

## اثربخشی آموزش و پیگیری در منزل بر آگاهی و رفتارهای بهداشتی مبتنی بر تدبیر بیماران سکنه قلبی

اکرم طاهریان<sup>۱</sup> - دکتر فرحناز محمدی<sup>۲</sup> - محمد علی حسینی<sup>۳</sup> - دکتر مهدی رهگذر<sup>۴</sup> - دکتر مسعود فلاحی خشکناپ<sup>۵</sup>

### چکیده

**مقدمه:** آموزش به بیمار یکی از اجزاء اساسی مراقبت از بیمار قلبی در بیمارستان و جامعه است. بر این اساس مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر آموزش و پیگیری در منزل بر آگاهی و رفتارهای بهداشتی بیماران مبتلا به سکنه قلبی مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی شهید مدرس کاشمر انجام پذیرفت.

**روش کار:** این مقاله حاصل یک مطالعه نیمه تجربی با دو گروه تصادفی شده مداخله (۱۸ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) همراه با اندازه گیریهای پیش و پس آزمون می باشد. بر نامه آموزشی مشتمل بر ۴ جلسه مستمر با موضوعات مختلف در زمینه حوادث قلبی، رژیم غذایی، رژیم دارویی، عوامل خطر ساز و ورزش برای گروه مداخله به اجرا در آمد و کتابچه آموزشی نیز به آنان ارایه گردید. بعلاوه به مدت ۳ ماه در منزل پیگیری شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه سنجش آگاهی بیمار و چک لیست کنترل و پیگیری در منزل با روش مصاحبه و مشاهده در بدو مطالعه؛ حین پیگیری و در پایان مطالعه؛ جمع آوری گردید. برای بیماران گروه کنترل کتابچه آموزشی در انتهای پژوهش ارایه گردید.

**یافته‌ها:** یافته‌ها نشان دهنده افزایش میزان آگاهی در گروه تحت مداخله بود ( $p=0/0001$ ). مقایسه میانگین‌ها در دو گروه نشان دهنده بهبود آگاهی و رفتارهای بهداشتی به شکل افزایش در دفعات ( $p=0/02$ ) و طول مدت پیاده روی ( $p=0/001$ )، بهبود علائم جسمی در حین پیاده روی ( $p=0/03$ )، شناخت و رعایت عوامل خطر زای بیماری قلبی مانند استرس و مصرف سیگار ( $p=0/001$ )، شناخت و رعایت رژیم غذایی ( $p=0/003$ ) و دارویی ( $p=0/001$ ) و در مقابل کاهش در تعداد دفعات مراجعه به پزشک ( $p=0/001$ ) و مدت زمان مورد نیاز برای حمایت روانی بیماران ( $p=0/001$ ) در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل بود.

**نتیجه گیری:** آموزش به بیمار و نهادینه ساختن آن با تکرار، نظارت و مدیریت پرستاران در محیطی مانوس همچون خانه می‌تواند؛ عامل مهمی در ارتقای عملکرد مددجویان، توسعه سلامت جامعه و گواه اهمیت نقش پرستاران باشد.

### واژه‌های کلیدی: پیگیری در منزل، آموزش بهداشت، سکنه قلبی

پذیرش مقاله: ۸۵/۱۲/۱۵

دریافت مقاله: ۸۵/۶/۱۴

۱ - کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه آزاد واحد کاشمر

۲ - دکتر فرحناز محمدی: دکتری پرستاری، عضو هیات علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی (نویسنده مسؤول)

آدرس: تهران، اوین، کودکیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

پست الکترونیکی: [f.mohammadi@uswr.ac.ir](mailto:f.mohammadi@uswr.ac.ir)

۳ - محمد علی حسینی: کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیات علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۴ - دکتر مهدی رهگذر: دکتری آمار، عضو هیات علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۵ - دکتر مسعود فلاحی: دکتری پرستاری، عضو هیات علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

## مقدمه

اجزای اساسی مراقبت از بیمار قلبی در بیمارستان و جامعه است. زیرا گر چه ممکن است آموزش های لازم در بیمارستان به بیمار داده شود، ولی معمولاً بیماران بعد از ترخیص با تدریج آن را فراموش می کنند و لذا تقویت اطلاعات ارایه شده مورد نیاز می باشد [۸]. آموزش و پیگیری بیمار در منزل از راه کارهای مناسب برای بیماران مبتلا به اختلالات مزمن به حساب می آید [۹]، زیرا در منزل می توان فرصت و وقت بیشتری را به امر آموزش اختصاص داد و از سوی دیگر بیمار بحران های مرحله حاد بیماری را پشت سر گذاشته و بهتر می تواند مطالب آموزشی را درک و دریافت نماید. همچنین وقتی بیمار در منزل آموزش می بیند این امکان برای ارایه کنندگان خدمات بهداشتی به ویژه برای پرستار فراهم می شود که به طور مستقیم و چهره به چهره اطلاعات را منتقل کنند و مددجو نیز فرصت می یابد که در مورد مشکلات و نیازهایش به راحتی صحبت کند [۱۰].

تحقیقات مختلف نقش آموزش بیماران را در زمینه هایی نظیر کنترل بهتر بیماری های مزمن و افزایش همکاری مددجویان مورد بررسی قرار داده و تأثیر مطلوب آموزش در اکثر زمینه ها را تأیید نموده اند [۱۱ و ۱۲]. به طور مثال در رابطه با ارزش اقتصادی آموزش بیماران مروری بر مجموعه مطالعات صورت گرفته نشان می دهد به طور متوسط هر یک دلاری که صرف آموزش بیماران می گردد، سبب صرفه جویی حد اقل ۳ الی ۴ دلاری در هزینه های درمان، مراقبت و باز توانی می شود [۱۳]. لیکن در این حوزه کمتر به مقوله تأثیر آموزش و پیگیری آن در منزل بر رفتارهای مبتنی بر تدبیر بیماری سکنه قلبی پرداخته شده است. بر همین اساس محققین بر آن شدند تا مطالعه ای با هدف تعیین میزان اثر بخشی آموزش (نظری و عملی) و پیگیری آن در منزل بر آگاهی و رفتار های بهداشتی مبتنی بر تدبیر بیماری سکنه قلبی را در جمعی از مددجویان درگیر با این مشکل بهداشتی مورد مطالعه قرار دهند.

## مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک تحقیق نیمه تجربی با طرح دو گروه مداخله و کنترل؛ پیش و پس آزمون می باشد. واحدهای مورد پژوهش شامل کسانی بودند که حداکثر برای بار دوم به سکنه قلبی بدون عارضه با ت آید

بیماری عروق کرونر<sup>۱</sup> سر دسته علل مرگ و میر در بیشتر کشورهای صنعتی می باشد، که منجر به مرگ و ناتوانی قابل توجه و کاهش بهره وری می گردد [۱]. در ایران نیز شیوع بیماری های عروق کرونر و مرگ و میر حاصل از آن رو به افزایش می باشد، به گونه ای که این بیماری ۴۶٪ از علل مرگ و میر را به خود اختصاص می دهد و میزان بروز آن در ۱۰۰ هزار نفر، ۱۸۱/۴ می باشد. طبق برآورد به عمل آمده در سال ۱۳۸۰، روزانه ۳۱۷ نفر و سالانه ۱۱۶ هزار نفر به علت این بیماری جان می سپارند [۲] از شایع ترین بیماری های عروق کرونر، سکنه قلبی<sup>۲</sup> است [۳] در ایران نیز، علاوه بر این که سکنه قلبی اولین علت مرگ افراد بالاتر از ۳۵ سال را به خود اختصاص می دهد، سن شیوع آن نیز در حال کاهش است [۴].

به دنبال بیماری عروق کرونر معمولاً بیماران مشکلات متعددی مانند درد؛ تغییر در جریان خون بافتی؛ عدم تحمل فعالیت، سازگاری غیر م وثر با بیماری، اضطراب و افسردگی [۵] تظاهرات روانی شدید، از بین رفتن امنیت کاری، کاهش فعالیت های تفریحی، آینده نامطمئن و اختلال در روابط بین فردی و ایفای نقش های خانوادگی را تجربه می کنند، که به شدت بر کیفیت زندگی آنان مؤثر است [۶]. امروزه به علت پیشرفت فن آوری تشخیص و درمان، طول مدت بستری و اقامت بیمار در بیمارستان کاهش پیدا کرده است و معمولاً بیماران با رژیم های درمانی پیچیده بسیار زودتر از بیمارستان مرخص می شوند [۷]. انتقال به منزل متعاقب درمان حادثه قلبی می تواند یک واقعه پر استرس برای بیمار محسوب شود ، چرا که این بیماران معمولاً فرصت مناسب و کافی را برای کسب توانایی تدبیر بیماریشان در فرصت کوتاه اقامت در بیمارستان به دست نیاورده اند. در چنین وضعیتی یکی از عمده ترین نیازهای این بیماران کسب دانش در حوزه مشکل شان است. آنان نیاز دارند که اطلاعات لازم را به صورت سازماندهی شده و آسان در اختیار داشته باشند، زیرا اگر بیماران توصیه های درمانی را به خوبی درک نکنند، نمی توانند آن را دنبال نمایند. آموزش به بیمار یکی از

- 1- Coronary heart disease
- 2 - Myocardial infarction

متخصص قلب (عدم وجود نارسایی قلبی درمان نشده، آریتمی، آنژین شدید و پایدار) مبتلا بودند و حداقل یک ماه از شروع بیماری آنان گذشته بود و بر اساس انجام تست ورزش حداکثر ضربان نبض پایه آنان مشخص شده بود. بیماران در محدوده سنی ۷۰-۳۵ سال قرار داشته و به بیماری حرکتی محدود کننده مبتلا نبوده و از خدمات بهداشتی در منازل استفاده نکرده بودند؛ واحدها دچار اختلالات روان شناختی و بیماری روانی شناخته شده ای نبوده و تحت نظر یک متخصص قلب و عروق از رژیم درمانی مشابه استفاده می کردند. ۴۰ نفر واجد شرکت در مطالعه بر اساس اطلاعات ثبت شده در پرونده های موجود یک دوره زمانی ۵ ماهه در بخش مراقبت های ویژه قلبی و همچنین حضور محقق در مرکز درمانی قلب و عروق شهر کاشمر انتخاب شدند. سپس با مراجعه به منازل و اخذ رضایت و جلب اطمینان آنان این افراد بر اساس جدول اعداد تصادفی در دو گروه کنترل و آزمون قرار داده شدند. در این پژوهش ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه پژوهشگر ساخته بود که یک بخش آن به بررسی اطلاعات دموگرافیک بیمار و بخش دیگر به سنجش آگاهی بیمار از بیماری و عوامل خطرزا اختصاص داده شد و یک چک لیست پژوهشگر ساخته کنترل رفتارهای بهداشتی مبنی بر تدبیر بیماری در منزل بود. محققین جهت تعیین اعتبار علمی ابزار گردآوری داده ها، از روش اعتبار محتوی استفاده نمودند، بدین ترتیب که پس از جستجو در منابع معتبر؛ پرسشنامه تدوین و سپس متناسب با شرایط جامعه پژوهش و با همکاری اساتید تغییرات لازم در آن اعمال و جهت اخذ تأیید به ۱۰ تن از اعضاء هیئت علمی دانشگاه های علوم بهزیستی و توانبخشی، علوم پزشکی تهران، ایران، شهید بهشتی و تربیت مدرس ارایه گردید. برای تعیین پایایی ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش، از روش آزمون مجدد استفاده شد. بدین صورت که ابزارها توسط پژوهشگران، در دو مرحله و به فاصله زمانی ۱۵ روز، برای ۱۰ نفر مستقل از واحدهای مورد پژوهش مورد استفاده قرار گرفت و تکمیل گردید. پایایی ابزار سنجش آگاهی با محاسبه ضریب همبستگی دو امتیاز بدست آمده در دو آزمون ۸۸٪ تأیید گردید.

در ابتدا مطالعه پرسشنامه ها توسط بیماران و یا با کمک پژوهشگر تکمیل گردید؛ سپس گروه مداخله طی چهار جلسه آموزشی ۱ ساعته؛ یک روز در میان با محتوی

آشنایی با بیماری، عوارض و درمان، عوامل خطرزای بیماری و راه های کنترل آن مشتمل بر مصرف سیگار، چربی و فشار خون بالا، افزایش وزن و استرس، رژیم غذایی و رژیم دارویی؛ نحوه اجرای پیاده روی شامل دفعات، مدت زمان، طریقه کنترل نبض در محدوده مجاز (بر اساس حداکثر ضربان پایه قلب که در تست ورزش تعیین شده بود) و فواید انجام پیاده روی، تحت آموزش نظری و عملی؛ قرار گرفت. جلسات آموزشی در محل کلینیک قلب و عروق بیمارستان به اجرا درآمد. مفاد آموزشی نیز بر اساس به روزترین منابع مرتبط تدوین و با نظر متخصصین قلب و عروق و پرستاران با تجربه و اساتید دانشگاهی مورد تأیید قرار گرفت.

در هر جلسه مطالب آموزشی توسط محققین و متخصصین مربوطه شامل متخصص قلب و عروق، متخصص تغذیه و روانشناس به مدت ۴۰ دقیقه جهت مددجویان ارایه شده و سپس ۲۰ دقیقه به آنان فرصت داده می شد تا سؤالات خویش را عنوان نموده و تمرینات لازم توسط بیماران در حضور پژوهشگر انجام می شد و اشکالات آنان مرتفع می گردید.

در آخرین جلسه براساس نتایج تست ورزش؛ ضربان پایه هر فرد در فرم آموزشی بیمار ثبت شد و همراه با کتابچه آموزشی در اختیار آنان قرار گرفت. در مرحله بعد سه ملاقات در منزل در انتهای ماه اول، دوم و سوم جهت بیماران برنامه ریزی گردید. در هر ملاقات منزل مجدداً آموزش ها در صورت لزوم تکرار گردیده و رفتارهای بهداشتی آموزش داده شده کنترل می شد. تشویق بیمار به ادامه برنامه، انجام پیاده روی توسط بیمار در حضور پژوهشگر و رفع اشکالات بیمار در رابطه با روش صحیح انجام آن، روش صحیح کنترل نبض، کنترل علایم جسمی حین پیاده روی، حمایت روانی شامل مصاحبه در زمینه کنترل استرس و کاهش اضطراب بیمار و راهنمایی بیمار و ارجاع به متخصصین مربوطه (در صورت نیاز) از اقدامات اصلی در حین پیگیری بیمار در منزل بود. در ضمن چک لیست کنترل بیمار در منزل توسط محقق تکمیل می گردید. شماره تلفنی نیز در اختیار بیماران قرار داده شد تا در صورت بروز هر گونه مشکل یا داشتن سوال با این شماره تلفن تماس حاصل نمایند و راهنمایی های لازم را دریافت کنند. در آخرین ملاقات منزل پس از انجام راهنمایی ها، آموزش و مشاوره های لازم، مجدداً پرسشنامه

آگاهی بیمار و آخرین چک لیست پیگیری بیمار در منزل توسط محققین تکمیل شد. پس از اتمام مراحل اجرای مداخله، برای گروه شاهد نیز پرسشنامه‌ها تکمیل و آموزش و کتابچه مربوطه نیز ارائه شد. برای آنالیز داده‌ها از آزمونهای آماری کای اسکوتز، تی و آنالیز واریانس استفاده گردید.

در آخر داده‌ها جهت آرایه به کامپیوتر کدگذاری گردید و برای تجزیه و تحلیل آن‌ها از نرم افزار SPSSVersion 11.5 تحت ویندوز استفاده شد.

## یافته‌ها

یافته‌ها در بخش‌های مجزا تنظیم و آرایه می‌شوند:  
الف: مشخصات فردی گروه مداخله و کنترل؛  
این بخش داده‌ها به منظور معرفی جمعیت تحت مطالعه ارائه می‌گردد، اکثریت واحدهای پژوهش را مردان (۶۵-۶۸٪)، ۶۵-۷۰ ساله (۳۰٪)، ۷۰-۶۱ کیلوگرم (۶۵٪)، متأهل (۹۲٪)، با سواد (۵۵٪)، بازنشسته و یا بیکار (۶۸٪)، دارای درآمد کمتر از حد مخارج زندگی (۵۷٪)، اولین ابتلا به سکته قلبی (۷۱٪)، سابقه سه تا شش ماهه ابتلا (۵۲٪)، عدم وجود مشکلات عضلانی اسکلتی (۹۴٪) و عدم سابقه ابتلا به بیماری تنفسی (۸۱٪) تشکیل می‌دهند.

دو گروه مداخله و کنترل شرکت کننده در این مطالعه از نظر متغیرهای سن ( $p > 0/1$ )، جنس ( $p = 0/8$ )، وزن ( $p = 0/4$ )، وضعیت تأهل ( $p = 0/5$ )، میزان تحصیلات ( $p = 0/2$ )، وضعیت همزیستی با خانواده ( $p = 0/5$ )، شرایط شغلی ( $p = 0/3$ )، متوسط درآمد ( $p = 0/7$ )، محل درآمد ( $p = 0/7$ )، تعداد دفعات سکته قلبی ( $p = 0/8$ )، مدت زمان گذشته از سکته قلبی ( $p = 0/3$ )، سابقه فشارخون بالا ( $p = 0/1$ )، مشکلات عضلانی اسکلتی ( $p = 0/4$ )، بیماری‌های تنفسی ( $p = 0/6$ ) همگن بوده به عبارتی دو گروه از نظر متغیرهای زمینه‌ای و مداخله‌گر که به طور بالقوه می‌توانستند به نوعی بر نتایج مطالعه تأثیر داشته باشند از نظر آماری تفاوت معناداری نداشتند.  
ب: یافته‌های مربوط به میزان آگاهی قبل و بعد از آموزش در دو گروه:

میزان آگاهی بیماران قبل و بعد از مداخله در هر یک از گروه‌ها به تفکیک جدول شماره ۱ ارائه گردید. تغییرات میزان آگاهی قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون ( $p = 0/001$ ) و کنترل ( $p = 0/01$ ) دارای تفاوت معنادار می‌باشد. لیکن این تفاوت در گروه مداخله مشهودتر از گروه کنترل است.

میانگین‌های آگاهی بیماران دو گروه، قبل از مداخله در جدول شماره ۲ ارائه گردید. مقایسه میانگین‌های آگاهی بیماران دو گروه، قبل از مداخله با استفاده از آزمون تی مستقل تفاوت معناداری را نشان نداد ( $p = 0/8$ ). به عبارتی آگاهی دو گروه قبل از مداخله یکسان بوده است، اما بعد از انجام مداخله، تفاوت‌ها این میانگین‌ها معنادار شد ( $p = 0/001$ ).

ج: یافته‌های مربوط به بازدید و پیگیری بیمار در

منزل:

یافته‌های بدست آمده در این بخش در جدول ۳ ارائه شده است. بر اساس آزمون‌های آماری، متغیرهای بررسی شده در حین سه بار بازدید از منزل به طور معناداری بهبود رفتارهای بهداشتی و آگاهی بیمار را نشان می‌دهند. به طوری که آگاهی و انجام رفتارهای بهداشتی در رابطه با دفعات پیاده روی، طول مدت پیاده روی، شناخت و رعایت عوامل خطرزای بیماری قلبی (مانند جلوگیری از افزایش وزن، عدم مصرف سیگار، کنترل استرس، کنترل بیماری‌های همراه، ضرورت پیگیری درمان، کنترل فشارخون)، شناخت و رعایت رژیم غذایی و دارویی افزایش معناداری نشان می‌دهند و همچنین کاهش بروز علائم جسمی (مانند تنگی نفس، درد قفسه سینه و تپش قلب، و خستگی) در حین پیاده‌روی نیز معنادار است. با توجه به شاخص آماری ( $X \pm S.D$ ) در این جدول افزایش دفعات پیاده روی ( $p < 0/01$ ) طول مدت پیاده‌روی ( $p = 0/001$ ) به دنبال پیگیری مددجو آشکار می‌باشد و در برابر مدت زمان دریافت حمایت روانی در ارتباط با بیماری ( $p = 0/001$ ) و دفعات ارجاع به متخصصین مختلف برای کنترل عوارض بیماری ( $p = 0/001$ ) به دنبال پیگیری در منزل، کاهش معنادار یافته است.

**جدول ۱:** مقایسه میانگین های آگاهی قبل و بعد از مداخله در بیماران مبتلا به سکتة قلبی در دو گروه مداخله و کنترل

نتیجه آزمون زوجی $t$	مابۀ التفاوت		بعد از مداخله		قبل از مداخله		زمان شاخص آماری متغیر
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
$t=5/34, p=0/001$ $df=17$	۱/۶۸	۲/۱۱	۰/۳۲	۱۰/۸۹	۱/۵۶	۸/۷۸	آگاهی (گروه مداخله)
$t=2/67, p=0/01$ $df=19$	۰/۵۹	۰/۳۵	۱/۵۰	۹/۱۵	۱/۷۷	۸/۸	آگاهی (گروه کنترل)

**جدول ۲:** مقایسه میانگین های آگاهی دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله در بیماران مبتلا به سکتة قلبی

نتیجه آزمون	گروه کنترل		گروه مداخله		آگاهی
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
$Z=0/134, df=36, p=0/8$	۱/۷۷	۸/۸۰	۱/۵۶	۸/۷۸	قبل از مداخله
$Z=4/088, df=36, p=0/001$	۱/۵	۹/۱۵	۰/۳۲	۱۰/۸۹	بعد از مداخله

**جدول ۳:** نتایج آزمونهای مربوط به بعضی متغیر های مورد نظر در سه نوبت بازدید منزل در بیماران مبتلا به سکتة قلبی

سطح معناداری	آماره آزمون	متغیر مورد بررسی در طول سه نوبت پیگیری در منزل	ردیف
۰/۰۲	$df=1$ و $\chi^2=11/421$	دفعات پیاده روی	۱
۰/۰۰۱	$f=61/528$ (ANOVA)	مدت زمان پیاده روی	۲
۰/۰۳	$df=4$ و $\chi^2=10/08$	بروز علایم جسمی در حین پیاده روی	۳
۰/۰۰۱	$df=4$ و $\chi^2=32/64$	شناخت و رعایت عوامل خطر زای بیماری قلبی	۴
۰/۰۰۳	$df=4$ و $\chi^2=27/86$	شناخت و رعایت رژیم غذایی	۵
۰/۰۰۱	$df=4$ و $\chi^2=26/091$	شناخت و رعایت رژیم دارویی	۶

**جدول ۴:** شاخص های آماری ( $X \pm S.D$ ) متغیر های مورد نظر در سه نوبت بازدید منزل در بیماران مبتلا به سکتة قلبی

نتیجه آزمون	نوبت سوم	نوبت دوم	نوبت اول	متغیر
$p=0/01$	$2/56 \pm 0/71$	$2/28 \pm 0/67$	$1/89 \pm 0/9$	دفعات پیاده روی
$p=0/001$	$32/87 \pm 8/09$	$23/89 \pm 6/98$	$15 \pm 5/69$	مدت پیاده روی به دقیقه
$p=0/001$	$21/39 \pm 3/57$	$25/28 \pm 6/96$	$36/9 \pm 9/10$	مدت زمان دریافت حمایت روانی به دقیقه
$p=0/001$	$0/60 \pm 0/23$	$0/61 \pm 0/70$	$1/28 \pm 0/89$	دفعات ارجاع به متخصصین

## بحث و نتیجه گیری

اغلب مؤلفانی که به بحث و نظریه پردازی در امر آموزش به بیمار پرداخته اند اعضای تیم بهداشتی و درمانی را به پیروی از اصول آموزش و یادگیری تشویق نموده اند. مرحله ارزشیابی از جمله مراحل مهم در برنامه آموزش به بیمار محسوب می شود [۱۴]. امروزه آموزش به مددجو از موضوع آموزش، به یادگیری تغییر مفهومی پیدا کرده است. به خصوص که اندازه گیری نتایج یادگیری، مشاهده تغییرات رفتاری و درگیر نمودن مددجویان در تصمیم گیری راجع به فرآیند یادگیری بسیار مهم است، زیرا یکی از فلسفه های بنیادی در توانمندسازی مددجویان، درگیر نمودن آنان در فرآیند آموزش - یادگیری می باشد [۱۵]. با

نظر به وسعت موضوع تأثیر و لثرت آموزش در این مطالعه محققین سعی نمودند با بررسی متغیرهای مختلف، احتمال تأثیر سایر متغیرهای زمینه ای را مدنظر قرار داده و همان طور که مشاهده شد دو گروه تحت بررسی از نظر متغیرهای زمینه ای (مورد بند الف در یافته ها) مشابه بوده و تفاوت معناداری را در این موارد نشان ندادند لذا می توان با اطمینان مناسبی، تغییر حاصل در رفتارهای مددجویان را به فرایند آموزش و پیگیری در منزل نسبت داد. یافته ها نشان دادند میزان آگاهی دو گروه قبل و بعد از مداخله دارای تفاوت معنادار می باشد. اگر چه گروه کنترل تحت مداخله مستقیم قرار نداشتند لیکن این تفاوت معنادار در گروه کنترل را می توان به ت تأثیر آموزش های

توانبخشی قلبی و آموزش مددجویان مبتلا به حمله قلبی در منزل بر الگوی ورزشی، مدت زمان و دفعات انجام فعالیت‌های بدنی آنان تاثیر مثبت دارد [۱۹]. به طور کلی حمایت عاطفی از مددجو به بهبودی وی کمک می‌کند و با بهبودی شرایط روحی و روانی، بیمار به حمایت کمتری نیاز دارد [۱۰].

باید در نظر داشت بیمارانی که متعاقب حمله قلبی از بیمارستان مرخص می‌شوند دارای اضطراب چندگانه‌ای در ارتباط با بیماری قلبی خود می‌باشند که این اضطراب مانع یادگیری مطالب آموزشی در مرحله حاد بیماری می‌گردد [۱۹]. در مورد این مددجویان بهتر است آموزش‌ها در منزل به آنان ارایه شود زیرا بیمار مرحله حاد بیماری را پشت سر گذاشته و بهتر می‌تواند مطالب آموزشی را دریافت کند [۱۰]. همچنین تداوم در امر آموزش بیمار پس از ترخیص به تداوم در تغییر رفتارش نیز کمک می‌نماید [۲۰]. در این مطالعه ضمن مقایسه تجارب سایر محققین این نتایج به دست آمد که ایجاد آگاهی و تعهد به اجرا ی دقیق برنامه مراقبت از خود در منزل با مدیریت پرستاران می‌تواند نقشی عظیم در ارتقای سلامت بیماران مبتلا به سکتة قلبی داشته باشد. پرستاران باید درک کنند که آموزش به بیمار، متعاقب بیماری یا صدمه، یک مسأله انتخابی نمی‌باشد بلکه امری اجتناب‌ناپذیر و اساسی است و همچنین باید بدانند که از نظر قانونی، اخلاقی و مسؤولیت حرفه‌ای موظفند که اطلاعات لازم را در اختیار مددجو بگذارند و به سؤالات آنان پاسخ دهند [۲۱] یافته‌های این پژوهش نیز به طور ضمنی مهر تأییدی است بر یگانه نقش پرستاران در ارایه خدمات بهداشتی در سطح منزل که متأسفانه خلاء آن در نظام بهداشتی کشور ما کاملاً محسوس می‌باشد. پرستاران به عنوان مدیران مودی [۲۲] و یکی از اعضای تیم سلامت، بهترین و مؤثرترین نیروها در استمرار خدمات بهداشتی در منزل برای مددجویان مبتلا به اختلالات مزمن محسوب می‌شوند.

در پایان باید چنین گفت که قرن بیست و یکم قرن شکل‌گیری مفاهیم جدید و تحولات پی در پی در شیوه ارایه خدمات بهداشتی و درمانی بوده است. تغییرات و دگرگونی‌ها در نیازمندی‌های بهداشتی و پیشرفت جوامع در علم و تکنولوژی پزشکی و اهمیت بهره‌وری در خدمات

غیررسمی و غیر منسجم از طریق رسانه‌ها و ارتباط با اطرافیان نسبت داد. اما همان‌طور که از مشاهده داده‌های جدول نیز بر می‌آید، تفاوت مشهودتر در گروه مداخله می‌تواند به گونه‌ای مؤید اثربخشی و کیفیت بالاتر آموزش در این گروه باشد. به ویژه آن که دو گروه قبل از مداخله از نظر میزان آگاهی تفاوتی با هم نداشته ولی بعد از مداخله این تفاوت کاملاً معنادار بود.

بریتل و همکاران [۲۰۰۸] نشان دادند آموزش، پیگیری و مشاوره بیماران مبتلا به سکتة مغزی منجر به ارتقای سطح فعالیت، کیفیت زندگی و وضعیت روانی بیماران می‌شود [۱۶]. همچنین کالدول و همکاران [۲۰۰۵] نیز در مطالعه تجربی خود به تأثیر مثبت اجرای برنامه آموزشی و پیگیری تلفنی بر دانش، رفتارهای خود مراقبتی و علایم بیماری بیماران مبتلا به نارسایی قلبی تأکید کرده‌اند. مطالعات فوق با اتفاق نظر بر اهمیت آموزش در تدبیر بیماری‌های مزمن اشاره دارند [۱۷]. به طور کلی شناخت عوامل خطر ساز اولین گام در ارتقای سلامتی و فعالیت‌های مربوط به تندرستی و پیشگیری از بیماری است و اصلاح و کنترل عوامل خطر ساز اغلب شامل تغییر رفتار بهداشتی است [۱۰].

بررسی رفتارها و پیگیری مددجو در منزل نیز نشان می‌دهد رفتارهای بهداشتی آموزش داده شده در زمینه بیماری و کنترل آن با پیگیری و تجدید نکات آموزشی در مددجویان نهادینه‌تر شده است به طوری که دفعات و طول مدت پیاده روی، میانگین بروز علایم جسمی در حین پیاده‌روی، شناخت و رعایت عوامل خطرزای بیماری قلبی مانند استرس و مصرف سیگار، شناخت و رعایت رژیم غذایی و دارویی افزایش معناداری را نشان می‌دهند. از سوی دیگر تعداد دفعات مراجعه به پزشک و مدت زمان مورد نیاز برای حمایت روانی بیماران کاهش یافته است. به عبارتی چنین به نظر می‌رسد آموزش و پیگیری آن در منزل، ارایه مشاوره و حمایت روانی مددجویان موجبات تهییج و تعهد بیشتر در بیماران و خانواده‌های آنان را فراهم کرده باشد. یافته‌های این بخش با نتایج مطالعه خلیفه‌زاده ۱۳۸۰ در زمینه تأثیر مشاوره گروهی بر پذیرش و انجام فعالیت‌های ورزشی در بیماران مبتلا به سکتة قلبی هم‌هنگ است [۱۸]. وارینگتون ۲۰۰۳ نشان داد انجام

1 - Brittle et al

2 - Caldwell et al

مراقبتی، سبب پیدایش و توجه به تعابیر و مفاهیمی همچون، تقدم پیشگیری بر درمان، مراقبت از خود، انتقال مراقبت از بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها به جامعه و منازل و ... شده است. در این میان آموزش به بیماران از جمله مفاهیمی است که طی دهه گذشته مورد تکیه و توجه بسیار قرار گرفته است. تلاش به منظور کوتاه کردن مدت

زمان بستری با هدف تقلیل عوارض بیمارستانی و کاهش هزینه‌های درمان، سبب طرح راه‌کارهایی نظیر تشویق به خود مراقبتی و ادامه مراقبت در منزل گردیده است و برای تحقق این امر آموزش مددجویان نقشی برجسته و اهمیتی انکار ناپذیر دارد.

## منابع

- ۱ - اس سی دیوب، نوسازی و توسعه، در جستجوی قالب‌های فکری، ترجمه احمد موثقی، تهران: نشر قوس، ۱۳۷۷.
- ۲ - نقوی، محسن، سیمای بیماری و مرگ و میر در هیجده استان کشور در سال ۱۳۸۰، تهران: معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، نشر تندیس، ۱۳۸۲.
- 3- Buchder L, Melander S. Critical Care Nuring. Philadelphia: Saunders Co; 1999. p. 227.
- ۴ - مومنی، حمید. تاثیر آموزش و اجرای رفتارهای سلامت بر بازگشت به کار بیماران انفارکتوس میوکارد. پایان نامه کارشناسی ارشد. اصفهان: دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ۱۳۸۱.
- 5- Smeltzer S.C, Bare B.G. Medical-Surgical Nursing. 10<sup>th</sup> Ed, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilking Co; 2004.
- 6- Mulinac M. Cardiac Rehabilitation Programs and Problem of Patient Droupout. Rehabilitation Nurse. 1995; 2(2):90-92.
- 7- Davidson P, Stewart S, Elliott D, et al. Adressing the Burden of Heart Failure in Australia: the Scope for Home-Based Interventions. Philadelphia: W.B. Saunders Co; 2001.
- 8- Derstine J.B, Drayton H.S. Comprehensive Rehabilitation Nursing. Philadelphia: W.B. Saunders Co; 2001.
- 9- Mitchell R, Muggli M, Sato A. Cardiac Rehabilitation : Participating and Exercise Program in a Quest Survive. Glenview; 1999.
- ۱۰ - پاتر، پاتریشیا آن، پری، آن گریفین. اصول و فنون پرستاری. ترجمه اساتید دانشکده پرستاری و مامایی ایران. تهران: نشر سالمی، ۱۳۸۲.
- 11- Nolan J, Nolan M, Booth A. Developing the Nurses Role in Patient Education. Rehabilitation as a Case Example. International Journal of Nursing Studens. 2001; 38 (2):163-73.
- ۱۲ - صالحی احمد، افضلی سیده زهرا. ارایه الگوی کار بردی آموزش بیمار در مراکز بهداشتی و درمانی. نشریه تامین اجتماعی ۱۳۸۰؛ سال، شماره: صفحات: ۹-۱۴.
- 13- London F. A Nursing Guide to Patient and Family Education. Lippincott: Philadelphia; 999.
- 14- Haines S.T. Patient Education : A Tool iIn Out Patients Management of Deep Vein Thrombosis. Pharmacotherapy. 1998; 8(6pt3):158-164.
- 15- Hoeman S.P. Rehabilitation Nursing Process, Application & Outcomes. 3rd Ed. Philadelphia: Mosby; 2001.
- 16- Brittle N et al. Short -Term Effects on Mobility ,Activities of Daily Living and Health Related Quality of Life of a Conductive Education Programme for Adults with Multiple Sclerosis and Stroke. Clinical Rehabilitation. 2008; 22(329-337).
- 17- Caldwell M, et al. A Simplified Education Program Improves Knowledge, Self-Care Behavior, and Disease Severity in Heart Failure Patients. American Heart Failure. 2005; 15(4):983-e8-983-e12.
- ۱۸ - خلیفه زاده، اصغر، فیروزنیا، فرزانه، نصیری، محمود و همکاران. بررسی تاثیر باز توانی بر ظرفیت جسمانی و وضعیت خلقی بیماران مبتلا به نارسایی قلب مراجعه کننده به بیمارستان‌های تامین اجتماعی شهر اصفهان ۷۷-۱۳۷۶. مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی ایران، شماره ۱۲، ص ۸۴-۸۱.
- 19- Warrington D, Cho Owski K, Petters D. Effectiveness of Home-Based Cardiac Rehabilitation for Special Needs Patients. Journal of Advance Nurse. 2003; 41(2): 21-129.
- ۲۰ - خدمت، حسین، نویدی، علی اصغر، خوش باطن، علی، دیگران. روش تحقیق در علوم پزشکی. تهران: انتشارات تیمورزاده، ۱۳۷۸.
- 21- Smith, M. Rehabilitation in Adult Nursing Practice. New York: Churchill Living Stone; 1999.