



The Effect of Lifestyle Education on the Quality of Life of Patients with Ischemic Heart Disease

Seyedzia Tabatabaei (Ph.D.)¹, Ghazal Sarmadi(MD.)², Mojgan Alizade aliabadewazir(MS.c.)³ Mohammad Safarian(Ph.D.)⁴

1.Assistant Professor, Department of Community Medicine, School of Medicine, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran.

2.MD. Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran.

3.Master of Educational Sciences, Education District One of Yazd, Hazrat Javad Aemmeh Imam Shahr yazd Boys' School.

4.Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Internal Medicine, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran. Email:mammadsafarian@gmail.com Tel: (034) 34280000

Abstract

Introduction: Ischemic heart diseases are the most important cause of death worldwide, which affect the quality of life of affected patients. In Iran, ischemic heart diseases are the first cause of death in people aged over 35 years. The main goal of this study is to investigate the effect of lifestyle education on the quality of life of patients with ischemic heart diseases.

Method: This semi-experimental study was conducted using a pre-test and post-test design and with experimental and control groups. The statistical population included all patients with ischemic heart disease hospitalized in the CCU of Ali Ibn Abi Talib (AS) Rafsanjan Hospital in 2019. The sample size of 30 people in each group was determined. A three-part questionnaire (demographic information, France and Powers quality of life questionnaire and Minnesota questionnaire) was used to collect information. First, both experimental and control groups completed the mentioned questionnaires as a pre-test, then the experimental group was educated with five 45-minute sessions, and after two weeks, a post-test was taken from both groups again using the same questionnaires. The collected data were analyzed by SPSS software version 21. Independent T, paired T, and Chi-square statistical tests, Pearson's correlation coefficient and covariance analysis were used.

Results: The mean age of the samples was 59.73 ± 12.81 years and the average duration of coronary disease was 1953.38 ± 2598.50 days. The results showed that the increase in scores related to the general state of quality of life after education was significant and indicated the improvement of the condition of the experimental group compared to the control group.

Conclusion: The findings of the present study showed that interventional efforts are important and necessary in order to improve the quality of life in patients with ischemic heart disease. In order to improve the quality of life and ultimately control heart disease, it is recommended to use the educational program designed and used in this study as a model.

Keywords: Ischemic Heart Disease, Quality Of Life, Educational Intervention, Lifestyle

Conflict of interest: The authors declared no conflict of interest.



This Paper Should be Cited as:

Author: Seyedzia Tabatabaei, Ghazal Sarmadi, Mojgan Alizade aliabadewazir, Mohammad Safarian. The Effect of Lifestyle Education on the Quality of LifeTolooebehdasht Journal. 2023;22(4)87-99.[Persian]



طلوع بهداشت

تأثیر آموزش سبک زندگی بر کیفیت زندگی مبتلایان به بیماری ایسکمی قلبی

نویسندگان: سید ضیاء طباطبائی^۱، غزال سمردی^۲، مژگان علیزاده علی اباد وزیر^۳، محمد صفریان^۴

۱. استادیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ایران

۲. پزشک عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ایران

۳. کارشناس ارشد علوم تربیتی، آموزش و پرورش ناحیه یک یزد، ایران

۴. نویسنده مسئول: استادیار گروه آموزشی قلب و عروق، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران

شماره تلفن: ۰۳۴)۳۴۲۸۰۰۰۰ (Email:mammadsafarian@Gmail.com

چکیده

مقدمه: بیماری‌های ایسکمیک قلبی، مهمترین علت مرگ و میر در سراسر جهان می‌باشند که بر روی کیفیت زندگی بیماران مبتلا تأثیر می‌گذارند. در ایران نیز بیماری‌های ایسکمیک قلبی، اولین علت مرگ و میر در افراد بالاتر از ۳۵ سال می‌باشد. هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی تأثیر آموزش سبک زندگی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های ایسکمیک قلبی می‌باشد.

روش بررسی: این مطالعه به روش نیمه تجربی با استفاده از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و با گروه‌های آزمایش و کنترل صورت پذیرفت. جامعه‌ی آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به ایسکمیک قلبی بستری در بخش CCU بیمارستان علی ابن ابیطالب (ع) رفسنجان در سال ۱۳۹۸ بود. حجم نمونه ۳۰ نفر در هر گروه مشخص گردید جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌ی سه قسمتی (اطلاعات جمعیت شناختی، پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی فرانس و پاورس (۱۹۹۹) و پرسشنامه‌ی مینه سوتا MLHFQ) استفاده شد. ابتدا بصورت پیش‌آزمون از هر دو گروه آزمایش و کنترل پرسشنامه‌های مذکور تکمیل، سپس به گروه آزمایش ۵ جلسه ۴۵ دقیقه‌ی آموزش داده شد و بعد از دو هفته مجدداً از هر دو گروه با استفاده از همان پرسشنامه‌ها پس‌آزمون گرفته شد. اطلاعات پس از جمع‌آوری توسط نرم افزار SPSS تحت نسخه ۲۱ آنالیز شد. و از آزمون‌های کولموگروف-اسمیرونوف، T مستقل، و تحلیل کواریانس استفاده گردید.

یافته‌ها: میانگین سنی افراد نمونه $59/73 \pm 12/81$ سال و میانگین مدت ابتلا به بیماری کرونری پاورس از میانگین $17/8$ به $21/19$ افزایش و همچنین میانگین نمره کیفیت زندگی مینه سوتا از $26/68$ به $23/52$ کاهش پیدا نمود که نشانه بهبود شاخص مذکور می‌باشد.

نتیجه‌گیری: یافته‌های مطالعه‌ی حاضر نشان داد تلاش‌های مداخله‌ای در راستای بهبود کیفیت زندگی در بیماران ایسکمی قلبی، مهم و ضروری می‌باشد. جهت ارتقای کیفیت زندگی و نهایتاً کنترل بیماری قلبی، بکارگیری برنامه آموزشی که در این مطالعه طراحی و به کار گرفته شده است، به عنوان یک الگو توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: بیماری ایسکمی قلبی، کیفیت زندگی، مداخله‌ی آموزشی، سبک زندگی

دو ماهنامه علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال بیست و دوم

شماره چهارم

مهر و آبان

شماره مسلسل: ۱۰۰

تاریخ وصول: ۱۴۰۱/۰۸/۲۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۱۴



مقدمه

در سال‌های پایانی قرن بیستم و سال‌های آغازین قرن بیست و یکم، بیماری‌های قلبی به یکی از اساسی‌ترین مشکلات مرتبط با سلامتی مردم دنیا تبدیل شده است. مطالعات عدیده‌ای که در سالیان اخیر منتشر گردیده، نشان دهنده‌ی افزایش تعداد کل بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی بخصوص بیماریهای ایسکمیک قلبی در سراسر جهان می‌باشد (۱). در حالی که حدود ۳۰ درصد مرگ‌ها در سال ۱۹۹۰ ناشی از بیماری‌های قلبی بوده، انتظاری رفت تا سال ۲۰۲۰، این بیماری‌ها در کشورهای با درآمد پایین و متوسط سبب ۴۰ درصد مرگ‌ها در سراسر جهان شود و برآورد گردید که بیماری ایسکمیک قلبی در راس ۱۵ علت به‌عنوان بار جهانی بیماری‌ها در سال ۲۰۲۰ باشد (۲).

در ایران نیز بیماری‌های ایسکمیک قلبی، اولین علت مرگ و میر در افراد بالاتر از ۳۵ سال می‌باشد. همچنین گزارش شده که ۴۰ درصد مردان و ۱۳ درصد زنان در سال نخست پس از انفارکتوس میوکارد، بار دیگر انفارکتوس میوکارد و بستری مجدد را تجربه می‌کنند (۳). این گروه از بیماران، با حال عمومی خوب از بیمارستان مرخص می‌شوند، اما پس از مدتی با علائم حاد بیماری‌های ایسکمیک قلبی دوباره به بیمارستان مراجعه می‌نمایند (۴).

پیامد مراجعات و بستری‌های مکرر، تحمیل بار مالی به بیمار و سیستم بهداشت و درمان و همچنین افزایش مشکلات روحی و روانی برای بیمار و خانواده آنها و اشغال تخت‌های حساس بخش مراقبت‌های ویژه است (۵). از طرفی مبتلایان به بیماری‌های عروق قلبی می‌توانند دچار از کار افتادگی، ترس، نومی‌دی، اضطراب، افسردگی، تغییر شیوه زندگی، کاهش امید به زندگی

و در نهایت کاهش کیفیت زندگی شوند که بسیار حایز اهمیت می‌باشد (۶).

کیفیت زندگی، دریافت فرد از موقعیت خود در زندگی بر اساس فرهنگ، انتظارات، ارزشها، اهداف و استانداردهای آن جامعه است و جنبه‌های مختلفی دارد که شامل رفاه روحی روانی، رفاه جسمی و علایق اجتماعی است. مطالعات اخیر توانایی انجام فعالیت‌های روزمره را به عنوان راهی برای ارزیابی موفقیت عمل، کیفیت مراقبت و بازتوانی معرفی می‌کند (۷) کیفیت زندگی بیماران قلبی تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار دارد. با توجه به نقش مهم پرستاران و کادر بهداشت و درمان در مراقبت از بیمار و دانش ایشان از چگونگی گسترش آترواسکلروز، چگونگی پیشرفت بیماری و خطرات تهدید کننده حیات، تدابیر بهداشتی و درمانی و نوع مراقبت ارائه شده در این افراد برای بالا بردن کیفیت زندگی بیماران، نقش بسزایی دارند. اندازه‌گیری سلامت وابسته به کیفیت زندگی برای ارزیابی مداخلات و پیش‌بینی نیازها برای مراقبت اجتماعی مهم است (۸).

به دلیل ماهیت مزمن این بیماری، درگیری خانواده در این مسئله غیرقابل اجتناب است و باید در ارائه مراقبت، احساسات و اعتقادات خانواده نیز در نظر گرفته شود (۹). البته پذیرش تمام این فعالیت‌ها از طرف بیمار شرط اصلی موفقیت مراقبت است. هدف از مراقبت کاهش میزان ابتلا، مرگ و میر و ارتقاء کیفیت زندگی از طریق افزایش کارایی و مدیریت بیماری‌ها در زمینه درمان، پیشگیری و افزایش سازش با بیماری‌ها است (۱۰).

عوامل متعددی بر کیفیت زندگی این بیماران موثر می‌باشد؛ لذا



می باشد.

روش بررسی

این مطالعه به روش نیمه تجربی با استفاده از طرح پیش آزمون و پس آزمون و استفاده از گروه‌های آزمایش و کنترل صورت پذیرفت. جامعه‌ی آماری این مطالعه شامل کلیه بیماران مبتلا به ایسکیمیک قلبی بستری در بخش CCU بیمارستان علی ابن ابیطالب (ع) رفسنجان در سال ۱۳۹۸ بود. حجم نمونه بر اساس مطالعه‌ی برزو و همکاران (۱۴) و با استفاده از رابطه‌ی ذیل

$$n_1 = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2 \times (\sigma_1^2 + \frac{\sigma_2^2}{k})}{\Delta^2}, n_2 = k \times n_1$$

و شاخصهای $\alpha=0/05$ ، $\beta=0/2$ ، $\sigma_1=15/80$ و $\sigma_2=15/90$ ، (۲۸) نفر در هر گروه) تعیین گردید که با توجه به ریزشهای احتمالی، ۳۰ نفر در هر گروه وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود شامل افراد مبتلا به بیماری ایسکمی قلبی، ساکن شهرستان رفسنجان، سن بین ۲۰ تا ۷۰ سال، هوشیاری کامل و آگاهی به زمان و مکان، با سواد بودن، عدم ابتلا به بیماری روانی، آمادگی جسمی برای پاسخگویی به سوالات و عدم ابتلا به بیماری‌های جسمی دیگر مانند صرع و سرطان (به جز دیابت و فشارخون) و معیارهای خروج شامل عدم تمایل به همکاری در پژوهش و غیبت بیش از یک جلسه در جلسات آموزشی بود.

برای جمع آوری داده‌های پژوهش از روش مصاحبه بر پایه‌ی پرسشنامه‌های استاندارد استفاده شد. پرسشنامه‌ی مورد استفاده عبارتند از ۱- اطلاعات جمعیت شناختی (متغیرهای جمعیت شناسی) و اطلاعات مربوط به متغیر سابقه‌ی بیماری، ۲- پرسشنامه کیفیت زندگی که توسط فرانس و پاورس در سال ۱۹۹۹ طراحی شده و در دو بخش اهمیت (۳۵ سوال) و رضایت

بخش عمده مراجعه مجدد این بیماران را می توان ناشی از عدم ارائه آموزشهای لازم و وافی از سوی مرکز درمانی در خصوص بیماری، نحوه صحیح و بموقع مصرف دارو، چگونگی مراقبت از خود در منزل پس از ترخیص، خود مراقبتی ضعیف و رها شدن بیمار به حال خود دانست (۱۱). با این همه، بیماری‌های قلبی عروقی به سادگی و بطور کامل و موثر قابل پیشگیری هستند. در حقیقت، این دسته بیماری‌ها، قابل پیشگیری‌ترین بیماری غیر قابل انتقال مزمن انسان به شمار می‌روند (۱۲).

با توجه به انبوهی از شواهد که نشان دهنده‌ی وجود ارتباط میان سبک زندگی افراد و ابتلا به بیماری‌های ایسکیمیک قلبی است، ضرورت تاکید بر تعدیل سبک زندگی به عنوان عامل مهمی در تعیین پیش آگهی و عوارض این بیماری، کاملاً برجسته و قابل توجه می‌نماید. یکی از ابزارهای اساسی در ارتقاء کیفیت زندگی دادن آموزش سبک زندگی با وجود برنامه‌ی آموزشی به عنوان جزیی از برنامه خود مراقبتی است. لذا با شناسایی و آموزش مهمترین عوامل موثر بر سبک زندگی (فعالیت فیزیکی، عادات تغذیه ای، کیفیت زندگی و همچنین مصرف دخانیات و...) بر ابتلا به ایسکمی قلبی و همچنین آموزشهای خود مراقبتی به بیمار و اطرافیان وی، اطلاعات مناسبی را در اختیار برنامه ریزان حوزه‌ی سلامت قرار دهیم تا در مداخلات پیشگیرانه‌ی برنامه ریزان بهداشتی، جهت دهی شود. و نهایتاً کیفیت زندگی خود و خانواده ها را بهمراه خواهد داشت (۱۳).

بنابراین، هدف اصلی پژوهش حاضر، تاثیر آموزش سبک زندگی را بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های ایسکیمیک مراجعه کننده به بخش مراقبتهای ویژه قلبی (CCU) مرکز آموزشی درمانی حضرت علی ابن ابیطالب (ع) رفسنجان



حداقل و حداکثر نمره کسب شده بر اساس این پرسشنامه بین صفر تا ۱۰۵ خواهد بود. هر چه امتیاز حاصل از این پرسشنامه کمتر باشد، نشان دهنده میزان بهتر کیفیت زندگی بیماران ایسکمی قلبی خواهد بود و بالعکس نسخه فارسی این پرسشنامه از مطالعه بیگلی اقتباس گردید (۱۶).

جهت کسب اعتماد علمی در مطالعه شجاعی، پرسشنامه کیفیت زندگی فرانس و پاورس با الفای کرونباخ ۰/۸۶ (۱۷) و در مطالعه Rector، اعتماد پرسشنامه مینه سوتا MLHFQ، با الفای کرونباخ ۰/۹۴ مورد تایید قرار گرفتند (۱۸). در این مطالعه پس از اخذ معرفی نامه از معاونت پژوهشی و ارایه به مدیران بیمارستان با هماهنگی به بخش مراقبت های ویژه قلب مراجعه کرده و مقدمات مصاحبه انجام شد. شرکت کنندگان واجد شرایط پس از کسب رضایت وارد مطالعه شدند. در ابتدا از هر دو گروه مداخله و کنترل، یک پیش آزمون در زمان ترخیص به عمل آمد. سپس گروه مداخله به صورت مجزا، برنامه آموزشی مشتمل بر ۵ جلسه ۴۵ دقیقه ای به صورت سخنرانی تحت عنوان تأثیر سبک زندگی بر کیفیت زندگی بیماران قلبی توسط محقق اصلی در کلاس داخل بخش مراقبت های ویژه قلب مرکز آموزشی درمانی علی بن ابیطالب (ع) رفسنجان دریافت نمودند و در پایان جلسه نیز جزوه آموزشی در اختیار آنان قرار گرفت. در این مدت هیچ گونه آموزشی به گروه کنترل داده نشد و این گروه، فقط مراقبت های معمول بیماران ایسکمیک قلبی را دریافت کردند. دو هفته پس از آموزش گروه مداخله، از هر دو گروه پس آزمون به عمل آمد. در نهایت بعد از اتمام آموزش گروه مداخله و جزوه آموزشی نیز در اختیار آنان قرار گرفت. محتوای آموزشی هر جلسه طبق (جدول ۱) می باشد.

(۳۵ سوال) از ابعاد سلامت جسمانی، روانی-معنوی، اقتصادی-اجتماعی و روابط خانوادگی تنظیم شده (از ۳۵ سوال هر بخش، ۱۵ سوال به سنجش بعد سلامت جسمانی، ۸ سوال به سنجش بعد اقتصادی-اجتماعی، ۷ سوال به سنجش بعد روانی - معنوی و ۵ سوال به سنجش بعد روابط خانوادگی می پردازند).

جهت تعیین امتیاز پرسشنامه مذکور، عدد ثابت ۳/۵ از نمره هر یک از گزینه ها در بخش رضایت کسر شد. به این ترتیب اعداد ۲/۵، +۱/۵، +۰/۵، -۰/۵، -۱/۵، -۲/۵ به دست آمد. در هر مرحله، اعداد به دست آمده در نمره هر یک از گزینه های سنجش اهمیت ضرب شدند. سپس اعداد به دست آمده با هم جمع شده و در هر مرحله برای جلوگیری از تأثیر سوالات پاسخ داده نشده، جمع حاصل ضرب بر تعداد سوالات پاسخ داده شده تقسیم گردید که طبقه نمرات بین ۱۵- تا ۱۵+ است، سپس برای حذف نمرات منفی، عدد ثابت ۱۵ به هر یک از اعداد محاسبه شده اضافه شد.

محدوده امتیازات بین ۰-۳۰ تعیین گردید که کل کیفیت زندگی را مشخص کرد. سطح زندگی افراد به سه گروه نامطلوب (۰-۹)، نسبتاً مطلوب (۱۰-۱۹) و مطلوب (۲۰-۳۰) تقسیم شد (۱۵). ۳- پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مینه سوتا MLHFQ که به بررسی تأثیر درمان بر کیفیت زندگی این دسته از بیماران می پردازد. این پرسشنامه درک بیماران از اثرات ACS (نارسایی قلبی) را بر روی جنبه های فیزیکی، اقتصادی-اجتماعی و روانی زندگی شان، ارزیابی می کند و دارای ۲۱ سوال می باشد. هر سوال ۶ گزینه دارد که از صفر تا ۵ نمره گذاری شده است. عدد صفر نشان دهنده بهترین حالت و عدد ۵ نشان دهنده بدترین حالت می باشد.



جدول ۱: چک لیست محتوای آموزش سبک زندگی

جلسه	برنامه آموزشی
اول (تعریف بیماری)	معارفه /پیش آزمون آشنایی با ساختار و عملکرد قلب، تعریف بیماری نارسایی قلبی، اهمیت پیشگیری از بیماری قلبی، فهرست علائم و نشانه‌ها، شناسایی علل ایجادکننده بیماری و مکانیسم ایجاد بیماری، چگونگی تشخیص بیماری
دوم (رژیم غذایی و فعالیت بدنی)	شناسایی عوامل خطرزا، شرح اهمیت رعایت رفتارهای خودمراقبتی به منظور کنترل بیماری، اهمیت رعایت رژیم غذایی، معرفی گروه‌های غذایی و میزان مصرف هر کدام، نشان دادن ارتباط بین فعالیت بدنی و سلامتی، اهمیت کاهش مصرف دخانیات، اهمیت کاهش وزن
سوم (بازتوانی بیماران قلبی)	اثرات روانی بیماری قلبی، معرفی بازتوانی بیماران قلبی، آموزش‌های لازم برای همراهان بیمار، آموزش فواصل مراجعه به پزشک و انجام آزمایشات و تست ورزش و اکو
چهارم (درمان)	درمان، معرفی داروهای مورد استفاده حین حمله قلبی (نیتروگلیسرین)، بیان عوارض مصرف دارو، توضیح روند آنژیوگرافی و مراقبت‌های بعد از آن
پنجم	پرسش و پاسخ /پس آزمون

وضعیت اشتغال، ۳۴ نفر (۵۶/۷٪) بیکار، ۷ نفر (۱۱/۷٪) کارمند و ۱۹ نفر (۳۱/۷٪) شغل آزاد داشتند (جدول ۲). از طرفی دیگر یافته‌ها نشان داد در مجموع ۹۱/۶ درصد از افراد مورد مطالعه، دارای سابقه بستری بودند که نکته مهمی را گوشزد می‌نماید. یافته‌های مربوط به میزان آگاهی بیماران نشان داد که افراد مورد مطالعه علی‌رغم داشتن تجربه بیماری، از وضعیت مطلوبی در این زمینه برخوردار نیستند. در این مطالعه مشخص شد ۴۱/۷ درصد بیماران قبلاً اطلاعاتی در مورد بیماری خود و نحوه مراقبت از خود کسب نکرده بودند. همچنین با وجود مراجعات مکرر به پزشکان، این نکته حایز اهمیت است که تنها ۴۰ درصد بیماران از پزشکان و ۸/۳ درصد بیماران از پرستاران به عنوان منبع کسب اطلاع خود یاد کرده‌اند.

همچنین میانگین سنی افراد نمونه $59/73 \pm 12/81$ سال، میانگین مدت ابتلا به بیماری کرونری $25/98 \pm 3/38$ روز و

اطلاعات پس از جمع آوری توسط نرم افزار SPSS تحت نسخه ۲۱ و آزمون‌های آماری T مستقل، آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و تحلیل کواریانس استفاده گردید. سطح معنی داری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. مطالعه حاضر با کد اخلاقی IR.RUMS.REC.1397.188 در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان به تایید رسیده است.

یافته‌ها

نتایج نشان داد از مجموع ۶۰ نفری که مورد ارزیابی قرار گرفتند، ۳۲ نفر (۵۳/۳٪) از آنها مرد و ۲۸ نفر (۴۶/۷٪) از آنها زن بودند همچنین ۵۵ نفر (۹۱/۷٪) از آنها متأهل و ۵ نفر (۸/۳٪) از آنها مجرد بودند.

طبق یافته‌های این مطالعه، ۴ نفر (۶/۷٪) از افراد بی‌سواد، ۴۱ نفر (۶۸/۳٪) تحصیلات ابتدایی، ۱۲ نفر (۲۰/۰٪) تحصیلات تا دیپلم و ۳ نفر (۵/۰٪) تحصیلات دانشگاهی داشتند. از نظر



متغیره استفاده شده است. جهت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره، ابتدا باید پیش فرض های آن بررسی می شدند. برای اطمینان از برقراری مفروضه های مانوا، از آزمون باکس و لوین استفاده شد. چون نسبت های F برای هر دو متغیر در سطح اطمینان ۹۵٪ معنی دار نبوده است، بنابراین واریانس های هر دو متغیر تقریباً مساوی بوده اند، پس همگنی واریانس ها برقرار بود. با توجه به برقراری فرض همگنی واریانس و کوواریانس در پژوهش حاضر، اثر فیلابی مناسب ترین و دقیق ترین آزمون برای بررسی این فرضیه است. بنابراین با نگاهی به اطلاعات جدول ۴ و با توجه به نسبت $F=7/78$ و مقدار $P<0/05$ می توان دریافت که آموزش سبک زندگی بر ترکیب خطی کیفیت زندگی فرانس و پاورس و کیفیت زندگی مینه سوتا موثر بوده است.

میانگین تعداد دفعات بستری شدن $2/15 \pm 1/77$ دفعه بوده است. میانگین نمره پیش آزمون کیفیت زندگی فرانس و پاورس گروه آزمایش ۱۷/۸۰ و انحراف معیار آن ۲/۲۹ و میانگین پس آزمون آن ۲۱/۱۹ و انحراف معیار آن ۲/۵۲ بوده است. همچنین میانگین پیش آزمون کیفیت زندگی مینه سوتا گروه آزمایش ۲۶/۶۸ و انحراف معیار آن ۱۳/۵۶ و میانگین پس آزمون آن ۲۳/۵۲ و انحراف معیار آن ۱۸/۰۹ بوده است (جدول ۳).

در این پژوهش، از آزمون کولموگروف-اسمیرونوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده ها استفاده شد. نتایج نشان داد که توزیع داده های متغیرهای کیفیت زندگی در پیش آزمون و پس آزمون نرمال بود ($P>0/05$). به منظور سنجش تاثیر آموزش سبک زندگی بر میزان کیفیت زندگی و حذف اثر نمرات پیش آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل از تحلیل واریانس چند

جدول ۲: توزیع فراوانی ویژگی های جمعیت شناختی بیماران ایسکمیک قلبی مراجعه کننده به بخش مراقبت های ویژه

متغیرهای جمعیت شناختی	فراوانی	درصد
جنسیت	مرد	۳۲
	زن	۴۶/۷
وضعیت تأهل	متأهل	۹۱/۷
	بیوه	۸/۳
میزان تحصیلات	در حد خواندن و نوشتن	۴
	ابتدایی	۴۱
	تا دیپلم	۱۲
	دانشگاهی	۳
	خانه دار	۲۷
	بیکار	۳
وضعیت اشتغال	کارمند	۷
	آزاد	۹
	بازنشسته	۴
سایر	سایر	۱۰
	مجموع	۶۰



جدول ۳: میانگین نمرات کیفیت زندگی فرانس و پاورس و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مینه سوتا در بیماران ایسکمی قلبی مراجعه کننده در سال ۱۳۹۸ در مراحل قبل و بعد از مداخله (n = ۶۰)

متغیر	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
سن (سال)	۲۰	۸۰	۵۹/۷۳	۱۲/۸۱
مدت ابتلا به بیماری کرونروری (روز)	۱	۹۱۲۵	۱۹۵۳/۳۸	۲۵۹۸/۵۰
تعداد دفعات بستری شدن	۰	۱۰	۲/۱۵	۱/۷۷
کیفیت زندگی فرانس و پاورس قبل از مداخله	۱۳/۰۴	۲۶/۷۴	۱۷/۸۰	۲/۲۹
کیفیت زندگی فرانس و پاورس بعد از مداخله	۱۳/۹۶	۲۹/۸۱	۲۱/۱۹	۲/۵۲
کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مینه سوتا قبل از مداخله	۰	۵۷/۰۰	۲۶/۶۸	۱۳/۵۶
کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مینه سوتا بعد از مداخله	۰	۹۰/۰۰	۲۳/۵۲	۱۸/۰۹

جدول ۴: تحلیل واریانس چند متغیره مربوط به تاثیر متغیر مستقل آموزش سبک زندگی بر ترکیب خطی متغیرهای کیفیت زندگی فرانس و پاورس و کیفیت زندگی مینه سوتا

اثر متغیر مستقل	روش	اندازه	نسبت F	درجه‌ی آزادی مفروض	درجه‌ی آزادی خطا	سطح معنی داری
آموزش سبک زندگی	اثر فیلابی	۰/۲۷	۷/۷۸	۲	۴۱	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکس		۰/۷۲	۷/۷۸	۲	۴۱	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ		۰/۳۸	۷/۷۸	۲	۴۱	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی		۰/۳۸	۷/۷۸	۲	۴۱	۰/۰۰۱

بحث و نتیجه گیری

خودکارآمدی بیماران بستری مبتلا به انفارکتوس میوکارد در مرکز آموزشی درمانی سیدالشهدا ارومیه سال ۱۳۹۶ انجام شد ۷۷/۱ درصد بیماران مرد بودند. شهسواری و همکاران (۲۱) نیز در بررسی اپیدمیولوژیک بیماران قلبی عروقی بستری در بیمارستان های جهرم دریافتند ۵۳/۲ درصد بیماران مرد بودند. نهایتاً اینکه در مطالعات متعدد و مختلف و همچنین در متون پزشکی بیان می نماید که شیوع بیماری های قلبی عروقی در مردان به دلایل مختلف بیشتر از زنان می باشد (۲۲، ۲۳).

همچنین نتایج نشان داد بین میانگین نمره کیفیت زندگی پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش، تفاوت معنی داری از

مطالعه حاضر باهدف تاثیر آموزش سبک زندگی بر کیفیت زندگی مبتلایان به بیماری ایسکمی قلبی مراجعه کننده به بخش مراقبت های ویژه قلبی مرکز آموزشی درمانی حضرت علی ابن ابیطالب (ع) رفسنجان در سال ۱۳۹۸ انجام شد. نتایج نشان داد ۵۳/۳ درصد از بیماران تحت بررسی مرد بودند. در مطالعه نصرآبادی و همکاران (۱۹) که با هدف بررسی تاثیر آموزش بر سبک زندگی بیماران مبتلا به بیماری های ایسکمی قلبی انجام شد نیز ۵۸/۹ درصد مرد و در مطالعه گل محمدی و همکاران (۲۰) که با هدف بررسی تاثیر آموزش خود مراقبتی بر



آگاهی در این زمینه را برجسته می‌سازد. وی نشان داد افزایش آگاهی کلی بیماران در گروهی که مورد آموزش قرار گرفته بودند بسیار قابل توجه بود در حالی که در گروه کنترل هیچ گونه تغییر مثبتی مشاهده نشد (۱۹).

یافته‌ها نشان داد در مجموع ۹۱/۶ درصد از افراد مورد مطالعه، دارای سابقه بستری بودند. همینطور مشخص شد ۴۱/۷ درصد بیماران، قبلاً اطلاعاتی در مورد بیماری خود و نحوه مراقبت از خود نداشته و تنها ۴۰ درصد بیماران از پزشکان و ۸/۳ درصد بیماران از پرستاران به عنوان منبع کسب اطلاع خود یاد کرده‌اند. لذا می‌توان چنین استدلال کرد که اطلاعات مورد نیاز بیماران در جریان ملاقات‌های به عمل آمده با بیماران در مطب پزشکان به ایشان ارائه نشده است. بر همین اساس به نظر می‌رسد ارائه اطلاعات مورد نیاز به بیماران توسط پزشکان و پرستاران هنگام ترخیص این بیماران از بیمارستان ضروری باشد. در مطالعه نصرآبادی و همکاران حدود ۵۲ درصد افراد مورد مطالعه دارای سابقه بستری شدن در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی بودند و این افراد در جریان بستری شدن در بیمارستان و در سیر بیماری خود، اطلاعات لازم را برای خود مراقبتی از ارائه دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی در بیمارستان دریافت نکرده‌اند (۱۹).

نهایتاً بکارگیری برنامه آموزشی در راستای ارتقاء سبک زندگی مناسب در بیماران دچار نارسایی قلبی دارای اهمیت زیادی می‌باشد و تلاش‌های مداخله‌ای در راستای بهبود کیفیت زندگی در این بیماران جهت کنترل بیماری و جلوگیری از بروز عوارض و بستری مجدد و نهایتاً کاهش مرگ و میر زودرس، مهم و ضروری است و به عنوان یک الگو توصیه و مورد تأکید قرار می‌گیرد. لازم به ذکر است که استفاده از کارشناسان

لحاظ آماری وجود دارد در واقع، آموزش سبک زندگی در بیماران مبتلا به بیماری‌های ایسکیمیک قلبی سبب افزایش کیفیت زندگی در آنان گردیده است.

لذا در پژوهشی که توسط محمدی زیدی و همکاران با عنوان بررسی سبک زندگی بیماران قلبی-عروقی با مشارکت ۴۴ بیمار قلبی-عروقی انجام شد، نشان داد وجود عادت‌های رفتاری غلط و نامناسب در بیماران بخصوص در زمینه‌ی سیگار، اعتیاد و تحرک بدنی همراه با تاریخچه‌ی بیماری در خود فرد و نزدیکان و عادت‌های تغذیه‌ای نامناسب و رویدادهای استرس‌زا، باعث شده تا ۹۵/۵ درصد بیماران دارای سبک زندگی نامناسب با خطر متوسط روبرو باشند. این امر لزوم توجه و تأکید بر نقش آموزش را با هدف آشنایی بیماران با سبک زندگی مناسب و عادت‌های رفتاری صحیح نشان می‌دهد تا هم بیماران از وقوع مجدد بیماری جلوگیری کنند و هم در سایرین به عنوان یک فاکتور پیشگیری کننده عمل نمایند (۲۴). امینیان و همکاران در مطالعه خود دریافتند آموزش راه‌های مقابله با استرس می‌تواند با کاهش استرس بیماران و افزایش کیفیت زندگی آنها، به عنوان یک روش مداخله‌ای مفید در سندرم حاد کرونری به کار گرفته شود (۲۵).

بررسی مطالعات دیگر موید این نکته است که آموزش جهت ارتقاء خود مراقبتی در بیماران نارسایی قلبی موثر می‌باشد (۲۸-۲۶). نصرآبادی در مطالعه خود با هدف بررسی تأثیر آموزش بر سبک زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های ایسکمی قلبی نشان داد که در آغاز مطالعه، آگاهی ۹۳/۳ درصد افراد مورد مطالعه در زمینه بیماری قلبی در سطح پایین قرار داشت که لزوم برنامه ریزی دقیق آموزشی و اجرای مداخلات به منظور ارتقاء سطح



تعارض منافع

نویسندگان هیچگونه تضاد منافی در این پژوهش نداشتند.

تقدیر و تشکر

از کلیه بیماران و همکاران در بیمارستان علی ابن ابیطالب (ع) رفسنجان که در انجام این کار پژوهشی همکاری نموده اند سپاسگزاری می گردد.

آموزش بهداشت در مراکز جامع سلامت یا در برنامه های آموزشی رسانه های گروهی و همچنین در تهیه کتب و جزوات آموزشی برای این بیماران و خانواده های آنها بیش از پیش به ارتقاء خودمراقبتی در بیماران قلبی کمک خواهد کرد چرا که اولین گام برای انجام هر اقدامی کسب اطلاعات و داشتن آگاهی لازم در زمینه مورد نظر می باشد.

References

- 1-Mahmood SS, Levy D, Vasan RS & etal. The Framingham Heart Study and the epidemiology of cardiovascular disease: a historical perspective. *Lancet*. 2014;383(9921):999-1008.
- 2-Murray, Christopher J.L. Lopez, Alan D. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Harvard School of Public Health (Cambridge, Mass.) WHO.
- 3-Ibrdkohi F, Salehinia H, Mohammadian-Hafshejani A. Trends in mortality from cardiovascular disease in Iran from 2006-2010. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2015;22(4):630-8.
- 4-González-Guerrero JL, Alonso-Fernández T, García-Mayolín N & etal. Effectiveness of a follow-up program for elderly heart failure patients after hospital discharge. A randomized controlled trial. *European Geriatric Medicine*. 2014;5(4):252-7.
- 5-Farshidi H. Causes of readmission in ischemic heart disease patients. *Bimonthly Journal of Hormozgan University of Medical Sciences*. 2004;15(8):67-71.
- 6-Katon WJ, Lin EH, Von Korff M & et al. Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. *N Engl J Med*. 2010;363(27):2611-20.
- 7-Carvalho ALdO. Quality of Life in Patients with Multivessel Coronary Artery Disease: Ten-year Follow-up of a Comparison of Surgical, Angioplasty or Medical Strategies - MASS II Trial. *J Clin Trials*. 2014;04(02).



- 8-Sadeghzadeh V. Improved quality of life with cardiac rehabilitation in post-myocardial infarction patients. *J Int Res Appl Basic Sci.*2012;3(2):394-401.
- 9-Newman MC, Lawless JJ, Gelo F. Family-oriented patient care.*Am Fam Physician.* 2007;75(9):1306.
- 10-Vahedian Azimi A, Ebadi A, Saadat S & etal. What is an appropriate nursing care model in critical care units: domestic orinternational models. *J Int Med Rev.* 2014;1(2).
- 11-Riegel B, Carlson B. Facilitators and barriers to heart failure self-care. *Patient education and counseling.* 2002;46(4):287-95.
- 12-Lee YM, Kim RB, Lee HJ, Kim K & et al. Relationships among medication adherence, lifestyle modification, and health-related quality of life in patients with acute myocardial infarction: a cross-sectional study. *Health and quality of life outcomes.* 2018;16(1):100.
- 13-Zare Shurki H , Hossein Peshgoui SA, Zareian A & etal. the effect of the implementation of collaborative care model on the quality of life of heart patients, *Journal of Military Care Sciences,* 2016, 4(1):39-48.
- 14-Borzou R, Bayat Z, Salvati M & etal. 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):767-76.
- 15.Narimani M, Yosefi F, Kazemi R. The role of attachment styles and quality of life in predicting psychological well-being in adolescents with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities.* 2014;3(4):124-42.
- 16-Bigli Sh. The Effect of Self Care Education on admission numbers and Quality of Life among Patients with congestive heart failure.Thesis for nursing MS.c degree, Ahwaz Jondishapor Univ Med Sci 2018.
- 17-Shojaei F. Quality of life in patients with heart failure. *Hayat.* 2009;14(2):5-13.
- 18-Rector T. Patient's self-assessment of their congestive heart failure: II. Content, reli-ability and validity of a new measure-The Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. *Heart Failure Reviews.* 1987;3:198.



- 19-Nasrabadi T, Goodarzi Zadeh N, Shahrjerdi AR & etal. The Effect of Education on Life Style Among Patients Suffering from Ischemic Heart Disease. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2010;20(79):72-9.
- 20-Golmohamadi F, Aghakhani N, khadem vatan K & etal. The effect of self-care education on the self efficacy in myocardial infarction hospitalized patients in seyeid al-shohada educational & treatment center, urmia, 2017. *Nursing and Midwifery Journal*. 2018;16(6):412-22.
- 21-Shahsavari S, Nazari F, Karimyar Jahromi M & etal. Epidemiologic study of hospitalized cardiovascular patients in Jahrom hospitals in 2012- 2013. *Cardiovascular Nursing Journal*. 2013;2(2):14-21.
- 22-Fallah Taher pazir E, Zeighami Mohammadi S, Fahidy F. Perception of patients with cardiovascular disease about barriers and benefits of health promotion behaviors. *Cardiovascular Nursing Journal*. 2012;1(2):16-23.
- 23-Jamshidi L, Seif A. Comparison of cardiovascular diseases risk factors in male and female older adults of Hamadan City, 2014. *Journal of Gerontology*. 2016;1(1):1-10.
- 24-Mohamadi Zaidi E. Life style and Heart disease. *Shahed University Journal*. 2006;13(6):49-56.
- 25-Aminian Z, Mohammadzadeh S, Eslami Vaghar M & etal. Effectiveness of teaching ways to deal with stress on quality of life in patients with acute coronary syndrome admitted to hospitals of Tehran University of Medical Sciences in 2013. *Medical Sciences Journal*. 2014;24(3):168-74.
- 26-Sahranavard S, Ahadi H, Taghdisi MH & etal. The Role of Psychological Factors on The Psychological and Social Adjustment Through The Mediation of Ischemic Heart Disease Hypertension. *Iran J Health Educ Health Promot*. 2017; 5(2):139-146.
- 27-Mangolian Shahrabaki P, Shahnazari J, Mahmoodi M & etal. The Effect of an Educational Self-Care Program on Knowledge and Performance in Patients with Heart Failure. *Iranian Journal of Medical Education*. 2012;11(6):609-19.



28-Heidari-Beni F, Ahmadi-Tameh Z, Tabatabaee A & etal. The effect of peer education on self-efficacy in people with heart failure. Cardiovascular Nursing Journal. 2017;6(1):40-7.