

بررسی تاثیر آموزش قبل از ترخیص و پیگیری تلفنی بر درک از بیماری و سبک زندگی پس از انفارکتوس میوکارد در بیمارستان امام خمینی شهرستان بروجرد

نرگس فرجی^۱، شهزاد پاشایی پور^۲، رضا نگارنده^{۳*}

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، گروه آموزشی پرستاری بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲- استادیار، گروه آموزشی پرستاری بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳- استاد، مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

پذیرش: ۱۳۹۴/۸/۳۱

دریافت: ۱۳۹۴/۶/۹

چکیده:

مقدمه: تغییر در سبک زندگی جزء جدایی ناپذیر از پیشگیری قلبی است و سبک زندگی به میزان زیادی تحت تاثیر ادراک قرار می گیرد. هدف از مطالعه حاضر تعیین تاثیر آموزش قبل ترخیص و پیگیری تلفنی روی درک از بیماری و سبک زندگی بیماران انفارکتوس میوکارد بوده است.

روش کار: مطالعه حاضر کارآزمایی بالینی کنترل شده غیر تصادفی است که در سال ۱۳۹۳ انجام شد. ۷۰ نمونه به روش نمونه گیری مستمر از بیماران انفارکتوس میوکارد انتخاب گردید. ابزار مطالعه سه پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی و بیماری، درک از بیماری و سبک زندگی بود. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آمار توصیفی، آزمون های تی مستقل، تی زوجی، مجذور کای و فیشر در نرم افزار SPSS/16 انجام یافت.

یافته ها: در قبل از مداخله نمره میانگین درک از بیماری تفاوت معناداری را نشان نداد ($p=0/528$) و میانگین سبک زندگی در گروه مداخله بیشتر از گروه کنترل بود ($p=0/018$). درحالیکه پس از مداخله متغیرهای درک از بیماری و سبک زندگی تفاوت معناداری داشتند (به ترتیب $p=0/04$ و $p=0/01$). مقایسه تفاضل نمرات پیش آزمون و پس آزمون درباره درک از بیماری اختلاف معناداری را نشان داد ($p=0/018$) در حالیکه این اختلاف برای متغیر سبک زندگی از نظر آماری معنادار نبود ($p=0/826$).

نتیجه نهایی: بر اساس نتایج پژوهش آموزش قبل ترخیص و پیگیری تلفنی می تواند باعث اصلاح درک از بیماری در بیماران انفارکتوس میوکارد شود. به نظر می رسد تغییر سبک زندگی مستلزم مداخلات بلند مدت باشد.

کلیدواژه ها: آموزش بیماران / انفارکتوس ماهیچه قلب / سبک زندگی / مطالعات پیگیری

*نویسنده مسئول: رضا نگارنده؛ استاد، مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

Email: rnegarandeh@tums.ac.ir

مقدمه:

بیماری های قلبی - عروقی به عنوان یکی از بیماری های مزمن نیز عامل اصلی مرگ و میر ناشی از بیماری های غیر واگیر در کل دنیا به شمار می روند، به طوری که حدود ۱۷ میلیون مرگ در دنیا به علت بیماری عروق کرونر اتفاق می افتد که ۸۰ درصد آن در کشورهای در حال توسعه مشاهده می شود (۱). بیماری های عروق کرونر به عنوان یک اپیدمی جهانی ظاهر شده اند و در حال حاضر از علل عمده ناتوانی و مرگ به شمار می آیند (۲). در اوایل قرن بیستم اختلالات قلبی - عروقی علت کمتر از ۱۰٪ کل مرگ های جهان را شامل می شد، این در حالی است که در اواخر این قرن بیماری های قلبی نزدیک به نیمی از کل مرگ های کشورهای پیشرفته و حدود ۲۵٪ مرگ های کشورهای در حال توسعه را شامل می شود. در طول دو دهه گذشته انفارکتوس میوکارد باتوجه به توسعه جوامع و اقتصادی شدن با یک سرعت بالایی در حال افزایش است (۳). به طور متوسط در کشورمان روزانه ۱۶۶ نفر در اثر سکته قلبی جان خود را از دست می دهند. همچنین گزارش شده است که ۴۰ درصد مردان و ۱۳ درصد زنان در سال نخست پس از انفارکتوس میوکارد بار دیگر انفارکتوس میوکارد و بستری مجدد را تجربه می کنند (۴).

میزان مرگ و میر ناشی از بیماری های قلب و عروق در آمریکا یک مرگ از هر سه مرگ در سال ۲۰۰۸ اعلام شده است و پیش بینی شده است که تا سال ۲۰۲۰ بیماری های قلبی عروقی با ۲۰ میلیون مرگ، اولین علت مرگ و ناتوانی در دنیا خواهد بود (۵). هم چنین میزان مرگ و میر ناشی از انفارکتوس میوکارد که شایع ترین علت بستری در افراد بالای ۶۵ سال است، سالیانه ۳۰۰۰۰ نفر در آمریکا می باشد که این میزان افزایش ۴۵ درصدی را در دو دهه گذشته نشان می دهد. هزینه های مستقیم و غیرمستقیم ناشی از این بیماری در کشور آمریکا سالیانه ۳۳/۲ میلیارد دلار تخمین زده می شود (۶).

نرخ بیماری های عروق کرونر، طی سال های اخیر، بین ۲۰ الی ۴۵ درصد افزایش پیدا کرده است. به عبارت دیگر از هر ۸۱۲ مورد مرگ و میری که رخ می دهد حدود ۳۰۳ مورد ناشی از بیماری های قلبی عروقی می باشد و هر سال حدود ۳/۶ میلیون نفر در بیمارستان های تحت

پوشش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بستری می شوند که تعداد قابل توجهی از این بیماران را مبتلایان به بیماری های قلبی، به خصوص بیماران سندرم کرونری حاد تشکیل می دهند (۷).

انفارکتوس میوکارد نکرور ایسکمیک میوسیت های قلبی است که در اثر فقدان یا کاهش تامین خون برای آن اتفاق می افتد و از شایع ترین و خطرناک ترین بیماری ها در کشورهای صنعتی است، به طوری که *zipe* و همکاران بیان می کنند که با وجود پیشرفت های وسیع در زمینه تشخیص و درمان این بیماری، همچنان این بیماری یکی از مشکلات بهداشتی کشورهای صنعتی است. بهبودی از آسیب قلبی حداقل ۱۲ - ۶ هفته طول می کشد و در این مدت پیامدهای بیماری ادامه دارد به طوری که ۷۰٪ بیماران از درد سینه پس از ترخیص شاکی هستند که باعث احساس عدم کفایت در فرآیندهای زندگی می شود (۸).

اگر چه پیشرفت در درمان پزشکی انفارکتوس میوکارد مرگ و میر را در مرحله حاد کاهش داده است اما پیشرفت در بهبود عملکرد پس از انفارکتوس میوکارد آهسته تر شده است. بیان شده است که دوره پس از انفارکتوس میوکارد یک دوره آسیب پذیر هم از نظر جسمی و هم از نظر عاطفی می باشد. اگر بیماران نتوانند به طور موفقیت آمیز با این وضعیت سازگار شوند ممکن است مشکلات مختلفی چون نارسایی در بازگشت به عملکرد طبیعی و بازگشت به کار داشته باشند (۹). امروزه اعتقاد بر این است که ۷۰٪ بیماری ها به گونه ای با سبک زندگی فرد در ارتباط است. آمار ارائه شده در مورد دلایل اصلی مرگ و میر بیانگر آن است که حدود ۵۳٪ از علت مرگ و میرها به سبک زندگی مربوط می شود (۱۰).

اصلاح سبک زندگی جزء جدایی ناپذیر از پیشگیری ثانویه قلبی است (۵). بنابراین باتوجه به رابطه بین سبک زندگی و بروز بیماری های قلبی عروقی، تاکید بر تعدیل سبک زندگی و انجام رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی به عنوان عامل مهمی در تعیین پیش آگهی و عوارض این بیماری ها کاملاً برجسته و قابل توجه است. رفتارهای ارتقاء سلامت رفتارهایی است که فرد به تغذیه مناسب، ورزش مرتب و دوری از سیگار پرداخته و آن را از طریق آموزش های رسمی و غیررسمی ارتقاء می دهد (۱۱).

می‌دهند مانند علائم، حوادث، درمان‌های موثر و عوامل شناختی و عاطفی موثر که باعث به وجود آمدن احساس نسبت به بیماری‌شان می‌شود. پنج بعد برای درک از بیماری پیشنهاد شده است: اعتقادات و باورها درباره بیماری (*Identity*)، مدت زمان انتظار برای بیماری (*Timeline*)، عوامل (*Cause*)، اثرات بیماری (*consequences*)، و اینکه تا چه حد بیماری قابل کنترل یا درمان است (*control/cure*) (۱۶).

پیگیری سریع مراقبت بعد از ترخیص یکی از مهم‌ترین راه‌ها برای کمک به بیماران قلبی جهت پیشگیری از بدتر شدن بیماری می‌باشد هر چند آموزش دادن در طول بستری در بیمارستان و حین ترخیص به بیمار به عنوان اولین قدم اساسی محسوب می‌شود اما کافی نیست و بیمار باید پیگیری شود. در این میان پیگیری تلفنی به عنوان یکی از شاخه‌های پرستاری از راه دور است و به صورت برآوردن نیازهای سلامتی بیماران، هماهنگی، مدیریت و ارائه خدمات مراقبتی از طریق تکنولوژی ارتباطات و اطلاعات علی‌رغم موانع فرهنگی، اجتماعی، زمانی و جغرافیایی تعریف شده است. در پرستاری از راه دور از ابزارهای زیادی استفاده می‌شود که یکی از این ابزارهای ارتباطی تلفن است. پیگیری تلفنی توسط پرستار به عنوان ابزاری مناسب برای تبادل اطلاعات، دادن آموزش‌ها و آگاهی‌های سلامتی، اداره کردن علائم و نشانه‌های بیماری، تشخیص سریع عوارض و اطمینان بخشیدن به بیمار و خانواده‌اش به کار می‌رود و سبب افزایش ارتباط بین پرستار و مراقبین سلامت می‌شود (۷). مطالعات نشان می‌دهد که بکارگیری تلفن در ارائه مراقبت نه تنها در کاهش هزینه‌ها و تسهیل دسترسی به مراقبت موثر است، بلکه باعث بهبود رابطه بین بیمار و ارائه‌دهندگان مراقبت و همچنین حذف موانع مربوط به مکان و زمان می‌شود (۱۷).

یکی از ابزارهای اساسی در تغییر سبک زندگی بیمار وجود برنامه آموزشی به عنوان جزئی از مراقبت‌ها است (۱۷). اما شواهد کافی برای موثر بودن این نوع مداخلات لازم است تا پرستاران بالینی و پزشکان معالج را بتوان برای گنجاندن چنین برنامه‌ای در برنامه مراقبتی و درمانی بیمار متقاعد ساخت، اما با توجه به بررسی‌های انجام شده تاکنون مطالعه‌ای با این عنوان در ایران انجام نشده است. این مطالعه با هدف تعیین تاثیر آموزش قبل

سبک زندگی نادرست موجب مرگ و میر و ابتلا به بسیاری از بیماری‌ها می‌شود و اعمال سبک زندگی صحیح خطر ابتلا به بسیاری از بیماری‌ها را کاهش می‌دهد برای مثال ترک سیگار پس از ابتلا به انفارکتوس میوکارد خطر مجدد آن را تا ۳۵ درصد کاهش می‌دهد (۱۲).

شواهد علمی نشان می‌دهند که الگوی سبک زندگی افراد بر سلامت و طول عمر آنها تاثیرگذار است. با توجه به اینکه علت عمده مرگ و میر و ابتلا در جوامع امروزی به اعمال نادرست سبک زندگی مانند عدم تحرک و عادات تغذیه‌ای ناکافی و سیگارکشیدن مربوط می‌شود و فعالیت جسمانی و مصرف ناکافی میوه و سبزی عامل خطر بیماری‌های قلبی عروقی و انواع سرطان‌ها است بنابراین داشتن یک سبک زندگی سالم می‌تواند از بسیاری از بیماری‌ها پیشگیری کند (۱۳).

معمولاً افراد یک الگوی باور در رابطه با وضعیت خود شکل می‌دهند که این کلید تعیین‌کننده رفتار آن‌ها در راستای مدیریت بیماری آن‌ها خواهد بود. این یک فرآیند پویایی می‌باشد که در پاسخ به تغییرات در درک و ایده‌های بیماران در رابطه با بیماری خود بروز می‌نماید. درک از بیماری یا ظهور شناختی به طور مستقیم پاسخ‌های عاطفی افراد به بیماری و رفتارهای سازگاری آن‌ها با بیماری مانند تبعیت از رژیم درمانی را تحت تاثیر قرار می‌دهد (۱۴).

درک از بیماری یا *illness perception* از اعتقادات و اطلاعات دریافت شده بیمار درباره شرایط، تشکیل می‌شود و این فاکتورها روی سلامت روانی اشخاص و اینکه بیمار چگونه با بیماری خویش کنار می‌آید تاثیر می‌گذارد. وقتی یک فرد صدمه می‌بیند یا بیمار می‌شود سعی می‌کند تا در ذهن خود یک چارچوب شناختی از بیماری برای تفسیر کردن تشکیل دهد. این درک از بیماری شامل اعتقادات بیمار درباره هویت بیماری، علت بیماری، زمان بیماری، کنترل و درمان بیماری می‌باشد (۱۵).

به عبارت دیگر درک از بیماری، عقاید و انتظارات در رابطه با بیماری خود و دیگران است و از طریق منابع مختلف از جمله محیط و تجارب توسعه می‌یابد. گسترده‌ترین مدل به کار رفته برای توضیح ارتباط بین درک از بیماری و پاسخ‌های رفتاری و عاطفی مدل مدل خودتنظیمی است. این مدل نشان می‌دهد که بیماران نسبت به محرک‌های خاص داخلی و خارجی واکنش نشان

ترخیص و پیگیری تلفنی بر درک از بیماری و سبک زندگی پس از انفارکتوس میوکارد انجام یافته است.

روش کار:

این پژوهش یک کارآزمایی بالینی کنترل شده غیر تصادفی است که در سال ۱۳۹۳ به انجام رسیده است. محیط پژوهش بیمارستان امام خمینی شهرستان بروجرد و جامعه پژوهش بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد مراجعه کننده به این بیمارستان بوده است. تعداد نمونه بر اساس فرمول مقایسه میانگین با برآورد میانگین و واریانس و انحراف معیار درک از بیماری که در مطالعه مقدماتی روی بیست نمونه انجام گردیده است و با در نظر گرفتن اینکه مداخله مورد نظر بتواند حداقل ده نمره موجب افزایش نمره درک از بیماری گردد محاسبه شده است که واریانس ۲۵/۱۵۶ از مطالعه مقدماتی برآورد شده است و تعداد نمونه ها ۳۰ نفر در هر گروه محاسبه شد که با احتمال ۲۰٪ ریزش تعداد نمونه ها برای هر گروه ۳۵ نفر محاسبه شد و در مجموع ۷۰ بیمار وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه تشخیص انفارکتوس میوکارد بر اساس نتایج مثبت تستهای تشخیصی (افزایش آنزیم های قلبی *CPK-LDH-CKMB* از محدوده تعیین شده و مثبت شدن آزمایش تروپونین)، محدوده سنی ۵۸ - ۳۰ سال و داشتن تلفن ثابت یا همراه و معیارهای خروج شامل وارد مرحله حاد و شدید شدن در طول مطالعه، تمایل نداشتن به ادامه همکاری و عدم برقراری حداقل سه تماس تلفنی بود. ابزار مورد استفاده در این پژوهش سه پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی و بیماری، درک از بیماری و سبک زندگی می باشد. پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی و بیماری دارای ۱۱ عبارت است که در ابتدا با سن بیمار، جنس، قد، وزن، وضعیت تاهل، وضعیت سواد، وضعیت زندگی، تعداد اعضای خانواده، مدت زمان بیماری، شرکت در کلاس های آموزشی، سابقه خانوادگی بیماری و نحوه کسب منابع اطلاعات بهداشتی می باشد. جهت سنجش درک از بیماری از پرسشنامه مختصر درک از بیماری (*Brief IPQ*) استفاده شده است. این ابزار در مطالعه حاضر دارای هشت گویه است و به آن ها در مقیاس لیکرت (۱-۱۰) پاسخ داده خواهد شد. حداقل نمره قابل کسب از این پرسشنامه ۸ و حداکثر نمره قابل کسب ۸۰ می باشد. هر گویه یکی از مولفه های ادراک بیماری را

مورد سنجش قرار می دهد که شامل درک فرد از پیامدهای ناشی از بیماری، طول مدت بیماری، کنترل شخصی، درمان پذیری، ماهیت بیماری، نگرانی در مورد بیماری، بازنمایی عاطفی و قابلیت درک و فهم نسبت به بیماری می باشد. روایی و پایایی این پرسشنامه در تحقیقات گذشته به تایید رسیده است. در تحقیق حاضر جهت تعیین روایی محتوا پرسشنامه تهیه شده در اختیار ۱۲ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی تهران قرار گرفت. نظرات و پیشنهادات هیئت مذکور جمع آوری و تغییراتی در ارتباط با معادل سازی واژگان بیگانه با واژگان فارسی، نحوه ترجمه و چیدمان سوالات اعمال گردید و پرسشنامه اصلاح گردید. پایایی پرسشنامه یا قابلیت اعتماد آن با استفاده از روش اندازه گیری آلفای کرونباخ محاسبه شده است که در این پژوهش ۰/۵۸ به دست آمد. در مطالعه ای که توسط بزازیان و همکاران که در سال ۱۳۸۹ با عنوان سبک های زندگی، ادراک بیماری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع یک مطرح شده است ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۷۵ گزارش شده است.

جهت سنجش سبک زندگی از پرسشنامه سبک زندگی (*LSQ*) استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۷۰ سوال بوده و هدف آن ارزیابی ابعاد مختلف سبک های زندگی است. مقیاس نمره دهی از نوع لیکرت می باشد و در هر قسمت حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۶ می باشد. روایی سازه این پرسشنامه توسط لعلی و همکاران با استفاده از آزمون تحلیل عاملی بررسی شده و پرسشنامه سبک زندگی به منزله ابزاری چند بعدی برای ارزیابی و اندازه گیری سبک زندگی مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین پایایی پرسشنامه یا قابلیت اعتماد آن با استفاده از روش اندازه گیری آلفای کرونباخ محاسبه شده است که در این پژوهش ۰/۸۶ به دست آمد.

مداخله به صورت آموزش قبل از ترخیص و پیگیری تلفنی بود. مداخله آموزش قبل ترخیص با هدف آگاه نمودن فرد از چگونگی اصلاح سبک زندگی و درک مثبت از بیماری ظرف ۶۰ دقیقه و در روز قبل از ترخیص به صورت چهره به چهره و فردی در همان بخش *post CCU* بیمارستان اجرا شد. با توجه به اینکه آموزش چهره به چهره جزء بهترین روشهای آموزش از نظر ایجاد تغییر رفتار در فراگیران می باشد و پژوهشگر و آموزش

شد جهت تکمیل پرسشنامه به بیمارستان مراجعه نمایند.

ملاحظات اخلاقی شامل: کسب اجازه از مسئولین دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران به منظور انجام پژوهش، ارائه معرفی نامه کتبی به شبکه بهداشت و درمان شهرستان بروجرد و بیمارستان امام خمینی و کسب اجازه برای انجام پژوهش، معرفی پژوهشگر به واحدهای پژوهش اهداف و ماهیت پژوهش برای آنها و کسب رضایت از طریق رضایت نامه کتبی واحدهای پژوهش جهت شرکت در مطالعه، اطمینان دادن به کلیه واحدهای پژوهش در مورد محرمانه بودن اطلاعات، قرار دادن نتایج پژوهش در اختیار شبکه بهداشت و بیمارستان در صورت تمایل، تایید کمیته اخلاق دانشگاه و ثبت در پایگاه کارآزمایی بالینی می‌باشد.

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون های استنباطی (تی مستقل، تی زوجی، مجذور کای و فیشر) در نرم افزار SPSS/16 انجام یافت.

یافته‌ها:

یافته ها نشان داد که تمام پاسخ دهندگان در محدوده سنی ۸۳ - ۳۵ سال با میانگین سنی ۵۸/۸۸۵۷ سال بودند. هم چنین بیشترین تعداد شرکت کنندگان در مطالعه (۶۱/۴٪) مرد بودند. در این مطالعه ۹۲/۹٪ افراد متاهل بودند و اکثریت پاسخ دهندگان دارای تحصیلات ابتدایی بودند که این افراد ۴۰ درصد نمونه‌ها را تشکیل می‌دادند و کمترین درصد افراد دارای تحصیلات دانشگاهی (۵/۷ درصد) بودند. اکثر بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد (۹۰ درصد) با همسر و اطرافیان زندگی می کردند و ۹۴/۳ درصد از بیماران در کلاس‌های آموزشی مربوط به انفارکتوس میوکارد شرکت نکرده بودند. ۶۸/۶ درصد از افراد سابقه خانوادگی از بیماری گزارش نکردند. ۶۳/۸ درصد از بیماران منبع کسب اطلاعات را تلویزیون گزارش کردند. تعداد اعضای خانواده در ۵۱/۴ درصد از بیماران کمتر از چهار نفر و در ۴۸/۶ درصد از بیماران بیشتر از چهار نفر بود. مدت زمان بیماری در ۸۴/۳ درصد از افراد کمتر از یک ماه، در ۷/۱ درصد از افراد بین یک ماه تا یک سال و در ۵/۷ درصد از افراد بالای یک سال بود. بین دو گروه مداخله و شاهد از نظر سطح تحصیلات تفاوت معنادار ($P=0/0001$) وجود

گیرنده به طور مستقیم و رو در رو با یکدیگر در ارتباط بودند از این روش آموزشی استفاده گردید. مدت زمان آموزش بسته به سوالات بیماران متفاوت بود. پیگیری تلفنی با هدف اصلاح سبک زندگی و درک مثبت از بیماری انجام شد. مواردی که در این مکالمه مورد تاکید بود اصلاح رژیم غذایی، فعالیت فیزیکی و درک مثبت نسبت به بیماری بود. درک مثبت نسبت به بیماری شامل بهبود عقاید در رابطه با علت بیماری و کنترل آن بود. در پیگیری تلفنی تاکید محقق به تقویت مواد آموزشی داده شده قبل از ترخیص بود. تعداد تماس‌های گرفته شده با بیمار بعد از ترخیص به این صورت بود که طی سه روز اول پس از ترخیص روزانه یک بار و پس از آن هفته ای یک بار تا دو ماه می‌باشد. مدت زمان تماس های تلفنی حداقل ۲۰ دقیقه در نظر گرفته شد که این مدت زمان ممکن بود بر اساس نیازهای بیمار و سوالات آموزشی متفاوت باشد. زمان برقراری اولین تماس اولین روز پس از ترخیص بود. پاسخگویی به سوالات بیماران و همراهان آن ها با شماره تلفنی که محقق جهت پیگیری بیماران قرار داده بود در صورت داشتن هر مشکلی یا سوالی به صورت شبانه روزی تماس برقرار می‌کردند. محتوای آموزش با توجه به نیازهای آموزشی بیماران طراحی گردید.

پس از تاییدیه کمیته اخلاق به شماره ۹۱۱۱۱۹۶۰۴۲-۱۳۱۱۲۲، ثبت مطالعه در پایگاه کارآزمایی بالینی) IRCT201508169014N74 و اخذ معرفی نامه از معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی تهران و هماهنگی با بیمارستان امام خمینی شهرستان بروجرد، نمونه‌های واجد شرایط به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و پس از کسب رضایت آگاهانه به طور غیرتصادفی به علت داشتن تنها یک بیمارستان مجهز به بخش *post ccu* در ابتدا گروه شاهد و سپس گروه مداخله تکمیل گردید و گروه شاهد و سپس گروه مداخله پرسشنامه دموگرافیک، درک از بیماری و سبک زندگی را پر کردند. پس از گذشت دو ماه از تکمیل پرسشنامه نوبت اول (مدت زمان در نظر گرفته برای انجام مداخله در گروه مداخله) از شرکت کنندگان خواسته شد که مجددا پرسشنامه درک از بیماری و پرسشنامه سبک زندگی را تکمیل کنند و برای این منظور از بیماران خواسته شد که در زمان مقرر جهت تکمیل پرسشنامه به بیمارستان مراجعه نمایند. جهت گروه کنترل هم از بیماران خواسته

بود ($p=0/0001$)، به منظور حذف اثر مخدوش کنندگی تحصیلات از آنالیز کواریانس استفاده گردید که بر اساس نتایج آن همچنان اختلاف تفاضل نمرات قبل و بعد درک از بیماری معنی دار ماند ($p=0/042$) و سبک زندگی هم چنان تفاوت معناداری را نشان نداد. اطلاعات کامل در جدول ۱ آمده است.

دارد و دو گروه از نظر سطح تحصیلات همگن نیستند به طوری که در گروه مداخله (۳۱/۴ درصد) دارای تحصیلات دیپلم و (۱۱/۴ درصد) دارای تحصیلات دانشگاهی هستند ولی در گروه شاهد تنها (۲/۹ درصد) از بیماران دیپلم بودند و هیچ کدام تحصیلات دانشگاهی نداشتند. با توجه به اینکه تحصیلات در دو گروه متفاوت

جدول ۱: مشخصات فردی بیماران مبتلابه انفارکتوس میوکارد مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی بروجرد در سال ۱۳۹۳

| آزمون آماری | شاهد | | مداخله | | گروه | خصوصیات |
|-------------|-------|-------|--------|-------|----------------------|---------------------|
| | درصد | تعداد | درصد | تعداد | | |
| $P=0/461$ | ۳۴/۳٪ | ۱۳ | ۴۲/۹٪ | ۱۵ | زن | جنس |
| | ۶۵/۷٪ | ۲۳ | ۵۷/۱٪ | ۲۰ | مرد | |
| $P=0/054$ | ۰٪ | ۰ | ۱۴/۳٪ | ۵ | مجرد | وضعیت تاهل |
| | ۱۰۰٪ | ۳۵ | ۸۵/۷٪ | ۳۰ | متاهل | |
| $P=0/0001$ | ۲۰٪ | ۷ | ۳۱/۴٪ | ۱۱ | بیسواد | تحصیلات |
| | ۶۰٪ | ۲۱ | ۲۰٪ | ۷ | ابتدایی | |
| | ۱۷/۱٪ | ۶ | ۵/۷٪ | ۲ | متوسطه | |
| | ۲/۹٪ | ۱ | ۳۱/۴٪ | ۱۱ | دیپلم | |
| | ۰٪ | ۰ | ۱۱/۴٪ | ۴ | دانشگاهی | |
| $P=0/239$ | ۱۰۰٪ | ۳۵ | ۸۰٪ | ۲۸ | با همسر و اطرافیان | وضعیت زندگی |
| | ۰٪ | ۰ | ۱۴/۳٪ | ۵ | بدون همسر و اطرافیان | |
| | ۰٪ | ۰ | ۵/۷٪ | ۲ | بدون همسر و تنها | |
| $P=0/04$ | ۸۰٪ | ۲۸ | ۴۷/۱٪ | ۱۶ | تلویزیون | منبع کسب اطلاعات |
| | ۲۰٪ | ۷ | ۵۲/۹٪ | ۱۸ | سایر منابع | |
| $P=0/151$ | ۵۱/۴٪ | ۳۶ | ۶۰٪ | ۲۱ | کمتر از ۴ | تعداد اعضای خانواده |
| | ۴۸/۶٪ | ۱۴ | ۴۰٪ | ۱۴ | بیشتر از ۴ | |

است ($p=0/001$) (جدول ۲). مقایسه میانگین و انحراف معیار تفاضل نمرات قبل و بعد درک از بیماری و سبک زندگی در دو گروه مداخله و شاهد نشان داد که میانگین نمرات درک از بیماری تفاوت معنادار دارد و تغییرات میانگین در دو گروه مداخله و شاهد قابل ملاحظه بوده است (جدول ۴).

میانگین نمره سبک زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد در دو گروه مداخله و شاهد در مرحله پیش آزمون (قبل از مداخله) تفاوت معناداری داشت

میانگین نمره درک از بیماری بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد در دو گروه مداخله و شاهد در مرحله پیش آزمون (قبل از مداخله) تفاوت معناداری نداشت ($p=0/528$). اما پس از گذشت دو ماه دو گروه شاهد و مداخله تفاوت معناداری را در میانگین نمره درک از بیماری نشان دادند ($p=0/04$). مقایسه درون گروهی نمرات پیش آزمون و پس آزمون هم نشان داد که گرچه نمرات پس آزمون هر دو گروه نسبت به پیش آزمون بهتر شده است اما تفاوت آن تنها در گروه مداخله معنادار بوده

مداخله ($p=0/07$) و هم گروه شاهد ($p=0/086$) از نظر آماری معنادار نبود (جدول ۳). مقایسه میانگین و انحراف معیار تفاضل نمرات قبل و بعد درک از بیماری و سبک زندگی در دو گروه مداخله و شاهد نشان داد که میانگین نمرات تفاوت معناداری ندارد (جدول ۴).

هم چنین پس از گذشت دو ماه دو گروه شاهد و مداخله تفاوت معناداری را در میانگین نمره سبک زندگی نشان دادند ($p=0/01$). مقایسه درون گروهی نمرات پیش آزمون و پس آزمون نیز حاکی از آن بود که اختلاف نمره پیش آزمون و پس آزمون هم در گروه

جدول ۲: مقایسه میانگین نمرات درک از بیماری بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی بروجرد قبل و بعد از مداخله در دو گروه مداخله و شاهد

| گروه | مداخله | شاهد | P - value |
|---------------|-------------|------------|-----------|
| قبل از مداخله | ۱۱/۳۳±۴۴/۶۸ | ۴۶/۲۸±۷/۷۰ | ۰/۵۲۸ |
| بعد از مداخله | ۷/۳۷±۵۲/۲۵ | ۴۷/۲۸±۶۹ | ۰/۰۴ |
| | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۵۰ | P - value |

جدول ۳: مقایسه میانگین نمرات سبک زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی بروجرد قبل و بعد از مداخله در دو گروه مداخله و شاهد

| گروه | مداخله | شاهد | P - value |
|---------------|--------------|--------------|-----------|
| قبل از مداخله | ۳۲۹/۳۱±۴۰/۹۱ | ۳۰۸/۲۲±۳۱/۳۳ | ۰/۰۱۸ |
| بعد از مداخله | ۳۴۳/۴۱±۲۹/۲۲ | ۳۲۰/۵۱±۲۵/۸۵ | ۰/۰۱ |
| | ۰/۰۷ | ۰/۰۸۶ | P - value |

جدول ۴: مقایسه میانگین و انحراف معیار تفاضل نمرات قبل و بعد درک از بیماری و سبک زندگی در دو گروه آزمون و شاهد

| نتایج آزمون تی مستقل | مقایسه میانگین ± انحراف معیار | | گروه |
|-----------------------------------|-------------------------------|-------------|---------------|
| | شاهد | مداخله | |
| $t=2/418$ $df=68$ $p=0/018$ | ۹/۷۸±۱/۰۰۰ | ۱۲/۷۶±۷/۵۷ | درک از بیماری |
| $t=0/174$ $df=68$ $p=0/86$ | ۴۱/۱۶±۱۲/۲۸ | ۴۵/۴۵±۱۴/۱۰ | سبک زندگی |

لحاظ نمرات درک از بیماری قبل از اجرای مداخله مبتنی بر اصلاح درک از بیماری، همگن بودند ولی با گذشت دو ماه تغییرات میانگین در گروه مداخله مبتنی بر اصلاح درک از بیماری پس از انفارکتوس میوکارد می باشد. در مطالعه ای که در سال ۲۰۱۴ توسط Jun yan و همکاران در کشور چین انجام شد نتایج نشان داد که بیماران در ۱۲ هفته پس از ترخیص در گروه مداخله درک مثبت درباره علایم بیماری داشتند و در مقایسه با گروه

بحث: امروزه با تغییر سیستم مراقبت‌های بهداشتی، بیش تر بیماران مراقبت‌های حرفه‌ای و تخصصی لازم را پس از ترخیص از بیمارستان در منزل دریافت می‌کنند. مراقبت های ارائه شده توسط پرستاران در منزل می تواند منجر به پیشگیری و کاهش دوره بستری بیماران و بستری شدن مجدد آنان و در نتیجه کاهش هزینه های بیمارستانی شود (۱۸). نتایج پژوهش حاضر نشان داد دو گروه مطالعه از

پیگیری بیماران و اجرای برنامه‌های بازتوانی قلبی می‌تواند باعث بهبود سبک زندگی بیماران شود که با مطالعه حاضر هم راستا نمی‌باشد. پژوهش انجام شده توسط متعارفی (۱۳۸۳) در رابطه با سبک زندگی قبل از ابتلا به سکته قلبی نشان داد متغیرهای جنس، محل سکونت، تعداد افراد خانواده، سرپرستی خانواده، تعداد افراد تحت سرپرستی، شغل و وضعیت اقتصادی بر سبک زندگی بیماران تاثیرگذار بوده است. بنابراین می‌توان اینگونه نتیجه گرفت که تغییر سبک زندگی نیازمند تلاش زیادی است و به عوامل اجتماعی و شخصی متعددی مانند محیط اجتماعی فرد، سن، عقاید فرهنگی، سطح تحصیلات، ابتلا به سایر بیماری‌ها، محدودیت‌های جسمی و مشکلات روانی وابسته است (۱۹). از این رو دید کل نگر و توجه کادر بهداشت و درمان از جمله پرستاران به تمام جنبه‌های زندگی بیماران به منظور شناسایی نقاط قوت و ضعف آنها در تغییر ابعاد مختلف سبک زندگی، امری ضروری به نظر می‌رسد. محدودیت‌های اجرایی طرح به این صورت بود که با توجه به اینکه داده‌ها به صورت خودگزارشی توسط پرسشنامه جمع آوری می‌شوند ممکن است به صورت دقیق نباشند، هم چنین ممکن بود واحدهای مورد پژوهش از سایر منابع اطلاعات کسب کنند که تحت کنترل پژوهشگر نمی‌باشد، مراجعه بیماران پس از دو ماه به بیمارستان جهت تکمیل مجدد پرسشنامه از دیگر محدودیت‌های اجرایی پژوهش حاضر بود.

نتیجه نهایی:

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که آموزش قبل از ترخیص و پیگیری تلفنی ساختار یافته پس از ترخیص از بیمارستان می‌تواند جهت اصلاح درک از بیماری به کار رود. این نوع از مداخله برای کاربرد در سایر بیماری‌های مزمن نیز به عنوان استراتژی مناسب جهت اصلاح درک از بیماری پیشنهاد می‌شود. همچنین مطالعات بیشتری برای بررسی اثر مداخله این مطالعه بر سبک زندگی بیماران مورد نیاز است.

سپاسگزاری:

این مقاله نتیجه پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران به شماره ۱۳۱۱۲۲-۹۱۱۱۱۹۶۰۴۲ مورخ ۲۰۱۵/۱۱/۱۷ می‌باشد. پژوهشگر بر خود لازم می‌داند مراتب تشکر و قدردانی

کنترل عقایدشان درباره علت بیماری بهبود یافته بود که با نتایج مطالعه حاضر همسو است. Broadbent و همکاران (۲۰۰۹) در پژوهش خود با هدف توسعه و ارائه یک مداخله با هدف اصلاح درک از بیماری در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد به این نتیجه رسیدند که استفاده از مداخله داخل بیمارستانی می‌تواند درک افراد را افزایش دهد و سریعتر به کار برگردند که با نتایج مطالعه حاضر همسو است. نتایج مطالعه Chen و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد که درک صحیح از بیماری و در نظر گرفتن آن به عنوان یک وضعیت قابل کنترل، می‌تواند منجر به پذیرش رفتارهای خود مراقبتی از جانب بیماران گردد. Hsiao بیان می‌کند پذیرش توصیه‌های مراقبتی از جانب بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن مانند بیماری‌های عروق کرونر، به طور قابل توجهی تحت تاثیر باورهای ذهنی افراد درباره علائم بیماری و پیامدهای ناشی از بیماری می‌باشد، بنابراین در نظر گرفتن باورهای بیماران در هنگام ارائه توصیه‌های درمانی یا مراقبتی و تاکید بر قابل کنترل بودن بیماری از طریق درمان و مراقبت‌های تجویز شده ضروری می‌باشد که در پژوهش حاضر انجام شده است. بنابراین اجرای یک مداخله مبتنی بر اصلاح درک از بیماری و پس از آن پیگیری بیماران پس از ترخیص از طریق تماس‌های تلفنی با هدف پاسخگویی به سوالات و مشاوره جهت تشویق بیماران به حفظ برنامه مراقبتی توصیه شده، می‌تواند باعث یک درک بهتر از وضعیت موجود گردد. هم چنین ارتقاء درک افراد بیمار در رابطه با قابل کنترل بودن بیماری و تاکید بر اینکه بیماران می‌توانند از طریق ایجاد تغییر در رفتارهای مغایر با سلامت، بیماری را کنترل نمایند می‌تواند تبعیت بیماران را از یک سبک زندگی سالم که به عنوان یکی از روش‌های مهم کاهش بروز مجدد بیماری شناخته شده است، بهبود بخشد.

هم چنین نتایج پژوهش حاصل بیانگر آن است که سبک زندگی پس از اجرای مداخله در دو گروه مداخله و شاهد تغییر نکرده است. فورویا و ماتا (۲۰۱۳) در مطالعه خود با بررسی ۷ مطالعه نشان دادند که پیگیری تلفنی تغییرات مثبت آماری در اندازه متغیرهای سبک زندگی ایجاد می‌کند که با مطالعه حاضر هم راستا نمی‌باشد. هم چنین پژوهش انجام شده توسط Ades در سال ۲۰۰۰ با ۸۳ بیمار مبتلا به انفارکتوس میوکارد نشان داد که

و تمامی افرادی که به نحوی ما را در انجام این پژوهش حمایت و راهنمایی کرده اند مراتب تشکر و قدردانی را به عمل می‌آوریم.

References

1. *Who constitution of the world health organization 2012*. Geneva : who
2. Rajendra H. Mehta, MD, Conor O'Shea, Amanda L. Stebbins, MS, Christopher B. Granger, MD, Paul W. Armstrong, MD, Harvey D. White, MB, Eric J. Topol, MD, Robert M. Califf, MD, E. Magnus Ohman, MD. Association of Mortality With Year of Education in Patients With ST-Segment Elevation Myocardial Infarction Treated With Fibrinolysis. *Journal of the American College of Cardiology* 2012; 57, 138-156.
3. Jun Y, Li-ming Y, Bai-ling L, Shang-yi J, Jing-jing Z, Chun-xi L, Qing L, Jing G, The effect of a telephone follow-up intervention on illness perception and lifestyle after myocardial infarction : *International Journal of Nursing Studies* 2014: 51,6,844-855.
4. Dadvand, SH. Elahi, N.Haghigh zadeh M. [Effect Cardiac rehabilitation short-term program on the clinical course of myocardial infarction]. *Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences (life)*, 1388: 15, 66-73. (Persian)
5. American Heart Association, (AHA). 2012.
6. Shojaee A, Nehrir B. Naderi N, Zareiyani A. [Effect of patient education and telephone follow up by the nurse on the level of hope in patients suffering from heart Failure. *Journal of Nursing Education*. 1392. VOL 2. 16-26. (Persian)
7. Nolte E & Mckee M (2008) *Caring for people with chronic conditions: A health system perspective*. New York: open university press: mcgraw Hill.
8. Taherinia, A. Ebrahimporian, L. Mohsenzadeh, Y. [The effect of education on knowledge and practice of activity in patients with myocardial infarction: health belief model.] *College of Alborz University of Medical Sciences*, 1391: Vol. 2, No. 1 38-33. (Persian)
9. Lin C, Bai- Ling L, Jing- Jing Z, Jing - Hua C, Shan-Yi11 /Jun Y, Li- Ming Y, Jian - Gui H, Jing-, *Illness perception among Chinese patients with*

خود را از کلیه مشارکت کنندگان حاضر در این مطالعه اعلام نماید. در پایان از مسئولان محترم دانشکده پرستاری تهران، بیمارستان امام خمینی شهرستان بروجرد

acute myocardial infarction , patient education ana counseling 2011: 398-405.

10. Taherpazir, F. Mohammadi Zeighami, Sh. Fhydy, F. *Understanding the patients with cardiovascular disease from benefits and barriers health promotion behaviors. Journal of Cardiology. The first period*. 1391. (2). 22. (Persian)
11. Babaei, M. Mohammad Khan Kermanshah, S. Alhani, F. [Influence of discharge planning on anxiety levels in o patients with myocardial infarction]. *Koomesh* 1390: 12.272 - 278. (Persian)
12. Mansourian M. et al. [lifestyle and factors affecting in students Gorgan]. *Faculty of Medical Sciences, Jahrom*. 1388:7 (1): 62-71. (Persian)
13. Mohammadi Zeidi I, Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B, 2011, [Reliability and Validity of Persi a Version of the Health-Promoting Lifestyle Profile], *Mazand Univ Med Sci*, 22. 103-113. (Persian)
14. Petrie, K. J. Weinman, J.A. why illness perception matter. *Clinmed*. 2006 , 6:536-539
15. Yaraghchi, A., Rezaei, O., Mandegar, MH., Bagherian, R. [The relationship between Illness perception and quality of life in Iranian patients with coronary artery bypass graft]: *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2012. 3334. (Persian)
16. Foxwell R, Morley C, Frizelle D (2013) *Illness perceptions, mood and quality of life: A systematic review of coronary heart disease patients. Journal of sychosomatic Reaserch* 75. 211-222.
17. Parizad N; Hemmati Maslakhpak M; Khalkhali HR. [The Effect of Tele-Education by Telephone and Short Message Service on Laboratory Parameters in Patients with Type 2 Diabetes]. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences*. 2014. Vol.14. 7-17. (Persian)
18. Fife A, Farr E. *Acute myocardial infarction. Nurs Stand*. 1998; 12(26): 49-54.
19. Berra K, Klieman L, Hinohara A. *Promoting Adherence to medical and lifestyle interventions for women with cardiovascular disease. current cardiovascular risk report*. 2009, 3: 197-204.

Original Article

The effect of pre-discharge education and telephone follow-up on illness perception and lifestyle in patients with myocardial infarction

N. Faraji¹; S. Pashaeypoor²; R. Negarandeh^{3*}

1-M.s.c Student in Nursing, Department of Public Health Nursing, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran.

2-Assistant Professor, Public Health Nursing, School Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran.

3- Professor, Public Health Nursing, School Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran.

Received: 31.8.2015

Accepted: 14.12.2015

Abstract

Background: Lifestyle modification is an integral component of secondary prevention of cardiovascular diseases. Lifestyle is greatly influenced by the perception of disease. This study sought to evaluate the effects of pre-discharge education and telephone follow-up on illness perception and lifestyle in patients with myocardial infarction (MI).

Methods: This non randomized controlled trial was performed in Imam Khomeini Hospital, Broujerd, Iran during 2014. Convenience sampling was applied to select 70 hospitalized patients with MI (35 patients in the intervention group and 35 in the control group). A demographic and disease characteristics questionnaire, the Brief Illness Perception Questionnaire (IPQ), and a lifestyle questionnaire were administered to collect data. Data analysis was conducted using descriptive and inferential statistics (independent t, paired t, chi-square, and Fisher's exact tests) in SPSS/16. P values less than 0.05 were considered significant.

Result: In pre-test, the two groups had no significant difference in the mean score of illness perception ($P=0.528$). However, the mean score of lifestyle was significantly higher in the intervention group than in the control group ($P=0.018$). In the post-test, the two groups had significant differences in both illness perception ($P=0.04$) and lifestyle ($P=0.01$). Comparison of the mean differences between pre- and post-test scores revealed statistically significant differences in illness perception ($P=0.018$). In contrast, no significant difference was observed in case of lifestyle ($P=0.826$).

Conclusion: According to our findings, pre-discharge education and telephone follow-up can correct illness perception in patients with MI. However, it seems that lifestyle changes will require long-term interventions.

Keywords: Follow-up Studies / Life Style / Myocardial Infarction / Patient Education

*Corresponding Author: R. Negarandeh; Professor, Public Health Nursing, School Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran. Email: megarandeh@tums.ac.ir