

Coping strategies used by patients after coronary angioplasty: a qualitative study

allahbakhshian¹ A (Ph.D) - hasankhani² H (Ph.D) - mohammadi³ E (Ph.D) - zamanzadeh⁴ V (Ph.D) -
allahbakhshian⁵ M (MSc.).

Abstract

Introduction: Coronary artery disease and angioplasty treatment is the potential factor that can lead to rupture life style and physical, psychological and social tension in patients. Therefore, patients need to make a change in their own physical, psychological and social functioning to cope with the conditions stated above. So that how to cope with the disease and its treatment is a major challenge for these patients and researchers. The aim of this study is to explore important coping strategies used by Iranian patients after coronary angioplasty.

Method: This qualitative study conducted with conventional content analysis. Participants included twenty patients under coronary angioplasty. Data gathered through individual semi-structured interviews. Purposeful Sampling continued until data saturation. The data were analyzed continuously and simultaneously with data gathering.

Results: During the process of data analysis, two themes reflected the experience and dimensions of understanding of coping strategies in patients after angioplasty, which included: 1- acceptance of and dealing with illness consisting: conscious forgetfulness, comparing, positive thinking, assume illness as negligible, patience and fatalism and 2- use of available supportive resources, including: reliance on family, using similar patients' support and getting partial support from physicians.

Conclusion: the results stated that the patients apply various strategies to deal with their illness and conditions. In-depth understanding of strategies that influence the patients coping with illness and their challenges will contribute to the nursing body of knowledge. It also helps nurses and other health care professionals, and patients' families in reinforcing the most effective coping strategies and promoting the quality of care.

Keywords: Coping strategies, coronary angioplasty, qualitative content analysis

Accepted: 23 August 2014

Accepted: 22 December 2014

1- PhD, Nursing and Midwifery Faculty, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

2- PhD, Nursing and Midwifery Faculty, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

3- Corresponding author: PhD, Medical Sciences Faculty, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

e-mail: mohamade@modares.ac.ir

4- PhD, Nursing and Midwifery Faculty, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

5- PhD candidate, Nursing and Midwifery Faculty, Esfahan University of Medical Sciences, Esfahan, Iran

استراتژی های تطابقی مورد استفاده توسط بیماران، پس از آنژیوپلاستی عروق کرونر (یک مطالعه کیفی)

عاطفه اله بخشیان^۱، هادی حسنجانی^۲، عیسی محمدی^۳، وحید زمانزاده^۴، مریم اله بخشیان^۵

چکیده

مقدمه: ابتلا به بیماری عروق کرونر و درمان آنژیوپلاستی، عامل بالقوه ای است که می تواند باعث از هم گسیختن الگوی زندگی شده و منجر به ایجاد تنش های جسمانی، روانی و اجتماعی بسیاری در بیماران گردد. بنابراین، بیماران برای تطابق با شرایط شده فوق، نیازمند ایجاد تغییر در کارکرد جسمی، روانی و اجتماعی خود هستند. بطوریکه نحوه تطابق با بیماری و درمان آن چالش بزرگی برای این بیماران و محققان محسوب می شود. بنابراین، این مطالعه با هدف تبیین استراتژی های تطابقی مهم مورد استفاده در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر پس از آنژیوپلاستی، انجام شد.

روش: این مطالعه با رویکرد تحقیق کیفی و با روش تحلیل محتوای مرسوم انجام شد. مشارکت کنندگان شامل ۲۰ بیمار تحت آنژیوپلاستی عروق کرونر بودند. جمع آوری داده ها از طریق مصاحبه های انفرادی بدون ساختار و با نمونه گیری هدفمند و تا اشباع داده ها ادامه یافت. تجزیه و تحلیل داده ها به طور مستمر و همزمان با جمع آوری داده ها انجام گردید.

یافته ها: در طی فرایند تحلیل داده ها، ۲ درونمایه بیانگر تجربه بیماران، شناسایی شد که عبارت بودند از: ۱- پذیرش و مدارا، شامل: فراموشی آگاهانه، مقایسه، تفکر مثبت، کم اهمیت انگاشتن بیماری، تاب آوری، تقدیر گرایی؛ ۲- استفاده از منابع حمایتی در دسترس شامل: اتکاء به خانواده، استفاده از حمایت همتایان و کسب حمایت نسبی از پزشک معالج.

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه نشان داد بیماران از استراتژی های مختلفی برای رویارویی با بیماری و پذیرش موقعیتشان استفاده می کنند. درک عمیق تر از استراتژی های تأثیر گذار بر تطابق بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر با چالشهای زندگی پس از آنژیوپلاستی به توسعه بدنه دانش و درک پرستاران و سایر شاغلین در سیستم سلامت و همچنین خانواده ها در زمینه تقویت استراتژی های کلیدی و اثر بخش و ارتقاء کیفیت مراقبت کمک نماید.

کلید واژه ها: استراتژی های تطابقی، آنژیوپلاستی عروق کرونر، تحلیل محتوای کیفی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۶/۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۰/۱

-
- ۱- دکترای پرستاری، استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
 - ۲- دکترای پرستاری، استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
 - ۳- دکترای پرستاری، دانشیار، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس تهران، تهران، ایران (نویسنده مسؤول)
 - پست الکترونیکی: mohamade@modares.ac.ir
 - ۴- دکترای پرستاری، دانشیار، دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
 - ۵- دانشجوی دکترای پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

مقدمه

بیماری عروق کرونر به عنوان اولین عامل مرگ و میر (۱) و اصلی ترین علت بیماری و ناتوانی در ایران شناخته شده است (۲). امروزه اگر چه، به واسطه توسعه روشهای درمانی همچون آنژیوپلاستی عروق کرونر میزان مرگ و میر در اثر بیماری عروق کرونر کاهش یافته است (۳). با این وجود تشخیص این بیماری و زندگی پس از آنژیوپلاستی، بیماران را با چالشهای متعددی همچون محدودیتهای فیزیکی، تغییر نقشها، فقدان کنترل شخصی و تغییر در شیوه زندگی مواجه می کند (۴و۷). همچنین درک ماهیت پیش رونده و غیر قابل پیش بینی این بیماری منجر به بروز احساس ترس، عدم اطمینان، اضطراب، افسردگی و انزوا در بیماران می گردد (۶،۸و۱۰). در این میان استراتژی های تطابقی به عنوان راههایی برای کنترل و تعدیل پیامدهای منفی بیماری می توانند منجر به سازگاری و ارتقاء کیفیت زندگی در این بیماران گردند (۱۱). به عبارت دیگر در مواجهه با رویدادهای تنش زای زندگی همچون بیماری های تهدید کننده حیات، استراتژی های تطابقی، نقش مهمی در تأمین سلامت جسمی و روانی فرد ایفا می کنند (۱۲). تطابق به معنای توانایی فرد برای اداره استرس ها و فشارهای درونی و بیرونی بوده (۱۳) و استراتژی های تطابقی با عنوان "تلاش برای مدیریت خواست های درونی و محیطی و تضاد بین آنها، که می تواند فراتر از منابع فرد باشند" تعریف می شود (۱۴). بیماران معمولاً از استراتژی های تطابقی برای مدیریت بیماری و کاهش تأثیرات منفی آن استفاده می کنند (۱۲). نتایج مطالعات نشان می دهد، که استراتژی های تطابقی تأثیر قابل ملاحظه ای بر تطابق روانی اجتماعی و سلامت بیماران دارند (۱۵). این استراتژی ها می توانند به عنوان یک تعدیل کننده بین استرسورها و بیماری عمل کنند. در واقع این تعدیل کننده ها، تأثیر استرسورها را کاهش داده و موجب حرکت بیمار به سمت تطابق روانی مثبت می شوند (۱۶). همچنین این استراتژی ها راههایی برای مهار و کاهش پیامدهای بیماری و علایم آن بوده و بیماران را به سمت تطابق و ارتقاء کیفیت زندگیشان سوق می دهند (۱۷).

بیماران مبتلا به بیماریهای مزمن و تهدید کننده حیات برای مقابله با بیماری و پذیرش شرایطشان از استراتژی های مختلفی، استفاده می کنند. رایج ترین استراتژی های که در متون به آنها اشاره شده، عبارتند از: پذیرش موقعیت (۱۸، ۲۰)، تفکر مثبت (۱۸، ۲۱، ۲۲)، جستجوی اطلاعات (۱۸، ۲۳، ۲۱)، معنویت و مذهب گرایی (۱۸، ۲۴، ۲۶) و کسب حمایت اجتماعی (۲۵، ۲۷، ۲۸).

مروری بر مطالعات انجام شده طی سالهای اخیر در ایران نشان می دهد: مطالعات کمی اندکی در مورد استراتژی های تطابقی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر در کشورمان انجام شده است. در مطالعه انجام شده توسط بشارت و پورنگ (۲۰۱۱) ارتباط بین استراتژی های تطابقی و فرایند بهبودی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر بررسی شد (۲۹). در مطالعه دیگر توسط نوحی و همکاران (۲۰۱۱)، ارتباط بین استراتژی های تطابقی مبتنی بر حل مساله با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر بررسی گردید (۳۰). سیام و همکاران (۲۰۱۱) نیز، آموزش سبکهای مقابله بر نتایج بیماری عروق کرونر را بررسی کردند (۳۱). به هر روی از آنجایی که نمی توان پدیده های انسانی همچون استراتژی های بکار گرفته شده توسط بیماران در تطابق با بیماری را در قالب تحقیقات کمی خلاصه نمود، لازم است برای دستیابی به واقعیات عمیق و درونی انسانها از راهبردهای تحقیقی مناسبتر استفاده نمود؛ و از سویی چون استراتژی های تطابقی بیماران تحت تأثیر عوامل زمینه ای قرار می گیرند (۳۲)، پژوهش های کیفی می توانند به درک و شناخت عمیق تر این استراتژی ها منجر شده و برای ایجاد یک چارچوب تئوریک که منجر به تولید فرضیات لازم برای انجام تحقیقات با رویکرد کمی شود، استفاده گردند؛ بنابراین انجام مطالعه ای با رویکرد کیفی در این زمینه ضروری به نظر می رسد (۳۳). مطالعات چندی در زمینه بررسی استراتژی های تطابقی در بیماران مبتلا به بیماریهای مزمن و تهدید کننده حیات (۳۵و۱۸، ۲۵و۲۱، ۳۴)، در ایران انجام شده است. اما با این حال، مطالعه ای که در آن به تجارب منحصر به فرد بیماران ایرانی مبتلا به بیماری عروق کرونر پس از انجام آنژیوپلاستی پرداخته باشد انجام نشده است. با توجه به شیوع احساسات منفی همچون اضطراب و افسردگی در این گروه از بیماران (۳۶) و این که تطابق ناموفق بیماران و استمرار احساسات منفی ناشی از بیماری می تواند منجر به کاهش پیامدهای درمان، افت کیفیت زندگی و افزایش میزان مرگ و میر در این بیماران گردد (۳۷و۳۸) و از آنجایی که یکی از مداخلات مهم پرستاران در مراقبت از بیماران مبتلا به بیماریهای مزمن و تهدید کننده حیات، تسهیل روند تطابق بیماران با شرایطشان است، درک عمیق از استراتژی های تطابقی بیماران برای کنترل و مدیریت بیماری و پیامدهای ناشی از آن، می تواند، برای طراحی مداخلات اثر بخش جهت تسهیل تطابق بیماران، پیشگیری از عوارض ناخواسته و ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مهم و حیاتی باشد. بنابراین، این مطالعه با هدف کشف و شناسایی انواع استراتژی های تطابقی استفاده شده در بیماران پس

روش مطالعه

برای دستیابی به هدف فوق مطالعه ای کیفی با رویکرد تحلیل محتوای کیفی مرسوم (conventional) انجام شد. تحلیل محتوای کیفی به عنوان روش تحقیق، به منظور تفسیر ذهنی محتوای داده های متنی است که از طریق فرایند طبقه بندی منظم، درون مایه ها یا الگوهای آشکار و پنهان در متن مورد شناسایی قرار می گیرد (۳۹). این رویکرد انتخاب مناسبی برای کشف تجارب روزمره درباره احساسات و هیجانات انسان است (۳۳).

محیط پژوهش: مکان انجام مصاحبه ها بوسیله خود مشارکت کنندگان انتخاب می شد که در محل زندگی، محل کار، بیمارستان یا مطب پزشک معالج بود.

مشارکت کنندگان: افراد برای شرکت در مطالعه کیفی بر اساس تجارب دست اولشان در مورد یک فرایند اجتماعی فرهنگی یا پدیده مورد توجه انتخاب می شوند (۳۳). مشارکت کنندگان در این مطالعه دارای ویژگیهای ذیل بودند:

- آگاهی از بیماری خود و رویه انجام شده (آنژیوپلاستی عروق کرونر).

- قادر به برقراری ارتباط به زبان فارسی یا آذری و تحمل مصاحبه.

- حداقل یک ماه از انجام آنژیوپلاستی آنها گذشته بود.

شرکت کنندگان در این مطالعه ۱۲ مرد و ۸ زن بین سنین ۷۰-۳۷ سال بودند (با توجه به شیوع بیشتر بیماری و آنژیوپلاستی در مردان جامعه مورد مطالعه) (۴۰). نمونه گیری هدفمند بر اساس تجربه پدیده مورد نظر که آنژیوپلاستی عروق کرونر بود انجام شد. روش جمع آوری داده ها مصاحبه ها از نوع نیمه ساختار یافته چهره به چهره و عمیق بود و با موافقت افراد شرکت کننده ضبط شد تا در مراحل بعدی برای تحلیل بکار روند. فرایند نمونه گیری از فروردین ماه تا بهمن ۱۳۹۲ ادامه یافت. مصاحبه ها بین ۲۵ تا ۱۲۰ دقیقه بود. جهت تعمیق یافته ها در ۴ مورد با مشارکت کنندگان مصاحبه مجدد انجام شد که مجموعاً تعداد مصاحبه ها به ۲۴ مصاحبه افزایش یافت. مصاحبه با سؤالات کلی مثل پرسش درباره وضعیت سلامت مشارکت کنندگان آغاز شد و سپس سؤالاتی درباره تجربیات بیمار و درک وی از استراتژی های تطابقی برای کنار آمدن با بیماری و اثرات آن پرسیده شد. در جریان انجام مصاحبه با سؤالاتی نظیر «مایلید در این باره بیشتر توضیح دهید؟» مشارکت کنندگان به ارائه توضیح بیشتر تشویق می شدند، که منجر به افزایش کیفیت اطلاعات و عمق درک از استراتژی های تطابقی بیماران گردید. نمونه گیری

تا اشباع داده ها یعنی تا زمانی که مقوله ها اشباع شوند، ادامه یافت. در این مطالعه از مصاحبه ۱۶ به بعد، داده یا کد جدیدی حاصل نشد و کدهای قبلی تکرار گردید. اما برای اطمینان بیشتر ۴ مصاحبه دیگر هم انجام شد و اطلاعات جدیدی دریافت نشد که منجر به کدگذاری و تشکیل طبقات جدید گردد.

تجزیه و تحلیل داده ها: برای تجزیه و تحلیل داده از روش تحلیل محتوای کیفی مرسوم استفاده شد (۳۹). تحلیل داده ها همزمان با جمع آوری داده ها انجام شد. متن مصاحبه ها بارها بازخوانی شدند. متن داده ها با استفاده از نرم افزار (Max-q Data(ver:۱۰) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. داده ها به واحدهای معنایی تبدیل و به دفعات بازبینی و سپس کدگذاری شدند، تا افکار، ایده ها و معانی نهفته در آن آشکار شود.

در این راستا وقایع و موضوعاتی که نشانه پدیده بوده یا جانشین آن می شدند نام گذاری یا کدگذاری شد، که هر یک به منزله یک مفهوم بود. نام گذاری کدها از کلمات مشارکت کنندگان (کدهای زنده)، پژوهشگر ساخته یا برگرفته از زمینه بود.

پس از استخراج کدهای اولیه مواردی که از نظر مفهومی شباهت داشتند و یا معنای مرتبط به هم داشتند در یک گروه قرار داده شدند که همان طبقات بودند و برای نام گذاری هر طبقه، از مفاهیمی که معرف کدهای هر طبقه بوده و دارای انتزاع بیشتری بود، استفاده شد. این روند از طریق تجزیه و تحلیل واحدها ادامه یافت تا طبقات فرعی و اصلی ظهور یابند. سپس با تأمل دقیق و عمیق و مقایسه طبقات با یکدیگر درونمایه ها کشف گردیدند. فرایند تجزیه و تحلیل بوسیله افزودن هر مصاحبه و تغییر در طبقات، ادامه یافت.

ملاحظات اخلاقی: جهت انجام پژوهش مجوز کمیته منطقه ای اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی تبریز، کسب شد. به تمام افراد شرکت کننده اطلاعات مورد نیاز جهت شرکت در مصاحبه داده شد. فرم رضایت نامه کتبی از تمام شرکت کنندگان اخذ شد. به شرکت کنندگان اطمینان خاطر از محرمانه بودن تمام اطلاعات داده شد

صحت و استحکام یافته ها: ارزیابی دقت تحقیق کیفی با معیارهای خاص شامل: مقبولیت یا قابلیت اعتبار، قابلیت ثبات، قابلیت تأیید و انتقال پذیری است (۳۳). در این تحقیق ابتدا محققین تفکرات خود در مورد پاسخهایی که انتظار شنیدن آنها از مشارکت کنندگان را داشتند روی کاغذی ثبت کرده و در طی تحقیق سعی نمودند از تأکید بر این موارد اجتناب ورزد (۴۱). در این مطالعه سعی شد با حضور کافی در محیط پژوهش، از طریق مصاحبه با شرکت کنندگان

دیگه، همیشه که آدم سالم نمی مونه، سعی می کنم خوب خودمو شاد کنم. بعضی وقتا، تأثیرات که می ذاره تو زندگی، ولی خوب آدم باید اجازه نده دیگه. سعی می کنیم کنار بیایم."

یکی دیگر از مشارکت کنندگان در این مورد چنین می گوید: P1: "یه چیزی هم من فکر می کنم روحیه افراد مهمه. افراد باید روحیشونو حفظ کنن. شوخ طبع باشن، من سعی کردم به یه دید طنز به بیماریم نگا کنم."

فراموشی آگاهانه: فراموشی آگاهانه یعنی فکر نکردن به بیماری، به مرگ و بردن ذهن به مکان و زمان دیگر. در واقع در اینجا نوعی فرار ذهنی اتفاق می افتد که منجر به کاهش نگرانی و دغدغه بیمار می گردد. بیماران سعی می کنند با منحرف کردن افکار و مشغول کردن ذهن خود از افکار منفی مربوط به بیماری و ترسها و نگرانیهایشان بکاهند و بار منفی ناشی از بیماری را برای خود قابل تحمل کنند.

یکی از مشارکت کنندگان در این مورد می گوید: P21: "خیلی خودمو با این قضیه درگیر نمی کنم، یعنی الان خیلی چیز مهمی برای من نیست. زیاد بهش فکر نمی کنم. نمی شد، الان که شده، دیگه مدارا می کنیم، بهش فکر نمی کنم."

P17: "... سعی می کنم خودم اگه فکر کردم که ای وای قلبم، یه کار دیگه می کنم که اون از ذهنم پاک بشه، مثلاً حالا فکر کنم قلبم می گیره شاید به حساب و کتابم، برسم. برم رو اون خط که از ذهنم پاک بشه."

مقایسه با تجربیات بدتر: بیماران با مقایسه شرایط خود با بیمارانی که شرایط و بیماریهای سختتری دارند سعی می کنند بیماریشان را بپذیرند و با آن کنار بیایند. یکی از بیماران:

P1: "خوب به خودم می گم، بیماریهایی هست که از این مشکل تره فرد مشکل بیشتری داره." مشارکت کننده دیگر با مقایسه شرایط خود با کودکی که دچار سرطان خون می باشد چنین می گوید:

P3: "باید از خودم بدتراشم در نظر بگیرم که من از اونا شرایطم خیلی بهتره، ... فکر می کنم آدم باید تو زندگی سعی کنه با همه مشکلات بسازه. می تونه هم بسازه. من که حالا مشکل زیادی به اون صورت ندارم، درسته میگویم اولاً خیلی روحیمو کسل کرده بود ولی حالا دیگه نه."

تفکر مثبت: یکی از استراتژی های مهمی که اغلب

مختلف و جمع آوری داده ها در مکانهای مختلف (تلفیق) و به شراکت گذاشتن کدگذاری ها و متن با اساتید و شرکت کنندگان قابلیت اعتبار داده ها افزایش یابد. در این تحقیق محققان مشارکت کنندگان را از شهرهای مختلف (تبریز، اصفهان، تهران) انتخاب کردند تا قابلیت انتقال را ایجاد کند. همچنین سعی شد تا روش های تحقیق به کار رفته به دقت و تفصیل بیان شود به گونه ای که خوانندگان، قادر به پیگیری فرآیند تحقیق حاضر باشند. برای تناسب، از تکنیک نمونه گیری با حداکثر تنوع یعنی انتخاب مشارکت کنندگان از لحاظ تعداد دفعات آنژیو، مدت زمان از انجام آنژیو، سن، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات و شغل استفاده شد. یک نمونه از روند تحلیل داده ها در جدول ۱ نشان داده شده است.

یافته ها

مشخصات دموگرافیک مشارکت کنندگان در جدول ۲ نشان داده شده است. استراتژی های تطابقی در این مطالعه، مجموعه ای از احساسات و اعمال استفاده شده توسط مشارکت کنندگان برای غلبه بر بیماری و نتایج آن و همچنین بازگشت به زندگی تا حد امکان طبیعی بود. در طول تجزیه و تحلیل داده ها، ۲ درونمایه تشخیص داده شد، که عبارتند از: پذیرش و مدارا با بیماری و استفاده از منابع حمایتی در دسترس (جدول ۳) که در ذیل به آنها اشاره می شود.

۱- پذیرش و مدارا: مشارکت کنندگان در رویارویی با هجمه ناخواسته بیماری عروق کرونر به عنوان یک بیماری پیشرونده، کشنده و با ماهیت غیر قابل پیش بینی سعی می کنند تا بیماری را به عنوان جزئی از زندگی خود پذیرفته و با دغدغه های ناشی از آن کنار بیایند. در این مسیر بیماران سعی می کنند از انواع استراتژی های احساسی و درکی جهت پذیرش موقعیت خود استفاده کنند که در این قسمت به مهمترین آنها اشاره می گردد.

حفظ روحیه: یکی از راهکارهایی که در مواجهه با بیماری و برای پذیرش و کنار آمدن با آن توسط بیماران استفاده می شود، امید دادن به خود و حفظ روحیه است. بیماران با قبول این واقعیت که انحراف از سلامت جزء جدایی ناپذیر زندگی است سعی می کنند، روحیه خود را حفظ کرده، شاد باشند و اجازه ندهند که تفکرات منفی زندگی آنها را تسخیر کند. یکی از مشارکت کنندگان (خانم ۵۴ ساله) در این مورد می گوید:

P3: "سعی می کنم بیشتر وقتا به خودم امیدواری بدم، پیاده روی برم، مثلاً بگم، بخندم، خودمو شاد کنم، بگم خوب زندگیه دیگه، باید آدم با این بسازه، حالا خوب این بیماری برای بشر خوب هست

مشارکت کنندگان برای پذیرش و مدارا با بیماری از آن استفاده می کنند، تجدید نظر در تفکرات، تغییر ذهنیت منفی نسبت به بیماری و درمان آن، خوش بینی به پیشرفتهای آینده در تکنولوژی درمان بیماری، داشتن افکار مثبت و آرام کننده و تلقین مثبت به خود می باشد.

P۱۳: "دکتر وقت آنژیوی مجدد داده، ولی من احتمال میدم که به آنژیو مجدد هم منجر نشه، یعنی اونقدر امیدوارم که درست بشه به این خیلی امید دارم چون احساس می کنم خودم احساس می کنم که آره وضعیتم درست میشه احساس می کنم اونا در حال باز شدن هستن شاید به خودم تلقین می کنم ولی من اینجوری فکر می کنم." بیمار دیگر خوش بینی خود به درمان بیماری را این چنین بیان می کند:

P۱۷: "امیدوارم علم به اون حد برسه که بتونن قلبمو پیوند بزنن، پیوند می زنم. از نظر مالی هم مشکلی ندارم." کم اهمیت انگاشتن بیماری: یکی از استراتژی های بیماران در پذیرش بیماری و سعی در کنار آمدن با آن، کاهش بار فکری ناشی از بیماری با کم اهمیت انگاشتن آن است. یکی از مشارکت کنندگان در این زمینه چنین می گوید:

P۱۵: "من می گم قلب من سالمه فقط رگاش تنگ شده، خوب اینم یه بیماریه دیگه ولی من برای خودم اینجوری حلش کردم،..."

یکی از بیماران نیز می گوید:

P۷: "من به خودم می گم من که حمله قلبی نداشتم، قلبم خوب میزنه فشار هم نداره، فقط مشکل تو رگهاته، یعنی قلب من نارسایی نداره."

تاب آوری و تحمل: صبر و تحمل از جمله استراتژی هایی است که برخی بیماران در مواجهه با شرایط ناخوشایند و سخت بیماری در پیش می گیرند. مشارکت کننده ای در این مورد می گوید: P۲: "کاریه که شده، مشکلیه که پیش اومده فقط باید تحمل کرد. باهاش ساخت چاره دیگه ای نیست نمی تونم که باهاش بجنگم!"

بیمار دیگر در این مورد می گوید:

یکی از مشارکت کنندگان در این زمینه چنین می گوید: P۶: "... و بالاخره یه کاریه که شده، منظورم بیماریه دنیا که به آخر نرسیده، باید تحمل کنم، سعی می کنم باهاش بسازم." بیمار دیگر:

P۴: "خودمو قانع کردم. بالاخره تو یه عمل انجام شده قرار

گرفته بودم. چکار می تونم بکنم. باید بسازم دیگه." تقدیرگرایی: بیماران در مواجهه با مشکلات و چالشهای بیماری با پناه بردن به منبع لایزال الهی و با کمک گرفتن از باورهای مذهبی بیماری را به عنوان قسمت و تقدیر الهی پذیرفته و اعتقاد داشتند که هر چیزی در این جهان با اراده و خواست خداوند موجودیت یافته و بودن و نبودن، مرگ و زندگی، و سلامت و بیماری خواست خداوند متعال است و از این باور برای تسهیل پذیرش واقعیت بیماری بهره می گیرند. بسیاری از مشارکت کنندگان اعتقاد داشتند که بیماری آنها تقدیر و سرنوشت الهی بوده که به وسیله خداوند برای آنان رقم زده شده است.

در تأیید این ادعا به گفته های یکی از بیماران می توان اشاره نمود: مشارکت کننده ۱۲: "قسمت و تقدیر این بوده، خدا اینطوری خواسته با قسمت که نمی شه جنگید."

مشارکت کننده دیگر در این مورد چنین می گوید:

P۱: "من برا خودم اینطور حلش کردم گفتم من تا جایی که ممکنه خودم رعایت می کنم، دیگه بعد از اون سرنوشته، قضا و قدره، دیگه اینجا تو دست من نیست." بیمار دیگر:

P۱۸: "الان دیگه زیاد بهش فکر نمی کنم. سپردم دست خدا هر چی قسمت باشه."

۲- اتکاء و استفاده از منابع حمایتی در دسترس: نیاز به حمایت در بیماران پس از مواجهه با موقعیت بیماری، گذر از دوران حاد در دوران بهبودی پس از آنژیوپلاستی و بازگشت به زندگی بعد از آنژیوپلاستی در بیماران بسیار بارز است. در تمام گفتگوهای انجام شده با بیماران در مراحل مختلف بیماری و درمان بیماران از وجود حامی در کنار خود صحبت می کنند که در شرایط مختلف نوع و نحوه حمایتها متفاوت است.

اتکاء به خانواده (مهمترین منبع کسب حمایت): اکثر بیماران حمایت و مراقبت خانواده را در کمک به خود برای سازگار شدن با شرایط جدید و بیماری خود بسیار مهم تلقی می کنند. در این بین درک و حمایت همسر بیمار به عنوان نزدیکترین شخص به وی نقش بسیار مهمی در پذیرش موقعیت و سازگار شدن با وضعیت جدید و تبعیت از تغییرات سبک زندگی ایفا می کند. در بیماران در مراحل اولیه ابتلا به بیماری نقش مراقبتی نزدیکان بیمار از جمله همسر و فرزندان در افراد متأهل و خواهر و برادر در افراد مجرد بسیار پر رنگ است و به مرور زمان این نقش به تدریج به خود بیمار محول می شود و مسئولیت نزدیکان بیمار از نقش مراقبتی به نقش حمایتگری

کسب توانایی ها پس از آنژیوپلاستی چنین می گوید:

P۹: "حالا آدم کسایی رو می بینم که شبیه خودش آنژیو شدن، حالا دو ماه از این جلوترن، چجوری دارن ورزش میکنن، اینم می تونه اونطوری فعالیت کنه، از نظر روحی براش یه اطمینانی ایجاد می کنه ..."

همچنین در طی حضور در مطب ها و بیمارستان ها و مراکز بازتوانی، تبادل اطلاعات و تجارب، صمیمیت و دوستی، یکی از موارد بارزی است که بین همتایان به چشم می خورد. به نظر می رسد درک تجارب مشترک، شرایط سنی مشابه و مشکلات و چالش های مشابه عامل مهمی در نزدیک شدن بیماران به هم باشد. در موارد معدودی نیز آگاهی یافتن از عوارض بیماری در برخی همتایان و شنیدن خبر مرگ آنها برای بیمار احساسات منفی همچون ترس و افسردگی را به دنبال دارد.

کسب حمایت نسبی از پزشک معالج: بیماران پس از رویارویی با تهدید بیماری، انجام آنژیوپلاستی و درمان، پزشک را ناجی خود می دانند و از اینکه پزشک شان توانسته زندگیشان را نجات دهد از او قدردانی می کنند. همین حس نجات منجر به تبعیت از توصیه های پزشک در اصلاح سبک زندگی و تبعیت از رژیم درمانی توصیه شده می گردد. ولی علی رغم اینکه بیماران با اطمینان به پزشک او را منبع مهم حمایتی خود تلقی می کنند، در این زمینه تعاملات نامناسب پزشکان به علت نبود وقت کافی، تعداد زیاد بیماران و رفتارهای گاهاً نامناسب پزشکان باعث ایجاد حس بی اعتمادی و طرد شدن در بیمار می گردد. اغلب بیماران در مواجهه با رفتار نامناسب پزشکان چاره ای جز سازش و تسلیم شدن ندارند، ولی در مواردی هم با ترک پزشک و مراجعه به پزشک مورد اطمینان این شرایط را تغییر می دهند.

یکی از بیماران در این مورد می گوید:

P۱۲: "اون چیزی که من از آنژیو دیدم و بعدش فقط تحسین علم پزشکیه و تقدیر از اون پزشکان با شرفی که اینجا کار می کنن، واقعاً محترمن، به قول یکی از دوستان می گفت خدای دومن اینها بله اینا ارزش داره واسه انسان... جای شکر داره."

پس از انجام آنژیوپلاستی یکی از منابع معتبر کسب حمایت و راهنمایی پزشک معالج است. پس از نجات یافتن و طی مرحله حاد بیماری، راهنمایی های پزشک منجر به تبعیت از درمان و اصلاح سبک زندگی می شود. تبعیت بیمار از دستورات و توصیه های پزشک و مشاهده و درک تغییرات مثبت ناشی از پیروی از توصیه های پزشک در وضعیت سلامت بیمار منجر به تقویت حس اطمینان در بیمار می گردد. همچنین در مواردی که بیمار دچار ترس

تغییر می کند. حضور اعضای خانواده از جمله همسر و فرزندان در ویزیت های دوره ای پزشک، تلاش برای رعایت رژیم غذایی توصیه شده، دور کردن بیمار از شرایط استرس زا، ایجاد محیط امن و آرام در منزل برای بیمار، حمایت بیمار در انجام فعالیت های فیزیکی روزمره، بر عهده گرفتن مسئولیت هایی که بیمار قبل از ابتلا به بیماری آنها را به تنهایی انجام می داده است، یادآوری به بیمار برای مصرف داروها در وقت تعیین شده و همچنین حمایت مالی از بیمار، از شیوه ها و انواع حمایت هایی است که اعضای خانواده از بیمار به عمل می آورند. بسیاری از بیماران از نزدیک تر شدن خانواده و صمیمیت بیشتر اعضای خانواده نسبت به قبل احساس خرسندی و رضایت می کنند.

یکی از بیماران در این مورد چنین می گوید:

P۱۹: "بعد از آنژیو یه نوع حالتایی هست تو خانواده، مواظبت می کنن، مواظبم هستن، مثلاً میریم تفریح گردش، فوری برا من یه کاپشن میارن که تو اینو ببوش سرما نخوری. به سینت سرما میزنه، نه اینکه ترحم باشه ها نه، و من هم راضیم."

بیمار دیگر در مورد نگرانی و مراقبت خانواده چنین می گوید:

P۴: "خونوادم خیلی نگران من هستن. از نظر عاطفی خوبن. نگرانم میشن. همین سیگارو می کشم خیلی گوشزد می کنن. به فکرم هستن. تحت فشار نمی دارن."

یکی از بیماران از مراقبت و حمایت همسرش از وی چنین می گوید:

P۹: "خانمم خیلی مراقبمه! بعضی کارا هست که تو خونه من نمی تونم انجام بدم، نمی داره، واقعاً حمایت می کنه، مخصوصاً از آنژیو به اینور هر کاری تو خونه هست خودشون انجام میدن، دیگه نمی دارن."

اتکاء و استفاده از حمایت همتایان: یکی از منابع مهم حمایتی برای بیماران در زندگی پس از آنژیوپلاستی همتایان فرد یعنی کسانی هستند که در شرایط مشابه وی به سر می برند. بیماران سعی می کنند با تکیه بر تجارب همتایانشان و کسب اطلاعات و آگاهی از آنها، طی شدن مسیر پر نشیب و فراز زندگی پر چالش خود را در رسیدن به حد مطلوب و قابل قبول سلامت طی کنند. بسیاری از اوقات مشاهده افرادی که سالها با شرایط مشابه بعد از آنژیوپلاستی زندگی نسبتاً طبیعی داشته اند، به عنوان یک منبع امید و آرامش برای بیماران آنها را به آینده امیدوار کرده و عدم اطمینان و ترسشان را کاسته و به ایشان در تطابق با شرایط جدیدشان کمک می کند.

یکی از بیماران در مورد تأثیر مثبت همتایان بر روند بهبودی و

می کند تا پرسش های خود را مطرح کنند، از وضعیت سلامتی خود آگاهی لازم را پیدا کنند و در مورد مسائل مختلف از پزشک خود راهنمایی دریافت کنند. اما متأسفانه اغلب بیماران از کمبود وقت پزشکان، اختصاص ندادن وقت لازم برای شنیدن صحبت های بیماران، عدم برقراری رابطه انسانی با بیمار (برخورد ماشینی) ازدحام بیماران در مطب ها و عدم دسترسی به پزشکان شاکی هستند.

یکی از بیماران در این مورد می گوید:

P۱۴: "... الان این انتظار رو دارم که یک دهم وقتی که شما صرف کردین، با من صحبت کردین، پزشک با ما صحبت می کرد، بالاخره این سؤالاتی که الان بعد از عمل چه کارایی انجام بدم؟ ندم؟ چی بخورم؟ چجوری؟ دارو هامو؟ وضعیتم الان چطوری؟ و خیلی موارد دیگه، البته این انتظار رو هم همیشه داشت، چون سرشون خیلی شلوغه الان ۳۰-۴۰ نفر اینجا منتظرن ولی آرزوست. آدم میگه ای کاش وضع پزشکی ما یه جوری بود که مریضو تحویل می گرفتن."

و اضطراب و احساسات منفی ناشی از برخی بروز برخی علائم بیماری می گردد توصیه ها و حمایت های پزشک منجر به کسب اطمینان و آرامش توسط بیمار می گردد.

P۸: "... اطمینان دارم به پزشکم، از نظر اینکه بله این تشخیص داد مرضو، این دارویی که نوشت مؤثر بوده و زیاد نبوده، و داروهای زیادی رو تجویز نکرده... و البته یک معاینات دوره ای هم ضروریه برای مریض که یه بیمار قلبی باید حداقل ۶ ماه یه بار معاینه بشه، چک بشه، یعنی توصیه های پزشک در حال شما تأثیر کنه، حال شما رو بهتر کنه. و این اطمینانی که شما به پزشک دارین روی تبعیت از درمان تأثیر داره، من الان دکتري که میرم هر چی میگه در واقع مکلفم که اجرا کنم و مطمئنم که درست گفته و باید انجامش بدم.

در این بین برقراری یک رابطه انسانی و توأم با احترام برای بیمار از سوی پزشک، شنیدن صحبت های بیمار، اختصاص وقت لازم برای معاینه و راهنمایی بیمار برای تمام بیماران فرصتی را ایجاد

جدول ۱ - یک نمونه از روند تحلیل داده ها

واحد معنایی	کد	زیر طبقه	درونمایه
P۱: "یه چیزی هم من فکر می کنم روحیه افراد مهمه. باید روحشون رو حفظ کنن. شوخ طبع باشن، من سعی کردم به یه دید طنز به بیماریم نگا کنم."	حفظ روحیه، شوخ طبع بودن، دید طنز نسبت به بیماری	حفظ روحیه	پذیرش و مدارا با بیماری
P۳: "سعی می کنم بیشتر وقتا به خودم امیدواری بدم، بگم، بخندم، خودمو شاد کنم، بگم خوب زندگيه ديگه، باید آدم با این بسازه."	حفظ امیدواری، شاد بودن برای سازش با بیماری		
P۲۱: "خیلی خودمو با این قضیه درگیر نمی کنم، یعنی الان خیلی چیز مهمی برای من نیست. زیاد بهش فکر نمی کنم. نمی شد، الان که شده، دیگه مدارا می کنیم، بهش فکر نمی کنم."	فکر نکردن به بیماری، کم کردن اهمیت بیماری	فراموشی آگاهانه	
P۱۷: "... سعی می کنم اگه فکر کردم که ای وای قلبم، یه کار دیگه می کنم که اون از ذهنم پاک شه، مثلاً حالا فکر کنم قلبم می گیره به حساب و کتابم، برسم. برم رو اون خط که از ذهنم پاک بشه."	انحراف فکر، مشغول نمودن خود برای فراموش کردن بیماری		

جدول ۲- مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان

جنس	۷ زن، ۱۳ مرد
سن	۳۷ تا ۷۰ سال با میانگین سنی: ۴۶/۵۶
وضعیت تأهل	۱۶ نفر متأهل، ۲ نفر بیوه، ۱ نفر مطلقه، ۱ نفر مجرد
شغل	کارمند: ۶ نفر، خانه دار: ۴ نفر (زن)، بازنشسته: ۶ نفر، شغل آزاد: ۴ نفر
سطح تحصیلات	ابتدایی: ۳ نفر، زیر دیپلم: ۴ نفر، دیپلم: ۷ نفر، لیسانس: ۵ نفر، فوق لیسانس و بالاتر: ۱ نفر
مدت زمان گذشته از انجام آنژیوپلاستی	۳ ماه تا ۱۰ سال میانگین زمان: ۴.۷

جدول ۳- درونمایه های استخراج شده از داده ها

درونمایه فرعی	درونمایه اصلی
حفظ روحیه	پذیرش و مدارا با بیماری
فراموشی آگاهانه	
مقایسه با تجارب بدتر	
تفکر مثبت	
کاستن از بار فکری بیماری	
تاب آوری و تحمل	
تقدیرگرایی	
اتکاء به خانواده (مهمترین منبع کسب حمایت)	اتکاء و استفاده از منابع حمایتی در دسترس
اتکاء و استفاده از حمایت همتایان	
کسب حمایت نسبی از پزشک معالج	

بحث

در مطالعه حاضر مشارکت کنندگان با آگاهی از تأثیرات منفی اضطراب، نگرانی و افسردگی بر پیشرفت و عود بیماری سعی در مهار این احساسات منفی داشته و با استراتژی های تطابقی مختلف سعی در جلوگیری از تأثیر سوء آنها بر سلامتی و بهبودیشان داشتند. از جمله استراتژی های ادراکی و ذهنی مورد استفاده توسط مشارکت کنندگان می توان به فراموشی آگاهانه، مقایسه، حفظ روحیه، تاب آوری و تحمل، تقدیرگرایی، مثبت نگری و کم اهمیت انگاشتن بیماری اشاره کرد که مشارکت کنندگان با استفاده از این استراتژی ها، سعی در پذیرش و کنار آمدن با هجمه ناخواسته بیماری داشتند. از سویی مشارکت کنندگان سعی می کردند، علاوه بر تکیه کردن بر نیروی درونی خود، از حمایت های خارجی از قبیل، خانواده، همتایان و سیستم سلامت نیز استفاده کنند، که در این عرصه با کسب حمایت های عاطفی و حرفه ای و کسب اطلاعات سعی در شناخت موقعیت و کنار آمدن با آن داشتند. در این زمینه مطالعات مشابه نیز نشان داده اند که بیماری

عروق کرونر به عنوان یک بیماری مهلک، مزمن، غیر قابل پیش بینی و پیشرونده علاوه بر تأثیرات جسمی، اثرات منفی روانی، اجتماعی و زیادی بر زندگی بیماران مبتلا گذاشته و جنبه های مختلف زندگیشان را تحت تأثیر قرار می دهد (۴ و ۴۲، ۴۳). در مواجهه با چنین مشکلات و چالش هایی بیماران به استراتژی های تطابقی متوسل می شوند (۲۵). Lazarus دو طبقه از استراتژی های تطابقی را تحت عنوان: مساله محور: بر اساس استراتژی های خاص برای یافتن یک راه حل مستقیم برای موقعیت، و احساس محور: که اساساً به پاسخ های احساسی به استرسورها می پردازد، تعریف کرد (۴۴). همانگونه که قبلاً نیز اشاره شد، در مطالعه حاضر مشارکت کنندگان برای کنترل احساسات منفی ناشی از ابتلا به بیماری، از هر دو دسته استراتژی تطابقی استفاده می کردند. از سویی با حفظ روحیه، تاب آوردن و تحمل، قانع کردن خود، خوش بینی، امید و تقدیرگرایی، سعی در تعدیل پاسخ های احساسی می کردند و از سویی با کسب حمایت از منابع بیرونی سعی در کنترل و مدیریت موقعیتشان داشتند. در این مقابله بیماران علاوه بر تلاش و تکیه بر نیروی فردی خویش در مراحل مختلف مواجهه با بیماری

از حمایت خانواده، همتایان و پزشکان معالج بهره مند می شدند. در مطالعات مشابه انجام شده نیز، استراتژی های تطابقی مورد استفاده توسط بیماران عبارت بودند از: خوش بینی و امیدواری، تحمل و تقدیر گرایی، جستجوی اطلاعات، اصلاح سبک زندگی و تعدیل ریسک فاکتورهای بیماری، همچنین افزایش تحمل، مراقبت از خود و کسب حمایت خانواده، همتایان و سیستم سلامت (۱۸ و ۲۱، ۲۵، ۳۰، ۳۴، ۳۵).

یافته های مطالعه حاضر نشان می دهد که در سرتاسر فرایند تطابق بیماران با بیماری عروق کرونر، چه در مرحله حاد مواجهه با بیماری، و چه در دوران بهبودی و بازگشت به زندگی، حمایت از بیماران از سوی خانواده، همتایان و پزشکان نقش بسیار مهمی داشت. در این بین، نقش حمایتی خانواده و به طور خاص همسر بیماران، پر رنگ ترین و مهمترین بخش این حمایتها را در بر می گرفت. در واقع تطابق بیماران با شرایط جدیدشان در بستر تعاملات اجتماعی شکل می گرفت که مهمترین بخش آن نقش حمایتی خانواده و همسر بیمار بود. خانواده بیماران اگرچه در مواجهه با بیماری آنها تنش و اضطراب زیادی را تجربه می کردند، ولی مشارکت، همکاری و حمایتهای عاطفی و روانیشان نقش بسیار مهمی در کمک به بیمار برای سازگار شدن با بیماریش داشت. در مطالعه نجفی و امامی (۲۰۱۳) که بر روی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر انجام شد نتایج نشان داد که اکثر مشارکت کنندگان از سوی خانواده انواع حمایتهای عاطفی و احساسی، اطلاعاتی و عملکردی را دریافت می کردند (۲۵). برای بیماران در فرهنگ ایرانی اسلامی، وقتی با موقعیت دشوار و پر چالش بیماری مواجه می شوند، خانواده به عنوان یک منبع بسیار مهم برای حمایت ایشان محسوب می شود (۴۵). حمایت خانواده می تواند سلامت بیماران را ارتقاء بخشیده و احساسات مثبتی را که در مواجهه با بیماری به آن نیاز دارند را بازسازی نماید (۴۶).

تجارب مشارکت کنندگان نشان داد که علاوه بر نقش حمایتی خانواده، همتایان بیماران نیز نقش بسزایی در طی کردن مراحل مختلف تطابق با بیماری داشته اند. کسب اطلاعات و تبادل تجربیات در مورد

پروسیجرهای درمانی، بهبودی، فعالیتهای و تعدیل شیوه زندگی، کاهش استرس، همچنین تلقین احساسات مثبت از قبیل امیدواری و توانمندی از جمله مواردی بود که بیماران در ذکر تجربیات خود به آنها اشاره نمودند. مطالعات دیگر نیز به نقش حمایتی بیماران همتا در بهبودی و تطابق با بیماری عروق کرونر اشاره داشته اند (۴۷، ۴۸). نظام مراقبت سلامت می تواند با ایجاد شبکه های حمایتی متشکل از بیماران همتا، امکان تعاملات نزدیک، همدلی و تبادل تجربیات، احساسات و ادراکات آنان در راستای تطابق مؤثرتر با شرایطشان را ایجاد نماید.

یکی دیگر از جنبه های حمایتی که مشارکت کنندگان مطالعه در ذکر تجربیاتشان به آن اشاره کرده بودند، کسب حمایت از پزشکان معالیشان بود. بیماران پزشکان خود را نه تنها به عنوان منبع موثق اطلاعات بلکه به عنوان تکیه گاه و حامی خود در طی کردن مراحل مختلف تطابق با بیماری می دانستند که البته اغلب اوقات این نقش حمایتی به دلایل مختلف از جمله ارتباط و تعامل غیر مؤثر پزشک معالج با بیماران، کم رنگ و ناکافی به نظر می رسید. اکثر مشارکت کنندگان از اینکه آموزش و حمایت کافی از پزشک خود دریافت نمی کنند شاکی بودند. مشارکت کنندگان به نقش حمایتی پزشکان معالج اشاره نموده و اظهار می داشتند جهت تغییر شیوه زندگی و مدیریت بیماریشان به اطلاعات، آموزشها و حمایتهای بیشتری نیاز دارند. این نتایج با یافته های مطالعه Gregory و همکاران (۲۰۰۶) همخوانی دارد (۴۹). مطالعه Karlik و همکاران (۱۹۹۰) بر روی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر، نیز نشان داد که بیماران برای کسب اطلاعات و آموزش در جنبه های مختلف پزشکان را به پرستاران ترجیح می دهند (۵۰).

اینکه مشارکت کنندگان در این مطالعه پزشک معالج را منبع اولیه حمایت و کسب اطلاعات می دانستند، ممکن است ناشی از عدم آگاهی آنها از توانایی ها و وظایف علمی و عملی پرستاران باشد. در ایران پرستاران عمدتاً در بخش های درمانی مشغول به کار هستند و نقش آنها در آموزش و مشاوره به خوبی روشن و شناخته شده نیست. در مطالعه اشقلی فرهنگی و همکاران (۱۳۸۶) مشارکت کنندگان به

را نشان می دهد. درک صحیح از این استراتژی ها می تواند به توسعه بدنه دانش پرستاری منجر شده و به پرستاران و سایر شاغلین مراقبت سلامت در راستای ارائه مداخلات مبتنی بر جامعه، جهت تقویت استراتژی های اثربخش و کلیدی و ارتقاء کیفیت مراقبت از این بیماران و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی آنان کمک نماید. با توجه به نتایج مطالعه حاضر انتظار می رود کلیه اعضای نظام سلامت به ویژه پرستاران با درک عمیق از تجارب بیماران و شناخت منابع درونی آنان، بیماران را در غلبه بر ترسها و نگرانیهایشان و به دست آوردن کنترل بر موقعیت بیماری و سازگاری با شرایط جدیدشان یاری نموده و از شبکه های حمایتی اجتماعی همچون خانواده ها و همتایان به نحو شایسته ای در جهت کمک به این امر استفاده نمایند.

تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از رساله دکتری نویسنده اول و طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی تبریز بوده و محققین بر خود لازم می دانند از حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در راستای انجام این پژوهش قدردانی نمایند. همچنین از بیماران شرکت کننده در این پژوهش سپاسگزاری می شود.

مرجعیت پزشک در امر آموزش بیماران اشاره نموده و معتقد بودند پزشکان به دلیل برخورداری از علم و دانش بیشتر، نسبت به سایر متخصصین سیستم سلامت و از جمله پرستاران بهترین مرجع برای پاسخگویی به سؤالات بیماران هستند. از سویی دیگر در جامعه ما پرستار و نقش های وی به خوبی شناخته نشده است. اکثر افراد جامعه حتی افراد تحصیل کرده، نسبت به صلاحیت علمی و عملی پرستاران و نقش حمایتی آنها آگاهی نداشته و آنان را افرادی حرفه ای در امور فنی نظیر تزریقات و پانسمان می شناسند و برخی حتی نمی دانند که پرستاران دارای تحصیلات دانشگاهی هستند. این در حالی است که مطالعه Davies (۲۰۰۰) نشان داد، بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر، که تحت جراحی بای پس قرار گرفته بودند، از آموزش پرستاران نسبت به پزشکان رضایت بیشتری داشتند (۵۱). بنابراین به نظر می رسد ارتقاء سیستم های حمایتی جامعه نگر با محوریت خدمات و مشاوره های پرستاری توسط پرستاران آموزش دیده می تواند در تسهیل روند تطابق بیماران و برطرف نمودن خلاء حمایتی موجود مؤثر باشد.

نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر در برگیرنده مضامینی است که استراتژی های تطابقی بیماران تحت آنژیوپلاستی عروق کرونر

منابع

- 1- Naghavi M, Jafari N. Death profile in Iran, 2005. Tehran: Iranian Ministry of Health. 2007.
- 2- Hatmi Z, Tahvildari S, Motlag AG, Kashani AS. Prevalence of coronary artery disease risk factors in Iran: a population based survey. BMC Cardiovascular Disorders. 2007;7(1):32.
- 3- Hartwell D, Colquitt JL, Loveman E, Clegg A, Brodin H, Waugh N, et al. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of immediate angioplasty for acute myocardial infarction: systematic review and economic evaluation. Health Technology Assessment. 2005;9(17).
- 4-Kristofferzon ML, Löfmark R, Carlsson M. Striving for balance in daily life: experiences of Swedish women and men shortly after a myocardial infarction. Journal of clinical nursing. 2007;16(2):391-401.
- 5- White J, Hunter M, Holttum S. How do women experience myocardial infarction? A qualitative exploration of illness perceptions, adjustment and coping. Psychology, health & medicine. 2007;12(3):278-88.
- 6- Peterson JC, Allegrante JP, Pirraglia PA, Robbins L, Lane KP, Boschert KA, et al. Living with heart disease after angioplasty: a qualitative study of patients who have been successful or unsuccessful in multiple behavior change. Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care. 2010;39(2):105-15.

- 7- Stewart M, Davidson K, Meade D, Hirth A, Makrides L. Myocardial infarction: survivors' and spouses' stress, coping, and support. *Journal of advanced nursing*. 2000;31(6):1351-60.
- 8- Bergman E, Berterö C. You can do it if you set your mind to it: a qualitative study of patients with coronary artery disease. *Journal of advanced nursing*. 2001;36(6):733-41.
- 9- Jensen BO, Petersson K. The illness experiences of patients after a first time myocardial infarction. *Patient education and counseling*. 2003;51(2):123-31.
- 10- Higgins M, Dunn S, Theobald K. The patients' perception of recovery after coronary angioplasty. *Australian Critical Care*. 2000;13(3):83-8.
- 11- Brannon L, Feist J, Updegraff J. *Health psychology: An introduction to behavior and health*: Cengage Learning; 2013.
- 12- Larsen PD, Lubkin IM. *Chronic illness: Impact and intervention*: Jones & Bartlett Learning; 2009.
- 13- Lazarus RS. Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosomatic medicine*. 1993;55(3):234-47.
- 14- Lau VW, Lee T, Ng PK, Wong VC. Psychosocial adjustment of people with epilepsy in Hong Kong. *Epilepsia*. 2001;42(9):1169-75.
- 15- Goldstein LH, Holland L, Soteriou H, Mellers JD. Illness representations, coping styles and mood in adults with epilepsy. *Epilepsy research*. 2005;67(1):1-11.
- 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- Brannon L, Feist J. *Health psychology: An introduction to behavior and health*: Cengage Learning; 2009.
- 18- Taleghani F, Yekta ZP, Nasrabadi AN. Coping with breast cancer in newly diagnosed Iranian women. *Journal of advanced nursing*. 2006;54(3):265-72.
- 19- Kaba E, Thompson DR, Burnard P. Coping after heart transplantation: a descriptive study of heart transplant recipients' methods of coping. *Journal of advanced nursing*. 2000;32(4):930-6.
- 20- Gustafsson M, Persson LO, Amilon A. A qualitative study of coping in the early stage of acute traumatic hand injury. *Journal of clinical nursing*. 2002;11(5):594-602.
- 21- Farsi Z, Dehghan Nayeri N, Negarandeh R. Coping strategies of adults with leukemia undergoing hematopoietic stem cell transplantation in Iran: a qualitative study. *Nursing & health sciences*. 2010;12(4):485-92.
- 22- Lindqvist R, Carlsson M, Sjöden PO. Coping strategies of people with kidney transplants. *Journal of advanced nursing*. 2004;45(1):47-52.
- 23- Miedema B, Hamilton R, Easley J. From "invincibility" to "normalcy": Coping strategies of young adults during the cancer journey. *Palliative & supportive care*. 2007;5(01):41-9.
- 24- Kappeli S. Religious dimensions of suffering from and coping with cancer: A comparative study of Jewish and Christian patients. *Gynecologic oncology*. 2005;99(3):S135-S6.
- 25- Najafi Ghezeljeh T, Emami A. Strategies for recreating normal life: Iranian coronary heart disease patients' perspectives on coping strategies. *Journal of clinical nursing*. 2013.

- 26- Schulz E, Holt CL, Caplan L, Blake V, Southward P, Buckner A, et al. Role of spirituality in cancer coping among African Americans: A qualitative examination. *Journal of Cancer Survivorship*. 2008;2(2):104-15.
- 27- Grulke N, Bailer H, Hertenstein B, Kächele H, Arnold R, Tschuschke V, et al. Coping and survival in patients with leukemia undergoing allogeneic bone marrow transplantation—long-term follow-up of a prospective study. *Journal of psychosomatic research*. 2005;59(5):337-46.
- 28- Cooke L, Gemmill R, Kravits K, Grant M, editors. *Psychological issues of stem cell transplant*. Seminars in oncology nursing; 2009: Elsevier.
- 29- Pourang P, Besharat MA. An investigation of the relationship between coping styles and psychological adaptation with recovery process in a sample of coronary heart disease patients. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2011;30:171-5.
- 30- Nohi E, Abdolkarimi M, Rezaeian M. Quality of life and its relationship with stress and coping strategies in coronary heart disease patients. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences and Health Services*. 2011.
- 31- Seyam S, Hidarnia AR, Tavaafian SS. Self-care Education through Coping Style for Patients after Heart Surgery. *Journal of Isfahan Medical School*. 2011;29(135).
- 32- Mosher CE, Redd WH, Rini CM, Burkhalter JE, DuHamel KN. Physical, psychological, and social sequelae following hematopoietic stem cell transplantation: a review of the literature. *Psycho-Oncology*. 2009;18(2):113-27.
- 33- Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
- 34- Hosseini N, Sharif F, Ahmadi F, Zare M. Striving for balance: coping with epilepsy in Iranian patients. *Epilepsy & Behavior*. 2010;18(4):466-71.
- 35- Babamohamadi H, Negarandeh R, Dehghan-Nayeri N. Coping strategies used by people with spinal cord injury: a qualitative study. *Spinal cord*. 2011;49(7):832-7.
- 36- Astin F, Jones K, Thompson DR. Prevalence and patterns of anxiety and depression in patients undergoing elective percutaneous transluminal coronary angioplasty. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 2005;34(6):393-401.
- 37- Barth J, Schumacher M, Herrmann-Lingen C. Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: a meta-analysis. *Psychosomatic medicine*. 2004;66(6):802-13.
- 38- Januzzi JL, Stern TA, Pasternak RC, DeSanctis RW. The influence of anxiety and depression on outcomes of patients with coronary artery disease. *Archives of Internal Medicine*. 2000;160(13):1913-21.
- 39- Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*. 2005;15(9):1277-88.
- 40- Blum A, Blum N. Coronary artery disease: Are men and women created equal? *Gender medicine*. 2009;6(3):410-8.
- 41- Polit DF, Tatano C. *Essentials of nursing research*: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
- 42- Frasure-Smith N, Lespérance F. Depression and other psychological risks following myocardial infarction. *Archives of General Psychiatry*. 2003;60(6):627-36.

- 43- Anyadubalu C. The experiences of coronary heart disease patients: biopsychosocial perspective. *International Journal of Human and Social Sciences*. 2010;5(10):614-21.
- 44- Lazarus RS. Coping theory and research: Past, present, and future. Fifty years of the research and theory of RS Lazarus: An analysis of historical and perennial issues. 1993:366-88.
- 45- Behjati-Sabet A, Chambers N. People of Iranian descent. *Cross-cultural caring*. 2005:127-62.
- 46- Lett HS, Blumenthal JA, Babyak MA, Strauman TJ, Robins C, Sherwood A. Social support and coronary heart disease: epidemiologic evidence and implications for treatment. *Psychosomatic medicine*. 2005;67(6):869-78.
- 47- Boutin-Foster C. Getting to the heart of social support: A qualitative analysis of the types of instrumental support that are most helpful in motivating cardiac risk factor modification. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 2005;34(1):22-9.
- 48- Kristofferzon M-L, Löfmark R, Carlsson M. Perceived coping, social support, and quality of life 1 month after myocardial infarction: a comparison between Swedish women and men. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 2005;34(1):39-50.
- 49- Gregory S, Bostock Y, Backett-Milburn K. Recovering from a heart attack: a qualitative study into lay experiences and the struggle to make lifestyle changes. *Family practice*. 2006;23(2):220-5.
- 50- Karlik BA, Yarcheski A, Braun J, Wu M. Learning needs of patients with angina: an extension study. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 1990;4(2):70-82.
- 51- Davies N. Patients' and carers' perceptions of factors influencing recovery after cardiac surgery. *Journal of advanced nursing*. 2000;32(2):318-26.