

## تأثیر برنامه آموزشی بر آگاهی و نگرش بیماران مبتلا به آنژین صدری ناپایدار در بیمارستانهای دانشگاهی شهر مشهد؛ نتایج یک مداخله

دکتر محمدرضا شیدفر<sup>۱</sup> - دکتر مصطفی حسینی<sup>۲</sup> - دکتر داوود شجاعی زاده<sup>۳</sup> - دکتر نازیلا اساسی<sup>۴</sup> -  
دکتر فرشته مجلسی<sup>۵</sup> - دکتر سعید ناظمی<sup>۶</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** بیماران مبتلا به آنژین صدری ناپایدار، بیش از نیمی از موارد بستری در بخش مراقبتهای ویژه قلبی را تشکیل می‌دهند. بستری شدن مجدد بسیاری از این بیماران، ناشی از نداشتن اطلاعات کافی و عدم پیروی از توصیه‌های پزشکی است. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر مداخله آموزشی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در میزان آگاهی و نگرش بیماران بستری مبتلا به آنژین صدری ناپایدار انجام شد.

**روش تحقیق:** در این مطالعه مداخله‌ای، ۱۸۰ بیمار بستری مبتلا به آنژین صدری در دو گروه مداخله و شاهد (هر گروه ۹۰ نفر) مورد مطالعه قرار گرفتند. پرستاران و پزشکان تعلیم‌یافته بخش قلب و عروق یکی از بیمارستانهای دانشگاهی شهر مشهد، به مدت ۲ ماه به آموزش بیماران گروه مداخله پرداختند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه و مصاحبه جمع‌آوری و سپس با استفاده از نرم‌افزارهای آماری SPSS (11.5) و STATA (8.0) و آزمونهای Chi-Square و آنالیز کوواریانس، در سطح معنی‌داری  $\alpha=0/05$  مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** پس از تعدیل برای اثر نمره اولیه میزان آگاهی افراد مورد مطالعه، میانگین این نمره در گروه مداخله به طور معنی‌داری بیش از گروه شاهد بود ( $P<0/0001$ )؛ همچنین انجام مداخله باعث مطلوبتر شدن وضعیت نگرش در گروه مداخله شد ( $P<0/0001$ ). هیچ تغییر بارزی در این متغیرها در این گروه مشاهده نشد.

**نتیجه‌گیری:** امکان بهره بردن از قابلیت‌های آموزشی پرستاران در ارتقای آگاهی و تغییر جهت مطلوب نگرشهای بیماران به میزان قابل توجه و ثمربخشی وجود دارد؛ بنابراین شایسته است به منظور ارتقای کیفیت زندگی بیماران قلبی، ارائه خدمات آموزشی توسط پرستاران با برنامه‌ریزی مدون انجام پذیرد.

**واژه‌های کلیدی:** آگاهی؛ نگرش؛ مداخله آموزشی؛ مدل اعتقاد بهداشتی؛ آنژین صدری ناپایدار

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند (دوره ۱۴؛ شماره ۱؛ بهار سال ۱۳۸۶)

دریافت: ۱۳۸۵/۶/۲۷ اصلاح نهایی: ۱۳۸۵/۱۰/۵ پذیرش: ۱۳۸۵/۱۰/۱۲

<sup>۱</sup> نویسنده مسؤول؛ استادیار گروه آموزشی بهداشت عمومی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد  
آدرس: مشهد- میدان فلسطین- دانشگاه علوم پزشکی مشهد- دانشکده علوم پیراپزشکی و بهداشت  
تلفن: ۰۵۱۱-۷۶۱۰۱۱۱-۳؛ شماره: ۰۵۱۱-۷۶۲۸۰۸۸؛ پست الکترونیکی: m-shidfar@mail.mums.ac.ir

<sup>۲</sup> دانشیار گروه آموزشی اپیدمیولوژی و آمار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

<sup>۳</sup> استاد گروه آموزشی خدمات بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

<sup>۴</sup> استادیار گروه آموزشی اپیدمیولوژی و آمار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

<sup>۵</sup> دانشیار گروه آموزشی خدمات بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

<sup>۶</sup> استادیار گروه آموزشی قلب و عروق، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مشهد

## مقدمه

پیشگیری سطح دوم به دنبال یک بیماری مهم قلبی، تحت تأثیر ادراک آنها از شرایطشان قرار می‌گیرد (۱۰) و افراد، عوامل خطر شناخته شده برای بیماری قلبی را در محاسبات شخصی خویش بازشناسی می‌کنند، اما به نتیجه‌ای دست می‌یابند که سوگیری خوش‌بینانه سنجش میزان خطر (تمایل به این باور که عوامل خطر، احتمال خطر ابتلا را در سایر افراد نشان می‌دهد نه در خود ایشان) شناخته می‌شود و این تمایل به مستثنی کردن خود از احتمال خطر (بخصوص عوامل خطر رفتاری)، شدت متأثر از ادراک فرد در این زمینه است و این ادراک می‌تواند بر تمایل فرد برای تغییر رفتار وی تأثیر بگذارد (۱۱).

پژوهشها نیز نشان می‌دهند برای مؤثر واقع شدن خدمات پیشگیری سطح دوم، ضرورت دارد پزشکان و پرستاران از آگاهی و نگرش بیماران آگاه باشند تا آموزش بهداشت را به نحو مؤثر ارائه نمایند (۱۲)؛ به همین دلیل در پژوهش حاضر برای شناسایی نگرشهای بیماران مورد مطالعه، از مدل باور بهداشتی\* که یکی از کاربردی‌ترین نظریه‌های مطالعه رفتار مرتبط با سلامتی است و مرور دقیق ۴۸ مطالعه آموزش به بیمار نیز نشان داده است که چارچوب با ارزشی برای توضیح رفتار مرتبط با سلامتی است (۱۳) و همچنین نظریه کانون کنترل بر سلامتی† (به دلیل ارتباط آن با تمایل فرد برای اتخاذ رفتارهای خود مراقبتی و نقش این رفتارها در تعیین پیش‌آگهی وضعیت بیمار)، استفاده شده است.

بر اساس این مدل، برای آن که فرد رفتار پیشگیری‌کننده در برابر بیماری اتخاذ کند باید:

۱- احساس کند که بیماری پیامدهای جدی در بر دارد (شدت درک شده).

۲- احساس کند که رفتار پیشگیری‌کننده منافی (از طریق پیشگیری از ابتلا و یا از طریق کاهش عوارض آن) برای وی در بر دارد (منافع درک شده).

۳- احساس کند که شخصاً حساسیت و استعداد ابتلا به

در میان بیماریهای ایسکمیک قلبی، مبتلایان به آئزین صدری ناپایدار درصد کثیری از موارد پذیرش در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی را تشکیل می‌دهند و در معرض احتمال زیاد بستری مجدد نیز قرار دارند (۱). در بسیاری از موارد، بستری مجدد این بیماران، ناشی از نداشتن اطلاعات کافی و عدم پیروی از توصیه‌های پزشکی است (۲). اغلب عوامل خطر بیماریهای قلبی با رفتار و آگاهی مرتبط می‌باشند و یکی از ابزارهای اساسی در تغییر سبک زندگی بیمار، وجود برنامه آموزش به عنوان جزئی از مراقبتها است. تحقیقات نشان داده‌اند که آموزش بیمار بر کاهش رفتارهای مرتبط با عوامل خطر و نیز افزایش رفتارهای سالم تأثیر بسزایی دارد و به طور کلی اقدامی است دارای توجیه اقتصادی کاملاً ملموس. به طور متوسط برای هر دلار که صرف آموزش بیمار شود، ۳ تا ۴ دلار صرفه‌جویی می‌شود (۳). هنگامی که به بیماران اطلاعاتی ارائه می‌شود که ممکن است به آنها کمک کند احساس بهتری از حال خود داشته باشند یا در علائم خود بهبودی حاصل کنند، ممکن است برای یادگیری انگیزه بیشتری پیدا کنند. 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 (۴)، بلکه موجب صرفه‌جویی در هزینه‌های پیشگیری و درمان نیز خواهد شد (۵)؛ از طرفی بیماران برای اطلاعاتی که از کارکنان درمانی دریافت می‌کنند، ارزش قائل هستند (۶). بیماران پرستاران را به عنوان منبع ارائه توصیه‌های صحیح در زمینه سبک زندگی می‌شناسند و همچنین آنان را در دسترس و صمیمی‌تر تلقی می‌کنند (۷).

یافته‌های حاصل از کارآزمایی‌های مختلف نیز نشان می‌دهند که مداخلات اجرا شده از سوی پرستاران در این زمینه مؤثر است (۸)؛ با این همه ظرفیت درمانی بسیار بالای آموزش بیمار کمتر مورد استفاده قرار می‌گیرد (۹).

از سوی دیگر، تمایل بیماران به پذیرش راهبردهای

\* Health Belief Model

† Health Locus of Control

یکی از دو بیمارستان، پیشگیری از تأثیر تدریجی ارتباط بین بیماران و یا پرستاران با هم، بر روی گروه شاهد بود. شایان ذکر است که خلاصه اهم اجزای مداخله آموزشی در این مطالعه بدین شرح است:

- برگزاری کارگاه برای ارائه‌دهندگان برنامه مداخله آموزشی (متخصص قلب و پرستار بخش قلب) به منظور آشنایی با مبانی آموزش بهداشت، ارتباطات و مشاوره - برگزاری جلسات آموزشی انفرادی پس از گذر از مراحل حاد بیماری (معمولاً با شرکت همسر یا یکی از اعضای خانواده) در ۳ جلسه

- تشکیل یک جلسه آموزشی توسط پرستار مسؤول تریخیص بیمار برای عضوی از خانواده بیمار که پیگیریهای درمانی وی را برعهده داشت.

- ارائه جزوه آموزشی در زمینه عوامل خطر و نقش آنها در تشدید یا تعدیل بیماری

- برگزاری جلسات آموزش پس از تریخیص بیمار، بر اساس طرح درس از پیش تدوین شده و با استفاده از روشهای آموزشی مؤثر در هفت جلسه گروهی و دو جلسه انفرادی در مدت حدود ۲ ماه توسط پرستار با هدف آشنایی بیمار با اهمیت تغییر سبک زندگی و خود مراقبتی و نقش رفتار در بهبود یا تشدید بیماری، کمک به بیمار برای افزایش خود کارآمدی و اعتماد بنفس در انجام رفتار بهداشتی و افزایش کنترل بر سلامتی خویش

- تشکیل یک جلسه مشترک (حداقل هفته‌ای دو بار) برای هماهنگی در زمینه ارائه اطلاعات مورد نیاز بیماران با شرکت پزشک، پرستار و کارشناس تغذیه

- تأکید پزشک معالج بر توجه بیمار به آموزشها در هر بار مراجعه وی برای پیگیری امور درمانی برنامه‌های آموزشی، موضوع و مدت آن به شرح زیر می‌باشد:

- آموزش بیمار هنگام بستری بودن در بیمارستان در سه جلسه هر یک به مدت ۳۰-۴۰ دقیقه شامل: توضیح اهداف،

آن بیماری را دارد (حساسیت درک شده).

۴- موانع درک‌شده از قبیل درد، زحمت یا مخارج، نبایستی بیش از منافع درک شده آن اقدام بهداشتی باشد.

۵- راهنما برای عمل به عنوان محرکی برای برانگیختن توجه به رفتار مورد نظر عمل کند.

مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان تأثیر برنامه آموزش بیمار بر سطح آگاهی و وضعیت نگرش بیماران در مورد شدت بیماری قلبی، حساسیت آنان در برابر این بیماری، منافع و موانع اتخاذ رفتار مرتبط با بیماری و میزان کنترل آنان بر سلامتی خود انجام شد.

## روش تحقیق

در این مطالعه که به صورت کارآزمایی بالینی شاهددار انجام شد، ۱۸۰ بیمار که طی دو ماه اول سال ۱۳۸۲ 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 به طور تصادفی به عنوان گروه مداخله (۹۰ نفر)، و بیماران بیمارستان دیگر به عنوان گروه شاهد (۹۰ نفر) در نظر گرفته شدند. با استفاده از روش حداقل‌سازی\*، دو گروه بیماران از نظر توزیع سنی، جنس و طبقه اجتماعی- اقتصادی با یکدیگر همسان شدند.

پرستاران و پزشکان بخش قلب و عروق بیمارستان گروه مداخله به مدت پنج روز تحت آموزش قرار گرفتند و به مدت دو ماه به آموزش بیماران گروه مداخله پرداختند.

اطلاعات قبل و بعد از مداخله آموزشی، با فاصله زمانی دو ماه، با استفاده از پرسشنامه و مصاحبه، در دو گروه مداخله و شاهد، جمع‌آوری و مورد مقایسه قرار گرفت.

خاطر نشان می‌شود که یکی از دلایل اجرای مداخله در

\* Minimization

بیماران در سازگاری با وضعیت بیماری خود، تمرین تصمیم‌گیری و تسهیل غلبه بر موانع رفتاری و تغییر رفتار. ابزار اصلی جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه‌ای بود که پایایی و روایی آن مورد ارزیابی‌های لازم قرار گرفته و در حد مطلوب شناخته شده بود. این پرسشنامه علاوه بر اطلاعات زمینه‌ای و فردی شامل دو بخش آگاهی در زمینه نقش قلب در بدن، علل ابتلا به بیماریهای قلبی، روشهای درمانی بیماری قلبی، تمکین بیمار از پزشک، رفتارهای زیانبار و تشدیدکننده درد در آنژین صدری ناپایدار (۴۱ سؤال) و نگرش در زمینه شدت درک‌شده، حساسیت درک‌شده، منافع درک‌شده، موانع درک‌شده، کانون کنترل بر سلامتی و راهنما برای عمل (۵۶ سؤال) بود.

شدت درک‌شده و حساسیت درک‌شده در این پژوهش به شیوه مقیاس لیکرت، نمره‌دهی به صورت کاملاً موافق (۵)، موافق (۴)، بی‌نظر (۳)، مخالف (۲) و کاملاً مخالف (۱)، برای بررسی این ادراک در نظر گرفته شد.

با توجه به وضعیت اولیه این ادراک در افراد نمونه و بر اساس اهداف پژوهش، پاسخ در حد کمتر از ۵۵٪ به عنوان نگرش نامطلوب، در حد ۵۵٪-۸۵٪ به عنوان نگرش متوسط و در حد بیش از ۸۵٪ به عنوان نگرش مطلوب، در نظر گرفته شد.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS (11.5) و STATA (8.0) و آزمونهای آماری Chi-Square، برای مقایسه فراوانی جنسی، سنی، سطح تحصیلات و وضعیت شغلی دو گروه قبل از مداخله آموزشی و آنالیز کوواریانس، برای مقایسه میانگین تغییر (تفاضل) پدیدآمده در وضعیت هر متغیر مورد مطالعه قبل و بعد از مداخله آموزشی، در سطح معنی‌داری  $\alpha=0/05$  مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

### یافته‌ها

در این مطالعه ۱۸۰ بیمار مبتلا به آنژین صدری ناپایدار در دو گروه مداخله و شاهد (هر گروه ۹۰ بیمار) مورد مطالعه

ویژگیها و سودمندی برنامه (مداخله آموزشی پیشنهادی) و تشریح تأثیر آن بر پیش‌آگهی بیماری، آموزش مهمترین نکات مورد نیاز بیمار برای دوران پس از ترخیص، آشنا نمودن بیمار با اهمیت و ضرورت تغییر در سبک زندگی، تلاش در جهت پذیرش این باور از سوی بیمار که سبک زندگی جدید تنبیه‌کننده نیست بلکه به معنی کیفیت جدیدی از زندگی است؛ شناسایی باورها و نگرشهای بیماران در زمینه بیماریشان

- آموزش بیمار پس از ترخیص در هفت جلسه آموزش گروهی و دو جلسه آموزش انفرادی شامل: آشنایی با روشهای تشخیصی و درمانی بیماری قلبی و ویژگیهای متمایزکننده هر یک، آشنایی با بیماری آنژین صدری ناپایدار، آشنایی با اهمیت متابعت (تمکین) بیمار از توصیه‌های پزشکی تجویز شده توسط پزشک معالج، آشنایی با رفتارهای مولد درد آنژین صدری ناپایدار، آشنایی با اهمیت تغییر سبک زندگی و خود مراقبتی و رابطه بین رفتار و بیماری، آشنایی با نقش اعتیادات، عادات تغذیه‌ای، تحرک بدنی در بهبود یا بدتر شدن بیماری، آشنایی با نقش تنش در تشدید بیماری و شیوه‌های کنترل آن و مقابله با عوارض عاطفی بیماری، کمک به بیمار برای افزایش خود کارآمدی و اعتماد به نفس در انجام رفتار بهداشتی و افزایش کنترل بر سلامتی خویش و بهبود کیفیت زندگی ایشان، آشنایی با اهمیت نگرشها و باورهای بیمار در بهبود یا تشدید بیماری، کمک به بیمار در کاهش موانع خانوادگی مؤثر بر رفتار مثبت بهداشتی.

سه جلسه از جلسات آموزشی به صورت بحث گروهی در گروههای ۵-۸ نفره برگزار گردید و در آن از روشهای بحث گروهی دورها\*، افکار فراقفنی‌شده† و خودآشکارسازی‡ استفاده شد.

اهداف این جلسات عبارت بود از: افزایش خودآگاهی بیماران، کاوش در ارزشها و آشکارسازی آنها، کمک به

\* Rounds

† Brainstorms

‡ Self Revelation

جدول ۱- مشخصات فردی بیماران در گروههای مداخله و شاهد

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

جدول ۲- توزیع فراوانی تغییر وضعیت آگاهی قبل و بعد از آموزشها در دو گروه مداخله و شاهد

وضعیت تغییر	گروه مداخله		گروه شاهد	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
افزایش یافته	۸۱	۹۵/۳	۲۲	۲۶/۲
تغییری نکرده	۰	۰	۴۱	۴۸/۸
کاهش یافته	۴	۴/۷	۲۱	۲۵
جمع	۸۵	۱۰۰	۸۴	۱۰۰
میانگین و انحراف معیار تفاضل	۱۰/۷۴±۷/۱۴		-۰/۲۳±۲/۳۹	
نتیجه تحلیل کوواریانس	P<۰/۰۰۰۱			

جدول ۳- توزیع فراوانی تغییر وضعیت شدت درک شده قبل و بعد از آموزشها در دو گروه مداخله و شاهد

وضعیت تغییر	گروه مداخله		گروه شاهد	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
مطلوبتر شده	۷۸	۹۱/۸	۳۴	۴۰/۵
تغییری نکرده	۴	۴/۷	۰	۰
نامطلوبتر شده	۳	۳/۵	۵۰	۵۹/۵
جمع	۸۵	۱۰۰	۸۴	۱۰۰
میانگین و انحراف معیار تفاضل	۷/۳۹±۴/۷۱		-۰/۷۵±۵/۹۰	
نتیجه تحلیل کوواریانس	P<۰/۰۰۰۱			

قرار گرفتند. جدول ۱ توزیع سنی، جنسی، شغلی و تحصیلات این بیماران را نشان می‌دهد.

مشخصه‌های فردی در دو گروه مورد مطالعه با هم تفاوت معنی‌دار نداشتند ( $P>۰/۰۵$ ) و همسان‌سازی دو گروه به صورت مناسبی انجام شده بود؛ به طور مثال درصد مردان در دو گروه مداخله و شاهد به ترتیب ۵۸/۹٪ و ۶۲/۲٪ بود و درصد افراد با تحصیلات دیپلم و بالاتر در دو گروه نیز ۳۴/۵٪ و ۳۷/۷٪ بود؛ همچنین فراوانی سنی بیماران مورد مطالعه در گروههای ۳۰-۳۹، ۴۰-۴۹، ۵۰-۵۹، ۶۰-۶۹ و ۶۹-۶۰ در گروه مداخله به ترتیب ۱۰٪، ۳۴/۴٪، ۲۱/۱٪ و ۳۴/۴٪ و در گروه شاهد ۱۱/۱٪، ۳۱/۱٪، ۲۵/۶٪ و ۳۲/۲٪ بود.

در آغاز مطالعه تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات مجموع آگاهی بیماران در زمینه بیماری قلبی در دو گروه وجود نداشت ( $P=۰/۵۴$ )؛ اما نمره مربوطه در ۹۵/۳٪ از افراد گروه مداخله پس از انجام مداخله آموزشی افزایش یافت و آگاهی آنها مطلوبتر شد؛ در حالی که نمره آگاهی، فقط در ۲۶/۲٪ افراد گروه شاهد افزایش نشان داد.

برای آنالیز بهتر این تغییرات، وضعیت نمره افراد، قبل و بعد از مطالعه به سه گروه مطلوبترشده، تغییرنکرده و نامطلوبتر شده، طبقه‌بندی شد و سپس دو گروه مورد مقایسه قرار گرفتند (جدول ۲).

پس از تعدیل برای اثر نمره اولیه وضعیت مجموع آگاهی افراد مورد مطالعه، میانگین این نمرات در گروه مداخله به طور معنی‌داری بیش از گروه شاهد بود ( $P<۰/۰۰۰۱$ )؛ بدین مفهوم که ارائه آموزشها باعث مطلوبتر شدن وضعیت آگاهی در گروه مداخله شده بود. وضعیت نگرش شدت درک‌شده بیماری نیز در دو گروه، در آغاز مطالعه تفاوت معنی‌داری نداشت ( $P=۰/۶۰$ ). جدول ۳ نشان می‌دهد که پس از ارائه آموزش این وضعیت در گروه مداخله مطلوبتر شده است؛ همچنین تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمره شدت درک‌شده در دو گروه مداخله و شاهد پس از انجام مداخله با در نظرگیری تعدیل برای اثر نمره اولیه افراد وجود داشت ( $P<۰/۰۰۰۱$ ).

جدول ۴- توزیع فراوانی تغییر وضعیت نگرش کلی قبل و بعد از آموزشها در دو گروه مداخله و شاهد

وضعیت تغییر	گروه		مداخله		شاهد	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
مطلوبتر شده	۸۵	۱۰۰	۱۷	۲۰/۲	۱۷	۲۰/۲
تغییری نکرده	۰	۰	۰	۰	۲	۲/۴
نامطلوبتر شده	۰	۰	۰	۰	۶۵	۷۷/۴
جمع	۸۵	۱۰۰	۸۴	۱۰۰	۸۴	۱۰۰
میانگین و انحراف معیار تفاضل	۵۵/۲۵±۱۱/۵۵		۱۹/۳۲±۱۲/۵۵		-۱۲/۵۵±۱۹/۳۲	
نتیجه تحلیل کوواریانس	P<۰/۰۰۰۱					

یافته‌های پژوهش در زمینه مهمترین راهنما برای عمل و منابع آموزشی مورد نیاز، در دو گروه مداخله و شاهد به ترتیب اهمیت عبارتند از: توصیه پزشک معالج (۶/۷۵٪)، رادیو و تلویزیون (۶۵٪)، بیماری دوستان (۲/۴۷٪)؛ کتاب، به عنوان کم‌اهمیت‌ترین عامل راهنما برای عمل نزد هر دو گروه معرفی شد (۱/۲۱٪).

بیش از ۸۱٪ از افراد مورد مطالعه، وجود برنامه آموزشی در بیمارستان و حدود ۴۱٪ این افراد، وجود کلاسهای آموزشی در مراکز درمانی را به عنوان یک منبع لازم برای افزودن بر اطلاعات مورد نیاز خود معرفی کردند.

در آغاز مطالعه، تفاوت معنی‌داری بین میانه نمرات نگرش کلی در دو گروه وجود نداشت (P=۰/۳۵)؛ اما پس از مداخله وضعیت نگرشها در گروه مداخله مطلوبتر شد؛ ولی پس از مداخله آموزشی در تمام افراد (۱۰۰٪) گروه مداخله و فقط در ۲۰/۲٪ از افراد گروه شاهد، وضعیت نگرشی مطلوبتر شد؛ تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمره نگرش کلی در دو گروه مداخله و شاهد پس از انجام مداخله با در نظرگیری تعدیل برای اثر نمره اولیه افراد وجود داشت (P=۰/۰۰۰۱) و انجام مداخله باعث مطلوبتر شدن مجموع نگرشها در زمینه بیماری قلبی در گروه مداخله شد.

## بحث

تمرکز عمده این مقاله بر موضوع تعیین تأثیر مداخله آموزشی بر میزان آگاهی و وضعیت نگرش بیماران مبتلا به آنژین صدری ناپایدار بود و یافته‌ها، بر سه نکته مهم یعنی پایین‌بودن سطح آگاهی بیماران، نامطلوب‌بودن وضعیت نگرش بیماران و مؤثربودن مداخله آموزشی در بهبود این وضعیت تأکید دارند.

در مورد علل ابتلا به بیماری، آگاهی ۸۸/۳٪ از افراد در آغاز مطالعه نامطلوب بود و با توجه به این که ۷۱٪ افراد از قبل به این بیماری مبتلا داشتند و حدود ۵۲٪ آنها قبلاً نیز به همین علت در بیمارستان بستری شده بودند، می‌توان چنین

در زمینه حساسیت درک‌شده در آغاز مطالعه، تفاوت معنی‌داری بین میانه نمرات حساسیت درک‌شده در دو گروه وجود نداشت (P=۰/۰۶)؛ اما تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمره حساسیت درک‌شده در دو گروه مداخله و شاهد پس از انجام مداخله با در نظرگیری تعدیل برای اثر نمره اولیه افراد مشاهده شد (P<۰/۰۰۰۱) و انجام مداخله باعث مطلوبتر شدن نگرش در زمینه حساسیت درک‌شده در گروه مداخله شد.

در زمینه منافع درک‌شده در آغاز مطالعه تفاوت معنی‌داری بین میانه وضعیت نگرش در این زمینه در دو گروه وجود نداشت (P=۰/۶۲)؛ اما این وضعیت در تمام افراد (۱۰۰٪) گروه مداخله پس از انجام مداخله آموزشی و فقط در ۳۱٪ از افراد گروه شاهد مطلوبتر شد.

در زمینه موانع درک‌شده، در آغاز مطالعه، تفاوت معنی‌داری بین میانه نمرات در دو گروه وجود نداشت (P=۰/۹۲) اما انجام مداخله باعث مطلوبتر شدن نگرش در زمینه موانع درک‌شده در گروه مداخله شد.

در زمینه کانون کنترل بر سلامتی، در آغاز مطالعه تفاوت معنی‌داری بین میانه نمرات نگرش در دو گروه وجود نداشت (P=۰/۷۷) اما نمرات در ۹۵/۳٪ از افراد گروه مداخله پس از انجام مداخله آموزشی افزایش یافت و نگرش آنها مطلوبتر شد؛ در حالی که فقط در ۳۵/۷٪ از افراد گروه شاهد مطلوبتر شده بود؛ به عبارت دیگر انجام مداخله باعث مطلوبتر شدن نگرش در زمینه کانون کنترل بر سلامتی در گروه مداخله شد.

آیا به طور کلی پایین بودن اطلاع بیماران از این عوامل خطر را می‌توان به این امر نسبت داد که پزشکان اطلاعات لازم را فقط به افرادی که آن عوامل خطر را دارند، منتقل می‌کنند.

در مورد آگاهی از درمانهای موجود، آگاهی حدود ۷۳٪ از افراد نامطلوب بود و بیشتر افراد فقط درمان دارویی را که معمولترین نوع درمان می‌باشد، می‌شناختند و ۳۲٪ ایشان از درمان آنژیوپلاستی و فقط ۶٪ ایشان درمان از طریق استنت‌گذاری را متذکر شدند؛ می‌توان چنین توجیه نمود که پزشکان در زمینه روندهای درمانی برای بیماران خود توضیحی نمی‌دهند و کسانی که درمانهای آنژیوپلاستی و استنت‌گذاری را متذکر شده‌اند، احتمالاً کسانی هستند که خود تجربه شخصی در انجام این نوع درمانها داشته‌اند.

برخورداری حدود ۹۶٪ از افراد از آگاهی پایین در زمینه رفتارهای زیانبار و مولد درد آنژیینی، با در نظر گرفتن یافته دیگر پژوهش مبنی بر این که ۷۱٪ بیماران از قبل به بیماری مبتلا بوده‌اند و ۵۱٪ آنان قبلاً به همین علت در بیمارستان بستری شده بودند، گواه روشنی از عدم وجود و یا ناکارآمدی آموزشهایی است که به بیماران پس از دچار شدن به بیماری یا بستری شدن در بخش مراقبتهای ویژه ارائه می‌شود؛ در ضمن، نشان‌دهنده نیاز به وجود این آموزشها است که ممکن است خود باعث پیشگیری از بستری مجدد و ارتقای کیفیت زندگی ایشان شود؛ همچنین از آنجا که این آموزشها بندرت در رسانه‌ها و روزنامه‌ها و مجلات ارائه می‌شود و در بخش راهنما برای عمل، ۷۵/۶٪ افراد یکی از منابع کسب اطلاعات خود را پزشکان معرفی کرده‌اند، می‌توان گفت که یا این نکته در محتوای آموزشی ارائه شده به بیماران در طی ملاقات با بیماران در مطب وجود نداشته و یا به نحوی قابل استفاده ارائه نشده است؛ بر همین اساس ضروری است پزشکان در مطب خود و پرستاران در بیمارستان هنگام ترخیص بیماران این نکات را به بیماران آموزش دهند.

از نظر مجموع آگاهی در زمینه بیماری قلبی و بیماری آنژین صدری، در آغاز مطالعه، ۹۳/۳٪ افراد در سطح پایینی

نتیجه گرفت که این افراد در جریان دیدار با پزشکان معالج خود و یا هنگام بستری شدن در بیمارستان حتی از علل بیماری خود نیز آگاه نشده‌اند. یافته‌های مربوط به علل بیماری، با نتایج تحقیقاتی دیگری که در همین زمینه انجام شده است، تا حدودی متفاوت و به طور کلی پایین‌تر از سطح اغلب آنها است. در یک مطالعه سطح معلومات افراد رضایت‌بخش بود و نگرش مطلوبی در مورد تأثیر تغییرات سبک زندگی بر پیشگیری بیماری قلبی داشتند (۱۴). در مطالعه‌ای ۷۰٪ افراد حداقل یک بیماری قلبی-عروقی (اغلب آنفارکتوس) را می‌شناختند؛ ۴۰٪ می‌توانستند علل بیماری قلبی-عروقی را برشمارند (۱۵)؛ یکی از دلایل این امر ممکن است این باشد که در برخی پژوهشهای مشابه معمولاً از پاسخ‌دهندگان سؤال می‌شود که به نظر آنها رفتارهای معین یا حالات فیزیولوژیک معینی که از سوی پرسشگر نام برده می‌شود، بر احتمال خطر ابتلای ایشان به بیماری قلبی-عروقی تأثیر می‌گذارد یا خیر. بدیهی است افرادی که به چنین سؤالاتی پاسخ می‌دهند عوامل خطر بیشتری را شناسایی می‌کنند تا افرادی که از ایشان خواسته می‌شود نام عوامل خطر را ذکر کنند؛ اما هر دو شیوه اندازه‌گیری آگاهی، به طور وسیعی مورد استفاده قرار می‌گیرد و معتبر در نظر گرفته می‌شود (۱۶)؛ اما مطالعات دیگری نیز وجود دارند که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی بیشتری دارند؛ در مطالعه‌ای بیشتر افراد اطلاعات ناکافی در زمینه عوامل خطر مرتبط با بیماری قلبی-عروقی داشتند (۱۷)؛ در مطالعه دیگری، فقط ۳۰٪ بیماران فشار خون را و ۳۴٪ بیماران دیابت را به عنوان یک عامل خطر متذکر شدند (۱۸).

توجه دقیقتر به یافته‌های مربوط به اجزای علل بیماری ایسکمی در این مطالعه گویای این نکته است که حدود ۸۰٪ افراد، تنش را به عنوان عامل بیماری قلبی ذکر کرده‌اند. در مطالعه‌ای در اصفهان نیز مشخص شد که بیشترین دانش در مورد عوامل خطر، درباره تنش‌ها و مشکلات هیجانی بوده است (۱۹). مطالعات بیشتری لازم است تا مشخص شود که

قائل نمی‌شوند؛ در حالی که توجه پزشکان به باورهای بیماران و شناسایی موانع رفتار بهداشتی از سوی ایشان، تأثیر قابل توجهی بر افزایش احتمال موفقیت‌آمیز بودن درمان توصیه شده دارد.

### نتیجه‌گیری

این پژوهش نشان داد که بیماران، نیاز قابل توجهی به اطلاعات ضروری در مورد بیماری خود دارند و ارتقای محتوی و روش آموزش به بیماران و تغییر نگرش آنان ضرورتی قابل توجه است؛ همچنین این پژوهش آموزش بیماران بستری توسط ارائه‌دهندگان خدمات درمانی را مؤثر و پاسخی به این نیاز تشخیص داد.

بر اساس این پژوهش موارد زیر پیشنهاد می‌شود:

- افزایش امکانات آموزشی در بیمارستانها و اتخاذ روند تشویقی برای ارائه آموزش به بیمار در خدمات جاری بخشهای قلب و عروق بیمارستانها
- برگزاری دوره‌های آموزشی برای پزشکان شاغل در بخشهای قلب و عروق بیمارستانها به منظور ارتقای قابلیت‌های آنان در آموزش و برقراری ارتباط بهداشتی با بیمار
- توجه بیشتر سازمان صدا و سیما به رسالت آموزش بهداشتی خود برای ارتقای آگاهی و نگرشهای مرتبط با سلامت افراد
- انجام پژوهشهای بیشتر در زمینه بررسی میزان مقرون به صرفه بودن اجرای برنامه آموزش به بیمار در کاهش بار مالی ناشی از بستری مجدد بیماری‌های آئزین صدری ناپایدار و تأکید بر ضرورت و اهتمام در اجرای این برنامه در صورت مقرون به صرفه بودن آن

قرار داشتند که لزوم مداخله در این زمینه را برجسته می‌سازد. از نظر نگرش، در مجموع نگرش بیماران میل به نسبت دادن بیماری به عوامل خطر غیر قابل کنترل (ارث) دارد که عدم تمایل به اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه را توجیه می‌کند؛ همچنین تمایل به خود درمانی (قطع داروها) به دلیل ترس از عوارض ناخوشایند جانبی مشهود است که نیاز به ارائه اطلاعات کافی آموزشی از سوی پزشکان در مورد عوارض احتمالی داروها را نشان می‌دهد.

با وجود آن که ۷۵/۶٪ افراد اعلام کردند که یکی از منابع کسب اطلاعات ایشان، توصیه‌های پزشکان بوده، اما این توصیه‌ها موجب افزایش آگاهی ایشان در زمینه بیماری نشده بود و می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که پزشکان متخصص قلب و عروق به آموزش بیماران توجه زیادی ندارند.

با توجه به نکته که در این پژوهش، رادیو و تلویزیون به عنوان دومین راهنما برای عمل از سوی بیماران معرفی شد (۶۵٪ افراد رادیو و تلویزیون را به عنوان منبع کسب اطلاعات معرفی کردند)، می‌توان چنین نتیجه گرفت که رادیو و تلویزیون قادر نبوده با جهت‌دهی به تصمیم‌گیریه‌ها و سیاست‌گذاری‌های مسؤولین و برنامه‌ریزان بهداشتی، در مورد ضرورت پاسخ به نیازهای آموزشی بیماران نقش مؤثری ایفا نماید و با ارائه برنامه‌های آموزشی مبتنی بر اصول آموزش تأثیرگذار، تأثیر قابل توجهی بر آگاهی و ارتقای نگرش بیماران داشته باشد.

این پژوهش این حقیقت را آشکار ساخت که پزشکان و بویژه پزشکان قلب و عروق، به نیازهای آموزشی بیماران توجهی نشان نمی‌دهند و برای درک باورهای بیماران اولویت

### منابع:

۱- خلیلی ح، خلیلی فر ا ح. چکیده قلب هرست. تهران: انتشارات تیمورزاده؛ ۱۳۷۶.

2- Blyth, F, Lazarus R, Ross D, Price M, Cheuk G, Leeder SR.. Burden and outcomes of hospitalization for congestive heart failure. Med J Aust. 1997; 167: 67-70.

3- Bartlett EE. Cost-benefit analysis of patient education. Patient Education and Counseling. 1995; 26 (1-3): 87-91.



- 4- Duryee R. The efficacy of inpatient education after myocardial infarction. *Heart Lung*. 1992 ; 21: 217-25.
- 5- Bartlett EE. Cost-benefit analysis of patient education. *Patient Education and Counseling*. 1995; 26 (1-3): 87-91.
- 6- Gerards PS, Peterson LM. Learning needs of cardiac patients. *Cardiovasc Nurs*. 1984; 20 (2): 7-11.
- 7- Wiles R. Empowering practice nurses in the follow up of patients with established heart disease: lessons from patients experiences. *J Adv Nurs*. 1997; 26 (4): 729-35.
- 8- Hill RV. Nursing intervention and smoking cessation interventions. *Heart Lung*. 1999; 28: 438- 54.
- 9- Gruninger UJ. Patient education: an example of one-to-one communication. *J Hum Hypertens*. 1995; 9 (1): 15-25.
- 10- Wiles R, Kinmoth AL. Patient's understandings of heart attack: implications for prevention of recurrence. *Patient Education and Counseling*. 2001; 44: 161-69.
- 11- Weinstein ND. Why it won't happen to me: perceptions of risk factors and susceptibility. *Health Psychology*. 1984; 3: 431-57.
- 12- Farooqi A, Nagra D, Edgar T, Khunti K. Attitudes to lifestyle risk factor for coronary heart disease amongst South Asians in Leicester: a focus group study. *Family Practice*. 2000; 4: 293-97.
- 13- Janz NK, Becker MH. The health belief model: a decade later. *Health Educ Q*. 1984; 11 (1): 1-47.
- 14- Barba G. Role of diet and lifestyle in the prevention of cardiovascular disease: knowledge and attitude of physicians and patients in Southern Italy. *Italian Heart J*. 2001; 2 (7): 546-52.
- 15- Bon N, Spyckerelle Y, Monneau JP, Deschamps JP. Knowledge, behavior and attitude with respect to cardiovascular disease. *Arch Mal Coeur Vaiss*; 1987; 80: 929-35.
- 16- Ford ES, Jones DH. Cardiovascular health knowledge in the United states: findings from the national health survey 1985. *Preven Med*. 1991; 4: 121- 27.
- 17- Andersson P, Leppert, J. Men of socio- economic and educational level possess pronounced deficient knowledge about the risk factors related to coronary heart disease. *J Cardiovascular Risk*. 2001; 8: 371-77.
- 18- Baberg HT, Jager D, Kahrmann G, de Zeeuw J, Bojara W, Lemke B, et al. Health promotion and cardiovascular risk factors The level of knowledge among 510 inpatients of an acute coronary care unit. *Med Klin*. 2000; 95: 75-80.
- 19- Alikasi H, Sarafzadegan N. Comparison of knowledge and practice of Isfahan people about the CVD risk factors. *Isfahan Cardiovascular Research Center: Isfahan*, 2001.

**Title:** Effectiveness of an educational program on knowledge and attitudes of angina patients in Mashhad, Iran: Results of an intervention

**Authors:** MR. Shidfar<sup>1</sup>, M. Hosseini<sup>2</sup>, D. Shojaei Zadeh<sup>3</sup>, N. Asasi<sup>4</sup>, F. Majlesi<sup>5</sup>, S. Nazemi<sup>6</sup>

### Abstract

**Background and Aim:** Unstable angina (UA) patients are the majority of hospitalized patients in CCU exposed to high probability of recurrence. Most often re-hospitalization of these patients is due to lack of enough information and not obeying medical advice. The main objective of this study was to determine the impact of an educational intervention based on Health Belief Model on knowledge and attitudes of unstable angina patients in Mashhad university hospitals.

**Materials and Methods:** An interventional study was conducted on 180 patients with unstable angina, consisting of 90 cases and 90 controls, who were hospitalized in the Heart Wards of 2 university hospitals in Mashhad. Randomly, the patients of one of these hospitals were selected as the case (intervention) and those in the second as control group (90 patients each). Professional physicians and nurses instructed the patients in the intervention group before and after discharge for two months. Data were obtained through a questionnaire before and after intervention in both groups. Then, the data were analysed by SPSS (11.5) & STATA (8.0) software's, using chi-square and ANCOVA tests. In all statistical analyses  $\alpha=0.05$  was taken as the significant level.

**Results:** The analysis of covariance (ANCOVA) showed that, compared with the subjects' pre-intervention knowledge status score, there was a significant increase in the score of the intervention group ( $P<0.0001$ ). The intervention resulted in improving the attitude status in the group ( $P<0.0001$ ). But there was no significant increase in these variables in the control group.

**Conclusion:** It is possible to use nurses' capacities in improving heart patients' knowledge and attitudes. Thus, it is necessary that instructional service by nurses be offered under a well-planned program in order to improve the quality of life of heart patients.

**Key Words:** Knowledge; Attitude; Educational intervention; Health belief model; Unstable angina

<sup>1</sup> Corresponding Author; Assistant Professor, Department of Health Education, Faculty of Public Health, Mashhad University of Medical Sciences. Mashhad, Iran m-shidfar@mums.ac.ir.

<sup>2</sup> Associate Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, Faculty of Public Health and Institute of Public Health Research, Teharn University of Medical Sciences. Tehran, Iran

<sup>3</sup> Professor, Department of Health Services, Faculty of Public Health and Institute of Public Health Research, Teharn University of Medical Sciences. Tehran, Iran

<sup>4</sup> Assistant Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, Faculty of Public Health and Institute of Public Health Research, Teharn University of Medical Sciences. Tehran, Iran

<sup>5</sup> Associate Professor, Department of Health Services, Faculty of Public Health and Institute of Public Health Research, Teharn University of Medical Sciences. Tehran, Iran

<sup>6</sup> Assistant Professor, Department of Cardiology, Islamic Azad University of Mashhad. Mashhad, Iran