

The Effect of Education on Life Style Among Patients Suffering from Ischemic Heart Disease

Tahereh Nasrabadi¹, Nafiseh Goodarzi Zadeh², Alireza Shahrjerdi³, Ahmad Hamta⁴

¹ Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Islamic Azad University, Zahedan Branch, Zahedan, Iran

² Department of Health Sciences, University of Pune India

³ Department of Human Genetic, University of Mumbai India

⁴ Department of Genetic, Arak University, Arak, Iran

(Received July 17, 2010 ; Accepted November 21, 2010)

Abstract

Background and purpose: Cardiovascular diseases and more importantly the ischemic heart diseases (IHD) have been the most serious health problems during the late 20th and early 21st centuries. The purpose of this study was to determine the effect of education on modifying the life style of patients with IHD in Imam Ali Hospital, Khatamolanbia Hospital and Tamin Ejtemaie Hospital in Zahedan city.

Materials and methods: A randomized controlled clinical trial was carried out on 180 patients with IHD recruited through simple random sampling method from the intensive care units of Imam Ali (AS), Khatamolanbia and Tamin Ejtemaie hospitals in Zahedan city. Patients were assigned into an experimental group (n=90) and a control group (n=90). The standardized Rose questionnaire was used for data collection.

Results: The education was effective on modifying life style of the patients with IHD. Statistical analysis indicated that the knowledge of the patients about heart diseases, life style, body mass index, blood triglyceride level, blood cholesterol level, blood sugar level and blood pressure in the experimental group was increased after education. The mean knowledge score of patients about modifying life style significantly differed after education between the two groups ($P < 0.05$).

Conclusion: Education is an effective approach in modifying the life style of patients with IHD. Therefore, it is suggested that education should be considered as an important program in the treatment of patients with IDH.

Key words: Education, modifying, life style, ischemic heart diseases

J Mazand Univ Med Sci 2010; 20(79): 72-79 (Persian).

بررسی تاثیر آموزش بر سبک زندگی بیماران مبتلا به بیماری های ایسکیمی قلبی

طاهره نصرآبادی^۱ نفیسه گودرزی زاده^۲ علیرضا شهرجردی^۳ احمد همتا^۴

چکیده

سابقه و هدف: بیماری قلبی- عروقی و در رأس آنها بیماری های ایسکیمیک قلبی به یکی از جدیدترین مشکلات مرتبط با سلامتی جهان در سال های پایانی قرن بیستم و سال های آغازین قرن بیست و یکم تبدیل شده است. تحقیقات جدید به روشنی اهمیت تغییر شیوه زندگی را شرح داده اند. پیشگیری ثانویه و بازتوانی بیماران قلبی به عنوان مجموعه فعالیت هایی است که علت اصلی بیماری همراه با دست یافتن به بهترین شرایط جسمی، روحی و اجتماعی را تحت تاثیر قرار می دهد.

مواد و روش ها: مطالعه حاضر یک کارآزمایی بالینی است که از مرداد ۱۳۸۵ لغایت بهمن ۱۳۸۶ در بخش مراقبت های ویژه قلبی و بخش قلب و عروق بیمارستان های امام علی (ع)، خاتم الانبیاء و تأمین اجتماعی شهر زاهدان بر روی ۱۸۰ بیمار با تشخیص بیماری ایسکیمیک قلبی انجام شده است. نمونه ها به روش تصادفی ساده انتخاب و در دو گروه مداخله و کنترل، هر کدام ۹۰ نفر قرار گرفتند. جهت جمع آوری داده های پژوهش از پرسشنامه استاندارد رز استفاده گردیده است.

یافته ها: نتایج بیانگر تاثیر آموزش بر تعدیل سبک زندگی بیماران مبتلا به بیماری های ایسکیمیک قلبی می باشد. یافته های آماری نمایانگر آن است که مجموع آگاهی بیماران در زمینه بیماری قلبی، وضعیت کلی سبک زندگی، نمایه توده بدنی، وضعیت کلسترول خون، تری گلیسیرید خون، قندخون و فشارخون افراد گروه مورد پس از انجام مداخله آموزشی افزایش یافته و آگاهی آنها مطلوب تر شده است. آزمون تحلیل کو واریانس نشان داد که تفاوت معنی داری بین میانگین نمره مجموع آگاهی بیماران برای تعدیل سبک زندگی در دو گروه مورد و کنترل پس از انجام آموزش وجود دارد ($p < 0.05$).

استنتاج: براساس یافته های پژوهش، آموزش در بیماران مبتلا به بیماری های ایسکیمیک قلبی جهت تعدیل سبک زندگی موثر بوده است. لذا پیشنهاد می گردد که آموزش به بیمار در مراکز درمانی و آموزشی به صورت یک برنامه جدی پیگیری شود.

واژه های کلیدی: آموزش، سبک زندگی، بیماری های ایسکیمیک قلبی

مقدمه

بیماری های عروق کرونر علت عمده مرگ و میر در اغلب کشورهای جهان از جمله ایران است (۱). بیماری های قلبی و در راس آنها بیماری ایسکیمی قلبی به یکی از جدیدترین مشکلات مرتبط با سلامتی جهان در سال های

E-mail: taherehnasrabadi2009@gmail.com

مؤلف مسئول: طاهره نصرآبادی - زاهدان: دانشگاه آزاد اسلامی، واحد زاهدان، گروه پرستاری

۱. استادیار گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد زاهدان

۲. دانشجوی دکتری تغذیه، بخش علوم غذایی، دانشگاه میسور، هند

۳. دانشجوی دکتری ژنتیک انسانی، دانشگاه بمبئی، هند

۴. استادیار گروه ژنتیک، دانشگاه اراک

تاریخ دریافت: ۸۹/۴/۲۹ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۸۹/۵/۲۶ تاریخ تصویب: ۸۹/۸/۳۰

پایانی قرن بیستم و سال‌های آغازین قرن بیست و یکم تبدیل شده است. به طوری که امروزه بیماری ایسکیمی قلبی مسئول حدود ۳۵ درصد مرگ‌ها در کشورهای در حال توسعه و حدود ۳۰ درصد تمام مرگ‌ها در سراسر جهان است (۲). برآورد می‌شود که بیماری‌های ایسکمیک قلبی در راس ۱۵ علت به عنوان بار جهانی بیماری‌ها در سال ۲۰۲۰ باشد (۳). تعدادی از عوامل در رشد بیماری‌های قلبی عروقی مطرح شده‌اند؛ که در این میان می‌توان به فقدان ورزش، رژیم غذایی نامناسب و کشیدن سیگار اشاره نمود (۴).

شواهد زیادی نشان داده‌اند که خطر بیماری قلبی - عروقی از طریق اصلاح عوامل خطر قلبی - عروقی می‌تواند کاهش یابد. تحقیقات جدید به روشنی اهمیت تغییر شیوه زندگی را شرح داده‌اند. پیشگیری ثانویه و بازتوانی بیماران قلبی به عنوان مجموعه فعالیت‌هایی است که علت اصلی بیماری همراه با دست یافتن به بهترین شرایط جسمی، روحی و اجتماعی را تحت تاثیر قرار می‌دهد (۵). سبک زندگی به عنوان یک عامل مهم همواره کانون توجه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت بوده است. به طور کلی عوامل موثر بر سلامتی را می‌توان تحت ۴ عامل معرفی کرد که نسبت تاثیر این عوامل به ترتیب عبارتند از: ۱۶ درصد وراثت، ۱۰ درصد مراقبت‌های بهداشتی، ۲۱ درصد محیط زیست و ۵۱ درصد سبک زندگی و عادات مرتبط با سلامتی افراد (۶). به موازات این که کشورهای در حال توسعه دچار تغییرات و انتقال اقتصادی می‌شوند فشار شهرنشینی، صنعتی شدن و جهانی شدن اغلب موجب تغییرات سبک زندگی در افراد می‌شود که خود رفتار خطر ساز و افزایش عوامل خطر بیماری‌های قلبی - عروقی را در آنها موجب می‌شود (۷).

در نظر گرفتن این موقعیت که ۸۰ درصد بیماری‌های قلبی را مستقیماً می‌توان به عوامل خطری همچون فشارخون، چاقی، دیابت و سیگار کشیدن نسبت داد که از طریق تغییرات سبک زندگی قابل تغییر می‌باشند و در

نظر گرفتن این نکته پر اهمیت که حدود ۷۰ درصد مرگ‌های ناشی از حملات قلبی با تغییراتی در سبک زندگی قابل پیش‌گیری است (۸). از این رو تلاش برای ترغیب مردم به تغییر جنبه‌های خطرناک سبک زندگی‌شان ضروری به نظر می‌رسد و در واقع توسعه چنین استراتژی‌های پیشگیری کننده در سطح ملی، سازمانی و محلی یک بخش مهم از مسئولیت کادر پزشکی، پرستاری، مسئولین آموزش بهداشت و ارتقاء سلامتی است.

این نکته روشن به نظر می‌رسد که یکی از ابزارهای اساسی در تغییر سبک زندگی بیمار، وجود برنامه آموزش به بیمار بعنوان جزئی از مراقبت‌ها می‌باشد. آموزش به بیمار ممکن است مداخله مشاوره‌ای رفتاری را در برگیرد و نشان داده شده است که این مداخله‌ها بر عوامل خطر بسیاری تاثیر دارند (۹). همچنین آموزش به بیمار موجب پیشرفت عمده‌ای در رفاه روانی - اجتماعی بیمار می‌شوند (۱۰). این مداخله‌های روانی - اجتماعی می‌تواند عود و مرگ و میر بیماری در بیماران دچار بیماری قلبی - عروقی را به طور چشمگیری کاهش دهند. تخمین زده شده است که این مداخله‌ها قادرند ۴۶ درصد کاهش در وقایع قلبی غیر کشنده و ۴۱ درصد کاهش در مرگ و میر در دو سال پیشگیری به وجود آورند (۱۱). آموزش به بیماران بستری، بهبودهای عمده‌ای را در رفتارهایی همچون سیگار کشیدن، بهبود سطح تحمل فعالیت جسمی بیمار و تمکین کلی از توصیه‌های پزشکی موجب شده است (۱۲).

از سوی دیگر یکی از مزایای برنامه‌های تغییر رفتار مرتبط با بیماری قلبی آن است که عوارض زاینبار دارو درمانی که خود می‌تواند یکی از راه‌های اصلاح شیوه زندگی محسوب می‌گردد کاهش یافته و در نتیجه کیفیت زندگی بیمار بهبود می‌یابد (۱۳). ارتقاء خدمات آموزش بیمار با راهی دشوار روبرو است. شرایط بیمارستانی، مدیریتی، منابع و روش‌های موجود با وضعیت مطلوب فاصله زیادی دارند. اما کارهای بزرگ

به دست آمده وارد پرسشنامه گردید. این پژوهش پس از کسب مجوز اخلاق از شورای پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد زاهدان انجام شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: ۱- تایید بیماری توسط پزشک متخصص قلب و عروق براساس تشخیص کلینیکی و پاراکلینیکی. ۲- سکونت در شهر زاهدان برای امکان شرکت در جلسات آموزشی. ۳- موافق بودن با شرکت در مطالعه. به منظور حفظ حرمت بیماران، قبل از انجام مراحل اجرایی پژوهش، رضایت بیماران جلب شد و مقصود از پژوهش برای آنها تشریح گردید. در ابتدا از هر دو گروه مورد و کنترل پیش آزمون به عمل آمد و گروه مورد به ۹ گروه ۱۰ نفره تقسیم گردیدند. سپس بطور مجزا هر یک از گروه‌های مورد برنامه آموزشی مشتمل بر ۴ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای را بصورت سخنرانی دریافت نموده و در آخر جزوه آموزشی در اختیار آنان قرار گرفت در این مدت هیچ‌گونه آموزشی جهت گروه کنترل انجام نگرفت. دو هفته پس از جلسه چهارم آموزشی گروه مورد، از هر دو گروه مورد و کنترل پس آزمون به عمل آمد که ۵ نفر از نمونه‌ها در گروه مورد و ۶ نفر در گروه کنترل در پس آزمون شرکت نموده و لذا از آمار حذف گردیدند. همچنین به گروه کنترل پس از پایان مرحله دوم، آموزش‌های لازم برای کنترل بیماری داده شد و جزوه آموزشی در اختیار آنان نیز قرار گرفت. این پژوهش دارای یک متغیر مستقل به نام تاثیر آموزش و یک متغیر وابسته به نام تعدیل سبک زندگی می‌باشد. نوع داده‌ها در این پژوهش کمی و کیفی می‌باشد. در این مطالعه از پرسشنامه استاندارد رز استفاده گردیده که سئوالات تعیین وضعیت سبک زندگی در آن مندرج می‌باشد. همچنین کفایت محتوی جزوه آموزشی که شامل مقدمه‌ای راجع به بیماری‌های ایسکمیک قلبی، عوامل خطرزا، علائم و نشانه‌های بیماری، تشخیص، درمان و چگونگی پیشگیری از بیماری‌های قلبی و عروقی با تغییر عادات غلط و تعدیل سبک زندگی بود نیز توسط ۱۰

نیز بایستی از جایی شروع شوند و تغییر حتی اگر کوچک، روزنه‌ای است به سوی امیدواری. البته تغییر به ویژه هنگامی که قرار است وسعت یابد و به عنوان عنصری ادغام یافته و نهادینه درآید با موانع و مقاومت‌هایی رو به رو است. در برنامه تغییر، توجه به این عوامل ضروری است. در واقع هر نوع برنامه‌ریزی و اقدام مرتبط با ارتقاء سلامتی، به نوعی با ساختارهای اجتماعی اقتصادی- سیاسی مرتبط و متأثر از آنها است. هدف از مطالعه حاضر تعیین تاثیر آموزش بر تعدیل سبک زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های ایسکمیک قلبی می‌باشد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر کارآزمایی بالینی است که از مرداد ۱۳۸۵ لغایت بهمن ۱۳۸۶ در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی و بخش قلب و عروق بیمارستان‌های امام علی (ع)، خاتم الانبیا و تأمین اجتماعی شهر زاهدان، انجام شده است. حجم نمونه پژوهش را ۱۸۰ بیمار با تشخیص بیماری ایسکمیک قلبی که توسط متخصص قلب و عروق در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی یا بخش قلب و عروق بستری شده بودند تشکیل داده و با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی به دو گروه مورد و کنترل (در هر گروه ۹۰ نفر) تقسیم گردیدند. جهت جمع‌آوری داده‌های پژوهش از روش مصاحبه با استفاده از پرسشنامه استاندارد رز (۱۴) که شامل چند بخش می‌باشد استفاده گردیده است: ۱- اطلاعات مربوط به متغیرهای جمعیت‌شناسی ۲- اطلاعات مربوط به متغیر سابقه بیماری ۳- اطلاعات مربوط به سبک زندگی (ترکیبی از الگوهای رفتاری و عادات فردی در سراسر زندگی است که در طی فرآیندهای اجتماعی شدن به وجود آمده است). ۴- اطلاعات مربوط به عوامل خطر بیماری ۵- اطلاعات مربوط به آگاهی بیمار. همچنین قد، وزن، فشارخون و آزمایشات پاراکلینیکی (قندخون ناشتا، کلسترول و تری‌گلیسرید) درخواست گردید و اطلاعات

نفر از اعضای هیئت علمی و پرستاران، مورد بررسی و نهایتاً اعتبار آن مورد تأیید قرار گرفت. برای نیل به اهداف پژوهش و تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده از آمار توصیفی و استنباطی همچون آزمون t و آزمون Chi-square و نرم افزار SPSS استفاده گردید.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش نمایانگر آن است که میانگین و انحراف معیار سن در دو گروه مورد و کنترل به ترتیب $9/82 \pm 52/30$ و $9/44 \pm 51/86$ سال می‌باشد. آزمون t نشان داد میانگین سن دو گروه تفاوت معنی‌داری ندارد ($p=0/76$).

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی نسبت جنسی و وضعیت تأهل در دو گروه مورد و کنترل

مشخصات جنسیت	گروه مورد مطالعه		سطح معنی‌داری
	تعداد (درصد)	گروه کنترل تعداد (درصد)	
مرد	۵۳ (۵۸/۹)	۵۶ (۶۲/۲)	۰/۶۵
زن	۳۷ (۴۱/۱)	۳۴ (۳۷/۸)	
وضعیت تأهل			
مجرد	۱ (۱/۱)	۱ (۱/۱)	
متأهل	۸۷ (۹۶/۷)	۸۳ (۹۲/۲)	۰/۳۸
مطلقه	۰ (۰)	۳ (۳/۳)	
بیوه	۲ (۲/۲)	۳ (۵/۳)	

در گروه مورد (۲۱/۱ درصد) ۱۹ نفر کارمند و در گروه کنترل (۲۷/۸ درصد) ۲۵ نفر خانه‌دار بوده‌اند. از نظر سطح تحصیلات بیشترین درصد افراد مورد مطالعه در هر دو گروه مورد و کنترل سواد در سطح ابتدایی و کمترین درصد افراد مورد مطالعه تحصیلات بالاتر از سطح لیسانس داشتند. یافته‌های پژوهش نمایانگر آن است که بیشترین درصد (۷۵/۶ درصد) افراد در گروه مورد و در گروه کنترل (۶۶/۷ درصد) دارای سابقه ابتلا به بیماری قلبی پیش از بستری شدن می‌باشند. یافته‌ها نمایانگر آن است که ۵۷/۸ درصد افراد مورد مطالعه در گروه مورد و ۴۵/۶ درصد در گروه کنترل دارای سابقه بستری شدن در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی می‌باشند و

۲۳/۳ درصد افراد مورد مطالعه در گروه مورد و ۲۰ درصد افراد در گروه کنترل دارای بیماری دیابت می‌باشند. آمارها نشان داد ۵۲/۲ درصد افراد مورد مطالعه در گروه مورد و ۵۳/۳ درصد افراد در گروه کنترل دارای سابقه بیماری قلبی در بین بستگان درجه یک بوده‌اند. همچنین در گروه مورد ۵۴/۴ درصد افراد، و در گروه کنترل ۳۳/۳ درصد افراد دارای سابقه بیماری بالا بودن فشارخون بوده و ۳۶/۷ درصد افراد در گروه مورد و ۳۲/۲ درصد افراد در گروه کنترل دارای سابقه ابتلا به چربی خون بالا می‌باشند. آزمون Chi-square نشان داد تفاوت معنی‌دار بین دو گروه از نظر جنس، وضعیت تأهل (جدول شماره ۱)، شغل، تحصیلات، سابقه ابتلا به بیماری قلبی پیش از بستری شدن، سابقه بستری شدن در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی، سابقه بیماری قلبی در بین بستگان درجه یک، سابقه بیماری بالا بودن فشارخون، بیماری دیابت و سابقه ابتلا به چربی خون بالا وجود ندارد ($p>0/05$).

میانگین و انحراف معیار سطح آگاهی در ارتباط با بیماری‌های قلبی در افراد مورد مطالعه در گروه مورد قبل از آموزش $6/93 \pm 13/02$ و پس از آموزش $64/46 \pm 23/1$ و در گروه کنترل قبل از آموزش $6/04 \pm 12/43$ و پس از آموزش $5/34 \pm 12/04$ بود. آزمون‌های آماری تفاوت معنی‌داری را بین میانگین نمره مجموع آگاهی بیماران در زمینه بیماری قلبی در دو گروه مورد و کنترل پس از انجام آموزش نشان داد ($p<0/01$) (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی وضعیت تغییر آگاهی در دو گروه مورد و کنترل پس از آموزش

وضعیت تغییر	گروه مورد مطالعه		گروه کنترل تعداد (درصد)
	تعداد (درصد)	گروه مورد تعداد (درصد)	
افزایش یافته	۸۱ (۹۵/۳)	۲۲ (۲۶/۲)	
تغییری نکرده	۰ (۰)	۴۱ (۴۸/۸)	
کاهش یافته	۴ (۴/۷)	۲۱ (۲۵)	
جمع	۸۵ (۱۰۰)	۸۴ (۱۰۰)	

میانگین و انحراف معیار وضعیت کلی سبک زندگی در افراد مورد مطالعه در گروه مورد قبل از

از نظر سابقه ارثی، حدود ۵۳ درصد کل افراد مورد مطالعه (۵۲/۲ درصد در برابر ۵۳/۲ درصد) دارای سابقه ارثی ابتلا به بیماری می‌باشند که به خوبی نشان‌دهنده سهم خطر ارث در ابتلا به بیماری قلبی است.

همچنین حدود ۵۲ درصد افراد مورد مطالعه دارای سابقه بستری شدن در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی هستند. این یافته در ارتباط با یافته قبلی مبنی بر دارا بودن سابقه ابتلا به بیماری مورد نظر در ۷۱ درصد از افراد مورد مطالعه است و خود شاهدی است بر این که افراد مورد مطالعه در جریان بستری شدن در بیمارستان و در سیر بیماری خود، اطلاعات لازم را برای اتخاذ رفتار بهداشتی در سطح دوم پیشگیری؛ برای کاهش احتمال عود از پرستاران و ارائه دهندگان خدمات درمانی در بیمارستان دریافت نکرده‌اند. این یافته نیز شاهدی بر ضرورت انجام برنامه‌های آموزشی همچون پژوهش حاضر می‌باشد. حدود ۲۲ درصد افراد مورد مطالعه دارای سابقه ابتلاء به بیماری دیابت بودند. حدود ۴۴ درصد افراد مورد مطالعه دارای سابقه ابتلاء به بیماری فشارخون می‌باشند. همچنین حدود ۳۴ درصد افراد دارای سابقه ابتلاء به چربی خون بالا بودند. Summanen و همکارانش در مطالعه خود گزارش کردند که، عوامل خطر بیماری کرونری قلب مثل کلسترول بالا، فشار خون بالا، دیابت ملیتوس، سیگار و چاقی به خوبی شناخته شده است. بنابراین پیشگیری از این شرایط اساساً مؤثر است. اساساً مردم انتظار دارند که پزشکان عادات زندگی بیماران و پیشگیری از بیماری کرونری قلب را مورد توجه قرار دهند (۱۵).

بررسی تحلیل یافته‌های مربوط به وضعیت شاخص توده بدنی در این مطالعه گویای آن است که حدود ۶۶ درصد بیماران در آغاز مطالعه دارای اضافه وزن بوده و یا چاق هستند و توجه به این یافته پژوهشی که مردانی که شاخص توده بدنی آن‌ها ۲۶ یا بیشتر است، در مقایسه با مردانی که این شاخص در آن‌ها کمتر از ۲۲/۵ است، ۲/۵ برابر بیشتر خطر بیماری قلبی را دارند، نشان می‌دهد.

آموزش $3/82 \pm 13/40$ و پس از آموزش $3/13 \pm 18/5$ و در گروه کنترل قبل از آموزش $3/6 \pm 13/01$ و پس از آموزش $4/04 \pm 13/89$ بود. آزمون تحلیل کوواریانس تفاوت معنی‌داری را بین میانگین نمره سبک زندگی در دو گروه مورد و کنترل پس از انجام آموزش نشان نداد ($p > 0/05$) (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی وضعیت تغییر سبک زندگی در دو

گروه مورد و کنترل پس از آموزش

وضعیت تغییر	گروه مورد مطالعه	
	تعداد (درصد)	گروه کنترل (تعداد (درصد))
مطلوب تر شده	۲۴ (۸۷/۱)	۵۸ (۶۹)
تغییری نکرده	۱ (۱/۲)	۳ (۳/۶)
نامطلوب تر شده	۱۰ (۱۱/۸)	۲۳ (۲۷/۴)
جمع	۸۵ (۱۰۰)	۸۴ (۱۰۰)

بحث

بر اساس یافته‌های پژوهش، آموزش در بیماران مبتلا به بیماری‌های ایسکیمیک قلبی بر سبک زندگی آنان موثر بوده و سبب افزایش آگاهی آنان گردیده است. یافته‌ها نشان داد در مجموع ۷۱ درصد از افراد مورد مطالعه، دارای سابقه ابتلا به بیماری مورد مطالعه بودند که نکته مهمی از نظر یافته‌های این پژوهش به شمار می‌رود و یافته‌های مربوط به میزان آگاهی بیماران نشان می‌دهد که افراد مورد مطالعه علی‌رغم ابتلا به بیماری و داشتن تجربه بیماری، از وضعیت مطلوبی در این زمینه برخوردار نیستند و با وجود مراجعات مکرر به پزشکان مؤید آن است که ۷۵/۶ درصد بیماران از پزشکان به عنوان منبع کسب اطلاع خود یاد کرده‌اند، می‌توان چنین استدلال کرد که اطلاعات مورد نیاز بیماران در جریان ملاقات‌های به عمل آمده با بیماران در مطب پزشکان به ایشان ارائه نشده است. بر همین اساس به نظر می‌رسد ارائه اطلاعات مورد نیاز به بیماران توسط پزشکان و پرستاران هنگام ترخیص این بیماران از بیمارستان ضروری باشد.

بیماران مورد مطالعه در این پژوهش معرف بیماران مبتلا به بیماری‌های ایسکمیک قلب می‌باشند، با در نظر گرفتن این یافته پژوهشی که یکی از عوامل خطر برای مرگ ناگهانی در بیماری‌های ایسکمیک قلبی چاقی یا شاخص توده بدنی بیش از ۲۷ است (۱۶).

در آغاز مطالعه آگاهی ۹۳/۳ درصد افراد مورد مطالعه در زمینه بیماری قلبی در سطح پایین قرار داشت که لزوم برنامه‌ریزی دقیق آموزشی و اجرای مداخلات به منظور ارتقاء سطح آگاهی در این زمینه را برجسته می‌سازد. در واقع آگاهی بیمار یکی از عوامل مهم توانا کردن او برای قبول و انجام رفتار بهداشتی است (۱۷). یافته‌ها نشان داد افزایش آگاهی کلی بیماران در گروه مورد بسیار قابل توجه بود (جدول شماره ۲) در حالی که در گروه کنترل هیچ‌گونه تغییر مثبتی مشاهده نشد. میانگین تفاضل نمره (۱۰/۷۴) بین آگاهی قبل و بعد از آموزش در گروه مورد و در مقابل، میانگین تفاضل نمره (۰/۰۲-) در گروه کنترل نشان می‌دهد که اجرای برنامه آموزشی به صورت پیشنهاد شده در این پژوهش تا چه حد می‌تواند در ارتقاء آگاهی بیماران مؤثر واقع شود.

یافته‌های پژوهش در زمینه وضعیت کلی سبک زندگی نشان داد حدود ۶۵/۶ درصد افراد مورد مطالعه در گروه مورد و ۶۱/۹ درصد در گروه کنترل از نظر وضعیت کلی سبک زندگی در وضعیت نامطلوبی قبل از آموزش قرار داشته که با توجه به اهمیت سبک زندگی در تعدیل پیش آگاهی‌های ایسکمیک قلبی، یکی از اهداف مهم آموزش در نظر گرفته شده برای کاهش عود مجدد بیماری می‌باشد. چنان‌که در یافته‌ها مشاهده شد، افزایش نمرات مربوط به وضعیت کلی سبک زندگی پس از آموزش قابل توجه و نشان دهنده بهتر شدن وضعیت گروه مورد از این نظر می‌باشد. نگاهی به تغییر ایجاد شده در نمرات مربوط به این وضعیت و مقایسه آن‌ها و همچنین کاهش شمار افرادی که در گروه مورد در وضعیت نامطلوبی از نظر سبک زندگی قرار داشته‌اند از ۶۵/۶ درصد به ۱۶/۵ درصد و

نیز افزایش شمار افرادی که از این نظر وضع نسبتاً مطلوبی داشته‌اند از ۳۴/۴ درصد به ۷۵/۳ درصد نشان می‌دهد برنامه آموزشی به میزان قابل توجهی در تعدیل سبک زندگی بیماران گروه مورد نقش داشته است. جدول شماره ۳ نمایانگر آن است که وضعیت کلی سبک زندگی در ۸۷/۱ درصد از افراد گروه مورد پس از انجام آموزش مطلوب تر شده است، در حالی که، ۶۹ درصد افراد گروه کنترل وضعیت سبک زندگی مطلوبی داشتند. وضعیت سبک زندگی در ۲۷/۴ درصد افراد در گروه کنترل در این زمینه نامطلوب تر شده بود، در حالی که این وضعیت فقط در ۱۱/۸ درصد در گروه مورد نامطلوب تر شده بود.

آزمون‌های آماری تفاوت معنی‌داری در مورد میانگین نمره سبک کلی زندگی در دو گروه مورد و کنترل را پس از آموزش نشان داد ($p < 0/01$) بدین معنی که آموزش باعث مطلوب‌تر شدن وضعیت کلی سبک زندگی در گروه مورد گردید. همچنین در پژوهشی که توسط محمدی زیدی و همکاران با عنوان بررسی سبک زندگی بیماران قلبی - عروقی با مشارکت ۴۴ بیمار قلبی - عروقی انجام شد، یافته‌های پژوهش در کل نشان دهنده وجود عادات‌های رفتاری غلط و نامناسب در بیماران بخصوص در زمینه سیگار، اعتیاد و تحرک بدنی است که همراه با تاریخچه بیماری در خود فرد و نزدیکان و عادات‌های تغذیه‌ای نامناسب و رویدادهای استرس‌زا، باعث شده تا ۹۵/۵ درصد بیماران دارای سبک زندگی با خطر متوسط باشند. این امر لزوم توجه و تاکید بر نقش آموزش را با هدف آشنایی بیماران با سبک زندگی مناسب و عادات‌های رفتاری صحیح نشان می‌دهد تا هم بیماران از وقوع مجدد بیماری جلوگیری کنند و هم در سایرین به عنوان یک فاکتور پیشگیری کننده عمل کند (۱۸).

یافته‌های پژوهش در کل نشان‌دهنده وجود عادات‌های رفتاری غلط و نامناسب در بیماران، بخصوص در زمینه کشیدن سیگار، اعتیاد و تحرک بدنی است که

بیماران با سبک زندگی مناسب و عادت‌های رفتاری صحیح را نشان می‌دهد، تا هم بیماران با افزایش آگاهی و بهبود عملکرد از وقوع مجدد بیماری جلوگیری و هم سایر افراد جامعه به عنوان یک فاکتور پیشگیری کننده سبک زندگی مناسب و عادت‌های رفتاری را مورد نظر قرار دهند.

همراه با تاریخچه بیماری در خود فرد و نزدیکان و عادت‌های تغذیه‌ای نامناسب و رویدادهای استرس‌زا، باعث شده تا ۸۱/۱ درصد بیماران دارای سبک زندگی نامطلوب باشند که یافته‌های پژوهش موید دیگر پژوهش‌ها در این زمینه می‌باشد. این پژوهش لزوم توجه و تاکید بر نقش آموزش با هدف افزایش آگاهی

References

1. Dostkamy H, Hosseinian J, Fatehi GH. The prevalence of myocardial infarction without ST segment in patients with primary diagnosis of unstable angina in the Ardabil Bouali hospital. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences* 2006; 6(1): 37-43.
2. Boden W.E. Outcomes in patents with acute non-q-wave myocardial infarction randomly assigned to invasive as compared with a conservative management strategy. *N Eng J Med* 2002; 338: 1785-1792.
3. Campbell N, Ritchie LD, Rawles J. Cardiac rehabilitation: the agenda set by post-Myocardial infarction patients. *Health Educ J* 1994; 53: 409-420.
4. Karen K. Environmental Cardiology: Getting to the Heart of the Matter *Environ Health Perspective*. *Med Scape* 2004; 112(15): 880-887.
5. Alm-Roijer C, Stagmo M, Uden G, Erhardt L. Better knowledge improves adherence to lifestyle changes and medication in patients with coronary heart disease. *Eur J Cardio Nurs* 2009; 3: 321-330.
6. Lear S.A, Ignaszewskib A, Lindenc W, Brozicid A. The Extensive Lifestyle Management Intervention (ELMI) following cardiac rehabilitation trial. *Eur Heart J* 2003; 24: 1920-1927.
7. Center for Disease Control and Prevention. Healing Heart Foundation Website. 2003; Life style in heart disease. Available at: <http://www.angelfire.com/hi2/healingheart.html>.
8. Center for Disease Control and Prevention. Healing Heart. Website Prevent, Reverse Heart Disease, The heart risk factor. 2003; Available at: <http://www.Heartdisease/risk/factor/healingheart.html>.
9. Jacobsen B.K, Dag S. Risk factors for coronary heart disease and level of education. *Am J Epidemiol* 1998; 127(5): 923-932.
10. Andeson P, Leppert J. Men of socio-economic and educational level possess pronounced deficient knowledge about the risk factors related to coronary heart disease. *J Cardiovasc Risk* 2001; 8(6): 371-377.
11. Orth-Gomér K, Albus C, Bages N, Deter HC, Herrmann-Lingen C, Oldenburg B. Psychosocial Considerations in the European Guidelines for Prevention of Cardiovascular Diseases in Clinical Practice: Third Joint Task Force. *Int J Behav Med* 2005; 12(3): 132-141.
12. Rita Y, Halon D.A, Lewis B.S. Perceived disability and lifestyle modification following hospitalization for non-ST elevation versus ST elevation acute coronary syndromes: The patients' point of view". *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2007; 6(4): 287-292.

13. Ferrans CE, Zerwic JJ, Wilbur JE, Larson JL. Conceptual Model of Health-Related Quality of Life. *NCBI* 2006; 38(2): 110.
14. www.Ccr.Coriell.Org/Ninds/Visp-dd-r.
15. Summanen M, Koskenvuo K, Suominen S. Secondary prevention of coronary heart disease is disappointing among patients of working age. *Family Practice* 2004; 21(3): 304-306.
16. Rothman KJ. Body mass index (BMI) flawed as obesity measure in women. *Int J Obes* 2008; 32(3): S56-S59.
17. Omar S, Vineet G, Naveen D, Streja L, Shin J.S, Ku M, et al. Knowledge of modifiable risk factors of Coronary Atherosclerotic Heart Disease (CASHD) among a sample in India. *BMC Int Health Hum Righths* 2009; 9(2): 2-6.
18. Mohamadi Zaidi E. Life style and Heart disease. *Shahed University Journal* 2006; 13(6): 49-56.

Archive of SID