

بررسی تاثیر آموزش شیوه زندگی بر آگاهی بیماران مبتلا به آنژین ناپایدار

مریم مدی نشاط^۱، شیرین حجازی^۲، زهرا مشتاق عشق^۳، محمد فشارکی^۴

۱. مربی، کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی (نویسنده مسئول)

۲. مربی، کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران

۳. مربی، کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۴. دانشیار گروه آمار، عضو هیات علمی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران

افلاک / سال پنجم / شماره ۱۷۹۱۶ / پاییز و زمستان ۱۳۸۸

چکیده

مقدمه و هدف: امروزه آنژین صدری ناپایدار یکی از شایع ترین تظاهرات بیماری عروق کرونر است. اکثریت این بیماران بعد از حوادث قلبی - عروقی توصیه های شیوه زندگی را به میزان کافی دریافت نمی کنند و در نتیجه با حوادث جدیدی از این بیماری مواجه می شوند. این مطالعه با هدف تعیین تاثیر آموزش شیوه زندگی بر آگاهی بیماران مبتلا به آنژین ناپایدار انجام شد.

مواد و روش ها: این پژوهش یک مطالعه شبه تجربی بود. جامعه پژوهش آن کلیه بیماران مبتلا به آنژین ناپایدار مراجعه کننده به بیمارستان اکباتان شهر همدان بودند. که ۴۸ نفر از آنان با روش نمونه گیری غیراحتمالی انتخاب شدند. روش گردآوری اطلاعات پرسشنامه ۵۷ سوالی پژوهشگر ساخته بود. جهت اعتبار علمی آن از روش اعتبار محتوی، جهت اعتماد علمی آن از آزمون مجدد و برای تجزیه و تحلیل یافته های پژوهش از آزمون کای اسکوئر و تی زوجی استفاده شد.

یافته ها: تجزیه و تحلیل یافته ها نشان داد میانگین آگاهی بعد از آموزش (۹۵/۹۰ ± ۴/۰۹۹) نسبت به قبل از آموزش (۸۵/۰۲ ± ۶/۲۹) افزایش یافت ($P < ۰/۰۰۱$).

نتیجه گیری: آموزش شیوه زندگی موجب افزایش آگاهی بیماران مبتلا به آنژین ناپایدار می گردد. اگرچه دادن آگاهی به تنهایی کافی نیست مطالعات نشان می دهند افزایش آگاهی می تواند تبعیت از تغییرات شیوه زندگی را هم به همراه داشته باشد. و این تعاملات ابتدایی بین پرستار و بیمار می تواند تاثیرات طولانی در زندگی بیماران به همراه داشته باشد و انگیزه یادگیری را در آنها افزایش دهد.

واژه های کلیدی: سندرم کرونری حاد، آنژین ناپایدار، شیوه زندگی، عوامل خطر بیماری قلبی - عروقی، آموزش، آگاهی

مقدمه

وارد می‌سازد (۸). این نکته حائز اهمیت است که ۸۰٪ بیماریهای قلبی عروقی را می‌توان به علت عادات نامناسب شیوه زندگی مردم نسبت داد (۹). ذیقیمت و همکاران (۱۳۸۹) در مطالعه ای از نوع کارآزمایی بالینی در کرمانشاه نشان دادند که آموزش در چهار چوب مدل اعتقاد سلامت موجب افزایش آگاهی و در نهایت بهبود عملکرد در بعد رعایت رژیم غذایی در بیماران تحت پیوند عروق کرونر می‌گردد (۱۰). ویلیامز و همکاران (۲۰۰۷) در مطالعه ای نیمه تجربی در ایالات متحده نشان دادند: مداخلات آموزشی ساده در بیماران مبتلا به بیماری قلبی در زمان قابل آموزش (یعنی وقتی بیمار با درد قفسه سینه به اورژانس مراجعه کرده است) به میزان زیادی آگاهی بیماران را فوراً بعد از مداخله افزایش می‌دهد (۱۱). بیماران اطلاعات گوناگونی را از پرسنل بهداشتی و رسانه‌ها راجع به تغییرات شیوه زندگی دریافت می‌کنند. در این زمینه پرستاران در راس ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی هستند و می‌توانند بیماران را در تعریف اهدافشان راهنمایی کرده و راهبردهایی را برای کاهش موانع تغییر شیوه زندگی به آنان ارائه دهند (۴). باتوجه به این موضوع که چنین عملکردهایی خطر مرگ و میر بیشتر را کاهش می‌دهند، این تحقیق به منظور تعیین تاثیر آموزش شیوه زندگی در بیماران مبتلا به آنژین صدری ناپایدار مراجعه کننده به بیمارستان اکباتان شهر همدان انجام شد.

مواد و روش ها

این پژوهش یک مطالعه شبه تجربی بود. جامعه پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به آنژین ناپایدار تشکیل می‌داد که در هنگام انجام این پژوهش در بخشهای قلب وسی سی یو بیمارستان اکباتان شهر همدان بستری بوده و بیماری آنها توسط متخصص قلب و عروق تایید شده بود. به منظور حفظ حرمت بیماران قبل از انجام مراحل اجرایی پژوهش رضایت بیماران جلب شد. بعلاوه این بیماران مبتلا به دیابت نبوده با سایر تشخیص افتراقی های درد سینه و نیز بیماران با تشخیص انفارکتوس بستری نشده

سندرم حاد کرونر اصطلاحی است هم شامل آنژین ناپایدار و هم سکته قلبی که در هر شرایطی می‌تواند موجب مرگ ناگهانی شود (۱). آنژین از نظر بالینی به دردهای جلوی قلبی با انتشار به دستها (چپ یا راست) و گردن اطلاق می‌شود. به طور طبیعی اندوتلیوم شریانهای کرونر اجازه عبور هر مقدار خون را به بافت میوکارد قلب می‌دهد. در صورت پارگی پلاک های ناشی از عوامل خطر بیماریهای قلبی عروقی میزان جریان خون و متعاقباً اکسیژن بافت قلب کاهش می‌یابد که درد، ناراحتی و فشار روی قفسه سینه را به همراه دارد دردهای آنژینی تظاهر می‌یابند (۲). اکثریت این بیماران بعد از حوادث قلبی - عروقی توصیه‌های شیوه زندگی را به میزان کافی دریافت نمی‌کنند، و در نتیجه با حوادث جدیدی از این بیماری مواجه می‌شوند (۳). تحقیقات نشان داده اند، که دوره نقاهت بعد از ترخیص، یک دوره بسیار مشکل برای بیماران مبتلا به بیماری قلبی - عروقی می‌باشد. کمبود آگاهی از جنبه‌های مختلف بیماری ممکن است آنها را به شدت نسبت به استرس - های بعد از ترخیص آسیب‌پذیر کند (۴). استعمال دخانیات، فشارخون بالا، افزایش کلسترول خون، چاقی، دیابت همه عوامل خطر بیماریهای کرونر قلب هستند که می‌توانیم با تعدیل شیوه زندگی آنها را کاهش دهیم یا درمان کنیم (۵). در ایران بررسی ها نشان داده که درصد بیماری های قلب ۵/۷٪ در سال ۱۳۷۴ به ۱۷/۸٪ در سال ۱۳۸۵ رسیده که این افزایش قابل توجه بوده و از طرفی در مقایسه با سایر بیماری ها، بیماری قلب و عروق بالاترین میزان مرگ و میر را داشته است (۶) به طوریکه ۴۶٪ علت مرگها را به خود اختصاص داده و شیوع آن در حال افزایش است (۷). این بیماری در ایران اولین رتبه را داراست و در سالهای اخیر، سن ابتلا به آن پایین آمده است و امروزه در ایران تعداد زیادی از قربانیان را افراد نسبتاً جوان تشکیل می‌دهند. این امر علاوه بر اینکه برای خانواده ها، فاجعه محسوب می‌شود، فشار سنگینی را هم به اقتصاد جامعه

بودند و قبلا نیز در برنامه های بازتوانی قلب شرکت نکرده بودند که از بین آنان ۴۸ نفر با نمونه گیری غیر احتمالی انتخاب شدند. متغیر های مورد سنجش آموزش، شیوه زندگی و آگاهی بود و دارای تاییدیه رعایت اصول اخلاقی از دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران بود. روش و ابزار گرد آوری داده ها در این پژوهش پرسشنامه پژوهشگر ساخته بود در دو بخش مشتمل بر ۵۷ سوال که ۱۰ سوال مشخصات دموگرافیک بیماران و ۴۷ سوال آگاهی بیماران را از عوامل خطر بیماری قلبی (سیگار، فشارخون، کلسترول، ورزش، قند، استرس، داروها) می سنجید. جهت تعیین اعتبار علمی پرسشنامه از روش اعتبار محتوی و جهت اعتماد علمی آن از روش آزمون مجدد استفاده شد. برای این کار یک دهم حجم نمونه را انتخاب کرده و از آنها خواستیم پرسشنامه را تکمیل کنند، سپس ۱۰ روز بعد همان افراد مجددا پرسشنامه را تکمیل کردند. آنگاه ضریب همبستگی پیرسون انجام شد. ضریب همبستگی آگاهی قبل و بعد از آزمون برابر ۰/۸۷ تعیین شد، لذا اعتماد پذیری ابزار تایید شد. افراد مشخص شده در این آزمون که مشخصات نمونه های اصلی را داشتند از آزمون نهایی حذف شدند. این فرم در پیش آزمون به واحدهای مورد پژوهش ارائه می شد و توسط آنها تکمیل گردید. سپس برنامه آموزشی برای آنها ارائه شد. بدین ترتیب که در ساعات خلوت و بدون سروصدا با اجازه و هماهنگی با سرپرستار بخش قلب و عروق و سی سی یو در زمانیکه بیماران دوره حاد را طی کرده بودند و در وضعیت متعادل قرار داشتند به آنها مراجعه می کرد. در زمانیکه بیمار کاملا تمایل داشت با رعایت حریم شخصی طی ۳ جلسه نیم ساعته در مدت بستری در بیمارستان به صورت چهره به چهره، سخنرانی و پرسش و پاسخ توسط پژوهشگر به بیماران آموزش داده می شد و در پایان جلسه کتابچه آموزشی حاوی تصاویر در زمینه عوامل خطر بیماری قلبی (استرس، تغذیه نامناسب، ورزش نکردن، استعمال دخانیات) به آنها ارائه شد. بعلاوه آنها می توانستند در صورت نیاز با پژوهشگر تماس گرفته و مشاوره بگیرند. در نهایت

بلافاصله بعد از آموزش پس از بیماران آزمون به عمل آمد. معیار سنجش میزان آگاهی تعداد پاسخهای صحیحی بود که به سوالات پرسشنامه داده شده بود. پاسخها به صورت بله، خیر و نمی دانم تنظیم شده بود. برای هر پاسخ صحیح دو امتیاز، برای پاسخ نمی دانم یک امتیاز و برای پاسخ غلط امتیاز صفر در نظر گرفته شده بود. پس از نمره بندی در سیم ۱۰۰ امتیازی آگاهی به صورت آگاهی کم (۰-۷۵)، آگاهی متوسط (۷۵-۸۵) و آگاهی خوب (۸۵-۱۰۰) دسته بندی گردید. داده ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی و نرم افزار SPSS و با استفاده از آزوجی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معنی دار ۰/۰۵ مورد نظر قرار گرفت.

یافته ها

نتایج این پژوهش نشان می دهد اکثریت (۳۶/۵٪) بیماران در گروه سنی بیش از ۶۰ سال و کمترین آنان (۶/۳٪) در گروه سنی کمتر از ۴۰ سال قرار داشتند. ۵۲/۱٪ بیماران را مردان تشکیل می دادند. (۶۷/۴٪) واحدهای مورد پژوهش ساکن شهر همدان بودند. (۴۱/۷٪) بی سواد و اکثریت (۳۹/۱۶٪) واحدهای مورد پژوهش خانه دار بودند.

جدول شماره ۱ فراوانی آگاهی بیماران مورد پژوهش را قبل و بعد از مداخله نشان می دهد. طبق این جدول قبل از مداخله، با آنکه بیشترین فراوانی در گروه آگاهی خوب (۵۲٪) قرار دارد، با این حال پس از مداخله این فراوانی افزایش پیدا کرده است (۹۵/۸٪) و طبق آزمون تی زوجی، افزایش معنادار در سطح آگاهی بیماران ایجاد شده است ($P < 0.001$).

آگاهی	گروه مداخله		مقدار p	
	قبل آموزش	بعد از آموزش	فراوانی درصد	فراوانی درصد
کم	۳	۶/۳	۰	۰
متوسط	۲۰	۴۱/۷	۴/۲	۲
خوب	۲۵	۹۵/۸	۹۵/۸	۴۶
میانگین ± انحراف معیار	۸۵/۰۲ ± ۶/۲۹	۹۵/۹۰ ± ۴/۰۹۹		< ۰/۰۰۱

بحث

باتوجه به نتایج حاصل از این پژوهش مشخص می شود که آموزش راجع به شیوه زندگی در افزایش آگاهی واحدهای مورد پژوهش موثر است. در این زمینه پژوهشی که بتوان به آن استناد کرد وجود ندارد اما با توجه به این که اکثریت پژوهشها مربوط به سالهای قبل از ۱۳۸۳ است و بعد از آن پژوهش دیگری که آگاهی بیماران مبتلا به بیماری قلبی - عروقی را بسنجد وجود ندارد. بنابراین گذشت زمان و تبلیغات رسانه ها توانسته است بر آگاهی بیماران تاثیر داشته باشد. علاوه وزارت بهداشت و درمان در خبری در ۲۷ مهر ۱۳۸۷ اعلام کرد: با برنامه ریزی وزارت بهداشت و براساس مصوبه شورای عالی سلامت و با فرهنگ سازی از طریق رسانه ها در کمتر از ۳ سال موفق شده اند مصرف روغن نباتی را در کشور حدود ۳۰٪ کاهش دهند. مصرف این ماده از ۸۵ درصد در نیمه اول سال ۸۴ به ۵۵ درصد در حال حاضر رسیده است. آثار این اقدام طی شش سال آینده با کاهش ۲۰ درصدی بیماری های قلبی عروقی در کشور نمایان خواهد شد (۱۲).

در این مطالعه میزان آگاهی بعد از آموزش به میزان زیادی نزدیک به صد درصد افزایش یافته که نشان دهنده تاثیر آموزش است. در این راستا ویلیامز و همکاران^۱ (۲۰۰۷) در پژوهش خود در ایالات متحده بیان کردند: مداخلات آموزشی ساده به ویژه در لحظاتی که بیماران آموزش پذیر هستند (یعنی مواقعی که بیماران درد قفسه سینه را تجربه کرده اند) موجب می شود آگاهی بیماران از عوامل خطر بیماری قلبی - عروقی بعد از این مداخلات به سرعت افزایش یابد (۱۱). کائاتی و همکارانش^۲ (۲۰۰۶) بر اساس مطالعه ای در کشور سوئد ارزش بالای آموزش تغییر شیوه زندگی در بین بیماران بستری به علت انفارکتوس میوکارد را نشان دادند (۱۳). کائولین گلاسر و همکارانش^۳ (۲۰۰۵) نیز در پژوهش خود در انگلستان نشان دادند: شرکت در برنامه های بازتوانی قلب با کاهش سطوح عوامل خطر بیماری قلبی و کاهش پروتئین واکنشی C (شاخصی برای ارزیابی

بیماران مبتلا به آنژین ناپایدار) ارتباط دارد (۱۴). لقمانی و عباس زاده (۱۳۸۶) نیز در پژوهش خود در کرمان به این نتیجه رسیدند که: آموزش به بیماران مبتلا به نارسائی قلبی باعث افزایش آگاهی و عملکرد آنها شده و در نتیجه آنها مراقبت بهتری از خود داشته واز عود مکرر بیماری و بستری شدن مجدد و صرف هزینه های درمان و غیبت از کار و بوجود آمدن مشکلات اقتصادی واجتماعی پیشگیری خواهد کرد (۱۵).

بعلاوه نتایج این مطالعه نشان داد بیشترین واحدها مورد پژوهش دارای آگاهی خوب بودند. مقایسه قبل و بعد از آموزش نشان می دهد علی رغم آنکه قبل از آموزش بیماران از سطح آگاهی خوب برخوردار بودند، نمی تواند نشانه عدم نیاز به آموزش باشد پیشگیری از بیماری قلبی - عروقی موثرترین راه جلوگیری از شیوع بیماریهای قلبی در کشورهای جهان سوم است. نتایج پژوهش خان و همکاران^۴ (۲۰۰۶) در پاکستان نشان داد فقط ۴۲٪ از نمونه های مبتلا به سندرم کرونری حاد از سطح آگاهی خوب در رابطه با عوامل خطر بیمار قلبی - عروقی برخوردار بودند و بر لزوم آموزش به این بیماران تاکید کرد و توضیح داد آگاهی از عوامل خطر بیماری قلبی (از جمله: سیگار، فقدان ورزش، مصرف غذاهای چرب) پیش نیاز تغییر در رفتار است و اغلب هدف برنامه های پیشگیری است (۱۶). آلم روجر و همکاران^۵ (۲۰۰۴) نیز در پژوهش خود در سوئد متوجه شدند: اکثریت بیماران توصیه های شیوه زندگی و دارو درمانی را بعد از حوادث قلبی - عروقی دریافت نمی کنند و نشان دادند افزایش سطح آگاهی با تبعیت از برخی تغییرات شیوه زندگی (مثلا کاهش وزن، افزایش فعالیت جسمی، مدیریت استرس و تغییرات رژیم غذایی) ارتباط دارد (۱۶). شیدفر و همکاران (۱۳۸۱) در پژوهش خود در مشهد نشان دادند کمتر از ۳۰٪ از بیماران مبتلا به آنژین ناپایدار از علل بیماری قلبی و درمانهای موجود آگاه

1. Williams etal
2. Kaati etal
3. Caulin Glasser etal
4. Khan etal
5. Alm- Roijer etal

تحمیل هزینه‌های سنگین بیماری قلبی - عروقی به جامعه شوند. همچنین با برگزاری جلسات برنامه‌های بازتوانی توسط پرستاران در بیمارستان و دعوت بیماران برای شرکت در این جلسات تغییر شیوه زندگی را در آنها پیگیری کنند. از آنجایی که این پژوهش هیچ حمایت مالی دریافت نکرده بود به دلیل افزایش هزینه‌ها نتیجه آموزش را برنگرش و عملکرد بیماران پیگیری نکرد. بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر در سطح وسیعتر وبا متغیرهای بیشتردر سطح چند استان یا کشور وهمچنین انجام آموزش توسط پزشکان و پرستاران انجام گیرد.

نتیجه گیری

آموزش شیوه زندگی موجب افزایش آگاهی بیماران مبتلا به آنژین ناپایدار می‌گردد. اگرچه دادن آگاهی به تنهایی کافی نیست مطالعات نشان می‌دهند افزایش آگاهی می‌تواند تبعیت از تغییرات شیوه زندگی را هم به همراه داشته باشد. و این تعاملات ابتدایی بین پرستار و بیمار می‌تواند تاثیرات طولانی در زندگی بیماران به‌همراه داشته باشد و انگیزه یادگیری را در آنها افزایش دهد.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه، ریاست محترم و معاون آموزشی دانشکده پرستاری ومامائی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران و نیز همکاری اساتید محترم دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران ودانشگاه شهید بهشتی و نیز ریاست و رئیس دفتر محترم دانشگاه علوم پزشکی همدان، مسولین، کارکنان و بیماران عزیز بیمارستان اکباتان شهر همدان که در انجام این پژوهش پژوهشگران را یاری کردند نهایت قدردانی و تشکر را داریم.

بودند. و بر ارائه آموزش توسط پرستاران تاکید نمودند(۱۸). یافته‌های نصرآبادی و همکاران (۱۳۸۹) نیز نشان داد: مجموعه آگاهی بیماران در زمینه قلبی، وضعیت کلی سبک زندگی، نمایه توده بدنی، وضعیت کلسترول خون، تری گلیسریدها، قند و فشارخون افراد گروه مورد پس از انجام مداخله آموزشی افزایش یافته و آگاهی آنها مطلوب تر شده است(۹).

در این مطالعه آموزش شیوه زندگی موجب مطلوب‌تر شدن آگاهی بیماران گردید به این دلیل که بسیاری از بیماران در زمینه عوامل خطر بیماری قلبی- عروقی اطلاعاتی دارند اما کافی نیست وحتىی نواقصی دارد. آموزش چهره به چهره از طریق کتابچه آموزشی همراه با تصاویر در بیماران بی سواد مخصوصا در لحظاتی که این بیماران انگیزه برای یادگیری دارند می‌تواند در ارتقاء آگاهی موثر باشد. اگرچه دادن آگاهی به تنهایی کافی نیست اما مطالعات نشان می‌دهند افزایش آگاهی می‌تواند تبعیت از تغییرات شیوه زندگی را هم به همراه داشته باشد. این پژوهش پیشنهاد می‌کند که تعامل خوب بین پرستار و بیمار می‌تواند درانتقال اطلاعات و پذیرش آن توسط بیمار و مطلوب تر شدن آگاهی موثر باشد. در این پژوهش بیماران بسیار خوشحال می‌شدند که کسی برای آنها وقت می‌گذارد و توضیحات را با زبان آنها بیان می‌کند این تعاملات ابتدایی می‌تواند تاثیرات طولانی در زندگی بیماران داشته باشد. مددجویان و خانواده آنها غالباً اطلاعات بهداشتی را از پرستار کسب می‌کنند و پرستار باید تلاش کند نیازهای آموزشی مددجو را در مورد شرایط جسمی و برنامه‌های درمانی پیش بینی نماید. با استناد به یافته‌های این پژوهش اکثریت بیماران مبتلا به آنژین ناپایدار بهترین منبع کسب اطلاعات خود را پرسنل درمانی معرفی کرده اند، از آنجایی که پزشکان وقت کافی برای ارائه اطلاعات به بیماران ندارند و یا اطلاعات کافی به آنها نمی‌دهند، لذا پیشنهاد می‌شود پرستاران آموزش بیماران و همراهان را از طریق پمفلت ها، پوسترها، فیلم‌ها، کتابچه‌های آموزشی به عهده بگیرند و مانع از حواث بعدی و

منابع

1. Wesley k. Huszar's Basic Dysrhythmias and Acute Coronary Syndromes - Interpretation and Management. 4th ed, Philadelphia, Mosby 2011; View in (<http://www.nursingconsult.com>).
2. Urden LD, Stacy KM, Lough ME. Critical Care Nursing: Diagnosis and Management. 6th ed. Philadelphia. Mosb 2009; 433-434
3. Alm-Roijer C, Fridlund B, Stagmo M. Knowing your risk factors for coronary heart disease improves adherence to advice on lifestyle changes and medication: Journal of Cardiovascular Nursing 2006; 5: 24-31.
4. Carroll D L. Capacity for direct attention in patients undergoing percutaneous coronary intervention: The effects of psychological distress. Progress in Cardiovascular Nursing 2005; 1:11-16.
5. Black JM, Hawks JH. Medical Surgical Nursing: Clinical Management for Positive .8th ed. Vol: 1. St Louis, Mo: Saunders 2009; 1411-1412.
6. Mohammadi Zeydi E, HeidarNia AR, HajiZadeh E. The study of cardiovascular patient's lifestyle. Daneshvar, Scientific-research Journal of Shahed University 1384; 61(13): 56-49 [In Persian].
7. Beiranvand M R, Asadpour, Piranfar M. Dyslipidemia in acute coronary syndrome. Pejouhandeh 2007; 11(54): 377-384 [In Persian].
8. Najafi Kalyani M, Ebadi A, Abbaszadeh A. Survey of risk factors status in patients with candidate for coronary artery bypass graft surgery (CABGs) referral to the Heart Hospital Jamaran in 2004. Rafsanjan Nursing and Midwifery Journal 2006; 3(1): 8-14 [In Persian].
9. Nasrabadi T, Goodarzi Zade N, Shahrjerdi A, Hamta A. The Effect of Education on Life Style among Patients Suffering from Ischemic Heart Disease. Journal of Mazandaran University Medical Sciences 2010; 20(79): 72-79 [In Persian].
10. Zighaimat F, Ebadi A, Karimi-Zarchi A, Moradi N, Hajiamini Z, Mehdizadeh S. The effect of education based on health belief model on dietary behavior of Coronary Artery Bypass Graft patients. Iran Journal of Nursing 2010; 23(65): 50-60 [In Persian].
11. Williams A, Lindsell C, Rue L, Blomkalns A. Emergency department education improves patient knowledge of coronary artery disease risk factors but not the accuracy of their own risk perception. Preventive Medicine 2007; 44:520-25.
12. Islamic Republic News Agency. (2008). Available at: <http://www.irinn.ir>. [In Persian]
13. Kaati G, Bygren LO, Vester M, Karlsson AB, Sjostrom M. Outcomes of comprehensive lifestyle modification in patient setting. Patient Education and Counseling 2006; 62: 95-103.
14. Caulin-Glaser T, Falko J, Hindman L, Londe ML, Snow R. Rehabilitation is associated with an improvement in C-Reactive Protein levels in both men and women with cardiovascular disease. Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation 2006; 25: 332-33.
15. Loghmani L, Abbaszadeh A. Education on self care patients with heart failure in Kerman Hospital 2007; 8(64-65):8-13 [In Persian].
16. Khan SM, Jafary FH, Jafar TH, Faruqui AM, Rasool SI, Hatcher J, Chaturvedi N. Knowledge of modifiable risk factors of heart

diseas among patient with acute myocardial infarction in Karachi , Pakistan: a cros sectional study. BMC Cardiovascular Disorder 2006; 6:1-9.

17. Alm-Roijer C, Martin Stagmo, Uden G, Erhardt L. Better knowledge improves adherence to lifestyle changes and medication in patients with coronary heart disease . European Journal of Cardiovascular Nursing 2004; 3: 321- 330.

18. Shidfar MR, Hosseini M, Shojaei Zadeh D, Asasi N, Majlesi F, Nazemi S. Knowledge , attitudes and lifestyles in patients with unstable angina in Mashhad ,Iran. Payesh 2001; 2(1): 49-61[In Persian].

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.