نشریه پرستاری قلب و عروق
دوره اول ، شماره ۴ ، زمستان ۱۳۹۱

Cardiovascular Nursing Journal
1(4), Winter 2012

www.journal .icns.org.ir

مقاله مـــروری

مشکلات بیماران مبتلا به اختلال عروق کرونر: یک مطالعه مروری

حسین کریمی مونقی [۱]، دکترای پرستاری
*محمد مجلی [۲]، دانشجوی دکترای پرستاری

خلاصه

هدف. هدف این مطالعه مروری، توصیف مشکلات روانی اجتماعی بیماران مبتلا به اختلالات عروق کرونر برای تعیین راهبردهای پیشگیری و مقابله با آنها است.

زمینه. شیوع بیماری های قلب و عروق در بین مردم کشورهای صنعتی و در حال توسعه در حال افزایش است. نگاهی به آمار سازمان بهداشت جهانی نشان می دهد بیماری های قلبی عروقی در سـطح جهانی درصد زیادی از موارد مرگ و میر را به خود اختصاص می دهد. در بین بیماری های قلب و عروق شایعترین آنها اختلالات عروق کرونر است که باعث بروز مشکلاتی برای مردم و نگرانی هایی در جامعه گردیده است. علی رغم وجود این مشکلات، به آنها کمتر توجه شده است.

روش کار. این بررسی با استفاده از جستجوی منظم مطالعات مربوط در ۲۰ سـال اخیر با استفاده در بانک های اطلاعاتی OVID، GOOGLE SCHOLAR، SCIENCE DIRECT، PROQUEST، و EBSCO بـا کلیدواژه های Coronary Artery Problems، Disease و Patients و در بانک های اطلاعاتی MAGIRAN، SID و IRAN MEDEX با کلیدواژه های مشکلات، بیماران و اختلال عروق کرونر و واژه های مرتبط جستجو انجام گردید. با توجه به هدف پژوهش که توصیف مشکلات روانی اجتماعی بیماران متعاقب اختلال عروق کرونر بود مشکلات جسمی بیماران حذف گردید.

یافته ها. حدود ۷۰ مقاله انگلیسـی و ۲۰ مقاله فارسی یافت گردید که مضمون آنها در رابطه با مشـکلات روانی اجتماعی متعاقب اختلالات عروق کرونر بود. با مطالعه مضمون مقالات، مشکلات بیماران در سـه طبقه کلی دسته بندی گردید: ۱) نیازهای آموزشی بیماران مبتلا به اختلال عروق کرونر، ۲) پیامدهای روانی اجتماعی اختلال عروق کرونر، و ۳) پیامدهای متفاوت اختلال عروق کرونر در جنس زن و مرد.

نتیجه گیری. از آنجایی که قلب عضو حساس بدن است، هر گونه اختلال در آن برای مبتلایان معادل تهدید هویت آنها می باشد و تاثیر روانی اجتماعی بیماری از اثرات جسمی آن بیشتر است. بنابراین، لزوم اطلاع رسانی به بیماران راجع به ماهیت بیماری و علل ایجاد کننده آن، چگونگی پیشگیری ثانویه و چگونگی بازتوانی برای بازگشت به کار و زندگی معمولی ضروری است. همچنین، لزوم مراقبت پی گیر برای مراقبت از خود از اهمیت به سزایی برخوردار است. این کار مهم با ایجاد کلینیک های پیشگیری ثانویه جامعه محور امکان پذیر می باشد. توجه ویژه به مشکلات زنان مبتلا به اختلال عروق کرونر ضروری است.

واژه های کلیدی: مشکلات، بیماران، اختلال عروق کرونر

۱- دانشیار، گروه پرستاری و مامایی دانشکده پرستاری مشهد، گروه آموزش پزشکی دانشکده پزشکی مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲- دانشـجوی دکتـری پرسـتاری ، دانشـکده پرسـتاری و مامایـی، دانشـگاه علـوم پزشـکی مشـهد، مشـهد، ایـران (*نویسـنده مسـئول)،
پست الکترونیک: mums.ac.ir@mojallim871

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

مقدمه

امروزه بیماری های قلبی عروقی به دلیل زندگی ماشینی، پیشرفت فن آوری، تراکم جمعیت در مناطق شهری، تغییر شیوه زندگی و گرایش افراد به عادات نامناسب شیوع گسترده ای پیدا کرده اند (واحدیان عظیمی، ۲۰۰۹). اختلالات عروق کرونر از علل مهم مرگ و میر در ایالات متحده امریکا می باشد. تخمین زده می شود ســـالانه یک میلیون و دویست و پنجاه هزار انفارکتوس میوکارد رخ می دهد که با پنجاه هزار مورد مرگ و میر همراه است. مرگ سالانه ناشی از انفارکتوس میوکارد در کل جهان چهار میلیون نفر می باشد (وودز و همکاران، ۲۰۰۵). بررسی ها نشان می‌دهد اولین علت مرگ‌ومیر در کشور ایران، بیماری‌های قلبی و عروقی است، به طوری که روزانه ۳۷۸ مورد مرگ در ایران بر اثر بیماری‌های قلبی رخ می‌دهد. در مجموع می‌توان گفت ۳۹/۳ درصد مرگ‌ها در کشور بر اثر بیماری‌های قلبی و عروقی است و این بیماری‌ها از نظر بار بیماری، رده سوم را در کشور به خود اختصاص داده است. نکته مهم این است که ۸۰ درصد مرگ‌های زودرس، ناشی از بیماری‌های قلبی قابل پیشگیری است (شریفی، ۲۰۱۱).

بیماری های عروق کرونر موجب بروز مشکلاتی برای مردم و بروز نگرانی هایی در جامعه می گردد. غیبت از کار به علت بیماری، هزینه های بالای روش های جراحی، و داروها و ناتوانی بیماران فشارهایی بر منابع موجود در جامعه تحمیل می کند که پیشگیری از اختلالات عروق کرونر می تواند این ضرردهی را به میزان قابل توجهی کاهش دهد (روحانی، ۱۹۹۷). معمولا در آموزش کادر بهداشتی درمانی درباره مواجهه با افرادی که از حمله قلبی رنج می برند، صرفا به فرآیندهای درمان و پاتولوژی بیماری اهمیت داده می شود و بر واکنش های روانی و پیامدهای اجتماعی بیماری تاکید نمی شود. علی رغم اینکه شواهد نشان می دهد کیفیت زندگی در درازمدت، به طور قابل ملاحظه ای به واکنش های روانی و چگونگی مدیریت آنها در سیر مراقبت های پزشکی بستگی دارد، عوامل روانی مثل واکنش های فردی و دسترسی به خدمات حمایتی مورد غفلت قرار گرفته است (تامپسون و همکاران، ۱۹۹۵).

شواهد نشان می دهند که متعاقب اختلال عروق کرونر، چالش هایی نظیر پذیرش مجدد بیماران، اشغال تخت های بیمارستانی، تحمل هزینه های گزاف و ایجاد دیگر مشکلات وجود دارد (مجلی و همکاران، ۱۹۹۷). بر همین اساس، هدف این پژوهش، بررسی مشکلات بیماران مبتلا به اختلالات عروق کرونر در قالب مطالعه مروری اســـت تا بتواند راهبردهای پیشگیری یا مقابله با این مشکلات را ارائه نماید.

مواد و روش ها

این بررسی از طریق جستجوی منظم مطالعات مربوط در ۲۰ سال اخیر در بانک های اطلاعاتی OVID، PROQUEST، SCIENCE DIRECT، GOOGLE SCHOLAR، و EBSCO با کلیدواژه های Coronary Artery Disease، Problems و Patients و در بانک های اطلاعاتی MAGIRAN، SID و IRAN MEDEX با کلیدواژه های مشکلات، بیماران و اختلال عروق کرونر و واژه های مرتبط جستجو انجام گردید. با توجه به هدف پژوهش که توصیف مشکلات روانی اجتماعی بیماران متعاقب اختلال عروق کرونر بود مشکلات جسمی بیماران حذف گردید.

یافته ها

مشکلات آموزشی بیماران مبتلا به اختلالات عروق کرونر. نصیری و همکاران (۲۰۰۷) اظهار داشته اند که بیماران در زمینه بیماری، رژیم غذایی، دارویی و فعالیت نیاز به آموزش دارند. همچنیـــن، تغییراتی در زمینه های مختلف زندگی بیماران از قبیل کار در منزل، زندگی اجتماعی، تفریح و گذراندن تعطیلات ایجاد می شود. نویسندگان بر برگزاری برنامه های آموزش بیمار توسط پرستاران تاکید نموده اند. همچنین، در مطالعه مجلی و همکاران (۱۹۹۷) بیماران در مورد بیماری شـــان آگاهی نداشتند و از اهمیت کنترل عوامل خطرساز مثل چربی و قند خون غفلت داشتند و به کار و زندگی معمولی بر نگشته بودند. در مطالعه لیندزی و همکاران (۲۰۰۰) نیاز به اطلاع رسانی درباره خطرات و فواید مداخلات (به ویژه مشاوره قبل، حین و بعد از عمل جراحی) مورد تاکید قرار گرفته است. کارنر و همکاران (۲۰۰۳) نیز یادآور شده اند که باید در آموزش بیماران به دانش قبلی آنان درباره بیماری توجه نمود و این که آموزش باید کاربردی باشد.

مشکلات روانی اجتماعی بیماران مبتلا به اختلالات عروق کرونر. فرانسیس و آلپرت (۱۹۹۰) بیان می دارند که اختلال روانی در بعضی بیماران به حدی است که مداخله روانی در بخش مراقبت ویژه را ضروری می ســـازد. بنابراین، مداخلات روانی با تاکید بر اضطراب و افسردگی باید در بخش به طور اولیه شروع گردد. وقوع انفارکتوس میوکارد یک بحران جدی زندگی است که اغلب، زندگی بیماران و خانواده شان را به طور قابل توجهی تغییر می دهد. به علت اینکه قبل از تشخیص انفارکتوس میوکارد، معمولا بیشتر بیماران فعال هستند و وضعیت سلامت خوب دارند، این رخداد به طور ناگهانی مسایل مربوط به مرگ و ناتوانی طولانی مدت را مطرح می کند. در چنین بحرانی، بروز واکنش های عاطفی همچون اضطراب، ناامیدی، وابســـتگی و انکار مورد انتظار هستند. اختلال جنسی متعاقب انفارکتوس میوکارد شایع اســـت و وقوع آن در بعضی مواقع بیش از ۵۰ درصد بیماران را دچار می سازد. دلایل اختلال جنسی، ترس

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

از ایجاد انفارکتوس مجدد در طی مقاربت، ترس از استرس زا بودن فعالیت جنسی و نگرانی همسر بیمار است که ممکن است اعتماد به نفس بیمار را کاهش دهد (فرانسیس و آلپرت، ۱۹۹۰). ماسون و دیویس (۱۹۸۷) نیز عنوان کرده اند که انفارکتوس میوکاد حاد، احساسات عمیقی را تحت تاثیر قرار می دهد که ممکن است برای بیمار کاملا ناشناخته و حتی بیگانه باشد. شخص ممکن است دچار ترس شدید شود یا از فکر درباره مرگ وحشت داشته باشد.

مشکلات متفاوت زنان و مردان مبتلا به اختلال عروق کرونر. در مطالعه واکارینو (۲۰۰۳) زنان در مقایسه با مردان بعد از عمل جراحی بای پس عروق کرونر مشکلات بیشتری داشتند؛ علایم افسردگی بیشتر داشتند؛ و پذیرش مجدد و عوارض جانبی نیز در آنان بیشتر بود. در مطالعه مور (۱۹۹۵) مردان مواردی نظیر خستگی، ناراحتی محل برش جراحی، و علایم عاطفی منفی را گزارش کردند، در حالی که زنان، بیشتر، بی حسی و ناراحتی پستان ها را گزارش کردند. مسائل بهبودی، بیشتر در رابطه با شرایط ا جتماعی بود. زنان، مسن تر، غیر شاغل و مجرد بودند و بیشتر درباره مراقبت در طی بهبودی در خانه نگران بودند، در حالی که اضطراب مردان بیشتر روی مسائل طولانی مدت در رابطه با برگشت به کار و فعالیت ها بود. در مطالعه دیویدسون و همکاران (۲۰۰۳) که تجربه های توصیف شده، ادراکات و پاسخ های روانی و نیازهای بازتوانی و حمایتی زنان مسن بررسی شد، زنان علایم متفاوتی نسبت به مردان داشتند. درون مایه های کلیدی حاصل از مرور ادبیات نشان داد که زنان: ۱) بیشتر در خطر روانی اجتماعی قرار دارند، ۲) نیاز به برنامه ویژه بازتوانی دارند، ۳) درک متفاوتی از خطر دارند، و ۴) نیاز بیشتری به حمایت آموزشی و اجتماعی دارند. آرنستین (۱۹۹۶) نیز استرسورهایی همچون محدودیت درآمد و از دست دادن همسر را در زنان گزارش کرده اند.

بحث

لزوم نیاز سنجی، آموزش و بازتوانی بیماران. آموزش بیمار باید به عنوان یک فرهنگ سازمانی در مراکز درمانی نهادینه شود. در مطالعه اشقلی فراهانی و همکاران (۲۰۰۹) نیز که مدلی را برای آموزش به بیمار معرفی نموده اند عنوان شده است که با توجه به اثربخشی و قابل اجرا بودن الگوی بهینه سازی فرهنگ سازمانی آموزش بیمار، به کارگیری این مدل موجب انگیزش و تغییر رفتار پرستاران در جهت جدی گرفتن امر آموزش بیمار و تعهد و مسئولیت پذیری بیشتر آنها نسبت به این مسئولیت مهم گردیده است. از موارد دیگر، لزوم توجه به چشم انداز و تجربه بیمار نسبت به بیماری است. در این زمینه، کاندون و مک کارتی (۲۰۰۶) تاکید می کنند که باید نسبت به واقعیت های تجربه بیماران راجع به تغییر نحوه زندگی، به ویژه در ارتباط با توقف سیگار و مدیریت استرس بینش پیدا کرد. همچنین، نیاز به توسعه خدمات مراقبت اولیه و برنامه های حمایتی بازتوانی احساس می شود و برای کاهش ترس و اضطراب خانواده ها نیز باید اطلاعاتی فراهم گردد.

بر اساس مطالعه برگمن و برترو (۲۰۰۱) بیماران ممکن است درمان طبی را راحت بپذیرند، اما تغییر در شیوه زندگی را کمتر می پذیرند. با تعیین پیش نیازها، مشکلات و ویژگی های افراد می توان میزان پذیرش آنان را بررسی نمود. پرستاران نقش مهمی در حمایت این بیماران دارند، چون بیشتر از پزشکان در دسترس هستند. پرستاران همچنین باید برای توانمند شدن بیماران با یکدیگر همکاری کنند تا بیماران شیوه زندگی خود را تغییر دهند و از خود مراقبت نمایند. در متون، بر برنامه های بازتوانی نیز تاکید می شود. در این زمینه اکونور (۱۹۹۵) می نویسد، برنامه های بازتوانی قلبی فرصتی ایده ال در شرایط کنترل شده برای بعضی حمایت ها و آموزش ها فراهم می آورد. اغلب، در دوران بهبودی است که ترس ها و عدم اطمینان ها تظاهر می کنند. افراد حساس و زودرنج می شوند و درباره میزان فعالیت هایی که باید از سر گیرند و درباره علایم، نگرانی دارند. اغلب، همسران بیشتر از خود بیماران، نگران هستند.

تاکید بر خودمراقبتی و مراقبت پیگیر. از آنجایی که اختلال عروق کرونر به عنوان یک اختلال مزمن محسوب می شود لازم است بیمار، خود مسئولیت مراقبت از خود را بر عهده بگیرد و به سوی عدم وابستگی حرکت کند و مراقبت از خود را پیگیری نماید. فولر و شایر-آیر (۱۹۹۰) نیز اظهار می دارند خودمراقبتی ارتباط نزدیکی با بازتوانی دارد و فرایندی شامل ارتقاء و پیشرفت شخص به سوی عدم وابستگی است. بازتوانی معمولا در مجموعه های مراقبت بهداشتی حاد مثل بیمارستان شروع می شود و بعد از ترخیص ادامه می یابد. چیتی (۱۹۹۷) بیان می کند امروزه مدل خودمراقبتی اورم به طور گسترده ای در آموزش پرستاری و پرستاری بالینی استفاده می شود و برای بررسی و تحلیل جامع مددجویان مفید است. همچنین، برای پرستارانی که در بیمارستان ها یا مجموعه های دیگر با بیماران مزمن کار می کنند سودمند است و می تواند به منظور حفظ سلامتی و همچنین، پیشگیری اولیه، ثانویه و ثالثیه استفاده شود. با توجه به اهمیت پیشگیری ثانویه و کنترل اختلال عروق کرونر، احمدی و همکاران (۲۰۰۲) با انجام یک مطالعه کیفی اقدام به طراحی مدل مراقبت پیگیر برای کنترل اختلال عروق کرونر نمودند که دارای مراحل آشناسازی، حساس سازی، کنترل و ارزشیابی می باشد و به منظور کنترل و کاهش عوارض بیماری و افزایش کیفیت زندگی مددجویان کرونری اجرا می گردد. واتسون (۲۰۰۷) تاکید می کند که پرستاران نقشی اصلی به عنوان ارتقاء دهنده سلامت، انگیزه دهنده و حمایت کننده بیمار برای تغییر شیوه زندگی بازی می کنند. امروزه در رویکرد بیمار محور، میزان مهارت ارتباطی و بین فردی پرستار برای انجام موثر تغییر با تاکید بر توانمند شدن و انگیزش بیماران برای تغییر رفتار مورد توجه است.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

ایجاد کلینیک های پیشگیری ثانویه. با توجه با اهمیت پیشگیری ثانویه لازم است کلینیک هایی برای این منظور در سطح جامعه در نظر گرفته شود که طبق گایدلاین مناسب به انجام خدمات بپردازد. هالت و همکاران (۲۰۰۰) نیز در این زمینه اظهار می دارند علی رغم وجود شواهد متعدد مبنی بر لزوم پیشگیری ثانویه در بیماری کرونر قلب، این موضوع در حداقل اهمیت قرار گرفته است و نیاز به بهبود دارد. نتایج مطالعه مینی و همکاران (۲۰۰۵) نشان داد که کلینیک پیشگیری ثانویه هدایت شده توسط پرستاران (nurse-led clinic) می تواند فواید مهم و سریع الوصول برای سلامت بیمار داشته باشد. فرایند پیشگیری ثانویه بیمارستان محور و دعوت بیماران برای برگشت به کلینیک سرپایی در طی شـــش ماه بعد از حادثه قلبی و اطمینان از تغییر عوامل خطر و انجام دارودرمانی و اطمینان از رسیدن به اهداف طبق گایدلاین پیشنهاد می شود. همچنین، ارتقاء همکاری بین مراقبت اولیه و ثانویه مهم است. مجلی (۲۰۰۴) پیشنهاد می کند پرستاری بهداشت جامعه برای پیگیری بیماران پس از ترخیص گسترش یابد و مراکز بازتوانی جهت مراجعه بیماران برای کسب اطلاعات و حمایت های لازم ایجاد شـــوند. علاوه بر این، چون این اختلالات خانواده بیمار را نیز تحت تاثیر قرار می دهد، آموزش خانواده بیمار، به ویژه همسران آنها راجع به رژیم های درمانی، رژیم غذایی، چگونگی برخورد عاطفی با بیمار و چگونگی برخورد در موارد حاد ضرورت دارد.

لزوم توجه به نوع مشکلات زنان و مردان. از آنجا که متعاقب ابتلا به اختلال عروق کرونر، نوع مشکلات زنان با مشکلات مردان متفاوت است، توجه به نوع مشکلات آنان با توجه به جنس توصیه می گردد. آرتینیان و دوگان (۱۹۹۵) در این زمینه اظهار می دارند، تفاوت هایی در تجربیات بهبودی دو جنس زن و مرد بعد از جراحی بای پـــس عروق کرونر وجود دارد که باید هنگام برنامه ریزی مورد توجه قرارگیرد.

نتیجه گیری

با توجه به مسائل روانی اجتماعی پس از ابتلا به اختلال عروق کرونر، تعیین این مشکلات در بیماران و رفع آنها ضروری است. دراین راستا، نیازسنجی آموزشی و کمک به خودمراقبتی بیماران با ایجاد کلینیک های پیشگیری ثانویه در جامعه توصیه می شود.

منابع

Ahmadi, F., et al. (2002). Disigning of follow up care model on control of coronary artery disease. Journal of Modarres Medical Science, 4(2), 97-103.

Arnestin, P.L. (1996). Women and heart attack. Nurse Practitioner, 57-69.

Artinian, N. & Duggan, C. (1995). Sex differences in patient recovery patterns after coronary artery bypass surgery. Heart and Lung, 24(6), 483-494.

Ashghali-Frahani, M., et al. (2009). The effect of using the organizational culture improvement model of patient education on anxiety and satisfaction of patients with coronary artery disease. Nursing Research, 3(8-9), 59-69.

Bergman, E. & Bertero, E.C. (2001). You can do it if you set your mind to it: a qualitative study of patients with coronary artery disease. Journal of Advanced Nursing, 36(6), 733-741.

Chitty, K.K. (1997). Professional nursing. Philadelphia: W.B. Saunders Co.

Condonm, C. & McCarthy, G. (2006). Lifestyle changes following acute myocardial infarction: Patients perspectives. European Journal of Cardiovascular Nursing, 5, 37-44.

Davidson, P.M., et al. (2003). Perceptions and experiences of heart disease: A literature review and identification of a research agenda in older women. European Journal of Cardiovascular Nursing, 2, 255–264.

Francies, G. & Alpert, J. (1990). Modern coronary care. Bostone: Little Brown & Company.

Fuller, J. & Schaller-Ayers, G. (1990). Health assessment. Philadelphia: J.B.Lippincott Co.

Holt, N., et al. (2000). Patient empowerment in secondary prevention of coronary heart disease. The Lancet, 356.

Kärner, A., et al. (2003). Patients' conceptions of coronary heart disease– a phenomenographic analysis. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 17(1), 43-50.

Lindsay, G.M., et al. (2000). Coronary artery disease patients' perception of their health and expectations of benefit following coronary artery bypass grafting. Journal of Advanced Nursing, 32(6), 1412-1421.

Mainie, P.M., et al. (2005). To examine the effectiveness of a hospital-based nurse-led secondary

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

prevention clinic. European Journal of Cardiovascular Nursing, 4, 308-313.
Mason, C.B., & Davis, J.E. (1987). Cardiovascular critical care. New York: NVR Co.
Mojalli, M. (1997). Survey the proleme of patient with coronary artery disease one month after discharge. Kerman, Medical Sciences University, MS Thesis: 140.
Mojalli, M. (2004). Problems in patients with coronary artery disease during one month after discharge. International Congress of Cardiac Association. Tehran, Cardiac Association.
Mojalli, M., T. et al. (1997). Problems of patients with coronary artery disease 1 month after discharge. Ophoghe Danesh, 4(9), 12-20.
Moore-Shirley, M.A. (1995). Comparison of women's and men's symptoms during home recovery after coronary artery bypass surgery. Heart and Lung, 24(6), 495-501.
Nasiri, M., et al. (2007). Survey the educational needs and quality of life in patient with chronic myocardial infarction refer to Imam Sajjad Hospital of Ramsar. Journal of Nursing and Midwifery Urmieh College, 150-145, (3)6.
Oconor, S. (1995). The cardiac patient. London: Mosbey Co.
Rohani, K. (1997). Prevention from cardiovascular disease with reflect to self authonomy. Journal of Guilan Nursing and Midwifery College, 5(20-21).
Sharifi, H. (2011). Cardiac news. Available at: http://www.cardiacnursing.ir/cardiac%20news.htm.
Thompson, D.R., et al. (1995). The experiences of patients and their partners 1 month after a heart attack. Journal of Advanced Nursing, 22(4), 707-714.
Vaccarino, V. et al. (2003). Gender differences in recovery after coronary artery bypass surgery. Journal of American College of Cardiology, 41(2), 307-314.
Vahedian-Azimi, E. (2009). Impact of family-centered empowerment model on the lifestyle of patients with myocardial infarction. Journal of Special Care Nursing, 12(4), 127-132.
Watson, S.L. (2007). Attitudinal shifting: A grounded theory of health promotion in coronary care. Aucland: University of Technology. MSc Thesis.
Woods, S.L., et al. (2005). Cardiac nursing. Lippincott: Williams & Wilkins.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

Cardiovascular Nursing Journal
1(4), Winter 2012
نشریه پرستاری قلب و عروق
دوره اول، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۱
www.journal .icns.org.ir

Problems in patients with coronary artery disease: A review article

Hussein Karimi-Mooneghi[1] ,Ph.D
*Mohammad mojalli[2] ,Ph.D Candidate

Abstract

Aim. The aim of this review study was to describe psychosocial problems in patients with coronary artery disease and determine strategies to prevent and deal with.

Background. The prevalence of cardiovascular diseases is rising in industrial and developing countries. According to the report of World Health Organization, cardiovascular diseases are accounted for a large percentage of mortalities. The most common cardiovascular disease is coronary artery disease that produces problems for people and worries in community.

Method. A systematic search was conducted on studies published in the last 20 years by using databases such as OVID, PROQUEST, SCIENCE DIRECT, GOOGLE SCHOLAR, EBSCO, SID, MAGIRAN and IRAN MEDEX with keywords such as problems, patients, coronary artery disease and related keywords. Because the aim of this study was describing the psychosocial problems of patients after coronary artery disease, physical problems was excluded.

Findings. About 70 article in English and 20 articles in Persian were found about psychosocial problems after coronary artery disease. Patients' problems were categorized in three categories: educational needs of patients with coronary artery disease, consequences of psychosocial outcomes of coronary artery disease, and different consequences for men and women with coronary artery disease.

Conclusion. Because the heart is a sensitive organ, any heart disease can jeopardize patient identity, and psychosocial effects of heart disease is more prominent than physical effects. So, it is necessary to inform patients about the nature of disease and its causes, and how to implement secondary prevention and rehabilitation to return to work and normal life. Accordingly, continuous care for self-care is of great importance. This can be established by community-based clinics for secondary prevention. Especial attention to issues of women with coronary artery disease is essential.

Keywords: Problems, Patients, Coronary artery disease

1-Associate Professor of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

2-Ph.D Candidate in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences,Mashhad, Iran (*Corresponding Author) e-mail: mojallim871@mums.ac.ir

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]