

۱۰۱۲۱



دانشگاه تربیت مدرس  
دانشکده علوم پزشکی

رساله دوره دکتری تخصصی (Ph.D) در رشته آموزش بهداشت

عنوان

طراحی و ارزشیابی برنامه آموزشی تئوری محور برای کاهش اضطراب بیماران پس از جراحی

بای پاس عروق کرونر

نگارش

طاهره دهداری

استاد راهنما

دکتر علیرضا حیدرنیا

اساتید مشاور

دکتر علی رمضانخانی

دکتر سعید صادقیان

اسفند ماه ۱۳۸۶

۱۰۱۱۲۱

ت

کتابخانه اساتید دانشکده علوم پزشکی  
تربیت مدرس  
۱۳۸۷ ۷۵۱ ۲۲

## بسمه تعالی

## تاییدیه اعضای هیات داوران حاضر در جلسه دفاع از رساله دکتری

خانم / آقای طاهره دهداری رساله دکتری واحدی خود را با عنوان: طراحی و ارزشیابی برنامه آموزش تئوری محور برای کاهش اضطراب بیماران پس از جراحی بای پس عروق کرونر در تاریخ ۸۶/۱۲/۲۵ ارائه کردند. اعضای هیات داوران نسخه نهایی این رساله را از نظر فرم و محتوا تایید کرده است و پذیرش آنرا برای تکمیل درجه دکتری پیشنهاد می کنند.

امضاء	رتبه علمی	نام و نام خانوادگی	اعضای هیات داوران
	دانشیار	آقای دکتر علیرضا حیدرنیا	۱- استاد راهنمای اصلی
			۲- استاد راهنمای دوم
	دانشیار	آقای دکتر علی رمضانخانی	۳- استاد مشاور اول
	استادیار	آقای دکتر سعید صادقیان	۴- استاد مشاور دوم
	دانشیار	آقای دکتر شمس الدین نیکنامی	۵- استاد ناظر
	استادیار	سرکار خانم دکتر فرخنده امین شکروی	۶- استاد ناظر
	دانشیار	سرکار خانم دکتر مریم وفايي	۷- استاد ناظر
	دانشیار	آقای دکتر رضا توکلی	۸- استاد ناظر
	دانشیار	آقای دکتر فضل ا... غفرانی پور	۹- نماینده شورای تحصیلات تکمیلی

## بسمه تعالی

### آیین نامه چاپ پایان نامه (رساله) های دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس

نظر به اینکه چاپ و انتشار پایان نامه (رساله) های تحصیلی دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس، مبین بخشی از فعالیتهای علمی - پژوهشی دانشگاه است، بنابراین به منظور آگاهی و رعایت حقوق دانشگاه، دانش آموختگان این دانشگاه نسبت به رعایت موارد ذیل متعهد می شوند:

ماده ۱: در صورت اقدام به چاپ پایان نامه (رساله) خود، مراتب را قبلاً به طور کتبی به "مرکز نشر دانشگاه" اطلاع دهد.

ماده ۲: در صفحه سوم کتاب (پس از برگ شناسنامه)، عبارت ذیل را چاپ کند:

"کتاب حاضر، حاصل رساله دکتری نگارنده در رشته آموزش بهداشت است که در سال ۱۳۸۶ در دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس به راهنمایی جناب آقای دکتر علیرضا حیدرنیا، مشاوره آقای دکتر علی رمضانخانی و آقای دکتر سعید صادقیان و مشاوره جناب آقای دکتر فضل الله غفرانی پور و آقای دکتر غلامرضا از آن دفاع شده است.

ماده ۳: به منظور جبران بخشی از هزینه های انتشارات دانشگاه، تعداد یک در صد شمارگان کتاب (در هر نوبت چاپ) را به دفتر نشر دانشگاه اهداء کند. دانشگاه می تواند مازاد نیاز خود را به نفع مرکز نشر در معرض فروش قرار دهد.

ماده ۴: در صورت عدم رعایت ماده ۳، ۵۰٪ بهای شمارگان چاپ شده را به عنوان خسارت، به دانشگاه تربیت مدرس، تادیه کند.

ماده ۵: دانشجو تعهد و قبول می کند در صورت خودداری از پرداخت بهای خسارت، دانشگاه می تواند خسارت مذکور را از طریق مراجع قضایی مطالبه و وصول کند، به علاوه به دانشگاه حق میدهد به منظور اسیفای حقوق خود، از طریق دادگاه، معادل وجه مذکور در ماده ۴ را از محل توقیف کتابهای عرضه شده نگارنده برای فروش، تامین نماید.

ماده ۶: اینجانب طاهره دهداری دانشجوی رشته آموزش بهداشت مقطع دکتری تعهد فوق و ضمانت اجرایی آن را قبول کرده، به آن ملتزم می شوم.

نام و نام خانوادگی  
تاریخ و امضا

**دستورالعمل حق مالکیت مادی و معنوی در مورد نتایج پژوهشهای علمی**  
**دانشگاه تربیت مدرس**

**مقدمه:** با عنایت به سیاست های پژوهشی دانشگاه در راستای تحقق عدالت و کرامت انسانها که لازمه شکوفایی علمی و فنی است و رعایت حقوق مادی و معنوی دانشگاه و پژوهشگران، لازم است اعضای هیات علمی، دانشجویان، دانش آموختگان و دیگر همکاران طرح، در مورد نتایج پژوهشهای علمی تحت عناوین پایان نامه، رساله و طرحهای تحقیقاتی که با هماهنگی دانشگاه انجام شده است، موارد ذیل را رعایت نمایند:

**ماده ۱-** حقوق مادی و معنوی پایان نامه ها/ رساله های مصوب دانشگاه متعلق به دانشگاه است و هر گونه بهره برداری از آن باید با ذکر نام دانشگاه و رعایت آیین نامه ها و دستورالعمل های مصوب دانشگاه باشد.

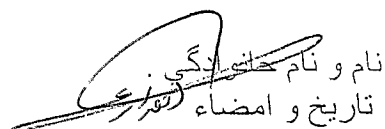
**ماده ۲-** انتشار مقاله یا مقالات مستخرج از پایان نامه/ رساله به صورت چاپ در نشریات علمی و یا ارائه در مجامع علمی باید به نام دانشگاه بوده و استاد راهنما مسئول مکاتبات مقاله باشند. تبصره: در مقالاتی که پس از دانش آموختگی بصورت ترکیبی از اطلاعات جدید و نتایج حاصل از پایان نامه/ رساله نیز منتشر می شود نیز باید نام دانشگاه درج شود.

**ماده ۳-** انتشار کتاب حاصل از نتایج پایان نامه/ رساله و تمامی طرحهای تحقیقاتی دانشگاه باید با مجوز کتبی صادره از طریق حوزه پژوهشی دانشگاه و بر اساس آئین نامه های مصوب انجام می شود.

**ماده ۴-** ثبت اختراع و تدوین دانش فنی و یا ارائه در جشنواره های ملی، منطقه ای و بین المللی حاصل از نتایج مستخرج از پایان نامه/ رساله و تمامی طرحهای تحقیقاتی دانشگاه باید با هماهنگی استاد راهنما یا مجری طرح از طریق حوزه پژوهشی دانشگاه انجام گیرد.

**ماده ۵-** این دستورالعمل در ۵ ماده و یک تبصره در تاریخ ۱۳۸۴/۴/۲۵ در شورای پژوهشی دانشگاه به تصویب رسیده و از تاریخ تصویب لازم الاجرا است و هر گونه تخلف از مفاد این دستورالعمل، از طریق مراجع قانونی قابل پیگیری خواهد بود.

نام و نام خانوادگی  
تاریخ و امضاء



## تقدیم به

اللہ کہ تنها تکیہ گاہ من در زندگی است.

و به قول حافظ شیرازی

ز پادشاه و گدا فارغم بحمدالله  
گدای خاک در دوست پادشاه من است  
مرا گدای کوی تو بودن ز سلطنت خوش تر  
که ذل جور و جفای تو عز و جاه من است  
از آن زمان که بر این آستان نهادم روی  
فراز مسند خورشید تکیہ گاہ من است

و تقدیم به

دو نعمت ارزشمند او برای من:

پدر و مادر عزیزم که

با گرمی آفتاب وجودشان

با دریای زلال محبتشان

و با نور چراغ عمرشان

موجب رشد و هدایت من شدند.

۱۳۸۷ / ۵ / ۲۲

## **\*\* تشکر و قدردانی \*\***

الهی: دل خوشم که الهی گویم.

الهی: کی الله گفت و لبیک نشنید.

الهی: حق محمد و آل محمد بر ما عظیم است " اللهم صل علی محمد و آل محمد "

الهی: نعمت ارشادم عطا فرموده ای، توفیق شکر آن را هم مرحمت فرما.

الهی: نبودم و خلعت وجود بخشیدی، خفته بودم و نعمت بیداریم عطا کردی، تشنه بودم و آب حیاتم چشانده ای، متفرق بودم و کسوت جمعم پوشانده ای. حمد و سپاس خدای را سزاست که به انسان رحمت کسب علم و فیض را عطا فرمود تا افضل مخلوقات باشد.

بر خود لازم می دانم از اساتید ذیل که راهنمایی ها، مشاوره ها و زحمات آنها شامل حال این پژوهش گردیده است، تقدیر و تشکر نمایم:

- استاد محترم راهنما، جناب آقای دکتر علیرضا حیدرنیا که همواره راهنمایی ها و مشاوره هایشان موجب حل معضلات این تحقیق بوده است.

- استادان مشاور محترم، جناب آقای دکتر علی رمضانخانی و جناب آقای دکتر سعید صادقیان که در کلیه مراحل تحقیق همواره راهنمایی و مشاوره های ایشان باعث پیشبرد و انجام بهتر مراحل تحقیق شده است.

- استاد محترم مشاور افتخاری جناب آقای دکتر فضل الله غفرانی پور و جناب آقای دکتر غلامرضا بابایی که همواره از راهنمایی ها و مشاوره هایشان در این تحقیق استفاده شده است.

- استاد محترم جناب آقای دکتر شمس الدین نیکنامی که در تمام طول دوران تحصیل از حضورشان بهره بردیم.

- مسئولین و پرسنل محترم بیمارستان مرکز قلب تهران به خصوص بخش کلینیک بازتوانی و پژوهش که در این تحقیق نهایت همکاری را داشتند.

- در پایان از همه عزیزانی که به هر نحو ممکن در اجرای تمامی مراحل پژوهش بنده را یاری کردند و در اینجا از ذکر نام آنها خودداری می شود کمال تشکر و سپاس را دارم.

## چکیده

این پژوهش یک مطالعه تجربی و از نوع کارآزمایی بالینی است که به منظور تعیین تاثیر برنامه آموزشی طراحی شده برای کاهش اضطراب بیماران پس از جراحی بای پاس عروق کرونر انجام شده است. چارچوب تئوریک برای طراحی برنامه آموزشی، الگوی پرسید پرسید و تئوری خودکارآمدی می باشد. در این مطالعه ۱۱۰ بیمار، با سابقه جراحی بای پاس عروق کرونر در ۶ هفته قبل، که دارای معیارهای ورود به پژوهش حاضر بودند، انتخاب و بصورت تصادفی به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم شدند. برنامه آموزشی مطابق با مراحل الگوی پرسید پرسید و تئوری خودکارآمدی طراحی شد. بوسیله پرسشنامه های استاندارد و خود ساخته میزان آگاهی، نگرش، خودکارآمدی، عوامل قادر کننده، عوامل تقویت کننده، حمایت اجتماعی درک شده، اضطراب و کیفیت زندگی بیماران قبل از مداخله اندازه گیری شد. پس از تجزیه و تحلیل نتایج پیش آزمون، محتوا و مواد آموزشی تهیه شد. سپس برنامه آموزشی برای گروه آزمون اجرا شد و گروه کنترل نیز مراقبتهای معمول کلینیک بازتوانی را دریافت می کردند. بلافاصله و ۴ هفته پس از آموزش ارزشیابی تاثیرات برنامه آموزشی بر متغیرهای وابسته انجام شد. نتایج بوسیله نرم افزار آماری SPSS تجزیه و تحلیل شد. یافته ها نشان داد که دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیکی و متغیرهای وابسته تفاوت معنی داری در مرحله قبل از مداخله ندارند. نتایج آزمون تحلیل واریانس مکرر نشان داد که میزان آگاهی ( $P < 0.001$ )، نگرش ( $P < 0.001$ )، خودکارآمدی ( $P < 0.001$ )، عوامل قادر کننده ( $P < 0.001$ )، عوامل تقویت کننده ( $P < 0.001$ )، حمایت اجتماعی درک شده ( $P = 0.02$ )، اضطراب صفت ( $P = 0.01$ )، اضطراب حالت ( $P = 0.001$ )، اضطراب کل ( $P = 0.01$ ) در گروه آزمون تفاوت معنی داری نسبت به گروه کنترل داشت. ضمناً نمره کلی کیفیت زندگی ( $P = 0.002$ ) بیماران گروه آزمون بطور معنی داری بیشتر از گروه کنترل بود.

نتایج مطالعه نشان داد که طراحی برنامه آموزشی بر مبنای الگوی پرسید پرسید و تئوری خودکارآمدی می تواند اضطراب بیماران پس از جراحی بای پاس را کاهش داده و نهایتاً کیفیت زندگی آنها را افزایش دهد.

واژه های کلیدی: جراحی بای پاس عروق کرونر، اضطراب، برنامه آموزشی تئوری محور



**\*\* فهرست مطالب \*\***

عنوان	صفحه
<b>فصل اول: معرفی پژوهش و بیان مساله</b>	
۱-۱. مقدمه و بیان مساله پژوهش.....	۱
<b>فصل دوم: کلیات و مروری بر مطالعات انجام شده</b>	
۱-۲. کلیات.....	۹
۱-۱-۲. جراحی بای پاس عروق کرونر.....	۹
۲-۱-۲. پدیده آترواسکلروز عروق کرونر.....	۹
۳-۱-۲. تدابیر پزشکی در آترواسکلروز.....	۱۰
۴-۱-۲. جراحی بای پاس عروق کرونر.....	۱۱
۲-۱-۲. اضطراب.....	۱۲
۱-۲-۱-۲. ۱. مفاهیم اضطراب.....	۱۲
۲-۲-۱-۲. ۲. بیماری قلبی و اضطراب.....	۱۳
۳-۲-۱-۲. ۳. حمایت اجتماعی و اضطراب.....	۱۴
۴-۲-۱-۲. ۴. روشهای کاهش اضطراب.....	۱۶
۵-۲-۱-۲. ۵. تنش زدایی تدریجی عضلانی.....	۱۷
۳-۱-۲. ۳. آموزش بهداشت و الگوی پرسید پرسید.....	۲۱
۱-۳-۱-۲. ۱. آموزش بهداشت و اهمیت تئوری.....	۲۱
۲-۳-۱-۲. ۲. الگوی پرسید پرسید.....	۲۲
۴-۱-۲. ۴. تئوری خودکارآمدی.....	۲۸
۱-۴-۱-۲. ۱. خودکارآمدی در زمینه ارتقاء سلامت و آموزش بهداشت.....	۳۰
۲-۲. ۲. مروری بر مطالعات انجام شده.....	۳۲
<b>فصل سوم: مواد و روشها</b>	
۱-۳. ۱. مواد پژوهش.....	۳۹
۱-۱-۳. ۱. اهداف پژوهش.....	۳۹
۲-۱-۳. ۲. فرضیه های پژوهش.....	۳۹
۳-۱-۳. ۳. تعریف واژه ها.....	۴۰

۴۱	..... محدودیتهای پژوهش	۳-۱-۴
۴۲	..... ابزار گردآوری داده ها	۳-۱-۵
۴۴	..... نوع پژوهش	۳-۲-۱
۴۴	..... نمونه پژوهش	۳-۲-۲
۴۵	..... روش نمونه گیری	۳-۲-۳
۴۵	..... حجم نمونه	۳-۲-۴
۴۵	..... محیط پژوهش	۳-۲-۵
۴۵	..... روش و مراحل انجام کار	۳-۲-۶
۴۷	..... مراحل طراحی برنامه آموزشی	۳-۲-۷
۶۵	..... مواد آموزشی طراحی شده	۳-۲-۸
۷۴	..... روش تجزیه و تحلیل اطلاعات	۳-۲-۹
۷۴	..... ملاحظات اخلاقی	۳-۲-۱۰
<b>فصل چهارم: یافته های پژوهش (جداول و تجزیه تحلیل داده ها)</b>		
۷۷	..... جداول	۴-۱

#### فصل پنجم: بحث و بررسی یافته ها و پیشنهادها

۱۰۲	..... بحث و بررسی یافته ها	۵-۱
۱۱۸	..... نتیجه گیری نهایی	۵-۲
۱۲۰	..... پیشنهادات	۵-۳
۱۲۲	..... فهرست منابع	
۱۳۰	..... ضمائم	
۱۳۹	..... چکیده انگلیسی	

## \*\* فهرست جداول \*\*

عنوان	صفحه
جدول ۴-۱. میانگین و انحراف معیار سن و تعداد فرزندان در دو گروه .....	۷۸
جدول ۴-۲. توزیع فراوانی مطلق و نسبی جنس در دو گروه .....	۷۸
جدول ۴-۳. توزیع فراوانی مطلق و نسبی وضعیت تاهل در دو گروه .....	۷۹
جدول ۴-۴. توزیع فراوانی مطلق و نسبی وضعیت شغل در دو گروه .....	۷۹
جدول ۴-۵. توزیع فراوانی مطلق و نسبی نوع تملک مسکن در دو گروه .....	۸۰
جدول ۴-۶. توزیع فراوانی مطلق و نسبی میزان تحصیلات در دو گروه .....	۸۰
جدول ۴-۷. توزیع فراوانی مطلق و نسبی نوع بیمه در دو گروه .....	۸۱
جدول ۴-۸. میانه درآمد در دو گروه بر حسب ریال .....	۸۱
جدول ۴-۹. میانگین ، انحراف معیار و سطوح معنی داری برای نمرات اضطراب، آگاهی ، نگرش ، خودکارآمدی اختصاصی، عوامل قادر کننده ، تقویت کننده، کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی درک شده در دو گروه قبل از مداخله آموزشی .....	۸۲
جدول ۴-۱۰. میانگین ، انحراف معیار و سطوح معنی داری برای نمرات ابعاد کیفیت زندگی در دو گروه قبل از مداخله آموزشی .....	۸۳
جدول ۴-۱۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی اضطراب کل بر حسب سطح در گروه کنترل در قبل ، بلافاصله و ۱ ماه پس از مداخله .....	۸۳
جدول ۴-۱۲. توزیع فراوانی مطلق و نسبی اضطراب کل بر حسب سطح در گروه آزمون درقبل ، بلافاصله و ۱ ماه پس از مداخله .....	۸۴
جدول ۴-۱۳. میانگین ، انحراف معیار و سطوح معنی داری برای متغیر اضطراب حالت در دو گروه آزمون و شاهد قبل ، بلافاصله بعد از مداخله و یک ماه پس از مداخله .....	۸۴
جدول ۴-۱۴. میانگین ، انحراف معیار و سطوح معنی داری برای متغیر اضطراب صفت در دو گروه آزمون و شاهد قبل ، بلافاصله بعد از مداخله و یک ماه پس از مداخله .....	۸۵
جدول ۴-۱۵. میانگین ، انحراف معیار و سطوح معنی داری برای متغیر اضطراب کل در دو گروه آزمون و شاهد قبل ، بلافاصله بعد از مداخله و یک ماه پس از مداخله .....	۸۶
جدول ۴-۱۶. میانگین ، انحراف معیار و سطوح معنی داری برای متغیر آگاهی در دو گروه آزمون و شاهد قبل ، بلافاصله بعد از مداخله و یک ماه پس از مداخله .....	۸۶
جدول ۴-۱۷. میانگین ، انحراف معیار و سطوح معنی داری برای متغیر نگرش در دو گروه آزمون و شاهد قبل ، بلافاصله بعد از مداخله و یک ماه پس از مداخله .....	۸۷
جدول ۴-۱۸. میانگین ، انحراف معیار و سطوح معنی داری برای متغیر خودکارآمدی اختصاصی در دو گروه آزمون و شاهد قبل ، بلافاصله بعد از مداخله و یک ماه پس از مداخله .....	۸۸

- جدول ۴-۱۹. میانگین ، انحراف معیار و سطوح معنی داری برای متغیر عوامل قادر کننده در دو گروه آزمون و شاهد قبل ، بلافاصله بعد از مداخله و یک ماه پس از مداخله ..... ۸۸
- جدول ۴-۲۰. توزیع فراوانی مطلق ، نسبی و سطوح معنی داری حاصله از آزمون خی دو برای منابع قادر کننده رفتار تنش زدایی ..... ۸۹
- جدول ۴-۲۱. فراوانی مطلق و نسبی و سطوح معنی داری حاصل از آزمون ککران برای انجام رفتار تنش زدایی در دو گروه آزمون و شاهد قبل ، بلافاصله بعد از مداخله و یک ماه پس از مداخله ..... ۹۰
- جدول ۴-۲۲. توزیع فراوانی مطلق ، نسبی و سطوح معنی داری حاصله از آزمون خی دو برای رفتارهای مقابله با اضطراب ..... ۹۱
- جدول ۴-۲۳. میانگین ، انحراف معیار و سطوح معنی داری برای متغیر عوامل تقویت کننده در دو گروه آزمون و شاهد قبل ، بلافاصله بعد از مداخله و یک ماه پس از مداخله ..... ۹۲
- جدول ۴-۲۴. توزیع فراوانی مطلق ، نسبی و سطوح معنی داری حاصله از آزمون خی دو برای عوامل تقویت کننده در دو گروه در مرحله قبل، بلافاصله و ۱ ماه پس از مداخله ..... ۹۳
- جدول ۴-۲۵. میانگین ، انحراف معیار و سطوح معنی داری برای متغیر حمایت اجتماعی درک شده در دو گروه آزمون و شاهد قبل ، بلافاصله بعد از مداخله و یک ماه پس از مداخله ..... ۹۴
- جدول ۴-۲۶. میانگین ، انحراف معیار و سطوح معنی داری برای متغیر عملکرد جسمانی (یکی از ابعاد کیفیت زندگی) در گروه آزمون و شاهد ..... ۹۴
- جدول ۴-۲۷. میانگین ، انحراف معیار و سطوح معنی داری برای متغیر محدودیت نقش جسمانی (یکی از ابعاد کیفیت زندگی) در گروه آزمون و شاهد ..... ۹۵
- جدول ۴-۲۸. میانگین ، انحراف معیار و سطوح معنی داری برای متغیر درد بدنی (یکی از ابعاد کیفیت زندگی) در گروه آزمون و شاهد ..... ۹۶
- جدول ۴-۲۹. میانگین ، انحراف معیار و سطوح معنی داری برای متغیر سلامت عمومی ( یکی از ابعاد کیفیت زندگی) در گروه آزمون و شاهد ..... ۹۶
- جدول ۴-۳۰. میانگین ، انحراف معیار و سطوح معنی داری برای متغیر انرژی ، نیروی حیاتی (یکی از ابعاد کیفیت زندگی) در گروه آزمون و شاهد ..... ۹۷
- جدول ۴-۳۱. میانگین ، انحراف معیار و سطوح معنی داری برای متغیر عملکرد اجتماعی (یکی از ابعاد کیفیت زندگی) در گروه آزمون و شاهد ..... ۹۸
- جدول ۴-۳۲. میانگین ، انحراف معیار و سطوح معنی داری برای متغیر محدودیت نقش هیجانی ( یکی از ابعاد کیفیت زندگی) در گروه آزمون و شاهد ..... ۹۸
- جدول ۴-۳۳. میانگین ، انحراف معیار و سطوح معنی داری برای متغیر سلامت روانی (یکی از ابعاد کیفیت زندگی) در گروه آزمون و شاهد ..... ۹۹

جدول ۴-۳۴. میانگین ، انحراف معیار و سطوح معنی داری حاصل از آزمون تحلیل واریانس مکرر برای نمره کلی کیفیت زندگی در گروه آزمون و شاهد.....۱۰۰

**\*\* فهرست اشکال \*\***

صفحه	عنوان
۷.....	شکل ۱-۱. چارچوب الگوی پرسید پرسید.....

## فصل اول

### مقدمه و معرفی پژوهش

## ۱-۱. مقدمه و بیان مساله پژوهش

بیماریهای قلبی عروقی از بیماریهای شایع قرن بوده و تعداد مبتلایان آن رو به افزایش است [۱]. بر طبق گزارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بر اساس آنالیز داده های تعداد مرگ در ۲۳ استان کشور در سال ۱۳۸۲، اولین علت مرگ در ایران بیماریهای قلبی عروقی می باشد. به طوریکه بدون در نظر گرفتن تلفات زلزله بم از ۲۹۱۴۵۹ مرگ رخ داده در سال ۱۳۸۲ در حدود ۱۳۴۷۴۹ مورد (۴۶/۲ درصد) ناشی از بیماریهای قلبی عروقی بوده است. برطبق همان گزارش در سال ۱۳۸۲ بدون در نظر گرفتن تلفات زلزله بم، بیماریهای قلبی عروقی روزانه ۳۱۳۶ سال عمر را با کشتن ۳۶۹ نفر به هدر می دهند و سکتة قلبی با کشتن روزانه ۱۹۸ نفر، ۱۶۹۲ سال عمر را از بین می برد [۲].

در سالهای اخیر موفقیت‌های چشمگیری در کاهش عوارض و مرگ و میر ناشی از حوادث حاد کرونر حاصل شده است، با این وجود امکان درمان فرایند زمینه ساز (آترواسکلروز) و پیشگیری از عوارض حاد آن چالش بزرگی برای محققان محسوب می شود [۳]. علت عمده حملات قلبی و آنژین، آترواسکلروز عروق کرونر می باشد [۴]. عوامل خطر در ایجاد آترواسکلروز شامل LDL بالا، HDL پایین، جنسیت مذکر، فشارخون بالا، دیابت، سابقه خانوادگی، استعمال سیگار، یائسگی، بی تحرکی فیزیکی، چاقی و غیره است [۵]. جراحی بای پاس عروق کرونر یکی از پیشرفته ترین روشهای درمانی برای کاهش عوارض ناشی از انسداد عروق کرونر است [۶]. در سال ۲۰۰۰، بیش از ۵۰۰ هزار مورد جراحی بای پاس عروق کرونر در ایالات متحده انجام شده است [۷]. میزان اعمال جراحی پیوند رگهای قلب در ایران، از سال ۱۳۵۶ که حدود یک درصد کل اعمال جراحی قلب بوده، امروزه به حدود ۶۰ درصد اعمال جراحی قلب رسیده است [۸].



اضطراب و استرس در تمام اعصاب، آشناترین همزیست با انسان بوده و قدمتی به اندازه تاریخ بشر را داراست [۹]. اضطراب یک حالت احساسی یا هیجانی است که از خصوصیات برجسته آن تولید یک حالت بی قراری و دلواپسی است [۱۰]. در بیماران قلبی وجود مشکلاتی چون درد، محدودیت فعالیت جسمانی، اضطراب، خستگی، مشکلات خواب و مشکلات دیگری شایع است و همه این موارد بر کاهش کیفیت زندگی بیماران تاثیرگذارند [۱۱]. جراحی قلب، حادثه مهمی در زندگی افراد است. جراحی باعث فروپاشی زندگی اقتصادی، حرفه ای و شخصی افراد شده و عملکرد جسمانی و روانشناختی بیماران را دچار اختلال می کند [۱۲]. اضطراب بیمار مبتلا به بیماری مزمن از تداخل عوامل طبی، روانی و اجتماعی حاصل می شود [۱۳]. مقداری از اضطرابهای ایجاد شده در بیماران قلبی در مورد تشخیص و درمان، سپس در مورد نداشتن سلامت و اختلال در نقشها و روابط می باشد [۱۴]. اکثراً استرسهای شخصی موجود در زندگی بیماران (مهمتر از عوامل کلینیکی یا دموگرافیکی)، پیشگویی کننده مهم وجود اضطراب پس از ترخیص از جراحی بای پاس کرونر است [۱۵]. وجود اضطراب به دنبال جراحی بای پاس، سبب کاهش عملکرد روانشناختی و کیفیت زندگی بیماران می گردد [۱۶]. اضطراب و افسردگی، خطر عود بیماری قلبی عروقی پس از سکته قلبی را افزایش می دهند و این دو پیشگویی کننده مرگ و میر و عود مجدد حوادث کرونری هستند. وجود اضطراب پس از سکته قلبی در بیماران شایع است و تا ماهها پس از سکته قلبی می تواند باقی بماند [۱۷]. اضطراب پیشگویی کننده افسردگی در زنان و مردان با بیماری قلبی است [۱۸]. در مطالعات نشان داده شده است که حتی ۱۰ سال پس از حادثه قلبی، بیماران افسرده ۷۲ درصد خطر مرگ و میر بیشتری نسبت به بیماران غیر افسرده دارند [۱۹]. افسردگی و اضطراب بر ضربان قلب، فشارخون، زمان لخته و انعقاد خون اثر گذاشته و باعث افزایش ترشح کورتیزول و آدرنالین می شوند و در متابولیسم بدن ایجاد اختلال می نمایند [۲۰].

امروزه آموزش بیمار یکی از اساسی ترین و حیاتی ترین برنامه مراقبتی در سیستم های درمانی بوده و به عنوان مرکز ثقل وظایف همه حرفه های بهداشتی شناخته می شود [۲۱]. کاهش اضطراب و رفتارهای اجتنابی وابسته به آن، مستلزم شناسایی کمبود مهارتها و برنامه آموزش مهارتهای خاص است [۱۳].

یکی از مشخصه های اساسی یک حرفه این است که یک پایه نظری زیر بنای عملش باشد. دلیل استفاده از تئوری در عمل این است که، تئوریهای علوم رفتاری بهترین اطلاعات را در مورد چگونگی رفتار مردم به مجری می دهند و مجری از این اطلاعات در جهت تغییر رفتار استفاده می نماید. این تئوریها مجریان را به شناسایی اهداف روانشناسی، رفتاری، اجتماعی و محیطی جهت مداخلات بهتر راهنمایی می کنند. استفاده از تئوری، احتمال افزایش تاثیر برنامه های آموزش بهداشت را افزایش می دهد و به شناسایی ویژگیهای فردی و محیط اطراف فرد، که به نحوی بر رفتارها اثر دارند، کمک می کند. تئوریها در طراحی برنامه های جامع و ارزشیابی آنها نقش موثری ایفا می نمایند و به مجریان در پیشگویی نتایج مداخلات، در جمعیتها و موقعیتهایی که قبلا تجربه ای در آنها صورت نگرفته است، کمک شایانی می کنند. وظیفه آموزش بهداشت این است که رفتارهای بهداشتی را درک کرده و به انتقال دانش در مورد رفتار، توسط استراتژیهای مفید، در جهت افزایش سلامت بپردازد و برای انجام این کار، کاربرد تئوریهای علوم رفتاری روشن و بدیهی است.

از آنجایی که اکتساب رفتار جدید یک فرایند است و یک رویداد نیست و اغلب توسط انجام موفق یک رفتار یادگیری می شود، تئوریهای علوم رفتاری در شناسایی مراحل و گامهای مورد نیاز فرایند تغییر رفتار بکار می روند. این اصل متخصصان آموزش بهداشت را بر آن داشته است که استراتژیهای در جهت افزایش رفتارهای جدید پایدار جستجو نمایند. مداخلات باید طوری طراحی گردند که تجارب متقاعد کننده، عملی و قابل حصول در اختیار افراد قرار داده شوند. ضمنا عوامل روانشناختی، اعتقادات و ارزشها بطور قابل ملاحظه ای بر چگونگی رفتار مردم اثر دارند. از تئوریهای علوم رفتاری برای مشخص کردن اعتقادات و ارزشها، در جهت درک رفتارها یا سعی در تغییر آنها استفاده می شود. از آنجایی که وابستگی ها و نرمهای اجتماعی بر رفتار افراد اثر دارند، تئوریهای مختلف علوم رفتاری به توضیح این امر می پردازند، که چگونه نرمها و فرایندهای اجتماعی بر رفتار افراد تاثیر دارند. متخصص آموزش بهداشت بایستی در نظر داشته باشد که تنها تغییر رفتار در سطح فردی کافی نبوده و تغییرات محیطی در جهت ارتقاء سلامت و تغییر رفتار لازم است و مداخلات اکولوژیکی در سطوح مختلفی مورد نیاز می باشد [۲۳].

برنامه های مداخله ای تئوری محور<sup>۱</sup>. به سبب افزایش درک از مکانیزمهای تغییر رفتار، تغییر رفتارهای بهداشتی را تسهیل می نمایند [۲۴]. برنامه هایی که تنها افزایش آگاهی افراد را مد نظر دارند اغلب در این هدف موفق می شوند، ولی برای کاهش دیگر مسائل مرتبط با مشکل بهداشتی اغلب اثربخش و کارآمد نیستند. استفاده از مدل‌های تئوریک، به برنامه ریزان در تعیین روشهای آموزشی ترغیب کننده افراد به انجام رفتارهای سالم کمک می نمایند [۲۵]. چارچوب تئوریک این پژوهش مدل پرسید پرسید و تئوری خودکارآمدی تواما می باشد.

مفهوم خودکارآمدی<sup>۲</sup> یک عامل تعیین کننده رفتار در ارتقاء سلامت و آموزش بهداشت شناخته شده است ، چرا که در این علوم بر یادگیری و توانمند سازی افراد به داشتن احساس کنترل بر سلامتی خویش تاکید می گردد [۲۶]. یکی از ساختارهای اساسی رفتار خودکارآمدی می باشد. توجه به این ساختار برای طراحی برنامه های تغییر رفتار ضروری می باشد [۲۷]. خودکارآمدی یک عامل روانشناختی مهم در کاهش عوامل خطر بیماریهای قلبی عروقی و بازتوانی قلبی است. خودکارآمدی پیشگویی کننده پیوستن به رژیمهای غذایی ، انجام ورزش، کاهش رفتار نوع A و بهبود وضعیت روانشناختی بیماران قلبی است [۲۸]. برای ایجاد و بقاء رفتارهای سالم خودکارآمدی اهمیت بسیار دارد [۲۹]. غربالگری بیماران با خودکارآمدی پایین در مرحله بازتوانی قلبی می تواند به شناسایی بیماران نیازمند حمایت و مشاوره کمک کند [۳۰]. خودکارآمدی بالا ، سبب افزایش عملکرد و رفاه انسان می شود. خودکارآمدی همچنین یک سازه کلیدی در اضطراب است. در واقع خودکارآمدی اعتقاد فرد به توانایی خود برای کنترل محیط یا مسائل پیش آمده است و تعیین کننده فکر و رفتار فرد است. خودکارآمدی وابسته به عزت نفس و مفهوم خود می باشد. اضطراب در رابطه با خودکارآمدی پایین یا دیگر مسائلی است که با توانایی ادراک شده فرد برای مقابله با استرس و حوادث اضطراب زا تداخل می یابد [۳۱]. الگوی پرسید پرسید<sup>۳</sup> یک الگوی برنامه ریزی برای ارتقاء سلامت است که توسط لارنس گرین ارائه شده است. چارچوب مدل پرسید پرسید توسط گرین و همکاران بعنوان یک چارچوب تشخیصی برای

- 
- 1-Theory-based interventional program
  - 2- Self efficacy
  - 3- PRECEDE-PROCEED Model

برنامه ریزیهای آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت معرفی شده است [۳۲]. این مدل فرایندی است که از آن برای تغییر رفتار استفاده می شود. در مدل پرسید این موضوع مطرح می شود که نخست باید دید نتیجه احتمالی حاصل از یک برنامه آموزشی چیست؟ یعنی اول باید چراها و بعد چطورها مطرح شوند. به عبارت دیگر در آموزش بهداشت از آخر شروع کرده و به اول می رسیم. در این مدل باید به علل ریشه ای مسائل پرداخت و بر مبنای آن برنامه ریزی کرد [۳۳]. مدل پرسید پرسید یک چارچوب برای شناخت عواملی که بطور سیستماتیک بر رفتارهای بهداشتی اثر دارند را تدارک می بیند. در این مدل فعالیتهای آموزشی بر مبنای عوامل مستعد کننده، قادرکننده و تقویت کننده ای است که باعث تشویق افراد به انجام رفتارهای بهداشتی مطلوب می شود. طبیعت جامع مدل پرسید پرسید، بکارگیری آن را در زمینه های مختلف امکان پذیر می سازد [۳۴]. الگوی پرسید پرسید یک رویکرد تشخیصی در برنامه ریزیهای آموزش بهداشت است [۳۵]. برای استفاده از این مدل باید از تعدادی مراحل گذشت شامل: تشخیص اجتماعی، تشخیص اپیدمیولوژیکی، رفتاری و محیطی، تشخیص آموزشی (مشخص نمودن عوامل مستعد کننده، قادرکننده و تقویت کننده رفتارهای بهداشتی) و اکولوژیکی، تشخیص مدیریتی و سیاسی، اجرا، ارزشیابی فرایند، ارزشیابی نتایج فوری و ارزشیابی نتایج بلند مدت [۲۶]. مدل پرسید پرسید می تواند بعنوان یک چارچوب برای کاربرد تئوریها بکار گرفته شود. محققان بایستی به شناسایی و استفاده از تئوریهای متناسب با مراحل مدل پرسید پرسید اقدام نمایند [۳۶]. سوال مطرح شده این است که برای طراحی برنامه آموزشی متناسب با نیاز این بیماران از چه چارچوبهای تئوریک می توان استفاده نمود و میزان تاثیر این طراحی آموزشی تئوری محور تا چه اندازه است؟

با توجه به اینکه اضطراب در میان بیماران، پس از جراحی بای پاس عروق کرونر شیوع فراوان دارد و این اضطراب می تواند تا سالها پس از جراحی باقی مانده و بر ابعاد زندگی فرد و نتایج درمان تاثیر گذار باشد، اضطراب بعنوان مشکل بیماران و محور مداخله انتخاب شد. با توجه به اینکه اکثر مداخلات و پژوهشهای انجام شده که بر روی اضطراب بیماران تحت عمل جراحی بای پاس عروق کرونر در دنیا و ایران انجام شده، معطوف