

تاثیر آموزش بر میزان ترک سیگار و نگرش نسبت به سیگار کشیدن در بیماران بستری در بخش سی سی یو مرکز آموزشی درمانی حضرت علی ابن ابیطالب (ع) و مراجعه کننده به کلینیک ویژه قلب دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان (۱۳۸۴)

علی خدادادی زاده*^۱، گلناز فروغ عامری^۲، سکینه محمدعلیزاده^۲، حمید بخشی^۳

خلاصه:

زمینه و هدف: مصرف سیگار یکی از مهمترین عوامل زمینه ای بروز آرترواسکلروز و بیماری های عروق کرونر، محسوب می شود و شاید آموزش بتواند نگرش منفی و تمایل به ترک سیگار را افزایش دهد پژوهش حاضر در همین راستا و به منظور بررسی تاثیر آموزش بر نگرش و میزان ترک سیگار، در بیماران سیگاری بستری در بخش سی سی یو مرکز آموزشی درمانی حضرت علی ابن ابیطالب (ع) و مراجعه کنندگان به کلینیک ویژه قلب دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان انجام شد.

مواد و روش ها: آزمودنی های این تحقیق نیمه تجربی ۱۰۰ نفر از بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر بوده که حداقل یک سیگار در روز و ۷ سیگار در هفته می کشیدند که به روش نمونه گیری غیر احتمالی متوالی انتخاب، و به دو گروه مورد و شاهد تقسیم شدند. ابتدا پرسشنامه پژوهشگر ساخته، جهت سنجش اطلاعات دموگرافیک، میزان مصرف سیگار روزانه و نگرش نسبت به سیگار در اختیار بیماران گروه مورد و شاهد گذاشته و تکمیل گردید. سپس برنامه آموزشی ترک سیگار، به روش چهره به چهره در سه جلسه روی گروه مورد اجرا شد. در پایان جلسه آخر آموزش، کتابچه آموزشی به بیماران گروه مورد داده شد. در گروه شاهد هیچ گونه مداخله ای صورت نگرفت. یک ماه بعد در هر دو گروه پرسشنامه مجدداً تکمیل گردید.

یافته ها: آزمون های آماری نشان داد که میانگین میزان مصرف سیگار روزانه در گروه مورد، قبل از آموزش ۲۰/۲۰ بوده که بعد از آموزش به ۶/۱۴ کاهش پیدا کرده است. همچنین میانگین نمره نگرش بیماران گروه مورد قبل از آموزش ۳۳/۸ بود و بعد از آموزش به ۲۴/۵ کاهش پیدا کرد که آزمون آماری در هر دو وضعیت، اختلاف را معنی داری را نشان داد ($p < .0001$). در گروه شاهد، اختلاف میانگین میزان مصرف سیگار و میانگین نمره نگرش در دومرحله، از نظر آماری معنی دار نبود ($p > .05$).

نتیجه گیری: نتایج کلی این پژوهش نشان داد آموزش ترک سیگار به شیوه چهره به چهره، باعث تغییر نگرش و در نتیجه کاهش میزان سیگار مصرفی بیماران مورد مطالعه شد.

واژه های کلیدی: آموزش چهره به چهره، ترک سیگار، بیماری عروق کرونر، بخش سی سی یو، نگرش

*- مربی و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان- نویسنده مسئول

^۲- مربی و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

^۳- مربی و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

مقدمه

آترواسکلروز مهم ترین عامل تنگی عروق و در نهایت انسداد شرائین ویژه قلب و مغز ، کبد ، چشم و ... می باشد و بیشترین اهمیت آن در گرفتاری سرخرگ های مخصوص قلب است که حیات انسان را به طور جدی به مخاطره می اندازد عوامل زمینه ای متعددی، به این روند ناخواسته شتاب داده و سرانجام باعث انسداد کامل شریان و عواقب ناگوار بعدی می شوند. از جمله این عوامل ، بالا بودن سطح کلسترول ، تری گلیسرید سرم ، چاقی ، دیابت ، بی حرکتی ، پرفشاری خون و از همه مهم تر سیگار کشیدن را می توان نام برد [۱]. امروزه استفاده از ترکیبات تنباکو، یکی از عوامل خطر ساز اصلی و اولیه ایجاد بیماری شریان های کرونری قلب (CAD) ، می باشد. خطر موارد کشنده و غیر کشنده عارضه کم خونی بافت قلب، در سیگاری ها به میزان ۷۰-۶۰ درصد، بیشتر از غیر سیگاری ها است [۲-۱]. سیگاری ها ۲ تا ۳ برابر بیشتر از غیر سیگاری ها، درخطر مرگ ناشی از کم خونی بافت ماهیچه قلب قرار می گیرند [۳]. کشیدن سیگار یک مشکل بهداشتی همگانی است و به تنهایی یک عامل خطر ساز بزرگ، برای انواع بدخیمی ها مثل سرطان ریه و بیماری های قلبی و عروقی است [۴]. مطالعات آینده نگر نشان داده است که درجه مرگ و میر مردان سیگاری ۸۰-۳۰ درصد بیشتر از مردان غیر سیگاری است [۵]. تنها در انگلستان بیش از ۱۲۰۰۰۰ نفر سالیانه در اثر استعمال دخانیات می میرند و هر ساعت بیش از ۱۳ نفر جان خود را از دست می دهند [۱]. مطالعات مرکز قلب فرامینگهام آمریکا، نشان داده که مرگ و میر ناشی از بیماری های قلبی در مردان ۱۸ درصد و در زنان ۳۱ درصد به ازای هر نخ سیگار در روز می باشد و در عوض ترک سیگار، باعث کاهش خطر بیماری های قلبی و عروقی در حدود ۳۵-۳۰ درصد می شود [۲]. سیگاری ها دو برابر غیر سیگاری ها در بیمارستان بستری می شوند [۳-۶]. خطر ایجاد و پیشرفت بیماری عروق کرونر، مستقیماً به تعداد سیگار مصرفی در روز ارتباط دارد [۷]. خطر مرگ ناشی از بیماری های قلبی در مردان سیگاری ۱۰ برابر و در زنان سیگاری ۵ برابر بیشتر از

غیر سیگاری هاست که در صورت ترک ، بعد از یکسال به نصف می رسد و بعد از ۵ تا ۱۵ سال مشابه افرادی می شود که اصلاً "سیگار نکشیده اند [۳].

در انگلستان سالیانه میلیون ها پوند صرف درمان بیماری های ناشی از سیگار می شود [۵-۸]. که باید هزینه های ناشی از سیگاری های غیر فعال را نیز به آن اضافه کرد که تقریباً معادل ۴۱۰ میلیون پوند در سال تخمین زده می شود [۹]. همچنین به این میزان باید هزینه های غیبت از کار به دلیل بیماری های ناشی از آن، وقفه بین ساعات کار و تلفات ناشی از آتش سوزی به دلیل سیگار را افزود [۹-۱۰]. در سیگاری ها تجمع پلاکتی بیشتر بوده و در نتیجه انعقادپذیری خونشان بیش از غیر سیگاری هاست [۲]. میزان چربی های مفید (HDL) در مردان سیگاری ۱۲٪ و در زنان سیگاری ۷٪ نسبت به غیر سیگاری ها پایین تر است . در مطالعه ای که روی ۳۴ هزار نفر مرد به مدت ۲۲ سال در انگلستان انجام شد، نشان داد که ۵۲٪ همه موارد مرگ با عارضه قلبی و عروقی را سیگاری ها تشکیل می دهند که ۳۱٪ آن مربوط به بیماری ناشی از کم خونی بافت قلبی بوده است [۱]. بعد از ترک سیگار، خطر بیماری عروق کرونر به سرعت کاهش پیدا کرده و حدوداً "سه سال بعد از ترک ، مشابه افرادی می شود که هرگز سیگار نکشیده اند [۲]. در ایران ۳۸٪ علل کل مرگ و میر را سکت قلبی تشکیل می دهد که با توجه به سیر صعودی آن هیچ اقدام عاجلی در جهت پیشگیری و کاهش آن انجام نمی گیرد [۱۱] . متأسفانه سرانه مصرف سیگار در هر روز برای افراد سیگاری ایران ۱۳/۶ نخ و شتاب روی آوری به استعمال دخانیات بین سنین ۲۴-۱۵ سالگی است . مصرف سالانه ۳۲ میلیارد نخ سیگار، روزانه حدود ۶۰ میلیون تومان از درآمد و سرمایه مردم سوخته و دود می شود این در حالی است که هزینه های تشخیص و درمان بیماری های ناشی از سیگار دو برابر هزینه های استعمال آن است [۱۲] .

برای تشویق مردم به اجتناب از مصرف دخانیات و یا ترک سیگار، راه های متعددی پیش روی مسئولین بهداشتی درمانی

آموزشی موثر به مددجویان و نگرستن جدی و موثر به این موضوع گام برداشته و راه گشای مبارزه با این معضل بزرگ اجتماعی و بهداشتی درمانی باشند.

مواد و روش ها

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی مورد شاهدهی است که در آن تاثیر آموزش ترک سیگار به روش چهره به چهره بر میزان ترک سیگار و نگرش نسبت به سیگار در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر سیگاری مورد پژوهش قرار گرفته است. نمونه پژوهش ۱۰۰ نفر از بیماران مبتلا به نارسایی عروق کرونر سیگاری (کم خونی بافت قلب) مراجعه کننده به کلینیک قلب و بستری در بخش سی سی یو دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان در سال ۱۳۸۴ بوده است که حداقل ۷ سیگار در هفته می کشیدند. نمونه ها به روش غیر احتمالی متوالی، با توجه به ویژگی های مورد نظر انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه شاهد (۵۰ نفر) و مورد (۵۰ نفر) تقسیم شدند. ابزار گردآوری داده ها ، پرسشنامه پژوهشگر ساخته شامل دو بخش: ۱۷ سوال مربوط به اطلاعات دموگرافیک و تعداد سیگار مصرفی روزانه ، ۲۰ عبارت مربوط به سنجش میزان نگرش بر اساس مقیاس ۵ درجه ای لیکرت بود . جهت تعیین روایی ابزار از روش اعتبار محتوا با نظر خواهی از چند تن از اساتید صاحب نظر استفاده گردید که روایی تک تک سوالات بین ۰/۸ تا ۱ به دست آمد و جهت تعیین پایایی ابزار از روش آزمون مجدد استفاده گردید که در دو مرحله به فاصله یک هفته به ۱۰ نفر از بیماران که واجد شرایط بودند داده شد که در مطالعه مقدماتی ثبات ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و بعد از گردآوری اطلاعات ۰/۷۵ بود و نتیجه ضریب همبستگی نمرات در دو نوبت ۰/۹۰ به دست آمد. ابزار گردآوری اطلاعات در گروه مورد در دو نوبت قبل آموزش و بعد از آموزش و در گروه شاهد بدون هیچ مداخله ای در دو نوبت به فاصله یک ماه تکمیل گردید .

آموزش در سه جلسه و هر جلسه حدود ۳۰ دقیقه در بخش و در کلینیک روی بیماران گروه مورد انجام شد در صورتی که بیماران گروه مورد قبل از پایان جلسات آموزش

وجود دارد که شاید یکی از مهمترین اقدامات، آموزش و بالا بردن سطح آگاهی جامعه از خطرات دخانیات بویژه سیگار است هرچند ارتقاء آگاهی به تنهایی کافی نبوده و ایجاد نگرش منفی به سیگار هم ضرورت دارد در مطالعه که اسدپور در ۱۳۷۷ انجام داد به این نتیجه رسید که آگاهی، نگرش، عملکرد و میزان مصرف سیگار، در افراد تحت مطالعه بعد از آموزش تغییر کرده است [۱۳]. همچنین در پژوهشی که سهیلی (۱۳۶۹) انجام داد، آگاهی افراد از مضرات سیگار در گروهی که آموزش ندیده بودند، پائین بوده است [۱۴]. Frances و Stillman نیز یک برنامه آموزشی ترک سیگار را روی ۵۰۰ بیمار قلبی بستری در CCU انجام دادند که در طی ماه اول ۲۰ تا ۴۰٪ و بعد از یکسال ۴۰٪ نمونه ها سیگار را ترک کرده بودند [۳]. Burrows و Haddock یک برنامه ترک سیگار را روی ۶۰ بیمار جراحی انجام دادند که رفتارهای مثبت ترک سیگار بعد از آموزش در ۸۰٪ گروه تجربی دیده شد [۱۵]. همچنین در مطالعه ای در سال ۱۹۹۶ ثابت شد که جایگزین های نیکوتین به تنهایی موثر نبوده ولی همراه با برنامه های آموزشی، باعث ترک موفق سیگار شده اند [۱۶]. سیگاری ها معمولاً با اولین تصمیم، نمی توانند سیگار را ترک کنند بلکه ترک سیگار، نتیجه یک تصمیم هوشیارانه و از روی آگاهی می باشد به هر صورت این موضوع مشخص شده است که تعداد زیادی از سیگاری ها که تصمیم به ترک می گیرند با وجود کوشش زیاد به تنهایی در انجام آن ناموفق بوده اند [۹].

با عنایت به مطالب فوق و از آنجا که بیماران قلبی، آموزش در مورد سیگار را بهتر قبول کرده و اجرا می کنند و فواید و اثرات سریعتر ترک در آنان در مقایسه با سایر بیماران بالاتر است [۱۷- ۱۸] و با توجه به هدف اصلی مراقبین بهداشتی در جهت سیاست های کنترل تنباکو، پژوهشگران در راستای نقش های درمانی و مراقبتی خود، آموزش ترک سیگار را در بیماران قلبی انجام داده و اثر بخشی آن را مورد تجزیه و تحلیل قرار دادند تا با استفاده از نتایج آن سیستم پزشکی، پرستاری و بهداشتی درمانی در جهت ایجاد یک سیستم

سیگار در والدین بیماران (۷۴٪) و فراوانی فرزندان سیگاری بیماران (۳۲٪) به دست آمد. در پاسخ به این سوال که "بهترین راه پیشگیری از مصرف سیگار، چیست؟" سرگرمی و تفریح بیشترین پاسخ را به خود اختصاص داد (۳۶٪)، بیشترین درصد عکس العمل خانواده، "کمی ناراحت" (۴۲٪) و بیشترین درصد ترک، در ماه اول بعد از آموزش (۴۶٪) بوده است.

آزمون آماری t بین میانگین مصرف سیگار قبل و بعد از آموزش تفاوت معنی داری را نشان داد ($p < 0.0001$). در حالی که در گروه شاهد بین میانگین سیگار مصرفی مرحله اول و دوم پرسشنامه تفاوت معنی داری دیده نشد (جدول ۱). در ضمن اختلاف بین میانگین نمره نگرش این گروه از بیماران قبل از آموزش (۳۳/۸) با بعد از آموزش (۲۴/۵) معنی دار است ($p < 0.0001$) که این اختلاف به صورت کاهش نگرش مثبت نسبت به سیگار بعد از آموزش، نمود پیدا کرد. ضریب همبستگی پیرسون ارتباط معنی داری را بین نمره نگرش و تعداد سیگار مصرفی در هر دو گروه نشان داد ($p < 0.0001$) و همچنین بین میانگین نمره نگرش مرحله اول تکمیل پرسشنامه (۳۳/۳) و مرحله دوم (۳۲/۸)، تفاوت معنی داری وجود نداشت (جدول ۲).

ترخیص می شدند، ادامه آموزش در منزل این بیماران به اجرا در می آمد. در بیماران مراجعه کننده به کلینیک قلب، جلسه اول آموزش در کلینیک و جلسات بعدی در منزل آنان اجرا گردید و در پایان جلسه سوم، کتابچه آموزشی در مورد ترک سیگار به بیماران گروه مورد داده شد و تاریخ تکمیل مجدد پرسشنامه (یک ماه بعد) اعلام گردید.

اطلاعات جمع آوری شده از طریق نرم افزار SPSS کامپیوتریزه و از آمار توصیفی، آزمون آماری t و ضریب همبستگی پیرسون برای ارزیابی و تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شد.

نتایج

در این پژوهش میانگین سنی بیماران ۵۰ سال بود. کمترین فراوانی در رده سنی ۴۶-۵۵ سال (۳۲٪) و رده های سنی زیر ۴۶ و بالای ۵۵ سال به بالاتر دارای فراوانی یکسان (۳۴٪) بودند. بیشترین سطح تحصیلات نمونه ها، راهنمایی و دبیرستان (۴۲٪) و شغل اکثر آنان آزاد (۴۲٪) بود. بیشترین درصد سن شروع سیگار، از ۲۰ سال به بالا (۴۴٪) - بیشترین درصد مدت مصرف سیگار، مربوط به بیشتر از ۳۰ سال (۴۰٪)، بیشترین درصد نوع سیگار مصرفی، سیگار خارجی (۶۲٪)، بیشترین درصد محل شروع سیگار، محل کار (۴۲٪) - بیشترین عامل ایجاد انگیزه مصرف و آشنایی با سیگار، دوستان (۷۸٪) گزارش شد. فراوانی میزان مصرف

جدول ۱: مقایسه میانگین میزان مصرف سیگار در گروه مورد و شاهد قبل و بعد از آموزش

متغیر	تعداد	قبل از آموزش		بعد از آموزش	
		میانگین مصرف سیگار در روز	انحراف معیار	میانگین مصرف سیگار در روز	انحراف معیار
گروه مورد	۵۰	۲۰/۲	۳/۱۵	۶/۱۴	۲/۷۸
گروه شاهد	۵۰	۱۹/۷۵	۳/۴۲	۱۹/۱	۳/۱
					p.value
					< 0.0001
					> 0.05

جدول ۲: مقایسه میانگین نمرات نگرش گروه مورد و شاهد قبل و بعد از آموزش

متغیر	تعداد	قبل از آموزش		بعد از آموزش	
		میانگین نمره نگرش	انحراف معیار	میانگین نمره نگرش	انحراف معیار
گروه مورد	۵۰	۳۳/۸	۲/۶۱	۲۴/۵	۱/۹
گروه شاهد	۵۰	۳۳/۳	۲/۲	۳۲/۸	۱/۹۸
					p.value
					<۰/۰۰۰۱
					>۰/۰۵

بر حسب ویژگی های فردی، فقط در ویژگی نوع تشخیص (سکته قلبی و آنژین ناپایدار)، بین میزان سیگار مصرفی قبل و بعد از آموزش، اختلاف معنی دار آماری دیده شد که در بیماران سکته قلبی، کاهش بیشتری را بعد از آموزش نشان داد ($p < 0/05$) از نظر آماری، تفاوت معنی داری بین تفاوت نگرش بیماران قبل و بعد از آموزش، بر حسب ویژگی های فردی به خصوص نوع تشخیص، وجود نداشت.

بحث

به طور کلی یافته های این پژوهش نشان داد که میانگین سنی بیماران مورد مطالعه ۵۰ سال بود که با توجه به سن شروع علائم بیماری های عروق کرونر از میانسالی به بالاتر و افزایش درصد شیوع سکته قلبی در سنین بالای چهل سال [۵] و بر اساس میانگین سنی $10/3 + 57/9$ افراد بستری در بخش CCU [۱۱] دور از انتظار نمی باشد. بیشترین فراوانی سن شروع سیگار در مطالعه ما، مربوط به بالای ۲۰ سال [۵۶] با عنایت به میانگین سنی ۵۰ سال دور از انتظار نیست ولی بر اساس مطالعات، متاسفانه در حال حاضر شتاب روی آوری به سیگار از سنین پایین (۱۵-۲۴) می باشد که هشدار است به برنامه ریزان و مسئولین کشور برای مبارزه با این معضل اجتماعی [۱۲]. بیشترین فراوانی مدت زمان سیگار کشیدن در بیماران مورد مطالعه، بیش از ۳۰ سال [۴۰] به دست آمد که پژوهش های دیگر نشان داده اند افرادی که به دلیل بیماری های ناشی از سیگار در بیمارستان بستری می شوند، در ۵۰٪ موارد مدت ۳۹-۳۰ سال سابقه

سیگار کشیدن دارند [۳]. بیشترین فراوانی نوع سیگار مصرفی، مربوط به سیگار خارجی (۶۲٪) بود که با مطالعه دیگری، که میزان مصرف سالیانه سیگار در ایران را ۲۴/۴ میلیارد نخ گزارش کرده که از این تعداد ۱۴/۸ میلیارد نخ آن خارجی و ۱۰ میلیارد نخ آن را سیگار ایرانی تشکیل می داد [۱۲]. همخوانی دارد. بیشترین محل شروع سیگار مربوط به محل کار (۴۲٪) و سپس مدرسه (۲۸٪) بود و بیشترین فراوانی مربوط به ایجاد انگیزه و آشنایی با سیگار توسط دوستان به دست آمد که نتایج پژوهشی دیگر، این موضوع را ثابت می کند [۱۳]. نتایج پژوهشی که Willemssen و همکاران انجام دادند، نشان داد که افراد یک سوم روز را در محیط کار گذرانده (۴۲٪) کارکنان در محیط سیگار کشیده و سیگاری هستند و محل های کار از پتانسیل قوی جهت سیگاری شدن افراد برخوردارند [۱۹]. همچنین تحقیقات دیگر نشان داده است که در ایران بیشتر دانش آموزان سیگاری، دارای دوستان سیگاری بوده اند [۲۰]، معمولاً ۲/۵ تا ۵/۴ درصد دانش آموزان، به سیگار کشیدن عادت دارند [۲۲]، که نقش مدرسه و محیط کار را در سیگاری شدن افراد نشان می دهد. بیشترین فراوانی والدین سیگاری بیماران (۷۴٪) یا ۳۲ نفر بود که تحقیقات دیگر در ایران نشان داده است در بیشتر افراد سیگاری یکی از والدین یا اعضاء خانواده شان سیگاری بوده اند [۱۳، ۲۰، ۲۱]. از دیدگاه بیماران مورد مطالعه، بهترین راه پیشگیری از سیگار، سرگرمی و تفریح (۳۶٪) ذکر شده و بیشترین فراوانی عکس العمل خانواده در مقابل سیگار کشیدن

بیمار، کمی ناراحت (۴۲٪) بدست آمد در تحقیقی که سیام (۱۳۷۵) انجام داد، ایجاد تفریحات سالم و سرگرمی های مفرح، پرکردن اوقات فراغت جوانان، آگاهی از مضرات سیگار و ایجاد مراکز تفریحی ورزشی بیشترین فراوانی را در نظر سنجی ها به خود اختصاص دادند [۲۰] در پژوهشی که سهرابی و همکاران (۱۳۶۹) انجام دادند ۳/۱٪ علت اعتیاد به سیگار در جمعیت مورد مطالعه، کم توجهی و بی تفاوتی بودن خانواده گزارش گردید [۲۲].

در این مطالعه، میانگین سیگار مصرفی روزانه در گروه مورد قبل و بعد از آموزش معنی دار بود. در مطالعه ای که Ruiz (۱۹۹۷) انجام داد ۵۱٪ بیماران مورد مطالعه، در طی چهار هفته اول بعد از آموزش ترک سیگار، سیگار خود را ترک کردند [۱۶]. Frances و Stillman می نویسند ۲۰ تا ۶۰ درصد بیمارانی که سکتته قلبی کرده و آموزش ترک سیگار می گیرند، سیگار خود را در ماه اول ترک می کنند [۳]. در پژوهش اسدپور (۱۳۷۷) میانگین مصرف سیگار قبل از آموزش ۶/۴ و بعد از آن به ۰/۲ تقلیل پیدا کرده بود [۱۳]. در پژوهش دیگری که Haddock و Burrows (۱۹۹۷) انجام دادند ۸۰٪ بیماران مورد مطالعه تحت آموزش ترک سیگار و گیرنده دفترچه آموزشی، سیگار خود را ترک یا کم کرده بودند [۱۵]. در مطالعه ما ارتباط بین نگرش و تعداد سیگار مصرفی روزانه بعد از آموزش، معنی دار گزارش شد که این موضوع دال بر تاثیر آموزش بر نگرش و در نتیجه کاهش مصرف سیگار می باشد و در پژوهشی که اسد پور (۱۳۷۷) انجام داد، نتیجه مشابهی به دست آمد [۱۳].

در این مطالعه، میانگین سیگار مصرفی روزانه در گروه مورد قبل و بعد از آموزش معنی دار بود. در مطالعه ای که Ruiz (۱۹۹۷) انجام داد ۵۱٪ بیماران مورد مطالعه، در طی چهار هفته اول بعد از آموزش ترک سیگار، سیگار خود را ترک کردند [۱۶]. Frances و Stillman می نویسند ۲۰ تا ۶۰ درصد بیمارانی که سکتته قلبی کرده و آموزش ترک سیگار می گیرند، سیگار خود را در ماه اول ترک می کنند [۳]. در پژوهش اسدپور (۱۳۷۷) میانگین مصرف سیگار قبل از آموزش ۶/۴ و بعد از آن به ۰/۲ تقلیل پیدا کرده بود [۱۳]. در پژوهش دیگری که Haddock و Burrows (۱۹۹۷) انجام دادند ۸۰٪ بیماران مورد مطالعه تحت آموزش ترک سیگار و گیرنده دفترچه آموزشی، سیگار خود را ترک یا کم کرده بودند [۱۵]. در مطالعه ما ارتباط بین نگرش و تعداد سیگار مصرفی روزانه بعد از آموزش، معنی دار گزارش شد که این موضوع دال بر تاثیر آموزش بر نگرش و در نتیجه کاهش مصرف سیگار می باشد و در پژوهشی که اسد پور (۱۳۷۷) انجام داد، نتیجه مشابهی به دست آمد [۱۳].

در این مطالعه، میانگین سیگار مصرفی روزانه در گروه مورد قبل و بعد از آموزش معنی دار بود. در مطالعه ای که Ruiz (۱۹۹۷) انجام داد ۵۱٪ بیماران مورد مطالعه، در طی چهار هفته اول بعد از آموزش ترک سیگار، سیگار خود را ترک کردند [۱۶]. Frances و Stillman می نویسند ۲۰ تا ۶۰ درصد بیمارانی که سکتته قلبی کرده و آموزش ترک سیگار می گیرند، سیگار خود را در ماه اول ترک می کنند [۳]. در پژوهش اسدپور (۱۳۷۷) میانگین مصرف سیگار قبل از آموزش ۶/۴ و بعد از آن به ۰/۲ تقلیل پیدا کرده بود [۱۳]. در پژوهش دیگری که Haddock و Burrows (۱۹۹۷) انجام دادند ۸۰٪ بیماران مورد مطالعه تحت آموزش ترک سیگار و گیرنده دفترچه آموزشی، سیگار خود را ترک یا کم کرده بودند [۱۵]. در مطالعه ما ارتباط بین نگرش و تعداد سیگار مصرفی روزانه بعد از آموزش، معنی دار گزارش شد که این موضوع دال بر تاثیر آموزش بر نگرش و در نتیجه کاهش مصرف سیگار می باشد و در پژوهشی که اسد پور (۱۳۷۷) انجام داد، نتیجه مشابهی به دست آمد [۱۳].

در این مطالعه تفاوت تعداد سیگار مصرفی روزانه قبل و بعد از آموزش در ویژگی تشخیص بیماری از نظر آماری، معنی دار شده است که در گروه MI (سکتته قلبی) کاهش بیشتری را نشان می دهد و همسو با نتایج Willemessen و همکاران بوده و احتمالاً به دلیل وخامت بیماری و درک خطرات و بنا بر دقت بیشتر و قبول بهتر فرآیند آموزش و اثر گذاری آن بوده است [۱۹]. Frances و Stillman (۱۹۹۵) می نویسند شدت سکتته قلبی و تعداد عروق بسته شده بر روی میزان

منابع

- ۱) عبدالرحیمی ص ع . سیگار و بیماریهای قلب و عروق . مجله بیماریهای قلب و عروق، شماره اول ، سال ششم، ۱۳۷۵.
- 2) Braunwald H. A text book of cardio vascular medicin . Saunders Co, 2000.pp:2.
- 3) Frances A, stillman D. Smoking cessation for the hoospitalized cardiac patient : Rational for and report of a model program . Journal Cardis Vas Nurs. 1995;2:38.
- 4) Ockene JK, Kuller LH, Svendsen KH, Meilahn E. The relationship of smoking cessation to coronary heart disease and lung cancer in the multiple risk factor intervention trial (MRFIT). Am J Pub Health 1990;80:9548.
- 5) Secretary of State for Health and Secretaries of State for Scotland. Wales and Northern Ireland. Smoking kills: A white paper on tobacco. London: Stationery Office;1998;25-32.

شهر رشت در باره سیگار . مجله بهداشت جهان . سال دهم، شماره سوم، ۱۳۷۸.

15) Haddock J and Burrows C. The role of the nurse in health promotion and evaluation of smoking cessation programs in surgical preadmission clinics. *Journal of Advanced Nursing*, 1997;42(12):1018-1110.

16) Ruiz J. Smoking cessation with 16h nicotine patch. *Respir J*. 1997;10: 573-75.

17) Hanson MJ. The theory of planned behavior applied to cigarette smoking in african: American puertorica, and hispanic white teenage females. *Nursing Research*, May/June. 1997;5(12);38-45

18) Harry L and Gritz Y. Smoking cessation . *JAMA*, Jan/Apr 1996;51(182):31-4

19) Willemsen M and other. Long- Term effectiveness of Two Dutch work site smoking cessation program . *JAMA* ,1997;51(194):418-19.

۲۰) سیام ش. بررسی میزان آگاهی ، عقاید و رفتار دانش آموزان پسر دبیرستانهای شهر رشت در باره سیگار . مجله بهداشت جهان. سال دهم، شماره سوم ، ۱۳۷۸.

۲۱) لیاقت غ. استرس و اعتیاد به مواد مخدر. مجله بهداشت جهان. شماره سوم، سال نهم، ۱۳۷۷

۲۲) سهرابی ف. مسئله سیگار در آینه تحقیق (بررسی عوامل موثر در گرایش دانش آموزان به سیگار). تهران: انتشارات مدرس ، ۱۳۶۹.

6) Freedman D and etal .Relation of cigarette smoking to Not Hodykins lymphoma, among middle aged men. *American journal of Epidemiology*. 1998;143(9):45.

7) Thelan La, and etal. Text book of critical care nursing diagnosis and management. Mosby Co , 1998, pp:169.

8) Royal College of Physicians. Nicotine addiction in Britain: a report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. London:Royal College of Physicians; 2000;16-22.

9) Godfrey C, Edward H, Raw M, Sutton M. The smoking epidemic: a prescription for change. London:Health Education Authority; 1993.

10) Godfrey C. The economics of nicotine regulation. *Proceedings of the Second European Conference of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*. London:The Society ,Nov1999: 25-26.

۱۱) مسیح نیا ف. تغییرات عوامل خطر انفارکتوس میوکارد در رابطه با گذشت زمان . پژوهنده . شماره هفتم، ۱۳۷۶.

۱۲) محمد ک، و همکاران : وضعیت استعمال سیگار در ایران . مجله علمی نظام پزشکی . دوره شانزدهم ، ۱۳۷۷.

۱۳) اسدپور م. بررسی تاثیر آموزش به روش بحث گروهی به دانش آموزان دبیرستانهای شهر رفسنجان روی آگاهی ، نگرش و عملکرد آنها نسبت به سیگار در سال ۱۳۷۷. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری . دانشگاه تربیت مدرس ، تهران ، ۱۳۷۷.

۱۴) سهیلی ث . بررسی میزان آگاهی از مضرات سیگار و تمایل به استفاده از آن در دانش آموزان پسر دبیرستانهای

Role of and training in smoking cessation rate and attitude change in CAD patients referred to the CCU and health services of the Rafsanjan University of Medical Sciences(2005).

A.khodadadiZadeh.MSc^{1*},G.Froughameri.MSc²,S.Mohammadalizadeh.MSc²,H.Bakhshi MSc¹

1- Academic Member, Dep of Nursing, University of Medical Sciences, Rafsanjan Iran

2- Academic Member, Dep of Nursing, University of Medical Sciences, Kerman Iran

*: Corresponding author Tel: 03525223001-4

Background and Objective: Smoking is one of the most important risk factors for CAD and atherosclerosis. Public education and training may encourage people to quit smoking and cause a negative attitude toward it. This study carried out to determine the effectiveness of education referred to the CAD patients in Rafsanjan University of Medical Sciences Heart clinics and CCU ward.

Material and Methods: This study was done on 100 patients with CAD who smoked at least one cigarette daily (7 cigarettes weekly). They were selected by convenience nonrandomized sampling method and divided into two groups, case and control. A research questionnaire consisting of demographic information, daily smoking rate, and attitude status of the participants about smoking was completed prior to launching three face-to-face training sessions about the detrimental effects of smoking for the case group. An instruction pamphlet was handed out at the end of the last session. The control group received nothing. One month after education, both groups completed the questionnaire again.

Results: The results showed that in the case group, the mean daily smoking rate (MDSR) was decreased from 20.20 before education to 6.14 after education. Also the attitude status score (ASS) was diminished from 33.8 to 24.5. These changes were highly significant ($p < 0.0001$) compared to the control group (from 19.7 to 19.1 for MDSR and from 33.3 to 32.8 for ASS respectively $p > 0.05$).

Conclusion: This study indicated that education and training had a significant role in reducing smoking rate and changing attitude toward it. Therefore, we suggest to the local health policy makers to be aware of public opinions and attract their attention toward the life-threatening side effects of smoking using continuous education and training.

Keywords: Smoking Cessation, Face-to-Face Education, CCU, Coronary Artery Diseases, Attitude.