مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی
سال ۱۵، شماره ۱، صفحات ۴۱ تا ۴۶ (بهار ۸۴)

Original Article

بررسی تداوم تأثیرآموزش بهداشت بر کیفیت زندگی بیماران با عمل جراحی بای پاس عروق کرونر

طاهره دهداری، طاهره هاشمی فرد، دکتر علیرضا حیدرنیا، دکتر انوشیروان کاظم نژاد*

* دانشکده بهداشت، دانشگاه تربیت مدرس

چکیده

سابقه و هدف: *این پژوهش با هدف بررسی تداوم تاثیرآموزش بهداشت بر کیفیت زندگی بیماران با عمل جراحی بای پاس عروق کرونر انجام شده است.*

مواد و روشها: *در این پژوهش۷۰ بیمار با تشخیص آترواسکلروز عروق کرونر، که جهت انجام عمل جراحی بای پاس عروق کرونر بستری شده بودند، به صورت تصادفی انتخاب و به دو گروه آزمون و شاهد تقسیم شدند. در پایان سال اول ۷ بیمار از مطالعه خارج شدند و بطور کلی ۶۳ بیمار در مدت یک سال در مطالعه بودند. در مرحله بعد پرسشنامه اطلاعات دموگرافیکی و پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی Nattingham Health Profile برای هر دو گروه تکمیل شد. برای گروه آزمون برنامه ریزی آموزشی مطابق با مدل میکو انجام گردید. جهت فاز دوم مدل برنامه ریزی آموزشی میکو آگاهی، نگرش و عملکرد دو گروه توسط پرسشنامه مورد سنجش قرار گرفت. پس از اجرای برنامه آموزشی بیماران به مدت یکماه و یکسال بعد پیگیری شدند و مجدداً برای دو گروه پرسشنامه ها تکمیل شد. داده های پژوهش توسط نرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای مشخص شدن تداوم تاثیر آموزش بر کیفیت زندگی بیماران از Reapeated Measurement ANOVA استفاده شد.*

یافته ها: *کیفیت زندگی محاسبه شده با پرسشنامه NHP در ابعاد انرژی، خواب و انزوای اجتماعی در گروه آزمون از روند معنی داری در مقایسه ۳ مقطع زمانی نسبت به گروه شاهد برخوردار بود.*

نتیجه گیری: *مطالعه نشان داد که آموزش بهداشت دارای تاثیر مداوم بر کیفیت زندگی بیماران با عمل جراحی بای پاس عروق کرونر بود.*

واژگان کلیدی: *کیفیت زندگی، عمل جراحی بای پاس عروق کرونر، آموزش بهداشت.*

مقدمه

در میان بیماریهای غیرواگیر، بیماریهای قلبی- عروقی مهمترین علت مرگ و ناتوانی در کشورهای در حال توسعه تا سال ۲۰۲۰ شمرده می شوند (۱).

طبق گزارش WHO درمارس ۲۰۰۲ (فرودین ۸۱) ۲۲ درصد علل مرگ و میر در دنیا و ۳۵ درصد علل مرگ و میر در ایران (۹۱ هزار نفر) ناشی از بیماریهای قلبی – عروقی است (۲).

در سالهای اخیر موفقیتهای چشمگیری در کاهش عوارض و مرگ و میر ناشی از حوادث حاد کرونر حاصل شده است. با این حال امکان درمان فرآیند زمینه ساز یعنی آترواسکلروز و پیشگیری از عوارض حاد آن، چالش بزرگی برای محققین محسوب می شود (۳). آمارها درسطح جهانی نشان می دهد که اعمال جراحی قلب معمولترین نوع جراحی قفسه سینه را تشکیل می دهد (۴). تعداد اعمال جراحی بای پاس عروق کرونر در ایالات متحده از ۱۸۰۰۰۰ مورد در سال ۱۹۸۳ به ۳۰۰۰۰۰ مورد در سال ۱۹۹۳ رسیده است (۵). جنبه های مختلف کیفیت زندگی در بیماران متفاوت اهمیت خاصی دارد. در بیماریهای مزمن به خصوص به علت طول مدت و شدت

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده بهداشت، طاهره دهداری
(**email:** dehdarit@yahoo.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۳/۷/۷
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۳/۱۲/۹

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-10]

آنها ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی کیفیت زندگی دستخوش تغییر فراوان می شود. امروزه بسیاری از دولتها ارتقاء کیفیت زندگی را جزئی لاینفک از توسعه اجتماعی و اقتصادی می دانند (۶). Testa و همکاران در سال ۱۹۹۶ کیفیت زندگی را متشکل از ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی می دانند که محدود به تجارب، اعتقادات، انتظارات و ادراک بیمار می باشد (۷). آموزش بیمار به عنوان فرآیندی است که بر رفتار بیمار اثر می گذارد و در آگاهیها، نگرشها و مهارتهای لازم جهت حفظ سلامت، تغییر ایجاد می کند (۸).

مدل Mico's یک مدل برنامه ریزی در آموزش بهداشت می باشد. این مدل در ارتقاء سلامت نیز کاربرد دارد. مدل برنامه ریزی Mico's به ۶ فاز تقسیم بندی می شود که عبارتند از: فاز اول: ابتدایی (مقدماتی)، فاز دوم: ارزیابی و تشخیص نیازها، فاز سوم: تعیین اهداف، فاز چهارم: برنامه ریزی جهت فعالیتها، فاز پنجم: انجام فعالیتها و اجرای اقدامات، و فاز ششم: ارزشیابی از تأثیر قدامات انجام شده

بایستی توجه داشت که موفقیت یا شکست در هر برنامه ای وابسته به فاز اول می باشد. عنصرهای کلیدی در اینجا پی بردن به مسائل و مشکلات مددجویان، آگاهی یافتن از محیط و سیستمهای اطراف مددجو، انتخاب یک استراتژی متناسب با مددجو، ایجاد و توسعه یک برنامه تغییر متناسب با نیاز مددجو، آگاه ساختن مددجو از وجود مشکل به نحوی که خود آماده تغییرات و جویای حل مشکل گردند، می باشد.

در فاز دوم یعنی تشخیص نیازها، بیان می شود که تکنولوژی در جهت تشخیص نیازها بایستی ارزان قیمت، ساده و وابسته به اهداف باشد.

فاز سوم مرحله تعیین اهداف می باشد. Mico، هدف را نقطه ای در آینده می داند که کوششهای امروز را به طرف خود جهت می بخشد. او قرار دادن اهداف جزیی را مرحله ای ضروری به سمت اهداف کلی می داند چرا که، موفقیت در اهداف جزئی رسیدن به هدف کلی را تضمین می نماید.

در فاز چهارم که مرحله برنامه ریزی می باشد، برنامه ها نوشته می شوند و سیستمهای مدیریتی و ابزارهای لازم جهت مداخله تعیین می شوند. درفاز پنج نیز که مرحله اجرای فعالیتها می باشد، فعالیتها آغاز شده و گزارش دهی منظم از فعالیتها و پیشرفتها انجام می شود. بالاخره فاز ششم مرحله ارزشیابی از اقدامات و فعالیتها می باشد. در این فاز نیز به تعیین روش ارزشیابی، جمع آوری و آنالیز داده ها، تهیه گزارش از ارزشیابی و فیدبک از پیشرفت فعالیتها و استفاده از نتایج ارزشیابی برای تعریف مسأله، استانداردها، ماهیت و وسعت مسائل پرداخته می شود (۹). بدین ترتیب پژوهش حاضر با توجه به اهمیت بیماریهای قلبی عروقی(خصوصاً آترواسکلروز) و قابل پیشگیری بودن این بیماری و با توجه به اهمیت مبحث کیفیت زندگی برای این دسته از بیماران و نقش کلیدی آموزش برای افزایش کیفیت زندگی بیماران انجام شد.

مواد و روشها

این پژوهش یک تحقیق تجربی می باشد که با هدف تعیین تداوم تأثیرآموزش بهداشت در سه مقطع زمانی (قبل، ۱ ماه و ۱سال پس از عمل) برکیفیت زندگی بیماران با عمل جراحی بای پاس عروق انجام شده است. در ابتدای کار ۷۰ بیمار به روش نمونه گیری تصادفی ساده (تعیین افراد بوسیله قرعه) انتخاب شدند و در دو گروه آزمون و شاهد قرار گرفتند. در پایان یک سال ۷ بیمار از مطالعه خارج شدند. کلیه بیماران مرد بودند و در گروه سنی ۶۵-۴۰ سال قرار داشتند. تشخیص پزشکی همه بیماران آترواسکلروز عروق کرونر بود و همه بیماران جهت انجام عمل جراحی بای پاس کرونر در بیمارستان شهید رجایی بستری شده بودند. پس از تعیین گروههای آزمون و شاهد و بعد از تهیه ابزار پرسشنامه برای بررسی کیفیت زندگی بیماران، آزمون اولیه برای دو گروه آزمون و شاهد قبل از انجام عمل جراحی بای پاس عروق کرونر انجام گرفت. ضمنا پرسشنامه ها به صورت مصاحبه با بیمار تکمیل می گشت. در مرحله بعد برنامه ریزی آموزشی بر اساس مدل برنامه ریزی میکو جهت گروه آزمون انجام شد. مطابق با مدل میکو اولین فاز در واقع فاز ابتدایی می باشد که شالوده مراحل بعدی به شمار می آید. در این مرحله اقدام به شناسایی فرهنگ و محیط و سایر سیستمهای اطراف بیماران شد. جهت مرحله دوم مدل میکو یعنی شناسایی و تشخیص نیازهای بیماران پرسشنامه آگاهی، نگرش و عملکرد برای بیماران تکمیل شد. در فاز سوم مدل که مرحله تعیین اهداف می باشد به طور کلی اهداف در ۳ حیطه شناختی، عاطفی و روانی حرکتی تعیین شدند. جهت فاز چهارم مدل برنامه ریزی فعالیتها انجام شد. در فاز پنجم برنامه آموزشی که مطابق با نیاز بیماران طراحی شده بود، اجرا گشت.

در فاز ششم یعنی مرحله ارزشیابی، آگاهی، نگرش، عملکرد و در نهایت کیفیت زندگی بیماران پس از ۱ ماه و ۱ سال مورد سنجش قرار گرفت. قابل ذکر است که بیماران این بیمارستان ۱ ماه، ۳ ماه، ۶ ماه و ۱ سال پس از عمل برای مشاوره و معاینات لازم به درمانگاه بیمارستان قلب مراجعه می نمودند و

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-10]

تاریخ مراجعات آنها در کامپیوتر قسمت پذیرش درمانگاه ثبت می شد و پژوهشگر با توجه به این تاریخها و تماس تلفنی با بیماران به پیگیری نمونه ها پرداخت. اطلاعات به دست آمده برای حصول به نتیجه نهایی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

در این پژوهش ابزار گرد آوری اطلاعات شامل پرسشنامه بود. بخش اول پرسشنامه به اطلاعات دموگرافیکی اختصاص یافته بود. بخش دوم پرسشنامه مربوط به سنجش میزان آگاهی، نگرش و عملکرد بیماران مبتلا به آترواسکلروز است که در این قسمت ۶ سوال در حیطه آگاهی، ۱۲ سوال در حیطه نگرش و ۸ سوال در حیطه عملکرد طراحی شده است.

بخش سوم پرسشنامه، پرسشنامه استاندارد ناتینگهام است (Nottingham Health Profile) که خود ۶ بعد را مورد سنجش قرار می دهد: انرژی، درد، واکنشهای هیجانی، خواب، انزوای اجتماعی و فعالیت جسمی . در کل این پرسشنامه دارای ۳۸ سوال می باشد و ۶ گزینه در این پرسشنامه در نظر گرفته شده است شامل: همه اوقات، بیشتراوقات، بعضی اوقات، کم، به ندرت، هیچوقت. ضمناً جهت تعیین اعتماد علمی این پرسشنامه از روش آزمون مجدد استفاده شد و با استفاده از آزمون همبستگی اعتماد علمی پرسشنامه ۸۵٪ تعیین شد.

یافته ها

یافته ها نشان داد میانگین سنی بیماران گروه آزمون۵۳ و در گروه شاهد ۵۳/۷ سال بود. از نظر متغیر میزان تحصیلات در گروه آزمون سواد ابتدایی با ۳۱/۳ درصد (۱۰ نفر) و در گروه شاهد دبیرستانی با ۲۹ درصد (۹ نفر) بیشترین درصد و فراوانی را دارا بودند.

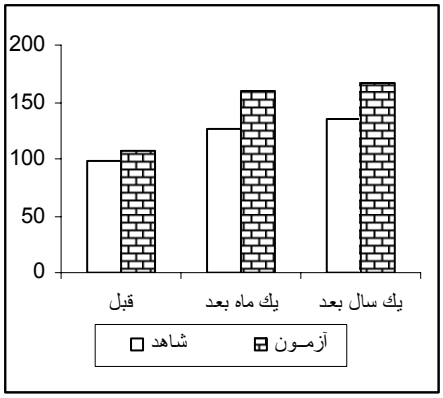
بیشترین فراوانی شغل در گروه آزمون و شاهد بازنشستگی بود (۳۱/۳ درصد در گروه آزمون و ۲۵/۸ درصد در گروه شاهد).

نتایج نشان داد که میانگین آگاهی در مرحله قبل، ۱ ماه و ۱ سال پس از مداخله در گروه شاهد به ترتیب برابر با ۱۷/۱۹، ۱۹/۷۷ و ۱۶/۶۴ بود و در گروه آزمون به ترتیب برابر با ۱۸/۹۰، ۲۳/۰۶ و ۲۱/۰۳ بوده است. ضمنا نتایج آزمون آنالیز واریانس در گروه شاهد نشان داد که تفاوت مرحله قبل و ۱ ماه بعد معنی دار ($p<۰/۰۰۹$) بوده است. تفاوت مرحله قبل و ۱ سال بعد معنی دار نبود (NS) و تفاوت مرحله ۱ ماه بعد و ۱ سال بعد نیز معنی دار بود ($p<۰/۰۰۲$). اما در گروه آزمون تفاوت در ۳ مرحله قبل، ۱ ماه و ۱ سال بعد معنی دار بود.

میانگین نگرش نیز در مرحله قبل، ۱ ماه و ۱ سال پس از مداخله در گروه شاهد به ترتیب برابر با ۳۲/۰۳، ۳۹/۱۳ و ۴۱/۲۹ بود و در گروه آزمون به ترتیب برابر با ۳۶/۵۳، ۴۳/۲۲ و ۴۶/۲۱ بوده است. ضمنا نتایج آزمون آنالیز واریانس در بعد نگرش در گروه آزمون و شاهد تفاوت معنی داری در ۳ مرحله قبل، ۱ ماه و ۱ سال بعد نشان داد.

میانگین عملکرد در ۳ مرحله قبل، ۱ ماه و ۱ سال پس از مداخله در گروه شاهد به ترتیب برابر با ۱۳/۶۱، ۱۶/۵۸ و ۱۷/۰۶ بود و در گروه آزمون به ترتیب برابر با ۱۴/۱۸، ۱۷/۰۶ و ۱۸ بوده است. آزمون آنالیز واریانس در گروه شاهد نشان داد که تفاوت مرحله قبل و ۱ ماه بعد معنی دار ($p <۰/۰۰۰۰۱$) بوده است. تفاوت مرحله قبل و ۱ سال بعد هم معنی دار بوده است ($p <۰/۰۰۰۰۱$) و تفاوت مرحله ۱ ماه بعد و ۱ سال بعد معنی دار نبوده است (NS). اما در گروه آزمون تفاوت در ۳ مرحله قبل، ۱ ماه و ۱ سال بعد معنی دار بود.

نتایج نشان داد که میانگین کیفیت زندگی که با پرسشنامه NHP تکمیل شده، در گروه شاهد قبل از آموزش ۹۸/۸، یک ماه بعد ۱۲۵/۷ و یک سال بعد ۱۳۵/۷ بود. در گروه آزمون این مقادیر به ترتیب ۱۰۶/۹، ۱۵۹/۰۳ و ۱۶۷/۳۴ بود. آزمون آماری t تفاوت معنی داری بین کیفیت زندگی دو گروه قبل از مداخله نشان نداد (NS) (نمودار ۱).

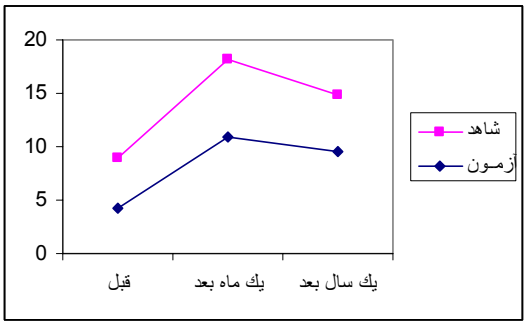


نمودار ۱- مقایسه میانگین کیفیت زندگی در گروه آزمون و شاهد با استفاده از پرسشنامهNHP

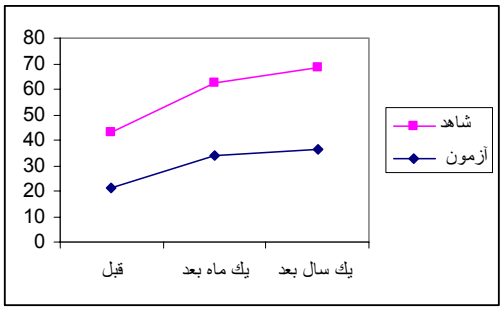
نتایج پژوهش در مورد ابعاد پرسشنامه کیفیت زندگی NHP نشان داد که در بعد انرژی در گروه شاهد در مرحله قبل نسبت به یک ماه بعد تفاوت معنی دار بوده است ($p<۰/۰۲$) اما یک سال بعد نسبت به قبل تفاوت معنی دار نبوده است (NS). تفاوت بین یک ماه بعد و یک سال بعد معنی دار بود ($p<۰/۰۲$). در گروه آزمون تفاوتهای معنی داری در سه مرحله دیده می شود ($p<۰/۰۰۰۰۱$). در مورد بعد درد در گروه شاهد و آزمون مشاهده می شود که تفاوت بین سه مرحله

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-10]

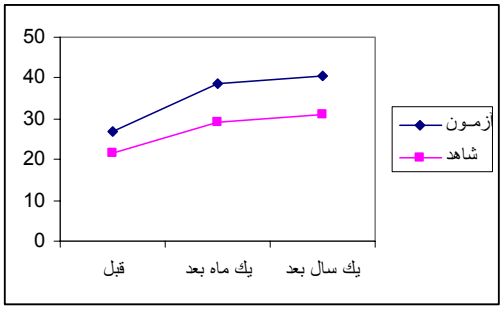
معنی دار بوده است که این امر نشاندهنده تاثیر عمل بای پاس بر کاهش درد می باشد. در مورد بعد سلامت روانی در گروه آزمون و شاهد تفاوت قبل و یک ماه بعد و یک سال بعد معنی دار بوده است (p<۰/۰۰۰۱) اما یک سال بعد نسبت به یک ماه بعد در گروه آزمون و شاهد تفاوت معنی دار نبوده است (NS). در مورد بعد خواب تفاوت در سه مرحله در گروه آزمون معنی دار بوده است. اما در گروه شاهد تفاوت قبل و یک ماه بعد معنی دار نبوده است (NS) اما تفاوت قبل و یک سال بعد معنی دار بوده است (p<۰/۰۴). در مورد بعد انزوای اجتماعی تفاوت در سه مرحله در گروه آزمون معنی دار بوده است اما در گروه شاهد تفاوت در سه مرحله معنی دار نبوده است (نمودارهای ۲ تا ۶).



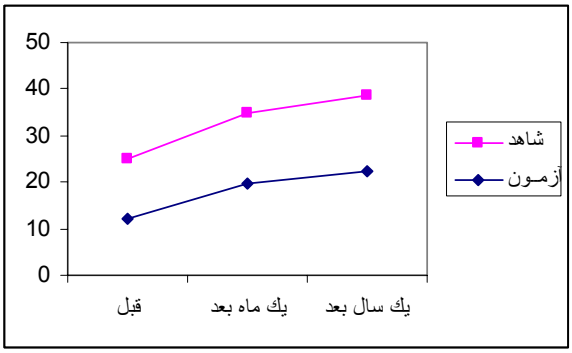
نمودار ۲- میانگین نمرات گروه آزمون و شاهد در بعد انرژی



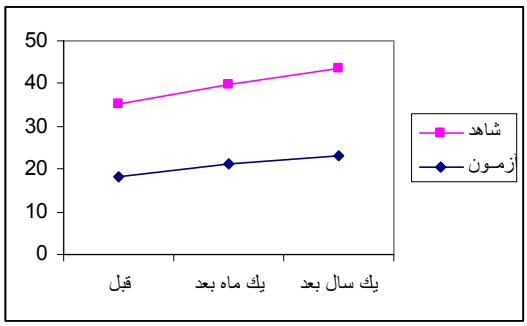
نمودار ۳- میانگین نمرات گروه آزمون و شاهد در بعد درد



نمودار ۴- نمرات گروه آزمون و شاهد در بعد سلامت روانی



نمودار ۵- میانگین نمرات گروه آزمون و شاهد در بعدخواب



نمودار ۶- میانگین نمرات گروه آزمون و شاهد در بعد انزوای اجتماعی

بحث

این پژوهش نشان داد که آموزش بهداشت دارای تاثیر مداوم برکیفیت زندگی بیماران با عمل جراحی بای پاس عروق کرونر در مقایسه سه مقطع زمانی بوده است. با توجه به جستجوهای پژوهشگر تاکنون در سطح دنیا پژوهشی با این شکل انجام نشده است، هرچند مطالعات نزدیک به موضوع پژوهش انجام شده که در زیر در مورد آنها بحث می شود. از آنجایی که ارزشیابی تاثیر برنامه آموزش بهداشت در ضمن برنامه و پایان آن لازم می باشد و ارزشیابی از گروههای مردم یا افراد را می توان بوسیله سؤالات چهره به چهره یا پرسشنامه یا پرسیدن از آنها یا مشاهده تغییر رفتار انجام داد بهتر است که رفتار به دفعات مختلف مشاهده و تصدیق گردد تا اطمینان حاصل شود که رفتار مداوم می باشد. با توجه به هدف پژوهش حاضر که تعیین تداوم تاثیر آموزش بهداشت بر کیفیت زندگی بیماران بود، نتایج نشان دادند که کیفیت زندگی محاسبه شده با پرسشنامهNHP در گروه آزمون در ابعاد انرژی، خواب و انزوای اجتماعی از روند معنی داری در مقایسه ۳ مقطع زمانی نسبت به گروه شاهد برخوردار بوده است.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-10]

نتایج گویای این واقعیت است که در مقایسه مقطع زمانی قبل از عمل و یک ماه پس از عمل ابعاد بیشتری از کیفیت زندگی بواسطه هر دو پرسشنامه از روند معنی داری در گروه آزمون برخوردار بوده است. می توان به این نتیجه رسید که آموزش را بایستی از طرق مختلف تکرار نمود چرا که تکرار نکات لازم در طول زمان خواهد توانست باعث ارتقاء رفتارها و هنجارها در بیمار شود.

Lisspers درسال ۲۰۰۳ مطالعه ای بمنظور توصیف مدل مداخله ای و آنالیز نتایج بدست آمده در گروهی از شرکت کنندگان انجام داد. در این مطالعه تعداد نمونه ۲۹۲ نفر بود که همگی سابقه انفارکتوس حاد میوکارد، جراحی بای پاس عروق کرونر ویا آنژیوپلاستی کرونری داشتند. این پژوهش، بیشتر بر آموزش بهداشت و ایجاد تغییرات مطلوب در سبک زندگی متمرکز بود. بیماران بمدت یکسال پیگیری شدند. نتایج بدست آمده نشان داد که بعد از یکسال، میزان ناخوشی و مرگ و میردر این گروه کاهش قابل ملاحظه ای پیدا کرد و بهبودی معنی داری در میزان چربی خون، توانایی انجام ورزش، شاخص توده بدن، متغیرهای روانی، استرس، رژیم غذایی و استعمال دخانیات بوجود آمد. در کل این برنامه آموزشی یک اثر مطلوب بر کیفیت زندگی و بازتوانی بیماران و همچنین پیشگیری ثانویه از بیماری شریان کرونر داشت (۱۱).

در مطالعه ای در سال ۲۰۰۲ که توسط Smith و همکاران انجام شد،۱۸۳ بیمار که تحت عمل بای پاس قرار گرفته بودند انتخاب شده و پرسشنامه Sf-36 برای سنجش تأثیر برنامه های بازتوانی پس از عمل بای پاس برای دو گروه آزمون و شاهد تکمیل گشت. نتایج مطالعه نشان داد که پس از اجرای برنامه های بازتوانی که آموزش در آن سهم عمده ای دارا بود، در حیطه عملکرد جسمی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی و محدودیت نقش جسمی تفاوت معنی داری بین دو گروه دیده شد (۱۲).

Johnston و همکاران، در سال ۱۹۹۹ در تحقیقی که بر بیماران سکته قلبی انجام دادند، بیماران گروه آزمون را تحت مشاوره و مداخله آموزشی (راجع به بیماری، ریسک فاکتورها و درمان) قرار دادند. نتایج مطالعه نشان داد که میزان آگاهی، سطوح اضطراب و رضایت بیمار از خدمات در دو گروه آزمون و شاهد تفاوت معنی داری داشت (۱۳).

Nel و همکاران در سال ۱۹۹۳ در مطالعه ای نیمه تجربی که شامل ۲ گروه آزمون و ۲ گروه شاهد بود به سنجش اثربخشی آموزش قبل از عمل جراحی بای پاس بر نگرشهای هیجانی بیماران پرداختند. نتایج نشان داد که هیجان بیمار فاکتور موثری بر افزایش مرگ و میر در بیماران است. این مطالعه تأثیر آموزش بر۳ فاکتور مهم شامل رضایت از خود، هدایت خود و پذیرش آینده را مورد بررسی قرار داد و آنالیز تغییرات در گروه آزمون و شاهد نشاندهنده تأثیر مثبت آموزش بر این جنبه ها و همچنین بر رفتار و تغییر سبک زندگی در میان گروه آزمون بود (۱۴).

در سال ۱۳۸۰ توسط باقری تحقیقی راجع به تأثیر برنامه مشاوره گروهی بر کیفیت زندگی بیماران پس از انفارکتوس میوکارد انجام شد. در این مطالعه، جمعا۶۲ بیمار در دو گروه آزمون و شاهد قرار داشتند. برای گروه آزمون برنامه مشاوره در ۸-۶ جلسه انجام شد. نتایج این تحقیق پس از ۱ ماه نشان داد که نمره کیفیت زندگی قبل و بعد از مشاوره در گروه آزمون با ($p<۰/۰۰۱$) تفاوت معنی داری داشته است در حالی که در گروه شاهد این تفاوت معنی دار نبوده است (۱۵).

احمدزاده در سال ۱۳۷۹ در تحقیقی تأثیر آموزش بهداشت بر سطح اضطراب بیماران جراحی پیوند عروق کرونر قلب را مورد سنجش قرار داد. در این پژوهش ۴۰ بیمار گروه آزمون قبل از عمل جراحی پیوند عروق کرونر تحت مداخله آموزشی قرار گرفتند و بصورت عملی با واحدC.C.U آشنا شدند. نتایج این پژوهش نشان داد که تفاوت معنی داری میان کاهش اضطراب در دو گروه آزمون و شاهد به وجود آمد. کاهش اضطراب موقعیتی ($p=۰/۰۰۲$)، اضطراب شخصیتی ($p=۰/۰۰۰۱$) و اضطراب کل ($p=۰/۰۰۰۰۱$) در گروه آزمون نسبت به شاهد بیشتر بود (۱۶).

در تحقیقی که توسط حیدرنیا انجام شد، ۲۰۷ نفر بیمار مبتلا به سکته قلبی به دو گروه آزمون و شاهد تقسیم شدند. در گروه آزمون مداخله آموزشی اجرا گشت. هدف این پژوهش طراحی مدل آموزش بهداشت در پیشگیری از سکته قلبی مجدد برای بیماران مبتلا به عروق کرونری قلب بود. نتایج مطالعه نشان داد که ۱۶/۹ درصد کل افراد پس از یک ماه دچار سکته قلبی بار دوم شدند. میزان وقوع سکته مجدد در گروه شاهد ۲۱/۸ درصد و در گروه آزمون پس از آموزش به ۱۲/۳ درصد تقلیل یافت (۱۷). می توان نتیجه گرفت که برنامه ریزیهای آموزشی منسجم و بر پایه نیاز مخاطبین در هر زمان مهمترین سلاح در جهت پیشگیری و کنترل آترواسکلروز و اختلالات کرونر قلب و افزایش کیفیت در زندگی این بیماران است. اهمیت توجه روز افزون به کیفیت زندگی این بیماران بر کسی پوشیده نیست. لذا تمام کارکنان در بخش پزشکی و بهداشت بایستی مداخلات کلینیکی و اقدامات ویژه خود را بر پایه افزایش کیفیت زندگی در این بیماران قرار دهند و آموزش

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-10]

را به عنوان پرچمدار تلاشهای خود مدنظر داشته باشند. گسترش روز افزون حوادث کرونری بایستی ما را به جستجوی راه حلهای عملی در جهت کنترل و پیشگیری از وقوع این بیماری هدایت نماید و در این میان افزایش سطوح آگاهی، نگرش و عملکرد در افراد جامعه بواسطه آموزش امری بدیهی می باشد و مستلزم اقدامات و برنامه ریزیهای گسترده در سطح جامعه می باشد.

REFERENCES

1. Murraj CJL, Lopez AD. Alternative projective of mortality and disability by cause. Gloohac Burden of Disease Study 1997; 349: 1498-1504.
2. World Health Organization. Fighting heart disease and stroke. 17 march 2002. available at: http: //www. Who. Into / world – health [22 march 2002].

۳. اصول طب داخلی هاریسون ۲۰۰۱. بیماریهای قلب و عروق. ترجمه علیرضا فتح اللهی. انتشارات ارجمند، تهران، چاپ اول، سال ۱۳۸۰، صفحه ۳۳۰.

4. Lyerth K, Gaynor W. The handbook of surgical intensive care, practice of surgical resident of the Duke University Medical Care. 3rd ed. St Louis; Mosby: 1992.
5. Braunwald RL, editor, Heart disease; A Text of Cardiovascular Medicine. 5th ed. Philadelphia; W B Saunders: 1997.
6. Park K, editor. Parks' Text book of Preventive and Social Medicine .14th ed. India: 1995.
7. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcome. N Engl J Med 1996; 334: 835-40.
8. Rankin S, Karlin L, editors. Patient Education Issue, Principles and Guidelines. Philadelphia; Lippincott: 1983. p.78.
9. Butler JT, editor. Principles of Health Education and Health Promotion. 3rd ed. Delauare State University; 2000. p. 276-79.
10. Media Advice-heart disease-prevention is better cure. Available at wwww.Med.advice.com.au/heart.htm,2001.
11. Health-Related Quality of life, National Center for Chronic Disease and Health Promotion. Available at: www. cdc. Gov/hrqol/index. Htm,2000.
12. Smith LN, Belcher PR. Experience of cardiac rehabilitation after coronary artery surgery: effects on health and risk factors. Int J Cardiol 2002; 23: 1221-24.
13. Johnston DW, Foulkes J, Johnston M, PollardB, Gudmundsd H. Impact of patients and partners of in patients and extended cardiac course: A control trial. Psychosom Med 1999; (24): 52-53.
14. Nel E, Uys HH. The effect of preparative teaching on the emotional attitude of patients undergoing coronary bypass surgery.Curations1993; 1(1): 2-10.

۱۵. باقری حسین. بررسی تأثیر برنامه مشاوره گروهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکته قلبی مراجعه کننده به درمانگاههای بیمارستانهای وابسته به دانشگاههای علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۰. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری داخلی - جراحی. دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۸۰.

۱۶. احمدزاده معصومه. بررسی تأثیر آموزش بهداشت بر سطح اضطراب بیماران قبل از عمل جراحی پیوند عروق کرونر در بیمارستان امام خمینی تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۷۹.

۱۷. حیدرنیا علیرضا. طراحی مدل آموزش بهداشت در پیشگیری از سکته مجدد برای بیماران مبتلا به عروق کرونر قلب. پایان نامه دکتری آموزش بهداشت، دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۷۳.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-10]