطراب در دو گروه مداخله و کنترل در سه زمان اندازه گیری

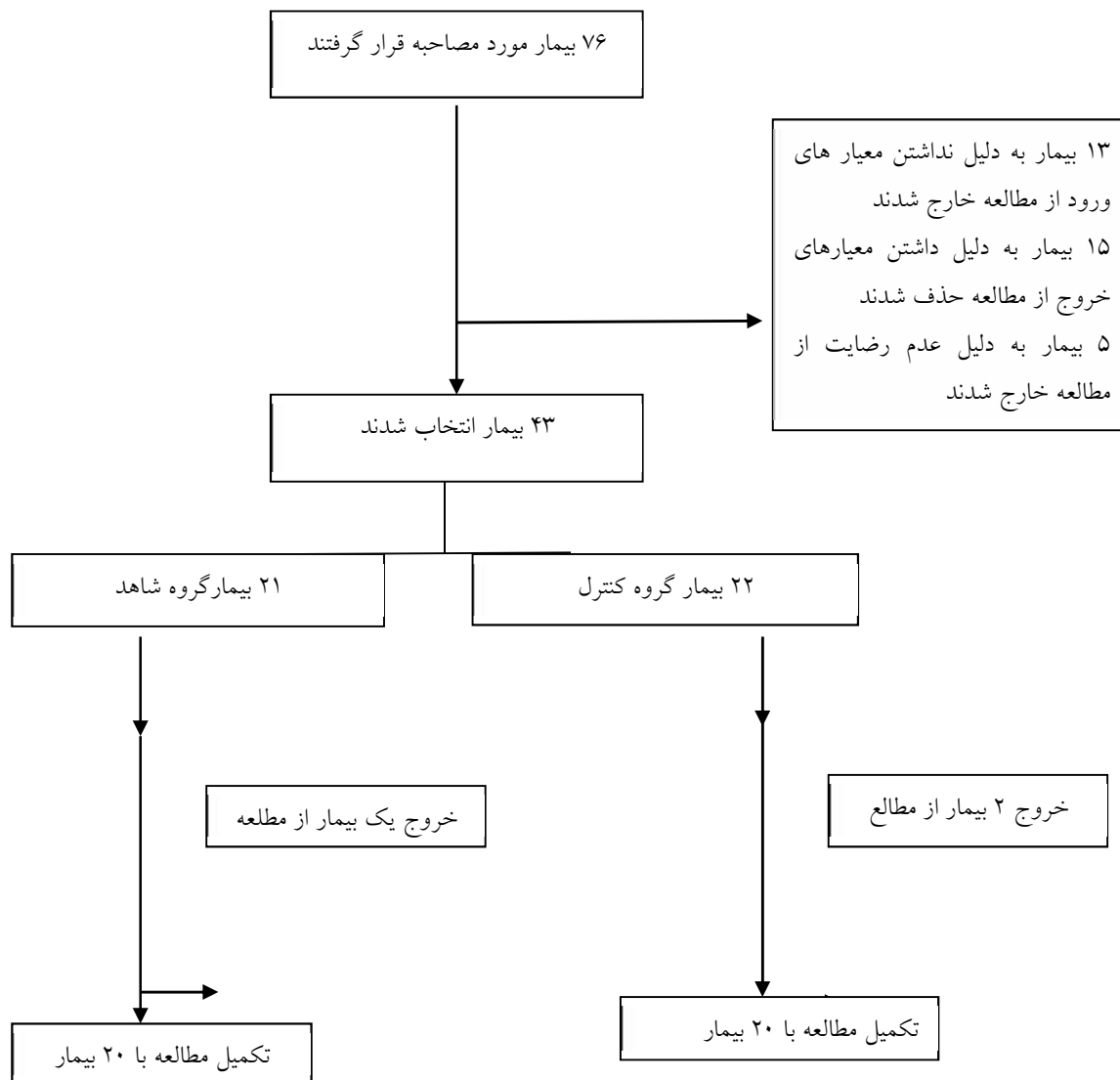
p	متغیر	
	مداخله میانگین (انحراف معیار)	کنترل میانگین (انحراف معیار)
۰/۱۲۸	۲۱/۲۱ (۵/۹۱)	۱۸/۱۵ (۶/۱۶)
۰/۰۳۸	۱۹/۱۵ (۴/۲۱)	۲۴/۱۵ (۹/۱۹)
۰/۷۲۴	۱۴/۲۶ (۵/۱)	۱۶/۶۸ (۴/۹)

جدول ۳: مقایسه میزان اضطراب قبل و بعد از انجام مداخله به تفکیک در دو گروه مداخله و کنترل

گروه	اضطراب ۲۴ ساعت قبل از آنژیوگرافی (مبنا) میانگین (انحراف معیار)	اضطراب ۲ ساعت قبل از آنژیوگرافی میانگین (انحراف معیار)	اختلاف اضطراب بین مبنا و بعد از آنژیوگرافی میانگین (انحراف معیار)	p
کنترل	۱۸/۱۵ (۶/۱۶)	۲۴/۱۵ (۹/۱۹)	۶- (۳/۹۰)	۰/۰۰۰
مداخله	۲۱/۲۱ (۵/۹۱)	۱۹/۱۵ (۴/۲۱)	۲,۰۵ (۴/۴۶)	۰/۰۳۰

جدول ۴: نتایج مدل خطی تعمیم یافته جهت بررسی عوامل تاثیر گذار

متغیر	B	انحراف معیار	T	P	کران پایین	کران بالا	توان
مدل							۱/۰۰۰
مداخله نسبت به کنترل	۱۰/۹۰۰	۱/۳۴۱	۸/۱۳۱	۰/۰۰۰	۸/۰۵۹	۱۳/۷۴۲	۱/۰۰۰
زن نسبت به مرد	-۳/۰۱۶	۱/۷۱۵	-۱/۷۵۸	۰/۰۹۸	-۶/۶۵۲	۰/۶۲۰	۰/۳۸۰
بیسواد نسبت به لیسانس و بالاتر	۴/۵۰۶	۳/۴۱۶	۱/۳۱۹	۰/۲۰۶	-۲/۱۳۵	۱۱/۷۴۸	۰/۲۳۳
زیر دیپلم و دیپلم نسبت به لیسانس و بالاتر	۲/۶۶۰	۳/۳۳۴	۰/۷۹۸	۰/۴۳۷	-۴/۴۰۷	۹/۷۲۸	۰/۱۹۹
سیگاری نسبت به غیر سیگاری	-۲/۴۰۱	۲/۰۳۱	-۱/۱۸۲	۰/۲۵۴	-۶/۷۰۷	۱/۹۰۴	۰/۶۶۵
فشارخون	۴/۰۹۲	۲/۲۱۱	۱/۸۵۰	۰/۰۸۳	-۰/۵۹۶	۸/۷۸۰	۰/۶۶۵
دیابت	^a	۰/۹۶۲
سابقه بیماری قلبی نسبت به عدم سابقه قلبی	۷/۷۶۳	۱/۹۵۰	۳/۹۸۱	۰/۰۰۱	۳/۶۲۹	۱۱/۸۹۸	۰/۹۶۲
سن	-۰/۳۳۲	۰/۰۸۲	-۴/۰۵۰	۰/۰۰۱	-۰/۵۰۶	-۰/۱۵۸	۰/۹۶۷



شکل ۱: نمودار کارآزمایی بالینی

بحث

برخی مطالعات همخوان (۳۲،۳۰،۲۶،۶) و با برخی ناهمخوان (۳۴،۳۳،۶،۳) است.

مطالعه نواب و همکاران (۲۰۰۳) همخوان با مطالعه حاضر نشان داد، در بیماران کاندیدای عمل جراحی پیوند عروق کرونر، انجام آمادگی قبل از عمل بوسیله آموزش با افزایش آگاهی بیمار از فرآیند عمل جراحی، افزایش آمادگی

نتایج حاصل از مطالعه حاضر که با هدف بررسی اثر آماده سازی روانی بر کاهش اضطراب ناشی از کاتتریزاسیون قلبی انجام شد، نشان داد که آماده سازی روانی بر میزان اضطراب بیماران بستری جهت انجام آنژیوگرافی مؤثر بوده و اضطراب آنان را کاهش داده است. نتایج به دست آمده با

بر خلاف نتایج مطالعه حاضر، مطالعه طلایی و همکاران (۲۰۰۴) که با هدف بررسی تأثیر آشناسازی بیمار با کارکنان و محیط اتاق عمل در روز قبل از عمل جراحی توبکتومی بر اضطراب قبل از عمل جراحی انجام شد، نشان داد که اضطراب دو گروه آزمون و شاهد به لحاظ آماری تفاوت معنی داری نداشته است (۲۰). این تفاوت ممکن است ناشی از استفاده از ابزار متفاوت به کار گرفته شده جهت بررسی میزان اضطراب باشد. همچنین در مطالعه طلایی تنها روش مداخله کنترل اطلاعات بود در حالی که در مطالعه حاضر از روش های کنترل شناختی و رفتاری توأم با روش کنترل اطلاعات استفاده گردید. این امر می تواند به این معنا باشد که به طور معمول بیماران قبل از انجام هر عمل تهاجمی، اطلاعاتی - هرچند کم - از سایر منابع اطلاعاتی (سایر بیماران یا پرسنل و یا آشنایان) بدست می آورند، اما استفاده از مداخلات تخصصی شناختی و رفتاری توأم با کنترل اطلاعات احتمالاً اثر بیشتری در کاهش اضطراب آنان دارد و پیشنهاد می شود در مطالعات بعدی روش های مختلف مداخله به تنهایی و همزمان در قیاس با گروه کنترل جهت بررسی میزان اثر هر روش بررسی گردد.

نتیجه دیگر حاصل از این مطالعه نشان داد که اضطراب بیماران بعد از انجام کاتتریزاسیون قلبی در هر دو گروه کنترل و مداخله کاهش می یابد و از این نظر هیچ تفاوت معنی داری بین این دو گروه وجود نداشت. این یافته نشان می دهد اضطراب بیماران ناشی از نگرانی در مورد انجام آنژیوگرافی - به عنوان یک روش تهاجمی - می باشد و بلافاصله پس از انجام آنژیوگرافی و با از بین رفتن علت آن - صرف نظر از نتیجه آن - اضطراب بیمار در هر دو گروه کاهش می یابد. این یافته با مطالعه Chan و Mott (۱۶ و ۱۳) که کاهش معنی دار میزان اضطراب در گروه مداخله را حتی بعد از عمل نیز نشان دادند همخوان نبود.

همچنین پژوهش Dixhorn و همکاران (۱۹۹۸) با هدف تأثیر همراهی آموزش فردی آرام سازی و تنفس عمیق

بیمار جهت انجام عمل جراحی، اصلاح سوء برداشت ها و تصورات نادرست راجع به پیوند عروق کرونر باعث کاهش میزان اضطراب و استرس روانی دوره قبل از عمل خواهد شد (۱۰).

همچنین مطالعه مرادی پناه و همکاران (۲۰۰۹) بر روی تعدادی از بیماران کاندیدای کاتتریزاسیون قلبی نشان داد که استفاده از موسیقی آرامش بخش در مقایسه با استراحت در بستر، میزان استرس و اضطراب و افسردگی در بیماران را به میزان چشم گیری کاهش می دهد (۱۸).

نتایج حاصل از مطالعه حسینی نسب و همکاران (۲۰۰۹) که با هدف بررسی تأثیر آموزش های دوران بارداری بر میزان اضطراب و درد انجام شد نیز نشان داد آموزش های دوران بارداری تأثیر معنی داری بر میزان اضطراب، میزان درد و مدت دردهای زایمانی دارند (۱۹).

نتایج مطالعه Chan و همکاران (۲۰۰۳) نیز همخوان با مطالعه حاضر نشان داد آماده سازی روانی در بیماران کاندیدای کاتتریزاسیون قلبی سبب کاهش اضطراب بیماران در مرحله قبل از عمل می شود (۱۶).

از آنجا که کاتتریزاسیون قلبی یک روش تهاجمی است و انجام آن می تواند اضطراب زیادی برای بیمار به همراه داشته باشد و با توجه به اینکه اضطراب زیاد خود می تواند زمینه آریتمی و یا برخی مشکلات قلبی عروقی از جمله افزایش فشار خون را ایجاد کند و از آنجایی که نتایج حاصل از مطالعه حاضر، همخوان با مطالعات مذکور نشان داد که مداخلات روانشناختی می تواند سبب کاهش اضطراب در ساعات قبل از انجام کاتتریزاسیون قلبی شود، این امر می تواند به بهبود انجام پروسه کاتتریزاسیون و در نتیجه سیر درمان بیمار کمک کند. لذا با عنایت به این نتایج پیشنهاد می گردد مداخلات روانشناختی مورد لزوم طی دوره های آموزشی به پرسنل کاتتریزاسیون قلبی آموزش داده شود و یا از همکاری یک روانشناس در تیم آنژیوگرافی جهت انجام مداخلات لازم استفاده گردد.

همچنین مطالعه حاضر نشان داد افراد با سن پایین تر اثر پذیری بیشتری از مداخله دارند، اگر چه در مطالعات قبلی در دسترس این فاکتور به صورت جداگانه بررسی نشده بود و در مطالعه حاضر نیز ارتباط فاکتور سن با میزان تحصیلات به طور جداگانه مورد بررسی قرار نگرفت، اما با توجه به مطالعه افضلی که نشان داد هر چه سطح تحصیلات افراد بالاتر باشد آگاهی و در نتیجه میزان کاهش اضطراب بدنال مداخله هم بیشتر است (۲۲)، می توان استنباط کرد که ممکن است در مطالعه حاضر سطح تحصیلات افرادی که سن پایین تری داشته اند نسبت به افرادی که سن بیشتری داشته اند بالاتر باشد که این امر به نوعی اثر مداخله روانشناختی در این افراد را بیشتر نموده است. همچنین پیشنهاد می گردد در مطالعات بعدی ارتباط فاکتور سن با میزان تحصیلات، با میزان اثرپذیری از مداخله به طور جداگانه مورد ارزیابی قرار گیرند.

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد تفاوت معنی داری بین آقایان و خانم ها از لحاظ کاهش اضطراب بعد از انجام مداخله وجود ندارد ($P > 0.05$). این یافته با نتایج مطالعه وهابی (۲۳) که نشان داده بود زنان بیش از مردان به مداخله پاسخ می دهند، مغایرت دارد.

با توجه به نتایج این مطالعه می توان گفت که انجام مداخلات روانشناختی در کاهش اضطراب بیماران موثر می باشد که این عامل خود می تواند در کاهش عوارض بیماری های طبی و همچنین افزایش پذیرش درمان از سوی بیماران موثر باشد و در نهایت باعث افزایش و بهبود سطح سلامتی جامعه می شود.

نتایج این مطالعه را باید در سایه محدودیت ها و نقایص آن تفسیر نمود یکی از مهمترین نقایص این مطالعه تعداد کم بیماران، تعداد جلسات محدود می باشد که می توان به آیندگان پیشنهاد نمود با حجم نمونه بیشتر و جلسات بیشتر بر قدرت این نوع مطالعات بیفزایند.

با برنامه آموزشی بعد از انفارکتوس میوکارد، در مرحله باز توانی و سه ماه بعد در پیگیری نشان داد که مداخلات می تواند هم بعد از سکت قلبی و هم در سه ماه آینده همچنان اضطراب را کاهش دهد (۲۱). اگر چه در مطالعه حاضر فقط اضطراب ۴ ساعت بعد از عمل اندازه گیری شد.

نظر به اینکه بیماران گروه مداخله اطلاعات و مهارت های را نسبت به گروه کنترل به دست آورده اند و ممکن است اضطراب آنها در طولانی مدت کاهش بیشتری پیدا کند، پیشنهاد می گردد در مطالعات آینده اضطراب در مدت طولانی تری در دو گروه ارزیابی و با هم مقایسه گردد.

نتایج حاصل از مطالعه حاضر در مورد ارتباط فاکتورهای دموگرافیک و بالینی با میزان اثرپذیری از مداخلات روانشناختی تنها در دو مورد سابقه بیماری قلبی و افراد با سن پایین تر رابطه معنادار بدست آمد و سایر فاکتورها رابطه معناداری نشان ندادند. در رابطه با اثر پذیری بالاتر بیماران با سابقه بیماری قلبی از مداخله روانشناختی نسبت به بیمارانی که سابقه بیماری قلبی نداشته اند، اگر چه در سایر مطالعات موجود در دسترس چنین متغیری بررسی نشده بود، اما با توجه به مطالعه افضلی که نشان داد بیماران با سابقه بستری قبلی در مقایسه با بیماران بدون سابقه بستری قبلی، میزان اضطراب کمتر و میزان اثرپذیری بیشتری از مداخله نشان دادند. شاید بتوان نتیجه گرفت بیمارانی که سابقه بیماری قلبی داشته اند و نیاز به آنژیوگرافی دارند نسبت به کسانی که به صورت ناگهانی شک به ابتلا به بیماری قلبی دارند و در لیست انجام کاتتریزاسیون قلبی قرار گرفته اند، میزان آگاهی و اطلاع بیشتری از بیماری قلبی دارند و از سوی دیگر انطباق و مدارای بیشتری با شرایط موجود و بیماریشان پیدا کرده اند. با توجه به آگاهی و انطباق بیشتر مداخله روانشناختی ممکن است به آنها کمک بیشتری نسبت به افرادی کرده باشد که هنوز در شوک ابتلا به بیماری قلبی عروقی و یا نیاز به انجام آنژیوگرافی هستند.

قدردانی

واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان گلستان و سرکار خانم ملوک سالم زاده که در ارائه مقاله با ما همکاری داشته اند.

این مطالعه از پایان نامه دکتر سعید انصاری استخراج شده است. با تشکر ویژه از سرکار خانم دکتر آزاده ساکی استادیار آمار زیستی دانشکده بهداشت، همچنین زحمات

منابع

- 1-Libby P, Bonow RO, Mann DL, Zipes DP. Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine. 8th ed. Philadelphia, Saunders Elsevier, 2008; p.1,1004-1207,1923-1955.
- 2-Kazemi T, Sharifzadeh GH. Changes in risk factors, medical care and rate of acute myocardial infarction in Birjand (1994-2003). Arya Atherosclerosis 2006; 1(4): 271-274. [In Persian]
- 3-Baxendale M. Pathophysiology of coronary artery disease. Nurs Clin North Am 2000; 20(20): 143-52.
- 4-Corones K, Coyer FM, Theobald KA. Exploring the information needs of patients who have undergone PCI. British Journal of Cardiac Nursing 2009 Mar; 4(3): 123-130.
- 5-Link N, Tanner M. Coronary artery disease: Epidemiology and diagnosis. West J Med 2001; 174: 257-61.
- 6-Popma J, Bittl J. Coronary angiography and intravascular ultrasonography. In: Braunwald E. Heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. 6 Sub ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 2001.
- 7-Khayyam Nekouei Z, Yousefy A, Manshaee Gh, "et al". comparing anxiety in cardiac patients candidate for angiography with normal population. ARYA Atherosclerosis Journal 2011; 7 (3):93-96. [In Persian]
- 8-Detling N, Smith A, Nishimura R, Keller S, Martinez M, Young W, "et al". Psychophysiologic responses of invasive cardiologists in an academic catheterization laboratory. Am Heart J 2006 Feb; 151(2): 522-8. [In Persian]
- 9-Heikkila J, Paunonen M, Laippala P, Virtanen V. Nurses' ability to perceive patients' fears related to coronary arteriography. J Adv Nurs 1998 Dec; 28(6): 1225-35.
- 10-Navvabi E, Derakhshan A, Sharif F, Amirghofran A, Tabatabaei H. Impacts of teaching on the anxiety level of patients have undergone coronary artery bypass graft in nemazee hospital in shiraz. IJN 2003; 16 (34): 25-29.
- 11-Alamri H, Almoghairi A, Almasood A, Alotaibi M, Alonaziet S. Do we need premedication before coronary Angiography. Cardiology Research 2011; 5(2): 224-228.
- 12-Vanderboom T. Does music reduce anxiety during invasive procedures with procedural sedation? An integrative research review. J Radiol Nurs 2007; 26(1): 15-22.
- 13-Mott AM. Psychologic preparation to decrease anxiety associated with cardiac catheterization. Journal of vascular Nursing 1999; 17 (2):41-49.
- 14-UZUN S, Vural H, Uzun M, Yokusoglu K. State and Trait anxiety levels before coronary angiography. J clin nurs 2008; 17(5): 602-7.
- 15-Cald well PH, Arthur HAM, Natarajan M, Anand S. fears and beliefs of patients regarding cardiac catheterization. Social science & medicine 2007; 65: 1038-1048.
- 16-Chan DS, Cheung HW. The effects of education on anxiety among Chinese patients with Heart disease. Contemp Nurse 2003; 15 (3): 310-20.
- 17- Sarafino E P, Smith T W. Health Psychology: Biopsychosocial Interactions. 7th ed. 2010. Available at: http://www.amazon.in/dp/0470129166/ref=rdr_ext_tmb Accessed Oc 14, 2014.
- 18-Moradipanh F, Mohammadi E. Effect of music on anxiety stress and depression levels in patients undergoing coronary angiography. Eastern Mediterranean Health Journal. 2009; 15 (3): 639-647. [In Persian]
- 19-Hosseinasab SD, Taghavi S. The effectiveness of prenatal education in decreasing the childbirth pain and anxiety. Med J Tabriz Univ 2010; 31(4): 24-30. [In Persian]
- 20-Talaei A, Toufani H, Hojjat SK, Jami-Alahmadi Z. [Effect of Familiarizing the Patient with the Personerl and Operating Room on the Day before Surgery for Preoperative Anxiety]. The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health 2004; 6(21-22): 57-61. [In Persian]
- 21-Dixhoorn J. Cardiorespiratory effects of breathing and relaxation instruction in myocardial infarction patients. B P J 1998; (49): 123-135.
- 22-Afzali SM, Masoudi R, Etemadifar SH, "et al". The effect of progressive muscle relaxation program (PMR) on anxiety of patients undergoing coronary heart angiography. Med J Shahrekord Univ 2009; (11): 77-85. [In Persian]
- 23-Vahabi S. Effects of relaxation and music therapy on anxiety in patients admitted to the cardiac intensive care unit. Thought and Behavior in Clinical Psychology Journal 2003; 8(3): 75-82. [In Persian]

The Effect of Psychologic Preparation to Reduce Anxiety Associated with Cardiac Catheterization

Forouzan Behrouzian¹, Seyed Masoud Seyedian², Saeed Ansari Dezfouli^{1*}, Farnoush Behzad¹, Samira Yazdaninejad¹

1-Assistant Professor of Psychiatry.

2-Resident of Psychiatry.

3-Assistant Professor of Cardiovascular.

1,2-Department of Psychiatry, School of Medicine, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

3-Department of Cardiovascular, School of Medicine, Cardiovascular Research Center (Atherosclerosis Research Center), Ahvaz Jundishapur University of Medical science, Ahvaz, Iran.

*Corresponding author:

Saeed Ansari Dezfouli;

Department of Psychiatry, Ahvaz

Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

School of Medicine, Ahvaz

Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

Tel: +989122374945

Email: dr.sad60@yahoo.com

Abstract

Background and Objective: The increasing rate of cardiovascular disorders candidate for angiography along with consideration that angiography, as an invasive method, may predispose to psychological reactions and increasing cardiac complications among these subjects. This study was performed to determine the effect of psychological preparation on reducing anxiety in patients who are candidates for this procedure..

Subjects and Methods: In this randomized clinical trial, from patients referred for angiography to Golestan Ahvaz Hospital, 40 were enrolled and randomly assigned into two groups; intervention group who received psychological preparation and control group. Demographic questionnaire and Hamilton Anxiety Scale one day before cardiac catheterization was completed for both groups. Then psychological preparation for cardiac catheterization was performed for intervention group. The Hamilton Anxiety Scale at 2 hours before and 4 hours after cardiac catheterization was completed once again for both. Data were analyzed by Chi-squared and paired-t test method.

Results: The results showed that the initial anxiety level in both groups was similar ($p > 0.05$). Two hours after catheterization, there was a significant decrease of anxiety in intervention group ($P < 0.05$). However, no difference, at four hours after heart catheterization ($P > 0.05$) was found. Paired t-test analysis demonstrated that, from demographic and clinical variables, only age and history of cardiac disease were significantly associated with the effect of intervention ($P < 0.05$).

Conclusion: Results of this study revealed that psychological preparation, is an effective method and can reduce the anxiety of patients undergoing cardiac catheterization.

Keywords: Psychological Preparation, Anxiety, Angiography.

Please cite this paper as:

Behrouzian F, Seyedian SM, Ansari Dezfouli S, Behzad F, Yazdaninejad S, Tahmasebi Birgani MJ, Behrouz MA, Hoseini M, Zolfipur Dehkordi R, Tabari Juybari R. The Effect of Psychologic Preparation to Reduce Anxiety Associated with Cardiac Catheterization . Jundishapur Sci Med J 2014;13(5):521-532

Received: Dec 28, 2013

Revised: Feb 26, 2014

Accepted: April 27, 2014