

## تأثیر آموزش در ارتقاء خودکارآمدی بیماران قلبی عروقی

اسفندیار بالجانی<sup>۱\*</sup>؛ صالح سلیمی<sup>۱</sup>؛ ژاله رحیمی<sup>۲</sup>؛ الهام امانپور<sup>۲</sup>؛ منیژه پرخاشجو<sup>۳</sup>؛ افسانه شریف‌نژاد<sup>۳</sup>؛ شهین پویان<sup>۳</sup>

## چکیده

زمینه: با توجه به افزایش بیماران قلبی عروقی، توسعه راه‌کارهای جدید و مؤثر برای کاهش ریسک‌فاکتورهای بیماری‌های عروقی ضروری به‌نظر می‌رسد و خودکارآمدی در انتخاب روش‌های مناسب برای دستیابی به تغییر رفتار و تبعیت از مصرف طولانی‌مدت دارویی یک عامل مؤثر است. هدف از این مطالعه، تعیین اثر آموزش بر خودکارآمدی بیماران قلبی عروقی بود.

روش‌ها: در این مطالعه نیمه‌تجربی (تک گروه قبل و بعد)، ۹۲ بیمار قلبی عروقی با حداقل دو ریسک‌فاکتور عروقی قابل تعدیل، آموزش را همراه با یکی از اعضای خانواده خود دریافت کردند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه واحد، قبل از آموزش، بعد از آموزش و یک ماه بعد از آموزش جمع‌آوری شد. جهت تجزیه تحلیل از آزمون‌های توصیفی و آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری استفاده شد.

یافته‌ها: آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری نشان داد که میانگین امتیازات کلی خودکارآمدی و زیرگروه‌های مصرف دارو، ورزش، توقف مصرف سیگار، کاهش وزن و مصرف غذای سالم به‌طور معناداری بعد از آموزش و یک‌ماه بعد از آموزش افزایش یافت.

نتیجه‌گیری: آموزش در ارتقاء خودکارآمدی بیماران قلبی عروقی مؤثر است. به‌نظر می‌رسد این روش برای متقاعد کردن بیماران به انجام تغییرات رفتاری و پایبندی به رژیم‌های دارویی در بلندمدت بسیار مناسب باشد.

کلیدواژه‌ها: ریسک‌فاکتور، بیمار قلبی عروقی، آموزش، خودکارآمدی

«دریافت: ۱۳۹۰/۴/۱۵ پذیرش: ۱۳۹۰/۰۹/۰۱»

۱. گروه پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه

۲. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۳. گروه پرستاری، بیمارستان طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

\* عهده‌دار مکاتبات: ارومیه، واحد شماره ۳ دانشگاه آزاد اسلامی ارومیه، تلفن: ۰۴۴۱۲۷۱۹۹۰۰

Email: baljani1@yahoo.com

## مقدمه

است که علاوه بر موارد مذکور، ایجاد انگیزش و اعمال کنترل بر مصرف داروهای تجویز شده (نظیر آسپرین، نیستاتین و مهارکننده‌های تبدیل آنژیوتانسین) در بلندمدت در کاهش خطر بیماری‌های عروقی از اهمیت زیادی برخوردار هستند (۳).

بخش عمده بیماران قلبی عروقی که به درمانگاه‌های سرپایی مراجعه می‌کنند و یا حتی آن‌هایی که بستری می‌شوند در مدت محدود با اقدامات درمانی رایج به اهداف درمانی ایده‌آل دست نمی‌یابند، زیرا نیاز به تغییر رفتار در درازمدت دارند. به‌عبارت دیگر راه‌کارهای رایج

بیماری‌های قلبی عروقی شایع‌ترین علت مرگ و میر در کشورهای غربی است و ریسک‌فاکتورهای فشارخون بالا، دیابت ملیتوس، چاقی و مصرف سیگار در بیش از ۸۰ درصد موارد، عامل اصلی شیوع این بیماری هستند (۱). تعدیل این ریسک‌فاکتورها معمولاً به‌وسیله استفاده ترکیبی از دارو و تغییرات سبک زندگی صورت می‌گیرد و شامل توقف استعمال سیگار، انتخاب غذاهای سالم، کم کردن وزن، افزایش فعالیت فیزیکی و استفاده کافی از دارو در طول عمر است (۲). نتایج مطالعات نشان داده

در آن‌ها دیدگاهی متفاوت از کسانی ایجاد می‌کند که از نظر خودکارآمدی ضعیف هستند و این اثر مستقیمی بر رفتار آن‌ها دارد (۸). بنابراین احساس خودکارآمدی یک عامل حیاتی در موفقیت و شکست در سراسر زندگی است و درک هر فرد از خودکارآمدی، قوی‌ترین عامل پیشگویی‌کننده در توانایی انجام تغییر در رفتارهای پرخطر است (۹).

به نظر محققین، یکی دیگر از موانع پیشگیری و درمان مناسب بیماران عروقی و افزایش هزینه‌های درمان، عدم پابندی بیماران به رژیم‌های دارویی و اصلاح شیوه زندگی است. پزشکان و پرستاران باید بیماران را ترغیب کنند تا به روش‌های مناسب برای تغییر عوامل خطر ساز در ایجاد بیماری‌های عروقی متعهد باشند. اگر آموزش‌های مناسب به موقع ارایه شود، نیاز به دارودرمانی و بستری برای خطرات عروقی مثل سکته در آینده به‌طور قابل توجه افت خواهد کرد. لازمه این رویکرد (پابندی به رژیم‌های دارویی و اصلاح شیوه زندگی) نیز ارتقاء خودکارآمدی است (۳).

خودکارآمدی مشخص‌کننده چگونگی مواجهه اشخاص با موانع و مشکلات است. افرادی که خودکارآمدی پایینی دارند، به آسانی در روبه‌رو شدن با مشکلات متقاعد می‌شوند که رفتار آن‌ها بی‌فایده است و سریع دست از تلاش بر می‌دارند. در حالی که افرادی که خودکارآمدی بالایی دارند، موانع را به‌وسیله بهبود مهارت‌های خودمدیریتی و پشتکار برداشته و در برابر مشکلات، ایستادگی و بر امور کنترل بیشتری دارند. از این‌رو تقویت خودکارآمدی می‌تواند باعث حفظ و نگهداری رفتارهای ارتقاءدهنده سلامتی شود (۱۰).

رفتارشناسان نشان داده‌اند که تمرکز بر رفتار موفقیت‌آمیز، طرح‌ریزی اهداف قابل دستیابی، مدل‌سازی نقش و بازخورد دادن در کنترل نشانه‌های بیماران، باعث افزایش خودکارآمدی و در نهایت کنترل نشانه‌های بیماری می‌شود (۸). در مطالعات قبلی نشان داده شده است که استفاده از آموزش با ساختار مشخص موجب

مراقبت سلامتی مثل دارودرمانی، اغلب در دستیابی به اهداف و تقلیل خطر بیماری‌های عروقی به‌شکل ایده‌آل با شکست مواجه شده است (۴). از این‌رو و با در نظر گرفتن تعداد زیاد افراد در معرض خطر، توسعه راه‌کارهای جدید، کافی و مؤثر برای دستیابی به تغییر رفتار بیماران در معرض خطر و در نتیجه کاهش خطر بیماری‌های عروقی اجتناب‌ناپذیر است (۵).

پیش‌نیاز موفقیت پایدار در کنترل ریسک فاکتورهای عروقی، مشارکت فعال خود بیماران پرخطر در درمان است. این مشارکت مستلزم آن است که بیماران به این باور برسند که خود می‌توانند تغییرات سبک زندگی و مصرف داروی مادام‌العمر را رعایت کنند (۳). تغییر رفتارهای سلامتی نیاز به یادگیری مهارت‌های خودمدیریتی (Self-management) و یادگیری آن نیاز به همکاری بیمار و تیم درمانی دارد (۴). البته مطالعات نشان داده‌اند که یادگیری مهارت‌های خودمدیریتی در توانمندسازی بیماران مزمن با موفقیت همراه بوده است (۳).

خودمدیریتی به توانایی‌های فردی در کنترل نشانه‌ها، درمان، پیامدهای جسمانی، اثرات روانی - اجتماعی و در بیماری‌های مزمن نظیر بیماری‌های عروقی به اعمال تغییرات در سبک زندگی اشاره دارد (۶). پیش‌شرط مهم برای خودمدیریتی موفقیت‌آمیز و تغییر رفتار، تقویت خودکارآمدی (Self-efficacy) است (۷). خودکارآمدی به‌عنوان اعتماد شخصی برای انجام رفتار خاص تعریف شده است که آن رفتار برای رسیدن به اهداف مورد دلخواه ضروری است. براساس تئوری بندورا خودکارآمدی شامل اعتماد و اطمینان فرد از توانا بودن در انجام کارهای خودمراقبتی به‌طور مطلوب است، به‌گونه‌ای که از این طریق به نتایج مطلوب دست یابد. احساس خودکارآمدی می‌تواند تمام جنبه‌های زندگی را تحت تأثیر قرار دهد. افرادی که از نظر خودکارآمدی بالاتر هستند، معتقدند که قادرند به‌طور مؤثری از عهده کنترل رویدادهای زندگی خود برآیند. این درک و عقیده

نفر در حضور یکی از همراهان خود مورد ارزیابی قرار گرفته، مشکلات و نیازمندی‌های آموزشی آن‌ها مشخص گردید و به بیماران و یکی از اعضای خانواده آنان در زمینه آترواسکلروز، فاکتورهای خطر عروقی، عواقب عدم کنترل و منافع کنترل، تغییرات سبک زندگی، داروهای مصرفی، روش ترک سیگار، انتخاب غذاهای کم چرب، انجام فعالیت ورزشی، کنترل استرس، خوداندازه‌گیری (Self monitoring) فشارخون، اندازه‌گیری دور کمر برای کنترل وزن، روش محاسبه شاخص توده بدنی و استفاده از گلوکومتر آموزش داده شد.

بعد از این مرحله به بیماران و همراهان آن‌ها فرصت داده شد در مورد پژوهش، تجربیات اولیه خود در مورد تغییرات رفتاری و میزان اطلاعات مربوط به خطرات عروقی بحث نمایند. محققین همگام با ارایه توضیحات لازم، با تأکید بر قابلیت‌های فردی، برتری‌ها، تشویق به دستیابی تغییرات رفتاری و فاکتورهای ارتقاءدهنده و ارایه مثال‌هایی از تجربیات موفق به جمع‌بندی اطلاعات کمک کردند. سپس بیماران تشویق شدند برای خود، اهداف فردی قابل وصول طراحی نمایند. برنامه اجرایی تغییرات سبک زندگی با حمایت محققین، سازماندهی و راه‌اندازی شد. آموزش مددجویان به‌همراه یکی از اعضای اصلی خانواده آن‌ها از ۶-۴ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای متغیر بود. بعد از اتمام آموزش‌های مرحله اول، سنجش بعد از آموزش به‌عمل آمد. از بیماران درخواست شد مطابق با برنامه ویزیت درمانگاه بعد از ویزیت ماهیانه پزشک، به اتاق آموزش پیشگیری خطرات عروقی نیز مراجعه کنند، محققین یک روز قبل با بیمار و خانواده تماس گرفته و هماهنگی جهت مراجعه به‌عمل می‌آمد. بازخورد آموزش‌ها و میزان تغییرات خطرات عروقی در این جلسه به بیمار داده شده و با ارزیابی مجدد مشکلات بیمار در اجرای برنامه طراحی شده، راهنمایی‌ها و آموزش‌های لازم ارایه می‌شد. خودکارآمدی بیماران، بار سوم در پایان ماه اول پس از مداخله با استفاده از همان پرسشنامه مجدداً پایش شد. به‌منظور کاهش اختلاف در

ارتقاء خودکارآمدی بیماران با انسداد مزمن ریوی می‌شود (۱۱) و افزایش خودکارآمدی باعث ارتقاء خودمراقبتی در بیماران دیابتی بوده است (۱۲). با توجه به این‌که تأثیر آموزش در ارتقاء خودکارآمدی بیماران قلبی عروقی در کشور ما کم‌تر مورد توجه بوده، این مطالعه با هدف تأثیر آموزش در ارتقاء خودکارآمدی بیماران قلبی عروقی انجام گرفت.

## مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه نیمه‌تجربی از نوع تک‌گروه قبل و بعد است و جامعه آماری را بیماران قلبی عروقی مراجعه‌کننده به درمانگاه سرپایی بیمارستان طالقانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ارومیه تشکیل می‌دادند. تعداد نمونه‌ها با استفاده از روش‌های آماری تعیین تعداد نمونه با در نظرگیری اختلاف میانگین و واریانس مربوطه در مطالعات مشابه (۵)، ۹۲ بیمار محاسبه شد. بیمارانی که تشخیص آن‌ها توسط پزشک تأیید می‌شد، بیماری بدخیم یا بیماری روانی نداشتند، سن زیر ۸۰ سال داشتند، قادر به انجام فعالیت‌های روزانه خود بودند، ساکن ارومیه بودند، سواد اولیه خواندن و نوشتن داشتند و از ریسک فاکتورهای عروقی زیر (۱۳)، حداقل دو مورد را داشتند وارد مطالعه شدند.

ریسک فاکتورهای عروقی شامل داشتن عادت مصرف سیگار،  $BMI > 25 \text{ Kg/m}^2$ ،  $BP > 140/90$  (دور کمر بیش از ۱۰۲ cm برای آقایان و بیش از ۸۸ برای خانم‌ها)،

دیابت: بیماری شناخته‌شده یا  $FBS > 125 \text{ mg/dL}$

کلسترول توتال بالای  $200 \text{ mg/dL}$ ،  $LDL > 130 \text{ mg/dl}$

بعد از انتخاب نمونه‌ها، بیماران در یک فرایند مشارکت در مراقبت و درمان بیماری مزمن مربوط به خود قرار گرفتند. به آن‌ها هدف تحقیق و نحوه پاسخ دادن به پرسشنامه توضیح داده شد. سپس در حضور محقق (قبل از مداخله) به پرسشنامه پاسخ دادند. آیت‌های این پرسشنامه در جدول ۱ و ۲ آورده شده است. در مرحله بعد در اتاق مخصوص آموزش، به‌صورت نفر به

برنامه‌های پیگیری به منظور افزایش میزان مراجعه‌ها طراحی شد. برای این منظور، شماره تلفن بیماران گرفته شده و در ضمن شماره تلفنی جهت تماس بیماران با محقق در اختیار آن‌ها قرار داده شد. در مواردی که بیماران جهت پی‌گیری مراجعه نمی‌کردند، خود محقق پیشنهاد می‌کرد که به منزل آن‌ها مراجعه نماید.

خانواده‌ها به‌عنوان یک منبع ضروری حمایت در فرآیند دستیابی به اهداف تحقیق درگیر شدند. برای این کار، یکی از اعضای خانواده در یادگیری خودمدیریتی مخصوص بیماران قلبی عروقی شرکت داده شد.

بازخورد کافی به‌عمل آورده شد. در مواردی که بیماران در تبعیت از راه‌کارهای ارائه‌شده موفق شده بودند، پیشنهاد کردیم که به خود جایزه بدهند و در موارد عدم موفقیت، موارد لازم برحسب مورد با عبارات تشویقی آموزش داده شد. در ضمن، جزوه آموزشی راهنمای بیماران قلبی عروقی مطابق با راهنمایی‌های جدید دنیا در زمینه کاهش خطرات عروقی ارائه شد (۳، ۱۳ و ۱۶).

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای مشتمل بر دو قسمت بود: قسمت اول، پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل سن، جنس، سطح تحصیلات، وزن، قد، اندازه دور کمر، میزان LDL، کلسترول TOTAL، HDL و میزان فشارخون سیستولیک و دیاستولیک بود که توسط محقق تکمیل می‌شد. سابقه بیماری قلبی عروقی، دیابت ملیتوس، فشارخون بالا، چربی خون بالا و مصرف سیگار به‌صورت بلی - خیر به‌صورت مصاحبه رودرو علامت زده می‌شد. قسمت دوم، ابزار اندازه‌گیری خودکارآمدی بود که با اقتباس از پرسشنامه خودکارآمدی دیابت نوع ۲ طراحی شد (۱۸). این ابزار از بیماران سؤال می‌کند که آن‌ها چقدر اطمینان دارند که بتوانند عمل یا کار خاصی را انجام دهند (جدول ۲). ۱۰ آیتم پرسشنامه بر مبنای مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری شد (محدوده ۵-۱). نمرات بالاتر، خودکارآمدی بهتر را نشان می‌دهد. برای تعیین اعتبار

نحوه آموزش، ساختار آموزشی از قبل آماده، منطبق با منابع علمی روز و در قالب طرح درس با استفاده از تمام امکانات کلاس آموزشی بیمارستان انجام شد.

اصول و مثال‌های کاربردی جهت آموزش بیماران به همراه یکی از اعضای خانواده، برگرفته از مطالعات قبلی (۸ و ۱۷-۱۴) با درنظرگیری عقاید فرهنگی، علایق قبلی، هنجارهای جامعه و بعد از ارزیابی میزان آمادگی، تجربیات و آگاهی‌های قبلی بیماران از طریق راه‌کارهای ذیل مورد استفاده قرار گرفت.

تلاش شد بیماران متقاعد شوند که دارای مهارت‌ها و قابلیت‌های لازم برای موفقیت در تغییر رفتار به‌منظور تعدیل فاکتورهای خطر قلبی عروقی هستند.

تجربیات موفق افراد مشابه در زمینه کنترل خطرات عروقی یادآوری شد. شرکت‌کنندگان وارد بحث هدفمند شدند تا تجربیات موفق افراد مشابه را راحت بپذیرند.

به بیماران گفته شد که در حل مشکل او تشریک مساعی داریم. تعامل ما با شرکت‌کنندگان دوستانه بود و زمان کافی برای پاسخ‌گویی به سؤال‌های بیماران صرف شد.

برای تعدیل ریسک فاکتورها، اهداف فردی دست‌یافتنی طرح‌ریزی شد تا اشتیاق بیماران برانگیخته شود و تجربه عدم موفقیت کاهش یابد. به این منظور، کارها از ساده شروع شد. مثلاً به مریض گفته می‌شد شما می‌توانید ۲ روز هفته را به مدت ۳۰ دقیقه پیاده‌روی کنید. حتی اگر در حیاط منزل بچه‌ای را بغل کنید و پیاده‌روی کنید، قابل قبول است و بعد از عادت کردن، این کار را روزانه انجام بدهید.

برای سرمشق‌گیری رفتار، شرایط تمرین کافی فراهم شد. برای این کار روش کنترل فشارخون، روش محاسبه شاخص توده بدنی و اندازه‌گیری دور کمر برای اطلاع از داشتن اضافه وزن، روش کنترل قند خون با دستگاه گلوکومتر و آشنایی با داروهای مصرفی به‌صورت تقسیم روش به اجزای ساده به بیماران آموزش داده شد و از اسلایدها و تصاویر مربوطه نیز استفاده شد.

شرکت کنندگان و نمرات خودکارآمدی از آزمون‌های توصیفی استفاده شد. برای مقایسه نمرات کل خودکارآمدی و هر یک از زیر گروه‌های مربوطه قبل و بعد از مداخله و یک‌ماه بعد از مداخله از آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری استفاده شد. سطح معناداری  $P < 0/05$  تعریف شد.

### یافته‌ها

از کل ۹۲ بیمار شرکت کننده، ۵۰ درصد مرد بودند. میانگین و انحراف معیار سنی شرکت کنندگان در مطالعه  $58/25 \pm 10/26$  بود. ۷۹/۳ درصد شرکت کنندگان، سطح سواد زبردپلم داشتند. ۸۳/۷ درصد نمونه‌ها شاخص توده بدنی بالای ۲۵ داشتند. ۷۰/۷ درصد غیرسیگاری و ۳۲/۶ درصد سیگاری غیرفعال بودند. ۹۲/۴ درصد سابقه بستری داشتند. ۴۴/۶ درصد دیابت، ۷۷/۲ درصد فشارخون بالا و ۵۹/۸ درصد چربی خون بالا داشتند (جدول ۱).

علمی ابزار از روش اعتبار صوری و اعتبار محتوا استفاده شد و نظرات اصلاحی ۵ نفر از اساتید گروه پرستاری و استاد آمار منظور شد. برای تعیین پایایی پرسشنامه، ۲۰ نفر از بیماران شرکت کننده، پرسشنامه را تکمیل کرده و با استفاده از آزمون آلفا کرونباخ، پایایی (۰/۸۴) محاسبه شد. در این مطالعه چون در آیتم مربوط به ترک سیگار، بعضی بیماران سیگاری نبودند بنابراین موقع تعیین پایایی، درجه بندی بر مبنای لیکرت به صورت شش امتیازی (در مورد من صدق نمی‌کند) در نظر گرفته شد و بعد از محاسبه پایایی، امتیاز مذکور حذف شد.

ملاحظات اخلاقی از طریق دریافت تأییدیه از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، اخذ مجوزهای لازم از مسئولین مربوطه برای انجام پژوهش در محیط‌های درمانی و کسب رضایت‌نامه آگاهانه از واحدهای مورد پژوهش جهت شرکت در پژوهش به عمل آمد.

از نرم افزار SPSS 16 برای وارد کردن و تجزیه تحلیل داده‌ها استفاده شد. برای تعیین ویژگی‌های توصیفی

جدول ۱- مشخصات جمعیت شناختی بیماران مورد مطالعه (n=۹۲)

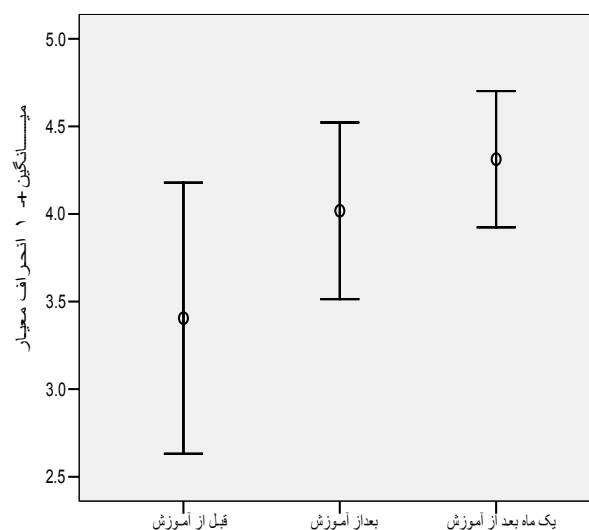
مشخصات	تعداد	درصد	مشخصات	تعداد	درصد
جنسیت	مرد	۴۶	۵۰	دارد	۷۲
	زن	۴۶	۵۰	ندارد	۲۰
تحصیلات	زیر دیپلم	۷۳	۷۹/۳	سابقه بستری	۸۵
	دیپلم	۱۱	۱۲	ندارد	۷
	بالا تر	۸	۸/۷	دیابت	۴۱
شاخص توده بدنی (کیلوگرم بر متر مربع)	۱۸/۵-۲۴/۹۹	۱۵	۱۶/۳	ندارد	۵۱
	۲۵-۲۹/۹۹	۳۹	۴۲/۴	دارد	۷۱
	۳۰-۳۹/۹۹	۳۷	۴۰/۲	ندارد	۲۱
چربی خون بالا	بالای ۴۰	۱	۱/۱	دارد	۵۵
	بلی	۲۷	۲۹/۳	ندارد	۳۷
مصرف سیگار	خیر	۶۰	۷۰/۷	میانگین	۵۸/۲۵
	بلی	۳۰	۳۲/۶	انحراف معیار	۱۰/۲۶
سیگاری غیرفعال	خیر	۶۲	۶۷/۴		

ریسک فاکتورهای عروقی معنادار بوده است (جدول ۲). آزمون LSD نشان داد که اختلاف امتیاز کلی خودکارآمدی داخل گروه‌ها (مقایسه جفتی) نیز معنادار بوده است. امتیازات قبل از مداخله و بعد از مداخله ( $P < 0/001$ ) و اختلاف میانگین ( $-0/71$ ) همچنین قبل از مداخله و یک ماه بعد از مداخله ( $P < 0/001$ ) و اختلاف میانگین ( $-0/30$ ) از نظر آماری معنادار بود.

میانگین امتیازات کلی خودکارآمدی قبل، بعد و یک ماه بعد از آموزش در نمودار ۱ نشان داده شده است. در ارتباط با هدف تحقیق، آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری نشان داد که میانگین امتیازات کلی خودکارآمدی به‌طور معناداری بعد از آموزش و یک‌ماه بعد از آموزش افزایش یافته است ( $F=211$  و  $P < 0/001$ ). همچنین آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری نشان داد که تأثیر مداخلات بر افزایش زیرگروه‌های خودکارآمدی

جدول ۲- مقایسه میانگین امتیازات خودکارآمدی بیماران قبل، بلافاصله بعد و یک ماه پس از مداخله

فاکتور	قبل از آموزش	بعد از آموزش	یک ماه بعد از آموزش	مقدار آماره f	P value
۱ مصرف دارو	$3/98 \pm 1/15$	$4/60 \pm 0/59$	$4/84 \pm 0/37$	58/17	$< 0/001$
۲ توقف مصرف سیگار	$3/18 \pm 1/26$	$3/72 \pm 0/92$	$4/04 \pm 0/76$	29/83	$< 0/001$
۳ مصرف غذای سالم در بیرون از منزل	$3/10 \pm 1/14$	$3/85 \pm 0/76$	$4/10 \pm 0/63$	84/76	$< 0/001$
۴ مصرف غذای سالم در منزل	$3/50 \pm 1/11$	$4/41 \pm 0/66$	$4/84 \pm 0/37$	124/50	$< 0/001$
۵ فعالیت ورزشی به میزان کم	$3/18 \pm 1/29$	$4/16 \pm 0/81$	$4/78 \pm 0/44$	128/46	$< 0/001$
۶ فعالیت ورزشی منظم ۳۰ دقیقه روزانه	$2/79 \pm 1/24$	$3/59 \pm 0/90$	$3/78 \pm 0/81$	75/50	$< 0/001$
۷ جلوگیری از افزایش وزن	$3/18 \pm 1/13$	$4/33 \pm 0/68$	$4/79 \pm 0/45$	152/22	$< 0/001$
۸ کاهش وزن	$3/16 \pm 1/06$	$3/75 \pm 0/75$	$3/91 \pm 0/70$	40/68	$< 0/001$
۹ کنترل بیماری عروقی	$2/87 \pm 1/17$	$3/07 \pm 0/79$	$3/34 \pm 0/71$	13/59	$< 0/001$
۱۰ مراجعه جهت ویزیت پزشک	$4/35 \pm 0/94$	$4/82 \pm 0/46$	$4/95 \pm 0/22$	34/59	$< 0/001$
امتیاز کلی خودکارآمدی	$3/34 \pm 0/75$	$4/06 \pm 0/44$	$4/36 \pm 0/35$	211	$< 0/001$



نمودار ۱- مقایسه میانگین امتیاز کلی خودکارآمدی قبل، بعد و یک ماه بعد از آموزش در بیماران قلبی عروقی

## بحث

نتایج مطالعه، میزان بالای ریسک فاکتورهای عروقی قابل تعدیل در بیماران شرکت کننده در این مطالعه را نشان داد. در حالی که ریسک فاکتورهای عروقی قابل تعدیل در ۸۰ درصد موارد، عامل بیماری های عروق کرونر معرفی شده اند (۱) مواردی مثل فشارخون بالا و یا سطح چربی خون بالا می تواند به راحتی نادیده گرفته شود. افراد نشانه ها را تجربه نمی کنند و در واقع احساس بیماری نمی کنند. البته باید گفت که این فقدان آگاهی از وجود بیماری، به دلیل نداشتن بازخورد قابل مشاهده، درمان را نیز تحت تأثیر قرار می دهد به این دلیل که افراد نمی توانند کاهش کلسترول خون، کاهش فشارخون و تأثیر آن در کاهش خطرات عروقی را ببینند (۱۹). لذا با توجه به این که کنترل و درمان ریسک فاکتورهای عروقی از طرف متخصصین قویاً مورد تأکید قرار گرفته است، آموزش با محتوای اصلاح سبک زندگی، خودکنترل گری (self monitoring)، نشانه های بیماری، کنترل فشارخون و اندازه گیری دور کمر در منزل توسط خود بیمار برای کنترل ریسک فاکتورها توصیه می شود.

همچنین در این مطالعه، تأثیر آموزش در ارتقاء خودکارآمدی بیماران با مشکل قلبی عروقی بررسی شد. نتایج مطالعه نشان داد که آموزش بر امتیازات کلی و زیرگروه های خودکارآمدی تأثیر مثبت داشته است. این نتایج همسو با نتایج مطالعه کارا و استی (Kara, Asti) در کشور ترکیه است. در آن مطالعه اثر آموزش های ساختار بندی شده در بیماران انسداد مزمن ریوی مورد ارزیابی قرار گرفته بود و امتیازات کلی و همه پنج زیرگروه خودکارآمدی بعد از آموزش و یک ماه بعد از آن اختلاف معنادار داشتند (۱۱). در این راستا مطالعه آتک (Atak) و همکاران نشان داد که تأثیر آموزش بر میانگین کل امتیازات خودکارآمدی بیماران دیابتیک و زیرگروه های ورزش منظم، انتخاب رژیم غذایی سالم و کنترل عوارض بیماری معنادار بود (۲۰). همچنین نتایج مطالعه یونسال (unsal) و همکاران نشان داد که تأثیر

آموزش بر خودکارآمدی درک شده بیماران مبتلا به آرتروز در کنترل درد معنادار بود اما در انجام تمرینات ورزشی مربوط به ساق پا معنادار نبود. ایشان در توجیه عدم تأثیر آموزش بر خودکارآمدی تمرینات ورزشی گزارش کرد که بیماران آرتروزی، مشکلات جدی مثل سفتی، درد، تورم و خشکی مفصل دارند که آموزش در زمان محدود نمی تواند اطمینان به انجام چنین اقدامی را ارتقاء دهد (۲۱).

سول (Sol) و همکاران در کشور هلند، مطالعه مشابهی روی بیماران قلبی عروقی انجام داده بودند که در آن مداخلات پرستاری بر مبنای مشارکت بیماران در درمان و یادگیری خودمدیریتی بود و امتیازات کلی خودکارآمدی قبل از مداخله با امتیازات کلی بعد از ۶ هفته، اختلاف معناداری نداشته بود. با این وجود از بین ۹ زیرگروه مربوط به خودکارآمدی، تأثیر مداخلات پرستاری در ۲ زیرگروه تغییر رفتار مربوط به انتخاب غذا در بیرون از منزل و انجام فعالیت ورزشی منظم (هر روز ۳۰-۴۰ دقیقه) معنادار گزارش شد (۵). وقتی امتیازات مطالعه ما با مطالعه انجام شده توسط Sol و همکاران مورد مقایسه قرار گرفت، معلوم شد که میانگین امتیازات کلی خودکارآمدی در آن مطالعه  $4 \pm 0/50$  در گروه کنترل بوده که در مطالعه ما  $3/34 \pm 0/75$  می باشد. Sol و همکاران، دلیل بالا بودن امتیازات کلی خودکارآمدی قبل از مداخله را دلیل اصلی معنادار نبودن اختلاف امتیازات قبل و بعد از مداخله ذکر کرده اند و توضیح داده اند که احتمال دارد بیماران به دلیل عدم آگاهی از میزان خطرات عروقی و روند واقعی سختی مربوط به تغییر رفتار، اطمینان غیر واقعی نسبت به تغییر رفتار خود داشته اند (۵). اما دلیل پایین بودن امتیازات پایه در مطالعه حاضر ممکن است ناشی از این باشد که سطح خودکارآمدی بیماران قبل از ابتلاء به بیماری به دلایلی مثل پایین بودن سطح تحصیلات آنها پایین بوده است. پایین بودن خودکارآمدی در افراد کم سواد در مطالعات قبلی نیز مورد اشاره قرار گرفته است (۱۵). از سویی

### نتیجه گیری

آموزش در ارتقاء خودکارآمدی بیماران قلبی عروقی مؤثر است. به نظر می‌رسد این روش برای متقاعد کردن بیماران به انجام تغییرات رفتاری و پای‌بندی به رژیم‌های دارویی در بلندمدت بسیار مناسب باشد. از طرف دیگر، ارتقاء خودکارآمدی باید به‌عنوان یک استراتژی برای دستیابی و رسیدن به اهداف درمانی (تبعیت از مصرف طولانی‌مدت دارویی و تغییرات سبک زندگی) مدنظر متخصصین بالینی قرار بگیرد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله قسمتی از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه آزاد ارومیه بوده و منابع مالی آن از طرف معاونت پژوهشی این دانشگاه تأمین شده است. نویسندگان از زحمات معاونت محترم پژوهشی و همکاران محترم آن حوزه، کمال تشکر را دارند. همچنین از کلیه بیماران شرکت‌کننده و پرسنل بیمارستان طالقانی به‌خاطر همکاری صمیمانه‌شان تشکر و قدردانی می‌شود.

دیگر حدود ۹۲ درصد بیماران سابقه بستری داشتند و این احتمال وجود دارد که با توجه به روند مزمن بیماری خود، قبلاً نیاز به تغییر رفتار و یادگیری مدیریت فاکتورهای خطر عروقی را احساس کرده باشند. در نتیجه وقتی شیوه‌های خودمدیریتی آموزش داده شد، اکثریت بیماران و خانواده‌های آنها با اشتیاق کامل، پی‌گیر یادگیری شدند و شاید این مسأله بتواند توجه‌کننده امتیازات بالاتر در ارزیابی‌های دوم و سوم بعد از آموزش باشد. در این مورد شارما و رومانس (Romans و Sharma) گزارش کردند که آموزش‌های ارتقاء خودکارآمدی، آن‌هایی را که آماده تغییر رفتار هستند، بیشتر تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲۲). در آموزش مدیریت خطرات عروقی از جزوه آموزشی نیز استفاده شده است که منجر به انتخاب بیماران دارای سواد اولیه شد. از این‌رو نتایج ممکن است قابل تعمیم به بیماران بی‌سواد نباشد. نمونه‌گیری در این مطالعه از نوع غیرتصادفی بود که بر قابلیت تعمیم نتایج تأثیر می‌گذارد. همچنین بدون شک، حمایت اعضای خانواده در افزایش خودکارآمدی تأثیرگذار است که ما به‌صورت مجزا میزان حمایت خانواده را مورد بررسی قرار ندادیم.

### Reference

1. Assmann G, Cullen P, Schulte H. Simple scoring scheme for calculating the risk of acute coronary events based on the 10-year follow-up of the prospective cardiovascular Münster (PROCAM) study. *Circulation*. 2002;105(3):310-5.
2. Gaede P, Vedel P, Larsen N, Jensen GV, Parving HH, Pedersen O. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2003;348(5):383-93.
3. Sol BG, van der Bijl JJ, Banga JD, Visseren FL. Vascular risk management through nurse-led self-management programs. *J Vasc Nurs*. 2005;23(1):20-4.
4. Sol BG, van der Graaf Y, van der Bijl JJ, Goessens NB, Visseren FL. Self-efficacy in patients with clinical manifestations of vascular diseases. *Patient Educ Couns*. 2006;61(3):443-8.
5. Sol BG, van der Graaf Y, van der Bijl JJ, Goessens BM, Visseren FL. The role of self-efficacy in vascular risk factor management: a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*. 2008;71(2):191-7.
6. Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Educ Couns*. 2002; 48(2):177-87.
7. Marks R, Allegrante JP, Lorig K. A review and synthesis of research evidence for self-efficacy-enhancing interventions for reducing chronic disability: implications for health education practice (part I). *Health Promot Pract*. 2005;6(1):37-43.
8. Bandura A. Self-efficacy, the exercise of control. 1<sup>st</sup> ed. New York: W.H. Freeman Publishers. 1997;79-115.
9. Ogedegbe G, Mancuso CA, Allegrante JP, Charlson ME. Development and evaluation of a medication adherence self-efficacy scale in hypertensive African-American patients. *J Clin Epidemiol*. 2003;56(6):520-9.
10. Carlson JJ, Norman GJ, Feltz DL, Franklin BA, Johnson JA, Locke SK. Self-efficacy, psychosocial factors, and exercise behavior in traditional versus modified cardiac rehabilitation. *J Cardiopulm Rehabil*. 2001;21(6):363-73.



11. Kara M, Aşti T. Effect of education on self-efficacy of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Patient Educ Couns*. 2004;55(1):114-20.
12. Hurley AC, Shea CA. Self-efficacy: strategy for enhancing diabetes self-care. *Diabetes Educ*. 1992;18(2):146-50.
13. De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third Joint Task Force of European and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of eight societies and by invited experts). *Atherosclerosis*. 2004;173(2):381-91.
14. Bradley EH, Bogardus ST Jr, Tinetti ME, Inouye SK. Goal-setting in clinical medicine. *Soc Sci Med*. 1999;49(2):267-78.
15. Hatfield J, Gulati S, Abdul Rahman MN, Coughlin PA, Chetter IC. Nurse-led risk assessment/management clinics reduce predicted cardiac morbidity and mortality in claudicants. *J Vasc Nurs*. 2008;26(4):118-22.
16. Fernandez RS, Davidson P, Griffiths R, Juergens C, Salamonson Y. Development of a health-related lifestyle self-management intervention for patients with coronary heart disease. *Heart Lung*. 2009;38(6):491-8.
17. Holloway A, Watson HE. Role of self-efficacy and behavior change. *Int J Nurs Pract*. 2002; 8(2):106-15.
18. Bijl JV, Poelgeest-Eeltink AV, Shortridge-Baggett L. The psychometric properties of the diabetes management self-efficacy scale for patients with type 2 diabetes mellitus. *J Adv Nurs*. 1999;30(2):352-9.
19. Burke LE, Dunbar-Jacob JM, Hill MN. Compliance with cardiovascular disease prevention strategies: a review of the research. *Ann Behav Med*. 1997;19(3):239-63.
20. Atak N, Gurkan T, Kose K. The effect of education on knowledge, self management behaviors and self efficacy of patients with type 2 Diabetes. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2010; 26(2):66-74.
21. Unsal A, Kasikci MK. Effect of education on perceived self efficacy for individual's arthritis. *International Journal of Caring Science*. 2010;3(1):3-11
22. Sharma M, Romans JA. *Theoretical foundations of health promotion*. 1<sup>st</sup> ed. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers. 2007;97-110.