

## Effect of Peer Education before Coronary Artery Bypass Graft on Post Discharge Quality of Life

Farzaneh Golaghaie<sup>1\*</sup>, Shahrzad Esmaeili Kalantari<sup>2</sup>, Mouloud Farmahini Farahani<sup>3</sup>,  
Mahmoodreza Sarzaem<sup>4</sup>

1. Assistant Professor, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

2. MSc of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

3. Instructor, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

4. Associate Professor, Department of Cardiovascular Surgery, Shariati Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 15 Nov 2017, Accepted: 7 Jan 2018

### Abstract

**Background:** Promoting quality of life after Coronary Artery Bypass Graft (CABG) is necessary in order to control the risk factors and reducing the probability of patient readmission. This study was conducted to determine the effect of peer education on patients' quality of life after coronary artery bypass graft.

**Materials and Methods:** In this clinical trial, two patients with previous coronary artery bypass surgery were trained as peer educators. The patients who were candidate for surgery were systematically allocated to trial or control groups. Before the surgery, both groups received the post CABG self-care in the ward. The trial group (n=40) was taught by the peers, while the control group (n=40) received the routine teaching by the nurses. The quality of life was assessed before, one month and two months after discharging using the SF12 questionnaire. Multivariate Analysis of Variances (MANOVA) was recruited to analyze the data.

**Results:** In the trial group, the mean quality of life scores before the surgery, one month and two month after discharging were  $31.82 \pm 4.90$ ,  $28.06 \pm 3.83$  and  $35.82 \pm 4.96$ , respectively. In the control group, the scores were  $25.58 \pm 4.21$ ,  $29.31 \pm 4.03$ , and  $31.56 \pm 6.91$ . The results indicated significant differences between the groups ( $p < 0.001$ ,  $F = 13.52$ ). In the peer educated group, the mean scores of quality of life were higher than the control group.

**Conclusion:** The CABG patients' quality of life was significantly higher in the patients who received peer education in comparison with the control group. It seems that peer education may contribute in the patients' self care and promoting their quality of life.

**Keywords:** Coronary artery bypass, Peer education, Quality of life

\*Corresponding Author:

Address: Department of Nursing, Faculty of Nursing & Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran  
Email: golaghaei@arakmu.ac.ir

## تأثیر آموزش همتا قبل از جراحی پیوند عروق کرونر قلب بر کیفیت زندگی بیماران پس از ترخیص

فرزانه گل آقایی<sup>۱\*</sup>، شهرزاد اسماعیلی کلانتری<sup>۲</sup>، مولود فرمهینی فراهانی<sup>۳</sup>، محمودرضا سرزعیم<sup>۴</sup>

۱. استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

۲. کارشناس ارشد آموزش پرستاری مراقبت های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

۳. مربی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

۴. دانشیار، گروه جراحی قلب، بیمارستان شریعتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۹۶/۸/۲۴، تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۰/۱۷

### چکیده

**زمینه و هدف:** ارتقاء کیفیت زندگی بیماران پس از جراحی پیوند عروق کرونر به منظور کنترل عوامل خطر و کاهش احتمال بستری مجدد ضرورت دارد. این مطالعه با هدف تعیین اثر آموزش توسط همتایان بر کیفیت زندگی بیماران پس از جراحی انجام شد.

**مواد و روش ها:** در این کارآزمایی بالینی، دو بیمار با جراحی قلبی پیوند عروق کرونر به عنوان آموزش دهنده همتا تعلیم داده شدند. بیمارانی که در برنامه عمل پیوند کرونر قرار داشتند، به صورت سیستماتیک در دو گروه کنترل و آزمون قرار داده شدند. هر دو گروه قبل از عمل جراحی، آموزش خود مراقبتی پس از ترخیص را در بخش دریافت کردند. گروه آزمون ( $n=40$ ) توسط آموزش دهندگان همتا آموزش داده شدند. گروه کنترل ( $n=40$ )، آموزش روتین توسط پرستاران بخش را دریافت کردند. کیفیت زندگی بیماران قبل از عمل، یک و دو ماه پس از ترخیص با استفاده از فرم کوتاه ۱۲ سوالی پرسشنامه کیفیت زندگی بررسی شد. آزمون تحلیل واریانس چند متغیره به منظور تحلیل داده ها به کار گرفته شد.

**یافته ها:** در گروه آزمون، میانگین نمرات کیفیت زندگی قبل از عمل، یک ماه و دو ماه پس از ترخیص به ترتیب  $4/90 \pm 31/82$ ،  $3/83 \pm 28/06$  و  $4/96 \pm 35/82$  بود. در حالی که در گروه کنترل به ترتیب  $31/56 \pm 6/91$ ،  $31/56 \pm 6/91$  و  $29/31 \pm 4/03$  بود. نتایج نشان داد که میانگین نمرات کیفیت زندگی دو گروه، یک و دو ماه پس از ترخیص با هم تفاوت داشت ( $F=13/52$ ،  $p<0/001$ )، به طوری که میانگین کیفیت زندگی در گروهی که توسط همتایان آموزش دیدند بالاتر از گروه کنترل بود.

**نتیجه گیری:** بیمارانی که توسط همتایان آموزش داده شدند، پس از جراحی پیوند عروق کرونر قلب در مقایسه با گروه کنترل کیفیت زندگی بهتری داشتند. به نظر می رسد آموزش بیماران توسط همتایان می تواند در خود مراقبتی و بهبود کیفیت زندگی این بیماران سهم موثری داشته باشد.

**واژگان کلیدی:** آموزش همتا، کیفیت زندگی، پیوند عروق کرونر

\*نویسنده مسئول: ایران، اراک، دانشگاه علوم پزشکی اراک، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه پرستاری

Email: golaghaei@arakmu.ac.ir

## مقدمه

در حال حاضر، بیماری‌های قلبی عروقی شایع‌ترین علت مرگ در سراسر جهان هستند. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، سالانه بیش از ۱۲ میلیون مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی در جهان روی می‌دهد. بیماری‌های قلبی عروقی در خاورمیانه از جمله ایران عمده‌ترین علت مرگ و میرها را به خود اختصاص داده‌اند (۱). بیماری عروق کرونر شایع‌ترین بیماری قلبی عروقی بالغین و آترواسکلروز عروق کرونر شایع‌ترین بیماری عروق کرونر می‌باشد. این وضعیت با تجمع غیر طبیعی لیپید، مواد چربی و بافت فیبری در جدار رگ مشخص می‌شود و باعث انسداد، تنگی رگ و کاهش جریان خون به میوکارد می‌گردد (۲). این بیماری مهم‌ترین عامل ناتوانی در روابط خانوادگی و از کارافتادگی در جامعه به شمار می‌رود و هزینه‌های اقتصادی زیادی برای شناسایی، درمان و مراقبت از مبتلایان به آن مصرف می‌شود (۳). طبق مطالعات انجام شده در سال‌های اخیر مرگ و میر ناشی از بیماری‌های عروق کرونر در ایران ۲۵ تا ۳۰ درصد افزایش داشته است (۴). درمان ایده‌آل بیماری‌های قلبی عروقی معمولاً به وسیله تغییرات سبک زندگی از طریق ترک سیگار، انتخاب غذاهای سالم، کم کردن وزن، فعالیت مناسب و استفاده از دارو مطابق با دستور پزشک در طول عمر می‌باشد. علاوه بر این، ایجاد انگیزش برای تغییر رفتار و تبعیت از مصرف طولانی مدت داروهای تجویز شده در کاهش خطر بیماری‌های عروقی در بلندمدت از اهمیت زیادی برخوردار است (۵). در کنار درمان‌های دارویی و تغییر سبک زندگی، جراحی پیوند عروق کرونر یک روش اساسی و حیاتی برای درمان بیماری‌های عروق کرونر شناخته شده است. هدف اصلی از انجام این جراحی بهبود و تسکین آنژین و بهبود عملکرد بطن چپ جهت حفظ خون‌رسانی کرونر است (۶). مطالعات گسترده تأثیر بای پس عروق کرونر را در کنترل علائم آنژین و کاهش مرگ و میر در برخی بیماران اثبات کرده است (۷). در آمریکا سالانه بیش از ۱/۴ میلیون بیمار تحت

روش‌های تهاجمی بررسی عروق کرونر قرار می‌گیرند که از این تعداد حدود پانصد هزار از موارد فوق مربوط به جراحی بای پس عروق کرونر است. (۸). پیشگیری و کنترل عوامل خطر ساز بیماری‌های عروق کرونر حتی پس از جراحی بای پس نیز از اهمیت بالایی برخوردار است. بیماران پس از انجام عمل جراحی، به مراقبت صحیح جهت ارتقاء سلامت، پیگیری رژیم درمانی صحیح، پیشگیری از تشدید بیماری و کمک به خانواده برای سازگاری با تغییرات ایجاد شده نیاز دارند (۹). موفقیت پایدار در کنترل عوامل خطر مستلزم مشارکت فعال بیماران در اجرا و پیگیری برنامه درمان می‌باشد. به دلیل روند مزمن و طولانی مدت درمان، لازم است بیماران به این باور برسند که خود می‌توانند تغییر سبک زندگی و مصرف داروی مادام‌العمر را رعایت کنند (۱۰).

آموزش بیمار یکی از راهبردهای پیشبرد کیفیت زندگی در بیماران مزمن شناخته شده است (۱۱). آموزش توسط همتا یا یکی از رویکردهای آموزشی می‌باشد که هدف آن توسعه دانش، نگرش و ایجاد رفتارهای بهداشتی سالم به وسیله کسانی است که به طور تخصصی تربیت نشده اما تجارب مشترکی دارند. در واقع آموزش همتا، یک رویکرد نوین آموزشی است که شامل شناسایی، آموزش و حمایت اعضایی از یک گروه برای انتقال و رساندن اطلاعات درست به دیگران با خصوصیات و ویژگی‌های مشابه می‌باشد (۱۲). آموزش همتا در محیط‌های مختلف و موقعیت‌های متنوع از جمله مدارس، دانشگاه‌ها، انجمن‌ها، محیط‌های اجتماعی و مراکز بهداشتی و درمانی قابلیت اجرا دارد. در دهه‌های گذشته، آموزش همتا بیشتر جهت پیشگیری از اعتیاد، مصرف الکل و پیشگیری از سوء مصرف دارویی به کار گرفته می‌شد. در سال‌های اخیر از این رویکرد آموزشی در موارد گسترده‌تری مانند آرتريت، اضطراب و بیماری‌های قلبی، ایدز، سرطان پستان، سوختگی و دیابت استفاده شده است. روش‌هایی که برای آموزش همتا استفاده می‌شود شامل کارگاه، بحث گروهی و بحث یک به یک می‌باشد که باید

از ۲۵ را از چک لیست توانایی آموزش دادن کسب کردند به عنوان آموزش دهنده همتا انتخاب شدند.

با توجه به انحراف معیارهای کیفیت زندگی در مطالعه میرباقر آجریز و رضایی (۱۷) حجم نمونه برای هر یک از گروه‌های کنترل و آزمون حداقل ۳۳ نفر برآورد شد. با در نظر گرفتن احتمال ریزش نمونه‌ها در پیگیری‌های پس از ترخیص تعداد شرکت کنندگان برای هر گروه ۴۰ نفر در نظر گرفته شد. انجام پژوهش در شورای اخلاق دانشگاه‌های علوم پزشکی اراک و تهران به تصویب رسید. هم‌چنین این مطالعه در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی به شماره

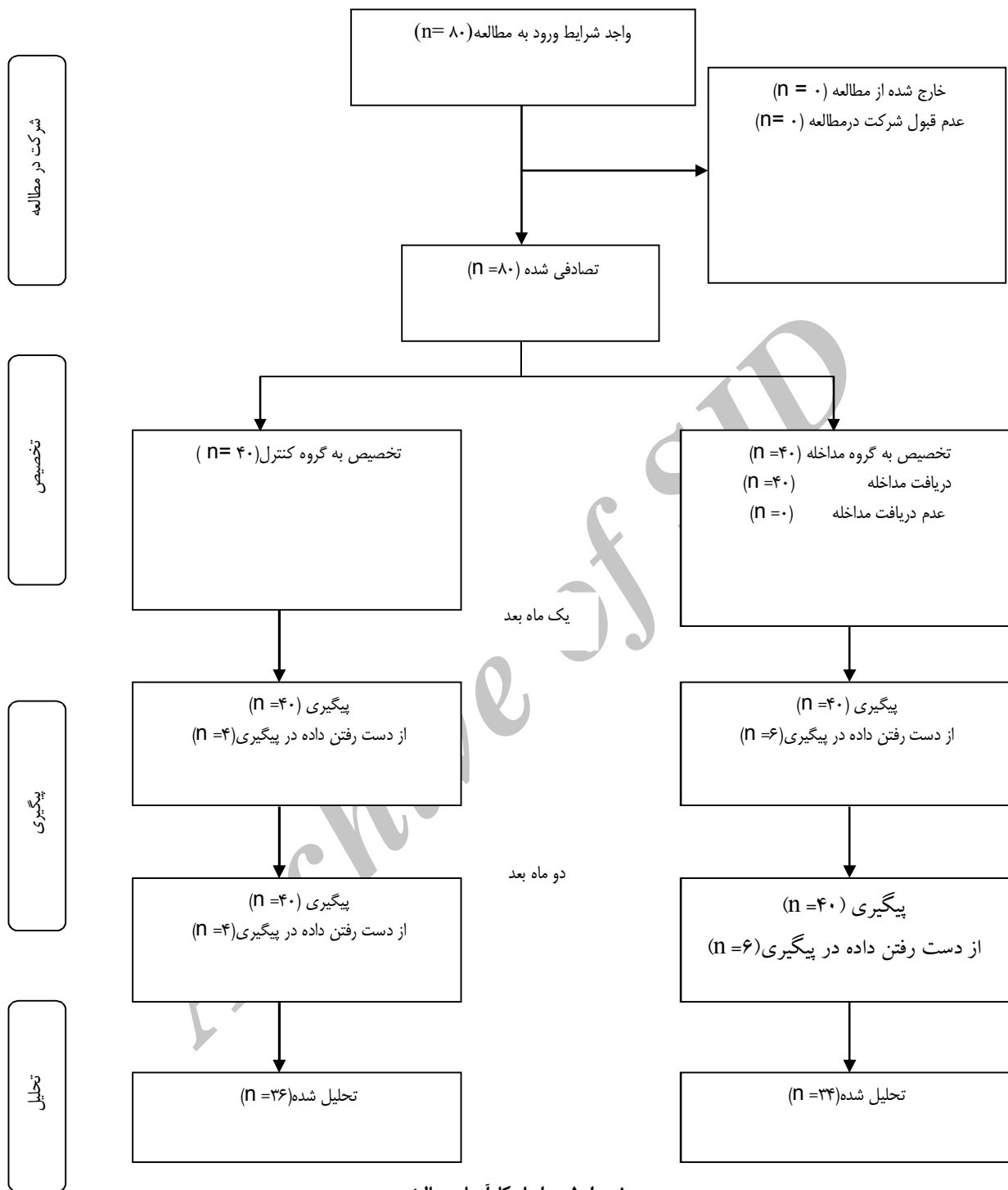
IRCT2017060623670N2 ثبت شد. پژوهش‌گران خود را ملزم به رعایت کدهای اخلاقی مصوب در پژوهش‌های پزشکی می‌دانستند. اصول اخلاقی شامل اخذ مجوز بیمارستان و بخش مربوطه، کسب رضایت آگاهانه کتبی شرکت کنندگان در پژوهش، عدم وجود هرگونه اجبار برای شرکت در پژوهش و محرمانه نگه داشتن اطلاعات به دست آمده از آن‌ها، اعلام نتایج پژوهش بدون ذکر نام و مشخصات فردی بیماران رعایت شد. فرم‌های جمع‌آوری اطلاعات بدون نام تکمیل شد و از اطلاعات جمع‌آوری شده فقط در جهت اهداف پژوهش استفاده شد. شرکت کنندگان این حق را داشتند که هر زمان بخواهند از مطالعه خارج شوند. معیارهای ورود به این کارآزمایی بالینی شامل انجام جراحی بای پس کرونر قلب برای اولین بار، نداشتن مشکل شناختی و معلولیت جسمی، نداشتن تحصیلات مرتبط با علوم پزشکی، سن بین ۴۰ تا ۸۰ سال، توانایی صحبت کردن به زبان فارسی و امکان برقراری تماس تلفنی مستقیم بود. شرکت کنندگان پس از اخذ رضایت کتبی وارد مطالعه شدند. تخصیص بیماران به گروه‌های کنترل و مداخله به صورت منظم به صورت یک هفته در میان صورت گرفت. نمونه‌گیری تا زمان تکمیل حجم نمونه لازم ادامه یافت (نمودار ۱).

بر اساس موقعیت‌های مختلف روش‌های مختلفی را به کار برد (۱۳). امتیاز مدل همتا در این است که همتا و بیماران در بسیاری از موارد به هم شبیه هستند و هرچه این تشابه بیشتر باشد، منجر به فهم بیشتر و همدلی می‌شود. همتا باید این توانایی را داشته باشد که تجارب خود را به صورت اطلاعاتی قابل انتقال به بیماران مهیا سازد (۱۴).

مطالعات بر روی بیماران قلبی نشان داده است که مداخلات آموزشی براساس استفاده درست از داروهای تجویز شده، خودمدیریتی علائم بیماری و دادن آگاهی در زمینه تغییرات شیوه زندگی باعث کاهش میزان مرگ و میر و کاهش پذیرش بیمارستانی در بیماران قلبی شده است (۱۵)، (۱۶). بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه جراحی قلب و خانواده آن‌ها سوالات بسیاری درباره روند درمان بیماری و مراقبت‌های پس از ترخیص دارند. با این وجود، کمبود شدید نیروی پرستاری در مراکز درمانی کشور، اجرای نظام-مند آموزش بیمار را با مشکلات متعددی روبه‌رو ساخته است. از این رو، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثر آموزش توسط همتا بر کیفیت زندگی بیماران پس از جراحی پیوند کرونر انجام شد.

## مواد و روش‌ها

ابتدا دو آموزش‌دهنده همتا بر اساس ویژگی‌هایی شامل انجام عمل جراحی بای پس عروق کرونر در شش ماه قبل، داشتن تحصیلات حداقل دیپلم دبیرستان، توانایی آموزش دادن و کسب نمره کیفیت زندگی خوب (بالای ۳۷) با استفاده از ابزار SF12، در دو جنس زن و مرد انتخاب شدند. محتوای آموزشی مراقبت‌های بعد از عمل جراحی پیوند عروق کرونر پس از تایید گروه تخصصی جراحی قلب دانشگاه علوم پزشکی تهران در اختیار آموزش دهندگان همتا قرار گرفت. پرستار پژوهشگر طی دو جلسه یک ساعته شیوه و محتوای آموزش را به آنان آموزش داد. داوطلبانی که حداقل نمره ۲۰



نمودار ۱. مراحل کارآزمایی بالینی

زندگی با استفاده از فرم ۱۲ سوالی پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (SF12) بررسی شد. این پرسشنامه به دو

پرسشنامه مشخصات جمعیتی و بالینی برای همه بیماران بدون نام و با استفاده از شماره تکمیل شد. کیفیت

خستگی، درد قفسه سینه، وزن، رژیم غذایی، سطح فعالیت معمول اجتماعی، پی گیری درمان و رابطه زناشویی، نحوه مراقبت از زخم، اصلاح عوامل خطرزا مانند ترک سیگار و علائم قابل گزارش به پزشک بود. در پایان، آموزش دهندگان همتا به سوالات بیماران جواب داده و در صورتی که قادر به پاسخگویی به سوالات نبودند پس از مشورت با پژوهشگر پاسخ می دادند. پرستار پژوهشگر در همه جلسات شرکت داشت. هم چنین کتابچه آموزشی بیماران تحت عمل جراحی پیوند عروق در اختیار بیماران هر دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفت. یک ماه پس از ترخیص، از شرکت کنندگان در گروه های مداخله و کنترل درخواست شد تا به کلینیک مراجعه و پرسشنامه کیفیت زندگی را مجدداً تکمیل نمایند. در همان جلسه، پرسشنامه مربوط به ماه بعد در پاکت های دارای آدرس و تمبر پستی در اختیار آنان قرار گرفت و از آن ها درخواست شد تا پس از یک ماه آن را تکمیل و برای پژوهشگر ارسال کنند. جمع آوری داده ها از ابتدای مهر ۱۳۹۵ تا پایان بهمن ۱۳۹۵ صورت گرفت. آزمون تحلیل واریانس چند متغیره برای تعیین رابطه بین متغیرهای پژوهش یا نمرات کیفیت زندگی و تبعیت درمانی برای هر دو گروه به کار گرفته شد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ پردازش شد.

#### یافته ها

آزمون مجذور کای نشان داد که دو گروه کنترل و آزمون از نظر ویژگی های جمعیتی و بالینی تفاوت معناداری با یکدیگر نداشتند (جدول ۱ و ۲). نتایج تحلیل واریانس چند متغیره نشان داد که بین دو گروه از نظر میانگین نمرات کیفیت زندگی، یک تفاوت معنی داری وجود داشت ( $F = 13/52$ ,  $p < 0/001$ )، به طوری که میانگین نمرات کیفیت زندگی گروه آموزش همتا بالاتر از میانگین نمرات گروه کنترل بود (جدول ۱).

خرده مقیاس جسمی و روحی تقسیم می شود. خرده مقیاس جسمی شامل سوالات عملکرد فیزیکی (دو سوال)، محدودیت نقش به علت مشکلات فیزیکی (دو سوال)، درک سلامت عمومی (دو سوال) و درد جسمانی (دو سوال) است. در خرده مقیاس روانی برای بررسی اجزای محدودیت نقش به علت مشکلات عاطفی، انرژی و زنده دلی، وضعیت ذهنی و عملکرد اجتماعی هر کدام یک سوال وجود دارد. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۱۲ تا ۴۸ و نمره بالاتر بیان گر کیفیت زندگی بهتر می باشد (۱۸). اعتبار پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (SF ۳۶ و SF ۱۲) در مطالعات بر روی گروه های مختلف بیماران از جمله بیماران مبتلا به سکنه قلبی و حملات ایسکمیک قلبی تایید شده است (۱۹، ۲۰). پژوهشگران خاطر نشان می سازند که در تحقیقاتی که لازم است چندین پرسشنامه به طور همزمان تکمیل شود، پاسخ دادن به فرم ۳۶ سوالی خستگی و زحمت بیماران را به همراه دارد. از همین رو، فرم کوتاه تر را که با انتخاب ۱۲ سوال از پرسشنامه کیفیت زندگی تهیه شده را مناسب می دانند (۲۱). همبستگی قوی بین نمرات کل حاصل از دو فرم این پرسشنامه و هم چنین اجزای جسمی و روانی آن ها در بررسی کیفیت زندگی بیماران دیالیزی گزارش شده است (۲۲). روایی محتوا و پایایی آلفای کرونباخ بیش از ۰/۷۰ برای نسخه فارسی SF ۱۲ در مطالعه رزمجویی و همکاران و هم چنین منتظری و همکاران بر روی بیماران تحت جراحی پیوند عروق کرونر گزارش شده است (۲۳، ۲۴).

در مطالعه حاضر، گروه کنترل آموزش روتین بخش را توسط پزشک و پرستار بخش دریافت کردند. گروه آزمون، توسط آموزش دهنده همتا دو روز قبل از عمل در گروه های ۴ تا ۵ نفره در محل بخش در دو جلسه آموزش دیدند. محتوای آموزشی شامل توصیف بیماری و برنامه درمان شامل آماده شدن برای رفتن به اتاق عمل، تجارب کسب شده در بخش جراحی قلب تا لحظه ترخیص و مراقبت از خود در منزل شامل کنترل اضطراب، مقدار فعالیت بدنی، کنترل

جدول ۱. مقایسه ویژگی های جمعیتی گروه های آموزش همتا و کنترل

معنی داری	$\chi^2$	کنترل (n=۳۶)		آموزش همتا (n=۳۴)		گروه	ویژگی
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۰/۳۵۴	۰/۸۵۹	۳۸/۹	۱۴	۳۲/۳	۱۱	زن	جنس
		۶۹/۴	۲۵	۷۳/۵	۲۵	مرد	
۰/۱۸	۸/۸۸۲	۸/۳	۳	۸/۸	۳	کارمند	شغل
		۲۲/۲	۸	۸/۸	۳	آزاد	
		۱۳/۹	۵	۲۳/۵	۸	کارگر	
		۳۳/۳	۱۲	۳۲/۴	۱۱	خانه دار	
		۱۱/۱	۴	۲۶/۵	۹	بازنشسته	
		۲/۸	۱	۰	۰	ازکار افتاده	
		۸/۳	۳	۰	۰	بیکار	
۰/۹۷۲	۰/۳۳۵	۱۶/۷	۶	۱۴/۷	۵	زیر دیپلم	سطح تحصیلات
		۳۸/۹	۱۴	۳۵/۳	۱۲	دیپلم	
		۲۷/۸	۱۰	۳۲/۴	۱۱	لیسانس	
		۱۶/۷	۶	۱۷/۶	۶	فوق لیسانس و بالاتر	
۰/۳۹۶	۱/۸۵۳	۶۹/۴	۲۵	۷۶/۵	۲۶	متاهل	تاهل
		۰	۰	۲/۹	۱	جدا شده	
		۳۰/۶	۱۱	۲۰/۶	۷	فوت کرده	
		۴۷/۲	۱۷	۳۸/۲	۱۳	زیر پانصد هزار تومان	
		۳۳/۳	۱۲	۵۰	۱۷	پانصد هزار تا یک میلیون تومان	
		۱۹/۴	۷	۱۱/۸	۴	بالای یک میلیون تومان	درآمد

جدول ۲. مقایسه ویژگی های بالینی گروه های آموزش همتا و کنترل

معنی داری	$\chi^2$	کنترل (n=۳۶)		آموزش همتا (n=۳۴)		گروه	ویژگی
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۰/۰۵	۷/۸	۱۵	۳	۱۵/۶	۵	تریاک	استعمال مواد
		۷۰	۱۴	۵۳/۱	۱۷	سیگار	
		۵	۱	۳۱/۳	۱۰	پیپ	
		۱۰	۲	۰	۰	قلیان	
۰/۳۴۵	۲/۱۳۷	۵۲/۴	۱۱	۵۲/۹	۱۸	دارد	چربی
		۴۷/۶	۱۰	۳۸/۲	۱۳	ندارد	
		۰	۰	۸/۸	۳	نمی داند	
۰/۴۰۷	۱/۷۹۹	۴۷/۶	۱۰	۶۰/۶	۲۰	دارد	قند خون
		۵۲/۴	۱۱	۳۶/۴	۱۲	ندارد	
		۰	۰	۳	۱	نمی داند	
		۲/۸	۱	۰	۰	ازکار افتاده	
۰/۴۹۲	۰/۴۷۱	۸/۳	۳	۰	۰	بیکار	شغل
		۶۸/۸	۲۳	۶۰/۶	۲۰	دارد	
		۳۱/۳	۱۰	۳۹/۴	۱۳	ندارد	





قبل از عمل جراحی داشته و با کاهش ترس و اضطراب نسبت به بیماری آنان را برای ایجاد تغییر شیوه زندگی و درمان آماده می سازند (۱۶).

در این پژوهش استفاده از گروه همتا به عنوان آموزش دهنده به بهبود کیفیت زندگی بیماران جراحی پیوند عروق کرونر قلب منجر شد. از این رو به نظر می رسد گروه همتا ممکن است بیش از متخصصین مراقبت بهداشتی از جمله پزشک و پرستار در تغییر رفتار بیماران به خصوص بیماران مبتلا به بیماری های مزمن مفید باشد. تعداد افرادی که از حوادث قلبی عروقی نجات پیدا کرده و به فرآیند بهبودی قدم گذاشته اند رو به افزایش است و از این رو می توان از همکاری های داوطلبانه همتایان نیز در جهت کاهش هزینه ها و حمایت موثرتر سود جست. این نتایج در حیطه مدیریت درمان می تواند به عنوان روشی با کارایی بیشتر و بدون نیاز به تجهیزات ویژه در آموزش بیماران مبتلا به بیماری های قلبی به کار گرفته شود. این مطالعه با محدودیت هایی مواجه بوده است. انجام مطالعه تنها در یک بیمارستان دانشگاهی می تواند تعمیم پذیری یافته ها را محدود سازد. هم چنین در این مطالعه کیفیت زندگی بیماران تا دو ماه پس از ترخیص تعیین شد. ممکن است پس از طی دوره نقاهت و برگشت به کار و فعالیت های روزانه، کیفیت زندگی بیماران با تغییرات بیشتری همراه باشد. پیشنهاد می شود مطالعات بعدی، دوره طولانی تر پس از ترخیص را در برگیرد.

### نتیجه گیری

یافته های حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که کیفیت زندگی بیماران یک ماه پس از ترخیص در هر دو گروه کاهش یافت. با این حال نمرات کیفیت زندگی در گروه مداخله بالاتر از گروه کنترل بود. نمرات کیفیت زندگی دو ماه پس از جراحی بای پس عروق کرونر در گروه آموزش همتا به طور معنی داری در مقایسه با گروه کنترل بالاتر بود. چنین به نظر می رسد که استفاده از همتایان به جای مراقبت

طولانی مدت بیشتر بوده است (۲۸). به نظر می رسد استفاده از همتایان می تواند به موفقیت برنامه های آموزش بیماران مزمن کمک کند. این امر احتمالاً به این دلیل است که همتایان با داشتن تجربه مشترک بیماری موجب می شوند تا بیماران نگرانی های خود را به بحث گذاشته و اطلاعات لازم را به زبانی کاملاً ساده کسب نمایند.

مقایسه روند تغییرات میانگین کیفیت زندگی در گروه های مداخله و کنترل در سه بار اندازه گیری نشان داد که نمره کلی کیفیت زندگی هر دو گروه یک ماه پس از عمل جراحی پیوند عروق کرونر کمتر از میانگین قبل از عمل بود. کاهش نمره کیفیت زندگی طی ماه اول در نتایج مطالعه رزمجویی و همکاران نیز گزارش شده است (۲۳). این امر را می توان ناشی از کاهش عملکرد بیماران به دلیل عوارض بعد از عمل و درد دانست. به طور کلی، بیماران در یک تا سه ماه پس از جراحی پیوند عروق کرونر، محدودیت در فعالیت های جسمی و مشکلات عاطفی مختلفی را تجربه می کنند. مشکلات شایع بیماران طی ۸ هفته اول پس از پیوند عروق کرونر شامل درد، عدم تحمل فعالیت جسمی و اختلال در خواب و تغذیه می باشد. این مشکلات می تواند به کاهش کیفیت زندگی در ابعاد جسمی و روحی منجر شود.

نمرات بالاتر کیفیت زندگی گروه مداخله دو ماه پس از ترخیص از بیمارستان را می توان به اثر آموزش بیمار توسط همتایان در جهت ایجاد رفتارهای خودمراقبتی و کنترل عوامل خطر نسبت داد. مطالعات بر روی بیماران قلبی نشان داده است که همتایان موجب ارتقاء خودکارآمدی بیماران و افزایش انگیزه برای بازتوانی قلبی می شوند (۲۹). حمایت همتایان هم چنین موجب افزایش خودآگاهی و مراقبت از خود، کاهش استرس، اضطراب و افسردگی، افزایش ایفای نقش و اعتماد به نفس در بیماران شده است (۱۵). همتایان با پذیرش و پشتیبانی از بیماران می توانند برای مقابله با استرس های شخصی و اضطراب به آنها کمک کنند. از سوی دیگر، داوطلبان همتا نقش عمده ای در حمایت عاطفی بیماران

Angioplasty and Coronary Artery Bypass Graft surgery. Cardiovascular Nursing Journal.2012;1(2):8-15. (Persian).

7. Bonow RO, Mann DL, Zipes DP, Libby P. Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine. 9th Edition .2012. Saunders. Philadelphia.

8. Sadeghi M, Hashemi M, Bagherian -Saraoudi R, Merasi M, Molaeinezhad M, Shamsolketabi H. Demographic and psychological predictors of recovery from coronary artery bypass graft. J Edu Health Promot. 2017, 6:92. DOI: 10.4103/jehp.jehp\_154\_16.

9. Sol BG, van der Graaf Y, van der Bijl JJ, Goessens BM, Visseren FL. The role of self-efficacy in vascular risk factor management: a randomized controlled trial. Patient Edu Couns, 2008. 71(2):191-197.

10. Pourghane P , Hosseini M, Mohammadi F , Ahmadi F , Tabari R. Patient's Perception of Cardiac Rehabilitation after Coronary Artery Bypass Graft (CABG): A Qualitative Study. J Mazand Univ Med Sci 2013; 23(106): 61-76 (Persian).

11. Fateh Kerdari R. MS thesis in HealthEducation , School of Science , Tarbiat Modares University, 2014.

12. Colella, T.J.F. The effect of a professionally-guided telephone peer support intervention on early recovery outcomes in men following Coronary Artery Bypass Graft surgery, A THESIS for the degree of Doctor of Philosophy in Nursing, University of Calgary, Alberta .2009.

13. Webel AR, Okonsky J, Trompeta J, Holzemer W L. A Systematic review of the effectiveness of peer-based interventions on health-related behaviors in adults, Am J Public Health. 2010;100( 2):247-253.

14. Van Rompay, K. et al. Empowering the people: Development of an HIV peer education model for low literacy rural communities in India, Human Resources for Health, 2008; 6(6): 1-6.

15. Tully P . Baker R. Depression, anxiety, and cardiac morbidity outcomes after coronary artery bypass surgery: a contemporary and practical

دهندگان می تواند در خود مراقبتی و بهبود کیفیت زندگی این بیماران موثر باشد.

## تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از یک پایان نامه کارشناسی ارشد رشته پرستاری مراقبت های ویژه است که در دانشگاه علوم پزشکی اراک به تصویب رسیده است. پژوهشگران بر خود لازم می دانند از بیماران شرکت کننده و همچنین مدیریت مرکز آموزشی درمانی بیمارستان شریعتی به خاطر همکاری در اجرای این پژوهش تشکر و قدردانی نمایند.

## منابع

1. Rashidi M, Ghias M, Ramesht M. Geographical Epidemiology of Death Due to Cardiovascular Diseases in Isfahan Pvince, Iran. Journal of Isfahan Medical School. 2011; 29(125):13-19. (Persian).
2. Bahramnezhad F, Navab E, Navid-Hamidi M, Mehrnezhad N. A review of the role of diabetes in the development of atherosclerosis. 2014; 3(2):64-69. (Persian)
3. Shahsavari S, Nazari F , Karimyar- Jahromi M, Sadeghi M. Epidemiologic study of hospitalized cardiovascular patients in Jahrom hospitals in 2012- 2013. Cardiovascular Nursing Journal.2013;2(2):14-21. (Persian)
4. Masoudnia E. Hostility, Anger and Risk of Coronary Artery Atherosclerosis. Journal of Shaheed Sadoughi University of Medical Sciences.2011;18(6):540-551. (Persian).
5. Baljani E , Rahimi Jh - Amanpour E , Salimi S, Parkhashjoo M. Effects of a nursing intervention on improving self-Efficacy and reducing cardiovascular risk factors in patients with cardiovascular diseases. H AYAT.2010.17(1):45-54. (Persian).
6. Bahramnezhad F, Mohammadi Y, AsadiNoghabi A. Seif H, Amini M, Shahbazi B. Comparative study on quality of life in patients after Percutaneous Transluminal Coronary

- review. *Journal of Geriatric Cardiology*. 2012; 9: 197-208.
16. McCormick KM, Naimark BJ, Tate RB. Uncertainty, symptom distress, anxiety, and functional status in patients awaiting coronary artery bypass surgery. *Heart Lung*. 2006; 35(1):34-45.
17. Mirbagheragorpaz, N Rezaei M. The effect of pulmonary rehabilitation program on elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of medical university of Zahedan*. 2010,13 (1):30-35
18. Khaki S, Khesali Z, Farajzadeh M, Dalvand S - Moslemi B, Ghanei-Gheshlagh R. The relationship of depression and death anxiety to the quality of life among the elderly population. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2017; 23(2): 152-161. (Persian)
19. Taghipour H R, Naseri M H , Safiarian R, Dadjoo Y, Pishgoo B, Mohebbi H A, Daftari Besheli L, Malekzadeh M, Kabir A. Quality of Life One Year after Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Iran Red Crescent Med J* .2011; 13(3): 171-177.
20. Yaghoubi A, 1 Tabrizi J, Mirinazhad M, Azami S, Naghavi-Behzad M, Ghojzadeh M. Quality of Life in Cardiovascular Patients in Iran and Factors Affecting It: A Systematic Review. *J Cardiovasc Thorac Res*. 2012; 4(4): 95-101.
21. Loosman WL, Hoekstra T, van Dijk S, Terwee CB, Honig A, Siegert CE, Dekker FW. Short-Form 12 or Short-Form 36 to measure quality-of-life changes in dialysis patients?. *Nephrol Dial Transplant*. 2015 J; 30(7):1170-6. doi: 10.1093/ndt/gfv066.
22. Østhus TB1, Preljevic VT, Sandvik L, Leivestad T, Nordhus IH, Dammen T. Mortality and health-related quality of life in prevalent dialysis patients: Comparison between 12-items and 36-items short-form health survey. *Health Qual Life Outcomes* . 2012; 10:46. doi: 10.1186/1477-7525-10-46.
23. Razmjoe N, Ebadi A. Asadi-Lari M, Hosseini M. Does a “continuous care model” affect the quality of life of patients undergoing coronary artery bypass grafting? *Journal of Vascular Nursing*. 2017; 35(1):21026.
24. Montazeri A, Vahdaninia M, Mousavi SJ, Omidvari S. The Iranian version of 12-item Short Form Health Survey (SF-12): factor structure, internal consistency and construct validity. *BMC Public Health*. 2009; 16(9):341. doi: 10.1186/1471-2458-9-341.
25. Khoshraftar- Roudi E, Ildarabadi E, Behnam Voshani HR, Emami-Moghaddam Z. The effect of peer education on the mental aspect of quality of life of elderly patients with hypertension. *Journal of North Khorasan University*. 2015; 7(3):585-595. (Persian)
26. Sharif F, Abshorshori N, Tahmasebi S, Hazrati M, Zare N, Masoumi S. The effect peer-led education on the of quality of life mastectomy patients referred to breast cancer-clinics in Shiraz, Iran 2009.
27. Jahanshahi F, Abbasi-Abyaneh N, Ebrahimi-Abyaneh E. Effect of peer education on quality of life in people with heart failure. *Cardiovascular Nursing Journal*, 2016; 5(2):38-44.
28. Borzou SR , Salavati M, Bayat Z, Soltanian A, Homayounfar S. A comparison of Individual and Peer Educational Methods on Quality of life in patients with heart failure. *Iranian Journal of Medical Education* 2014: 14(9):767- 776. (Persian)
29. Varaei S, Shamsizadeh M, Cheraghi MA, Talebi M, Dehghani A, Abbasi A. Effects of a peer education on cardiac self-efficacy and readmissions in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery: a randomized-controlled trial. *Nurs Crit Care*. 2017; 22(1):19-28. doi: 10.1111/nicc.12118.