



بررسی تأثیر آموزش بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی بر آگاهی و نگرش بیماران دچار سکت قلبی در مورد عوامل خطر ساز بیماری در بیمارستان شهید مصطفی شهر ایلام در سال ۹۴-۱۳۹۳

میلاد برجی^۱، میلاد اعظمی^۲، مهدی امیرخانی^{۳*}، محمدرضا بسطامی^۴، ابراهیم سلیمی^۵، کوروش سایه میری^۶،

علی عباسی جهرمی^۷

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری سلامت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران
^۲ دانشجوی کارشناسی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران
^{۳*} کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران

^۴ مربی گروه پرستاری، مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب های روانی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران
^۵ مربی گروه پرستاری، مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب های روانی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران
^۶ دکترای آمار زیستی، مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب های روانی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران
^۷ مربی گروه بیهوشی و مراقبت های ویژه، دانشکده پرستاری-پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران

(دریافت: ۱۳۹۵/۱/۱۶ - پذیرش: ۱۳۹۵/۳/۲۰)

چکیده

مقدمه: سکت قلبی یکی از شایع ترین علل بستری بیماران قلبی می باشد که معمولاً وضعیت تهدید کننده ای برای فرد و خانواده ی بیمار محسوب می شود. آموزش به بیمار باعث افزایش رضایت مددجو، بهبود کیفیت زندگی، کاهش بروز عوارض بیماری، کاهش زمان بستری، افزایش شرکت در برنامه های مراقبتی بهداشتی و افزایش استقلال مددجو در انجام فعالیت های روزمره می شود.

هدف: مطالعه ی حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی بر نحوه ی آگاهی و نگرش بیماران دچار سکت قلبی که در سال ۱۳۹۴ در بیمارستان شهید مصطفی شهر ایلام صورت گرفته است.

روش: در پژوهش نیمه تجربی حاضر، تعداد ۸۰ نفر از بیماران دچار سکت قلبی، به طور تصادفی به دو گروه آزمون (۴۰ نفر) و شاهد (۴۰ نفر) تقسیم شدند. در گروه آزمون علاوه بر آموزش های معمول بخش، آموزش چهره به چهره بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی و در گروه شاهد، آموزش های معمول بخش صورت گرفت. ابزار جمع آوری داده ها پرسشنامه ی پژوهشگر ساخته ای بود که روایی و پایایی آن در مطالعات قبلی مورد تایید قرار گرفت. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS v.20 هم چنین آزمون های آماری کای دو، تی زوج و تی مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: میانگین نمرات آگاهی و نگرش بیماران دو گروه، قبل از مداخله تفاوت معنی داری نداشتند. ($P > 0/05$) پس از انجام مداخله در گروه آزمون نمرات آگاهی و نگرش به ترتیب $۱۳/۱۷ \pm ۴/۸۵$ و $۷۶/۲۷ \pm ۱۲/۰۷$ و در گروه شاهد $۹/۸۰ \pm ۵/۵۱$ و $۴۹/۳۷ \pm ۹/۲۹$ بود.

نتیجه گیری: با توجه به اهمیت نحوه ی عملکرد در بیماران قلبی و هم چنین با عنایت به نتایج حاصل از مطالعه ی حاضر، به کارگیری الگوی های موثر در ارتقاء و بهبود عملکرد بیماران قلبی توصیه می شود.

واژگان کلیدی: الگوی اعتقاد بهداشتی، آموزش، آگاهی و نگرش، سکت قلبی

مقدمه:

سکته ی قلبی یکی از شایع ترین علل بستری بیماران قلبی می باشد که معمولاً وضعیت تهدید کننده ای برای فرد و خانواده ی بیمار محسوب می شود. (۱) طبق آمار سازمان جهانی بهداشت، در سال ۲۰۱۲، ۳۱ درصد مرگ در جهان ناشی از بیماری های قلبی- عروقی است. بر اساس آخرین آمارهای اعلام شده از سوی سازمان بهداشت جهانی، بیش از هفتاد و پنج درصد بیماریهای قلبی- عروقی در کشورهای دارای درآمد کم و متوسط اتفاق می افتد. پیش بینی ها حاکی از این است که بیماری های قلبی- عروقی تا سال ۲۰۲۰ میلادی علت بیش از ۷۵ درصد مرگ ها در سطح جهانی خواهد بود. در صورت تداوم روند افزایشی مرگ، تا سال ۲۰۳۰ حدود ۲۳/۴ میلیون نفر جان خود را در اثر این بیماری ها از دست می دهند. (۲، ۳) عوامل خطر متعددی مانند دیابت، پرفشاری خون، افزایش کلسترول، چاقی و کم تحرکی در بروز و پیشرفت سیر بیماری دخالت دارند. (۴) تحقیقات نشان داده اند که اغلب عوامل خطر بیماری های قلبی عروقی مرتبط با رفتار و آگاهی فرد بوده و برنامه های آموزشی به عنوان یکی از ابزارهای اساسی در تغیر سبک زندگی بیماران، تأثیر به سزایی بر کاهش رفتارهای مرتبط با عوامل خطر و نیز افزایش رفتارهای سالم دارند. (۵) میزان آگاهی افراد و درک آن ها از عوامل خطر ساز بیماری و انگیزه ی آن ها برای کاهش عوامل خطر ساز بیماری می تواند موجب ارتقای سلامتی و جلوگیری از ابتلاء به بیماری از طریق تغییر در شیوه ی زندگی افراد

شود. (۶) زمانی که به بیماران قلبی- عروقی در حین ترخیص اطلاعاتی در زمینه ی بیماری، رژیم غذایی، داروها، ورزش و فعالیت های منظم داده می شود، بستری مجدد آنان و نیز هزینه های مراقبتی - بهداشتی به طور قابل توجهی کاهش می یابد. (۷) آموزش به بیمار باعث افزایش رضایت مددجو، بهبود کیفیت زندگی، کاهش اضطراب بیمار، کاهش بروز عوارض بیماری، کاهش زمان بستری، کاهش هزینه ها، افزایش شرکت در برنامه های مراقبتی بهداشتی و افزایش استقلال مددجو در انجام فعالیت های روزمره می شود. (۸، ۹) طبق تئوری های نظریه پردازان، رفتارهای ارتقاء دهنده ی سلامت تأثیرات مثبتی بر کیفیت زندگی دارد، به طوری که افراد با رفتار ارتقاء دهنده، سالم تر بوده و بار بیماری و ناتوانی کم تری خواهند داشت. (۱۰)

الگوی اعتقاد بهداشتی، الگویی جامع است که بیشتر در پیشگیری از بیماری نقش دارد و اساس این الگو بر روی انگیزه افراد برای عمل است. این الگو بر این مورد تأکید دارد که چگونه ادراک فرد، ایجاد انگیزه و حرکت می کند و سبب ایجاد رفتار در او می شود. به طور کلی این الگو بر روی تغییر در اعتقادات تمرکز دارد؛ و تغییر در اعتقادات منجر به تغییر در رفتار می شود. (۱۱) « این الگو با اجتناب از تهدید سلامتی و ایجاد آمادگی روانی در فرد، بر اساس چهار بعد: حساسیت درک شده (برداشت فرد از میزان آسیب پذیری اش در برابر بیماری)، شدت درک شده (برداشت فرد از میزان شدت بیماری)، منافع درک شده (درک فواید حاصل از اقدام بهداشتی) و موانع درک

بر آگاهی و نگرش بیماران دچار سکتة قلبی در ارتباط با عوامل خطر بیماری انجام شده است.

روش مطالعه:

پژوهش حاضر یک مطالعه ی مداخله ای نیمه تجربی می باشد که در سال ۱۳۹۴ در بیمارستان شهید مصطفی شهر ایلام صورت گرفته است. برای این منظور ۸۰ بیمار مبتلا به سکتة ی قلبی به روش نمونه گیری آسان و در دسترس از میان بیماران بستری در بیمارستان انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل: سواد خواندن و نوشتن، توانایی برقراری ارتباط، ابتلا به سکتة ی قلبی برای اولین بار و سن حداقل ۳۵ سال می باشد. معیارهای خروج نیز شامل وجود اختلال ذهنی و روانی، وجود شرایط وخیم بیماری که مانع از شرکت بیمار در امر آموزش و یادگیری شود، سلامت کامل بینایی و شنوایی بود. حجم نمونه با استفاده از مطالعات قبلی و با انتخاب آلفای ۵درصد و توان آزمون ۸۰ درصد تعیین گردید. بیمارانی که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، به طور تصادفی در یکی از دو گروه کنترل و مداخله قرار گرفتند. با مراجعه ی روزانه به بخش مراقبت های ویژه ی قلب و بررسی پرونده های بیماران، از بین بیمارانی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند یک نفر را با قرعه کشی انتخاب نموده و نفرات بعد به صورت یک در میان در گروه کنترل و مداخله قرار گرفتند. آموزش ها در زمان هایی که بیماران در شرایط مناسب جسمی و روحی جهت امر آموزش بودند و توانایی پذیرش مطلوب مطالب آموزشی را داشتند صورت می گرفت؛ که فرایند مذکور از روز دوم بستری آغاز شد و هر روز در ساعات اولیه ی صبح و در سه نوبت صورت می

شده (عوامل بالقوه منفی یک عمل خاص بهداشتی مانند هزینه، غیبت از کار و درد)، موجب انجام اقدامات بهداشتی توصیه شده می گردد؛ لذا با توجه به این که سازه های مذکور، ارتباط تنگاتنگی با تعدیل رفتارهای افراد مبتلا به بیماری های قلبی - عروقی داشته، از طرفی بر اساس این سازه ها تاثیر فرایند آموزش بر میزان آگاهی و نگرش این دسته از بیماران را به نحو مطلوب تری می توان ارزیابی کرد؛ مورد استفاده قرار گرفته است. (۱۲) نتایج مطالعه ی ذیقیمت در سال ۱۳۸۸ در تهران با عنوان تاثیر آموزش بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی بر بیماران تحت عمل جراحی عروق کرونر نشان داد که این نوع آموزش باعث افزایش آگاهی و بهبود رفتارهای این دسته از بیماران شده است. (۱۳) نتایج مطالعه ای در کرمان در سال ۹۱ نشان داد که استفاده از آموزش بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی می تواند به مددجو در تغییر رفتارهایی که خطر بروز مجدد بیماری را افزایش می دهند کمک کند. (۱۲) تاجپیندا و همکاران در مطالعه ی خود علت تغییر نگرش به وسیله ی آموزش طبق الگوی اعتقاد بهداشتی را افزایش اعتماد و تأثیر بیش تر این نوع آموزش بر نگرش افراد دانستند. (۱۵)

با توجه به نتایج متفاوتی که در مطالعات مشابه مشاهده شده است؛ از طرفی متأثر بودن میزان یادگیری و پذیرش افراد از شیوه ی بیان و نحوه ی آموزش افراد مختلف در زمان و مکان های متفاوت، و هم چنین ضرورت آگاهی بیماران قلبی عروقی، خصوصاً بیماران دچار سکتة قلبی نسبت به عوامل خطر ساز این بیماری، این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مداخله ی آموزشی با الگوی اعتقاد بهداشتی

گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای می‌باشد که توسط محققین دیگر ساخته شده و در پژوهش‌های قبلی نیز مورد استفاده قرار گرفته است؛ و بر اساس شاخص روایی محتوا امتیاز ۹۶ درصد داشته و ضریب آلفای کرونباخ سؤالات مربوط به آگاهی ($\alpha = 0/82$) و آلفای کرونباخ سؤالات مربوط به نگرش ($\alpha = 0/82$) می‌باشد. (۱۲) که «یک بخش از آن شامل اطلاعات دموگرافیک بیمار (سن، جنس، وضعیت تأهل) بود، بخش دیگر شامل سؤالاتی به منظور سنجش میزان آگاهی (۱۶ سؤال)، بررسی ادراکات شخصی (۵ سؤال) و نحوه‌ی عملکرد فرد نسبت به رژیم غذایی، انجام ورزش و فعالیت فیزیکی (۱۸ سؤال) بود. حیطة‌ی "نحوه‌ی عملکرد" از زیر حیطة‌ی های "درک منافع و موانع حاصل از رعایت رژیم غذایی مناسب" (۷ سؤال) و فعالیت فیزیکی (۸ سؤال) و زیر حیطة‌ی "حساسیت درک شده" (۳ سؤال) تشکیل شده بود. نحوه‌ی امتیاز دهی به گونه‌ای بود که به گزینه‌ی کاملاً موافقم نمره ۴ و به گزینه‌ی کاملاً مخالفم نمره ۰ داده می‌شد. به غیر از سؤالات مربوط به آگاهی بیماران، که به صورت سه گزینه‌ای طراحی شده بود، سایر قسمت‌ها مقیاس پنج گزینه‌ای (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) داشت. بنابراین امتیاز کل میزان آگاهی بین ۰ تا ۱۶ می‌باشد که در صورت پاسخ صحیح نمره ۱ و در صورت پاسخ غلط نمره ۰ لحاظ می‌شد؛ و نمره‌ی کل میزان نگرش نیز، بین ۰ تا ۹۲ بود. شیوه‌ی تکمیل پرسشنامه در گروه مداخله به صورت یک بار قبل از انجام آموزش، و بار دیگر یک ماه و نیم بعد از انجام آموزش بود؛ که توسط

بیمار تکمیل می‌شد و در گروه شاهد نیز هیچ گونه مداخله‌ای صورت نگرفت و در واقع همان آموزش‌های معمول بخش را توسط پرسنل دریافت می‌نمودند؛ که این امر در ارتباط با هر دو گروه اتفاق می‌افتاد. مدت زمان انجام آموزش ۴۰ دقیقه و به صورت چهره به چهره بود و شامل اطلاعات کلی در مورد سکته‌ی قلبی، علائم بیماری و علت‌های مربوطه و تأکید بیش‌تر بر روی عوامل خطر بیماری، اهمیت رژیم غذایی و انجام فعالیت‌های منظم و تعدیل ریسک فاکتور‌ها و تغییر شیوه‌ی زندگی بر اساس اجزای الگوی اعتقاد بهداشتی بود.

پژوهش‌گر پس از کسب اجازه از کمیته‌ی اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی ایلام اقدام به پرسشگری کرد. به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد که در صورت تمایل می‌توانند در پژوهش شرکت کنند و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات ارائه شده، به صورت کاملاً محرمانه خواهد بود و نیازی به نوشتن نام و نام خانوادگی نمی‌باشد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS v.20 و آمار توصیفی (فراوانی و میانگین و انحراف معیار) و آزمون‌های تی زوج (جهت مقایسه‌ی میانگین‌های قبل و بعد از مداخله در هر گروه)، تی مستقل (جهت بررسی میانگین و انحراف معیار‌های دو گروه شاهد و تجربی قبل و بعد از مداخله) و مجذور کای (به منظور مقایسه‌ی متغیرهای دموگرافیک در دو گروه) استفاده شد.

یافته‌ها:

بر اساس نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌های

۱۷ نفر (۴۲/۵ درصد) و ۲۰ نفر (۵۰ درصد) بودند. دو گروه از نظر متغیرهای جنس، سن، تحصیلات و نوع شغل به عبارتی متغیرهایی که می توانستند نتایج مطالعه را تحت تأثیر قرار دهد یکسان بودند. با توجه به آنالیزهای آماری مشخصات فردی در دو گروه با هم تفاوت معنی داری نداشتند.

در گروه شاهد میانگین حیطه های آگاهی از بیماری، آگاهی از رژیم غذایی، منافع درک شده از رعایت رژیم غذایی، تهدید درک شده و حساسیت درک شده قبل و بعد از آموزش از نظر آماری تفاوت معنی داری نداشتند. هم چنین میانگین نمره ی موانع درک شده در حیطه ی رعایت رژیم غذایی و انجام ورزش نیز تغییری را نشان ندادند ($P > 0/05$). اما در حیطه ی آگاهی از ورزش ($P = 0/01$) و منافع ورزش ($P < 0/001$) تفاوت از نظر آماری معنی دار بود. در گروه آزمون نیز به جز تهدید درک شده، درک منافع درک شده ی حاصل از رعایت رژیم غذایی مناسب، درک موانع حاصل از رعایت رژیم غذایی مناسب و موانع ورزش، در سایر موارد از نظر آماری، تفاوت معنی دار بود. (جدول ۱)

مربوط به مشخصات جمعیت شناختی، میانگین و انحراف معیار سن در گروه شاهد $49 \pm 9/08$ و در گروه آزمون $13/90 \pm 53/08$ سال بود؛ هم چنین از میان افراد شرکت کننده در گروه شاهد ۲۰ نفر (۵۰ درصد) مرد و ۲۰ نفر (۵۰ درصد) زن بودند. در گروه آزمون نیز، ۱۹ نفر (۴۷/۵ درصد) مرد و ۲۱ نفر (۵۲/۵ درصد) را زن ها تشکیل دادند. اکثریت افراد شرکت کننده در مطالعه را افراد متأهل تشکیل دادند که در گروه شاهد ۶۷ درصد و در گروه آزمون ۷۰ درصد بود. سایر افراد شرکت کننده به علت فوت همسر و یا عدم ازدواج مجرد بودند. بیش ترین تعداد شرکت کننده از نظر نوع شغل در گروه شاهد و آزمون به ترتیب ۱۵ نفر (۳۷/۵ درصد) و ۱۴ نفر (۲۵ درصد) که هر دو مربوط به شغل آزاد بود. از نظر نوع تحصیلات نیز بیش ترین میزان فراوانی در گروه شاهد مربوط به افراد زیر دیپلم یعنی ۲۱ نفر (۵۲/۵ درصد) و در گروه آزمون نیز مربوط به افراد زیر دیپلم ۱۸ نفر (۴۵ درصد) بود و از نظر میزان درآمد نیز بیش ترین فراوانی از نظر تعداد شرکت کننده در هر دو گروه شاهد و آزمون مربوط به افراد با درآمد ماهیانه کمتر از ۵۰۰ هزار تومان بود که به ترتیب

جدول شماره ۱ (۱): مقایسه ی میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد مدل اعتقاد بهداشتی در دو گروه شاهد و آزمون قبل و بعد از مداخله

گروه آزمون N=40			گروه شاهد N = 40			ابعاد الگوی اعتقاد بهداشتی	
P- value	انحراف معیار	میانگین	P- value	انحراف معیار	میانگین	قبل	بعد
۰/۰۳	۵/۵۵	۸/۸۵	۰/۵۳	۵/۷۹	۹/۲۰	قبل	آگاهی
	۴/۸۵	۱۳/۱۷		۵/۵۱	۹/۸۰	بعد	
۰/۰۴	۱۱/۵۹	۴۹/۰۵	۰/۶۵	۱۰/۷۲	۴۸/۷۲	قبل	نگرش
	۱۲/۰۷	۷۶/۲۷		۹/۲۹	۴۹/۳۷	بعد	
۰/۰۶	۴/۹۳	۹/۲۵	۰/۲۰	۶/۰۰	۸/۰۲	قبل	تهدید درک شده
	۳/۴۴	۱۵/۳۵		۵/۰۰	۸/۴۷	بعد	
۰/۰۰۰	۳/۲۱	۴/۷۷	۰/۴	۳/۷۳	۵/۷۰	قبل	حساسیت درک شده
	۱/۶۴	۹/۹۵		۳/۳۲	۵/۷۰	بعد	
۰/۰۰۷	۴/۷۵	۱۷/۳۵	۰/۳	۴/۲۵	۱۶/۳۷	قبل	آگاهی از رژیم غذایی
	۵/۲۴	۲۱/۶۵		۳/۸۲	۱۶/۵۲	بعد	
۰/۱۸	۳/۱۶	۶/۷۲	۰/۶۳	۳/۴۳	۶/۲۲	قبل	منافع رژیم غذایی
	۲/۷۱	۹/۳۲		۳/۲۸	۶/۲۲	بعد	
۰/۹۷	۴/۴۴	۱۰/۶۲	۰/۴	۵/۰۲	۱۰/۱۵	قبل	موانع رژیم غذایی
	۳/۷۰	۱۲/۳۲		۴/۱۷	۱۰/۳۰	بعد	
۰/۰۱	۷/۰۳	۱۷/۶۷	۰/۰۰۱	۳/۳۵	۱۸/۶۲	قبل	آگاهی از ورزش
	۴/۹۱	۲۹/۳۲		۳/۷۷	۱۸/۶۷	بعد	
۰/۰۰۰	۳/۶۴	۷/۶۷	۰/۰۱	۵/۴۶	۵/۹۲	قبل	منافع ورزش
	۲/۷۴	۱۲/۸۵		۴/۸۳	۵/۳۷	بعد	
۰/۱۰	۵/۲۳	۱۰/۰۰	۰/۷۷	۶/۲۳	۱۲/۷۰	قبل	موانع ورزش
	۲/۹۹	۱۶/۴۷		۵/۰۹	۱۳/۳۰	بعد	

در گروه مداخله، میانگین نمره ی مفاهیم و ابعاد الگوی اعتقاد بهداشتی، قبل و بعد از مداخله ی آموزشی به جز در بعد درک موانع حاصل از رعایت رژیم غذایی مناسب، در حالی که در گروه شاهد در هیچ یک از حیطه ها تفاوت معنی داری مشاهده نشد. (جدول ۲)

در گروه مداخله، میانگین نمره ی مفاهیم و ابعاد الگوی اعتقاد بهداشتی، قبل و بعد از مداخله ی آموزشی به جز در بعد درک موانع حاصل از رعایت رژیم غذایی مناسب،

جدول شماره ۲ (۲): مقایسه ی مفاهیم و ابعاد مدل اعتقاد سلامت در دو گروه مورد مطالعه، قبل و بعد از مداخله ی آموزشی بر اساس آزمون تی مستقل

گروه آزمون N=40		گروه شاهد N = 40		ابعاد الگوی اعتقاد بهداشتی	
P- value	t	P- value	t	قبل	بعد
۱/۰۰۰	-۵/۱۵	۰/۵۷	-۱/۵۶	قبل	آگاهی
۱/۰۰۰	-۱۴/۹۵	۰/۷۵	-۳/۳۱	بعد	
۱/۰۰۰	-۹/۲۵	۰/۶۵	۱/۴۴	قبل	نگرش
۱/۰۰۰	-۹/۶۵	۱/۰۰	۱/۰۰	بعد	
۱/۰۰۰	-۴/۱۲	۰/۸۵	-۱/۱۸	قبل	تهدید درک شده
۱/۰۰۰	-۵/۷۲	۱/۰۰	۱/۰۰	بعد	
۱/۰۸۸	-۱/۷۵	۰/۸۵	-۱/۱۸	قبل	حساسیت درک شده
۱/۰۰۰	-۱۰/۱۲	۰/۹۵	-۱/۰۶	بعد	
۱/۰۰۰	-۹/۳۷	۰/۵۵	۱/۵۹	قبل	آگاهی از رژیم غذایی
۱/۰۰۰	-۷/۱۸	۰/۵۴	-۱/۶۱	بعد	
				قبل	منافع رژیم غذایی
				بعد	
				قبل	موانع رژیم غذایی
				بعد	
				قبل	آگاهی از ورزش
				بعد	
				قبل	منافع ورزش
				بعد	
				قبل	موانع ورزش
				بعد	

مقایسه ی مفاهیم و ابعاد مدل اعتقاد سلامت در دو گروه ورزش، در سایر موارد هیچ تفاوت معنی داری از نظر مورد مطالعه، در مرحله ی قبل از مداخله ی آموزشی نشان داد؛ که به جز در حیطه ی آگاهی از ورزش و منافع

جدول شماره ی (۳): مقایسه ی مفاهیم و ابعاد مدل اعتقاد سلامت در دو گروه مورد مطالعه، در مرحله ی " قبل از مداخله آموزشی

P	t	
۰/۵۷۸	-۰/۵۶۱	آگاهی
۰/۷۵۸	-۰/۳۱۱	نگرش
۰/۶۵۸	-۰/۴۴۶	تهدید درک شده
۱/۰۰۰	۰/۰۰۰	حساسیت درک شده
۰/۸۵۶	-۰/۱۸۳	آگاهی رژیم غذایی
۱/۰۰۰	۰/۰۰۰	منافع رژیم غذایی
۰/۸۵۸	-۰/۱۸۰	موانع رژیم غذایی
۰/۰۰۰	-۰/۰۶۳	آگاهی ورزش
۰/۰۰۰	-۰/۵۹۴	منافع ورزش
۰/۵۴۰	-۰/۶۱۹	موانع ورزش

پس از مداخله ی آموزشی مقایسه ی مفاهیم و ابعاد در درک شده، تفاوت معنی داری را نشان دادند؛ اما در حیطه حیطه های آگاهی، تهدید درک شده، منافع رژیم غذایی، آگاهی ورزش، منافع ورزش، موانع ورزش و حساسیت

جدول شماره ی (۴): مقایسه مفاهیم و ابعاد مدل اعتقاد سلامت در دو گروه مورد مطالعه، در مرحله " بعد از مداخله آموزشی

P	t	
۰/۰۰۰	-۵/۱۵۳	آگاهی
۰/۰۰۰	-۱۴/۹۵۶	نگرش
۰/۰۰۰	-۹/۲۵۶	تهدید درک شده
۰/۰۰۰	-۹/۶۵۹	حساسیت درک شده
۰/۰۰۰	-۴/۱۲۶	آگاهی رژیم غذایی
۰/۰۰۰	-۵/۷۲۶	منافع رژیم غذایی
۰/۰۸۸	-۱/۷۵۲	موانع رژیم غذایی
۰/۰۰۰	-۱۰/۱۲۶	آگاهی ورزش
۰/۰۰۰	-۹/۳۷۱	منافع ورزش
۰/۰۰۰	-۷/۱۸۲	موانع ورزش

بحث :

بر اساس نتایج کسب شده، مداخله ی آموزشی تأثیر معنی داری بر روی میزان آگاهی بیماران داشت که بالا رفتن سطح دانش و آگاهی بیماران نسبت به عوامل خطرساز بیماری به عنوان یکی از اصلی ترین و مهم ترین گام های پیشگیری و یا کنترل بیماری های قلبی عروقی محسوب می شود. در خصوص سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی می توان نتیجه گرفت که مداخله ی آموزشی منجر به افزایش معنی دار حساسیت درک شده می شود که با مطالعات هزاهوئی و همکاران (۱۶) در سال ۲۰۰۷، غفاری و همکاران (۱۷) و عباس زاده و همکاران (۱۲) هم خوانی دارد.

نتایج حاصل از مطالعه ی عباس زاده و همکاران نشان داد؛ آموزش چهره به چهره در چارچوب الگوی اعتقاد بهداشتی به بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد، اثرات مفید داشته و نه تنها سبب افزایش میزان آگاهی در این بیماران می شود، بلکه سبب بهبود وضعیت نگرش آن ها نیز می گردد. (۱۲) که با نتایج مطالعه ی حاضر نیز هم خوانی زیادی دارد و بر این نکته تاکید می کند که آموزش به بیمار و مطلع ساختن وی از بیماری و روند درمان، سبب افزایش آگاهی و در نتیجه کاهش عوارض ناشی از عدم آگاهی بیماران می شود. در واقع داشتن شناخت و آگاهی به تنهایی جهت کنترل رفتارهای خود مراقبتی در بیماری های خصوصاً قلبی عروقی کافی نیست؛ بلکه نگرش و طرز تفکر افراد در ارتباط با بیماری، جهت انجام اقدامات پیشگیری کننده بسیار مهم و اساسی می باشد؛

به عبارتی نگرش و طرز تفکر افراد، رفتار را شکل می دهد. مطالعات نشان می دهد که عوامل متعددی مانند رژیم غذایی چرب و پر نمک، کم تحرکی و عدم انجام فعالیت های فیزیکی و ورزشی منظم از جمله عوامل خطرساز در بروز حمله ی قلبی هستند، که توأم می توانند اثرات مخربی داشته باشند. (۱۲) مداخله ی آموزشی با استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی منجر به افزایش رفتارهای مراقبت از خود در انجام ورزش و فعالیت فیزیکی، افزایش میزان آگاهی در مورد بیماری، رژیم غذایی و انجام ورزش، افزایش منافع درک شده از رعایت رژیم غذایی و انجام ورزش و کاهش موانع درک شده در رعایت رژیم غذایی و انجام ورزش، شده است که با نتایج مطالعات ذیقیمت و همکاران که به بررسی کاربرد الگوی اعتقاد بهداشتی در بیماران تحت عمل جراحی کرونر پرداخته اند هم خوانی دارد. (۱۳)

مطالعه ی حاضر در زمینه ی ابعاد مختلف الگوی اعتقاد بهداشتی خصوصاً حساسیت درک شده و تهدید درک شده تغییرات معنی داری را نشان داد؛ که با توجه به تأثیر حساسیت درک شده ی افراد از بیماری، و این که تهدید ناشی از بیماری را تا چه حد جدی و حساس تلقی می نمایند، انجام فرایندهای آموزشی می تواند منجر به تغییرات رفتاری مطلوبی در جهت کنترل بیماری های مزمن از جمله بیماری های قلبی عروقی گردد.

محدودیت های مطالعه شامل: وجود شرایط روحی- روانی متفاوت در بیماران هنگام مصاحبه و آموزش، ضریب هوشی و میزان گیرایی آموزشی متفاوت در افراد، علاقه

با عوامل خطر ساز سکت قلبی می شود؛ هم چنین باعث افزایش تهدید درک شده و منافع درک شده و افزایش موانع درک شده در انجام ورزش و رعایت رژیم غذایی، از طرفی موجب افزایش آگاهی و رفتار مراقبت از خود در بعد انجام ورزش در این بیماران می شود. استفاده از این الگو جهت افزایش سطح آگاهی و نگرش هم چنین تغییرات رفتاری متعاقب آن در سایر بیماران نیز توصیه می شود.

تشکر و قدردانی:

از زحمات و همکاری کلیه بیماران محترم شرکت کننده در پژوهش هم چنین پرسنل محترم بخش مراقبت های ویژه ی CCU بیمارستان شهید مصطفی ایلام که جهت انجام بهینه ی این مطالعه همکاری نمودند تشکر و قدردانی می نمایم.

مندی متفاوت افراد نسبت به شرکت در برنامه ی آموزشی، ویژگی های شخصیتی متفاوت در افراد، سطح دانش قبلی افراد نسبت به بیماری و عوامل خطر، هم چنین وجود منابع مختلف مطالعه در جامعه برای بیماران که می توانست سطوح دانش افراد را تحت تاثیر قرار دهد. همه ی موارد ذکر شده می توانست در هر دو گروه رخ دهد که برای پژوهش گر غیر قابل کنترل بود؛ اما همه ی سعی پژوهشگر به کار گرفته شد تا عوامل مخدوش گر به حداقل برسد.

نتیجه گیری نهایی:

با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش، می توان نتیجه گرفت که مداخله ی آموزشی بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی باعث افزایش آگاهی و نگرش بیماران در ارتباط

References:

1. Salehi S, Safavi M, Vafaie M. Level of anxiety and its correlation with some individual characteristics in patients with myocardial infarction in hospitals related to Islamic Azad University, Tehran Medical Branch (2005-2006). Medical Science Journal of Islamic Azad University-Tehran Medical Branch. 2008; 18(2): 121-5.
2. Gaziano TA, Bitton A, Anand S, Abrahams-Gessel S, Murphy A. Growing epidemic of coronary heart disease in low-and middle-income countries. Current problems in cardiology. 2010; 35(2): 1-72.
3. WHO cardiovascular disease; Available from: [http:// www.who.int/cardiovascu./](http://www.who.int/cardiovascu/)
4. Khot UN, Khot MB, Bajzer CT, Sapp SK, Ohman EM, Brener SJ, et al. Prevalence of conventional risk factors in patients with coronary heart disease. Jama. 2003; 290(7): 898-904.
5. Bartlett EE. Cost-benefit analysis of patient education. Patient Education and Counseling. 1996; 3(27): 279.
6. Piette JD, Moos R. The influence of distance on ambulatory care use, death, and readmission following a myocardial infarction. Health Services Research. 1996; 31(5): 573.
7. Koelling TM, Johnson ML, Cody RJ, Aaronson KD. Discharge education improves clinical outcomes in patients with chronic heart failure. Circulation. 2005; 111(2): 179-85.
8. Wingard R. Patient education and the nursing process: meeting the patient's needs. Nephrology Nursing Journal. 2005; 32(2): 211.

9. Freda MC. The readability of American Academy of Pediatrics patient education brochures. *Journal of Pediatric Health Care*. 2005; 19(3): 151-6.
10. Lee TW, Ko IS, Lee KJ. Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2006; 43(3): 293-300.
11. Tol A, Shojaezadeh D, Sharifirad G, Alhani F, Tehrani MM. Determination of empowerment score in type 2 diabetes patients and its related factors. *JPMA-Journal of the Pakistan Medical Association*. 2012; 62(1): 16.
12. Abbaszadeh A, Borhani F, Asadi N. Effects of Face-to-face Health-belief Oriented Education about Risk Factors on Knowledge and Attitude of Myocardial Infarction Patients after Discharge. *Iranian Journal of Medical Education*. 2012; 12(9): 638-46.
13. Zigheymat F, EBADI A, MOTAHEDIAN TE, ALAF JM, HAMEDANIZADEH F. Effect of training according to health belief model (HBM) on health believing, knowledge and behavior of patients under CABG. 2009.
14. Aghakhani N, Khademvatan K, Habibzadeh H, Jasemi M, Eghtedar S, Rahbar N, et al. The effect of education on anxiety and depression in patients with myocardial infarction in selected hospitals, Iran. *URMIA MEDICAL JOURNAL*. 2012; 23(2): 105-14.
15. Tuchinda S, Chotpitayasunondh T, Teeraratkul A. Knowledge, attitudes, and practices of senior high school students regarding human immunodeficiency virus infection. *Journal of the Medical Association of Thailand= Chotmai het thangphaet*. 1998; 81(2): 130-5.
16. Hazavehei S, Taghdisi M, Saidi M. Application of the Health Belief Model for osteoporosis prevention among middle school girl students, Garmsar, Iran. *Education for health*. 2007; 20(1): 23.
17. Ghaffari M, Tavassoli E, Esmailzadeh A, Hasanzadeh A. The effect of education based on health belief model on the improvement of osteoporosis preventive nutritional behaviors of second grade middle school girls in Isfahan. 2011.

Original Article**The effect of education about the risk factors of myocardial infarction based on Health Belief Model on knowledge and attitudes of patients with myocardial infarction in Shahid Mustafa Hospital in Ilam, 2014-2015****M. Borji¹, M. Azami², M. Amirkhani^{*3}, M. Bastami⁴, E. Salimi⁵, K. Sayehmiri⁶, A. Jahromi⁷**¹Master Science Student of Community Health Nursing, Student Research Committee, Ilam University of Medical Science, Ilam, Iran²Student of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Student Research Committee, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran³Master Science of Nursing, Faculty of Nursing, Fasa University of Medical Sciences, Fasa, Iran⁴Lecturer of Nursing Department, Psychosocial Injuries Research Center, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran⁵Lecturer of Nursing Department, Psychosocial Injuries Research Center, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran⁶PhD of BioStatistic, Psychosocial Injuries Research Center, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran⁷Lecturer of Anesthesiology and Critical Care Department, Faculty of Nursing, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran**(Received: 4 Apr, 2016 – Accepted: 9 Jun, 2016 Abstract)**

Introduction: Myocardial infarction, one of the most common causes of hospitalization for heart diseases, is usually considered threatening for patients and their families. Patient education increases patient consent, improves quality of life, decreases the incidence of complications, decreases hospitalization time, increases the participation in health care programs and increases patient independence in everyday activities.

Objective: This study aimed to investigate the effect of education about the risk factors of myocardial infarction based on health belief model on the knowledge and attitudes of patients with myocardial infarction in Shahid Mustafa Hospital in Ilam city in 2014-2015.

Method: This quasi-experimental study recruited 80 patients with myocardial infarction randomly divided into case (n=40) and control (n=40) groups. Both groups received routine training of the ward, but the case group received additional face-to-face training based on health belief model. Data were collected using a researcher-made questionnaire whose validity and reliability were confirmed in previous studies. Data were analyzed in SPSS v.20 using Chi-square, t-test and paired t-test.

Results: Before the intervention, patients' mean scores of knowledge and attitude in both groups were not significantly different ($P > 0.05$). After the intervention, the mean scores of awareness and attitude respectively changed to 13.17 ± 4.85 and 76.27 ± 12.07 in the case group and 9.80 ± 5.51 and 49.37 ± 9.29 in the control group.

Conclusion: Given the importance of cardiac patients' performance and also the results of the present study, it is recommended that effective models be used to improve cardiac patients' performance.

Keywords: health belief model, education, knowledge and attitudes, myocardial infarction