

## بررسی مقایسه‌ای اثر آموزش از طریق برگزاری جلسات گروهی و کتابچه‌های آموزشی بر میزان آگاهی و عملکرد (در حیطة شناختی) بیماران مراجعه کننده به درمانگاه لیپید در سال ۱۳۸۲

باقرلاریجانی: استاد و رئیس مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران  
 حسین فخرزاده: محقق مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران  
 زهرا کمیلیان\*: محقق مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران  
 رامین حشمت: محقق مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران  
 رضا برادر جلیلی: محقق مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران  
 منصوره معادی: محقق مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران

### چکیده

**مقدمه:** هیپرلیپیدمی از مهمترین عوامل خطر پیدایش و پیشرفت بیماریهای قلبی - عروقی در جهان محسوب می‌شود. تعداد مرگ و میر ناشی از این بیماری در ایران روزانه ۱۶۶ نفر و سالانه تقریباً ۱۲۵۰۰۰ نفر می‌باشد. مطالعات متعدد نشان می‌دهد که باید راهکارهایی در جهت پیشگیری و اصلاح شیوه زندگی انجام پذیرد که این میسر نمی‌شود مگر با آموزش فراگیر و مداوم که تیم درمان خصوصاً پرستاران می‌توانند نقش به‌سزایی در انجام آن داشته باشند. هدف از این مطالعه بررسی مقایسه‌ای اثر آموزش از طریق برگزاری جلسات گروهی و کتابچه‌های آموزشی بر میزان آگاهی و عملکرد بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه لیپید است.

**روشها:** این بررسی از نوع مطالعات مداخله‌ای است که نمونه‌هایی به‌صورت تصادفی انتخاب شد و با استفاده از ابزار پرسشنامه میزان آگاهی و عملکرد قبل از آموزش و بعد از آموزش مورد سنجش قرار گرفت. تعداد نمونه‌ها ۳۰۴ نفر بوده‌اند که به ۱۵۲ نفر کتابچه داده شد و ۱۵۲ نفر دیگر دعوت به بحث گروهی شدند.

**یافته‌ها:** در گروه یک (بحث گروهی) بعد از آموزش ۲۷٪ افزایش آگاهی و عملکرد مشاهده شده و در گروه دو (کتابچه) ۲۶٪ افزایش مشاهده گردید که بین دو گروه تفاوت معنی‌داری به‌دست نیامد.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به یکسان بودن میانگین نمرات دو گروه شاید بتوان گفت که اثر هر جلسه آموزشی می‌تواند معادل دادن کتابچه به بیماران باشد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود که برای نتیجه‌گیری بهتر، این جلسات به‌طور مداوم و در فواصل منظم برگزار گردد.

**کلیدواژه‌ها:** آموزش بیماران، آگاهی، عملکرد، اختلالات لیپید

### مقدمه

می‌شود (۱). آمار نشان می‌دهد که ۹۸ میلیون آمریکایی دارای کلسترول بالای ۲۰۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر هستند (۲) که به‌عنوان مهم‌ترین عامل مرگ‌ومیر در زنان و مردان این کشور شناخته شده است (۳). همچنین ۵٪ موارد

هیپرلیپیدمی از مهمترین عوامل خطرزای مستقل برای پیدایش و پیشرفت بیماریهای قلبی - عروقی محسوب

\***نشانی:** خیابان کارگر شمالی، بیمارستان دکتر شریعتی، طبقه پنجم، مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم؛ تلفن: ۸۰۲۶۹۰۲-۳

نمایند (۱۴). در امر آموزش بیمار تیم درمان می‌تواند بسیار کمک‌کننده باشد. مطالعات متعدد در این زمینه نشان می‌دهد که بیماران دچار هیپرلیپیدمی ۶۰٪ اطلاعات خود را از تیم درمان (پزشک، پرستار و کارشناس تغذیه) دریافت می‌کنند (۱۵). در همین رابطه نقش پرستاران درمانگر<sup>۴</sup> در درمان هیپرلیپیدمی بسیار حیاتی می‌باشد به طوری که غلظت LDL سرم بیماران مبتلا به چربی خون بالا که تحت تدابیر برنامه‌های پرستاری کاهش چربی خون قرار می‌گیرند نسبت به بیمارانی که فقط تحت درمان معمول قرار داشتند، کاهش قابل ملاحظه‌ای داشته است (۲). همچنین برنامه‌های آموزشی می‌تواند تقریباً ۲۷ تا ۵۵٪ خطر بیماریهای قلبی-عروقی و غلظت کلسترول LDL را کاهش دهد (۱). به علاوه اقدامات پرستاری (آموزش، حمایت و مشاوره) باعث کاهش معنی‌داری در دفعات بستری شدن و افزایش معنی‌دار کیفیت زندگی<sup>۵</sup> می‌شود (۱۶).

مطالعات متعددی وجود دارد که نشان می‌دهد سطح آگاهی بیماران کشورهای مختلف در زمینه اختلالات لیپید خون و اثر آن بر بیماریهای قلبی-عروقی متفاوت می‌باشد. به طور مثال مطالعه‌ای در آمریکا که بر روی ۱۰۸۶ بیمار دچار سکتة مغزی انجام شد، نشان داد که اطلاعات این بیماران در زمینه آشنایی با عوامل خطرزای بیماریهای قلبی-عروقی و شیوه زندگی درست بسیار اندک بوده است (۱۴). مطالعه‌ای که در سال ۱۹۹۸ در سوئد بر روی ۳۵۶ بیمار ۴۰-۴۹ ساله مبتلا به هیپرلیپیدمی انجام شد، نشان می‌دهد که ۴۴٪ افراد مورد پژوهش عوامل خطرزای قلبی-عروقی را می‌شناختند و عملکرد قابل قبولی در این زمینه داشتند (۱۷). مطالعه جامع دیگری که در آمریکا بر روی ۶۳۰۵ بیمار مبتلا به هیپرلیپیدمی انجام پذیرفت، نشان می‌دهد که ۵۵٪ افراد مورد مطالعه اطلاعات قابل قبولی در این مورد و نحوه برخورد صحیح با این بیماری داشتند (۱۸). با توجه به مطالعات فوق و شیوع فزاینده اختلالات لیپید در کشورمان لازم است که در زمینه آموزش در سطح جامعه افراد سالم با هدف پیشگیری و در بیماران با هدف

مرگ‌ومیر در اتریش مربوط به بیماریهای قلبی-عروقی می‌باشد (۴). تعداد مرگ‌ومیر ناشی از بیماریهای قلبی-عروقی در ایران روزانه ۱۶۶ نفر و سالانه تقریباً ۱۲۵۰۰۰ نفر است (۱). آمار مرگ‌ومیر با منشأ قلبی در ۲۴ استان کشور که در سال ۱۳۶۹ معادل ۳۸٪ بود در سال ۱۳۷۳ به ۴۶٪ رسیده است (۵). متأسفانه بیماریهای قلبی-عروقی در ایران روندی شبیه کشورهای صنعتی دارد. مطالعات نشان می‌دهد که سهم بیماریهای قلبی-عروقی در ایران از حدود ۲۶٪ در سال ۱۳۶۵ به بیش از ۵۰٪ در سال ۱۳۷۵ رسیده است (۶) که این امر ناشی از کاهش تحرک بدنی و مصرف غذاهای غنی از اسیدهای چرب اشباع شده می‌باشد. هیپرلیپیدمی مهم‌ترین عامل خطر بیماریهای عروق کرونر می‌باشد. مطالعات نشان می‌دهد که یک درصد کاهش در غلظت کلسترول سرم تا ۲٪ می‌تواند باعث کاهش پیدایش بیماریهای قلبی-عروقی شود (۷). در یک مطالعه مقطعی که در سال ۱۳۷۸ در شهرستان بوشهر بر روی ۱۲۱۳ نفر از افراد ۱۹ سال به بالا انجام شد، مشاهده گردید که نیمی از جمعیت مورد بررسی دارای حداقل یک نوع اختلال لیپید هستند (۸). مطالعات متعدد دیگری نیز که در این زمینه انجام شده نشان می‌دهد که با توجه به شیوع فزاینده اختلالات لیپید باید راهکارهایی در جهت پیشگیری از بیماریهای قلبی-عروقی و اصلاح شیوه زندگی<sup>۱</sup> انجام پذیرد. از آنجا که پرفشاری خون و چربی خون بالا از مهم‌ترین علل بیماریهای قلبی-عروقی است (۹، ۱۰)، برنامه‌های آموزشی متعددی در کشورهای مختلف تدوین گردیده است؛ برنامه ملی آموزش کلسترول<sup>۲</sup> یکی از این موارد می‌باشد. این برنامه به‌منظور درمان هیپرلیپیدمی بزرگسالان دو راه ارائه می‌دهد که راه اول تغییرات درمانی در شیوه زندگی<sup>۳</sup> و راه دوم استفاده از داروهای پایین‌آورنده چربی خون است که باید همراه با راهکار اول باشد (۱۱، ۱۲). افراد در معرض خطر مانند افراد دارای چربی خون بالا و پرفشاری خون باید آموزشهای فراگیر و مداوم دریافت نمایند (۱۳). این افراد باید عوامل خطرزا را در خود شناسایی کنند تا بتوانند از این عوارض پیشگیری

<sup>1</sup>Lifestyle

<sup>2</sup> National Cholesterol Education Program

<sup>3</sup> Therapeutic lifestyle change

<sup>4</sup>Nurse practitioners

<sup>5</sup> Quality of life

گروهی با استفاده از independent t-test مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نمونه‌ها از مراجعان به درمانگاه لیپید بیمارستان شریعتی که یک بیمارستان تخصصی است و امکان دسترسی به نمونه‌ها به خاطر کثرت مراجعان آسانتر است به صورت تدریجی انتخاب گردید. نمونه‌ها به‌طور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند. به ۱۵۲ نفر کتابچه داده شد و ۱۵۲ نفر جهت شرکت در جلسات گروهی دعوت شدند. ابزار مطالعه پرسشنامه بود که از دو بخش تشکیل شده بود. بخش اول آن از اطلاعات دموگرافیک (نام، نام خانوادگی، سن، جنس، تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل، درآمد، تعداد افراد خانواده، سابقه اختلال لیپید خون در خانواده و مصرف سیگار) (۲۳) و بخش دوم آن که بخش عمده پرسشنامه بوده است از ۳۱ سؤال تشکیل شده بود. برای کل پرسشنامه ۴۰ نمره در نظر گرفته شد که ۲۲ سؤال آن یک نمره‌ای و ۹ سؤال باقیمانده که اهمیت بیشتری داشتند ۲ نمره‌ای بود. ضمناً پرسشنامه تهیه شده توسط استادان بیماریهای قلب و عروق، تغذیه و غدد درون‌ریز مورد بررسی قرار گرفت، روایی محتوای آن تأیید شد و سپس تعداد ۱۵ نفر به‌صورت آزمایشی<sup>۸</sup> برای تعیین پایایی<sup>۹</sup> مورد آزمون قرار گرفتند (۲۴). لازم به ذکر است تعیین بارم سؤالات توسط متخصصان مربوطه انجام گرفت.

برای بیمارانی که در مطالعه شرکت کردند، ابتدا پرسشنامه تکمیل شد و سپس به آنها کتابچه داده شد و مجدداً همین پرسشنامه بعد از یک ماه فرصتی که جهت مطالعه کتابچه داده شد، تکمیل گردید. لازم به یادآوری است که شرط انتخاب اشخاص بی‌سواد داشتن یک فرد باسواد در خانواده بود که برایشان کتابچه را بخواند و توضیح دهد. برای نیمی دیگر از بیماران که برای شرکت در جلسات بحث گروهی انتخاب شده بودند به شرح ذیل عمل شد:

ابتدا بعد از بررسی شرایط اولیه ذکر شده، در هر جلسه ۸ تا ۱۲ نفر به صورت تلفنی دعوت می‌شدند تا به مدت ۳ ساعت در جلسه حضور به‌هم رسانند. مطالب آموزشی که

پیشگیری و درمان، فعالیتهای بیشتر و کاربردی‌تری انجام پذیرد. در امر آموزش بیماران روشهای مختلفی در دنیا توصیه شده است (۱۹) که از آن جمله آموزش گروهی به‌صورت بحث<sup>۱</sup>، نمایش و نقش بازی کردن<sup>۲</sup>، کار عملی و بازخورد، استفاده از مولاژهای آموزشی، آموزش موردی در بیماری و آموزش مراقبت از خود<sup>۳</sup>، سخنرانی<sup>۴</sup> و آموزش خودایفایی<sup>۵</sup> می‌باشد که می‌توان مطابق با شرایط بیماران یکی از روشهای فوق یا چند روش را با هم استفاده نمود (۲۰). به‌طور معمول جهت افزایش کارایی و کیفیت آموزش، ابزارهای آموزشی مناسب به‌صورت همزمان استفاده می‌شود. از ابزارهای آموزشی می‌توان به کتابچه‌های آموزشی، نوار کاست، مدلهای آناتومیک، پوستره‌های آموزشی، فیلم و چارته‌ها، اسلاید، نوار ویدئویی، CD آموزشی، تلویزیون مدار بسته، اینترنت و ... اشاره کرد (۲۱). در کشور ما از کتابچه‌های آموزشی به‌عنوان در دسترس‌ترین و معمول‌ترین روش آموزشی استفاده می‌شود اما تحقیقاتی که در کشورهای مختلف در این زمینه انجام شده، نشان می‌دهد که این ابزار به‌تنهایی کارایی لازم را ندارد (۲۲). در مطالعه‌ای که در مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران در زمینه آموزش بیماران مبتلا به استئوپوروز انجام گرفت، کتابچه‌های آموزشی فقط ۲۴٪ در بهبود آگاهی و ۱۶٪ در بهبود عملکرد بیماران می‌تواند نقش داشته باشد (در دست چاپ). با توجه به مطالب فوق به‌نظر می‌رسد روشهای دیگر آموزشی نیز مورد بررسی قرار گیرد. در این مطالعه دو روش آموزش خودایفایی با استفاده از کتابچه به‌عنوان ابزار آموزشی و روش بحث گروهی را مقایسه می‌کنیم.

## روشها

این بررسی از انواع مطالعات مداخله‌ای<sup>۶</sup> است و اثر روشهای مداخله‌ای بر میزان آگاهی بر اساس تغییرات نمره قبل و بعد در هر گروه با استفاده از paired t-test و بین

- <sup>1</sup> Group discussion
- <sup>2</sup> Role playing
- <sup>3</sup> Case education
- <sup>4</sup> Lecture
- <sup>5</sup> Self- instruction
- <sup>6</sup> Interventional

<sup>7</sup> Content validity

<sup>8</sup> Pilot

<sup>9</sup> Reliability

جدول ۱- اطلاعات دموگرافیک افراد مورد پژوهش

جنس	تحصیلات			وضعیت تأهل		تعداد	درصد
	بی سواد	کم سواد	سواد متوسط به بالا	متاهل	بیوه		
مرد	۲۳۱	۶۳	۱۳۷	۲۴۰	۱۲	۵۶	٪۱۹/۵
زن	۸۷	۶۳	۱۳۷	۳۵	۱۲	۲۳۱	٪۸۰/۵
	(٪۳۰)	(٪۲۲)	(٪۴۷)	(٪۱۲/۲)	(٪۴/۲)		

تأهل ۱۲/۲٪ از آنها مجرد و ۸۳/۶٪ متأهل و ۴/۲٪ هم بیوه بودند. میانگین نمره کل شرکت کنندگان در این مطالعه قبل از آموزش ۲۹/۲۶ (SD=۶/۸۰) بود که یک ماه بعد از آموزش به ۳۶/۶۶ (SD=۴/۷) رسید که تفاوت معنی دار بود ( $P<۰/۰۰۰$ ). نمره کل قبل از آموزش در دو گروه تفاوت معنی داری نداشت و دو گروه از نظر میزان آگاهی قبل از مداخله یکسان بودند (لازم به ذکر است که بارم کل پرسشنامه ۴۰ بوده است). تفاوت نمره قبل و یک ماه بعد گروه یک معنی دار ( $P<۰/۰۰۰$ ) بود (جدول ۳). همچنین تفاوت نمره قبل و بلافاصله بعد از آموزش نیز معنی دار بود ( $P<۰/۰۰۰$ ) اما تفاوت نمره بلافاصله بعد و یک ماه بعد از آموزش معنی دار نبود. همچنین تفاوت نمره بعد و قبل از آموزش گروه دو معنی دار بود ( $P<۰/۰۰۱$ ). میانگین نمره کل قبل از آموزش در گروه یک و نمره کل قبل از آموزش در گروه دو اختلاف معنی داری نداشت. در مجموع محاسبات آماری نشان می دهد که در گروه یک پس از آموزش ۲۷٪ افزایش آگاهی و عملکرد پدید آمد و در گروه دو این مقدار ۲۶٪ بود که بین دو گروه تفاوت معنی داری مشاهده نگردید.

### بحث

روشهای آموزشی مختلف آثار متفاوتی در افزایش آگاهی و بهبود عملکرد در بیماریهای مزمن دارد. به طور مثال در مطالعه ای که در سال ۲۰۰۲ در پنج کشور اروپایی روی ۵۱۰۴ بیمار مبتلا به هیپرلیپیدمی انجام شد روش آموزش چهره به چهره<sup>۲</sup> ۴۵٪ باعث افزایش آگاهی و عملکرد گردید (۱۴). همچنین در ایالات متحده آمریکا در سال

همان مطالب کتابچه بوده به صورت اسلایدهای رایانه ای تهیه و توسط فرد آموزش دیده توضیح داده می شد و در پایان جلسه، پرسش و پاسخ انجام می گرفت. قبل از شروع بحث برای همه شرکت کنندگان پرسش نامه ای تکمیل شد و سپس بعد از پایان بحث همان پرسش نامه بار دیگر تکمیل شد و یک ماه بعد نیز به صورت تلفنی همین پرسشنامه تکمیل گردید.

مطالب کتابچه با عنوان «چگونه کلسترول خون را کاهش دهیم؟» تهیه شد که با مشورت استادان تغذیه و غدد و قلب تغییراتی مطابق با فرهنگ ما در آن داده شد که از آن جمله می توان به تغییراتی که در زمینه تغذیه و غذاهای رایج در کشورمان داده شد، اشاره کرد. داده ها وارد رایانه شد و نتایج قبل و بعد از آموزش هر دو شیوه آموزشی به صورت جداگانه با یکدیگر مقایسه گردید.

### یافته ها

در این مطالعه که از اول اردیبهشت ۱۳۸۲ تا اول آذرماه ۱۳۸۲ به مدت ۷ ماه به طول انجامید، تعداد ۳۰۶ نفر از بیماران مراجعه کننده به درمانگاه لیپید بیمارستان شریعتی شرکت داشتند که فقط ۲۸۷ نفر از آنها تا پایان طرح به همکاری خود ادامه دادند. از ۱۵۳ نفری که برای آموزش به شیوه بحث گروهی انتخاب شدند فقط ۱۳۷ نفر تا پایان مطالعه همکاری کردند و در گروه آموزش از طریق کتابچه ۱۵۲ نفر تا پایان طرح همکاری نمودند. میانگین سن افراد شرکت کننده در پژوهش ۴۱/۷۷ (SD=۱۳/۷۸)<sup>۱</sup> می باشد. از نظر جنسیت ۱۹/۵٪ زن و ۸۰/۵٪ مرد بودند. از نظر میزان تحصیلات ۳۰٪ از آنها بی سواد و ۲۲٪ از آنها کم سواد و ۴۷٪ آنها سواد متوسط به بالا داشتند. از نظر وضعیت

<sup>2</sup> Face to face

<sup>1</sup> Standard deviation

جدول ۲- اطلاعات مربوط به سابقه ابتلا به چربی و مصرف سیگار

سابقه مصرف سیگار		سابقه ابتلا به چربی		تعداد(درصد)
خیر	بلی	خیر	بلی	
۲۶۷(۹۳٪)	۲۰(۷٪)	۶۱(۲۱٪)	۲۲۶(۷۹٪)	

جدول ۳- متوسط نمرات کسب شده به تفکیک در دو گروه\*

متوسط نمره کسب شده	متوسط نمره کسب شده	متوسط نمره کسب شده	
یکماه بعد از آموزش	بلافاصله از آموزش	قبل از آموزش	گروه
۳۶/۹۳	۳۷/۷۸	۲۹/۷۸	گروه ۱
۳۶/۴۱	-----	۲۸/۸۰	گروه ۲

\* نمره کل پرسشنامه ۴۰ بوده است.

{s\ MSGraph.Chart.8 EMBED}

شرکت

کردند،

انجام گرفت و بعد از ۳ ماه پیگیری تغییر مطلوبی در میزان آگاهی و عملکرد بیماران مشاهده نگردید. محققان این پروژه بیان کردند که برنامه‌های آموزشی یک تا دو روزه نمی‌تواند رفتارهای مناسب را در بیماران ایجاد نماید (۲۵). همچنین مطالعه دیگری که روی ۳۲۵ بیمار در دو گروه مورد و شاهد انجام شد به این صورت بود که یک گروه مشاوره‌های معمول پزشکی در درمانگاه را فرا می‌گرفتند و یک گروه کتابچه‌های آموزشی و نحوه استفاده صحیح از آن را می‌آموختند. بعد از ۱۸ ماه پیگیری بین دو گروه تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که کتابچه‌های آموزشی به‌تنهایی اثری در افزایش مطلوب آگاهی و عملکرد بیماران ندارند (۱۰). همچنین مطالعه‌ای که در این بحث قابل ذکر است، پژوهشی است که در استرالیا روی ۱۱۳ بیمار مبتلا به هیپرلیپیدمی در قالب گروه‌های آموزشی ۵-۶ نفره انجام شد. این پژوهشگران در طی بررسی درازمدت یادآور شدند که یک جلسه آموزشی اثری حدود ۱۰٪ داشته است و پیشنهاد نمودند که این آموزشها باید در زمان طولانی و به‌صورت فراگیر باشد (۲۶). نتایج مطالعه‌ای که در انگلیس در زمینه آموزش بیمار انجام شده تأکیدی بر پژوهش انجام شده در استرالیا می‌باشد که باید کلاسهای آموزشی به‌صورت درازمدت و توسط پرستار آموزش‌دیده برگزار گردد تا بتوان به نتایج

۱۹۹۴ این روش آموزش روی ۳۲۵ بیمار مبتلا به هیپرلیپیدمی انجام گرفت که ۵۳٪ افراد مورد مطالعه بعد از آموزش اطلاعات در حد مطلوب داشتند (۸). در روش آموزش از طریق بحث گروهی مطالعه‌ای در آمریکا روی کودکان با LDL بالا انجام شد که بعد از پایان این جلسات و پیگیری‌های ۳، ۶ و ۱۲ ماهه غلظت LDL سرم کاهش قابل توجهی پیدا کرد و همچنین میزان مصرف مواد سرشار از چربی‌های اشباع شده و مضر برای قلب کاهش یافته بود (۲۰). در این مطالعه آگاهی و همچنین عملکرد بیماران را فقط در حیطه شناختی مورد سنجش قرار داده‌ایم، سؤالات سنجش عملکرد در حیطه شناختی با توجه به متن کتابچه آموزشی و طرح درس جلسات گروهی تنظیم شده است. در مطالعه حاضر اثر آموزش از طریق کتابچه سبب ۲۶٪ افزایش مطلوب در آگاهی و عملکرد بیماران گردید. همچنین در مطالعه‌ای مشابه روی افراد دچار پوکی استخوان که در همین درمانگاه از طریق کتابچه‌های آموزشی انجام شد، ۲۴٪ افزایش در آگاهی و ۱۶٪ بهبود در عملکرد جامعه مورد پژوهش ملاحظه گردید در حالی‌که برگزاری جلسات گروهی و استفاده از اسلاید به‌عنوان ابزار آموزشی ۲۷٪ باعث افزایش مطلوب در آگاهی و عملکرد بیماران شد و تفاوت معنی‌داری در استفاده از این دو روش ملاحظه نگردید.

نکته قابل بحث، مطالعه‌ای است که در آمریکا بر روی ۳۶ بیمار مبتلا به هیپرلیپیدمی که در ۱-۲ جلسه آموزشی

مورد نظر را محقق سازد و نکته دوم اینکه انتظار می‌رفت که شرکت در جلسات گروهی اثر بهتری در آگاهی و عملکرد بیماران مورد پژوهش داشته باشد که از نتایج این مطالعه و پژوهشهای کشورهای مختلف که در این زمینه انجام شده می‌توان این‌گونه برداشت کرد که برگزاری یک جلسه کلاس آموزشی تقریباً معادل دادن کتابچه به بیماران است. با توجه به پیشنهاد پژوهشگران استرالیایی این کلاسها باید به‌طور مداوم و در فواصل منظم باشد. همچنین لازم به ذکر است که کتابهای مرجع آموزش بیمار، یکی از روشهای مهم آموزش بیماریهای مزمن را روش تدریس رفتارگرا می‌دانند. در این روش می‌توان انگیزه بیمار جهت یادگیری را که عامل اصلی در افزایش آگاهی و عملکرد می‌باشد به خوبی برانگیخت (۲۹). علی‌رغم مشکلات مهم در اجرای این روش، لازم است این روش آموزشی نیز در کشورمان مورد بررسی قرار گیرد.

### سپاسگزاری

لازم است از زحمات سرکار خانم خالقیان و سرکار خانم رضایی‌خواه که در امر آموزش بیماران در جلسات بحث گروهی ما را یاری نمودند تشکر کنیم. همچنین از تلاشهای فراوان سرکار خانم قبادی در امر پیگیری بیماران بعد از آموزش و دعوت جهت شرکت در جلسات، تشکر و قدردانی می‌نماییم.

مطلوب رسید (۲۷). همچنین در مطالعه آلن و همکارانش در آمریکا که در سال ۲۰۰۳ روی ۲۲۸ بیمار مبتلا به هیپرلیپیدمی انجام شد، بیماران به دو گروه تحت نظارت و آموزش مداوم پرستار و یک گروه به‌صورت مشاوره‌های روتین تقسیم و به مدت یک‌سال پیگیری شدند. نتایج نشان می‌دهد که تغییر معنی‌داری در غلظت LDL سرم ( $P < 0/001$ ) و همچنین الگوی مصرف مواد غذایی و برنامه ورزشی در گروه اول نسبت به گروه دوم پدید آمد (۲).

یک کارآزمایی بالینی ۶ ماهه که در سال ۱۳۷۹ روی ۷۰ نفر از بیماران قلبی در تهران (مورد- شاهد) با بهره‌گیری از یک مدل مراقبتی پیگیرانه برای کنترل اختلالات عروق کرونر انجام شد، نیز تأییدی است بر اثر آموزش و پیگیری مراقبت‌های پرستاری در بهبود وضع آگاهی و عملکرد بیماران قلبی. این مطالعه نشان داد که مصرف روغن مایع که یکی از شاخصهای مهم عملکرد است، قبل از مداخله در گروه آزمون ۶٪ و در گروه شاهد ۹٪ بوده است ( $P = 0/06$ ) که بعد از مداخله در گروه آزمون به ۸۹٪ و در گروه شاهد به ۲۰٪ رسیده است ( $P < 0/001$ ) که اختلاف معنی‌داری را نشان می‌دهد (۲۸).

با توجه به نتایج پژوهش حاضر و مطالعات انجام شده در کشورهای مختلف در زمینه آموزش بیمار می‌توان دو نکته را مطرح نمود. نکته اول این است که به‌دلیل یکسان بودن میانگین نمرات دو گروه می‌توان نتیجه گرفت که کتابها به خوبی طراحی شده و توانسته اهداف آموزشی

### مآخذ

1. Patel B, Perez Ed. A means to an end: An overview of a hyperlipidemia outcome management program. *American Journal of Medicine* 2001; 110(6A): 125-65.
2. Allen JK, Blumenthal RS, Margolis S, Young DR, Miller ER 3rd, Kelly K. Nurse case management of hypercholesterolemia in patients with coronary heart disease: results of a randomized clinical trial. *American Heart Journal* 2002; 144: 678-86.
3. Micell R. Hyperlipoproteinemia In: Sandra L, Susan L, Erika S (editors) *Cardiac Nursing*, 2<sup>nd</sup> edition. Lippincott; 1998. p 858.
4. Weiss K, Egger S, Hirmann P, Widhalm K, Sinzinger H. Risk factors of atherosclerosis and awareness of risk in employees of a Viennese insurance company. *Wiener Medizinische Wochenschrift* 1990; 140: 513-5.
5. لاریجانی، باقر؛ فخرزاده، حسین. کلسترول و چربی‌ها. شماره هفتم از مجموعه پیشگیری از بیماریهای قلبی-عروقی. تهران: انتشارات طب نوین؛ ۱۳۸۱. ص ۱۰۹-۱۱۰.
6. صراف‌زادگان، نضال. تظاهرات زودرس بیماریهای عروق کرونر در ایران. *هفته‌نامه پزشکی امروز* ۱۳۷۵؛ سال ۵ (شماره ۱۳۲).
7. Cholesterol screening and awareness-behavioral risk factor surveillance system. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1992; 4: 675-8.
8. Karimi F, Rayani M, Akbarzadeh S, Tahmasebi R. Prevalence of hyperlipidemia in adult Population > 19 years of Bushehr. *6<sup>th</sup> International Congress of Endocrine Disorders*. Tehran, Iran.

9. Schectman JM, Stoy DB, Elinsky EG. Association between physician counseling for hypercholesterolemia and patient dietary Knowledge. *American Journal of Preventive Medicine* 1994; 10: 136-90.
10. Tooth LR, McKenna KT, Maas F. Preadmission education / counseling for patients undergoing coronary angioplasty: impact on knowledge and risk factors. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 1998; 22: 583-8.
11. Lisa M. Assessing the results: phase 1 hyperlipidemia outcomes in 27 Health Plans. *American Journal of Medicine* 2001; 110(6A): 230-5.
12. Gans Km, Jack B, Lasater TM, Lefebvre RC, Mcquod W, Carleton RA . Changing physicians attitudes, knowledge, and self-efficacy regarding cholesterol screening and management. *American Journal of Preventive Medicine* 1993; 9: 101-6.
13. Frontini MG, Srinivasan SR, E Ikasabany A, Berenson GS. Awareness of hypertension and dyslipidemia in a Semirural Population of young adults: The Bogalusa Heart Study. *Preventive Medicine* 2003; 36: 398-402.
14. Nash IS, Mosca L, Blumenthal RS, Davidson MH, Smith SC, Pastemake RC. Contemporary awareness and understanding of cholesterol as a risk factor: results of an American Heart Association national survey. *Archives of Internal Medicine* 2003; 163: 1597-600.
15. Erhardt L, Hobbs FD. Public perceptions of cardiovascular risk in five European countries: the react survey. *International Journal of Clinical Practice* 2002; 56: 638-44.
16. Conno UK. New directions in heart failure management. *Nurse Practitioner Journal* 2000; 25: 230-1.
17. Ovhed I, Odeberg H, Troein M, Rsatam L. Awareness and treatment of cardiovascular disease risk factors among middle-aged Swedish men and women. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 1998; 16: 165-70.
18. Pieper RM, Amett DK, MCGovern PG, Shahar E, Blacbum H, Luepker RV. Trends in cholesterol knowledge and screening and hypercholesterolemia awareness and treatment. *Archives of Internal Medicine* 1997; 157: 2326-32.
19. Tershakovec Am, Shannon BM, Achterberg CL, Mckenzie JM, Martel JK, Smiciklas-wright H, et al. One-Year Follow-up of nutrition education for hypercholesterolemic children. *American Journal of Public Health* 1998; 88: 258-610.
20. Lacroix A, Assal J. *Therapeutic Education of Patient*, 2<sup>nd</sup> edition update recommended by Diabetes Education Study Group 2003. pp: 92 - 150.
21. Gagliardino J, Etchegoyen G. A model educational program for people with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2001; 24: 1001-7.
22. Moonsock Y. The effectiveness of standardized patient as a teaching method for nursing fundamentals. *Journal of Nursing Education* 2003; 42: 125-7.
23. Racelis MC, Lombardo K, Yerdin J. Impact of telephone reinforcement of risk reduction education on patient compliance. *Journal of Vascular Nursing* 1998; 16: 16-20.
24. Gray DP. Dietary advice in British general practice. *European Journal of Clinical Nutrition* 1999; 23 (suppl 2): 53-8.
25. Dobs AS, Master RB, Rajarm L, Stillman FA, Wilder LB, Margolis S, et al. A comparison of education methods and their impact on behavioral change in patients with hyperlipidemia. *Patient Education and Counseling* 1994; 24: 157-64.
26. Schattner P. Patient education classes in general practice. *Australian Family Physician* 1993; 22: 1234-5.
27. New JP, Mason JM, Freemantle N, Teasdale S. Specialist nurse-led intervention to treat and control hypertension and hyperlipidemia in diabetes. *Diabetes Care* 2003; 26: 2250-1.
۲۸. احمدی. طراحی و ارزشیابی مدل مراقبت پیگیری برای کنترل اختلالات عروق کرونر. پایان نامه دکترای پرستاری. تهران. دانشگاه تربیت مدرس؛ سال تحصیلی ۱۳۷۹.
29. Tyszecka G. Analysis of reasons for discontinuation of treatment for dyslipidemia in secondary prevention of coronary heart disease. *Przegląd Lekarski* 1999; 56: 709-15.