

## مقاله پژوهشی اصیل

## تأثیر آموزش بر کیفیت زندگی افراد با آنژین صدری

محمدرضا جانی<sup>۱</sup>، کارشناس ارشد پرستاری مراقبت های ویژه\* محمدرضا رزم آرا<sup>۲</sup>، کارشناس ارشد آموزش پرستاریمزگان صفا پور<sup>۳</sup>، کارشناس پرستاریسهیلا میرعلی جانی<sup>۴</sup>، کارشناس پرستاریفاطمه میری<sup>۵</sup>، کارشناس پرستاری

## خلاصه

هدف. مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر آموزش بر کیفیت زندگی بیماران آنژین صدری شهرستان قاین در سال ۱۳۹۴ انجام شد. زمینه. بیماری قلب و عروق، شایع ترین و مهم ترین علت مرگ در تمام دنیا می باشد که بر کیفیت زندگی مبتلایان نیز تاثیر می گذارد. این بیماری، مشکلات زیادی را برای بیماران و هزینه زیادی را برای جامعه به همراه دارد.

روش کار. این پژوهش یک مطالعه تجربی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود که بر روی ۶۰ نفر از بیماران بخش سی سی یو بیمارستان شهدای قاین در سال ۱۳۹۴ انجام شد. نمونه ها به طور تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده ها، شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) بود. مداخله برای گروه آزمون به صورت ۶ جلسه آموزش چهره به چهره، هر روز صبح و عصر به مدت ۲۰-۱۵ دقیقه به صورت نمایش تصاویر (با استفاده از رایانه قابل حمل و نرم افزار PowerPoint) و پاسخگویی به سوالات احتمالی انجام شد. کیفیت زندگی بیماران در هر دو گروه در دو مرحله قبل از اجرای آموزش و یک ماه پس از اجرای آموزش سنجیده و مقایسه شد. تحلیل داده ها در نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ انجام شد.

یافته ها. نتایج نشان داد پس از مداخله، تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه آزمون و کنترل در ابعاد سلامت عمومی ( $p=0/02$ )، عملکرد جسمی ( $p=0/003$ )، اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی ( $p=0/005$ )، انرژی و خستگی ( $p=0/01$ )، سرزندگی و نشاط ( $p=0/004$ )، درد بدنی ( $p=0/007$ )، و نمره کل کیفیت زندگی ( $p=0/02$ ) وجود دارد.

نتیجه گیری. آموزش در بیماران مبتلا به آنژین صدری باعث ارتقای ابعاد کیفیت زندگی در آن ها می شود.

کلیدواژه ها: کیفیت زندگی، آموزش، آنژین صدری

۱ مربی، کارشناس ارشد پرستاری مراقبت های ویژه، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران  
 ۲ مربی، کارشناس ارشد آموزش پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران (\* نویسنده مسئول) پست الکترونیک: reza.razmara69@gmail.com

۳ کارشناس پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

۴ کارشناس پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

۵ کارشناس پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

## مقدمه

بیماری عروق کرونر یکی از شایع‌ترین بیماری‌های قلبی عروقی و به‌عنوان اصلی‌ترین عامل ناتوانی و مرگ در کشورهای پیشرفته است (حسین زاده و همکاران، ۲۰۱۰). آنژین صدری یا آنژین قلبی، درد قفسه سینه ناشی از بیماری عروق کرونری قلب است که به علت انسداد نسبی شریان‌های کرونر قلب و در نتیجه، نرسیدن خون کافی به قلب ایجاد می‌گردد. آترواسکلروز که در اثر تجمع چربی در دیواره داخلی رگ‌ها به وجود می‌آید نقش مستقیمی در بروز بیماری شریان‌های کرونری بازی می‌کند. بعضی عوامل خطر ساز پیدایش آنژین شامل سن بالا، جنس مذکر، دوران بعد از یائسگی، چاقی، سابقه خانوادگی، کمی تحرک و فعالیت بدنی، و استرس هستند (ساهرس و همکاران، ۲۰۰۴).

آمارها در سراسر جهان نشان می‌دهد که ۲۳ درصد موارد مرگ به علت ابتلا به بیماری عروق کرونر روی می‌دهد. در کشورهای توسعه‌یافته، از ۷۱۲ میلیون مرگ گزارش شده در هر سال، بیماری عروق کرونر عنوان بیشترین علت مرگ را به خود اختصاص داده است. تخمین زده می‌شود تا سال ۲۰۲۰ بیماری‌های قلبی عروقی، به ویژه بیماری عروق کرونر، سردسته بیماری‌هایی باشند که کارآمدی افراد را کاهش می‌دهند (نامداری و همکاران، ۲۰۰۵). آمارها نیز به روشنی نشان دهنده این روند تصاعدی است. در سال ۱۹۱۰ میلادی، فقط ۲۰ درصد مرگ افراد مربوط به این بیماری‌ها بود، در حالی که این آمار در سال ۲۰۰۰ میلادی به ۵۰ درصد رسید و پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۲۰ میلادی، حدود ۷۵ درصد مرگ افراد، با این بیماری‌ها مرتبط باشد (بکس و همکاران، ۲۰۰۸). در ایران نیز اولین و شایع‌ترین علت مرگ در تمام سنین و در دو جنس، بیماری‌های قلبی، به ویژه بیماری عروق کرونر است و از کل ۷۰۰ تا ۸۰۰ مورد مرگ روزانه، ۳۱۷ مورد به علت بیماری‌های قلبی عروقی رخ می‌دهد که از این تعداد، ۱۶۶ مورد به علت سکته قلبی است (موسسه بین‌المللی سلامت، ۲۰۱۱).

علل بستری‌های مجدد شامل سیستم‌های حمایتی ناکافی، برنامه‌ریزی غیر مؤثر برای پیگیری بیماران، ناتوانی بیمار در انجام اقدامات درمانی در زمان عود علائم بیماری، عدم پیگیری رژیم غذایی و دارویی، ترخیص بدون برنامه‌ریزی، کمبود آگاهی نسبت به عوامل خطر بیماری و رژیم درمانی هستند (باقری و همکاران، ۲۰۰۴). نتیجه مطالعه حسن‌پوردهدکردی (۱۳۸۶) نشان داد که برخی از ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکته قلبی در سطح نسبتاً مطلوب و نامطلوب قرار داشته است. اسپیراکی (۲۰۰۸) کیفیت زندگی بیماران ایسکمیک قلبی را خیلی پایین گزارش کرده است.

کیفیت زندگی یک مفهوم وسیع است و به صورت پیچیده‌ای با سلامت جسمانی، وضعیت روان‌شناختی، میزان استقلال، روابط اجتماعی، باورهای شخصی فرد و همچنین، عوامل محیطی در ارتباط است (کریم زاده شیرازی و همکاران، ۲۰۰۸). سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی را درک افراد از زندگی، ارزش‌ها، اهداف استاندارد و علایق تعریف کرده است (ایسی کان و همکاران، ۲۰۰۱). بیشتر صاحب‌نظران عقیده دارند کیفیت زندگی، مفهومی چندبعدی، ذهنی و پویا است که با گذشت زمان و بسته به موقعیت تغییر می‌کند. ماهیت پویای کیفیت زندگی به محققان کمک می‌کند بتوانند با انجام تحقیقاتی درباره راهبردهای بهبود کیفیت زندگی افراد، زمینه‌های زندگی بهتری را برای آن‌ها فراهم کنند (محمدی و همکاران، ۲۰۰۶). بر اساس مطالعات موجود هیچ یک از بیماری‌ها به اندازه بیماری‌های قلبی عروقی برای افراد جامعه هزینه اجتماعی و خطر مرگ ندارند. امروزه با افزایش طول عمر افراد جامعه و نیز تغییر سبک زندگی، شیوع این بیماری در حال افزایش است (کازرانی و همکاران، ۲۰۰۷؛ صراف زاده و همکاران، ۱۹۹۲). از سوی دیگر، سنجش کیفیت زندگی در مطالعات بالینی موجب ایجاد ارتباط نزدیک‌تر بین مددجو و تیم مراقبتی می‌گردد (شفیعی پور و همکاران، ۲۰۰۸). همچنین، حفظ و ارتقای کیفیت زندگی بیماران ایسکمیک در بهبودی و برگشت سریع‌تر بیماران به زندگی عادی، کاهش عوارض و پیشگیری از سکته قلبی مجدد نقش مهمی دارد (اسپیراکی و همکاران، ۲۰۰۸).

در بیماری ایسکمیک قلبی نیز مفهوم کیفیت زندگی از چنان اهمیتی برخوردار است که امروزه به‌عنوان معیار ارزیابی درمان در نظر گرفته می‌شود (شفیعی پور و همکاران، ۲۰۰۸؛ یونزا و همکاران، ۲۰۰۹) و اغلب، هدف از مداخلات مراقبتی و درمانی در بیماران ایسکمیک قلب بهبود کیفیت زندگی این بیماران است (بروداتیر و همکاران، ۲۰۰۹). علی‌رغم این که سنجش کیفیت زندگی، فواید متعددی دارد، ولی تاکنون بخش کوچکی از تحقیقات را به خود اختصاص داده است، حال آن که در دنیای امروز بهبود کیفیت زندگی در افراد به عنوان یک هدف درمانی مطرح است (ویلانویچ و همکاران، ۲۰۰۷).

بیماران مبتلا به آنژین صدری بیش از نیمی از موارد بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی را تشکیل می‌دهند. بستری شدن مجدد بسیاری از بیماران، ناشی از نداشتن اطلاعات کافی و عدم پیروی از توصیه‌های پزشکی است (میرباقر آجرپز و همکاران، ۲۰۱۴). اغلب عوامل خطر بیماری‌های قلبی با رفتار و آگاهی مرتبط هستند و یکی از ابزارهای اساسی در تغییر سبک زندگی بیمار، وجود

برنامه آموزش به عنوان جزئی از مراقبت‌ها است (جیل و همکاران، ۱۹۹۴). بیماری‌های قلبی عروقی از دیرباز سلامت انسان را تهدید نموده‌اند. تغییرات در شیوه زندگی بشر امروزی از جمله تغییر در رفتارهای تغذیه‌ای؛ بهداشت روان؛ استرس‌های روزافزون و تنش‌های روحی؛ و عادت‌های ناپه‌نجانار و غیربهداشتی مانند مصرف سیگار؛ و همچنین، آلودگی هوا سبب شده است سهم بیماری‌های قلبی عروقی در مراجعات پزشکی، هزینه‌های درمانی و از همه مهم‌تر، مرگ افراد افزایش یابد، تا جایی که برخی پژوهشگران معتقدند امروزه شایع‌ترین علت مرگ و از کارافتادگی در سراسر دنیا، بیماری‌های قلبی عروقی است (بکس و همکاران، ۲۰۰۸).

هنگامی که به بیماران اطلاعاتی ارائه می‌شود که ممکن است به آن‌ها کمک کند احساس بهتری از حال خود داشته باشند یا در علائم خود بهبودی حاصل کنند، ممکن است برای یادگیری انگیزه بیشتری پیدا کنند. ارائه آموزش به بیمار نه تنها موجب بهبود عمده در رفتارهایی همچون سیگار کشیدن، سطح تحمل، فعالیت جسمی و تمکین از توصیه‌های پزشکی می‌شود (دیوری و همکاران، ۱۹۹۲)، بلکه موجب صرفه‌جویی در هزینه‌های پیشگیری و درمان نیز می‌گردد (بارلت و همکاران، ۱۹۹۵). با این همه، ظرفیت درمانی بسیار بالای آموزش بیمار کمتر مورد استفاده قرار می‌گیرد.

امروزه طول مدت بستری بیماران در بیمارستان‌ها کاهش یافته است (در آمریکا، به طور متوسط ۳ روز بستری جهت همه گروه‌های سنی و ۷ روز بستری جهت بیماران مسن) و در نتیجه، بیماران پس از گذراندن دوره حاد بیماری، باحالت ضعف، کسالت و استرس فوق‌العاده از بیمارستان مرخص می‌شوند و بخش عمده‌ای از دوران نقاهت و بهبودی آنان بدون بهره‌مندی مستمر خدمات پرستاری و پزشکی و با کوله باری از نیازهای پیچیده بهداشتی در خارج از محیط بیمارستان (خانه یا محل کار) سپری می‌شود (شفیعی پور و همکاران، ۲۰۰۸؛ اوتر هالس و همکاران، ۲۰۰۶). از طرف دیگر، اکثر بیماران پس از ترخیص از بیمارستان، به الگوهای زندگی قبلی خود در ارتباط با ورزش، استعمال سیگار و رژیم غذایی برمی‌گردند و نسبت به عوامل مستعد کننده بیماری خود توجهی ندارند (باقری و همکاران، ۲۰۰۴). لازم است قبل و بعد از ترخیص، آگاهی‌های ضروری به بیمار و خانواده وی داده شود (شفیعی پور و همکاران، ۲۰۰۸؛ اوتر هالس و همکاران، ۲۰۰۶). با توجه به این که شاخص کیفیت زندگی می‌تواند به صورت همه‌جانبه تاثیر مراقبت ارائه شده را نشان دهد و نیز باهدف کاربردی توصیه و توسعه اجرای برنامه ترخیص، پژوهشگر بر آن شد تا تاثیر آموزش بر کیفیت زندگی بیماران آنژین صدری را بررسی نماید.

## مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی با گروه کنترل بود. نمونه پژوهش شامل ۶۰ نفر با آنژین صدری بودند که در بخش‌های مراقبت ویژه قلب، داخلی قلب و اورژانس قلب بیمارستان شهدای قاین در سال ۱۳۹۴ بستری شده بودند. معیارهای ورود به مطالعه شامل تشخیص آنژین صدری توسط متخصص قلب و بر مبنای یافته‌های آزمایشگاهی، علائم بالینی و نوار قلب، سن بیشتر از ۲۰ سال، سواد خواندن و نوشتن، آمادگی جسمی و روانی جهت آموزش با تشخیص پژوهشگر، عدم ابتلا به بیماری مزمن یا حاد دیگر به جز بیماری ایسکمیک قلبی، عدم عضویت در کادر بهداشتی درمانی، عدم دانش آموختگی در رشته‌های علوم پزشکی، عدم ابتلا به اختلال شناخته شده روانی، و داشتن مراقبت در منزل بودند. پژوهشگر با مراجعه به محیط پژوهش و با پرتاب سکه، افرادی را که واجد معیارهای ورود به مطالعه بودند در دو گروه آزمون و کنترل قرار داد. معیارهای خروج شامل عمل جراحی قلب باز در طول مدت مداخله؛ و تغییر عمده در زندگی مثل مرگ یکی از عزیزان، آتش‌سوزی، مهاجرت، سانحه، طلاق، یا ابتلای خویشاوندان درجه یک به بیماری‌های صعب‌العلاج؛ عدم امکان برقراری تماس تلفنی پس از ترخیص؛ ابتلا به بیماری اعصاب و روان، انصراف از ادامه شرکت در پژوهش و فوت بیمار بودند.

پژوهشگر پس از انجام مطالعات کتابخانه‌ای و کسب آمادگی لازم برای انجام تحقیق و اخذ معرفی‌نامه رسمی از دانشکده پرستاری و مامایی قاین، به مسئولین بیمارستان شهدا مراجعه کرد و پس از کسب موافقت آن‌ها، در بخش‌های مراقبت ویژه قلب، داخلی قلب و اورژانس قلب بیمارستان مذکور اقدام به جمع‌آوری داده‌ها نمود. پژوهشگر هرروز از ساعت ۷/۳۰ صبح الی ۱۲ ظهر و از ساعت ۴ الی ۷ بعد از ظهر به بخش‌های مذکور مراجعه می‌کرد و افراد مبتلا به بیماری آنژین صدری را که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند انتخاب می‌نمود. این افراد همگی تحت نظر دو پزشک بودند که پروتکل‌های درمانی مشابه داشتند. پژوهشگر با معرفی خود به بیمار و مراقبت کننده وی، هدف از انجام پژوهش و چگونگی انجام کار را به آن‌ها توضیح می‌داد، سپس فرم اطلاعات دموگرافیک بر اساس گفته‌های بیمار (مصاحبه) و پرونده بیمار تکمیل می‌شد. در مرحله بعد، پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 به روش مصاحبه

توسط پژوهشگر تکمیل می‌شد. به منظور اطمینان از پایدار شدن وضعیت بیمار و پیشگیری از بروز مشکلات احتمالی و نیز رعایت اصول اخلاقی تحقیق، ضمن شناسایی بیماران از بدو ورود به بخش اورژانس قلب، پرسشنامه‌های فوق طی ۲۴ الی ۴۸ ساعت اول بستری و پس از ثابت شدن وضعیت بیمار تکمیل می‌شد.

ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها شامل فرم بررسی مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه بررسی کیفیت زندگی SF-36 بودند. پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 شامل هشت بعد عملکرد جسمی، ایفای نقش، درد بدن، درک کلی از سلامت، سرزندگی و شادابی، عملکرد اجتماعی، عملکرد عاطفی و سلامت روان می‌باشد. هر کدام از این هشت بعد، صفر تا ۱۰۰ امتیاز دارد. امتیاز بالاتر، نشانه عملکرد بهتر است. در این ابزار، سوالات سه گزینه‌ای با نمره‌های (صفر، ۵۰، ۱۰۰)، سوالات پنج گزینه‌ای با نمره‌های (صفر، ۲۵، ۵۰، ۷۵، ۱۰۰)، سوالات شش گزینه‌ای با نمره‌های (صفر، ۲۰، ۴۰، ۶۰، ۸۰، ۱۰۰) در نظر گرفته شده‌اند. میانگین ابعاد کیفیت زندگی ۵۰ است که نمرات بالاتر و پایین‌تر از ۵۰ نشان دهنده عملکرد بالا و پایین می‌باشند. این پرسشنامه به چندین زبان مختلف دنیا ترجمه شده است و روایی و پایایی آن در مطالعات متعدد داخلی و خارجی مورد تایید قرار گرفته است. جهت تعیین ثبات درونی این پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد ( $r=0/83$ ). همچنین، برای تعیین پایایی این ابزار از آزمون مجدد استفاده شد و ضریب پایایی پیرسون بین دو مرحله با ( $r=0/87$ ) تایید شد (آجریز و همکاران، ۲۰۱۴).

در گروه آزمون، علاوه بر مراقبت معمول بخش، ابتدا نیازهای آموزشی بیماران توسط پرسشنامه بررسی میزان آگاهی به روش مصاحبه مشخص می‌شد، سپس برنامه آموزش با توجه به نیازهای آموزشی بیماران تهیه می‌شد. مداخله برای گروه آزمون به صورت ۶ جلسه آموزش چهره به چهره، هر روز صبح و عصر به مدت ۲۰-۱۵ دقیقه به صورت نمایش تصاویر (در نرم‌افزار PowerPoint) و پاسخگویی به سوالات احتمالی در اتاقی جنب بخش سی سی یو که مجهز به کامپیوتر بود انجام شد. بیماران گروه کنترل نیز در مدت بستری، تحت مراقبت معمول بخش (ویزیت پزشک، مانیتورینگ، دارودرمانی، نوار قلب، آموزش پزشک و پرسنل پرستاری، آزمایشات تشخیصی و ...) قرار می‌گرفتند.

قبل از مداخله، کیفیت زندگی نمونه‌ها در گروه آزمون و کنترل با ابزار بررسی کیفیت زندگی سنجیده شد و به‌عنوان مبنایی برای مقایسه با "یک ماه پس از ترخیص" مورد استفاده قرار گرفت. به منظور ارزشیابی آموزش، یک ماه پس از ترخیص، کیفیت زندگی هر دو گروه (آزمون و کنترل) به روش مصاحبه سنجیده شد و سپس مورد مقایسه قرار گرفت. پس از پایان مراحل پژوهش، به منظور رعایت اصول اخلاقی، آموزش‌های لازم برای بیماران گروه کنترل نیز به صورت تلفنی اجرا و پمفلت آموزشی به آن‌ها داده شد. درنهایت داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ و آزمون‌های آماری تی تست، من ویتنی و فیشر تحلیل شدند.

## یافته‌ها

بر اساس نتایج ارائه شده در جدول شماره ۱، دو گروه از نظر ویژگی‌های دموگرافیک همگن بودند. جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که قبل از مداخله، بین میانگین نمره کیفیت زندگی دو گروه در هیچ یک از ابعاد اختلاف آماری معنی‌دار وجود نداشت. پس از مداخله، تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه آزمون و کنترل در ابعاد سلامت عمومی ( $p=0/02$ )، عملکرد جسمی ( $p=0/003$ )، اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی ( $p=0/05$ )، انرژی و خستگی ( $p=0/01$ )، سرزندگی و نشاط ( $p=0/004$ )، درد بدنی ( $p=0/007$ )، و نمره کل کیفیت زندگی ( $p=0/02$ ) وجود داشت.

## بحث

در این پژوهش، تاثیر آموزش بر کیفیت زندگی افراد با آرتزین صدی مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس نتایج، آموزش باعث بهبود کیفیت زندگی افراد با آرتزین صدی می‌شود. مطالعات متعددی نشان داده‌اند که آموزش باعث بهبود کیفیت زندگی می‌شود. در مطالعه آجریز (۱۳۸۹) که به منظور بررسی تاثیر آموزش بر مراقبت از خود در افراد با آرتزین صدی انجام شد، بین نمره کیفیت زندگی قبل و پس از مداخله تفاوت آماری معنی‌دار مشاهده شد که همسو با نتایج پژوهش حاضر می‌باشد. مطالعه باقری و همکاران (۱۳۸۰) که به منظور بررسی تاثیر برنامه مشاوره گروهی بر کیفیت زندگی بیماران پس از سکته قلبی انجام شد نشان داد پس از یک ماه، نمره کیفیت زندگی نسبت به قبل از مشاوره افزایش معناداری داشته است. مطالعه جارسما و همکاران (۲۰۰۰) نشان داد آموزش متمرکز و نظام مند به همراه ارائه جزوه آموزشی، باعث ارتقای رفتار خودمراقبتی می‌شود، ولی بر کیفیت زندگی اثر کمتری دارد. این

نتیجه با یافته های پژوهش حاضر همخوانی ندارد. شاید علت این ناهمخوانی، در نوع ارائه آموزش باشد. کندی و همکاران (۲۰۰۳) در مطالعه‌ای مشابه نشان دادند آموزش باعث بهبود کیفیت زندگی می‌شود.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک بیماران در گروه آزمون و کنترل

گروه	آزمون	کنترل	متغیر
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	نتیجه آزمون
<b>جنس</b>			
زن	۱۴ (۴۶/۶)	۱۲ (۴۰)	**P=۰/۶۰
	۱۶ (۵۳/۴)	۱۸ (۶۰)	
<b>وضعیت تاهل</b>			
مجرد	۰ (۰)	۰ (۰)	*P=۱/۰۰
متاهل	۲۷ (۹۰)	۲۷ (۹۰)	
مطلقه	۱ (۳/۳)	۰ (۰)	
بیوه	۲ (۶/۷)	۳ (۱۰)	
<b>تحصیلات</b>			
بی سواد	۱۴ (۴۶/۷)	۱۲ (۴۰)	*P=۰/۸۱
ابتدایی	۹ (۳۰)	۸ (۲۶/۷)	
راهنمایی	۵ (۱۶/۷)	۵ (۱۶/۷)	
دیپلم	۱ (۳/۳)	۴ (۱۳/۳)	
بالتر از دیپلم	۱ (۳/۳)	۱ (۳/۳)	
<b>وضعیت شغلی</b>			
بیکار	۰ (۰)	۲ (۶/۷)	*P=۰/۳۸
کارمند	۱ (۳/۳)	۲ (۶/۷)	
کارگر	۲ (۶/۷)	۰ (۰)	
آزاد	۱ (۳/۳)	۳ (۱۰)	
کشاورز	۵ (۱۶/۷)	۲ (۶/۷)	
خانه دار	۱۴ (۴۶/۷)	۱۶ (۵۳/۳)	
سایر	۷ (۲۳/۳)	۵ (۱۶/۷)	
<b>سرپرست خانواده</b>			
بلی	۱۷ (۵۶/۷)	۱۶ (۵۳/۳)	**P=۰/۷۹
خیر	۱۳ (۴۳/۳)	۱۴ (۴۶/۷)	
<b>بیمه</b>			
دارد	۲۸ (۹۳/۳)	۲۸ (۹۳/۳)	*P=۱/۰۰
ندارد	۲ (۶/۷)	۲ (۶/۷)	

\*فیشر \*\*کای اسکوتر

در مطالعه ای که توسط اسمیت و همکاران (۲۰۰۲) انجام شد، نتایج نشان داد پس از اجرای برنامه‌های بازتوانی که آموزش در آن نقش عمده‌ای را دارا بود، همه ابعاد کیفیت زندگی بیماران ارتقا یافته است که با نتایج مطالعه حاضر همسو است. در مطالعه دیگری که توسط هوبان و همکاران (۲۰۱۳) بر روی افراد با نارسایی قلبی شدید انجام شد، نتایج نشان داد به دنبال اجرای برنامه آموزشی مراقبت از خود در منزل ابعاد کیفیت زندگی به میزان قابل توجهی بهبود یافته است. مطالعه ایزله و همکاران (۲۰۱۳) نیز نشان داد آموزش باعث ارتقای کیفیت زندگی می‌شود که این نتیجه با یافته های پژوهش حاضر همخوانی دارد.

جدول شماره ۲: مقایسه ابعاد کیفیت زندگی، قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل

گروه	قبل از مداخله		پس از مداخله		زمان
	آزمون	کنترل	آزمون	کنترل	
ابعاد کیفیت زندگی	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	مقدار P	میانگین (انحراف معیار)	مقدار P
سلامت عمومی	۲۳۳/۳۳ (۹۲/۴۶)	۲۵۷/۵۰ (۸۴/۸۸)	*۰/۲۹	۲۹۴/۱۷ (۸۵/۷۷)	۲۳۷/۵۰ (۹۶/۶۵)
اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی	۱۱۶/۶۷ (۱۶۴/۱۷)	۱۹۳/۳۳ (۱۷۷/۹۸)	**۰/۰۰۹	۳۷۲ (۹۶/۰۷)	۱۵۰ (۱۸۵/۲۳)
اختلال نقش به خاطر سلامت عاطفی	۱۱۳/۳۳ (۱۲۵/۲۱)	۱۷۰ (۱۴۱/۷۸)	**۰/۱۶	۲۳۰ (۱۲۳/۵۹)	۱۷۳/۳۳ (۱۴۱/۲۵)
عملکرد اجتماعی	۱۱۴/۱۷ (۴۳/۳۹)	۱۲۰/۸۳ (۴۱/۰۴)	**۰/۵۱	۱۳۹/۱۷ (۳۵/۱۶)	۱۲۲/۵۰ (۳۱/۰۳)
درد بدنی	۱۱۲ (۵۲/۱۸)	۱۲۵/۶۷ (۴۸/۰۷)	*۰/۲۹	۱۵۴/۸۳ (۳۸/۲۰)	۱۱۹/۸۳ (۵۶/۸۰)
انرژی و خستگی	۲۴۸/۶۷ (۷۰/۷۹)	۳۲۴ (۶۴/۹۹)	*۰/۰۴	۲۸۲ (۷۹/۱۹)	۲۳۳/۳۳ (۷۴/۷۱)
عملکرد جسمی	۵۰۶/۶۷ (۳۰۲/۴۹)	۳۰۴/۷۰ (۶۰/۱۶۷)	*۰/۲۳	۷۴۵ (۲۰/۱۸۶)	۵۲۸/۳۳ (۳۳۱/۵۸)
سرزندگی و نشاط	۳۲۶/۶۷ (۹۴/۷۳)	۳۰۸/۶۷ (۹۹/۱۹)	*۰/۴۷	۳۷۲ (۹۶/۰۷)	۳۰۶ (۷۵/۲۲)
نمره کل	۱۷۷۱/۵۰ (۷۲۹/۳۷)	۲۰۱۱/۶۶ (۷۲۵/۷۳)	*۰/۲۱	۲۴۷۰/۵۰ (۶۵۰/۹۸)	۱۸۷۰/۸۳ (۷۶۰/۰۹)

\*تی تست \*\* من ویتنی

## نتیجه گیری

در این مطالعه، تأثیر مثبت آموزش بر کیفیت زندگی مشخص گردید. با توجه به رشد روزافزون بیماری‌های قلبی و نقش مثبت آموزش، توجه بیشتر به این مقوله به ویژه توسط پرستاران امری لازم و ضروری است.

## تقدیر و تشکر

از پرسنل محترم بیمارستان شهدای قاین که در انجام پژوهش به محققان کمک کردند قدردانی می‌شود. همچنین از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند تشکر می‌گردد.

## منابع فارسی

- حسن پور دهکردی علی، دل آرام معصومه، فروزنده نسرین، گنجی فروزان، اسدی نوغابی احمد علی، بخشا فوزیه و همکاران. بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکتة قلبی مراجعه کننده به بیمارستان آموزشی درمانی هاجر، شهرکرد ۱۳۸۴. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد. ۱۳۸۶؛ ۹(۳): ۸۴-۷۸.
- شفیع پور ویدا، شفیع پور لیلا. نیازهای آموزشی هنگام ترخیص بیماران زن و مرد مبتلا به انفارکتوس میوکارد در بیمارستان‌های شهرستان ساری. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان. ۱۳۸۶؛ ۹(۴): ۶۶-۷۱.
- کازرانی هاشم، رای علیرضا. ارتباط میزان پروتئین واکتنگر C باحساسیت بالا با حوادث قلبی داخل بیمارستانی در بیماران مبتلا به آنژین صدری ناپایدار. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی همدان. ۱۳۸۶؛ ۱۴(۳): ۹-۵.
- کریم زاده شیرازی ماندانا، رضویه اصغر، کاوه محمد حسین. ارتباط کیفیت زندگی و خودکارآمدی معلمان شاغل شهرستان شهرکرد. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد. ۱۳۸۷؛ ۱۰(۱): ۳۵-۲۸.
- محمد حیدری، سارا شهبازی. بررسی تأثیر برنامه آموزشی خود مراقبتی بر کیفیت زندگی سالمندان. نشریه پرستاری ایران. ۱۳۹۱؛ ۲۵(۷۵): ۸-۱.
- محمدی فرحناز، طاهریان اکرم، حسینی محمدعلی، رهگذر مهدی. بررسی تأثیر اجرای توان بخشی قلبی در منزل بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکتة قلبی. فصلنامه علمی پژوهشی توان بخشی. ۱۳۸۵؛ ۷(۳): ۱۱-۱۹.
- میرباقر آجریز ندها، کفایه عطریان محبوبه. تأثیر آموزش مراقبت از خود بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آنژین صدری ناپایدار در بیمارستان شهید بهشتی کاشان در سال ۱۳۸۹. مجله توسعه پژوهش در پرستاری و مامایی. ۱۳۹۳؛ ۱۱(۱): ۷-۱.

نامداری مهرداد، اسماعیلی علی، بهاروند بابک، ندری صدیقه، ساکت ساسان، طراحی محمد جواد و همکاران. سندروم های حاد کرونر و فاکتورهای کمپلمان. مجله علمی پژوهشی یافته. ۱۳۸۴؛ ۷(۱): ۲۳-۲۹.

### منابع انگلیسی

- Bagheri H, Memarian R, Elhani F. (2004). Survey the effect of group counseling on quality of life in myocardial infarction patients who have been referred to the clinics of Imam Khomeini and Shariati Hospitals in Tehran. *Hakim Research Journal*, 6(4), 95-98.
- Bartlett EE. (1995). Cost-benefit analysis of patient education. *Patient Education and Counseling*, 26 (1-3), 87-91.
- Bekos C, Pieri L, Angelides N, Moro S. (2008). Prevalence of multifocal atherosclerosis and comorbidity on symptomatic Cypriot inpatients. *Int Angiol*. 419-25.
- Broddadottir H, Jensen L, Norris C, Graham M. (2009). Health related quality of life in women with coronary artery disease. *European journal of cardiovascular nursing*, 8 (1), 18-25.
- Duryee R. (1992). The efficacy of inpatient education after myocardial infarction. *Heart Lung*, 21, 217-25.
- Eisele M, Blozik E, Stork S, Trader JM, Herrmann-Lingen C, Scherer M. (2013). Recognition of depression and anxiety and their association with quality of life, hospitalization and mortality in primary care patients with heart failure study protocol of a longitudinal observation study. *BMC Family Practice*, 14(1), 180.
- Gill TM, Feinstein AR. (1994). A critical appraisal of the quality of quality of life measurements. *JAMA*, 272(8), 619-26.
- Hoban MB, Fedor M, Reeder S, Chernick M. (2013). The effect of telemonitoring at home on quality of life and self-care behaviors of patients with heart failure. *Home Healthcare Nurse*, 31(7), 368-77.
- Hosseinzadeh TOU, Paryad, Kazemnejad E, Asiri SH. (2010). Predictors of s-efficacy in coronary artery disease patients. *Holistic Nursing and Midwifery*, 20 (2), 8-13.
- Isikhan V, Guner P, Kömürçü S, Ozet A, Arpacı F, Öztürk B. (2001). The relationship between disease features and quality of life in patients with cancer. *Journal of Cancer Nursing*, 24(6), 490-5.
- Jaarsma T, Halfens R, Tan F, Abu-Saad HH, Dracup K, Diederiks J. (2000). Self care and quality of life I patients with advanced heart failure: the effect of a supportive educational intervention. *Heart lung*, 29(5), 319-30.
- Kennedy MD, Haykowsky M, Daub B, Van Lohuizen K, Knapik G, Black B. (2003). Effects of a comprehensive cardiac rehabilitation program on quality of life and exercise tolerance in women. *Curr Control Trials Cardiovasc Med*, 4(1), 1.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. The management of stable angina. [Cited 2011 July]. Available from: URL: <http://www.nice.org.uk/guidance/CG126>.
- Oterhals K, Hanestad BR, Eide GE, Hanssen TA. (2006). The relationship between in-hospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5, 303-310.
- Sarrafi-Zadegan N, Sayed-Tabatabaei FA, Bashardoost N, Maleki A, Totonchi M, Habibi HR, et al. (1999). The prevalence of coronary artery disease in an urban population in Isfahan, Iran. *Acta Cardiol*, 54(5), 257-263.
- Sehars K, Kathleen E. (2004). The effect of tailored message intervention on heart failure readmission rates, quality of life and benefit and barrier beliefs in persons with heart failure. *Heart Lung*, 33(4), 249-260.
- Smith LN, Belcher PR. (2002). Experience of cardiac rehabilitation after coronary artery surgery, effects on health and risk factors. *International Journal of Cardiology*, 23, 1221-24.
- Spiraki Ch, Kaitelidou D, Papakonstantinou V, Prezerakos P, Maniadakis N. (2008). Health related quality of life measurement in patients admitted with coronary heart disease and heart failure to a cardiology department of a secondary urban hospital in Greece. *HJC*, 49, 241-247.
- Velanovich V. (2007). Behavior and analysis of 36-Item short-form Health survey data for surgical quality of life research. *Arch Surg*, 142(5), 473-478.
- Yonezawa R, Masuda T, Matsunaga A, Takahashi Y, Saitoh M, Ishii A, et al. (2009). Effects of phase 2 cardiac rehabilitation on job stress and health-related quality of life after return to work in middle-aged patients with acute myocardial infarction. *International Heart Journal*, 50(3), 279-289.



## Original Article

**The effect of education on quality of life in people with unstable angina****Mohammadreza Jani<sup>1</sup>, MSc****\* Mohammadreza Razm-Ara<sup>2</sup>, MSc****Mojgan Safapoor<sup>3</sup>, BSN****Soheila Miralijani<sup>4</sup>, BSN****Fatemeh Miri<sup>5</sup>, BSN****Abstract**

**Aim.** This study was conducted to determine the effect of education on quality of life in people with unstable angina in Qa'en, Iran.

**Background.** Cardiovascular diseases are the most prevalent and important cause of death all over the world, which affect the patients' quality of life. These diseases create many problems for patients and a lot of cost for the society.

**Methods.** This study was an experimental study with pretest-posttest design and control group which was conducted on 60 patients in the cardiac care unit Shohada hospital located in the city Qaen, Iran in 2015. The recruited patients were divided randomly into control and intervention group. During 3-6 sessions of face-to-face training (1-2 sessions per day) lasting between 15-20 minutes, screenshots (in PowerPoint software) were used and the participants questions were answered. The quality of life of the patients in both groups were measured at two stages, before education (for intervention group) and one month later. The instruments were demographic and quality of life questionnaires (SF36). Data were analyzed in SPSS, version 20.

**Findings.** There were a statistically significant difference between the groups in terms of the mean scores of quality of life in the following dimensions: general health ( $p=0.02$ ), physical function ( $p=0.003$ ), role limitation due to physical health ( $p=0.05$ ), energy fatigue ( $p=0.01$ ), emotional well-being ( $0.004$ ), pain ( $p=0.007$ ), and total quality of life ( $p=0.02$ ).

**Conclusion.** Education can be a useful method for improving quality of life in people with unstable angina patients.

**Keywords:** Quality of life, Education, Unstable angina

1 Master of Science in Critical Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

2 Master of Science in Nursing, Faculty Member of Nursing Department, School of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran (\*Corresponding Author) email: reza.razmara69@gmail.com

3 Bachelor of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

4 Bachelor of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

5 Bachelor of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran