

بررسی و مقایسه اثر آموزش کلامی- تصویری و آموزشهای روتین بر وابستگی به نیکوتین در بیماران سیگاری پس از عمل بای پاس عروق کرونر

نویسندگان: محمد حسین باقیانی مقدم * سید جلیل میرحسینی ** محمد حسین کریمی زارچی ***

*استاد، گروه خدمات بهداشتی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد
**استادیار گروه جراحی قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد
***نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید صدوقی یزد تلفن: ۰۹۱۳۳۵۸۸۲۳۷ Email: zarch3030@Gmail.com

چکیده

سابقه و اهداف: مصرف سیگار سالیانه بیش از ۵ میلیون مرگ را در جهان در پی دارد و سهم آن برای کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه به ترتیب ۳۰ درصد و ۷۰ درصد می باشد. مهمترین و قابل پیشگیری ترین عامل برای مرگ و سکتته های قلبی، ترک سیگار است. با وجود خطر درک شده، هنوز هم ۴۰ درصد از سیگاریهایی که یک حمله قلبی داشته اند، در روزهای بعد از ترک بیمارستان، سیگار کشیدن را از سر گرفته اند که این امر نشان دهنده کافی نبودن آموزش های صورت گرفته می باشد. هدف از این مطالعه بررسی و مقایسه اثر آموزش کلامی- تصویری و آموزشهای روتین بر وابستگی به نیکوتین در بیماران مرد پس از عمل بای پاس عروق کرونر می باشد.

روش بررسی: این مطالعه تحلیلی به روش کارآزمایی بالینی بر روی ۱۰۰ نفر از بیماران مرد کاندید عمل جراحی قلب بستری در بیمارستان افشار یزد انجام گردید. بیماران بصورت تصادفی به دو گروه مداخله و شاهد تقسیم شدند که اطلاعات آنها در دو مرحله قبل وبعد از عمل جراحی و از طریق دو پرسشنامه جمع آوری گردید. پرسشنامه مرحله اول شامل اطلاعات دموگرافیک، تاریخ عمل، آدرس، تلفن، تست استاندارد وابستگی به نیکوتین (فاگروشتروم) و تست استاندارد خود کارا مدی (پروچسکا - دی کلمنت) بود. پس از تکمیل پرسشنامه مرحله اول، گروه مداخله تحت آموزش روتین و آموزش کلامی ترک سیگار به همراه سه تصویر رنگی واضح از گرفتگی عروق به مدت ۵ دقیقه قرار گرفتند و گروه شاهد تنها تحت آموزش روتین قرار گرفتند. سه ماه بعد از عمل ضمن تماس با بیماران، پرسشنامه مرحله دوم تکمیل گردید. این پرسشنامه نیز شامل سوالاتی در رابطه با ترک یا عدم ترک سیگار، میل به سیگار، زمان شروع سیگار بعد از عمل، پرسشنامه فاگروشتروم و خودکارامدی بود. سپس داده های دو مرحله توسط نرم افزار SPSS و تست های مورد نیاز تجزیه و تحلیل گردید.

یافته ها: دو گروه مداخله و شاهد از لحاظ متغیرهای دموگرافی یکسان بودند. میانگین سنی گروه مداخله و شاهد به ترتیب $53/55 \pm 8/4$ و $55/6 \pm 8/4$ سال بود. میانگین سن شروع مصرف سیگار $21/6 \pm 6$ سال بود. میزان کاهش وابستگی به نیکوتین در گروه مداخله $5/25$ و در گروه شاهد $4/86$ می باشد. در مورد میزان ترک سیگار پس از سه ماه $79/6\%$ از افراد گروه مداخله و 66% از افراد گروه شاهد سیگار را ترک کرده بودند که درصد ترک گروه مداخله بیشتر بود اما اختلاف آنها از نظر آماری معنی دار نبود.

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه بیانگر آن است که برای ترک سیگار در این گروه از بیماران لازم است برنامه های آموزشی همراه با مشاهده تصویر اجرا گردد.

واژه های کلیدی: ترک سیگار، وابستگی به نیکوتین، تست فاگروشتروم، تست خود کارآمدی

طلوع بهداشت

فصلنامه علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال یازدهم

شماره: دوم

تابستان ۱۳۹۱

شماره مسلسل: ۳۵

تاریخ وصول: ۱۳۹۱/۲/۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۴/۷



مقدمه

یکی از عادات ناپسند و غیر بهداشتی مصرف سیگار است. مصرف سیگار به عنوان رایجترین و ارزانترین ماده اعتیاد آور دارای عوارض زیانبار جسمی، روانی و اجتماعی و بالاخص عوارض قلبی و عروقی است. این در حالی است که حدود ۴۷ درصد از مردان و ۱۲ درصد از زنان در دنیا سیگار می کشند (۱). پیش بینی می شود تا سال ۲۰۵۰ تعداد سیگاریهای جهان به ۱/۶ میلیارد نفر می رسند (۲). در تمام سنین سیگاریها ۱۰ تا ۱۵ برا بر بیشتر از غیرسیگاریها در معرض خطر حمله قلبی هستند. طبق گزارش WHO در سال ۲۰۰۲، علل ۲۲٪ مرگ و میر در دنیا و ۳۵٪ علل در ایران، ناشی از بیماریهای قلبی و عروقی بوده است. در ایران سالانه ۵۰ هزار نفر در اثر مصرف دخانیات جان خود را از دست می دهند که بی شک می تواند یکی از عوامل موثر در عقب افتادگی اقتصادی کشور باشد (۳). با این حال هنوز هم ۴۰ درصد از سیگاریهایی که یک حمله قلبی داشته اند در روزهای بعد از ترک بیمارستان سیگار کشیدن را از سر گرفته اند. احتمالاً وابستگی دارویی و یا فیزیکی به نیکوتین علت اصلی ادامه سیگار کشیدن و یک مشکل بزرگ برای ترک سیگار است. این وابستگی به حدی شدید است که بیش از ۵۰ درصد از مصرف کنندگان هرورین، کوکائین و الکل که سیگار هم مصرف می کنند بر این باورند که ترک سیگار بسیار دشوارتر از ترک سایر مواد مخدر است. در کشورهایی که فعالیت های مناسبی را در جهت آموزش ترک و نشان دادن خطرات بالقوه این ماده شوم انجام داده اند، در صد مرگ کاهش یافته است ولی برعکس در کشورهای در حال توسعه روند بیماریها و عوارض ناشی از سیگار در حال افزایش

است (۲). به عنوان یک اصل کلی در دخانیات می توان گفت مصرف سیگار یک نفر از هر ۱۰ نفر سیگاری را می کشد و تا سال ۲۰۳۰ پیش بینی می شود نفر از ۶ نفر سیگاری در اثر استعمال دخانیات از بین برود و این آمار مرگ و میر در سال به بیش از ۱۰ میلیون نفر می رسد (۴). تحقیقات نشان داده است که ترک سیگار پس از سگته قلبی میزان مرگ را بیش از ۵۰ درصد کاهش داده است. بنا براین ترک سیگار ممکن است تاثیری به مراتب بیشتر از سایر درمانهای جایگزین در کاهش خطر مرگ و میر خصوصاً در بیماران سیگاری که سابقه بیماریهای قلبی دارند، داشته باشد (۵). یکی از روش های مداخله امیدوار کننده برای ترک سیگار، افزایش دادن اطلاعات شخصی بیماران با استفاده از کلام و تصویر از آسیب های ناشی از مصرف سیگار است که بازخورد این افزایش اطلاعات می تواند سبب ترک در افراد سیگاری شود. در میان افراد سیگاری به طور عمومی این تفکر وجود دارد که سیگار برای آنها بی ضرر است که لازم است با افزایش اطلاعات شخصی این تفکر را در آنها از بین ببریم (۶). این افزایش اطلاعات می تواند سبب افزایش درک خطر و ترس در افراد سیگاری شده و در نتیجه انگیزه ترک در آنها افزایش یابد (۷). بررسی ها نشان داده است که تنها آموزش به صورت کلامی و گفتن مطالب به صورت ساده به مردم و اینکه آنان در معرض خطر یک بیماری مرتبط به سیگار هستند منجر به تغییر رفتار در یک فرد سیگاری نمی شود (۸).

بر طبق مدل EPPM (withe در سال ۱۹۹۸) مردم خود را متعهد به رفتارهای پیشگیرانه می دانند که شخصاً خطر مورد نظر را درک کرده باشند (ارزیابی تهدید). ضمناً در صورتی آن رفتار را



ارایه می شود، انجام داده و میزان موفقیت ترک سیگاردراین دو گروه را مقایسه نماید.

روش بررسی

این مطالعه از نوع تحلیلی است که به روش کارآزمایی بالینی (clinical trials) بر روی بیماران مرد بومی مراجعه کننده به مرکز قلب بیمارستان افشار یزد که کاندید عمل جراحی قلب بوده اند، انجام شد. در این مطالعه جامعه مورد بررسی ۱۰۰ نفر از بیماران مرد ساکن استان یزد و دارای سن زیر ۶۵ سال بوده که روزانه بالای ۱۰ نخ سیگار می کشیدند. نمونه های واجد شرایط از بین بیماران مراجعه کننده به بیمارستان به روش متوالی انتخاب شدند. پس از توجیه و اخذ رضایت نامه جهت شرکت در مطالعه، موارد به صورت تصادفی وبدون آگاهی به دو گروه مداخله و شاهد تقسیم شدند. برای هر کدام از گروه مداخله و شاهد، پرسشنامه مرحله اول شامل اطلاعات دموگرافیک، تاریخ عمل، آدرس، تلفن جهت پی گیریهای بعدی، تست استاندارد فاگستروم که تست طراحی شده سازمان جهانی بهداشت و IUATLD می باشد شامل شش سوال وحداکثر ۱۰ امتیاز جهت تعیین نمره وابستگی به نیکوتین و نیز تست استاندارد خود کارآمدی (پروچسکا - دی کلمنت) با حداکثر ۳ امتیاز که جهت تعیین نمره خود کارآمدی می باشد، تکمیل شد. پس از تکمیل پرسشنامه مرحله اول، دو گروه مداخله و شاهد توسط کادر پزشکی مورد آموزش روتین قرار گرفتند. فقط بیماران گروه مداخله به مدت ۵ دقیقه مورد آموزش ترک سیگار با استفاده از روش کلامی همراه با سه تصویر رنگی واضح از گرفتگی عروق ناشی از مصرف سیگار و علل این عوارض (مصرف سیگار) به صورت قابل درک و فهم برای بیمار قرار

انجام می دهند که قادر به کاهش آن تهدید باشند (ارزیابی اثر بخشی). ابتدا فرد با استفاده از تخمین زدن، شدت تهدید را ارزیابی می کند و همچنین توانایی و قابلیت خود را در جلوگیری از این خطر (self-efficacy) مورد توجه قرار می دهد. زمانی فرد نسبت به رفتار مورد نظر اقدام می کند که ارزیابی تهدید و اثربخشی در حد بالایی باشد یعنی پیام تهدید را درک کرده باشد. ولی اگر ارزیابی تهدید بالا و ارزیابی اثر بخشی پایین باشد، فرد به سمت یک راه حل شناختی کشانده می شود و کوشش در طفره رفتن نموده و در نهایت پیام تهدید پس زده می شود و با این کار فرد بر ترس خود غلبه می کند و در نهایت نتیجه کار، پس زدن پیام تهدید است (۹). باز خورد افزایش اطلاعات شخصی که سبب نشان دادن آسیب وارده به فرد سیگاری می شود تاثیر حد اکثری را بر درک تهدید فرد می گذارد و اگر این ارایه اطلاعات به فرد به صورت بصری و علی الخصوص تصویری باشد، بهتر از آموزش صرف کلامی سبب تاثیر بر ضمیر خود آگاه و ناخود آگاه فرد برای ترک سیگار می گردد. این امر، احتمال کمتری را برای اینکه فرد سیگاری بر ترس خود غلبه کند و پیام ترک سیگار را رد کند، به وجود می آورد (۱۰). ضمناً استفاده از تصاویر در افزایش درک تهدید در فرد سیگاری، می تواند سبب ارجاع فرد به خودش و نیز ارایه جزییات مشکلات ایجاد شده در اثر مصرف سیگار به او شود که باعث تثبیت بهتر تغییرات ایجاد شده در نگرش فرد می گردد (۱۱). هدف این مطالعه، آن است که مقایسه ای بین افراد سیگاری که آموزش های مربوط به ترک سیگار را همراه با ارایه چندین عکس از گرفتگی عروق ناشی از سیگار دریافت می کنند با افرادی که فقط مشاوره ترک سیگار برایشان



بررسی ۵/۵۳ بود که در دو گروه مداخله و شاهد میانگین نمره وابستگی به نیکوتین از نظر آماری تفاوت معنی داری با هم نداشتند ($p = ۰/۹۲۱$). افرادی که در سه ماهه اول سیگار را ترک کرده بودند، نمره وابستگی به نیکوتین آنها صفر و برای بقیه افرادی که سیگار را ترک نکرده بودند، نمره وابستگی به نیکوتین محاسبه که در جدول ۱ ارائه شده است.

داده های جدول گویای آن است که نمره وابستگی به نیکوتین در گروه مداخله ۳ ماه پس از عمل بیش از نمره وابستگی به نیکوتین گروه شاهد کاهش یافته است ولی رابطه بین این کاهش در دو گروه از نظر آماری معنی دار نبود ($P = ۰/۴۶۴$).

داده های جدول ۲ نشان می دهد در گروه مداخله بطور متوسط ۲/۹ نمره و در گروه شاهد ۳/۴۱ نمره از میزان وابستگی آنها به نیکوتین کاسته شده است که از نظر آماری معنی دار نیست ($p > ۰/۰۵$).

سه ماه پس از عمل، ۷۹/۶٪ از افراد گروه مداخله و ۶۶٪ از افراد گروه شاهد سیگار را ترک کردند. داده ها گویای آن است که ترک سیگار در گروه مداخله بیش از گروه شاهد بوده است ولی این کاهش از نظر آماری معنی دار نبود ($P = ۰/۱۲۹$).

فراوانی میل به سیگار بعد از عمل در گروه مداخله ۲۸/۲٪ و در گروه شاهد ۳۰/۳٪ می باشد که این اختلاف از نظر آماری معنی دار نمی باشد ($P = ۰/۸۴۵$).

از افرادی که بعد از عمل سیگار را ترک نکرده بودند، سوال خود کارآمدی پرسیده شد و میانگین نمره آنها در گروه مداخله $۱/۲ \pm ۰/۶۳$ و در گروه شاهد $۱/۸۵ \pm ۰/۸۸$ بود ($P = ۰/۲۰۷$) که اختلاف از نظر آماری معنی دار نمی باشد.

گرفتند. پس از گذشت ۳ ماه، مجدداً ضمن تماس با بیماران، پرسشنامه مرحله دوم تکمیل شد. این پرسشنامه نیز شامل سوالاتی درباره ترک یا عدم ترک سیگار، میل به سیگار و زمان شروع سیگار بعد از عمل، پرسشنامه فاگشتروم و خودکارآمدی بود که برای بیمارانی که سیگار را ترک کرده بودند، از تکمیل پرسشنامه فاگشتروم و خود کارآمدی خودداری می شد. اطلاعات مربوط به ۴۹ بیمار گروه مداخله و ۵۰ بیمار در گروه شاهد جمع آوری و مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. داده ها پس از جمع آوری و کنترل در محیط نرم افزار SPSS ۱۷ به کامپیوتر داده شد. در تهیه جداول و شاخص ها، جهت تحلیل تفاوت بین متغیرهای کمی مستقل از t-test و ANOVA، و mann-whitney test استفاده گردید.

یافته ها

میانگین سنی گروه مداخله و شاهد به ترتیب $۵۳/۵۵ \pm ۸/۹$ و $۵۵/۶ \pm ۸/۴$ سال با دامنه تغییرات از ۲۱ سال تا ۶۵ سال بود که میانگین در دو گروه تفاوت معنی داری نداشت ($p = ۰/۲۴۱$). میانگین سن شروع مصرف سیگار $۲۱/۶ \pm ۶$ سال و دامنه تغییرات از ۱۳ تا ۵۰ سال، تفاوت معنی داری نداشت ($p = ۰/۴۲۸$). در این مطالعه ۹۲ نفر (۹۲/۹ درصد) متاهل و ۳ نفر (۳ درصد) مجرد و ۴ نفر (۴/۱ درصد) طلاق گرفته بودند که این نسبتها در دو گروه شاهد و مداخله یکسان بود ($p = ۰/۵۰۵$). میزان امتیاز خودکارآمدی برای گروه مداخله $۲/۵۳ \pm ۱/۸۴$ و گروه شاهد $۲/۲۶ \pm ۱/۸۸$ بود که از نظر آماری تفاوت آنها معنی دار نبود ($p = ۰/۱۲۱$) یعنی دو گروه مداخله و شاهد از ابتدا یکسان بودند. میانگین نمره وابستگی به نیکوتین در نمونه های مورد



جدول ۱: مقایسه نمره میانگین وابستگی به نیکوتین قبل و بعد از عمل در دو گروه مورد بررسی

P	تفاوت (کاهش)		سه ماه پس از عمل		قبل از آموزش		تعداد نمونه	گروه
	sd	میانگین	sd	میانگین	sd	میانگین		
۰/...۱	۲/۶۸	۵/۲۵	۰/۶۷	۰/۲۶	۲/۶۴	۵/۵۱	۴۹	مداخله
۰/...۱	۲/۳۲	۴/۸۶	۱/۷	۰/۷	۲/۳۴	۵/۵۶	۵۰	شاهد
۰/...۱	۰/۲۶	۵/۰۵	۱/۳۱	۰/۴۸	۲/۴۸	۵/۵۳	۹۹	جمع
-	۰/۴۶۴		۰/۰۹۹		۰/۹۲۱			p

جدول ۲: نمره وابستگی به نیکوتین در دو گروه مورد بررسی در قبل و بعد از آموزش در افرادی که سیگار را ترک کرده اند

P	تفاوت		بعد از آموزش		قبل از آموزش		تعداد نمونه	گروه
	sd	میانگین	sd	میانگین	sd	میانگین		
/۰۰۱	۱/۷۹	۲/۹	۰/۹۵	۱/۳	۱/۴۸	۴/۲	۱۰	مداخله
/۰۰۰۱	۲/۱۸	۳/۴۱	۲/۴۳	۲/۰۶	۲/۹	۵/۴۷	۱۷	شاهد
/۰۰۰۱	۲/۰۲	۳/۲۲	۱/۷۷	۱/۷۸	۲/۵۱	۵	۲۷	جمع
-	۰/۴۹۳		۰/۱۹۱		۰/۱۱۶		---	p

جدول ۳: توزیع فراوانی ترک سیگار در دو گروه مورد بررسی سه ماه پس از عمل

جمع		شاهد		مداخله		وضعیت ترک سیگار
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۷۲/۷	۷۲	۶۶	۳۳	۷۹/۶	۳۹	ترک کرده
۲۷/۳	۲۷	۳۴	۱۷	۲۰/۴	۱۰	ترک نکرده
۱۰۰	۹۹	۱۰۰	۵۰	۱۰۰	۴۹	جمع

جدول ۴: توزیع فراوانی میل به سیگار ۳ ماه پس از عمل در دو گروه مداخله و شاهد در کسانی که سیگار را ترک کرده اند

جمع		شاهد		مداخله		میل به سیگار
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۲۹/۲	۲۱	۳۰/۳	۱۰	۲۸/۲	۱۱	بلی
۷۰/۸	۵۱	۶۹/۷	۲۳	۷۱/۸	۲۸	خیر
۱۰۰	۷۱	۱۰۰	۳۳	۱۰۰	۳۹	جمع



بحث و نتیجه گیری

یکی از مهمترین موانع در ترک سیگار، وابستگی مصرف کنندگان به نیکوتین می باشد. در این مطالعه نمره وابستگی به نیکوتین در گروه مداخله ۵/۵۱ و در گروه شاهد ۵/۵۶ بود. البته در این گروه از بیماران بطور طبیعی میزان وابستگی به نیکوتین معمولاً کمتر از میزان واقعی می باشد. این میزان سه ماه پس از عمل در گروه مداخله به ۰/۲۶ و در گروه شاهد به ۰/۷ کاهش یافت. در ضمن میزان ترک سیگار در گروه مداخله بیشتر از گروه کنترل بود اما این اختلاف معنی دار نیست. در عین کم بودن این اختلاف، با توجه به اینکه بیماران مورد مطالعه تحت عمل جراحی قلب قرار گرفته بودند و در محیط بیمارستان فاکتورهایی نظیر تاکید کادر درمان بر ترک سیگار و ترس از مرگ ناشی از استعمال سیگار و همچنین فشار اطرافیان بیمار و نیز آموزشهای روتین که به هر دو گروه ارائه شده است، با توجه به اهمیتی که ترک سیگار در تامین سلامتی بیماران دارد و ترک سیگار یک نفر می تواند منافع فردی، اقتصادی و اجتماعی داشته باشد، همین اختلاف کم هم دارای اهمیت زیاد است. این نتایج با داده های بسیاری از دیگر مطالعات همسو است. در مطالعه ای که توسط Pascal انجام شد، بررسی اینکه آیا سیگاری هایی که همراه با آموزش به آنها عکس های سونوگرافی آترواسکلروز و پلاک های عروقی خودشان نشان می دهند نسبت به سیگاری هایی که مشاوره ترک سیگار می شوند، میزان ترک سیگار در گروه اول ۲۲٪ و در گروه دوم ۶٪ بود (۱۲). چنانکه مشاهده می شود در این بررسی نیز کسانی که عکس مشاهده کرده بودند، حدود ۱۶٪ بیشتر از گروه کنترل سیگار را ترک کرده بودند. در مطالعات دیگر نیز میزان ترک سیگار در بیمارانی که به

علت بیماریهای مختلف و در بخشهای مختلف بیمارستان بستری شده بودند، متفاوت بود. بطوری که میزان ترک سیگار برای بیماران بستری شده در بخش جراحی ۲۰-۱۴٪ (۱۴-۱۳) بیماران بستری شده در بخش آنفراکتوس میوکارد ۳۶-۲۵٪ (۱۵) و میزان ترک بعد از جراحی بای پاس قلب ۵۱٪ بود (۱۶) ممکن است وجود این تفاوت ترک در بیماران مختلف مرتبط با این ایده و عقیده باشد که سیگارها در وضعیت های مختلف سیگار کشیدن را به عنوان خطر بالقوه در نظر نمی گیرند بلکه آن را یک مشکل سلامتی فعلی می دانند. زیرا آگاهی از خطراتی که برای سلامتی وجود دارد و بخصوص خطراتی که قابل پیشگیری و کنترل هستند، فاکتور مهمی در تغییر رفتار می باشد. در مورد میزان میل به سیگار ۲۸/۲٪ از گروه مداخله و ۳۰/۳٪ از گروه کنترل، میل خود به سیگار را بیان داشتند که در عین اینکه درصد کسانی که میل به سیگار دارند در گروه مداخله اندکی کمتر از گروه کنترل است ولی همین میزان کم نیز گویای تاثیر مداخله می باشد. بطور کلی میزان کاهش میانگین نمره وابستگی به نیکوتین از نظر آماری در هر دو گروه با ($P < 0.001$) معنی دار است و این کاهش در گروه مداخله بیشتر از گروه کنترل بوده است. نتایج بررسی دیگری که به مقایسه بین تاثیر مداخله بر اساس اسپرومتری و کرین منواکسید و یک آموزش ساده بوسیله پرستاران حرفه ای پرداخته است نشان داد که پس از ۱۲ ماه پیگیری توقف سیگار در گروه مداخله ۴۰٪ بود، در صورتی که در گروهی که آموزش ساده دیده بودند، ۱۲٪ بود و تقریباً این نتایج با نتایج ما همسو است که تاثیر آموزش با نشان دادن عکس بیشتر از گروه آموزش عادی بوده است (۱۷). کاهش وابستگی به نیکوتین در دو گروه مورد بررسی پس از مداخله در



بررسی دیگر که بصورت متاآنالیز تجزیه و تحلیل گردیده بود، در افرادی که بوسیله پزشکان عمومی آموزش دیده بودند، میزان ترک سیگار ۳٪ بود (۱۸).

نتیجه گیری: با توجه به نتایج حاصل از این بررسی و بررسی های دیگر که در این زمینه انجام گردیده است، مشخص می شود که آموزش به همراه نشان دادن تصاویر مربوط به بیماری افراد نتایج بسیار بهتری را ارایه خواهد داد، لذا لازم است برنامه های آموزشی براین اساس برای بیماران قلبی تدوین گردد. محدودیت های پژوهش:

- ۱- مشکل انجام مصاحبه با بیماران پس از عمل جراحی
- ۲- عدم تمایل به پاسخگویی صحیح به این علت که در عین ترس از سیگار کشیدن تمایلی به ترک آن ندارند.

کسانی که مدت زمان بیشتری سیگار می کشیده اند، بیشتر از کسانی بوده است که از سیگاری بودن آنها کمتر می گذشته است و این کاهش در افرادی که بیش از ۳۵ سال سیگار می کشیده اند ۰/۳۸ بیشتر از کسانی بوده که کمتر از ۳۵ سال از سیگار کشیدن آنها می گذشته است و این اختلاف از نظر آماری معنی دار نمی باشد. اثر بخشی مداخلات در جهت توقف سیگار کشیدن، همچنین مرتبط است با میزان آمادگی فرد برای تغییر در رفتار، لذا کسانی که عکس را دیده بودند ۲۲٪ سیگار را ترک کرده بودند، در صورتی که کسانی که آموزش معمولی دیده بودند ۶٪ سیگار را ترک کرده بودند. این نتایج با نتیجه بررسی دیگری همسو است که در آن بررسی نیز میزان ترک سیگار در بیمارانی که فقط از طریق پزشکان عمومی آموزش دیده بودند در ۱۲ ماه بعد از عمل جراحی ۶-۵٪ بود (۴) در یک

References

- 1-World Health Organization. World health report. Geneva , Switzerland Author.2002.
- 2- World Health Organization. Tobacco or health: a global status report. World Health Organization. 1997.
- 3-Center for Search and control of tobacco Shahid Sadoughi university of medical science .[Persian]
Tobacco a global threat . 1nd ed .Yazd: Shahid Sadoughi university of medical science.2007 .[Persian]
- 4- Tavakolizada J,Ghahramani M, Moghimian M. A survey of stressful events in young smokers and nonsmokers in Gonabad city. Jornal of Gonabad university of medical science2004;6:60-65.[Persian]
- 5- Lightwood JM, Glantz SA. Short-term economic and health benefits of smoking cessation: myocardial infarction and stroke. Circulation 1997;96(4):1089-96.
- 6- Lerman C, Orleans C, Engstrom P,et al. Biological markers in smoking cessation treatment 1993.
- 7- Cameron LD. Anxiety, cognition, and responses to health threats 2003.
- 8-Leventhal H, Benyamini Y, Brownlee S, et al. Illness representations: theoretical foundations. Perceptions of health and illness 1997:19-45.



- 9- Witte K, Allen M. A meta-analysis of fear appeals: Implications for effective public health campaigns. *Health Education and Behavior* 2000;27(5):591-615.
- 10- Horowitz MJ. *Image formation and cognition* 1970.
- 11- Bandura A, Barbaranelli C, Caprara GV, et al. Mechanisms of moral disengagement in the exercise of moral agency. *Journal of personality and social psychology* 1996;71(2):364.
- 12- Bovet P, Perret F, Cornuz J, et al. Improved smoking cessation in smokers given ultrasound photographs of their own atherosclerotic plaques. *Preventive medicine* 2002;34(2):215-20.
- 13- Masjedi MR. *Cigarette (disadvantage and methods of quits)*. 1nd ed. Tehran: Education and Research Center of Tuberculosis and Lung Disease. 1999:15.[Persian]
- 14- *Anti-smoking population. Colonialism brought*. 1nd ed. QOM :Bargozide Publication. 1994:7-23.[Persian]
- 15- Amiri S. In translation *Tobacco is a global threat*. Krafon J. 1nd ed. Nazhat publication. 2007:31.
- 16- Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *Bmj*. 1994;309(6959):901.
- 17- Majlesi MR ,In translation *guide for teaching medical students about tobacco* .Richmond R. 1998:17-56.[Persian]
- 18- Tobacco Control Unit, Center for Research and Treatment of tuberculosis and lung disease Shahid Beheshti University of Medical Sciences. *Quit of smoking a threat in nicotine* .Tehran: Nazhat publication. 2006:18-28.[Persian]



Routine or Verbal- Illustrative Education on Nicotine Dependency in Men after Coronary Artery Bypass Graft (CABG)

Baghianimoghadam MH(Ph.D)* Mirhosseini SJ(MD)** Karimizarehi MH(MS.c)** *

*Professor, Department of Health Services, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

**Assistant Professor, Department of Surgery, Shahid Sadoughi University of Medical science, Yazd, Iran

***Corresponding Author: MS.c Student in Health Education, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

Abstract

Background: Smoking contributes to more than 5million deaths in the world annually. More than 70% of these deaths occurs in the developing and 30% in the developed countries. the important way to stop these deaths, is to quit smoking. Despite the perceived risk, more than 40% of smokers that had heart attack, began smoking after leaving the hospital. This indicates that inadequacy of awareness in them. The aim of this study was to study Routine or verbal-illustrative Education on nicotine dependency in men after Coronary Artery Bypass Graft (CABG)

Methods: This was a clinical trials study, conducted on 100 patients that were candidates for heart surgery at Afshar hospital in Yazd. The participants were randomly divided into two groups. The data were collected by two questionnaires before and after the heart surgery. The first questionnaire included questions about demographic variables, such as date of surgery, address, telephone number, standard test of nicotine dependence (Fagerstrom) and standard test of self – efficacy (Prochaska- DiClemente). After collecting the data at the beginning, the case group was treated on routine and verbal education of quit smoking by three pictures about clogging of arteries in 5 minutes. The control group was treated with the routine education. Then the questionnaires were completed 3 months after surgery. The questions of these questionnaires were about quitting smoking, and date of the onset of smoking after surgery. All the registered data were transferred into SPSS software and analyzed.

Results: Before intervention the two the groups were same in terms of demographic variables. The mean ages the of case and control groups were 53.55 ± 8.9 and 55.6 ± 8.4 respectively. Their mean age of beginning with smoking was 21.6 ± 6 . The extent of nicotine in dependency in the case group was 5.25 and in the control groups 4.86. after 3 months of surgery the extent of quit smoking in case group turned out to be 79.6% and in control groups 66%. There was no significant difference between two groups in quitting smoking.

Conclusion: The data indicated that the effect of education through showing picture is more than the routine education.

Keywords: Quit smoking, Nicotine dependency, Fagerstrom test, Prochaska- DiClemente test