بررسی آگاهی، نگرش و سبک زندگی بیماران مبتلا به آنژین صدری نا پایدار در بیمارستان‌های دانشگاهی شهر مشهد

محمدرضا شیدفر:* دانشجوی دکتری تخصصی، آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر داوود شجاعی‌زاده: دانشیار، گروه خدمات بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر مصطفی حسینی: استادیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر نازیلا اساسی: استادیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر فرشته مجلسی: دانشیار، گروه خدمات بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر سعید ناظمی: استادیار، گروه قلب و عروق، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مشهد

فصلنامه پایش
سال دوم شماره اول زمستان ۱۳۸۱ صص ۶۱-۴۹
تاریخ پذیرش مقاله:۱۳۸۱/۸/۲۱

چکیده

آنـژین صـدری نا پایدار یکی از خطرناک‌ترین حالات ایسکمی به‌شمار می‌رود و تعدیل سبک زندگی به‌وسیله آموزش بهداشت در زمیـنه آگاهـی از عـوامل خطر و تغییر نگرش بیماران عامل مهمی در بهبود پیش آگهی آن است. این مطالعه به روش توصیفی بـرای بررسـی میـزان آگاهـی، وضـعیت نگـرش و سبک زندگی این بیماران به منظور برنامه‌ریزی آموزشی در دو بیمارستان اصلی دانشگاهی شهر مشهد بر روی ۱۸۰ بیمار و با استفاده از روش Sequential sampling انجام شده است.

شـرکت کنـندگان بـه ۸۲ سؤال پرسشنامه در زمینه آگاهی، نگرش و سبک زندگی پاسخ دادند و یافته‌ها بر پایین بودن سطح کلـی آگاهی در باره عوامل خطر قلبی، درمان، تبعیت (Compliance) از پزشک دلالت داشتند، همچنین یافته‌های مطالعه حاکی از آن بـود که آگاهی بیماران از رفتارهای مولد درد بسیار ناکافی است. نگرش افراد در زمینه درک شدت بیماری، حساسیت فردی بـرای ابـتلای مجـدد و میـزان کنتـرل شخصی بر سلامتی نسبتاً پایین بود و خلاصه آن‌که موانع مهم انجام رفتار صحیح بهداشتی عبارت بودند از؛ عدم وجود کلاس‌های آموزشی، غیر قابل تحمل بودن هزینه خدمات درمانی و موانع خانوادگی.

ایـن پـژوهش، لـزوم آمـوزش بـه بـیمار توسـط کارکنان مراقبت‌های بهداشتی، توجه پزشکان به باورهای بیماران خود و ارایه توصیه‌های دقیق و برنامه ریزی شده به ایشان را مورد تأکید قرار می‌دهد.

کلیدواژه‌ها: آگاهی، نگرش، سبک زندگی، آنژین صدری، آموزش بیمار

*نویسنده اصلی: خیابان انقلاب اسلامی، خیابان قدس، ضلع شرقی دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، طبقه چهارم، گروه خدمات بهداشتی
تلفن: ۸۹۵۱۳۹۱ نمابر: ۶۴۶۲۲۶۷
E-mail: m-shidfar@mums.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1381.2.1.7.2]

مقدمه

بیماری‌های قلبی و در رأس آنها بیماری ایسکمی قلبی یکی از جدی‌ترین مشکلات مرتبط با سلامتی جهان درسال‌های پایانی قرن بیستم و سال‌های آغازین قرن بیست و یکم به‌شمار می‌رود. امروزه بیماری ایسکمی قلبی مسئول حدود ۳۵ درصد مرگ‌ها در کشورهای درحال توسعه و حدود ۳۰ درصد تمام مرگ‌ها در سراسر جهان است[۱]. از طرفی درحالی که در سال ۱۹۹۰ حدود ۳۰ درصد مرگ‌ها ناشی از بیماری‌های قلبی بوده است، انتظار می‌رود تا سال ۲۰۲۰ این بیماری‌ها سبب ۴۰ درصد مرگ ها در سراسر جهان باشند و نیز برآورد می‌شود که در این سال بیماری ایسکمیک قلبی در رأس ۱۵ علت بار جهانی بیماری‌ها قرار گیرد [۲]. در ایران نیز بیماری‌های ایسکمیک قلبی اولین علت مرگ و میر در افراد بالاتر از ۳۵ سال محسوب می‌شوند [۳]. در میان این بیماری‌ها، آنژین صدری ناپایدار تقریباً خطرناک‌ترین حالت است، زیرا مرگ و میر آن بسیار بالا است. این بیماری به‌علت تغییر در باریک شدن شریان‌های اصلی تغذیه کننده قلب پدید می‌آید و اکنون بیشتر از نیمی از موارد پذیرش در بخش‌های مراقبت ویژه را شامل می‌شود. بیمارانی که با یک حمله آنژین ناپایدار بستری شده‌اند، خود را به‌عنوان بیمارانی که خطر عود بالایی دارند معرفی کرده‌اند[۴].

با توجه به وجود انبوهی از شواهد که نشان‌دهنده وجود رابطه میان سبک زندگی افراد و ابتلا به بیماری ایسکمیک قلبی است، ضرورت تأکید بر تعدیل سبک زندگی به‌عنوان عامل مهمی در تعین پیش‌آگهی و عوارض این بیماری کاملاً برجسته و قابل توجیه است. برای مثال ترک سیگار بعد از انفارکتوس میوکارد، خطر حمله قلبی را به نصف و کاهش کلسترول پس از MI خطر حمله قلبی جدید را تا ۳۵ درصد کاهش می‌دهد[۵]. از طرفی آموزش بهداشت در زمینه عوامل خطر قابل تغییر و سبک زندگی (Life style) و نیز تغییر نگرش بیماران نسبت به وضعیت خود برای اتخاذ رفتارهای ارتقادهنده سلامتی ضروری به‌نظر می‌رسد.

از طرف دیگر پژوهش‌ها در زمینه مداخلات فشرده در پیشگیری اولیه، با هدف تشویق افراد برای سبک زندگی سالم ،گویای آن هستند که این رویکرد نفع قابل اندازه گیری اندکی به‌همراه دارد. به باور بسیاری از محققان، احتمال بیشتری وجود دارد که پیشگیری سطح دوم موفقیت آمیزتر و مؤثرتر از پیشگیری اولیه باشد. در واقع هدف قرار دادن پیشگیری برروی بیماران دارای بیماری قلبی در مقایسه با کل جمعیت قابل ترجیح است، زیرا احتمال بیشتری وجود دارد که بیماران از تغییر سبک زندگی به بهترین وجه بهره ببرند و چنین به‌نظر می‌رسد که برای پذیرش تغییردر سبک زندگی دارای انگیزش بسیار بالایی هستند[۶]. همچنین با آموزش بیمار درباره بیماری او و درمان‌های موجود،بیماران به نحو بهتری قادر هستند بیماریشان را کنترل نموده، زندگی خود را طولانی و کیفیت زندگی را بهتر کنند[۷].

در جریان یک پژوهش مشاهده شد کسانی که آگاهی بیشتر و نگرش مثبت‌تری دارند رژیم غذایی و ورزش را بهتر رعایت می‌کنند[۸]. برخی پژوهش‌ها نیز مطالب زیر را متذکر می‌شوند:

بیماران از آگاهی از جزئیات مربوط به حمله قلبی به‌عنوان نشانه مهم یک بیماری جدی که درمان و تغییر رفتاری طولانی مدت را می‌طلبد بهره خواهند برد[۹]. اگر چه داشتن اطلاعات به تنهایی کافی نیست، اما آگاهی از این که یک عامل یا وضعیت خاص، عامل خطری برای بیماری است، پیش شرطی ضروری برای اتخاذ تصمیمات منطقی در مورد سلامتی و تغییرات رفتاری در نظر گرفته شده و غالباً هدف برنامه‌های پیشگیری قرار گرفته است[۱۰]. تمایل بیماران به پذیرش راهبردهای پیشگیری سطح دوم به‌دنبال یک واقعه قلبی تحت تأثیر ادراک آنها از شرایط خود قرار می‌گیرد[۱۱] و نیز برای مؤثر واقع شدن خدمات پیشگیری سطح دوم، کارکنان مراقبت‌های بهداشتی (پرستاران) باید از آگاهی و نگرش بیماران آگاه باشند تا آموزش بهداشت را به نحو مؤثر ارایه نمایند[۱۲].

یکی از نظریاتی که در زمینه پیشگویی رفتارهای بهداشتی وتبعیت از درمان‌های توصیه شده هنگام بیماری کاربرد زیادی دارد نظریه اعتقاد بهداشتی (Health Belief Model -HBM) است که براساس آن احتمال درگیر شدن افراد در رفتارهای مرتبط با سلامتی برآیند ابعاد مختلفی است و برای آن که فرد اقدام پیشگیرانه را در تمام سطوح پیشگیری در برابر یک بیماری انجام دهد، باید: ۱- احساس کند که بیماری پیامدهای جدی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1381.2.1.7.2]

در بردارد (شدت درک شده)، ۲- احساس کند به صورت فردی حساسیت و استعداد ابتلا به آن بیماری را دارد (حساسیت درک شده) ۳- احساس کند که رفتار پیشگیری کننده (یا از طریق پیشگیری از ابتلا به بیماری یا با کاهش شدت آن) منافعی را برای وی در بردارد (منافع درک شده)، ۴- موانع درک شده از قبیل درد، زحمت یا مخارج (هزینه) نبایستی بیش از منافع درک شده آن اقدام بهداشتی باشد و ۵- راهنما برای اقدام به‌عنوان محرکی برای برانگیختن توجه به رفتار مورد نظر عمل کند.

نظریه دیگری که در مشارکت افراد در اتخاذ رفتارهای محافظت کننده سلامتی نقش دارد، کانون کنترل درک شده بر سلامتی (Health Locus of Control -HLC) است. این نظریه دارای دو بعد خارجی و داخلی است. افرادی که دارای ادراک از بعد خارجی کنترل هستند معتقدند که آنچه افراد خود انجام می‌دهند تأثیر زیادی بر سلامتی آنها ندارد، درنتیجه کنترل سلامتی خود را یا به شرایط و یا به سایر افراد مهم واگذار می‌کنند. در بعد داخلی کنترل افراد تمایل بیشتری به پذیرش نقش خود در تأثیرگذاشتن بر سلامتی داشته و مشارکت خود را در سلامتی مهم می‌انگارند. بیماران دارای ادراک از بعد داخلی کنترل، احتمال بیشتری دارد که در تغییرات رفتارهای پیشگیری‌کننده درگیر شوند و تمایل بیشتری دارند اطلاعات وسیع‌تری درباره بیماری خود به‌دست آورند و برای اتخاذ رفتارهایی که به سلامتی منتهی می‌شود دارای انگیزه قوی‌تری هستند[۱۳].

هدف از این پژوهش تعیین میزان آگاهی بیماران مبتلا به آنژین صدری ناپایدار در موردبیماری خود، وضعیت نگرش آنها در زمینه شدت وحساسیت درک شده از بیماری، منافع و موانع درک شده برای انجام رفتار پیشگیری کننده، تعیین وضعیت ابعاد مختلف سبک زندگی آنها (عادات، تغذیه و تحرک بدنی) و نیز شناسایی محتوای آموزشی مناسب برای پوشش دادن به نیازهای بیماران در سطح دوم پیشگیری بیماری‌های قلبی- عروقی است.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر در دو بیمارستان دانشگاهی دارای بخش قلب وعروق شهر مشهد صورت گرفته و بخشی از مطالعه « بررسی تأثیر مداخله آموزشی در تعدیل سبک زندگی و کاهش عود مجدد آنژین صدری ناپایدار» است که به منظور تعیین محتوای مورد نیاز برای مداخله آموزشی مذکور نیز مورد استفاده قرار گرفته است. در این مطالعه ۱۸۰ فرد زیر ۷۰ سال (از هردو جنس زن ومرد) ساکن شهر مشهد که طی دو ماهه اول سال ۱۳۸۱ به دو بیمارستان یادشده مراجعه نموده و با تأیید پزشک متخصص قلب و عروق مبتلا به آنژین صدری ناپایدار تشخیص داده شده و در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی بستری شده‌اند، به روش Sequential sampling انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند.

ابزار اصلی جمع آوری اطلاعات پرسشنامه‌ای بود که توسط نویسنده اصلی مقاله طراحی شده و با استفاده از شیوه Expert panel ومتد Delphi، پایایی و روایی آن مورد تأیید صاحب‌نظران آموزش بهداشت قرار گرفته است. همچنین پایایی پرسشنامه با استفاده از روش test-retest و نیز سنجش میزان تطابق نتایج مشاهدات پرسشگران مختلف روی موضوعات معین مورد بررسی قرار گرفت و با آزمون‌های مناسب میزان پایایی به بالاتر از ۸۰ درصد رسید.

پرسشنامه نهایی مشتمل بر ۸۲ سؤال بود که اطلاعات مورد نظر در زمینه وضعیت متغیرهای دموگرافیک(۴ سؤال)، آگاهی (۵ سؤال حاوی ۴۱ جزء)، نگرش (۵۶ سؤال) و سبک زندگی (۱۷ سؤال) بیماران مورد مطالعه را مورد سنجش قرار می‌داد. تقسیم‌بندی سؤالات به صورت زیر صورت گرفت: عوامل دموگرافیک شامل: سن، جنس، تحصیلات، شغل، آگاهی از نقش قلب (۳ جزء)، علل ابتلا به بیماری ایسکمی قلبی (۱۲ جزء)، روش‌های درمانی (۴ جزء)، اجزای تشکیل دهنده تبعیت بیمار(Compliance) (۵ جزء) و رفتارهای مولد درد (۱۷ جزء)، سؤالات مربوط به نگرش در زمینه ابعاد نظریه اعتقاد بهداشتی و کانون کنترل سلامتی شامل: شدت درک شده (۸ سؤال)، حساسیت درک شده (۱۰ سؤال)، منافع درک شده(۱۲ سؤال)، موانع درک شده (۱۷ سؤال)، علایم برای عمل (۲ سؤال در مجموع ۱۰ جزء)، کانون کنترل (۷ سؤال)، سبک زندگی شامل: عادات سوء :سیگار کشیدن، نوشیدن مشروبات الکلی، اعتیاد به مواد مخدر (۸ سؤال)، تحرک بدنی (۲ سؤال) و عادات تغذیه‌ای شامل: مصرف نمک، نسبت مصرف گوشت قرمز به

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1381.2.1.7.2]

گوشت سفید، مصرف تخم مرغ، سبزی ومیوه، نوع روغن و مواد لبنی مصرفی (۷ سؤال).

رتبه بندی متغیرها نیز به این ترتیب انجام پذیرفت:

۱- متغیر آگاهی: وضعیت امتیازات هر فرد در طیفی از صفر تا ۴۱ مشخص گردید و گروه‌ها در طبقات زیر قرار گرفتند: در سؤال ۵ امتیازی مربوط به نقش قلب، نمره صفر: ضعیف، ۲-۱: متوسط و ۳: بالا، در سؤال ۱۲ امتیازی مربوط به علل بیماری ایسکمی قلبی، امتیاز ۳ -۰: ضعیف، ۸-۴: متوسط و بالاتر از ۹: بالا، در سؤال ۴ امتیازی مربوط به درمان ایسکمی، امتیاز ۱-۰ به‌عنوان ضعیف، امتیاز۳-۲ متوسط و امتیاز ۴ به‌عنوان بالا در نظر گرفته شده است. همچنین در سؤال ۵ امتیازی مربوط به ویژگی‌های تبعیت بیمار، امتیاز ۲: ضعیف، ۴-۳: متوسط و ۵: بالا و در سؤال ۱۷ امتیازی رفتارهای زیان‌بار و مولد درد، امتیاز ۵-۰: ضعیف، ۱۲-۶: متوسط و بالاتر از ۱۳: به‌عنوان بالا منظور شده است.

۲- متغیر نگرش: عبارات نگرشی بر اساس مقیاس لیکرت تدوین و برای پیشگیری از اثر القاکنندگی آن، تعدادی از عبارات دارای جهت گیری منفی هستند. با توجه به طیف ۵ رتبه‌ای، نمره هرعبارت (از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) از ۱ تا ۵ در نظر گرفته شد و هر فرد در طیفی بین ۲۷۰-۵۴، قرار گرفت. طبقه بندی گروه‌ها نیز به این شکل انجام شد: در زمینه شدت درک‌شده، نمرات ۱۴-۰: ضعیف، ۲۸-۱۵: متوسط و ۴۰-۲۹: بالا، در زمینه حساسیت درک‌شده، نمرات ۱۷-۰: ضعیف، ۳۵-۱۸: متوسط و ۵۰-۳۶: بالا، در زمینه منافع درک‌شده، نمرات ۲۰-۰: ضعیف، ۴۰-۲۱: متوسط و ۶۰-۴۱ بالا، در زمینه موانع درک‌شده، نمرات ۲۸-۰ ضعیف، ۵۶-۲۹ متوسط و ۸۰-۵۷ بالا و در نهایت در زمینه میزان کنترل درک‌شده بر سلامتی، نمرات ۱۲-۰ ضعیف، ۲۴-۱۳ متوسط و ۳۵-۲۵ بالا در نظر گرفته شد.

۳- متغیر سبک زندگی: پاسخ‌ها با در نظر گرفتن امتیاز هر عامل از نظر میزان خطرزایی آن (با تأیید متخصصین اپیدمیولوژی و قلب وعروق) تراز شد و امتیاز هرفرد در زمینه عادات سوء، بین صفر تا ۱۰، در زمینه ورزش و تحرک بدنی بین صفر تا ۸ و در زمینه تغذیه بین صفر تا ۱۸ محاسبه و بین صفر تا ۳۶ مشخص گردید. سپس در جدول به این‌صورت طبقه‌بندی صورت پذیرفت: در زمینه عادات سوء: نمرات ۴-۰ پایین، ۷-۵ متوسط، ۱۰-۸ بالا، در زمینه تحرک بدنی: ۳-۰ پایین، ۶-۴ متوسط و ۸-۷ بالا و در زمینه تغذیه: نمرات ۶-۰ پایین، نمرات ۱۲-۷ متوسط و نمرات ۱۸-۱۳ بالا.

لازم به ذکر است جمع‌آوری اطلاعات توسط پرستاران شاغل در بخش‌های قلب و عروق و پس از برقراری ارتباط صحیح با بیماران به‌صورت انفرادی صورت گرفته است. داده‌ها نیز با نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

وضعیت بیماران مورد مطالعه از نظر ویژگی‌های دموگرافیک درجدول شماره ۱ نشان داده شده است. جدول شماره ۲ نیز نشان‌دهنده سطح آگاهی، وضعیت نگرش و سبک زندگی افراد مورد مطالعه است.

با توجه به جدول شماره ۲ در مورد متغیرهای تحت بررسی می‌توان گفت:

۱- آگاهی

به‌طورکلی آگاهی بیماران در زمینه بیماری خود در سطح پایینی قرار داشت. میانگین کل آگاهی ۵۹/ ۱۲از مجموع ۴۱ بود، یعنی بیماران به‌طور متوسط از کمتر از ۳۰ درصد نکات مرتبط با بیماری خود آگاه بودند.

الف- علل بیماری قلبی: میانگین آگاهی افراد در این زمینه ۳/۶۲ از مجموع ۱۲ بوده و فراوانی نسبی پاسخ‌های صحیح به سؤالات به این ترتیب بود: عدم تحرک بدنی ۳۱ درصد، سیگار ۴۷ درصد، رژیم غذایی پرچرب ۴۳ درصد، الکل۱۰ درصد، چاقی ۲۳ درصد، فشارخون ۲۰ درصد، تیپ شخصیتی عصبی ۳۱ درصد، ارث۲۱ درصد، سن بالا ۱۱ درصد و تنش بیش از ۷۹ درصد.

ب- درمان‌های موجود: میانگین آگاهی ۱/۶۸ از ۴ بوده و فراوانی نسبی پاسخ‌های صحیح به سؤالات به این ترتیب بود: درمان دارویی ۸۴ درصد،درمان جراحی۴۶ درصد، درمان از طریق آنژیوپلاستی ۳۲ درصد و درمان از طریق استنت گذاری فقط ۶ درصد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1381.2.1.7.2]

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی بیماران مورد مطالعه بر حسب سن، جنس، سطح تحصیلات و شغل

جنس	مرد		زن		جمع	
متغیر	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
گروه‌های سنی						
۳۰-۳۹	۱۴	۷/۸	۶	۳/۳	۲۰	۱۱/۱
۴۰-۴۹	۴۱	۲۲/۸	۱۷	۹/۴	۵۸	۳۲/۲
۵۰-۵۹	۲۸	۱۵/۶	۱۵	۸/۳	۴۳	۲۳/۹
۶۰-۶۹	۲۶	۱۴/۴	۳۳	۱۸/۳	۵۹	۳۲/۸
شغل						
کارگر	۱۳	۷/۲	۳	۱/۷	۱۶	۸/۹
کارمند	۲۷	۱۵	۱۲	۶/۷	۳۹	۲۱/۷
آزاد	۳۷	۲۰/۶	۰	۰	۳۷	۲۰/۶
خانه‌دار	۰	۰	۵۲	۲۸/۹	۵۲	۲۸/۹
بی‌کار	۸	۴/۴	۰	۰	۸	۴/۴
بازنشسته	۲۴	۱۳/۳	۴	۲/۲	۲۸	۱۵/۶
سطح تحصیلات						
بی‌سواد	۱۵	۸/۳	۱۸	۱۰	۳۳	۱۸/۳
ابتدایی	۳۷	۲۰/۶	۲۸	۱۵/۶	۶۵	۳۶/۱
راهنمایی	۱۱	۶/۱	۶	۳/۳	۱۷	۹/۴
دیپلم	۳۲	۱۷/۸	۱۳	۷/۲	۴۵	۲۵
کارشناس	۸	۴/۴	۵	۲/۸	۱۳	۷/۲
بالاتر از کارشناسی	۶	۳/۳	۱	۰/۶	۷	۳/۹

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی بیماران مورد مطالعه بر حسب سطح آگاهی، وضعیت نگرش‌ها و سبک زندگی

سطح	پایین		متوسط		بالا	
متغیر	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
آگاهی						
نقش قلب	۳۳	۱۸/۳	۱۰۶	۵۸/۹	۴۱	۲۲/۸
علل ایسکمی	۱۰۷	۵۹/۴	۵۹	۳۲/۸	۱۴	۷/۸
درمان	۹۰	۵۰	۸۱	۴۵	۹	۵
تبعیت	۸۸	۴۸/۹	۷۵	۴۱/۷	۱۷	۹/۴
رفتار مشدد	۱۵۶	۸۶/۷	۱۹	۱۰/۵	۶	۳/۳
نگرش نسبت به						
شدت	۱	۰/۶	۱۰۰	۵۵/۵	۷۹	۴۳/۹
حساسیت	۰	۰	۳۶	۲۰	۱۴۴	۸۰
منافع	۰	۰	۴۴	۲۴/۴	۱۳۶	۷۵/۶
موانع	۱	۰/۶	۱۵۵	۸۶/۱	۲۴	۱۳/۳
کنترل	۵	۲/۸	۱۲۱	۶۲/۲	۵۴	۳۰
سبک زندگی						
عادات سوء	۱۰	۵/۶	۳۵	۱۹/۴	۱۳۵	۷۵
تحرک بدنی	۱۵۰	۸۳/۳	۲۳	۱۲/۸	۰	۳/۹
عادات تغذیه	۴۰	۲۲/۲	۱۳۰	۷۲/۲	۱۰	۵/۶

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1381.2.1.7.2]

ج- تبعیت بیمار از پزشک معالج: میانگین آگاهی ۲/۴۸ از ۵ و فراوانی نسبی پاسخ‌های صحیح به سؤالات به این ترتیب بود: مصرف دارو دقیقاً به میزان تجویز شده ۷۱ درصد، مصرف دارو دقیقاً در زمان تجویز شده ۶۳ درصد، انجام توصیه‌های مربوط به تغییر در شیوه زندگی ۴۵ درصد، مراجعه جهت انجام آزمایش‌های تشخیصی لازم ۳۵ درصدو مراجعه جهت انجام اقدامات درمانی لازم ۳۲ درصد.

د- رفتارهای زیان بار و مولد درد: میانگین آگاهی ۳/۴۲ از ۱۷ بوده و فراوانی نسبی پاسخ‌های صحیح به سؤالات به این ترتیب بود: تنش ۸۱/۷ درصد، فعالیت بیش از حد آستانه تهییج درد ۴۴/۴ درصد، سیگار ۳۲ درصد، عدم کنترل رژیم غذایی از نظر نوع ۲۹/۴ درصد، عدم کنترل غذا از نظر حجم ۲۸/۹ درصد، قطع دارو۲۶/۷ درصد، فعالیت شدید پس از صرف غذا ۲۵ درصد، ورزش درحد بالاتر ازآستانه درد ۱۸/۹ درصد.

۲- نگرش

در زمینه شدت درک شده: میانگین نمره افراد، ۲۷/۵۲ (از ۴۰)، در زمینه حساسیت درک شده، ۳۷/۸۰ (از ۵۰)، در زمینه منافع درک شده، ۴۲/۷۹ (از ۶۰)، در زمینه موانع درک شده ۴۷/۸۳ (از ۸۵)، در زمینه کنترل بر سلامتی،۲۲/۳۲ (از مجموع ۳۵) بود. میانگین کل نیز، ۱۷۸ از ۲۷۰ بود. همچنین مهم‌ترین نگرش‌های نیازمند تغییر و اصلاح دربیماران (بخش‌های شدت تا کنترل درک شده) در جداول شماره ۳ و ۴ آمده است.

بخش راهنما برای اقدام نیز گویای موارد زیر است:

۱- در پاسخ به سؤال « در زمینه رفتارهای مناسب مربوط به بیماری خود از چه منابعی کسب اطلاع کرده‌اید» ؟۱۳/۳۳ درصد افراد از طریق رادیو و تلویزیون، توصیه‌های پزشکان و تجربه بیماری دوستان و آشنایان، ۱۲/۲ درصد افراد از طریق رادیو و تلویزیون و توصیه‌های پزشکان،۱۱/۱ درصد افراد فقط از طریق توصیه‌های پزشکان و۱۰ درصد افراد نیز از طریق تمام منابع (رادیو وتلویزیون، روزنامه و مجلات، کتاب، توصیه پزشکان و بیماری) کسب اطلاع نموده‌اند.

همچنین ۶/۱ درصد افراد فقط از طریق توصیه‌های پزشکان و تجربه بیماری دوستان، ۴/۴ درصد افراد فقط از طریق تجربه بیماری دوستان و ۳/۹ درصد افراد نیز از سایر منابع کسب اطلاع نموده‌اند. یعنی در مجموع ۷۵/۶ درصد افراد اعلام نموده‌اند که یکی از منابع کسب اطلاعات آنها توصیه‌های پزشکان بوده است. این در حالی است که ۶۳/۳ درصد افراد رادیو وتلویزیون را نیز منبع کسب اطلاعات خود معرفی کرده‌اند. ۴۵/۶ درصد تجربه بیماری دوستان و آشنایان، ۲۶/۱ درصد از روزنامه و مجلات و ۲۳/۹ درصد از کتاب به‌عنوان منبع کسب اطلاعات استفاده نموده‌اند.

۲-در پاسخ به سؤال« به‌نظر شما وجود چه منابع دیگری برای افزودن به اطلاعات شما مناسب است» ؟

۳۸/۳ درصد فقط به برنامه‌های آموزشی در بیمارستان، ۲۲/۸ درصد به برنامه‌های آموزشی بیمارستان، کلاس آموزشی در کلینیک‌ها و وجود انجمن‌های حمایت از بیماران قلبی و ۹/۴ درصد نیز به برنامه‌های آموزشی بیمارستان و کلاس آموزشی درکلینیک‌ها اشاره کرده‌اند. به‌عبارت دیگر در مجموع ۷۸/۹ درصد افراد وجود برنامه‌های آموزشی در بیمارستان‌ها، ۴۰ درصد افراد وجود کلاس آموزشی در کلینیک‌ها و ۳۳/۳ درصد وجود انجمن‌های حمایت از بیماران قلبی را برای افزودن به اطلاعات خود مناسب می‌دانند.

۳- سبک زندگی

الف- از نظر عادات سوء: ۷۲/۷ درصد افراد سیگار نمی‌کشیدند. ۹۳/۳ درصد افراد مشروبات الکلی نمی‌نوشند و ۹۰ درصد آنها به هیچگونه مواد مخدری اعتیاد نداشتند.

ب- از نظر میزان تحرک بدنی: ۶۹/۴ درصد افراد هیچگونه فعالیت بدنی به قصد ورزش انجام نمی‌دهند. ازمیان ۳۰/۶ درصد افرادی هم که ورزش می‌کنند، ۱۱/۶ درصد ورزش‌های ایزوتونیک، ۴/۵ درصد ورزش‌های ایزومتریک و ۱۴/۵ درصد ترکیبی از هر دو نوع ورزش را انجام می دهند. همچنین ۶۸/۹ درصد افراد بلافاصله پس از ناهار می‌خوابند که این مطلب در مورد ۳۴/۴ درصد این افراد دایمی است.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1381.2.1.7.2]

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی نسبی نگرش‌های نیازمند تغییر(شدت، حساسیت و منافع درک شده)

متغیر و پاسخ ارایه‌شده	وضعیت پاسخ	درصد
شدت درک شده		
ابتلا به بیماری قلبی تأثیر خاصی روی زندگی افراد باقی نمی‌گذارد و بیماران قلبی هم مثل سایرین زندگی عادی دارند	موافق	۵۳/۴
بیماری قلبی بیماری خطرناکی است که فرد ممکن است به آن دچار شود	موافق	۵۰
این روزها هرکس مشکل و بیماری خاصی دارد، من هم به بیماری قلبی دچار شده‌ام، پس مشکل من هم مثل سایر افراد است و اهمیتی ندارد	موافق	۳۹/۹
بیماری قلبی خیلی کمتر از بعضی بیماری‌های صعب العلاج دیگر خطرناک است، پس نباید نگرانش باشم، چون به راحتی درمان می‌شود	مخالف	۲۱/۱
حساسیت درک شده		
من به‌سرعت پس از خارج شدن از بیمارستان اه حال اول باز خواهم گشت و نیازی نیست برای تغییر شیوه زندگی، خود را به زحمت بیاندازم	موافق	۸۳/۹
احتمال حمله قلبی مجدد در فردی که یک بار به حمله قلبی دچار شده ضعیف است	موافق	۷۹/۴
چون وضعیت من از بسیاری بیماران قلبی دیگر که می‌شناسم بهتر است، نیازی نیست نگران وضعیت خود باشم و بخواهم تغییری در رفتارهای خود به‌وجود بیاورم	موافق	۷۴/۳
اگر آگاهیم در مورد شیوه زندگی متناسب با شرایط فعلیم افزایش یابد بیماری عوارض کمتری خواهد داشت	موافق	۷۱/۱
بسیاری از افراد چون مراقب رژیم غذایی خود نیستند، به بیماری قلبی دچار شده‌اند. پس بیماری من با عادات غذاییم ارتباط ندارد	موافق	۷۰/۶
منافع درک شده		
اگر نتوانم با بیماری قلبیم سازگار شوم، ممکن است شغل خود را از دست بدهم	موافق	۹۶/۱
وقتی حالم بهتر شود ممکن است مقدار بعضی داروها را کاهش دهم و لازم نیست همه داروهایی را که پزشک تجویز نموده مصرف کنم	موافق	۸۱/۱
پس از طی شدن دوره بستری در بیمارستان مشکل قلبی من حل می‌شود پس تغییر رفتار لازم نبوده و خوردن داروها کافی است	موافق	۷۰
چون قادر به کنترل کاهش تنش نیستم پس نمی‌توانم کار مؤثری در پیشگیری از بیماری قلبی انجام دهم	موافق	۶۷/۷
اگر کسی زمینه ارثی داشته باشد دچار بیماری قلبی می‌شود و بقیه عوامل تأثیری در ابتلا به بیماری ندارند	موافق	۵۵/۵
بیماری قلبی روی طول عمر من تأثیری ندارد و من با این بیماری هم عمری طولانی خواهم داشت	موافق	۵۰
اگر رفتارهای خود را متناسب با وضعیت بیماریم تغییر دهم، احتمال کمی وجود خواهد داشت که مجدداً دچار فرم حاد بیماری شوم	مخالف	۴۲/۷

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1381.2.1.7.2]

ج- از نظر تغذیه و رژیم غذایی: ۱- مصرف نمک: ۱۷/۲ درصد افراد رژیم غذایی کاملاً بدون نمک دارند. ۶۲/۲ درصد فقط هنگام طبخ، نمک به غذا می‌افزایند. ۱۵ درصد آنها سر سفره غذا نیز نمک به غذا می‌افزایند و ۵ درصد چاشنی‌های شور و تنقلات شور نیز مصرف می‌کنند. ۲- میزان مصرف گوشت: ۴۹/۵ درصد افراد کمتر از ۳ وعده در هفته و ۲۸/۹ درصد افراد بین ۳ تا ۵ وعده در هفته گوشت قرمز مصرف می‌کنند. همچنین ۴۶/۱ درصد افراد کمتر از ۳ وعده و ۳۷/۲ درصد آنها بین ۳ تا ۵ وعده در هفته گوشت سفید مصرف می‌کنند. ۳- میزان مصرف تخم مرغ در هفته: ۳۴/۴ درصد افراد دو عدد تخم مرغ، ۱۸/۹ درصد ۳ عدد تخم مرغ و ۱۶/۷ درصد نیز بیش از ۴ تخم مرغ در هفته مصرف می‌کنند. ۴- میزان مصرف سبزی ومیوه در روز: ۶۷/۸ درصد افراد در هر روز کمتر از ۱۰۰ گرم، ۱۷/۸ درصد ۲۰۰ گرم و ۸/۳ درصد نیز بیش از ۲۰۰ گرم سبزی و میوه مصرف می‌کنند. ۵- نوع روغن مصرفی: ۵۷/۸ درصد افراد روغن گیاهی جامد، ۵ درصد روغن حیوانی، ۶/۱ درصد ترکیبی از روغن گیاهی جامد و حیوانی،۲/ ۱۲ درصد روغن گیاهی مایع و ۱۷/۸ درصد نیز ترکیبی از روغن گیاهی جامد و مایع مصرف می‌کنند. ۶- نوع مواد لبنی: ۵۱/۷ درصد افراد لبنیات پرچرب، ۳۳/۹ درصد لبنیات کم‌چرب و ۱۳/۹ درصد نیز ترکیبی از هر دو نوع مواد لبنی مصرف می‌کنند.

جدول شماره ۴- توزیع فراوانی نسبی نگرش‌های نیازمند تغییر(موانع درک شده و کنترل بر سلامتی)

متغیر و پاسخ ارایه‌شده	وضعیت پاسخ	درصد
موانع درک شده		
برنامه‌های آموزشی مناسبی برای افزایش اطلاعات در زمینه بیماری قلبی و زندگی پس از حمله قلبی وجود ندارد	موافق	۴۵/۶
انجام برخی آزمایش‌های خیلی دقیق آن‌قدر گران است که توان پرداخت هزینه آن را ندارم	موافق	۴۲/۸
انجام تمرینات ورزشی به‌طور مرتب کار دشواری است و امکان هماهنگی با برنامه سایر اعضای خانواده در این زمینه وجود ندارد	موافق	۴۲/۳
پیشگیری از بیماری قلبی و عوارض آن بسیار دشوار است	موافق	۴۰
نمی‌توانم داروهایم را دقیقاً به همان مقدار و در همان زمانی که پزشک تجویز می‌کند مصرف کنم چون فراموش می‌کنم	موافق	۲۹/۴
داروهای مؤثر برای درمان بیماری‌های قلبی کمیاب و گران است و دسترسی به آنها آسان نیست	موافق	۲۳/۳
میزان کنترل بر سلامتی		
من فرد خوش‌شانسی نبوده‌ام که دچار بیماری قلبی شده‌ام و بیماری قلبیم بیش از هر چیز به دلیل بدشانسی بوده است	موافق	۷۴/۵
از دست من کاری ساخته نبوده است که به بیماری قلبی دچار نشوم پس بایستی خود را به دست تقدیر بسپارم تا چه سرنوشتی برایم رقم زده است	موافق	۷۱/۶
شانس نقش مهمی را در این زمینه که چقدر زود وضعیت من بهتر شود ایفا می‌کند	موافق	۶۳/۳
آنچه نبایستی اتفاق بیفتد پیش آمده است، پس فرقی نمی‌کند چه کارهایی انجام دهم چون من دیگر به وضع قبل از بستری شدن بر نمی‌گردم	موافق	۵۷/۲
نقش سایر افراد در سلامتی من بیش از نقشی است که خودم در این زمینه ایفا می‌کنم	موافق	۵۲/۸
در مورد بیماریم بیش از هر چیز باید بگذارم دوره‌اش را طی کند	موافق	۴۸/۹

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1381.2.1.7.2]

بحث و نتیجه‌گیری

یافته مهم این پژوهش آشکار شدن این حقیقت است که به‌طور کلی آگاهی بیماران در زمینه علل و درمان بیماری، تبعیت از پزشک معالج و رفتارهای زیان‌بار در سطح پایینی قرار دارد.

یافته‌های مربوط به میزان آگاهی بیماران از علل بیماری با نتایج برخی تحقیقات دیگر تا حدودی متفاوت و به‌طور نسبی پایین‌تر از سطح اغلب آنها است. در مطالعه‌ای سطح معلومات مردم رضایت‌بخش بوده، افراد آگاهی خوبی در مورد نقش کلسترول به‌عنوان عامل خطرساز بیماری قلبی نشان دادند. همچنین عقیده افراد مصاحبه‌شونده در مورد تأثیر تغییرات سبک زندگی بر پیشگیری بیماری قلبی رضایت‌بخش گزارش شده است[۱۴]. در مطالعه دیگری حداقل ۷۰ درصد بیماران یک نوع بیماری قلبی- عروقی (اغلب آنفارکتوس) را می‌شناختند و ۴۰ درصد می‌توانستند علل بیماری قلبی- عروقی را برشمارند[۱۵]. در یک مطالعه نیز ۸۱ درصد افراد سیگار، ۶۷ درصد کلسترول و ۴۸ درصد نیز دیابت را به‌عنوان عامل خطر می‌شناختند[۱۶]. همچنین در گزارش یک مطالعه بیان شده که ۸۰ درصد مطالعه‌شوندگان می‌دانستند سیگار کشیدن، فشار خون و کلسترول عوامل خطر هستند[۱۷]. یکی از دلایل این امر ممکن است این باشد که در برخی پژوهش‌های مشابه معمولاً از پاسخ دهندگان سؤال می‌شود که به‌نظر آنها رفتارها یا حالات فیزیولوژیک معینی که از سوی پرسشگر نام برده می‌شود بر احتمال خطر ابتلای ایشان به بیماری قلبی- عروقی تأثیر می‌گذارد یا خیر. بدیهی است افرادی که به چنین سؤالاتی پاسخ می‌دهند عوامل خطر بیشتری را شناسایی می‌کنند تا افرادی که از ایشان خواسته می‌شود نام عوامل خطر را ذکر کنند. اما هر دو شیوه اندازه‌گیری آگاهی به‌صورت وسیع مورد استفاده قرار می‌گیرد و معتبر در نظر گرفته می‌شود[۱۸].

مطالعات دیگری نیز وجود دارند که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی بیشتری دارند. در یک مطالعه اکثریت شرکت کنندگان اطلاعات ناکافی در زمینه عوامل خطر مرتبط با بیماری قلبی- عروقی نشان دادند[۱۹]. در مطالعه‌ای نیز ۲۰ درصد بیماران در مورد پیامدهای چاقی، فشار خون بالا و یا سیگار کشیدن بر روی عروق قلبی اطلاع نداشتند و با توجه دقیق‌تر به یافته‌ها نشان می دهد حدود ۸۰ درصد افراد تنش را عامل بیماری قلبی می‌دانند[۲۰]. همچنین در مطالعه‌ای در اصفهان مشخص شد که بیشترین دانش در مورد عوامل خطر، درباره تنش‌ها و مشکلات هیجانی بوده است. در حقیقت ۱/۳ درصد افراد متذکر شدند که اولین علت بیماری تنش است [۲۱]. در مطالعه دیگری نیز اکثر افراد در مورد ماهیت بیماری ایسکمی قلبی از آگاهی کم و در مورد عوامل مستعد کننده از آگاهی متوسطی برخوردار بوده‌اند[۲۲]. در گزارش پژوهشی دیگر آمده است: از میان عوامل روانی- اجتماعی، پرکاری، تنش و نگرانی و از میان عوامل جسمی، سیگار کشیدن و چاقی یا پرخوری به‌عنوان بیشترین علل اظهار شده قرار داشتند[۲۳]. مطالعه‌ای نیز معتقد است که آگاهی در مورد عوامل خطر رفتاری بیماری قلبی بیشتر از آگاهی از عوامل خطر فیزیولوژیک بوده است[۲۴]. اما در مطالعه‌ای سیگار کشیدن و تنش یا نگرانی به ترتیب توسط ۴۱ و۴۴ درصد افراد، اضافه وزن توسط ۳۰ درصد و کمبود تحرک بدنی از سوی ۲۸ درصد به‌عنوان علل مهم بیماری قلبی مورد اشاره قرار گرفت[۲۵].

این که چرا عوامل خطر رفتاری بیش از عوامل فیزیولوژیکی شناسایی می‌شوند به‌سادگی قابل توجیه نیست. یک توجیه این است که عوامل خطر رفتاری را از طریق رسانه‌های گروهی ساده‌تر می‌توان منتشر کرد تا عوامل خطر پیچیده‌تر فیزیولوژیکی را. البته این عوامل اخیر را به‌نحو مؤثرتری می‌توان در مرکز بهداشتی- درمانی توضیح داد. مطالعات بیشتری لازم است تا مشخص شود که آیا به‌طور کلی پایین بودن اطلاع بیماران از این عوامل خطر را می‌توان به این امر نسبت داد که پزشکان اطلاعات لازمه را فقط به افرادی که آن عوامل خطر را دارند منتقل می‌کنند یا این که فقط تعداد کمی از پزشکان به‌طور منظم به تمام بیمارانشان در مورد همه عوامل خطر آموزش می‌دهند.

توجیه دیگر ممکن است این باشد که فهم عوامل خطر مرتبط با رفتار، ساده‌تر از عوامل خطر فیزیولوژیکی است. چرا که در مورد آگاهی از درمان‌های موجود اکثر افراد فقط درمان دارویی (برجسته‌ترین نوع درمان) را می‌شناسند و تنها ۳۲ درصد به درمان آنژیوپلاستی و ۶ درصد به درمان با استنت گذاری اشاره کرده‌اند و بنابراین چنین می‌توان توجیه نمود که

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1381.2.1.7.2]

پزشکان در زمینه روندهای درمانی برای بیماران خود توضیحی نمی‌دهند وکسانی که درمان‌های آنژیوپلاستی و استنت‌گذاری را ذکر کرده‌اند احتمالاً کسانی هستند که خود تجربه شخصی در انجام این نوع درمان داشته‌اند و نیز با توجه به این که بیماران آنژین صدری ناپایدار ممکن است در سیر درمانی خود به چنین درمان‌هایی نیاز پیدا کنند، شایسته است پزشکان توضیحات کافی در مورد ویژگی‌ها، موارد کاربرد و نحوه تأثیر درمان‌های مختلف به بیماران ارایه کنند.

اما یافته‌های بخش رفتارهای زیان بار که یکی از کاربردی‌ترین بخش‌های پژوهش است گواه روشنی است از عدم وجود و یا ناکارامدی آموزش‌هایی که به بیماران پس از دچار شدن به بیماری یا بستری شدن در بخش مراقبت‌های ویژه ارایه می‌شود و ضمناً شاهد روشنی است از نیاز مبرم به وجود این آموزش‌ها که خود باعث پیشگیری از مراجعات مکرر بیماران به مراکز درمانی و بستری مجدد و در نتیجه بالا بردن کیفیت زندگی ایشان می‌شود. از آنجا که این آموزش‌ها به‌ندرت در رسانه‌ها، روزنامه‌ها و مجلات ارایه می شوند و از طرفی در بخش راهنما برای اقدام، ۷۵/۶ درصد افراد یکی از منابع کسب اطلاعات خود را پزشکان معرفی کرده‌اند می‌تو ان نتیجه گرفت که این نکته در محتوای آموزشی ارایه شده به بیماران در طی ملاقات‌های به‌عمل آمده با بیماران در مطب وجود ندارد و یا به نحوی که برای بیماران قابل استفاده باشد اریه نگردیده است. بر همین اساس ضروری است پزشکان در مطب خود و پرستاران در بیمارستان هنگام ترخیص بیماران این نکات را به بیماران آموزش دهند.

یکی از نقاط قوت این پژوهش، طراحی پرسشنامه نگرشی جامع بر اساس نظریه اعتقاد بهداشتی است که تاکنون در این زمینه به شیوه فعلی(Likert) در ایران طراحی واجرا نشده است. یافته قابل توجه دیگر ما پایین بودن نسبی سطح تهدید درک شده (شدت و حساسیت درک شده) بیماری و پایین بودن کنترل شخصی درک شده بر سلامتی خود بوده است. در بخش شدت بیماری نیز درمجموع، اکثریت بیماران نوعی انکار نسبت به خطرناک بودن و مهم بودن بیماری قلبی نشان داده‌اند و میزان اهمیت درک شده بیماری نزد ایشان با باورهای عمومی و شناخت از حیاتی بودن نقش قلب به‌عنوان یکی از اصلی‌ترین اعضای بدن سازگار است. بعد حساسیت فردی نسبت به بیماری، حاکی از وجود نوعی مکانیسم دفاعی روانی به شکل خوش بینی و اعتقاد به اتفاقی بودن و گذرا بودن بیماری و پایین بودن احتمال عود بیماری است و توجیه کننده پایین بودن انگیزه بیماری برای پذیرش تغییرات دراز مدت رفتاری برای ارتقا و شیوه زندگی سالم است.

همچنین در بعد منافع درک شده، نگرش‌ها میل به نسبت دادن بیماری به عوامل خطر غیر قابل کنترل (ارث) دارد که عدم تمایل به اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه را توجیه می‌کند. از طرفی تمایل به خوددرمانی (قطع داروها) به دلیل ترس از عوارض ناخوشایند جانبی مشهود است که نیاز به ارایه اطلاعات کافی آموزش از سوی پزشکان در مورد عوارض احتمال داروها را نشان می‌دهد. در بخش موانع درک شده نیز نوعی تمایل به نادیده گرفتن عوامل خطر قابل کنترل در قالب باور به نقش یگانه عامل تنش در ایجاد بیماری قلبی مشاهده می‌شود که در نوع خود نشان دهنده عدم کفایت بیماران در پیشگیری و مقابله با این عامل است. از طرف دیگر موانع مهم بیماران برای اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده بر این واقعیت تأکید دارد که عوامل اجتماعی همچون عدم وجود کلاس‌های آموزشی مناسب، غیر قابل تحمل بودن هزینه‌ها و دشواری تهیه داروهای مؤثر قلبی در اتخاذ تصمیمات و رفتارهای بهداشتی بیماران مؤثر بوده وبایستی مورد توجه قرار گیرد و این خود لزوم تأسیس بخش‌های آموزشی بیماران بستری یا بیماران سرپایی یا تأکید بیشتر آموزش به بیمار را در خدمات جاری و مراقبت‌های پرستاری بیمارستان‌ها ضروری می‌سازد. در بعدکنترل درک شده بر سلامتی، قوی بودن بعد خارجی کنترل قابل ملاحظه است و باور غالب بیماران، سپردن مسئولیت سلامتی خود به قضا وقدر و کادر پزشکی است که نکته کاربردی قابل توجه در این زمینه لزوم شناسایی چنین نگرش‌هایی در مورد بیماران بستری و گنجاندن مطالب مربوطه در برنامه‌های آموزشی هنگام ترخیص بیمار است.

بخش راهنما برای اقدام نیز تأئید کننده سایر ابعاد است و علی‌رغم این که ۷۵/۶ درصد افراد اعلام کرده‌اند که یکی از منابع کسب اطلاعات ایشان توصیه‌های پزشکان بوده است، اما این توصیه‌ها به‌گونه‌ای نبوده است که موجب افزایش کافی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1381.2.1.7.2]

آگاهی‌های ایشان در زمینه بیماری شود. همچنین این یافته که ۶۳/۳ درصد افراد رادیو و تلویزیون را به‌عنوان منبع کسب اطلاعات معرفی کرده‌اند، نشان می‌دهد ساختار و محتوای برنامه‌های این رسانه‌ها تأثیر کافی را در ارایه اطلاعات جامع و مورد نیاز ایشان نداشته است. به‌ویژه با توجه به این که اطلاعات برخی پژوهش‌ها نشان داده است، افراد هنگام اتخاذ تصمیم‌های مرتبط با سلامتی، جستجوی زیادی برای اطلاعات نمی‌کنند و به احتمال قوی در دسترس‌ترین یا آشناترین گزینه را انتخاب می‌کنند[۲۶].

همچنین اعلام نیاز اکثریت بیماران به وجود برنامه‌های آموزشی در بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها تأیید کننده یافته‌های سایر ابعاد پژوهش و توجیه کننده ضرورت کسب اطلاع از این منابع است. بنابراین می‌توان چنین نتیجه گرفت که پزشکان قلب و عروق بر امر آموزش بیماران قلبی تأکید کافی ندارند و نیازهای آموزشی ایشان از سوی پزشکان مورد توجه قرار نگرفته است و لذا به‌نظر می‌رسد توجه پزشکان به باورهای بیمارانشان و شناسایی موانع رفتار بهداشتی از سوی ایشان می‌تواند تأثیر قابل توجهی بر افزایش احتمال موفقیت آمیز بودن درمان توصیه شده داشته باشد.

پس برای افزایش اطلاعاتی که لازم است افراد پس از بستری شدن در بخش مراقبت‌های قلبی داشته باشند و بهبود وضعیت فعلی آموزشی موجود در بیمارستان‌ها کار زیادی مورد نیاز است. چنین تلاشی باعث خواهد شد پرستاران نقش آموزش دهنده را به‌نحو شایسته‌تر و مؤثرتری ایفا نمایند و شایسته است ارایه خدمات آموزشی توسط پرستاران به‌عنوان محور اصلی عملکرد حرفه‌ای ایشان تلقی شود. همچنین به منظور افزایش اطلاعات بیماران پیشنهاد می شود ارایه آموزش‌های لازم به بیماران در قالب شیوه‌های قابل قبول و عینی توسط پرستاران و پزشکان با استفاده از چک لیست‌های ساده اطلاعاتی صورت گیرد تا آنها را در مورد نیازهای آموزشی بیماران راهنمایی کند. این امر به نوبه خود به کسب اطمینان از این مسأله کمک می‌کند که مقدار حداقل قابل قبولی از اطلاعات قبل از ترخیص به همه بیماران ارایه شده است. از طرفی می‌تواند مدرک مستندی در این زمینه که افراد چه اطلاعاتی را در طی اقامت در بیمارستان دریافت کرده‌اند فراهم آورد. چنین اقدامی نه فقط به نفع بیماران خواهد بود بلکه احتمال دارد سطح رضایت ایشان را نیز بالا ببرد. چون بین کفایت اطلاعات و رضایت کلی از خدمات ارایه شده رابطه‌ای قوی وجود دارد[۲۷]. از طرف دیگر نیاز به ارتقای محتوای برنامه‌های آموزشی نیز محسوس است، به‌ویژه در زمینه توصیه‌هایی که از نظر ادراکی تفسیر برانگیز است. برای مثال برای بسیاری از بیماران ممکن است این کافی نباشد که گفته شود ورزش کنید، بلکه بایستی برای ایشان جزئیات دقیقی از زمان، میزان و نوع مناسب ورزش با توجه به خصوصیات انفرادی هر بیمار توضیح داده شده، یا مکانیسم کامل تأثیر سبزی و میوه بر افزایش چربی خون، خوب توضیح داده شود. همچنین توصیه‌هایی که به منظور ارتقای سلامتی ارایه می‌شود بایستی با فرهنگ بیماران منطبق و قابل قبول بوده و نسبت به آن احساس نیاز کنند.

در پایان بررسی عمیق‌تر علل ناکافی‌بودن آگاهی و نگرش‌های این بیماران در قالب انجام یک مطالعه کیفی (Qualitative study) با استفاده از روش‌هایی همچون (Focus Group Discussion) پیشنهاد می‌شود.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1381.2.1.7.2]

منابع

1- Maclin DR, Chokalingam A. The global burden of cardiovascular diseases. Canadian Cardiovascular Society Bulletin 2002; 1: 1-3

2-Murry CJ, Lopez AD. The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020,1st Edition. Harvard University Press: Cambridge, 1996

۳- قارونی منوچهر، بیماری‌های ایسکمیک قلب، چاپ دوم، شرکت افست، تهران، ۱۳۶۸

۴- خلیلی حسام، خلیلی‌فر امیرحسین، چکیده قلب هرست، انتشارات تیمورزاده، تهران، ۱۳۷۶

5- Goldman L, Claude Bennet J. Cecil Text Book of Medicine. 21th Edition. W.B. Saunders Company: USA, 2000

6- Wiles R. Patient's perceptions of their heart attack and recovery: The influence of epidemiological evidence and personal experience. Social Science and Medicine 1998; 11: 1477-86

7-Yamad P, Holmes V. Understanding the experience: Patient's perception of post myocardial infarction teaching. Progress in Cardiovascular Nursing 1998; 13:3-10

۸- بهشتی اشرف السادات، بررسی ارتباط بین تغییرات رفتارهای سلامتی بیماران پس از ابتلا به سکته قلبی و آگاهی و نگرش آنان نسبت به پیشگیری از بیماری‌های عروق کرونر در مراجعین به مراکز آموزشی- درمانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی اصفهان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ۱۳۷۸

9- Wiles R, Kinmoth AL. Patient's understandings of heart attack: implications for prevention of recurrence. Patient Education and Counseling 2001; 44: 161-63

10-Shea S, Basch CE. A review of five major community - based cardiovascular disease prevention programs, part 1: rationale, design and theoretical framework. American Medical Journal of Preventive Medicine 1988; 4: 349-52

11- Wiles R, Kinmoth AL. Patient's understandings of heart attack: implications for prevention of recurrence. Patient Education and Counseling 2001; 44: 167-68

12- Farooqi A, Nagra D, Edgar T. Attitudes to lifestyle risk factor for coronary heart disease among South Asians in Leicester: a focus group study. Family Practice 2000; 4: 293-97

13-Bergman E, Bertero C. You can do it if you set your mind to it: a qualitative study of patients with coronary disease. Journal of Advanced Nursing 2001; 36: 733-41

14-Bara G, Siani A, Pagano E. Role of diet and lifestyle in the prevention of cardiovascular disease: knowledge and attitude of physicians and patients in southern Italy. Italian Heart Journal 2001; 2: 546-54

15-Bon N, Spyckerelle Y, Monneav JP, Deschamps JP. Knowledge, behavior and attitude with respect to cardiovascular disease . Archives Des Maladies Du Coeur Et Des Vaisseux 1987; 80:929-35

16-Escude T, Gomez C, Galino N. Risk factors of ischemic cardiopathy: study of patients hospitalized in a coronary unit. Reviews Enfermachy Clinical (In Sweden) 1998; 21: 63-66

17-Sutterer JR, Carey MP. Risk factor Knowledge, Status, and change in a community screening project. Journal of Community Health 1989; 14: 137-47

18- Ford ES, Jones DH. Cardiovascular health knowledge in the United States: findings from the national health survey 1985 . Preventive Medicine 1991; 4: 121-27

19- Andersson P, Lepport J. Men of socio-economic and educational level possess pronounced deficient knowledge about the risk factors related to coronary heart disease. Journal of Cardiovascular Risk 2001; 8: 371-77

20-Baberg HT, Jager D, Kahrman G. Health promotion and cardiovascular risk factors: The level of knowledge among 510 inpatients of an acute coronary care unit. Medizinische klinik (In Germany)2000; 95: 75-80

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1381.2.1.7.2]

21- Alikasi H, Sarafzadegan N. Comparison of knowledge and practice of Isfahan people about the CVD risk factors. Isfahan Cardiovascular Research Center: Isfahan, 2001

۲۲- درخشان اشرف، بررسی میزان آگاهی بیماران مبتلا به آنفارکتوس میوکارد بستری در بخش های مراقبت ویژه قلبی بیمارستان های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، واقع در تهران در مورد بیماری خود و عوامل مستعد کننده آن، پایان‌نامه کارشناسی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ۱۳۶۸

23-Murray PJ. Rehabilitation information and health beliefs in the post coronary patient: do we meet their information needs. Journal of Advanced Nursing 1989; 14: 686-93

24- Potvin L, Richard L, Edwards A. Knowledge of cardiovascular disease risk factor among the Canadian population: relationships with indicators of socioeconomic status. Community Medicine Advanced Journal 1999; 161: 1-2

25- Kirkland SA, Maclean DR, Langille DB. Knowledge and awareness of risk factor for cardiovascular disease among Canadians 55 to 74 years of age: results from the Canadian heart health surveys, 1986-1992. Community Medicine Advanced Journal 1999; 161: 10-16

26-Rudd J, Glans K. How individuals use information for health action: consumer information processing. In: Glanz K, Lewis FM , Rimer BK. Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice. Jossey- Bass: San Francisco, 1996: 115-39

27- Turton J. Importanc of information following myocardial infarction: a study of the self-perceived information needs of patients and their spouse: partner compared with the perceptions of nursing staff. Journal of Advanced Nursing 1999; 27:770-78

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1381.2.1.7.2]