

تحلیل تجارب بیماران سالمند ایرانی از سکتة قلبی

(مقاله پژوهشی)

۱- اردشیر افراسیابی فر ۲ - دکتر پرخیده حسنی ۳ - *دکتر مسعود فلاحی خشکناز ۴ - دکتر فریده یغمایی

چکیده:

مقدمه و هدف: آگاهی از تجارب سالمندان مبتلا به سکتة قلبی می تواند به تعیین نیازها، مشکلات، و نیز بهبود کیفیت زندگی آنها کمک کند، اما اطلاعات اندکی در باره تجارب آنان از سکتة قلبی وجود دارد. در پژوهش حاضر، تجربه بیماران سالمند از سکتة قلبی و رویکرد مقابله با بیماری مورد مطالعه قرار گرفته است.

روش بررسی: این مقاله بخشی از مطالعه بزرگتری است که با رویکرد گراندد تئوری انجام شده است. باهشت بیمار مبتلا به سکتة قلبی سنین ۶۵ سال به بالا که به صورت نمونه گیری هدفمند و نظری انتخاب شدند، مصاحبه گردید. مصاحبه نیمه ساختار یافته روش اصلی جمع آوری داده ها بوده و تا زمان اشباع داده ها ادامه یافت. داده ها بطور همزمان با جمع آوری اطلاعات با استفاده از روش اشتراوس و کوربین تحلیل گردید. اعتبار داده ها بر اساس معیارهای پیشنهادی لینکولن و گوبا تایید شد.

یافته ها: تجارب سالمندان از سکتة قلبی در دو درونمایه زندگی در سایه ترس، زندگی با محدودیت طبقه بندی شده اند و راهبردهای مقابله ای تحت عنوان بازگشت به زندگی فعال نام گذاری شده است. درونمایه زندگی در سایه ترس دارای زیر طبقات ترس از مرگ و سکتة مجدد، ترس از ناتوانی جسمی، و ترس از وابسته شدن به دیگران می باشد. درونمایه زندگی با محدودیت شامل زیرطبقات احساس بی قدرتی جسمانی، علائم جسمی، و تمکین از دستورات/خانواده می باشد. درونمایه بازگشت به زندگی فعال شامل تفکر مثبت و خود اتکایی می باشد.

نتیجه گیری: سالمندان مبتلا به سکتة قلبی به دلیل تهدید ناگهانی سلامتی و زندگی، تنش های شدید و محدودیت های زیادی را تجربه می کنند. اتخاذ رویکردهای مثبت مقابله ای می تواند بازگشت به زندگی طبیعی را تسهیل نموده و کیفیت زندگی آنان را بهبود بخشد.

واژه های کلیدی: تجربه، سالمند، گراندد تئوری، سکتة قلبی.

۱ - دانشجوی دکتری پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج.

۲ - دکتری پرستاری، استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

۳ - *دکتری پرستاری، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. (نویسنده مسئول) *
آدرس: تهران، میدان اوین، بلوار دانشجو، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه پرستاری-بست الکترونیکی

msflir@yahoo.com

۴ - دکتری بهداشت عمومی، دانشیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

مقدمه

اثرات محافظتی هورمون های جنسی نسبت به مردان دیرتر به بیماری کرونر قلبی مبتلا می شوند [۸]، مطالعه Thomas و Braus نیز نشان داده است که از هر سه زن بالای ۶۵ سال، یک نفر از بیماران کرونر قلبی رنج می برد [۹]. ابتلا به سکتة قلبی از لحاظ جسمی [۱۰] و روانی اجتماعی [۱۱] رویدادی آسیب زا قلمداد می شود. بیماران تغییر ناگهانی در وضعیت سلامتی، تهدید زندگی [۸] و نزدیک شدن به مرگ [۱۲] را تجربه می نمایند. سالمندان همچنین به دلیل تاثیر بیماری بر سلامت و رفاه روانی-اجتماعی، نیاز بیشتری به خدمات بهداشتی و درمانی دارند [۱۳]. سالمندان ممکن است همزمان به سایر بیمارهای مزمن مثل نارسایی قلبی، پرفشار خونی سیستمیک، دیابت [۱۴] مبتلا باشند و یا تنها زندگی کنند [۱۵]. علاوه بر این، بیوه یا مطلقه بودن سالمند،

بیماری کرونر قلبی هر سال باعث مرگ حدود ۳/۸ میلیون نفر مرد و ۳/۴ میلیون نفر زن در جهان می شود [۱] و نیز یکی از علل اصلی ناتوانی و از کارافتادگی در کشورهای در حال توسعه [۲] می باشد. در ایران نیز بیماری کرونر قلبی یکی از علل اصلی مرگ [۳] می باشد که بیشتر مردان و افراد بالای ۶۵ سال را درگیر می نماید [۴]. بیمارهای کرونر قلبی عامل مهم نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی در سالمندان [۵] می باشد. سکتة قلبی شایع ترین بیماری کرونر قلبی است [۶] که در ۵۰ درصد موارد در سنین بالای ۶۵ سال اتفاق می افتد. ۸۳ درصد بیمارانی که در اثر سکتة قلبی فوت می کنند، بالای ۶۵ سال، سن دارند [۷]. اگر چه زنان بدلیل

فقدان افراد مراقب، و کمبود حمایت های عاطفی [۱۶] در سالمندان باعث می شود تاسکته قلبی با مرگ و میر بیشتری همراه باشد.

تجارب بیماران مبتلا به سکنه قلبی در ابعاد مختلف مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. مرور متون موجود نشان می دهد که تجارب بیماران سالمند پس از سکنه قلبی کمتر مورد توجه قرار گرفته است و بخش عمده مطالعات موجود بر اساس تجارب بیماران جوان، میانسال و یا بیماران با گروه های سنی مختلط می باشد. اتخاذ مطالعه کیفی به منظور شناخت تجارب سالمندان پس از سکنه قلبی که اطلاعات کافی در این باره وجود ندارد، رویکرد مفیدی خواهد بود. مطالعات کیفی که از روش هایی مثل مصاحبه نیمه ساختار یافته و مصاحبه های عمیق استفاده می کنند، نسبت به مطالعات کمی که از ابزارهای پرسشنامه ای که دارای سئوالات با پاسخ کوتاه می باشند، مناسب تر هستند [۱۷]. آگاهی از تجارب بیماران سالمندان خصوصا زمانی که هدف فعال نگه داشتن بیمار و کاهش خطرات و عوارض بیماری می باشد، و نیز در برنامه های آموزش مبتنی بر نیاز سالمند، بسیار مهم می باشد [۱۸]. لذا هدف مطالعه حاضر شناخت تجارب بیماران سالمند از سکنه قلبی و راهبردهای مقابله ای که جهت سازگاری با بیماری بکار می بردند، می باشد.

روش بررسی

این مقاله، بخشی از یک پژوهش کیفی گسترده است که با روش گراند تئوری جهت شناخت فرایند بهبودی و سازگاری بیماران مبتلا به سکنه قلبی در طول سال های ۱۳۸۶-۱۳۸۷ در تهران انجام شد. گزارش حاضر به منظور شناخت تجارب بیماران سالمندی که در مطالعه اصلی شرکت داشتند، تهیه شده است. هشت نفر از سالمندان بالای ۶۵ سال که در مطالعه اصلی شرکت داشتند، نمونه های این مطالعه می باشند. همه آنان قادر به صحبت کردن به زبان فارسی بودند، برای اولین بار دچار سکنه قلبی شده بودند، تحت عمل جراحی پیوند کرونر قلب قرار نگرفته بودند، به بیماری مزمن دیگری نیز مبتلا نبودند، واز لحاظ روحی و

روانی ثبات لازم را جهت انتقال تجارب خود داشتند. مطالعه با نمونه گیری هدفمند شروع گردید و با نمونه گیری نظری تا اشیاع داده ها ادامه یافت. شرکت کنندگان با حداکثر تنوع از لحاظ مدت زمان بیماری (حداقل یک هفته و حداکثر ۲ سال پس از شروع بیماری)، سن، جنس، وضعیت تاهل، و وضعیت اجتماعی-اقتصادی، زندگی با همسر یا اعضای خانواده انتخاب شدند. مصاحبه نیمه ساختار یافته، روش اصلی جمع آوری داده ها بوده است. مصاحبه ها دارای سئوالات راهنما بودند که بر اساس اهداف پژوهش تنظیم گردیده بود. مصاحبه ها با سئوال باز «لطفا از تجربه بیماری خودتان از زمان شروع بیماری بگوئید»، آغاز می شد. سئوالات پی گیری کننده بر اساس اطلاعاتی که شرکت کننده ارائه می کرد، جهت روشن شدن مفهوم مورد مطالعه تنظیم گردید. سئوالات مصاحبه های بعدی بر اساس طبقات استخراج شده مطرح می شد. مصاحبه ها که ۱۰۵-۱۵ دقیقه طول می کشید، بر روی نوار دیجیتالی ضبط شد، و به روش تحلیل محتوای پیشنهاد شده توسط Strauss و Corbin تحلیل گردید [۱۹]. محتوای مصاحبه ها کلمه به کلمه دست نویس شد و بلافاصله تحلیل گردید. قبل از تحلیل داده ها چندین بار متن مصاحبه ها خوانده شد، تا درک کلی از آنها بدست آید. در کد گذاری باز یا سطح اول، مفاهیم مرتبط با مطالعه مشخص شدند و کدهایی به آنها اختصاص داده شد. کدهای داده شده، یا صحبت های شرکت کنندگان بود و یا کدهای تلویحی پژوهشگر بودند. سپس کدهای اصلی از لحاظ تشابه و تفاوت جهت ایجاد طبقات مقایسه گردید و کدهایی که معانی یکسانی داشتند، در یک طبقه قرار گرفتند. طبقات بر اساس ویژگی ها و ابعادشان توسعه داده شدند. در کد گذاری محوری طبقات توسعه یافتند و طبقاتی که مشابه بودند با یکدیگر ترکیب و طبقات انتزاعی تری نمایان شدند. در کد گذاری محوری طبقات اصلی با زیر طبقات خود بر اساس پارادایم «زمینه، راهبردهای کنش و کنش متقابل، و پیامدهای راهبردها» ارتباط داده شدند. در کدگذاری انتخابی طبقه اصلی نمایان شد که با سایر طبقات پدیدار شده ارتباط داده شد که در این مطالعه «زندگی در سایه ترس» بعنوان طبقه اصلی انتخاب شد. در سراسر فرایند جمع آوری و

تجارب شرکت کنندگان مطالعه حاضر نشان می دهد که هیچ کدام از سالمندان خود را در معرض خطر ابتلا به سکتة قلبی نمی دانستند. ابتلا به سکتة قلبی روند زندگی روزمره سالمندان را تغییر داده است و منجر به نوعی احساس عدم امنیت، عدم اطمینان به زندگی و آینده و نیز عدم اطمینان به بدن خود شده است. بسیاری از شرکت کنندگان مرگ را واقعیتی انکار ناپذیر در زندگی روزمره خود می دانستند که در فاصله نزدیکی با آن قرار دارند. یکی از درونمایه های نمایان شده از داده ها « زندگی در سایه ترس» می باشد که بیانگر افکار و تجربیات شرکت کنندگان از هنگام شروع علائم بیماری است و تا مدت طولانی ممکن است تداوم یابد. نام این درونمایه بر گرفته از بیانات یکی از شرکت کنندگان است:

« انسان از همه چیز میترسه، می ترسیدم از مردن، الان هم می ترسم ، همیشه با خودم می گم که با این وضعیت خوب نمی شم، حتماً می میرم ، همش می ترسم که نکنه آن حادثه دوباره برام اتفاق بیافته » (زن، شرکت کننده ۶،۶۸سال)

علاوه بر این ، دو مضمون دیگر به نام های « زندگی با محدودیت» و « بازگشت به زندگی فعال» از یافته ها نمایان شدند که هر کدام دارای زیر طبقه های می باشند. (جدول شماره ۲)

۱- زندگی در سایه ترس

ترس یکی از شایع ترین پاسخ های روانی سالمندان مبتلا به سکتة قلبی بود که از زمان شروع علائم و یا هنگام آگاهی یافتن از ابتلا به سکتة قلبی در بیماران شروع شده بود. زیر طبقات زندگی در سایه ترس بشرح زیر می باشد.

۱-۱- ترس از مرگ/سکتة مجدد قلبی

بسیاری از سالمندان سکتة قلبی را تهدید زندگی و نزدیک شدن به مرگ و پایان زندگی می دانستند. این مضمون نشان دهنده افکار و احساسات شرکت کنندگان در رابطه با فانی بودن و آسیب پذیری زندگی می باشد که باعث ترس و اضطراب در آنها شده بود. یکی از سالمندان در این باره اظهار داشت:

« سکتة یعنی مردن ،سکتة مساوی است با مردن ، فکر

تحلیل داده ها، محتوایی که در رابطه با مفهوم مورد مطالعه به ذهن پژوهشگر می رسید، به عنوان یادآور ثبت شد. علاوه بر مصاحبه ،در صورت امکان و قبل از شروع مصاحبه در منزل و یا بعد از آن تعامل شرکت کنندگان با اعضای خانواده مورد مشاهده قرار می گرفت. به منظور تعیین استحکام داده ها ((Rigour از معیارهای پیشنهادی Lincoln و Guba استفاده شد [۲۰]. جهت افزایش مقبولیت، پژوهشگر مشارکت کافی و تعامل نزدیک با شرکت کنندگان داشت. بازنگری توسط شرکت کنندگان و بازنگری توسط ناظرین خارجی انجام شد و از نظرات تکمیلی اساتید استفاده گردید. بازنگری توسط شرکت کنندگان ، بازنگری ناظرین خارجی و تنوع نمونه گیری بیانگر تایید پذیری داده ها بود. جهت تایید پذیری یافته ها و حسابرسی تحقیق، روند مطالعه اصلی به منظور قضاوت خوانندگان تا حد امکان توصیف شد و نیز دو نفر از اساتید صاحب نظر فرایند مطالعه را بازنگری و در مورد نتایج مطالعه به توافق رسیدند.

مطالعه حاضر پس از تایید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و با اخذ معرفی نامه کتبی از دانشگاه انجام شد. پس از بیان اهداف پژوهش ، تمامی شرکت کنندگان با رضایت آگاهانه در این مطالعه شرکت کردند. به آنها اطمینان داده شد که در هنگام انتشار نتایج کلیه اطلاعات فردی محرمانه باقی خواهد ماند و بر خروج آزادانه در هر مرحله از مطالعه به دلیل عدم تمایل به ادامه همکاری تاکید شد.

یافته ها

مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱: مشخصات فردی شرکت کنندگان

میانگین سن:	۷۰ سال (۶۵-۷۸ سال)	وضعیت تاهل	دارای همسر: ۶ نفر بیوه: ۲ نفر
جنس	مرد: ۴ نفر زن: ۴ نفر	وضعیت اشتغال	خانه دار: ۳ نفر بازنشسته: ۳ نفر ادامه شغل: ۳ نفر
سطح تحصیلات	بیسواد تا سیکل		

می کردم کارم تمومه ، رفتنی هستم، اینقدر آدم از خودش ناامید میشه»

(مرد، شرکت کننده ۴،۷۵ ساله)

اگر چه ترس از مرگ، پس از مرحله حاد بیماری کاهش یافته بود، اما ترس از سکنه مجدد قلبی همچنان در بعضی از سالمندان وجود داشت. یکی از علل ترس آنها، باورهای اجتماعی و یا صحبت های سالمندان مشابه در رابطه با سکنه قلبی است. اظهارات سالمند زیر موید این ادعا است:

« از قدیم می گن سکنه اول و دوم و سوم، اگه از سکنه اولی جون سالم بدر ببری ، سکنه دوم یا سوم رفتنی هستی، من هم یه مدتی منتظر سکنه بعدی بودم» (مرد، شرکت کننده ۴،۷۵ ساله)

ترس از سکنه مجدد بر کیفیت زندگی و در انجام فعالیت های روزمره زندگی نیز تاثیر داشته است. یکی از شرکت کننده گفت:

« می ترسم از اینکه دو باره این اتفاق برام بیافتد. می ترسم که اگه بیرون بروم ، قلبم بگیره، اینکه مطمئن باشم که بیرون برم ، خریدمو کنم نیست، بیشتر توی خونه می مونم» (زن، شرکت کننده ۶،۶۸ ساله)

بعضی از سالمندان بدلیل تنها زندگی کردن و یا عدم وجود فرد مراقبت کننده در هنگام شروع علائم و نیاز به کمک، نگرانی بیشتری را تجربه کرده بودند. بیانات سالمند زیر موید این نکته می باشد:

« خودم و شوهرم تنها زندگی می کنیم، شوهرم خودش پیر و مریضه ، نمیتونه مواظب من باشه ، یکی از خودش باید مراقبت بکنه، اگه توی خونه حالم بد بشه ، هیچ کس نیست کمک کنه» (زن، شرکت کننده ۷،۷۰ ساله)

۲-۱ - ترس از ناتوانی جسمی

بسیاری از سالمندان از ناتوانی جسمی می ترسیدند. ترس از ناتوانی جسمی گاهی اوقات ناشی از عدم آگاهی آنها بوده است که سکنه قلبی ممکن است منجر به فلج اندام شود. در این باره یکی از شرکت کنندگان اظهار داشت:

« وقتی که سکنه کردم ، دقیقا یه آدم سالمی بودم ولی اطمینان برگشتن به خودم نداشتم ، واقعیتش . وقتی منو رسوندن بیمارستان ، به بچه هام گفتم دست من تکان بدید

، ببینم دستام فلج نشده فکر می کردم دستامو نتونم تگون بدم» (زن، شرکت کننده ۱۱،۶۶ ساله).

۳-۱ - ترس از وابسته شدن به دیگران

بسیاری از سالمندان با وجود سن بالا ، استقلال فردی، مراقبت از خود را یک ارزش در زندگی خود می دانستند و از وابسته شدن به دیگران می ترسیدند. صحبت های سالمند زیر مبین نگرانی و ترس وی از سربار شدن دیگران می باشد:

« گفتم خدایا توانم از من نگیر که بخوام مزاحمتی درست بکنم ، توانی داشته باشم که نخواد دیگران زیر بغل منو بگیرن ، که بگه کمکت بکنم ، می گم خدایا همیشه منو سربار دیگران نکن ، یعنی کسی نیاد زیر بغل منو بگیره ، که بگه این نمی میره که ما راحت بشیم» (مرد، شرکت کننده ۱۷،۷۸ ساله)

سالمند دیگری نیز در باره اهمیت عدم وابستگی به دیگران اظهار داشت:

«همیشه می گم خدایا اگه قراره زنده باشم ، حداقل روی پای خودم و ایسم، بتونم کارمو خودم انجام بدم، والا، آدم اگه زمین گیر بشه، محتاج این و آن بشه به هیچ دردی نمی خوره» (زن، شرکت کننده ۱۲،۶۹ ساله)

۲ - زندگی با محدودیت

این مضمون نشان دهنده محدودیت هایی بوده است که سالمندان در زندگی خود تجربه کرده بودند. علاوه بر محدودیت های ناشی از سالمندی ، سکنه قلبی باعث تغییر روند روزمره زندگی سالمندان و ایجاد محدودیت هایی شده است که آنها را می توان به طبقات زیر تقسیم کرد.

۱-۲ - احساس بی قدرتی جسمانی: این زیر درونمایه

شامل تجارب سالمندان در باره کاهش یا از دست دادن توانایی جسمی جهت انجام فعالیت ها می باشد. توانایی سالمند در انجام فعالیت ها با احساس رضایت و توانمندی همراه بوده است و فقدان آن با احساس ضعیف و ناتوانی همراه بود. یکی از سالمندان گفت:

قبلا» خیلی کار می کردم ، اگه یکساعت بیکار می شم ناراحت می شم ، الان ناراحت می شم اما نمی تونم ، آن همه کار و جنب و جوش که قبلا» می کردم ، الان یک دهم آنها

تنش هایی را نیز بدنبال داشته است. یکی از شرکت کنندگان در این باره اظهار داشت :

« زندگی سخته. اینکه من حرف، شوهرم، بچه ها را انجام بدم خیلی سخته ، به من می گن باید این کارو بکنی ، این کارو نکنی، این چیزو بخوری ، اونو نخوری» (زن، شرکت کننده ۶،۶۸ ساله).

۳ - بازگشت به زندگی فعال

این مضمون شامل راهبردهای سالمندان به منظور بازگشت به زندگی طبیعی می باشد. سالمندان علی رغم تنش ها و محدودیت های پس از سکتة قلبی ، زندگی بدون وابستگی به دیگران را یکی از اهداف مهم مقابله با بیماری می دانستند.

۱-۳ - تفکر مثبت

یکی از راهبردی های سالمندان در مواجهه با بیماری اجتناب از تفکر منفی در رابطه با بیماری بوده است. عدم تفکر منفی در باره بیماری ، بازگشت به زندگی طبیعی را در آنها تسهیل نموده است. یکی از سالمندان در این باره اظهار داشت:

« فکر کردن به بیماری آدمو از پا در میاره ، باید باش ساخت، آدم نباید بگه من دیگه بدبخت شدم ، شاید فردا خوش بخت بشم ، فکر بد نباید کرد ، همیشه باید فکر اینو بکنی که فردا بهتره » (مرد، شرکت کننده ۱۷،۷۸ ساله)

تفکر منفی در رابطه با بیماری نیز ممکن است حس بیمار بودن یا ناتوانی قلبی را در سالمند تقویت نماید که خود منجر به عدم یا تاخیر در بازگشت به زندگی طبیعی شود. در حالیکه حفظ روحیه ، داشتن اراده و مصمم بودن باعث تسهیل بازگشت به زندگی روزمره می شود. بیانات سالمند زیر بیانگر این نکته است:

« روحیه ام را از دست ندادم ، فکر نمی کنم که به آدم مریض و ذلیل و علیل هستم ، باید بیافتم توی یه گوشه خونه یواش یواش یکی بیاد دستمو بگیره» (مرد، شرکت کننده ۱۸،۶۷ ساله)

۲-۳ - خود اتکایی

بسیاری از سالمندان ، اتکاء به توانایی های فردی را عامل مهمی جهت انجام فعالیتهای زندگی می دانستند. پذیرش مسولیت های قلبی، عدم وابستگی به دیگران از

را نمی تونم بکنم، قبلا» ده تا چیز رایک دستی برمی داشتم اما الان یه دونشه با دو دستی هم نمی تونم بردارم. آدم که دیگه مثل قبلی اش نیست ، آدم که پیر میشه ، یواش یواش رفتنی هستیم» (مرد، شرکت کننده ۱۶،۷۰ ساله)

۲-۲ - علائم جسمانی: علائم جسمانی از جمله احساس خستگی، درد سینه، تنگی نفس، و درد زانو باعث محدودیت فعالیت در سالمندان شده بود. در این باره یکی از شرکت کنندگان بیان داشت:

« الان توانم کمتر شده ، زود خسته می شم ، کارهای روزمره توی خونه را که قبلا» می کردم الان که می کنم زودتر خسته می شم ، بعد از مریضی این حالت دارم ، زود خسته می شم فکر می کنم اون انرژی قبلی راندارم» (مرد، شرکت کننده ۱۷،۷۸ ساله)

علاوه بر این، علائم جسمی نیز ارتباطات و تعاملات اجتماعی سالمندان را محدود کرده بود و حتی در بعضی از آنها افسردگی را در پی داشته است. یکی از سالمندان در این باره اظهار داشت:

« خیلی زود احساس خستگی می کنم ، به همین خاطر حوصله ندارم جای بروم، اینکه دلم مطمئن باشه که بیرون بروم نیست، حاضرم که حتی مغازه ها را هم نبینم... سعی می کنم توی مراسم ها و عروسی ها و جشن ها بروم.» (زن، شرکت کننده ۶،۶۸ ساله)

۳-۲ - تمکین از دستورات/خانواده: بسیاری از سالمندان با وجود اینکه تمکین از دستورات درمانی و کنار آمدن با بیماری و پیامدهای آن را یک ضرورت می دانستند، اما از آن نیز به عنوان محدودیت یاد کرده اند. در این باره یکی از شرکت کنندگان بیان داشت:

« من تا قبل از مریضی ام یه دونه قرص نمی خوردم ، دوا و دارو و دکتر اصلا» بدم می آورد، الان مجبورم روزی چند بار چند تا قرصو باهم بخورم، دکتر نمی رفتم اما الان مجبورم. دکتر که می گه اینو بکن اونو نکن، اینو بخور اونو نخور، بایستی بخورم ، آدم وقتی مریض میشه دیگه مجبور میشه» (مرد، شرکت کننده ۱۶،۷۰ ساله).

گاهی اوقات مراقبت های افراطی اعضای خانواده باعث احساس محدودیت در زندگی سالمندان شده است و حتی

مطالعه حاضر می باشد که بسیاری از سالمندان آن را تجربه کرده بودند. اگرچه ترس، اضطراب، احساس عدم امنیت، عدم اطمینان به حال و آینده از جمله واکنش های سالمندان بودند که در سایر بیماران سکنه قلبی نیز گزارش شده اند [۲۳، ۲۴، ۲۵]. اما بیماران سالمند با توجه به فرایند و اثرات پیری، تنش های بیشتری را متحمل می شدند. Hilding و همکاران تجارب بهبودی ۱۶ زن و مرد (۷۷-۴۵ سال) از سکنه قلبی را مورد مطالعه قرار دادند. مطالعه آنها نشان داده است که ترس عامل محدود کننده زندگی روزانه بیماران بوده است. ترس از مرگ در هنگام خواب، ترس از درد در هنگام بیرون رفتن بر جنبه های مختلف زندگی و فعالیت های روزمره آنها تاثیر داشته است [۲۶]. سکنه قلبی سالمندانی را که تنها زندگی می کنند و یا فاقد فرد مراقبت کننده در منزل هستند، با چالش های بیشتری مواجه می سازد که با مطالعات مشابه مطابقت دارد [۲۶، ۲۷].

یافته های مطالعه حاضر نشان می دهد که سالمندان با محدودیت های ناشی از کاهش توان جسمی، بروز یا تشدید علائم و نشانه های جسمی، دستورات طبی، و مراقبت های افراطی خانواده مواجه بودند. در مطالعه حاضر ضعف و خستگی از جمله شکایت شایع بیماران بود که می تواند مانع از سرگیری فعالیت ها شود [۲۸]. مراقبت های افراطی و حمایت های بیش از ممکن است باعث تاخیر در از سرگیری فعالیت ها و حتی تقویت حس بیمار ناتوان قلبی در سالمندان شود که با مطالعات مشابه مطابقت دارد [۲۸، ۲۹]. همچنین حمایت افراطی خانواده ممکن است باعث احساس تحت کنترل بودن و حتی در بعضی از مواقع منجر به ایجاد تنش بین بیمار و اعضای خانواده می شود [۳۰].

علی رغم تنش ها و محدودیت هایی که سالمندان پس از سکنه قلبی تجربه کرده بودند، اتخاذ رویکرد مناسب و مثبت را شیوه کاهش پیامدهای بیماری و بازگشت به زندگی قبل از بیماری می دانستند. بازگشت به زندگی قبلی مستلزم حفظ توانایی و پتانسیل های فعلی با وجود محدودیت های موجود می باشد. خود اتکایی و خود مراقبتی که هسته اصلی فرایند بهبودی از بیماری را تشکیل می دهد، به معنای تصمیم گیری و مشارکت سالمند در فعالیت های خود مراقبتی، پذیرش

احساس ناتوانی جسمی و ناتوانی قلبی در فرد جلوگیری می نماید. خود کنترلی و خود مراقبتی، احساس خود کارآمدی و حفظ اعتماد به نفس باعث تسهیل بازگشت به زندگی روزانه می شود. بیانات یکی از سالمندان مویید این نکته است:

«کار خودمو خودم انجام میدم، آگه بخوری بخوابی خودش مریضیه، پیاده روی می کنم، خریدم می کنم، پخت و پزم می کنم، همه کارم خودم انجام میدم، آگه آدم بخواد شل بازی در بیاره، خودش زمینه بزنه، خودش یکنوع مریضی است، آگه بگم آه قلبم درد می کنه بگیرم بخوابم این عادت میشه، یواش، یواش، رفته رفته زمین گیر میشه» (زن، شرکت کننده ۱۲، ۶۹ ساله)

جدول شماره ۲: طبقات اصلی و زیر طبقات

زیر طبقات	طبقه اصلی
ترس از مرگ/سکنه مجدد	زندگی در سایه ترس
ترس از ناتوانی جسمی	
ترس از وابسته شدن به دیگران	
بی قدرتی جسمانی	زندگی با محدودیت
علائم جسمانی	
تمکین از دستورات/خانواده	
تفکر مثبت	بازگشت به زندگی فعال
خوداتکایی	

بحث

این مقاله، اولین گزارش کیفی از تجارب سالمندان مبتلا به سکنه قلبی می باشد. تجربه بیماری یک مفهوم چند بعدی است که متاثر از فرایند بیماری و ویژگی های فردی می باشد [۲۱]. زندگی با سکنه قلبی نشان دهنده افکار، احساسات و رفتارهای سالمندان در پاسخ به تغییرات جسمی، روانشناختی، عاطفی، و اجتماعی ناشی از بیماری می باشد. سالمندان سکنه قلبی را تهدید بالقوه حیات، هویت فردی می دانستند و راهبردهای مختلفی جهت تداوم زندگی فردی و اجتماعی با وجود ناشی از بیماری استفاده بکار می بردند. سازگاری موفقیت آمیز بستگی به توانایی فرد در تطابق با تغییرات و نوع راهبرد های مقابله ای دارد [۲۲].

زندگی در سایه ترس یکی از درونمایه های اصلی

سکتة قلبی ممکن است زندگی سالمندان را با محدودیت هایی مواجه سازد که با هویت زندگی قبلی آنها ناسازگار باشد. مقابله موثر با بیماری و محدودیت های ناشی از آن مستلزم انتخاب راهبرد های مناسب از سوی سالمندان، آموزش و حمایت اجتماعی به منظور تسهیل بازگشت به زندگی رضایت بخش می باشد.

تقدیر و تشکر

از کلیه سالمندان مبتلا به سکتة قلبی که در این پژوهش شرکت کرده اند، همچنین از اساتید محترمی که در فرایند کدگذاری و اصلاح کدها ما را یاری نمودند، صمیمانه تقدیر و تشکر می شود. پژوهشگران بر خود لازم می دانند از حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی جهت انجام این مطالعه تشکر نمایند.

و ایجاد تغییر در شیوه زندگی است [۳۱،۳۲]. بیماران که خود کنترلی را عامل مهم اداره بیماری می دانستند، نسبت به افرادی که به کنترل بیرونی و سایر افراد وابسته بودند، زودتر به فعالیت های روزمره زندگی باز می گردند. بازگشت به زندگی فعال، مستلزم حفظ استقلال و کاهش وابستگی به دیگران می باشد. آنچه را که از این یافته می توان استنباط کرد این است که آموزش سالمندان مبتلا به سکتة قلبی بایستی بر اساس وضعیت سالمند و نیازهای فردی وی باشد. بعضی از سالمندان به حمایت اجتماعی و خانوادگی بیشتر و مدت زمان طولانی تری جهت از سرگیری فعالیت های روزمره زندگی دارند، در حالیکه بعضی از آنها به زمان و حمایت کمتری نیاز دارند. همچنین شناسایی باور هایی که سالمندان در باره بیماری، پیامدهای آن دارند، بر بازگشت به فعالیت های روزانه و کنترل مجدد زندگی تاثیر دارد. علاوه بر آموزش فردی مبتنی بر نیاز سالمند، باید به نیازهای های آموزشی همسران سالمند مبتلا به بیماری کرونر قلبی و سایر اعضای خانواده که مسئولیت مراقبت از سالمند را بعهدہ دارند، نیز توجه کرد.

اگرچه یافته های مطالعه حاضر منجر به آگاهی و شناخت مشکلات سالمندان مبتلا به بیماری کرونر قلبی می شود در برنامه ریزی برنامه های نوتوانی قلبی به منظور تسهیل سازگاری روانی اجتماعی سالمندان با بیماری کمک کننده خواهد بود، تایید نتایج آن نیازمند مطالعات کیفی و کمی بیشتری در این راستا می باشد. بیماری کرونر قلبی یکی از مشکلات مهم در سالمندان می باشد، پژوهش های دیگری در گروه های با وضعیت اجتماعی و اقتصادی مختلف، شناخت تجارب و تفاوت اثرات بیماری در میان زنان و مردان سالمند و نیز سالمندانی که به طور همزمان به بیمارهای مزمن مبتلا هستند، نیاز می باشد.

نتیجه گیری

بر اساس یافته های پژوهش می توان نتیجه گرفت که ابتلا به سکتة قلبی، زندگی سالمندان را با چالش ها و تهدید های جدی مواجه می سازد که ممکن است تداوم یابند و باعث اختلال در زندگی روزمره آنها گردد. علاوه بر این

REFERENCES

فهرست منابع

- Myocardial infarction survivors: Age and gender differences in physical health, psychosocial state and regimen adherence. *Journal of Advanced Nursing*, 1991; 16(9):1026-1034.
12. Lesperance F, Frasure-Smith N, Talajic M. Major depression before and after myocardial infarction: Its nature and consequences. *Psychosomatic Medicine*, 1996; 58(2): 99-110.
13. Strik Jacqueline JMH, Lousberg R, Cheriex E, Honig A. One year cumulative incidence of depression following myocardial infarction and impact on cardiac outcome. *Journal of Psychosomatic Research*, 2004; 56(1): 596-66.
14. Ayanian JZ, Epstein AM. Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease. *The New England Journal of Medicine*, 1991; 325(4): 2215-.
15. Kristofferzon M.L, Lofmark R, Carlsson M. Perceived coping, social support, and quality of life 1 month after myocardial infarction: A comparison between Swedish women and men. *Heart and Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 2005; 34(1): 395-.
16. Berkman LF, Leo-Summers L, Horwitz RI. Emotional support and survival after myocardial infarction: A prospective, population-based study of the elderly. *Annals of Internal Medicine*, 1992; 117(12): 1003-.
17. Clark AM, Curzio J, Lindsay GM, Fleming VEM, McIntosh J. Exploring patients' perspectives of coronary heart disease: Discerning methods and a review of the qualitative literature. *Coronary Health Care*, 1998; 2(3): 118-128.
18. Johansson A Dahlberg K, Ekebergh M. Living with experiences following a myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2003; 2(3): 229-236.
1. Emslie C. Women, men and coronary heart disease: A review of the qualitative Literature. *Journal of Advanced Nursing*, 2005; 51(4): 382-345.
2. Reddy KS, Yusuf S. Emerging epidemic of cardiovascular disease in the developing countries. *Circulation*, 1998; 97(6): 596-601.
3. Chinikar M, Maddah M, Hoda S. Coronary artery disease in Iranian overweight women. *International Journal of Cardiology*, 2006; 113(3): 391-394.
۴. حاجیان ک، جلالی ف. الگوی سن تغییرات ده ساله سن ابتلا به انفارکتوس حاد میوکارد در بستری شدگان بیمارستان شهید بهشتی بابل ۱۳۸۰-۱۳۷۱. *مجله دانشگاه علوم پزشکی بیرجند* ۱۳۸۴. ۱۱(۴): ۱۶-
5. Murphy JF, Hepworth JT. Age and gender differences in health services utilization. *Research in Nursing and Health*, 1996; 19(4): 323-.
6. Kristofferzon ML, Loffmark R, Carlsson M. Myocardial infarction: Gender differences in coping and social support. *Journal of Advanced Nursing*, 2003; 44(4), 360-374.
7. Hawthorne MH. Using the trajectory framework: Reconceptualizing cardiac illness. *Scholarly Inquiry of Nursing Practice: An International Journal*, 1991; 5(3): 185-195-.
8. Svedlund M, Danielson E, Norberg A. Women's narrative during the acute phase of myocardial infarction. *Journal of advanced Nursing*, 2001; 35(2): 197-205-
9. Thomas J, Braus P. Coronary artery disease in women: A historical perspective. *Archives of Internal Medicine*, 1998; 158(4): 333-337-.
10. Young RF, Kahana E. Gender, recovery from late life heart attack, and medical care. *Women and Health*, 1993; 20(1): 113-.
11. Conn VS, Taylor SG, Abele PB.

REFERENCES

فهرست منابع

- Heart Lung: The Journal of Acute and Critical Care, 2002; 31(5): 355-67.
29. Wang W, Thompson DR, Chair SY, Twinn SF. Chinese couples' experiences during convalescence from a first heart attack: A focus group study. *Journal of Advanced Nursing*. 2008; 61(3): 307-315.
30. 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): 351-360.
31. Bergman E, Bertero C. Grasp life again: A qualitative study of the motive power in myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2003; 2(4): 303-31.
32. Brink E, Karlson BW, Hallberg LRM. Readjustment 5 after a first-time myocardial infarction: Reorienting the active self. *Journal of Advanced Nursing*, 2006; 53(4): 403-411.
19. Strauss, A., Corbin, J.. *Basics of Qualitative Research*. 1998. 2nd edition. Thousand Oaks, Sage Publication. 1998. pp: 101-140.
20. Streubert H, J, Carpenter CR. *Qualitative Research in Nursing*. 4th edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 1999. P. 282-9.
21. Harden J, Schafenacker A, Northouse L, Mood D, Smith D, Pienta K, Hussain M, Baranowski K. Couples' experiences with prostate cancer: Focus group research. *Oncology Nursing Forum*, 2002; 29(4): 701-709.
22. Sutherland B, Jensen L. Living with change: Elderly women's perceptions of having a myocardial infarction. *Qualitative Health Research*, 2000; 10(5): 661-76.
23. Miklaucich M. Limitation of life: Women's lived experiences of angina. *Journal of Advanced Nursing*, 1998; 28(6): 1207-1215.
24. Winters C.A. Living with chronic heart disease: A pilot study. *The Qualitative Report*, 1997 3(4). Available : <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR34-/winters.html> [On-line].
25. White J, Hunter M, Holtum S. How do women experience myocardial infarction? A qualitative exploration of illness perceptions, adjustment and coping. *Psychology, Health and Medicine*, 2007; 12(3): 278 - 288.
26. Hildingh C, Fridlund B, Lidell E. Access to the world after myocardial infarction: Experiences of the recovery. *Rehabilitation Nursing*. 2006; 31(2): 63-96.
27. Condon C, McCarthy G. Lifestyle changes following acute myocardial infarction: Patients perspectives. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2006; 5(1): 37 - 44.
28. Kerr EE, Fothergill-Bourbonnais F. The recovery mosaic: Older women's lived experiences after a myocardial infarction,