

مقایسه‌ی تأثیر آموزش همتا و آموزش پرستار بر اضطراب بیماران مبتلاء به سکتة قلبی:

یک مطالعه‌ی کارآزمایی بالینی

رضا محمدپورهدکی^۱، مژگان رهنما^{۲*}، عبدالغنی عبدالهی محمد^۲، عزیز شهرکی واحد^۳، مرتضی شمس‌زاده^۴

*نویسنده‌ی مسئول: زابل، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پرستاری و مامایی rahnamamo@gmail.com

دریافت: ۹۵/۰۴/۰۲ پذیرش: ۹۵/۰۸/۱۶

چکیده

زمینه و هدف: اضطراب یکی از شایع‌ترین و مهم‌ترین واکنش‌های روانی بیماران مبتلا به سکتة حاد قلبی می‌باشد. مطالعه حاضر با هدف مقایسه‌ی تأثیر آموزش پرستار و آموزش همتا بر اضطراب بیماران مبتلا به سکتة قلبی انجام شد.

روش بررسی: مطالعه حاضر مداخله‌ای و نیمه‌تجربی است. نمونه‌ها شامل ۶۰ بیمار سکتة قلبی است که به طور تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. از آموزش همتا جهت گروه اول و برای گروه دوم آموزش پرستار انجام شد. میزان اضطراب سه روز بعد از سکتة قلبی (قبل از مداخله)، بلافاصله بعد از مداخله، پنج روز و چهار هفته بعد از سکتة قلبی در دو گروه از طریق تکمیل پرسشنامه اضطراب اشپیل برگر بررسی شد. داده‌ها از طریق آزمون آماری تی مستقل، آزمون کای دو، تست دقیق فیشر، تحلیل واریانس دو طرفه با اندازه‌گیری مکرر مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین اضطراب بیماران گروه آموزش پرستار و آموزش همتا سه روز بعد از سکتة قلبی (قبل از مداخله) با یکدیگر اختلاف آماری معناداری نداشتند ($p=0/076$). آزمون تحلیل واریانس دو طرفه با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که میانگین اضطراب بیماران گروه آموزش پرستار و آموزش همتا سه روز بعد از سکتة قلبی (بلافاصله بعد از مداخله)، پنج روز و یک ماه بعد از سکتة قلبی (بعد از مداخله) اختلاف آماری معناداری داشت ($p<0/0001$).

نتیجه‌گیری: آموزش همتا محور در مقایسه با آموزش پرستار به طور معناداری باعث کاهش اضطراب بیماران مبتلا به سکتة قلبی گردید. بنابراین استفاده از این شیوه آموزشی در بیماران مبتلا به سکتة قلبی توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: آموزش، همتا، پرستار، اضطراب، سکتة قلبی

مقدمه

از ۷۰ تا ۸۰ درصد می‌باشد و این اضطراب ممکن است به میزان ۲۵-۲۰ درصد به مدت زیادی در این بیماران دوام داشته باشد، اگرچه اضطراب به عنوان یک واکنش طبیعی در پاسخ به وقایع قلبی حاد و تهدیدها مطرح می‌باشد، اما اگر طول بکشد و یا بیش از اندازه باشد عواقبی را برای سلامت افراد به همراه خواهد داشت (۷). با توجه به موارد یاد شده، کاهش اضطراب در بیماران سکتة حاد قلبی حائز اهمیت است (۸). بنابراین بیمارانی که مبتلا به سکتة قلبی هستند باید به صورت روتین از نظر اضطراب بررسی شوند و اقداماتی در جهت کاهش اضطراب برای آنها صورت گیرد. یکی از این

سکتة قلبی شایع‌ترین بیماری قلبی-عروقی است (۱). در آمریکا در هر ۲۰ ثانیه یک نفر دچار انفارکتوس میوکارد شده (۲) که حدود ۱/۵ میلیون نفر در سال را شامل می‌شود (۳). آمارها نشان می‌دهد در ایران نیز شیوع سکتة قلبی و مرگ و میر حاصل از آن رو به افزایش است (۴). در سال‌های اخیر سن ابتلاء به سکتة قلبی از ۷۰-۴۰ سال به ۶۰-۲۰ سال تغییر یافته است (۵).

اکثر بیماری‌های قلبی آثار روانشناختی همچون اضطراب به همراه دارند (۶). شیوع اضطراب در بیماران سکتة قلبی، بیشتر

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، کمیته تحقیقات دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران

۲- دکتری پرستاری، استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران

۳- کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران

۴- کارشناسی ارشد پرستاری گروه داخلی-جراحی، مربی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

اقدامات، دادن اطلاعات و آموزش به بیماران در زمینه بیماری می‌باشد. در مطالعه مهدی‌پور و همکاران در سال ۱۳۹۰ نشان داده شد که آموزش مراقبت‌های بهداشتی باعث افزایش استقلال بیمار، بهبود مراقبت از خود و تسکین اضطراب می‌شود (۹). آموزش به عنوان حقوق اولیه انسانها شناخته شده است (۱۰) و انسانها برای خوب ماندن و خوب شدن به آموزش نیاز دارند (۱۱). آموزش به بیماران، درک آنها از بیماری، درمان و مشکلات مربوط به آن را افزایش می‌دهد و می‌تواند تأثیرات مثبتی بر عملکرد و وضعیت جسمی بیمار داشته و باعث ارتقای کیفیت زندگی، تطابق با شرایط موجود و کاهش مشکلات عاطفی شود (۱۲). پرستاران که به عنوان افراد متخصص، بزرگ‌ترین گروه حرفه‌ای سیستم مراقبتی، بهداشتی و درمانی را تشکیل می‌دهند (۱۳)، نقشی بسیار مهمی در این زمینه دارند. آموزش به بیمار یکی از جنبه‌های مهم فعالیت پرستاری می‌باشد (۱۴). آنچه در قریب به اتفاق گزارشات سازمان جهانی بهداشت و نتایج کارآزمایی‌های متعدد و منابع پرستاری به چشم می‌خورد تأکید بر نقش اثر بخش و ضرورت مشارکت پرستار در ایفای نقش‌های مشاوره‌ای و آموزشی پرستار می‌باشد (۱۵). روش‌های متعددی در امر آموزش به بیمار وجود دارد که آموزش فردی یا چهره به چهره یکی از آنهاست. در این روش، آموزش دهنده آموزش را به صورت فردی و برای یاد گیرنده خاصی ارائه می‌کند و فرصتی را فراهم می‌آورد تا ایده‌ها و احساسات به صورت کلامی و غیرکلامی بین یاد گیرنده و یاد دهنده تبادل گردد (۱۶). این روش یکی از قدرتمندترین راههای تأثیرگذاری فراگیر می‌باشد (۱۷)، که طی آن به دلیل بحث‌های دو نفره و رویارویی، تغییر رفتار بهتر امکان‌پذیر می‌باشد (۱۴). همچنین پرستار با تماس چهره به چهره با بیمار، از درک وی از اطلاعات اطمینان حاصل کرده و بازتاب فعالیت خود را مشاهده و دریافت می‌کند (۱۷). علی‌رغم مزایای قابل توجه، وجود اشکالاتی چون صرف وقت، هزینه و نیروی انسانی قابل

توجه، از معایب این روش است (۱۸). لذا با توجه به کمبود پرستار در بیمارستان‌های کشور که به نظر می‌رسد وقت کافی برای برقراری ارتباط و آموزش به بیماران را ندارند (۱۶)، آموزش همتا می‌تواند در رفع این مشکل مفید باشد. در این رویکرد آموزشی با توجه به ویژگی‌های مشابه اعضای یک محیط یادگیری ساده و مطمئن ایجاد می‌شود و بیماران تجارب خودشان را در ارتباط با بیماری که به طور مشترک به آن مبتلا هستند به اشتراک می‌گذارند (۱۹). این تاکتیک از تئوری یادگیری اجتماعی بندورا نشأت می‌گیرد، بر این اساس که افراد از طریق مشاهده تقلید و مدل‌سازی از یکدیگر یاد می‌گیرند (۲۰). هدف این نوع آموزش توسعه دانش، نگرش و ایجاد رفتارهای بهداشتی سالم به وسیله کسانی است که به طور تخصصی در آن مورد تربیت نشده باشند اما تجارب مشترکی دارند، در واقع نوعی حمایت بشر دوستانه است که می‌توان از آن به عنوان یک رویکرد مکمل در کنار سایر استراتژی‌های ارتقای سلامت استفاده کرد (۱۶). از طرف دیگر گروههای همتا بهتر می‌توانند همتایان خود را به انتخاب رفتارهای بهداشتی مناسب تشویق کنند، آنها قادر هستند نقاط ضعف و قوت و تجارب رایج و مشترک را به اشتراک بگذارند (۲۰) آموزش همتا یک رویکرد ادامه‌پذیر است که در آن همتا با بیمار ارتباط طولانی دوستانه و صمیمی برقرار نموده و اطلاعات خود را با او تقسیم می‌کند (۲۱).

در مطالعات متعددی تأثیر همتا بر سطح اضطراب بررسی شده است (۲۰، ۲۱، ۲۲). پارت و فورتین (Parent & Fortin) در سال ۲۰۰۰ تأثیر حمایت مبتنی بر همدلی همتا بر اضطراب، خودکارآمدی و فعالیت خود گزارشی مردانی که بار اول عمل جراحی قلب شده‌اند را مورد بررسی قرار داده و نتیجه‌گیری نمودند که در گروه همتا سطح اضطراب کمتر بوده است (۲۲). ورعی و همکارانش (۱۳۹۲) در مطالعه خود تحت عنوان تأثیر آموزش همتا بر سطح اضطراب بیماران کاندید قلبی نتیجه مشابهی را گزارش نموده‌اند (۲۱). در مطالعه

مشابه دهقانی و همکاران (۱۳۹۱)، تأثیر گروه آموزش همتا را بر سطح اضطراب بیماران مولتیپل اسکروز را بررسی و نتیجه مشابهی حاصل شده است (۲۰). برزو و همکاران (۱۳۹۳) در مطالعه‌ای با عنوان مقایسه شیوه آموزشی فردی و همتا بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی به این نتیجه رسیدند که هر دو شیوه آموزشی منجر به افزایش کیفیت زندگی می‌گردد اما تأثیر شیوه آموزش همتا نسبت به آموزش فردی در طولانی مدت بیشتر است (۱۶). بصام پور (۱۳۸۳) با استفاده از آموزش به صورت سخنرانی، مطالعه‌ای بر روی ۱۰۰ بیمار منتظر عمل جراحی قلب باز انجام داد، نتایج او نشان داد که آموزش به روش سخنرانی موجب کاهش اضطراب در گروه مورد نسبت به گروه شاهد شده است (۲۳). در مجموع از آنجایی که سکته قلبی به علت شروع ناگهانی با اضطراب همراه است (۲۴)، کاهش اضطراب در بیماران سکته حاد قلبی حائز اهمیت بوده و دادن اطلاعات و آموزش، موجب کاهش اضطراب در آنها می‌شود (۸). از طرفی آموزش بیمار توسط پرستار یکی از جنبه‌های وقت‌گیر خدمات بهداشتی است (۲۵) که با توجه به کمبود نیروی انسانی در بیمارستان‌های کشور تربیت کردن همتایان در رفع این مشکل می‌تواند مفید باشد (۱۶) از طرف دیگر گروه همتا بهتر قادر هستند با همتایان خود ارتباط برقرار کنند و آنها را به انتخاب رفتارهای بهداشتی مناسب تشویق کنند (۱۹). مطالعه‌ای که تأثیر آموزش همتا بر سطح اضطراب در بیماران انفارکتوس میوکارد بررسی شده باشد یافت نشد، لذا مطالعه حاضر با هدف مقایسه تأثیر آموزش از طریق همتا و پرستار انجام گردید.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی است که با هدف مقایسه تأثیر دو شیوه آموزشی همتا و پرستار بر اضطراب بیماران مبتلا به سکته قلبی انجام شده است. جامعه پژوهش شامل بیماران

مبتلا به سکته قلبی بستری در بخش سی سی یو بیمارستان امیرالمومنین زابل، وابسته به دانشگاه علوم پزشکی زابل در سال ۱۳۹۴ می‌باشد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: ابتلاء اولین بار به سکته قلبی تشخیص داده شده بر اساس برنامه تشخیص سازمان بهداشت جهانی، نداشتن مشکلات شناختی، نداشتن معلولیت جسمی و تحصیلات مرتبط با پزشکی، عدم سابقه بستری در بخش سی سی یو به دلیل سکته قلبی، داشتن ثبات همودینامیک، قرار داشتن در محدوده سنی بین ۶۰-۳۰ سال، نداشتن مورد شناخته شده اضطراب و افسردگی، داشتن سواد خواندن و نوشتن، توانایی صحبت کردن به زبان فارسی، تمایل به شرکت در پژوهش و وجود امکان برقراری تماس تلفنی با بیمار بودند معیارهای خروج هم عبارت بودند از فوت بیمار طی مطالعه، از دست رفتن توانایی مراقبت از خود در بیمار و انصراف او از ادامه شرکت در مطالعه. روش نمونه‌گیری به این صورت بود که نمونه‌های در دسترس واجد معیارهای پژوهش بصورت تصادفی به دو گروه آموزش همتا و آموزش پرستار تخصیص داده شدند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه بود. بخش نخست پرسشنامه اطلاعات فردی بیمار مثل سن، تحصیلات و وضعیت تأهل و اطلاعات وضعیت سلامت مثل سابقه مصرف مواد مخدر، سابقه دیابت و فشار خون بود که بعد از مطالعه کتب (۲۶، ۲۷) مقالات و مشاوره با اساتید متخصص در زمینه بیماری‌های قلبی-عروقی تنظیم شد.

در بخش دوم پرسشنامه از پرسشنامه اضطراب آشکار اشیپل برگرفته استفاده شد. روایی و پایایی این پرسشنامه قبلاً در ایران توسط ورعی و همکاران در سال ۱۳۹۲ مورد تأیید قرار گرفته است و با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضریب اعتبار ۰/۹۳ گزارش گردید (۲۱). در این پژوهش نیز از روش سنجش پایایی درونی و با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضریب اعتبار ۰/۹۱ بدست آمد. این پرسشنامه حاوی ۲۰ سوال چهار جوابی با گزینه‌های اصلاً، کمی، زیاد و خیلی

غذایی، سطح فعالیت معمول و اجتماعی، پیگیری درمان و رابطه زناشویی با همسر و جلسه سوم در مورد سایر نیازهای مانند مصرف داروها و تغذیه آموزش داده شد. روش آموزشی پژوهشگر به صورت سخنرانی، پرسش و پاسخ و استفاده از وسایل سمعی بصری مناسب بود. پس از آموزش همتایان، به منظور اطمینان از آمادگی همتایان و یکسان سازی آموزش آنان، پژوهشگر با استفاده از یک چک لیست موارد را بررسی نموده و در صورتی که همتا کلیه موارد آموزش دیده در طول سه جلسه را رعایت می کرد به او اجازه وارد شدن به مرحله بعد داده می شد. در خاتمه از کلیه مطالب عنوان شده در کلاس کتابچه ای در اختیار همتایان قرار داده شد.

مرحله مداخله در گروه آموزش همتا، با آموزش همتایان به بیماران آغاز شد. بیمارانی که در این گروه قرار گرفتند علاوه بر آموزش روتین بخش، طی دو جلسه آموزشی یک ساعته به فاصله یک ساعت (در صورت عدم تحمل و یا درخواست بیمار این فاصله گذاری افزایش می یافت) توسط همتایان با نظارت پژوهشگر در روز سوم بعد از سکنه قلبی تحت آموزش قرار می گرفتند. همتا در این جلسات به بیان و آموزش تجربیات خود از زمان بستری تا لحظه ترخیص و نحوه مراقبت از خود با تمرکز بر تعدیل اضطراب می پرداخت. ضمناً با توجه به اینکه تعداد بیماران در گروه همتا ۳۰ نفر بود، هر همتا موظف به آموزش ۱۰ نفر از بیماران بود. در گروه آموزش پرستار، پس از اعلام آمادگی از سوی بیمار و فراهم نمودن یک محیط راحت و آرام، پژوهشگر هدف از جلسه آموزشی را مطرح کرده و سپس آموزش پرستار که شامل توضیحاتی در رابطه با بیماری است توسط پژوهشگر بر حسب یادگیری افراد طی دو جلسه یک ساعته به فاصله یک ساعت ارائه می شد. حین آموزش، پرسش و پاسخ بین پژوهشگر و بیمار صورت می گرفت. محتوای جلسات آموزشی همانند آموزش در گروه همتا بود. پرسشنامه اضطراب اشپیل برگر قبل، بلافاصله بعد از مداخله

زیاد است. تفسیر و طبقه بندی پرسشنامه به این صورت است که سوالات شماره یک، دو، پنج، هشت، ۱۰، ۱۱، ۱۵، ۱۶، ۱۹ و ۲۰ سوالات مثبت بوده و نمره گذاری سوالات به صورت اصلاً (چهار)، کمی (سه)، تاحدودی (دو) و خیلی زیاد (یک) انجام گردید. سوالات منفی که شامل سوال شماره سه، چهار، شش، هفت، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۷ و ۱۸ بودند نیز به صورت معکوس، اصلاً (یک)، کمی (دو)، تاحدودی (سه) و خیلی زیاد (چهار) نمره گذاری شدند. بدین ترتیب دامنه نمرات ۸۰-۲۰ بود. اضطراب بیماران در سه سطح خفیف (۲۰-۴۳)، متوسط (۴۳-۵۲) و شدید (۵۳ >) مورد بررسی قرار گرفت (۲۸).

در گروه آموزش همتا ابتدا انتخاب گروه همتا و آموزش آنان و سپس انجام مداخله و جمع آوری داده ها در چهار مرحله قبل از مداخله (سه روز پس از سکنه قلبی)، بلافاصله بعد از مداخله، پنج روز و چهار هفته بعد از سکنه قلبی صورت گرفت. به منظور انتخاب همتا بیمارانی که در طی سال های گذشته دچار سکنه قلبی شده بودند و به بیمارستان مراجعه کرده بودند بررسی شد. سه نفر بیمار با سابقه سکنه قلبی به عنوان همتا انتخاب شدند. انتخاب همتایان بر اساس ویژگی هایی شامل: داوطلب بودن برای شرکت در پژوهش به عنوان همتا، دارا بودن حداقل تحصیلات دیپلم، نداشتن اضطراب حتی خفیف بر اساس پرسشنامه اضطراب آشکار اشپیل برگر، صورت گرفت. همتایان طی سه جلسه آموزشی توسط پژوهشگر آموزش داده شدند. موارد آموزشی بر طبق اهداف پژوهش تعیین گردید به طوری که در جلسه اول پیرامون مفاهیم، اهمیت و مزایای آموزش همتا، مهارت های ارتباطی مانند توجه به رفتارهای غیرکلامی، توانایی گوش دادن فعالانه، توانایی دریافت و ارسال پیام های واضح ارتباطی، راهکارهای کاهش اضطراب مانند تنفس عمیق، موسیقی، خواندن ادعیه و قرآن کریم، جلسه دوم در مورد مقدار فعالیت بدنی، کنترل تنگی نفس، خستگی، درد قفسه سینه، وزن، رژیم

پنج روز پس از سکنه قلبی و چهار هفته بعد از سکنه قلبی در هر دو گروه تکمیل شد. لازم به ذکر است تکمیل پرسشنامه چهار هفته بعد از سکنه قلبی توسط پیگیری تلفنی صورت گرفت.

این کارآزمایی بالینی دارای مجوز کمیته اخلاق در پژوهش از دانشگاه علوم پزشکی زابل می باشد. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی بعد از ارائه مجوز از مدیریت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زابل، از کلیه بیماران رضایت آگاهانه اخذ و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات مربوط به آنها محرمانه باقی می ماند و به اطلاع آنان رسانده شد که در صورت عدم تمایل می توانند هر زمان که بخواهند از مطالعه خارج شوند. به منظور بررسی نرمالیتی داده ها از تست کولموگوروف اسمیرنوف (Kolmogorov-Smirnov) استفاده شد. تجزیه و تحلیل

داده ها از طریق نرم افزار SPSS ۲۲ با کمک آزمون های آماری تی مستقل، آزمون کای دو، تست دقیق فیشر، تحلیل واریانس دو طرفه با اندازه گیری مکرر در زمان های مورد نظر انجام شد.

یافته ها

ویژگی های جمعیت شناختی در جدول ۱ آمده است. نتایج آزمون کولموگوروف اسمیرنوف حاکی از برخورداری داده ها از توزیع نرمال بود ($P=0/82$). آزمون های آماری کای دو و تی مستقل تفاوت معناداری را بین دو گروه از نظر متغیرهای آورده شده در جدول ۱ نشان نداد. بنابراین افراد مورد پژوهش از این نظر یکسان بودند.

جدول ۱: مشخصات جمعیت شناختی بیماران سکنه قلبی در دو گروه آموزش همتا و آموزش پرستار

P value	گروه		متغیر
	آموزش همتا تعداد (درصد)	آموزش پرستار تعداد (درصد)	
**p=۰/۲۷۳	۱۸(۶۰)	۲۲(۷۳/۳)	جنس
	۱۲(۴۰)	۸(۲۶/۷)	تعداد(درصد)
**p=۰/۷۳۹	۲۴(۸۰)	۲۵(۸۳/۳)	وضعیت تأهل
	۸(۲۰)	۵(۱۶/۷)	تعداد(درصد)
**p=۰/۱۷۷	۳(۲۳/۳)	۰(۰)	وضعیت اشتغال
	۱۸(۵۶/۷)	۲۲(۷۳/۳)	تعداد(درصد)
	۹(۲۰)	۸(۲۶/۷)	خانه‌دار
**p=۰/۲۷۳	۲۲(۷۳/۳)	۱۸(۶۰)	محل زندگی
	۸(۲۶/۷)	۱۲(۴۰)	تعداد(درصد)
**p=۰/۱۱۹	۲۰(۶۶/۶)	۱۴(۴۶/۷)	سطح تحصیلات
	۲(۶/۷)	۹(۳۰)	تعداد(درصد)
	دیپلم و بالاتر از دیپلم	۸(۲۶/۷)	۷(۲۳/۳)
**p=۱/۰۰۰	۱۲(۴۰)	۱۲(۴۰)	مصرف دخانیات
	۱۸(۶۰)	۱۸(۶۰)	تعداد(درصد)
p=۰/۳۸۶	۲۶/۳۶(۲/۶۶)	۲۵/۴۶(۴/۹۹)	شاخص توده بدنی میانگین (انحراف معیار)
*p=۰/۵۶۸			سن میانگین (انحراف معیار)
t=-۰/۵۷۴	۵۲/۱۶(۷/۳۳)	۵۳/۲۰(۶/۵۷)	
DF=۵۸			

*آزمون تی مستقل، **آزمون کای دو

جدول ۲: توزیع فراوانی شدت‌های مختلف نمره اضطراب بیماران مبتلا به سکته قلبی

زمان	گروه	آموزش همتا		آموزش پرستار	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
سه روز بعد از سکته قلبی (قبل از مداخله)	خفیف (۲۰-۴۳)	۷	۲۳	۱	۳
	متوسط (۴۳-۵۲)	۵	۱۷	۹	۳۰
	شدید (>۵۲)	۱۸	۶۰	۲۰	۶۶
سه روز بعد از سکته قلبی (بلافاصله بعد از مداخله)	خفیف (۲۰-۴۳)	۱۱	۳۷	۵	۱۷
	متوسط (۴۳-۵۲)	۲	۶	۱۰	۳۳
	شدید (>۵۲)	۱۷	۵۷	۱۵	۵۰
پنج روز بعد از سکته قلبی (بعد از مداخله)	خفیف (۲۰-۴۳)	۱۰	۳۳	۸	۲۷
	متوسط (۴۳-۵۲)	۱۶	۵۴	۱۶	۵۳
	شدید (>۵۲)	۴	۱۳	۶	۲۰
یک ماه بعد از سکته قلبی (بعد از مداخله)	خفیف (۲۰-۴۳)	۱۸	۶۰	۱۹	۶۳
	متوسط (۴۳-۵۲)	۱	۳	۹	۳۰
	شدید (>۵۲)	۱۱	۳۷	۲	۷

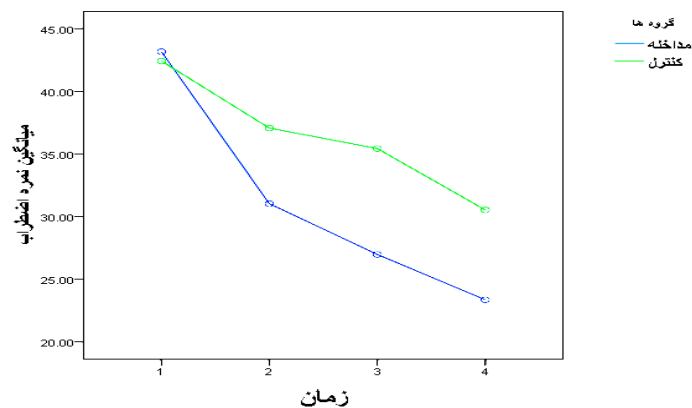
آموزش پرستار و آموزش همتا سه روز بعد از سکته قلبی (بلافاصله بعد از مداخله)، پنج روز و یک ماه بعد از سکته قلبی (بعد از مداخله) اختلاف آماری معناداری وجود دارد ($p < 0.0001$) (جدول ۳ و شکل ۱)

میانگین اضطراب بیماران گروه آموزش پرستار و آموزش همتا سه روز بعد از سکته قلبی (قبل از مداخله) به ترتیب ۴۲/۴۱ و ۴۳/۱۶ بود و با یکدیگر اختلاف آماری معناداری نداشتند ($p = 0.76$). آزمون تحلیل واریانس دو طرفه با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که بین میانگین نمره اضطراب بیماران گروه

جدول ۳: توزیع فراوانی میانگین و انحراف معیار نمره اضطراب در دو گروه آموزش پرستار و آموزش همتا

گروه‌ها	روزهای بررسی	سه روز بعد از سکته قلبی (قبل از مداخله)	سه روز بعد از سکته قلبی (بلافاصله بعد از مداخله)	پنج روز بعد از سکته قلبی (بعد از مداخله)	یک ماه بعد از سکته قلبی (بعد از مداخله)	سطح معناداری (P value)
آموزش پرستار	میانگین	۴۲/۴۱	۳۷/۰۶	۳۵/۴۳	۳۰/۵۳	$(0.0001) < p$
	انحراف معیار	۱/۰۹	۱/۳۳	۱/۸۸	۳/۵۹	
آموزش همتا	میانگین	۴۳/۱۶	۳۱/۰۳	۲۶/۹۸	۲۳/۳۶	$(0.0001) < p$
	انحراف معیار	۱/۳۲	۱/۲۷	۲/۴۶	۰/۹۶	

*تحلیل واریانس دو طرفه با اندازه‌گیری مکرر



نمودار ۱: نمودار میانگین نمرات اضطراب بیماران دو گروه آموزش پرستار و آموزش همتا در چهار زمان: سه روز بعد از سکته قلبی و قبل از مداخله (یک)، بلافاصله بعد از مداخله (دو)، پنج روز بعد از سکته قلبی (سه) و یک ماه بعد از سکته قلبی (چهار)

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف مقایسه تأثیر آموزش همتا و آموزش پرستار بر اضطراب بیماران مبتلا به سکته قلبی انجام شد. میانگین اضطراب بیماران گروه آموزش پرستار و آموزش همتا سه روز بعد از سکته قلبی (قبل از مداخله) با یکدیگر اختلاف آماری معناداری نداشتند. آزمون تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه گیری مکرر نشان داد که میانگین اضطراب بیماران گروه آموزش پرستار و آموزش همتا سه روز بعد از سکته قلبی (بلافاصله بعد از مداخله)، پنج روز و یک ماه بعد از سکته قلبی (بعد از مداخله) اختلاف آماری معناداری داشت.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که سطح اضطراب سه روز بعد از سکته قلبی قبل از مداخله در گروه آموزش همتا و آموزش پرستار در سطح متوسط ۴۳/۱۶ و ۴۲/۴۱ بوده است. آزمون آماری نشان داد که دو گروه از نظر این متغیر رابطه آماری معنی داری با هم نداشتند و هر دو گروه از این نظر همگن بودند. که با نتایج پژوهش یگانه‌خواه و همکاران (۱۳۹۱) همخوانی دارد (۸).

در مطالعه حاضر مشخص شد که سطح اضطراب، سه روز بعد از سکته قلبی یعنی بلافاصله بعد از مداخله در گروه

آموزش همتا و آموزش پرستار در سطح خفیف ۳۱/۰۳ و ۳۷/۰۶ بوده است و گروهی که حمایت و آموزش همتا را دریافت نموده نسبت به گروهی که آموزش پرستار را دریافت نموده بودند نمره اضطراب کمتری داشته‌اند. نتایج بدست آمده با مطالعه دهقانی و همکاران (۱۳۹۱)، ورعی و همکاران (۱۳۹۲) و پارت و فورتین در سال ۲۰۰۰ همخوانی دارد (۲۲-۲۰). اما در پژوهش کلیک و اسلیگلو (Celik & Asilioglu) که در سال ۲۰۰۴ در خصوص تأثیر آموزش قبل از عمل بر سطح اضطراب بیماران تحت جراحی قلب باز انجام شده بود، هیچ گونه اختلاف آماری معناداری بین گروه کنترل و مداخله در میانگین نمره اضطراب آنها وجود نداشت (۲۹).

سطح اضطراب پنج روز بعد از سکته قلبی در گروه آموزش همتا و آموزش پرستار در سطح خفیف ۲۶/۹۸ و ۴۳/۳۵ بوده است. آزمون آماری نشان می‌دهد که دو گروه از نظر این متغیر اختلاف آماری معناداری با هم دارند و گروهی که حمایت و آموزش همتا را دریافت نموده نسبت به گروهی که آموزش پرستار را دریافت نموده بودند نمره اضطراب کمتری داشته‌اند. نتیجه مطالعه آقاخانی و همکاران ۱۳۹۱ تحت عنوان

با توجه به اهمیت آموزش در امر مراقبت از بیماران سکته قلبی توصیه می‌شود که هر دو شیوه با توجه به موقعیت و شرایط موجود استفاده شود. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به استفاده از یک بخش پرسشنامه اشپیل برگر و سنجش اضطراب آشکار اشاره نمود و همچنین احتمال این که نمونه‌ها از منابع دیگری اطلاعات کسب کنند وجود داشت که خارج از دسترس محقق بود. در این پژوهش صرفاً سطح اضطراب آشکار اندازه‌گیری شده است امکان دارد تفاوت در وضعیت اضطراب افراد دو گروه مداخله و کنترل به عدم ارزیابی سطح اضطراب رگه در مرحله قبل از مداخله مربوط باشد، لذا پیشنهاد می‌شود مطالعه مشابه که طی آن سطح اضطراب رگه نیز بررسی شود، انجام گردد.

تشکر و قدردانی

این کارآزمایی بالینی با شماره IRCT2016050225237N2 در سایت مرکز کارآزمایی بالینی ثبت شده و دارای مجوز کمیته اخلاق در پژوهش از دانشگاه علوم پزشکی زابل با کد zbm.1.REC.1394.136 می‌باشد. این مقاله نتیجه بخشی از پایان‌نامه نویسنده اول بوده که پس از تأیید کمیته اخلاق با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زابل اجراء شده و از این حمایت تقدیر به عمل می‌آید. از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زابل، مسئولان محترم بیمارستان امیرالمومنین زابل، پرستاران، هم‌تایان و تمامی بیمارانی که در اجرای این طرح ما را یاری فرمودند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

تأثیر آموزش بر میزان اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد نیز نشان داد که سطح اضطراب بیماران پنج روز بعد از سکته قلبی در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد به طور معناداری کاهش پیدا کرده است (۳۰). همچنین در مطالعه پارت و فورتین تحت عنوان بررسی تأثیر حمایت مبتنی بر همدلی هم‌تا بر اضطراب، خودکارآمدی و فعالیت خود گزارشی مردانی که برای بار اول عمل جراحی قلب شده‌اند گزارش شد که نمره اضطراب بیماران پنج روز بعد از عمل قبل از ترخیص در گروه مداخله هم‌تا پایین‌تر از گروه شاهد بود (۲۲). نتیجه مطالعه موسوی و همکاران ۱۳۹۰ با عنوان تأثیر آموزش چهره به چهره قبل از عمل در کاهش افسردگی و اضطراب بیماران بزرگسال تحت عمل جراحی قلب باز نیز نشان داد که گروه مداخله بعد از عمل نسبت به گروه شاهد از اضطراب کمتری برخوردار بودند (۱۷). که تمامی این مطالعات از نظر نتیجه با مطالعه حاضر مطابقت دارند.

سطح اضطراب یک ماه بعد از سکته قلبی در گروه آموزش هم‌تا و آموزش پرستار در سطح خفیف ۲۳/۳۶ و ۳۰/۵۳ بوده است. آزمون آماری نشان می‌دهد که دو گروه از نظر این متغیر اختلاف آماری معنی‌داری دارند که با مطالعه برزو (۱۳۹۳)، پارت و فورتین (۲۰۰۰) و شیخ الاسلامی (۱۳۸۱) همخوانی داشت (۱۶، ۲۲، ۳۱).

یافته‌های مطالعه نشان داد آموزش هم‌تا محور در مقایسه با آموزش پرستار به طور معناداری باعث کاهش اضطراب بیماران مبتلا به سکته قلبی گردید، بنابراین استفاده از این شیوه آموزشی در بیماران مبتلا به سکته قلبی توصیه می‌شود.

منابع

1-Sarhadi M, Navidian A, Fasihi Harandy T, Ansari Moghadam AR. Comparing quality of marital relationship of spouses of patients with and without a history of myocardial infarction. J Health Promot Manag. 2013; 2(1): 39-48. [In Persian]

- 2- Behnam Moghadam M, Zeighami R, Azimian J, Jahanihashemi H, Fotuhi M. Side Effects of Intravenous Streptokinase in Different Age Groups Patients with Acute Myocardial Infarction. J Armaghane-danesh. 2014; 18(11): 910-17. [In Persian]
- 3- Abdollahi AA, Roohi Gh, Rahmani Anaraki H, Nassiri H. A comparative study on the myocardial infarction patients' quality of life and healthy people, Iranian. Iran J Nurs Res. 2012; 7(26): 50-56. [In Persian]
- 4- Koohestani HR, Baghcheghi N, Zand S. Impact of teaching cardiac rehabilitation programs on electrocardiogram changes among patients with myocardial infarction. Iran J Nurs Res. 2010; 5(16): 6-12. [In Persian]
- 5- Bagheri I, Memarian R, Hajizadeh E, Pakcheshm B. The effect of sex education on patients and their spouses satisfaction after myocardial infarction. Hakim Jorjani J. 2014; 2(1): 40-46. [In Persian]
- 6- Shojaaddin F, Kazemi M, AliPour A, Oraki M. The Effect of Cognitive Behavioral Therapy on Depression and Anxiety in Patients with Myocardial Infarction. Evid Basic Care. 2012; 2(5): 47-55. [In Persian]
- 7- Shojaei A, Nehrir B, Naderi N, Zareyan A. Comparison of patient education and follow up by nurse on anxiety in heart failure patients. J Medical- Surgical Nursing. 2014; 3(1): 52-60. [In Persian]
- 8- Yeganehkhah MR, Abedini A, Akbari H, Ziyayi Nezhad MT. Comparison of Different Methods of Education on Reducing the Anxiety of Patients with Myocardial Infarction. Iran J Nurs. 2012; 24(74): 36-44. [In Persian]
- 9- Mehdi-pur Raberi R, Jamshidi N, Soltani Nejad A, Sabzevari S. Effects of Nurse Education on both Patients' Satisfaction of Teaching Patients, and Nurses' Knowledge, Attitude and Performance in Intensive Care Units of Teaching Hospitals. J Health Care. 2011; 13(1): 30-36. [In Persian]
- 10- Moniei R. Development of distance education in higher education, opportunities and challenges. Rahyaft. 2003; 31(2): 43-52. [In Persian]
- 11- Shahriari M, Jalalvandi F, Yousefi H, Tavkol K, Saneei H. The effect of a self-care program on the quality of life of patients with permanent pacemaker. Iran J Med Sci. 2005; 5(1): 45-52. [In Persian]
- 12- Khademian Z, Maghareei M, Shokranian N. Comparison of the effect of face to face teaching and the educational booklet on the patient's learning after urologic surgical procedures. J Nurs Educ. 2012; 1(1): 70-77. [In Persian]
- 13- Abedi H, Rezazadeh M, Dabirzadeh Sh. The Effect of Community Health Nurse Education in Prevention of Occupational Accidents. Iran J Med Educ. 2002; 6(2): 43-46. [In Persian]

- 14- Karimi Moonaghi H, Hasanzadeh F, Shamsoddini S, Emamimoghadam Z, Ebrahimzadeh S. A Comparison of Face to Face and Video-based Education on Attitude Related to Diet and Fluids Adherence in Hemodialysis Patients. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2012; 17(5): 360-64.
- 15- Abazari P, Amini M, Amini P, Sabouhi F, Yazdannik AR. Diabetes nurse educator course: from develop to perform. *Iran J Med Educ.* 2010; 10 (5): 918-26. [In Persian]
- 16- Borzou R, Salavati M, Bayat Z, Soltanian AR, Homayounfar SH. A comparison of Individual and Peer Educational Methods on Quality of life in patients with heart failure. *Iran J Med Educ.* 2014; 14(9): 767-76. [In Persian]
- 17- Mousavi SS, Sabzevari S, Abbaszade A, Hosseinnakhaie F. The effect of preparatory face to face education to reduce depression and anxiety in open heart surgery adult patient in Shafa hospital in Kerman 2008. *Iran J Nurs Res.* 2011; 6(21): 29-38. [In Persian]
- 18- Wofford JL, Wells MD, Singh S. Best strategies for patient education about anticoagulation with warfarin: a systematic review. *BMC health Serv Res.* 2008; 14(8): 40.
- 19- Dehghani A, Kermanshahi S, Memarian R, Hojjati H, Shamsizadeh M. The effect of peer-led education on depression of multiple sclerosis patients. *Iran J Psychiatric Nurs.* 2013; 1(1): 63-71. [In Persian]
- 20- Dehghani A, Mohammadkhan Kermanshahi SH, Memarian R, Baharlou R. The Effect of Peer Group Education on Anxiety of Patients with Multiple Sclerosis. *Iran J Med Educ.* 2012; 12(4): 249-57. [In Persian]
- 21- Varaei Sh, Cheraghi MA, Seyedfatemi N, et al. Effect of peer education on anxiety in patients candidate for coronary artery bypass graft surgery: a randomized control trial. *Nurs Educ.* 2013; 2(3): 28-37. [In Persian]
- 22- Parent N, Fortin F. A randomized, controlled trial of vicarious experience through peer support for male first-time cardiac surgery patients: Impact on anxiety, self-efficacy expectation and self-reported activity. *Heart Lung.* 2000; 29(6): 389-400.
- 23- Basam Pour SH. The effect of education on anxiety before and after open heart surgery. *Payesh.* 2004; 3(2): 139-44. [In Persian]
- 24- Afrasiabifar A, Hassani P, Fallahi Khoshknab M, Yaghmaei F. Positive Effects of Illness following Acute Myocardial Infarction. *Iran J Nurs.* 2011; 24(70): 30-38. [In Persian]
- 25- Noorian K, Rajaei M, Moazeni M, Aein F. Comparing the effectiveness of face-to-face education with leaflet on preoperative knowledge of patients undergoing elective surgery- A randomized clinical trial. *J Clin Nurs Midwifery.* 2013; 2(3): 1-7. [In Persian]
- 26- Hinkle JL, Cheever KH. *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing.* 13thed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.

- 27- Novghabi Asadi AA, Bassam pour Sh, Zolfaghari M, Mahdavi-Shahri SM. Special Care Nursery. 1sted. Tehran: Jameenegar Publishers; 2014. [In Persian]
- 28- Shahhosseini Z, Abedian K, Azimi H. Role of Anxiety During Pregnancy in Preterm Delivery. J Zanjan Univ Med Sci. 2008; 16(63): 85-92. [In Persian]
- 29- Asilioglu K, Celik SS. The effect of preoperative education on anxiety of open cardiac surgery patients. Patient educ couns. 2004; 53(1): 65-70
- 30- Aghakhani N, Khademvatan K, Habibzadeh H, et al. The effect of education on anxiety and depression in patients with myocardial infarction in selected hospitals,iran. Urmia med J. 2012; 23(2): 105-14. [In Persian]
- 31- Sheikhol-Eslami F. The Study of Effects of Group Therapy on Anxiety Following Myocardial Infarction. J Fundam Ment Health. 2003; 19(6): 100-106. [In Persian]

A comparison of the effect of training by peers and nurses on anxiety in patients with myocardial infarction: A randomized control trial

Mohammadpoor hodki R¹, Rahnama M^{2*}, Abdollahimohammad A², Shahraki vahed A³, Shaamsizadeh M⁴

¹MSc. student Dept. of Nursing, Research Committee School of Nursing and Midwifery, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran

²PhD. Dept. of Nursing, Assistant Professor, School of Nursing and Midwifery, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran

³MSc. Dept. of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran

⁴MSc. Dept. of medical surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

***Corresponding Author:** Dept. of Nursing, Assistant Professor, School of Nursing and Midwifery, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran

Email: rahnamamo@gmail.com

Received: 22 June 2016 **Accepted:** 6 Nov 2016

Background and Objectives: Anxiety is one of the most common psychological reactions in patients with acute myocardial infarction. This study aimed to compare the effect of training by peers and nurses on anxiety in patients with acute myocardial infarction.

Materials and Methods: This study is a quasi-experimental intervention. Samples included 60 patients with myocardial infarction who were divided randomly into control and intervention groups. The first group was taught by peers, the second by nurses. Rate of anxiety was evaluated in both groups through the completion of the Spielberger anxiety questionnaire before the intervention, immediately after the intervention, five days after heart attack, and four weeks after the heart attack. Data were analyzed through independent t-test, chi-square test, Fisher's exact test and two-way ANOVA with repeated measures.

Results: The mean difference of anxiety in both groups three days after the heart attack (before the intervention) was not statistically significant ($p=0.76$). A two-way analysis of variance with repeated measures showed that the level of anxiety in both groups three days after the heart attack (immediately after the intervention), five days and one month after it (after intervention) was statistically significant ($p<0.0001$)

Conclusion: Peer-led education compared with education by nurses significantly reduced anxiety level in patients with myocardial infarction. Therefore, using this method is recommended in patients with myocardial infarction.

Key words: Education, Peer, Nursing, Anxiety, Myocardial infarction

Please cite this article as follows:

Mohammadpoor hodki R, Rahnama M, Abdollahimohammad A, Shahraki vahed A, Shaamsizadeh M. A comparison of the effect of training by peers and nurses on anxiety in patients with myocardial infarction: A randomized control trial. Preventive Care in Nursing and Midwifery Journal (PCNM); 2016; 6(3): 12-23.
