



ارتباط بین خلق و خودکارآمدی در بیماران تحت جراحی پیوند عروق کرونر بستری در بیمارستان شهید چمران شهر اصفهان در سال ۱۳۹۰

زهرا شفیعی^{۱*}، سیما بابایی^۲

^{۱*} مربی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران

^۲ دکترای گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

(دریافت: ۱۳۹۵/۰۳/۰۳ - پذیرش: ۱۳۹۵/۰۳/۱۸)

چکیده:

مقدمه: بسیاری از بیماران پس از جراحی قلب به علت استرس پس از جراحی، با اضطراب و افسردگی مواجه می شوند که این موضوع بر کیفیت زندگی بیماران و در نتیجه پیگیری روند درمانی آنان تأثیر سوئی دارد.

هدف: مطالعه ی حاضر با هدف تعیین ارتباط بین خلق و خودکارآمدی در بیماران تحت جراحی پیوند عروق کرونر بستری در بیمارستان شهید چمران شهر اصفهان در سال ۱۳۹۰ انجام شد.

روش: در این پژوهش مقطعی از نوع همبستگی، ۱۱۰ بیمار تحت جراحی پیوند عروق کرونر مراجعه کننده به کلینیک بازتوانی قلب بیمارستان شهید چمران شهر اصفهان، به روش هدفمند انتخاب شدند. داده ها به وسیله ی پرسشنامه های خودکارآمدی GSF و وضعیت خلقی POMS جمع آوری گردید و با استفاده از آزمون های آماری تی مستقل، آنالیز کوواریانس و ضریب همبستگی پیرسون توسط نرم افزار SPSS v.18 تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: نمره ی کلی وضعیت خلقی در واحدهای مورد پژوهش $98/21 \pm 36/1$ و نمره ی خودکارآمدی در آن ها $10/3 \pm$ بود. نتایج مطالعه نشان داد که بین نمره ی وضعیت خلقی با خودکارآمدی رابطه ی معکوس وجود داشت؛ بدان معنی که با بهبود وضعیت خلقی (کاهش نمره وضعیت خلقی) خودکارآمدی افزایش می یافت و برعکس.

نتیجه گیری: با توجه به وجود ارتباط معنادار بین نمره ی وضعیت خلقی و خودکارآمدی واحدهای مورد پژوهش در این مطالعه، شایسته است پرستاران با طراحی و اجرای مداخلات، زمینه را برای بهبود وضعیت خلقی این بیماران فراهم کرده و از این طریق به ارتقای خودکارآمدی این افراد کمک نمایند.

کلیدواژه ها: خلق، خودکارآمدی، جراحی پیوند عروق کرونر

مقدمه:

بیماری‌های قلبی عروقی بیشترین آمار مرگ و میر را به خود اختصاص داده و تا سال ۲۰۲۰، هم‌چنان عامل اولیهی مرگ و میر در دنیا خواهند بود؛ به طوری که حدود ۵۲ درصد علت مرگ و میر در ایالات متحده و ۴۸ درصد در اروپا مربوط به این بیماری‌ها می‌باشد. (۱)

تعداد بسیار زیادی از بیماری‌های عروق کرونر که به درمان‌های دارویی پاسخ نمی‌دهند، تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر قرار می‌گیرند. (۲) این عمل جراحی رایج حدود ۳۵ سال است که در جهان پزشکی انجام می‌پذیرد. (۳) هر ساله بیش از هشت میلیون مورد عمل پیوند عروق کرونر در دنیا، و حدود ۴۰ هزار در ایران انجام می‌شود. (۴، ۵)

یکی از ابعاد بسیار مهم در دوره ی بهبودی پس از جراحی بای پاس، وضعیت روانی بیماران است که نقش غیر قابل انکاری در ابعاد دیگر از جمله عملکرد اجتماعی و از سرگیری کار و فعالیت‌ها دارد. (۶)

در ابتدای دوره ی بهبودی، بیماران دچار علائم متوسط اضطراب، استرس و افسردگی می‌شوند؛ (۷ و ۸ و ۹) و در ادامه، این علائم می‌توانند با علائمی نظیر احساس خستگی، اختلالات خواب و تغییرات وضعیت خلقی نظیر استرس، ترس و وحشت، گیجی، بی‌قراری، زودرنجی، وحشت و عصبانیت به علت احساس بی‌ارزشی، کنترل نداشتن و کاهش اعتماد به نفس همراه شوند. (۱۰)

داشتن کمی اضطراب ممکن است باعث شود که بیماران پاسخ‌های هیجانی بهتری داشته باشند و تغییراتی در

سبک زندگی خود بدهند و رفتارهای تطابقی مناسب‌تری داشته باشند؛ (۱۱) اما استرس بیش از حد، باعث تحریک سیستم سمپاتیک، افزایش ضربان قلب و نیروی انقباضی قلب و فشار خون می‌شود که در نتیجه نیاز قلب به مصرف اکسیژن بیشتر و خون‌رسانی به سلول‌های قلبی بیش از پیش مختل می‌شود. کاهش خون‌رسانی به همراه افزایش مصرف اکسیژن در سلول‌های عضله ی قلب، منجر به افزایش حوادث عروق کرونر می‌شود. (۱۲)

بیماری که تحت عمل جراحی قلب باز قرار می‌گیرد، به دلایل مختلف دچار اضطراب می‌شود که از جمله این دلایل می‌توان به دردهای شدید قفسه ی سینه و خستگی ناشی از آن اشاره کرد؛ که سبب اضطراب و پریشانی در بیمار می‌گردد. ترس از مرگ و معلولیت و نیز ادامه‌ی علایم بیماری، با وجود درمان جراحی و عدم آمادگی از قبل بیمار برای جراحی، به این مشکلات دامن می‌زنند. (۱۳)

از طرف دیگر بیماران تحت جراحی پیوند عروق کرونر، نیازمند تغییرات وسیع در سبک زندگی هستند و به مراقبت‌های وسیعی نیاز دارند. (۱۴) یکی از عوامل مهم در بهبود بیماران پس از جراحی، خودکارآمدی یا کارایی شخصی است؛ که به معنای اطمینان خاطر فرد از توانایی‌های خود در انجام رفتار خاص می‌باشد و به عنوان یک عامل مؤثر بر وضعیت خلقی؛ به درک فرد از مهارت‌ها و توانایی‌هایش در انجام موفقیت‌آمیز عملکردی شایسته تاکید دارد. به عبارت دیگر خودکارآمدی بر درک از عملکرد و رفتارهای سازگارانه و انتخاب محیط و شرایطی

که افراد تلاش می کنند به آن دست یابند؛ اثر می گذارد. (۱۵) خودکارآمدی به عنوان یک منبع مقابله ای شخصی می تواند فرآیند تطابق با این تغییرات را تسهیل نماید. علاوه بر این، اساس درمان بیماری عروق کرونر، رعایت برنامه ی درمانی و اطمینان فرد از توانایی برای تطابق با تغییرات ایجاد شده در زندگی است. علی رغم اهمیت این موضوع، بیماران افسرده، تمایل کم تری به رعایت برنامه های مربوط به رژیم غذایی، ورزش، کاهش استرس و افزایش حمایت اجتماعی دارند. (۱۶)

در مطالعات نشان داده شده است که حتی ۱۰ سال پس از حادثه ی قلبی، بیماران افسرده، ۷۲ درصد خطر مرگ و میر بیش تری نسبت به بیماران غیر افسرده دارند. بطوری که نتایج یک مطالعه نشان داد که اضطراب بعد از عمل باعث افزایش احتمال مرگ و میر و مدت زمان اقامت در بیمارستان و هم چنین افزایش احتمال بستری مجدد در این بیماران می شود. (۱۷)

Sarkar و همکاران نشان دادند، هر چه شدت علائم افسردگی و اضطراب در بیماران افزایش یابد، نمره ی خودکارآمدی در بیماران کاهش می یابد، و باعث کاهش کیفیت زندگی و سطح سلامت عمومی در بیماران می شود. (۱۸)

Tully و همکاران، در مطالعه ای به بررسی ارتباط عواطف منفی و کیفیت زندگی شش ماه بعد از جراحی قلب باز پرداختند؛ و به این نتیجه رسیدند که در بیمارانی که شدت افسردگی بیشتری داشتند، کیفیت زندگی، عملکرد اجتماعی و سلامت عمومی کاهش معناداری پیدا کرده

بود. (۱۹)

در ایران نیز در قالب مطالعات مختلف به بررسی مشکلات روان شناختی چون اضطراب، افسردگی و استرس در بیماران قلبی آن هم به صورت پراکنده ای پرداخته شده است. (۲۰ و ۲۱) ضمناً تحقیقاتی نیز راجع به خودکارآمدی در بیماران تحت جراحی پیوند عروق کرونر انجام شده است؛ (۲۲) ولی در هیچ مطالعه ای به بررسی تمام ابعاد وضعیت خلقی (اضطراب، افسردگی، خستگی، سردرگمی، عصبانیت و توانایی) در بیماران تحت جراحی قلب و ارتباط آن با خودکارآمدی به طور اخص پرداخته نشده است؛ و با توجه به افزایش نیاز به جراحی قلب و هم چنین استرس زا بودن جراحی قلب و تأثیر به سزای آن بر خودکارآمدی بیماران و اهمیت شناخت تأثیر عوامل مختلف از جمله مشکلات روان شناختی بر خودکارآمدی بیماران، مطالعه ی حاضر با هدف " تعیین ارتباط بین خلق و خودکارآمدی در بیماران تحت جراحی پیوند عروق کرونر بستری در بیمارستان شهید چمران شهر اصفهان در سال ۱۳۹۰" انجام گرفت.

روش مطالعه:

این مطالعه ی توصیفی- تحلیلی، در طی سال ۱۳۹۰ بر روی بیماران قلبی که در بیمارستان شهید چمران شهر اصفهان تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر قرار گرفته بودند و به کلینیک بازتوانی بیمارستان شهید چمران مراجعه می کردند، انجام شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل علاقه مندی به شرکت در مطالعه، هوشیاری کامل، داشتن دامنه ی سنی ۷۵-۱۸ سال، آشنایی با زبان

فارسی، انتخابی بودن عمل جراحی (یعنی عمل جراحی به صورت اورژانسی در این افراد انجام نمی شد)، انجام جراحی پیوند عروق کرونر برای اولین بار و گذشت متوسط زمان ۶ ماه (حداقل یک ماه و حداکثر ۱ سال) از زمان جراحی بود. معیارهای خروج از پژوهش شامل ابتلا به اختلالات عصبی، مغزی-عروقی، ابتلای خویشاوندان درجه یک به بیماری های صعب العلاج طی شش ماه گذشته، روان پزشکی، بیماری های ادراری-تناسلی، تنفسی و اختلالات تیروئیدی، هم چنین تحت درمان بودن با داروهای روان پزشکی، داشتن سابقه ی هر گونه جراحی بزرگ غیر قلبی، سابقه ی مصرف مواد مخدر و یا مشروبات الکلی طی دو ماه گذشته، قرار داشتن در یک وضعیت بحرانی نظیر مرگ یکی از عزیزان، طلاق، آتش سوزی، مهاجرت و سانحه طی شش ماه گذشته بود. (۹ و ۲۰) نمونه ها با روش نمونه گیری در دسترس و مبتنی بر هدف از بین بیماران واجد شرایط انتخاب شدند. بدین ترتیب که پژوهشگر در روزهای خاصی از هفته به بیمارستان مراجعه، پس از شناسایی بیماران واجد شرایط، آن ها را به صورت تصادفی به شماره های زوج و فرد تقسیم کرده و سپس شماره های فرد انتخاب شدند. حجم نمونه با در نظر گرفتن تحقیق مشابه (۲۲) و با اطمینان ۰/۹۵ و توان آزمون ۰/۸۰ با توجه به مشخصات نمونه، حدود ۱۱۰ نفر محاسبه شد. اطلاعات گردآوری شده، با استفاده از پرسشنامه و از طریق مصاحبه به دست آمد. بخش اول پرسشنامه شامل سؤالاتی درباره مشخصات جمعیت شناختی مانند: سن، جنس، وضعیت تأهل، شغل،

سطح تحصیلات، سطح درآمد، طول مدت بیماری، سابقه ی مصرف داروهای قلبی و تعداد دفعات بستری شدن در بیمارستان بود. بخش دوم پرسشنامه مربوط به پرسشنامه ی خلق POMS بود که شامل ۶۵ مورد در ۶ زیر گروه اضطراب، افسردگی، خستگی، سردرگمی، عصبانیت و توانایی بود. از این آزمون می توان برای سنجش حالات خلقی یک سال، یک ماه یا یک هفته قبل، امروز و در حال حاضر آزمودنی ها استفاده نمود. در این پرسشنامه اضطراب شامل ۹ گویه، افسردگی شامل ۱۵ گویه، عصبانیت شامل ۱۲ گویه، توانایی شامل ۸ گویه، خستگی شامل ۷ گویه، سردرگمی شامل ۷ گویه، و ۷ گویه ی آن به صورت موارد نمایشی و به منظور غنی کردن پرسشنامه بوده و در نمره گذاری محاسبه نمی گردید. در این پرسشنامه هر مورد در مقیاس لیکرت نمره ای از صفر «به هیچ وجه» تا چهار «بسیار زیاد» را به خود اختصاص می دهد. بدین ترتیب محدوده ی نمرات زیر گروه اضطراب از ۰-۳۶، زیر گروه افسردگی از ۰-۶۰، زیر گروه عصبانیت از ۰-۴۸، زیر گروه توانایی از ۰-۳۲، زیر گروه خستگی از ۰-۲۸ و زیر گروه سردرگمی از ۰-۲۸ متغیر می باشند. برای محاسبه ی نمره ی کلی خلق، نمره ی ۵ عامل منفی خلق شامل اضطراب، افسردگی، عصبانیت، خستگی و سردرگمی با یکدیگر جمع شده، و نمره عامل مثبت خلقی، که توانایی است از آن کم می شود. بنابراین نمره ی کلی خلق بین ۰ تا ۱۶۸ متغیر می باشد و نمره ی پایین تر نشان دهنده ی خلق بهتر است. (۲۳)

این پرسشنامه، یک پرسشنامه ی استاندارد است که روایی

چنین در مطالعه ی دهداری و همکاران، برای سنجش سطح خودکارآمدی در بیماران تحت جراحی قلب مورد استفاده قرار گرفت. برای تعیین پایایی پرسشنامه ی خودکارآمدی در این مطالعه نیز از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد؛ که مقدار آن $\alpha = 0/87$ به دست آمد. (۲۲)

روش جمع آوری اطلاعات به این ترتیب بود که پژوهشگر با توجه به هماهنگی های انجام شده ی قبلی با بیماران، شخصاً هر روز به بیمارستان مراجعه نموده و پس از معرفی خود به واحدهای مورد پژوهش که واجد شرایط بودند، هدف از انجام پژوهش را توضیح داده و بعد از آن که آنان برای پاسخ گویی اعلام آمادگی کردند؛ پرسشنامه توسط پژوهشگر از طریق مصاحبه با آنان تکمیل شد؛ هم چنین برای دستیابی به بعضی از اطلاعات، به پرونده ی بیماران مراجعه شد. برای رعایت نکات اخلاقی، موارد زیر مورد توجه قرار گرفت: (۱) ارائه ی معرفی نامه ی کتبی از طرف دانشگاه به بیمارستان و اخذ موافقت مسئولین، (۲) اخذ رضایت نامه ی کتبی از شرکت کنندگان، (۳) منظور کردن کد مخصوص برای هر بیمار در پرسشنامه و تکمیل پرسشنامه به صورت بدون نام و رعایت محرمانه ماندن اطلاعات.

پس از اتمام نمونه گیری، تجزیه و تحلیل داده ها با به کارگیری نرم افزار SPSS v.18 صورت گرفت؛ و به منظور دستیابی به اهداف پژوهش، از آزمون های آماری تی مستقل، آنالیز کوواریانس و ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید. سطح معناداری در این مطالعه ($P < 0.05$) و (CI=0.95) در نظر گرفته شد.

و پایایی آن در مطالعات مختلف نظیر پژوهش Iwamitus و همکاران و Albert و همکاران تعیین شده است. (۲۴) و (۹) روایی و پایایی این پرسشنامه در بیماران تحت جراحی ماستکتومی توسط تیرگری و همکاران، و هم چنین فاضل و همکاران، با انجام مطالعه ی راهنما بر روی ۲۰ نفر و محاسبه ی آلفای کرونباخ، مورد بررسی قرار گرفت و پرسشنامه ی POMS در هر دو مطالعه با $\alpha = 0/81$ تأیید شد. (۲۵ و ۲۶) البته باید ذکر شود که پژوهشگر نیز از روش روایی محتوی برای تعیین روایی پرسشنامه استفاده کرد. مقدار آلفای کرونباخ $0/95$ و ضریب همبستگی پیرسون محاسبه شده برای اضطراب $0/97$ ، برای افسردگی $0/91$ ، برای عصبانیت $0/95$ ، برای توانایی $0/95$ ، برای خستگی $0/98$ و برای سردرگمی $0/98$ بود. (۲۸)

بخش سوم آن شامل پرسشنامه ی خودکارآمدی عمومی (GSF) می باشد. این پرسشنامه، شامل ۱۰ سوال است که خودکارآمدی را بر اساس گرایش آزمودنی ها می سنجد. آزمودنی ها، میزان توافقتشان را با هر گویه در طیف لیکرت چهارتایی از «کاملاً مخالفم» با نمره ی ۱ تا «کاملاً موافقم» با نمره ی ۴ نشان می دهد. پایایی این آزمون از طریق آلفای کرونباخ در دامنه ای بین $0/75$ تا $0/90$ قرار گرفته است. نمره ی بالا در این آزمون نشان دهنده ی خودکارآمدی قوی در فرد است.

این پرسشنامه در ایران توسط نظامی و همکاران به شکل فارسی برگردانده شد؛ و ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای آن $\alpha = 0/85$ به دست آمد. این پرسشنامه هم

یافته ها:

آماري معنی داری وجود داشت. به این ترتیب که زنان، بیش تر غیر متأهل و دارای میانگین سنی بالاتری نسبت به مردها بودند. در جدول ۱، میانگین و انحراف معیار ابعاد مختلف وضعیت خلقی و خودکارآمدی بیماران پس از جراحی قلب مشاهده می شود. همان طور که از نتایج این جدول مشخص است؛ میانگین (انحراف معیار) نمره ی کلی وضعیت خلقی و خودکارآمدی در واحدهای مورد پژوهش به ترتیب $۹۸/۲۱ \pm ۳۶/۱$ و $۲۱/۲۳ \pm ۱۰/۳$ می باشند.

در این پژوهش ۴۱ نفر (۴۴/۴ درصد) در محدوده ی سنی ۵۰-۵۹ سال قرار داشتند، ۷۲ نفر (۶۵/۵ درصد) مذکر، ۹۴ نفر (۸۵/۵ درصد) متأهل، ۴۵ نفر (۴۰/۹ درصد) بی سواد، ۵۴ نفر (۴۹/۱ درصد) دارای وضعیت اقتصادی متوسط، ۴۶ نفر (۴۱/۸ درصد) دارای شغل آزاد و ۷۱ نفر (۶۴/۵ درصد) دارای سابقه ی مصرف داروهای قلبی بودند. ۳۸/۴ درصد واحدهای مورد پژوهش (۳۵ نفر) مبتلا به دیابت، ۴۲/۶ درصد (۳۹ نفر) مبتلا به چربی خون بالا و ۴۸/۵ درصد (۴۴ نفر) مبتلا به پرفشاری خون بودند. در این پژوهش بین دو گروه مرد و زن از نظر متغیر سن ($P < ۰/۰۰۱$) و وضعیت تأهل ($P < ۰/۰۰۱$) اختلاف

جدول شماره ی (۱): میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد مختلف وضعیت خلقی و خودکارآمدی در واحدهای مورد پژوهش

انحراف معیار	میانگین	ابعاد	وضعیت خلقی
۶/۸۲	۲۴/۴	اضطراب	وضعیت خلقی
۱۲/۱	۳۷/۶۱	افسردگی	
۱۲/۳۴	۲۳/۵۶	عصبانیت	
۶/۲۲	۱۸/۰۴	توانایی	
۶/۰۵	۱۹/۱۳	خستگی	
۶/۰۳	۱۶/۲۳	سردرگمی	
۳۶/۱	۹۸/۲۱	نمره کلی	خودکارآمدی
۱۰/۳	۲۱/۲۳	نمره کلی	

هم چنین نتایج مطالعه نشان داد که بین سن، جنس، وضعیت تأهل، شغل، وضعیت اقتصادی، سطح تحصیلات و مدت زمان سپری شده از بیماری قلبی با وضعیت خلقی و خودکارآمدی ارتباط معناداری وجود دارد. ($P < ۰/۰۰۱$) به طوری که مردان، افراد با سن پایین تر، متأهل، شاغل، دارای وضعیت اقتصادی بهتر و دارای سطح تحصیلات بالاتر، دارای وضعیت خلقی و خودکارآمدی بهتری بودند. هم چنین با افزایش مدت زمان ابتلا به بیماری، وضعیت خلقی و خودکارآمدی بیماران کاهش پیدا کرد. ($P < ۰/۰۰۵$) اما بین سابقه ی مصرف دارو با وضعیت خلقی و خودکارآمدی اختلاف معنی داری مشاهده نشد. ($P > ۰/۰۰۵$) (جداول ۲ و ۳)

جدول شماره ۲: ارتباط میانگین سن و مدت زمان سپری شده (ماه) از بیماری قلبی با وضعیت خلقی و

خودکارآمدی در واحدهای مورد پژوهش

متغیر	انحراف معیار ± میانگین	وضعیت خلقی		خودکارآمدی	
		P	R	P	R
سن	۵۷/۵ ± ۹/۶	<۰/۰۰۱	۰/۷۸	<۰/۰۰۱	۰/۷۷
مدت زمان	۲ ± ۲۸/۶	۰/۰۴	- ۰/۱۸۵	۰/۰۴	۰/۱۹

جدول شماره ۳: ارتباط متغیرهای جمعیت شناختی با وضعیت خلقی و خودکارآمدی در واحدهای مورد

پژوهش

متغیرها	تعداد	وضعیت خلقی		خودکارآمدی	
		انحراف معیار ± میانگین	مقدار - احتمال	انحراف معیار ± میانگین	مقدار - احتمال
جنس	زن	۱۱۲/۳۱ ± ۳۴/۳	<۰/۰۰۱	۲۱/۱۲ ± ۱۴/۶	<۰/۰۰۱
	مرد	۷۸/۴ ± ۲۸/۹		۳۰/۶۴ ± ۱۵/۳	
وضعیت تأهل	تنها (مجرد، مطلقه، بیوه)	۱۰۵ ± ۲۹/۶	<۰/۰۰۱	۱۷/۴۶ ± ۲۰/۵	<۰/۰۰۱
	متأهل	۷۹/۵ ± ۳۴/۴		۲۷/۱۶ ± ۱۴/۲	
سطح تحصیلات	بی سواد	۱۲۴/۶ ± ۲۶/۹		۱۷/۲۳ ± ۱۵/۲	
	پایان ابتدایی	۱۰۳/۳ ± ۳۲/۱		۲۱/۸ ± ۱۷/۹	
	راهنمایی	۸۷/۷ ± ۲۹/۲	<۰/۰۰۱	۲۵/۴۴ ± ۱۹/۳	<۰/۰۰۱
	دیپلم عالی	۷۳/۸ ± ۲۲/۸		۲۹/۴ ± ۱۸/۶	
شغل	کارگر	۹۵/۹ ± ۳۵/۶		۱۹/۵ ± ۱۷/۹	
	کارمند	۶۵/۶ ± ۲۲/۶		۳۰/۶ ± ۱۸/۴	
	آزاد	۵۶/۵ ± ۲۳/۶	<۰/۰۰۱	۳۲/۲۸ ± ۱۷/۱	<۰/۰۰۱
	خانه دار	۱۱۱/۸ ± ۳۶/۳		۱۸/۵۶ ± ۱۶/۶	
	بازنشسته	۱۰۱/۵ ± ۲۷/۴		۲۱ ± ۱۷/۷	
سابقه مصرف دارو	از کار افتاده	۱۲۴/۳ ± ۲۸/۳		۱۷/۳۶ ± ۱۹/۴	
	بلی	۸۵/۷ ± ۲۳/۴	۰/۶۴	۲۶/۱۶ ± ۱۷/۲	۰/۵۸
میزان درآمد	خیر	۸۶/۶ ± ۲۴/۶		۲۷ ± ۱۷/۱	
	بد	۱۲۵/۴ ± ۲۳/۳		۱۸/۵۲ ± ۱۷/۱	
	متوسط خوب	۷۸/۷ ± ۳۵/۵	<۰/۰۰۱	۲۵/۴ ± ۱۸/۶	<۰/۰۰۱
		۵۴/۵ ± ۳۲/۶		۳۲/۳۲ ± ۱۷/۴	

همان طور که گفته شد بین دو گروه مرد و زن از نظر متغیر سن و وضعیت تأهل اختلاف معناداری وجود داشت؛ که برای تعدیل اختلاف مشاهده شده بین دو گروه جنسیتی و وضعیت تأهل، از آزمون کوواریانس استفاده شد؛ و مشاهده شد که بعد از کنترل این دو متغیر باز هم رابطه‌ی معناداری بین جنس و وضعیت خلقی و هم چنین خودکارآمدی بیماران مشاهده شد؛ ($P < 0/001$) که این مطلب خود گویای تأثیر کلی جنس بر روی وضعیت خلقی و خودکارآمدی بیماران بود.

یافته‌های مربوط به هدف اصلی پژوهش "تعیین ارتباط وضعیت خلقی و خودکارآمدی بعد از عمل در بیماران تحت جراحی پیوند عروق کرونر" در جدول ۴ خلاصه شده است.

جدول شماره ی (۴): ارتباط وضعیت خلقی با خودکارآمدی در واحدهای مورد پژوهش

متغیر	اضطراب	افسردگی	عصبانیت	توانایی	خستگی	سردرگمی	نمره کلی وضعیت خلقی
خودکارآمدی	$r = -0/468$	$r = -0/585$	$r = -0/428$	$r = 0/619$	$r = -0/733$	$r = -0/591$	$r = -0/845$
	$P < 0/001$	$P < 0/001$	$P < 0/001$	$P < 0/001$	$P < 0/001$	$P < 0/001$	$P < 0/001$

چنان چه از نتایج این جدول مشخص شده است؛ بین نمره ی وضعیت خلقی با خودکارآمدی رابطه ی معکوس وجود داشت ($r = -0/845$ و $P < 0/001$)؛ که این بدان معنی است که با بهبود وضعیت خلقی (کاهش نمره وضعیت خلقی) خودکارآمدی افزایش می یابد و برعکس، با بدتر شدن وضعیت خلقی (افزایش نمره وضعیت خلقی) در واحدهای مورد پژوهش خودکارآمدی کاهش می یابد.

بحث:

همکاران مطابقت داشت. (۱۸)

Lapier و همکاران نیز در سال ۲۰۰۹ در طی تحقیقی گزارش کردند؛ مبتلایان با سنین پایین تر از ۶۵ سال، خودکارآمدی به مراتب بهتری نسبت به افراد پیرتر داشته اند. با افزایش سن، شدت بیماری قلبی افزایش می یابد، بنابراین انتظار می رود که خودکارآمدی کاهش یابد؛ از طرف دیگر افراد جوان تر، هم توانایی بیشتری برای مراقبت از خود دارند و هم چنین با بازگشت به کار وضع روحی بهتری خواهند داشت؛ در حالی که افراد مسن اکثراً بازنشسته هستند. (۲۹)

در مورد جنس، نتایج مطالعه حاکی از آن بود که مردان دارای وضعیت خلقی و هم چنین خودکارآمدی بهتری نسبت به زنان بودند که با نتایج مطالعات دهداری و همکاران هم خوانی داشت. (۲۲) همان طور که بیان شد در این مطالعه زنان دارای سنین بالاتری بودند و هم چنین بیش تر از مردان به صورت تنها زندگی می کردند. این

در مطالعه ی حاضر، ارتباط بین وضعیت خلقی و خودکارآمدی در ۱۱۰ بیمار تحت جراحی پیوند عروق کرونر بستری در بیمارستان شهید چمران شهر اصفهان، بررسی شد. نتایج حاصل نشان داد که با بهبود وضعیت خلقی، خودکارآمدی افزایش می یابد و بالعکس؛ که این ارتباط در مطالعه ی Sarkar و همکاران نیز تایید شده است. (۱۸) در این مطالعه، به این نکته اساسی اشاره شده است که کاهش خودکارآمدی از عوارض ناشی از کاهش وضعیت خلقی است.

هم چنین مطالعه ی حاضر نشان داد، سن با وضعیت خلقی و خودکارآمدی پس از جراحی ارتباط آماری معنی داری داشت؛ به طوریکه با افزایش سن در واحدهای مورد پژوهش، وضعیت خلقی و خودکارآمدی در آن ها کاهش یافت و افراد جوان تر، از وضعیت خلقی و خودکارآمدی بهتری برخوردار بودند؛ که با نتایج مطالعه ی Sarkar و

عوامل احتمالاً دلیلی بر خودکارآمدی نامطلوب زنان نسبت به مردان پس از جراحی می باشد. هم چنین نتایج مطالعه‌ی Barker و همکاران در سال ۲۰۰۹ نشان دهنده‌ی این بود که از جمله دلایل پایین بودن خودکارآمدی در زنان نسبت به مردها، می توان به مراجعه‌ی زنان در سنین بالاتر، دارا بودن بیماری های زمینه ای بیش تر، شریان های کرونر باریک تر و رجوع دیر هنگام برای جراحی، اشاره کرد. (۳۰) در حالی که در مطالعه‌ی Sarkar و همکاران ارتباط معنی داری بین جنس،

وضعیت خلقی و خودکارآمدی بیماران دیده نشد. (۱۸)

در مورد وضعیت تأهل، نتایج مطالعه حاکی از آن بود که متأهلین دارای وضعیت خلقی و خودکارآمدی بهتری نسبت به مجردها بودند؛ که این یافته با نتایج مطالعه‌ی Sarkar و همکاران، Eales و همکاران هم خوانی داشت. (۱۸ و ۳۱) شفیع‌ی و همکاران بیان می کنند، خانواده نقش بسیار مهمی در فراهم کردن حمایت اجتماعی برای مددجو برای برخورد با استرس ناشی از بیماری و سازگاری با آن را دارد. (۳۲)

در مورد سطح تحصیلات، نتایج مطالعه حاکی از آن بود که افراد دارای سطح تحصیلات بالاتر، دارای وضعیت خلقی و خودکارآمدی به مراتب بهتری نسبت به افراد با سطح تحصیلات پایین تر بودند؛ که این یافته با نتایج مطالعه‌ی Sarkar و همکاران و Lapier و همکاران مطابقت دارد. (۱۸ و ۲۹) سطح تحصیلات، با ایجاد تغییرات اساسی در آگاهی و نگرش، در سلامت و بیماری و نیز سایر جنبه های مختلف زندگی مؤثر بوده و در بسیاری از تحقیقات

مورد توجه قرار گرفته است. (۲۹)

در رابطه با شغل، مشخص شد که شاغلین دارای وضعیت خلقی و خودکارآمدی بهتری نسبت افراد بیکار بودند؛ که با نتایج مطالعه‌ی Barker و همکاران و هم چنین Mystakidou و همکاران در مبتلابان به سرطان هم خوانی داشت؛ که این موضوع احتمالاً به خاطر درگیر شدن با مسائل کاری و کاهش استرس و اضطراب ناشی از بیماری و از طرف دیگر فراهم نمودن یک منبع حمایت مالی برای مددجویان بوده است. (۳۰ و ۳۳)

هم چنین در این مطالعه مشخص شد که افراد دارای وضعیت اقتصادی بهتر دارای وضعیت خلقی و خودکارآمدی بهتری نسبت به افراد با وضعیت اقتصادی پایین تر بودند که با نتایج مطالعه‌ی Lapier و همکاران مطابقت دارد. وی در مطالعه‌ی خود بیان می کند که درآمد، یک عامل محیطی مهم است که با وضعیت سلامت و عملکرد افراد مرتبط است؛ و درآمد پایین تر، با سطح سلامت پایین تر و محدودیت های عملکردی بیشتر همراه می باشد. (۲۹)

این مطالعه، رابطه‌ی معنی داری را بین مدت زمان ابتلا به بیماری قلبی با وضعیت خلقی و خودکارآمدی بیماران نشان داد؛ به طوری که افرادی که مدت زمان کوتاه تری از ابتلای آن ها به بیماری قلبی سپری شده بود؛ نسبت به افرادی که مدت زمان طولانی تری از ابتلای آن ها به بیماری قلبی گذشته بود، وضعیت خلقی و هم چنین خودکارآمدی بهتری داشتند؛ که با نتایج مطالعه‌ی Sarkar و همکاران مطابقت داشت.

افرادی که مدت زمان بیش تری سابقه ی ابتلا به بیماری قلبی داشته اند؛ آموزش های مناسب و لازم ارائه شده و بر انجام آن نیز تأکید شود؛ تا نهایتاً از عود مجدد این بیماری در آنان پیشگیری گردد و در ارتقای وضعیت خلقی و خودکارآمدی آنان مؤثر باشد.

هم چنین با توجه به مقطعی بودن این مطالعه و نظر به این که وضعیت خلقی و خودکارآمدی با مرور زمان تغییر می کنند؛ پیشنهاد می گردد خودکارآمدی و کیفیت زندگی این بیماران، در قالب مطالعات دیگر بررسی شود. هم چنین پیشنهاد می گردد که پژوهشی مداخله ای با هدف بررسی تاثیر آموزش خودکارآمدی بر وضعیت خلقی بیماران تحت جراحی پیوند عروق کرونر نیز صورت گیرد.

تشکر و قدردانی:

این مقاله حاصل بخشی از طرح تحقیقاتی مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و دارای شماره ی طرح ۳۸۹۳۵۷ مصوب در تاریخ ۱۳/۴/۱۳۸۹ می باشد. نویسندگان بر خود لازم می دانند که از معاونت پژوهشی دانشکده ی پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و تمامی همکاران و شرکت کنندگان در مطالعه تقدیر و تشکر کنند.

آن ها این موضوع را این طور بیان می کنند؛ که علایم بیماری و عوارض ناشی از آن، به مرور زمان محدودیت هایی در روند زندگی عادی بیماران ایجاد نموده، و در نتیجه وضعیت خلقی و خودکارآمدی آنان را متأثر می سازد. (۱۸)

در مورد سابقه ی مصرف دارو های قلبی، ارتباط آماری معنی داری با وضعیت خلقی و خودکارآمدی بیماران مشاهده نشد؛ که این یافته با نتایج مطالعه ی Sarkar و همکاران مطابقت دارد. (۱۸)

نتیجه گیری نهایی:

نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که با بهبود وضعیت خلقی، خودکارآمدی افزایش می یابد و برعکس. با توجه به این موضوع و از آن جا که حفظ و ارتقای وضعیت خلقی و خودکارآمدی، در بهبودی و بازگشت هر چه سریع تر بیماران به زندگی عادی و کاهش عوارض و پیشگیری از عود مجدد بیماری قلبی نقش مهمی دارد؛ بنابراین کادر بهداشتی باید در این زمینه آموزش های لازم را هنگام بستری شدن و پس از ترخیص از بیمارستان به بیماران بدهند. با توجه به نتایج پژوهش حاضر، لازم است به بیماران مسن تر، بی سواد و کم سواد، افراد غیر شاغل، متأهل و نیز دارای وضعیت اقتصادی پایین تر و هم چنین

References:

1. Williams M.A. "American association of cardiovascular and pulmonary rehabilitation. Guideline for cardiac rehabilitation and secondary prevention programs, 4 ed, Champaign: human kinetics. 2004.
2. Deyrimenjjan M, Karam N, Saleme P. Preoperative patient education for open heart patients: A source of anxiety?. *Patient Education and Counseling* . 2006; 212: 111-7.
3. Smeltzer Sc, Bare BG, Hinkle J, Cheever K. *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 12 ed. 2010.
4. Fatemeh M, Yazdekhashti S. A review of cardiac rehabilitation benefits on physiological aspects in patients with cardiovascular disease. *Cardiac Rehabilitation Research Center. Isfahan Cardiovascular Research Institute, Isfahan Univ Med Sci*. 2012; 7: 706-15.
5. Babae J, Keshavarz M, Haidarnia A, Shayegan M. Effect of a Health education program on quality of life in patients undergoing coronary artery bypass surgery. *Acta medica Iranica*. 2007; 45(1): 69-74.
6. Hazavei MM, Sabzemkan L, Hasan Zadeh A, Rabei K. Impact of educational intervention based on the question of depression, and quality of life for patients with coronary artery replacement surgery. *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences*. 2008; 12(2): 32-41. [in persian].
7. Hata M, Yagi Y, Sezai A, Niino T, Yoda M, Wakui S, et al. Risk analysis for depression and patient prognosis after open heart surgery. *Circulation J*. 2006; 70: 389-92.
8. Young E, Eddleston J, Ingleby S, Streets J, McJanet L, Wang M, et al. "Returning home after intensive care: a comparison of symptoms of anxiety and depression in ICU and elective cardiac surgery patients and their relatives", *Intensive Care Med*. 2005; 1: 86-91.
9. Albert. Nancy, Gillinov. Mark, Lytle. Bruce W, Feng . Jingyuan, Cwynar. Roberta, Blackstone. Eugene H. A randomized trial of massage therapy after heart surgery. *Heart Lung*. 2009; 38(6): 1-11.
10. Gardner Genevieve, Elliot Doug, Gill Jaswin, Griffin Melanie, Crawford Matthew. Patient experiences following cardiothoracic surgery: an interview study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2005; 4: 242-50.
11. Moser DK. The rust of life: impact of anxiety on cardiac patients. *Am J Crit Care*. 2007; 16: 361-9.
12. Sobel RM, Markov D. The impact of anxiety and mood disorders on physical disease: the worried not-so-well. *Curr Psychiatry Rep*. 2005; 7(3): 206-1
13. Bassam Pour SS. Impact of preoperative education on anxiety levels of patients undergoing open heart surgery. *Payesh*. 2004; 3(2): 139-44.
14. Behrouzifar S, Zenouzi Sh, Nezafati MH, Esmaili H Factors affecting the patients' quality of life after coronary artery bypass graft. *Journal of Faculty of Nursing and Midwifery Iran of Medical Sciences*. 2009; 22(57): 31-41.
15. Robinson-Smith G, Pizzi ER. Maximizing stroke recovery using patient self-care self efficacy. *Rehabil Nurs*. 2003; 28(2): 48.
16. Iskender M. The relationship between self-compassion, self-efficacy, and control belief about learning in Turkish university students. *Soc Behav Personal*. 2009; 37(5): 711-20.

17. Székely A, Balog P, Benkő E, Breuer T, Székely J, Kertai MD, et al. Anxiety predicts mortality and morbidity after coronary artery and valve surgery—a 4-year follow-up study. *Psychosomatic medicine*. 2007; 69(7): 625-31.
18. Sarkar U, Ali S, Whooley MA. Self-Efficacy and health status in patients with coronary heart disease: findings from the heart and soul study. *Psychosomatic Med*. 2009; 69: 305-12.
19. Tully P J, Baker RA, Turnbull D, Winefield H. The role of depression and anxiety symptoms in hospital readmissions after cardiac surgery. *J Behav Med*. 2008; 31: 281–90.
20. Heidari Pahlavian A, Gharakhani M, Mahjub H. A comparative study of stressful life events and stress coping strategies in coronary heart disease patients and non-patients. *J Hamadan Univ Med Scie*. 2010; 17(3): 33-8. [in persian]
21. Zarabi H, Modabbernia M.J, Alimi M.R, Badri T. Survey the relative frequency of depressive disorders in candidates of coronary artery bypass grafting. *Medical J Guilan Univ Med Scie*. 2008; 17(66): 60-7. [in persian]
22. Dehdari T, Heidarnia A, Ramezankhani A, Sadeghian S, Ghofranipour F. Anxiety, self efficacy expectation and social support in patients after coronary angioplasty and coronary bypass. *Iranian J Publ Health*. 2008; 37(4): 119-25.
23. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey(SF-36):Translation and validation study of Iranian version. *Qual Life Res*. 2005; 14 (3): 875-82. [in persian]
24. Iwamitsu Y, Shimoda K, Abe H, Tani T, Kodama M, Okawa M. Differences in emotional distress between breast tumor patients with emotional inhibition and those with emotional expression. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2003; 57(3): 289-94.
25. Tirgari B, Aghebati N, Fazel A, Koushiyar MM, Mokhber N, Esmaeli H. Adjuvanttherapyrelationship,with ascore of anxiety, depressionandfatiguein breastcancer patients. *Journal of Nursing and Midwifery, Kerman*. 2006; 6(1-2):46. [in persian].
26. Fazel A, Tirgari B, Mokhber N, Koushiyar MM, Esmaeli H. Effectiveness of mastectomy on the quality of life in breast cancer patients. *Journal of Shaeed Sdoughi University of Medical Sciences Yazd*. 2008; 16(3): 28-36. [in persian].
27. Shafiei Z, Babae S, Mir Mohammad Sadeghi M, Yazdan Nik A, Valiani M. The effect of massage therapy on mood and vital sings of patients after open heart surgery hospitalized in Shahid Chamran Isfahan hospital in 2010-2011.MSc of Nursing Thesis, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan. 2011.
28. O'Neil A, Berk M, Davis J, Stafford L. Cardiac-self efficacy predicts adverse outcomes in coronary artery disease (CAD) patients. *Health J*. 2013; 5(3): 6-14.
29. Lapier TK, ClearyK, Kidd Joshua. Exercise self-efficacy, habitual physical activity, and fear of falling in patients with coronary heart disease. *Cardiopulmpnary physical therap J*. 2009; 20(4): 5-11.
30. Barker A, Tsakirides C, Carroll S, Ingle Lee. Physical self-efficacy, anxiety and depression following a 6-week cardiac rehabilitation program. *British Journal of Cardiac Nursing*. 2009; 4(5): 223-8.

-
31. Eales CJ, Noakes TD, Stewart AV, Becker P. Predictors of the successful outcome of one-year survivors of CABG. *Cardiovasc J South Africa*. 2005; 16(1): 29-35.
 32. Shafiei Z, Babae S, Nazari A. Relationship between Mood State and Quality of Life in Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *IJN*. 2013; 26 (83) : 57-67.
 33. Mystakidou K, Eleni T, Parpa E, Gogou P, Panagiotou I, Vassiliou I, and et al. Relationship of general self-efficacy with anxiety, symptom severity and quality of life in cancer patients before and after radiotherapy treatment. *Psycho-Oncology*. 2013; 22(5): 1089-95.

Original Article**Relationship between Mood and Self-Efficacy in Coronary Artery Bypass Graft Surgery Hospitalized in Isfahan Chamran Hospital in 2011****Z. Shafiei ^{*1}, S. Babae²**

^{1*}Lecturer of Nursing group, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran.

²PhD of Nursing group, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

(Received: 23 May, 2016 – Accepted: 7 Jun, 2016)**Abstract**

Introduction: Many patients have anxiety and depression after cardiac surgery due to surgical stress, which has a negative effect on their quality of life and follow-up their treatment protocol.

Objective: The present study aimed to determine the relationship between mood and self-efficacy of patients following CABG in 2011.

Method: This descriptive cross-sectional study purposively recruited 110 patients that underwent CABG surgery and that were referred to Shahid Chamran Rehabilitation Center. The data were collected with Profile of Mood States and General Self-efficacy Scale and then analyzed using independent t-test, analysis of variance and regression analysis in SPSS (v. 18).

Results: The overall score was 98.21(36.1) for mood and 21.23(10.3) for self-efficacy in the subjects. The results revealed an inverse relationship between mood and self-efficacy; this means that if mood improves (reduction in mood scores), self-efficacy increases and vice versa.

Conclusion: With regard to the significant correlation between mood states and self-efficacy in this study, it is suggested that nurses design and execute appropriate programs to promote these patients' mood states and thus help them improve their self-efficacy.

Key Words: Mood, self-efficacy, coronary artery bypass graft surgery.