



تاثیر مداخله آموزشی بر تعدیل سبک زندگی بیماران مبتلا به آنژین صدری ناپایدار در بیمارستانهای دانشگاهی شهر مشهد

نویسندگان: دکتر محمد رضا شیدفر* دکتر مصطفی حسینی** دکتر داوود

شجاعی زاده*** دکتر نازیلا اساسی**** دکتر فرشته مجلسی*****

*استادیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

**دانشیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

***استاد، گروه خدمات بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

****استادیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

*****دانشیار، گروه خدمات بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

طوع بهداشت

چکیده

بیماران مبتلا به آنژین صدری ناپایدار بیش از نیمی از موارد بستری در بخش مراقبتهای ویژه قلبی را تشکیل داده و خطر عود بالایی نیز دارند. عود بیماری در بسیاری از موارد ناشی از نداشتن اطلاعات کافی و عدم پیروی از توصیه های پزشکی است. از این رو تلاش برای تغییر سبک زندگی این بیماران از طریق آموزش به عنوان عامل مهمی در پیشگیری سطح دوم، کاملا ضروری به نظر می رسد. هدف این مطالعه تعیین تاثیر مداخله آموزشی در تعدیل سبک زندگی بیماران بستری مبتلا به آنژین صدری ناپایدار بوده است که این تعدیل منجر به کاهش عود نیز خواهد شد.

در این مطالعه مداخله ای، ۱۷۰ بیمار بستری مبتلا به آنژین صدری در دو گروه مداخله و کنترل (هر گروه ۸۵ نفر) مورد مطالعه قرار گرفتند. پرستاران و پزشکان تعلیم یافته بخش قلب و عروق یکی از بیمارستانهای دانشگاهی شهر مشهد به مدت ۲ ماه به آموزش بیماران گروه مداخله پرداختند. سپس کل بیماران به مدت یکسال مورد پیگیری قرار گرفتند.

تحلیل کوواریانس نشان می دهد که پس از تعدیل برای اثر نمره اولیه، وضعیت کلی تغذیه ای افراد تحت مطالعه، میانگین این نمرات در گروه مداخله به طور معنی داری بیش از گروه کنترل می باشد ($P=0/0001$). همچنین انجام مداخله باعث مطلوب تر شدن وضعیت تحرک بدنی در گروه مداخله شده است ($P=0/003$). هرچند افزایش معنی داری در میانگین نمره وضعیت کلی عادات زیان بار (سیگار، اعتیاد، الکل) در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل پس از تعدیل اثر نمره اولیه افراد به وجود نیامده است ($P=0/27$) ولی انجام مداخله آموزشی بطور کلی باعث مطلوب تر شدن وضعیت کلی سبک زندگی در گروه مداخله شده است ($P=0/0001$).

به طور کلی نتایج نشان داده است که در صورت وجود استراتژی آموزشی مناسب و استفاده از روشهای مشارکت جویانه، می توان از قابلیت های آموزشی پرستاران در ارتقاء کیفیت زندگی بیماران قلبی به میزان قابل توجه و اثر بخشی بهره مند شد.

واژه های کلیدی

سبک زندگی، بیماری قلبی، آنژین صدری ناپایدار، آموزش بیمار

فصلنامه پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال پنجم

شماره سوم و چهارم

پاییز و زمستان ۱۳۸۵



مقدمه

جزئی از مراقبت‌ها است. تحقیقات نشان داده‌اند که ارائه آموزش به بیمار نه تنها موجب بهبود عمده‌ای در رفتارهایی همچون سیگار کشیدن، بهبود سطح تحمل فعالیت جسمی بیمار و تمکین از توصیه‌های پزشکی می‌شود (۶) بلکه موجب صرفه‌جویی در هزینه‌های پیشگیری و درمان نیز خواهد شد (۷). بنابر این مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش در تعدیل سبک زندگی بیماران مبتلا به آنژین صدری ناپایدار طراحی گردیده است.

روش بررسی

این مطالعه یک کارآزمایی بالینی شاهد دار می‌باشد. در مجموع ۱۷۰ بیمار که طی دو ماه اول سال ۱۳۸۱ با درد قفسه سینه به دو بیمارستان اصلی دانشگاهی دارای بخش مراقبت‌های ویژه در شهر مشهد مراجعه و به تشخیص متخصص قلب و عروق بستری شده بودند، مورد مطالعه قرار گرفتند. بیماران یکی از بیمارستان‌های دانشگاهی بطور تصادفی به عنوان گروه مداخله (۸۵ نفر)، و بیماران بیمارستان دیگر به عنوان گروه کنترل (۸۵ نفر) در نظر گرفته شدند. بطور کلی بیماران مورد مطالعه دارای سن کمتر از ۷۰ سال بودند که آنژین صدری آنها به دنبال آنفارتکتوس میوکارد نبوده و همگی ساکن شهر مشهد بودند تا امکان شرکت ساده تر بیماران گروه مداخله در جلسات آموزشی فراهم باشد. دلیل اجرای مداخله در یکی از دو بیمارستان این بود که ارتباط بین دو گروه بیماران و یا پرستاران با آنها بتدریج بر روی کنترل اثر نگذارد. برای جلوگیری از تأثیر احتمالی سن، جنس و طبقه اقتصادی-اجتماعی بیماران مورد مطالعه بر پیامد مداخله و احتراز از برخی سوگیری‌ها در نتایج، در بیمارستان کنترل سعی گردید که توزیع بیماران بر حسب این متغیرها با گروه مداخله همسان (Match) گردد.

شایان ذکر است که در رویکرد اولیه جهت انجام این مطالعه تعیین اندازه نمونه بر اساس کاهش عود آنژین صدری از $p_1=0/25$ به $p_2=0/10$ طراحی شده بود.

دگرگونی‌های پدید آمده در سیمای اپیدمیولوژی بیماری‌ها، نظام بین‌المللی سلامت را با چالش بیماری ایسکمی قلبی به عنوان یکی از مهمترین مشکلات بهداشتی جهان روبه‌رو نموده است. بطوری که ۳۰٪ مرگ‌ها در جهان ناشی از این گونه بیماری‌ها است و انتظار می‌رود تا سال ۲۰۲۰ علت ۴۰٪ مرگ‌ها در سراسر جهان باشد (۱). در ایران نیز این بیماری‌ها اولین علت مرگ و میر در افراد بالاتر از ۳۵ سال می‌باشند (۲). در میان بیماری‌های ایسکمیک قلبی، مبتلایان به آنژین صدری ناپایدار درصد کثیری از موارد پذیرش در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی را تشکیل داده و در معرض احتمال زیاد بستری مجدد نیز قرار دارند (۳). بستری شدن‌های مکرر این بیماران، از یک طرف هزینه‌های سنگینی را بر نظام بهداشتی کشور تحمیل نموده و از طرف دیگر کیفیت زندگی بیمار و خانواده وی را نیز به گونه‌ای منفی تحت تأثیر قرار می‌دهد. لذا کاهش دفعات بستری بیماری از اهداف مهم نظام بهداشتی کشور بوده و چگونگی نیل به این هدف از چالش‌های مهم آن محسوب می‌شود. از آنجا که این خطر را می‌توان به طور چشمگیری با تغییر در سبک زندگی کاهش داد (۴)، بنابر این تغییر سبک زندگی بایستی در درمان پس از حمله قلبی در اولویت قرار گیرد. بطور مثال دادبخش در مطالعه‌ای نشان داده است که کلیه اقدامات پزشکی از قبیل بخش مراقبت ویژه احیاء قلبی قبل از بیمارستان، جراحی عروق کرونر، درمان فشارخون بالا، مجموعاً فقط ۳۹/۵٪ در پیشگیری از مرگ و میر بیماری‌های ایسکمی قلبی مؤثر بوده‌اند، در حالی که تغییر روش زندگی (ترک سیگار، کم کردن کلسترول، ...) می‌تواند تا ۵۴٪ در کاهش مرگ و میر این بیماری مؤثر باشد (۵).

با در نظر گرفتن این نکته مهم که اغلب عوامل خطرزا که عامل بیماری‌های قلبی هستند با رفتار و آگاهی مرتبط می‌باشند، یکی از ابزارهای اساسی در تغییر سبک زندگی بیمار، وجود برنامه آموزش به عنوان



تشکیل یک جلسه آموزشی برای عضوی از خانواده بیمار که پیگیری های درمانی وی را بر عهده داشته است، اعلام زمان و عناوین جلسات آموزشی پس از ترخیص، ارائه جزوه آموزشی

برگزاری جلسات آموزش پس از ترخیص بیمار، بر اساس طرح درس از پیش تدوین شده در هفت جلسه گروهی و دو جلسه انفرادی در مدت حدود ۲ ماه توسط پرستاران و کارشناس تغذیه با هدف آشنایی بیمار با اهمیت تغییر سبک زندگی و خود مراقبتی، کمک به بیمار در انجام رفتار بهداشتی و افزایش کنترل بر سلامتی خویش

تشکیل جلساتی مشترک (حداقل هفته ای دو بار) برای هماهنگی در زمینه ارائه اطلاعات مورد نیاز بیماران توسط پرستار و کارشناس تغذیه و پزشک و تعیین یکی از پرستاران به عنوان مسئول آموزشی و هماهنگ کننده به منظور ایجاد حداکثر هماهنگی میان آموزش دهندگان، پیگیری امور آموزشی و تنظیم امور آموزش بیمار با سایر پرستاران.

نتایج

در این مطالعه ۱۷۰ بیمار مبتلا به آنژین صدری ناپایدار در دو گروه مداخله و کنترل (هر گروه ۸۵ بیمار) مورد مطالعه قرار گرفتند. جدول شماره ۱ توزیع سنی، جنسی، شغلی و تحصیلات این بیماران را نشان می دهد. چنانچه در جدول شماره ۱ مشاهده می شود مشخصه های دموگرافیک در دو گروه مورد مطالعه با هم تفاوت معنی دار ندارد ($P > 0/05$) و همسان سازی (Matching) دو گروه به صورت مناسبی انجام پذیرفته است.

در آغاز مطالعه تفاوت معنی داری بین وضعیت عادات تغذیه ای بیماران مورد مطالعه که به سه طبقه نامطلوب، متوسط و مطلوب تقسیم شده بودند وجود نداشت ($P = 0/83$). اما پس از آموزش ها، در گروه مداخله درصد وضعیت تغذیه ای نامطلوب از ۷۱/۱٪ به ۱۱/۸٪ و درصد وضعیت تغذیه ای متوسط از ۲۷/۸٪ به ۷۵/۳٪ و همچنین وضعیت تغذیه ای مطلوب از ۱/۱٪

با در نظر گرفتن خطای نوع اول ۰/۰۵ و خطای نوع دوم ۰/۲۵ اندازه نمونه $n=85$ تعیین گردید (۸) که برای مطالعه فاکتورهای مورد نظر در تاثیر مداخله آموزشی بر تعدیل متغیرهای سبک زندگی بیماران نیز مناسب می باشد.

پرستاران و پزشکان بخش قلب و عروق بیمارستان گروه مداخله بمدت ۵ روز تحت آموزش قرار گرفته و به مدت ۲ ماه به آموزش بیماران گروه مداخله پرداختند. سپس کل بیماران به مدت یکسال مورد پیگیری قرار گرفتند.

اطلاعات قبل و بعد از مداخله آموزشی با استفاده از پرسشنامه ای که پایایی و روایی آن مورد ارزیابی های لازم قرار گرفته و در حد مطلوب شناخته شده بود، جمع آوری گردید و در دو گروه مداخله و کنترل مورد مقایسه قرار گرفت.

این پرسشنامه علاوه بر اطلاعات زمینه ای و دموگرافیک شامل ۳ بخش (الف) عادات تغذیه ای شامل میزان مصرف نمک، نسبت مصرف گوشت قرمز به سفید، مصرف تخم مرغ، مصرف سبزی و میوه، روغن و لبنیات مصرفی در ۷ سوال، (ب) تحرک بدنی در ۲ سوال و (ج) اعتیادات زیان بار شامل استعمال دخانیات، مصرف مشروبات الکلی و اعتیاد به مواد مخدر در ۸ سوال بوده است که با توجه به منابع معتبر در مورد سهم نسبی هر عامل در بروز بیماری قلبی و بویژه با استناد به نظر سازمان جهانی بهداشت در زمینه سهم عوامل خطر قلبی و عروقی (۹) تهیه شده بود. خلاصه اهم اجزاء مداخله آموزشی بکار گرفته شده در این مطالعه به شرح زیر است:

- برگزاری کارگاه برای ارائه دهندگان برنامه مداخله آموزشی (متخصص قلب، پرستار بخش قلب و کارشناس تغذیه) به منظور آشنایی با مبانی آموزش بهداشت، ارتباطات و مشاوره

- برگزاری جلسات آموزشی انفرادی پس از گذر از مراحل حاد بیماری (معمولا با شرکت همسر یا یکی از اعضای خانواده) در ۳ جلسه



چنانچه جدول شماره ۲ نشان می دهد وضعیت تغذیه، پس از انجام مداخله آموزشی در ۹۵/۳٪ از افراد گروه مداخله مطلوب تر شده است، در حالی که این نسبت در گروه کنترل ۷۱/۴٪ بوده است. از طرف دیگر وضعیت تغذیه ای در ۲۰/۲٪ از افراد گروه کنترل نامطلوب تر شده و این در حالی است که فقط در ۳/۵٪ از افراد گروه مداخله نامطلوب تر شده است.

به ۱۲/۹٪ تغییر یافته است و این در حالی است که در گروه کنترل درصد های مربوطه فقط از ۸۳/۱٪ به ۷۵٪ و از ۱۴/۴٪ به ۲۰/۲٪ و از ۲/۲٪ به ۴/۸٪ تغییر نموده است. برای آنالیز بهتر این تغییرات، وضعیت نمره خام افراد در قبل و بعد از مطالعه به سه گروه (مطلوب تر شده، تغییر نکرده و نامطلوب تر شده)، طبقه بندی و سپس دو گروه مربوطه را مورد مقایسه قرار دادیم.

جدول شماره ۱ - مشخصات دموگرافیک بیماران مورد مطالعه در گروههای مداخله و کنترل

| P-value | گروه کنترل تعداد (درصد) | گروه مداخله تعداد (درصد) | مشخصات | |
|---------|----------------------------|-----------------------------|----------------|---------|
| ۰/۶۵ | ۵۶ (۶۲/۲) | ۵۳ (۵۸/۹) | مرد | جنس |
| | ۳۴ (۳۷/۸) | ۳۷ (۴۱/۱) | زن | |
| ۰/۷۶ | ۱۰ (۱۱/۱) | ۹ (۱۰/۰) | ۳۰-۳۹ | سن |
| | ۲۸ (۳۱/۱) | ۳۱ (۳۴/۴) | ۴۰-۴۹ | |
| | ۲۳ (۲۵/۶) | ۱۹ (۲۱/۱) | ۵۰-۵۹ | |
| | ۲۹ (۳۲/۲) | ۳۱ (۳۴/۴) | ۶۰-۶۹ | |
| ۰/۹۱ | ۱۵ (۱۶/۷) | ۱۹ (۲۱/۱) | بی سواد | تحصیلات |
| | ۳۲ (۳۵/۶) | ۲۹ (۳۲/۲) | ابتدایی | |
| | ۹ (۱۰/۰) | ۱۱ (۱۲/۲) | راهنمایی | |
| | ۲۴ (۲۶/۷) | ۲۱ (۲۳/۳) | دیپلم | |
| | ۱۰ (۱۱/۰) | ۱۰ (۱۱/۲) | بالتر از دیپلم | |
| ۰/۹۶ | ۷ (۷/۸) | ۸ (۸/۹) | کارگر و کشاورز | شغل |
| | ۲۱ (۲۳/۳) | ۱۹ (۲۱/۱) | کارمند | |
| | ۲۰ (۲۲/۲) | ۱۷ (۱۸/۹) | آزاد | |
| | ۲۵ (۲۷/۸) | ۲۷ (۳۰/۰) | خانه دار | |
| | ۱۷ (۱۸/۹) | ۱۹ (۲۱/۱) | سایر | |



جدول شماره ۲- توزیع فراوانی تغییر وضعیت کلی تغذیه ای قبل و بعد از آموزش ها در دو گروه مداخله و

کنترل

| وضعیت مورد مطالعه | تغییر در وضعیت | گروه مداخله (درصد) تعداد | گروه کنترل (درصد) تعداد | P-value |
|----------------------|----------------|-----------------------------|----------------------------|---------|
| | مطلوب تر شده | ۸۱ (۹۵/۳) | ۶۰ (۷۱/۴) | |
| وضعیت کلی تغذیه ای | تغییری نکرده | ۱ (۱/۲) | ۷ (۸/۳) | ۰/۰۰۰۱ |
| | نامطلوب تر شده | ۳ (۳/۵) | ۱۷ (۲۰/۲) | |
| | مطلوب تر شده | ۵۴ (۶۳/۵) | ۲۵ (۲۹/۸) | |
| وضعیت تحرک بدنی | تغییری نکرده | ۱۱ (۱۲/۹) | ۳۶ (۴۲/۹) | ۰/۰۰۳ |
| | نامطلوب تر شده | ۲۰ (۲۳/۵) | ۲۳ (۲۷/۴) | |
| | مطلوب تر شده | ۲۰ (۲۳/۵) | ۱۴ (۱۶/۷) | |
| وضعیت عادات زیان بار | تغییری نکرده | ۵۰ (۵۸/۸) | ۶۱ (۷۲/۶) | ۰/۲۷ |
| | نامطلوب تر شده | ۱۵ (۱۷/۶) | ۹ (۱۰/۷) | |
| | مطلوب تر شده | ۷۴ (۸۷/۱) | ۵۸ (۶۹) | |
| وضعیت کلی سبک زندگی | تغییری نکرده | ۱ (۱/۲) | ۳ (۳/۶) | ۰/۰۰۰۱ |
| | نامطلوب تر شده | ۱۰ (۱۱/۸) | ۲۳ (۲۷/۴) | |

کوواریانس نشان می دهد که پس از تعدیل برای نمره اولیه وضعیت تحرک بدنی، میانگین این نمرات در گروه مداخله به طور معنی داری بیش از گروه کنترل می باشد ($P=0/003$)، یعنی انجام مداخله آموزشی باعث مطلوب تر شدن میانگین امتیاز وضعیت تحرک بدنی به اندازه $0/82$ ($0/29-1/34$) در گروه مداخله شده است.

جدول شماره ۲ مقایسه تغییرات پدید آمده در وضعیت کلی عادات زیان بار (استعمال دخانیات، مصرف مشروبات الکلی و اعتیاد به مواد مخدر) در گروههای مداخله و کنترل پس از انجام مداخله آموزشی را نشان می دهد. هر چند وضعیت کلی عادات زیان بار در گروه مداخله تا حدی مطلوبتر شده است ($23/5\%$ نسبت به گروه کنترل که تنها $16/7\%$ مطلوبتر شده است) اما تحلیل کوواریانس نشان می دهد که افزایش معنی داری در میانگین نمره وضعیت کلی عادات زیان بار در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل پس از تعدیل اثر نمره اولیه افراد به وجود نیامده است (جدول شماره ۳).

تحلیل کوواریانس (ANCOVA) چنانچه در جدول شماره ۳ ارائه شده است نشان می دهد که پس از تعدیل برای اثر نمره اولیه وضعیت کلی تغذیه ای افراد تحت مطالعه، میانگین این نمرات در گروه مداخله به طور معنی داری بیش از گروه کنترل می باشد ($P=0/001$). به عبارت دیگر ارائه آموزش ها باعث گردید که میانگین امتیاز وضعیت کلی تغذیه ای به اندازه $2/99$ ($2/24-3/57$) در گروه مداخله بیشتر از گروه کنترل گردد (جدول شماره ۳).

وضعیت تحرک بدنی بیماران نیز در دو گروه مورد مطالعه در آغاز تفاوت معنی داری نداشته است ($P=0/47$). جدول شماره ۲ نشان می دهد که پس از انجام مداخله آموزشی، این وضعیت در $63/5\%$ از افراد گروه مداخله و فقط در $29/8\%$ از افراد گروه کنترل مطلوب تر شده است و این در حالی است که این وضعیت در $12/9\%$ از افراد گروه مداخله و در $42/9\%$ از افراد گروه کنترل بدون تغییر باقی مانده است. چنانچه در جدول شماره ۳ نیز ارائه شده است تحلیل



(جدول شماره ۲). تحلیل کوواریانس نیز افزایش معنی دار این میانگین را پس از تعدیل برای اثر نمره اولیه افراد تأیید می نماید ($P=0/0001$). انجام مداخله آموزشی باعث مطلوب تر شدن میانگین امتیاز وضعیت کلی سبک زندگی به اندازه $4/12$ ($5/18-3/05$) در گروه مداخله شده است (جدول شماره ۳).

شایان ذکر است وضعیت کلی سبک زندگی در دو گروه مداخله و کنترل که در آغاز مطالعه تفاوت معنی داری نداشت ($P=0/43$)، پس از مداخله آموزشی مطلوب تر شده است.

بدین ترتیب که وضعیت کلی سبک زندگی پس از انجام مداخله آموزشی در $87/1\%$ از افراد گروه مداخله و در 69% از افراد گروه کنترل بهبود یافته است

جدول شماره ۳- نتیجه آنالیز کوواریانس در بررسی تغییر وضعیت متغیرهای مورد مطالعه در اثر مداخله

آموزشی

| P-value | فاصله اطمینان β_i برای 95% | β_i (SE) | متغیرهای وارد شده در مدل | وضعیت مورد مطالعه |
|---------|--|----------------|---------------------------------|----------------------|
| 0/005 | 0/50-2/88 | 1/7 (0/60) | مقدار ثابت مدل | |
| 0/023 | 0/25-0/33 | 0/18 (0/08) | مقدار اولیه نمره تغذیه ای | وضعیت کلی تغذیه ای |
| 0/0001 | 2/42-3/57 | 2/99 (0/29) | اثر مداخله | |
| 0/32 | -0/41-1/27 | 0/43 (0/43) | مقدار ثابت مدل | |
| 0/003 | 0/29-0/36 | 0/22 (0/07) | مقدار اولیه نمره تحرک بدنی | وضعیت تحرک بدنی |
| 0/003 | 0/29-1/34 | 0/82 (0/27) | اثر مداخله | |
| 0/0001 | 3/82-6/27 | 5/04 (0/63) | مقدار ثابت مدل | |
| 0/001 | 0/08-0/33 | 0/21 (0/07) | مقدار اولیه نمره عادات زیان بار | وضعیت عادات زیان بار |
| 0/27 | -0/26-0/92 | 0/33 (0/30) | اثر مداخله | |
| 0/0001 | 4/23-9/11 | 6/68 (1/24) | مقدار ثابت مدل | |
| 0/001 | 0/09-0/38 | 0/24 (0/07) | مقدار اولیه نمره سبک زندگی | وضعیت کلی سبک زندگی |
| 0/0001 | 3/05-5/18 | 4/12 (0/54) | اثر مداخله | |

افرادی که از این نظر در وضعیت نسبتاً مطلوبی قرار دارند از $27/8\%$ به $75/3\%$ در گروه مداخله در مقایسه با افزایش شمار این افراد از $14/4\%$ به $20/2\%$ در گروه کنترل، نشان می دهد برنامه آموزشی تغذیه در تعدیل و بهبود عادات تغذیه ای اثربخش بوده است. در رابطه با گروه کنترل نیز عدم تعدیل این عادات را می توان نشانه ای از عدم تمکین از توصیه های ارائه شده دانست. نتایج مطالعه در زمینه وضعیت انجام فعالیت به قصد ورزش در میان بیماران مورد مطالعه نشان می دهد که $69/4\%$ افراد مورد مطالعه از این نظر

بحث

یافته های پژوهش در زمینه وضعیت کلی تغذیه نشان می دهد در آغاز مطالعه حدود 78% افراد مورد مطالعه در وضعیتی نامطلوب قرار دارند که نیازمند تعدیل و بهبود وضعیت است. نگاهی به تغییر ایجاد شده در نمره وضعیت کل تغذیه و مقایسه آنها بین گروههای مداخله و کنترل، تاثیر مثبت برنامه آموزشی را آشکار می سازد. کاهش شمار افرادی که در وضعیت نامطلوب قرار دارند از $71/1\%$ به $11/8\%$ در مقایسه با کاهش شمار این افراد از $83/1\%$ به 75% در گروه کنترل و افزایش



در گروه مداخله را گزارش کرده اند. کاپلز و همکارانش (۱۵) نیز در مطالعه خود در ترک سیگار تفاوتی بین دو گروه مورد مطالعه نیافتند.

موثر نبودن مداخله آموزشی در تعدیل معنی دار عادت سیگار کشیدن را می توان چنین توجیه کرد که ترک سیگار به دلیل پیچیدگی ماهیت و موثر بودن دلایل متعدد شخصیتی و اجتماعی، مستلزم استراتژی های قدرتمندتر و مداخله های اختصاصی تر و برنامه های فشرده تر مشاوره ای در این خصوص است.

بطور کلی مطالعه حاضر نشان داد که برای افزایش اطلاعات مورد نیاز بیماران بستری شده در بخش مراقبتهای قلبی و بهبود وضعیت آموزش موجود در بیمارستان ها تلاش زیادی مورد نیاز است.

بنابراین در صورت وجود برنامه ریزی مدون، استراتژی آموزشی مناسب و با استفاده از روشهای مشارکت جویانه، می توان از قابلیت های آموزشی پرستاران در ارتقاء کیفیت زندگی بیماران قلبی به میزان قابل توجه و اثر بخشی بهره مند شد و لذا شایسته است ارائه خدمات آموزشی، محور اصلی عملکرد حرفه ای آنان تلقی شود. از آنجا که در راهکار پیشنهادی، از کارکنان موجود در بیمارستان برای تحقق اهداف برنامه بهره گرفته شده است و در نتیجه بار مالی خاصی برای مدیریت درمان به همراه ندارد، بنابراین راهکار مذکور دارای چنین قابلیت است که در قالب یک عنصر اساسی و قابل ادغام در خدمات مراقبت ویژه از بیماران قلبی درآمده و در تمامی بیمارستانهای دارای بخش قلب و عروق تثبیت گردد.

افزایش امکانات آموزشی، اتخاذ مکانیزم های تشویقی برای ارائه آموزش به بیمار در بخش های قلب و عروق بیمارستانها، افزودن محتوی آموزشی مناسب کاربردی به برنامه آموزشی دانشجویان دوره پزشکی عمومی و تخصصی به منظور ارتقاء مهارت و قابلیت های موجود در ایشان برای برقراری ارتباط بهداشتی با بیمار نیز پیشنهاد می شود.

وضعیت کاملا نامطلوبی دارند و ۱۶/۱٪ آنها نیز از این نظر وضعیت نسبتا نامطلوبی دارند که ممکن است بر پیش آگهی بیماری شان تاثیر منفی داشته باشد و ضرورت اقدام مداخله ای برای بهبود این وضعیت را کاملا توجیه می نماید. نگاهی به تغییر ایجاد شده در نمره فعالیت به قصد ورزش و مقایسه آنها بین گروههای مداخله و کنترل، تاثیر مثبت برنامه آموزشی را آشکار می سازد. یافته های پژوهش حاضر در این زمینه مشابه نتایج بدست آمده از مطالعه فرا تحلیلی انجام شده توسط دوسلدروپ است (۱۰) که آثار مثبت بروی عادات ورزشی بیماران برخوردار از برنامه روانی آموزشی مداخله ای را گزارش کرده است. همچنین از این نظر مطالعه حاضر شبیه به مطالعه استپتو و همکارانش (۱۱) است که در پژوهش خود، از نظر انجام ورزش، به تفاوتهای قابل توجهی در گروه مداخله دست یافته اند. یافته های ما به یافته های لیسپرز و همکاران (۱۲) نیز شباهت دارد که در مطالعه خود افزایش معنی داری در معیارهای مربوط به ورزش کردن در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل نشان دادند. کتولا و همکارانش (۱۳) نیز در مطالعه خود، افزایش زمان ورزش به میزان ۳۹٪ در گروه مداخله در برابر ۲۳٪ در گروه کنترل را گزارش کرده اند. نمرات مربوط به سیگار کشیدن در دو گروه تفاوت چندانی نکرده است و کاهش این نمره در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل معنی دار نبوده است و اگر چه وضعیت عادت سیگار کشیدن در ۲۱/۲٪ از افراد گروه مداخله بهبود یافته است و این وضعیت در ۳/۴٪ از افراد گروه کنترل بهتر شده است و نیز شمار افرادی که از این نظر در وضعیت نامطلوب قرار دارند در گروه مداخله از ۲۸/۹٪ به ۲۰٪ کاهش یافته است، اما مداخله آموزشی به تعدیل قابل توجه این عادت در گروه مداخله نینجامیده است. استپتو و همکارانش (۱۴) نیز در مطالعه خود تفاوت معنی داری در ترک سیگار در گروههای مورد مطالعه نیافته اند، اما پدید آمدن تفاوت از نظر کاهش تعداد نخ سیگارهای کشیده شده



References

- 1-WHO. Conquering Suffering Enriching Humanity: The World Health Report. Geneva, World Health Organization, 1997.
- ۲- قارونی منوچهر، بیماریهای ایسکمیک قلب، چاپ دوم، شرکت افست، تهران، ۱۳۶۸.
- ۳- خلیلی حسام ، خلیلی فر امیر حسین، چکیده قلب هرست، انتشارات تیمورزاده، تهران، ۱۳۷۶.
- 4-Moher M. Evidence of effectiveness of interventions for secondary prevention and treatment of coronary heart disease in primary care: a review of the literature. Oxford: Anglia and Oxford Regional Health Authority, 1995.
- ۵- داد بخش منصور، بررسی مقایسه ای سوابق بهداشتی و وضعیت اجتماعی-اقتصادی، عادات و رفتار بیماران ایسکمیک قلبی و گروه شاهد بستری شده در بیمارستان سینا در سالهای ۷۳-۷۲، پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران ۱۳۷۴.
- 6- Duryee R. *The efficacy of inpatient education after myocardial infarction.* Heart Lung, 1992, 21: 217 – 25.
- 7- Bartlett E. Cost-benefit analysis of patient education. Patient education and counseling. 1995, 26 (1-3): 87-91.
- 8- Pocock S.J. Clinical trials, a practical approach. John Wiley & sons 1999. 125.
- 9- WHO. The World Health Report, Reducing Risks, Promoting Healthy life. Geneva. World Health Organization, 2002: 57 – 61.
- 10- Dusseldorp E, van Elderen T, Maes S, Meulman J, Kraaij V, *A meta analysis of psycho educational programs for coronary heart disease patients.* Health Psychology 1999, 18: 506–19.
- 11- Steptoe A, Doherty S, Rink E, Kerry S, Kendrick T, Hilton S. *Behavioral counseling in general practice for the promotion of healthy behavior among adults at increased risk of coronary heart disease: Randomized trial.* British Medical Journal. 1999, Oct 9, 319 (7215): 943-7, discussion 947-8.
- 12- Lisspers J, Sundin O, Hofman-Bang C, Nordlander R, Nygren A, Ryden L, Ohman A. *Behavioral effects of a comprehensive, multifactorial program for lifestyle change after P.T.C Angioplasty: A prospective, Randomized Controlled study.* Journal of Psychosomatic Research. 1999, 46. (2): 143 – 154.
- 13- Ketola E, Makela M, Klockars M. *Individualized multi-factorial lifestyle intervention trial for high-risk cardiovascular patients in primary care.* British Journal of General practitioner Apr, 2001, 51 (465): 291– 4
- 14- Steptoe A, Doherty S, Rink E, Kerry S, Kendrick T, Hilton S. *Behavioral counseling in general practice for the promotion of healthy*



behavior among adults at increased risk of coronary heart disease: Randomized trial. British Medical Journal. 1999, Oct 9, 319 (7215): 943-7; discussion 947-8.

15- Cupples ME, Mcknight A. *Randomized controlled trial of health promotion in general practice for patients at high cardiovascular risk.* British Medical Journal. 1994, 309: 993 – 996.



The Effect of Educational Intervention on Modifying the lifestyle of Unstable Angina Pectoris Patients in Mashhad, Iran

Shidfar M.R* (ph.D)- Hosseini M. **(ph.D)- Shojae Zadeh D. *** (ph.D)-
Assasi N **** (ph.D)- Majlessi F. ** (M.D.M.P.H.)

**Assitant Professor in Mashhad University of Medical Sciences*

*** Associate Professor in Tehran University of Medical Sciences*

**** Full Professor in Tehran University of Medical Sciences*

***** Assitant Professor in Tehran University of Medical Sciences*

Abstract

Unstable angina pectoris patients constitute the majority of the hospitalized patients in CCU. These patients also suffer from a high probability of recurrence .One of the essential requirements in patient' lifestyle modification is an educational program as a component of care. Patient education is a crucial part of cardiac care disease. This study was conducted to determine the effectiveness of a patient education program on lifestyle modification of angina pectoris patients.

An interventional study was conducted on patients hospitalized in the Heart Wards in Mashhad. 170 patients were studied. There were an intervention and a control group (85 patients each). Physicians and nurses of one of Mashhad university hospitals were trained. Then they taught patients (in the intervention group) both before and after discharge for two months and followed all for a year. The data were obtained in two stages (before and after intervention).

The Analysis of covariance showed that after adjusting for the subjects' pre-intervention nutritional status score, mean of this score increased significantly in the intervention group ($P<0.0001$). The intervention resulted in improving physical activity status in this group ($P=0.003$). After adjusting the subjects' pre-interventional scores, there was no significant increase in the mean score for harmful habits status in the intervention group compared to the control group ($P=0.27$) but the lifestyle status of patients in the intervention group improved significantly ($P<0.0001$)

It could be concluded that it is possible to use nurses capabilities in improving the lifestyle of heart patients.

Key words



Lifestyle, Heart disease, Angina, Patient education, Educational intervention