

تأثیر آموزش در چارچوب مدل اعتقاد سلامت بر باورهای بهداشتی، آگاهی و رفتار بیماران تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر

فرزانه ذیقیمت*، عباس عبادی^۱، الهه متحدیان تبریزی^۱، مهروز علاف جوادی^۱، فرحروز همدانی زاده^۱

چکیده

اهداف. این مطالعه به منظور تعیین تأثیر مداخله آموزشی در چارچوب مدل اعتقاد سلامت بر باورهای بهداشتی، آگاهی و رفتارهای مراقبت از خود بیماران تحت عمل جراحی عروق کرونر انجام شد.

روش‌ها. ۶۴ بیمار تحت عمل جراحی عروق کرونر در مطالعه‌ای شبه‌تجربی به روش هدفمند انتخاب شده و به‌طور تصادفی به دو گروه شاهد و آزمون تقسیم شدند. بعد از تعیین نیازها در چارچوب مدل اعتقاد سلامت، مداخله آموزشی در گروه آزمون صورت گرفت. اطلاعات از طریق تکمیل پرسش‌نامه محقق ساخته در دو نوبت (قبل از مداخله آموزشی و دو ماه بعد از آن) جمع‌آوری گردید. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و شاخص‌های مرکزی، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها. در گروه آزمون افزایش معنی‌داری در میانگین تهدید درک‌شده، منافع درک‌شده از رعایت رژیم غذایی، منافع درک‌شده از انجام ورزش، آگاهی و شناخت بیماری، آگاهی در مورد رژیم غذایی، آگاهی از انجام ورزش و رفتار مراقبت از خود در انجام ورزش و همچنین کاهش معنی‌داری در میانگین موانع درک‌شده از رعایت رژیم غذایی و موانع درک‌شده از انجام ورزش مشاهده شد. در گروه شاهد، صرفاً در افزایش میانگین "آگاهی و شناخت بیماری" و "آگاهی از انجام ورزش" و همچنین کاهش میانگین "موانع درک‌شده از انجام ورزش" تفاوت معنی‌دار مشاهده گردید.

نتیجه‌گیری. آموزش در چارچوب الگوی اعتقاد سلامت موجب افزایش آگاهی، رفتارهای مراقبت از خود در بعد انجام ورزش و افزایش تهدید درک‌شده منافع درک‌شده و کاهش موانع درک‌شده در انجام ورزش و رعایت رژیم غذایی در بیماران تحت عمل پیوند عروق کرونر می‌شود.

کلیدواژه‌ها: مدل اعتقاد سلامت، رفتار مراقبت از خود، باورهای بهداشتی، عمل جراحی پیوند عروق کرونر

مقدمه

بیماری‌های قلبی - عروقی (CVD) از جمله شایع‌ترین و مهم‌ترین مشکلات بهداشتی است که زندگی بشر را تهدید می‌کند [۱]. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی ۲۲٪ علل مرگ‌ومیر در جهان و ۲۵٪ علت مرگ‌ومیر در ایران ناشی از بیماری‌های قلبی - عروقی بوده و امروزه به‌عنوان اولین عامل مرگ‌ومیر گزارش شده است [۲]. از بین بیماری‌های قلبی - عروقی، بیماری عروق کرونر (CAD) علت اصلی مرگ‌ومیر در جوامع انسانی است [۳]. این بیماری نه‌تنها مرگ‌ومیر زیادی داشته بلکه پیامدهای جسمی، روانی و اجتماعی نیز برای مبتلایان به‌دنبال دارد [۴]. در کشورهای در حال توسعه از ۳۹ میلیون مرگ در سال، ۹ میلیون یا ۳۲٪ کل مرگ‌ها به‌علت بیماری‌های ایسکمیک قلب است [۵]. میلیون‌ها نفر در جهان بیماری عروق کرونر را به شکل نهفته دارند که می‌تواند اولین اندیکاسیون مرگ ناگهانی باشد [۶]. این بیماری مزمن است و نیاز به صرف وقت و هزینه فراوان دارد [۷] و در واقع باید آن را سندروم بنامیم، زیرا اغلب افراد مبتلا در طول زندگی خود عوامل مساعدکننده یا عوامل خطرناک متعددی را تجربه می‌کنند که در صورت آگاهی آنها از عوامل خطر و ارتباط آن با بروز بیماری نسبت به تغییر شیوه زندگی، اقدام خواهند نمود [۸]. سازمان بهداشت جهانی ایجاد تغییر در شیوه زندگی و خصوصیات محیطی که ممکن است علل زمینه‌ای بیماری‌های کرونری باشد را توصیه می‌کند. عوامل خطرناک بیماری‌های قلبی به‌خوبی شناخته شده و کاهش آنها مورد توجه است [۹]. میزان آگاهی افراد و درک آنها از عوامل خطرناک بیماری و انگیزه آنها برای کاهش عوامل خطرناک بیماری می‌تواند موجب ارتقای سلامتی و جلوگیری از ابتلا به بیماری از طریق تغییر در شیوه زندگی افراد شود [۱۰]. کنترل ریسک فاکتورها علاوه بر پیشگیری نوع اول در پیشگیری سطح سوم به‌منظور حفظ و ارتقای سطح سلامت از اهداف عمده است [۱۱]. بر اساس گزارشات و مطالعات انجام‌شده، پذیرش و رعایت توصیه‌های درمانی در بیماری‌های مزمن از جمله بیماری‌های قلبی - عروقی ضعیف است. در این بیماران عدم پذیرش دستورات درمانی سبب افزایش عوارض بیماری، افزایش دفعات بستری شدن، افزایش هزینه‌های درمانی و اختلال در زندگی، پویایی و مهارت‌های سازگاری و مقابله‌ای می‌گردد [۱۲].

جراحی از جمله روش‌های درمان در بیماران عروق کرونر است که در آن عروق خونی از بخش دیگر بدن به شریان مسدودشده‌ی کرونر پیوند زده می‌شود تا بدین وسیله جریان مسدودشده از بین برود و جریان خون از کنار رگ مسدودشده جریان یابد [۱۳]. با توجه به شیوع بالای بیماری عروق کرونر خصوصاً در قشر مولد جامعه و اتلاف نیروها و سرمایه‌های مادی و معنوی لزوم اصلاح رفتارهای غلط و تغییر شیوه زندگی خصوصاً در بیماران که تحت عمل پیوند کرونر قرار گرفته‌اند، الزامی به‌نظر می‌رسد.

برای تغییر در رفتار افراد، شناخت عقاید و انگیزه‌ی آنها ضروری است و رسیدن به این مهم با استفاده از مدل‌های آموزشی - بهداشتی ممکن می‌گردد. مدل اعتقاد سلامت از جمله مدل‌های بهداشتی است که به‌شکل عملی در تحقیق و بالین مورد استفاده قرار گرفته است. این، مدلی روان‌شناختی است که بر اساس تمرکز بر اعتقادات و نظرات اشخاص، رفتارهای بهداشتی آنان را پیش‌گویی می‌کند [۱۴]. بر اساس این الگو، انگیزه‌های مرتبط با بهداشت به‌وسیله خطر محسوس و شدت بیماری یا آسیب و فواید محسوس و موانع خاص بر رفتارهای پیشگیری ویژه پیش‌گویی می‌شود [۱۵]. با توجه به موارد فوق و لزوم اصلاح شیوه زندگی در بیماران قلبی به‌ویژه بیماران تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر، هدف این مطالعه تعیین تأثیر مداخله آموزشی در چارچوب مدل اعتقاد سلامت بر باورهای بهداشتی، آگاهی و رفتارهای مراقبت از خود این بیماران بوده است.

مواد و روش‌ها

در این پژوهش که به‌صورت کارآزمایی در سال‌های ۸۶-۱۳۸۵ انجام شد، ۶۴ بیمار مبتلا به بیماری عروق کرونر که در دو بیمارستان تهران تحت عمل جراحی قرار گرفتند، به روش مبتنی بر هدف انتخاب و بررسی شدند. شرایط ورود به مطالعه قرارگیری در گروه سنی ۳۵-۵۵ سال، عدم وجود سابقه بیماری‌های زمینه‌ای مثل COPD، CHF و MI که بر فعالیت بیمار اثر داشته باشند، وجود یکی از ریسک‌فاکتورها مثل هیپرتانسیون، هیپرلیپیدمی و دیابت که لزوم اصلاح در شیوه زندگی را ایجاب نماید و عدم وجود اختلالات روانی و ذهنی که مانع همکاری و یادگیری بیمار گردد بود. پس از انتخاب نمونه‌هایی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، بیماران به‌صورت تصادفی به دو گروه مورد و شاهد تقسیم شدند.

با توضیح هدف پژوهش و کسب رضایت از آنان جهت شرکت در پژوهش، اطلاعات جمع‌آوری شده و در مورد حفظ اسرار و گمنام بودن بیماران به آنان اطمینان داده شد. هم‌چنین حق خروج از مطالعه برای آنان محفوظ بود. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسش‌نامه محقق‌ساخته شامل اطلاعات دموگرافیک، ابعاد مدل اعتقاد سلامت و رفتارهای مراقبت از خود بیماران در زمینه رژیم غذایی و انجام ورزش و فعالیت فیزیکی بود که به غیر از سئوال‌ات مربوط به آگاهی بیماران که به‌صورت چهارگزینه‌ای طراحی شد، سایر قسمت‌ها بر اساس مقیاس لیکرت (۵گزینه‌ای) تنظیم گردید. ویژگی‌های دموگرافیک (۱۴ سئوال)، تهدید درک‌شده از بیماری و عوارض آن (۱۷ سئوال)، منافع درک‌شده از رعایت رژیم غذایی (۴ سئوال)، منافع درک‌شده از انجام ورزش (۶ سئوال)، موانع درک‌شده در رعایت رژیم غذایی (۹ سئوال)، موانع درک‌شده در انجام ورزش و فعالیت (۱۵ سئوال)، آگاهی و شناخت بیماری (۶ سئوال)، آگاهی از

جدول ۱) مقایسه گروه آزمون و کنترل قبل از مداخله

| ویژگی‌های دموگرافیک | آزمون تعداد(%) | کنترل تعداد(%) |
|--|-------------------|-------------------|
| سن | ۴۸/۰۱-۵/۹۲ | ۵۲/۵-۷/۲۱ |
| جنس | | |
| مرد | ۳۵/۹۱۲۳ | ۴۳/۸۱۲۸ |
| زن | ۱۴/۱۹ | ۶/۳۱۳ |
| وضعیت تحصیلات | | |
| ابتدایی | ۱۷/۲۱۱ | ۲۰/۳۱۳ |
| زیر دیپلم | ۱۰/۹۷ | ۷/۸۵ |
| دانشگاهی | ۲۱/۹۱۴ | ۲۱/۹۱۴ |
| شاغل - نظامی | ۲۱/۹۱۴ | ۳۲/۹۲۱ |
| وضعیت اشتغال | | |
| بازنشسته | ۱۷/۲۱۱ | ۱۰/۹۷ |
| خانه دار | ۱۰/۹۷ | ۶/۲۱۳ |
| کمتر از ۱۰۰ هزار | ۰ | ۳/۱۲ |
| درآمد ماهیانه | | |
| ۱۰۱ تا ۲۰۰ هزار | ۱۷/۲۱۱ | ۱۷/۲۱۱ |
| ۲۰۱ تا ۳۰۰ هزار | ۱۵/۶۱۰ | ۱۲/۵۸ |
| بیشتر از ۳۰۱ هزار | ۱۷/۲۱۱ | ۱۷/۲۱۱ |
| سابقه بیماری در بستگان درجه اول | | |
| دارد | ۱۹/۱۲ | ۱۹/۱۲ |
| ندارد | ۳۱/۲۰ | ۳۱/۲۰ |
| سابقه عمل جراحی CABG در بستگان درجه اول | | |
| دارد | ۱۱/۳۷ | ۸/۱۵ |
| ندارد | ۳۹/۷۲۵ | ۴۱/۹۲۷ |
| سابقه مرگ از بیماری عروق کرونر در بستگان درجه اول | | |
| دارد | ۱۸/۱۱ | ۸/۲۵ |
| ندارد | ۳۲/۲۱ | ۴۱/۸۲۷ |

جدول ۲) مقایسه مفاهیم و ابعاد الگو در دو گروه آزمون و شاهد قبل از مداخله آموزشی

| مقدار P | گروه ← آزمون | | شاهد | | ابعاد الگو ↓ |
|---------|--------------|--------------|---------|--------------|-----------------------------------|
| | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | |
| ۰/۴۳ | ۴۲/۹ | ۵/۷ | ۴۱/۷ | ۶/۲ | تهدید درک شده |
| ۰/۴۲ | ۱۸/۷ | ۱/۷ | ۱۹/۰۳ | ۱/۳ | منافع درک شده از رژیم غذایی |
| ۱ | ۲۷/۵ | ۳/۰ | ۲۸/۵ | ۲/۱ | منافع درک شده از انجام ورزش |
| ۰/۱۵ | ۱۹/۵ | ۹/۶ | ۱۶/۶ | ۵/۷ | موانع درک شده از رعایت رژیم غذایی |
| ۱ | ۲۲/۵ | ۱۰/۲ | ۲۱/۵ | ۸/۶ | موانع درک شده از انجام ورزش |
| ۰/۶۳ | ۲/۹ | ۱/۰۸ | ۲/۷ | ۱/۰ | آگاهی از بیماری |
| ۰/۰۷ | ۸/۴ | ۱/۳۳ | ۹ | ۱/۲۳ | آگاهی از رژیم غذایی |
| ۰/۵۵ | ۱۱/۸ | ۲/۳ | ۱۲/۱ | ۱/۸ | آگاهی از ورزش |
| ۰/۸ | ۴۴/۳ | ۴/۹ | ۴۴/۱ | ۴/۴ | رفتار مراقبت از خود در تغذیه |
| ۰/۰۶ | ۴۹/۴ | ۱۰/۱ | ۴۴/۸ | ۷/۴ | رفتار مراقبت از خود در ورزش |

رژیم غذایی (۱۰ سؤال)، آگاهی از نحوه انجام ورزش و فعالیت (۶ سؤال) اجزای پرسش‌نامه را تشکیل دادند. به منظور ارزیابی رفتارهای مراقبت از خود بیماران در زمینه رعایت رژیم غذایی و انجام ورزش و فعالیت جسمی نیز پرسش‌نامه‌ای مشتمل بر ۲۹ سؤال تنظیم شد.

اطلاعات از طریق تکمیل پرسش‌نامه طی مصاحبه چهره‌به‌چهره با نمونه‌های منتخب در دو مرحله قبل از مداخله آموزشی و ۲ ماه بعد از آن جمع‌آوری گردید. پرسش‌گران کارشناسان پرستاری آموزش دیده بودند. محتوای آموزشی بر اساس اطلاعات جمع‌آوری شده از پیش‌آزمون طرح و با توجه به نیازها در چارچوب مدل اعتقاد سلامت تهیه و اجرا گردید. در گروه شاهد هیچ نوع مداخله‌ای صورت نگرفت. لازم به ذکر است که هر دو گروه آزمون و شاهد از بیماران بستری در بیمارستان بودند و کلیه بیماران تحت پوشش برنامه‌های آموزشی بیمارستان قرار داشتند و مداخله توسط پژوهشگر فقط روی گروه آزمون صورت گرفت. برنامه آموزشی توسط پژوهشگر به صورت مصاحبه چهره‌به‌چهره با میانگین ۲ ساعت برای هر فرد طی دو جلسه در گروه آزمون انجام گردید. مهم‌ترین عناوین این برنامه و بسته آموزشی، اهمیت و معرفی بیماری عروق کرونر، عوامل خطر ساز و علائم بیماری، اهمیت رعایت رژیم غذایی و انجام فعالیت‌های منظم و تعدیل ریسک فاکتورها و تغییر شیوه زندگی بر اساس اجزای الگوی اعتقاد سلامت بودند.

۲ ماه پس از مداخله آموزشی مجدداً پرسش‌نامه پس‌آزمون در دو گروه آزمون و شاهد با هماهنگی به عمل آمده و حضور در بیمارستان و مصاحبه چهره‌به‌چهره تکمیل گردید. به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات، از نرم‌افزار SPSS 12 و آمار توصیفی و شاخص‌های مرکزی آزمون‌های تی مستقل، تی زوجی، مجذور کای و همبستگی پارشیال استفاده شد.

نتایج

بر اساس نتایج حاصله تمامی واحدهای پژوهش متاهل، ۷۹/۷٪ مرد و ۲۰/۳٪ زن بودند. ۳۷/۵٪ تحصیلات ابتدایی، ۱۸/۸٪ زیردیپلم و ۴۳/۸٪ تحصیلات دانشگاهی داشتند. ۵۴/۷٪ شاغل، ۲۸/۱٪ بازنشسته و ۱۷/۲٪ خانه‌دار بودند. ۳۸/۱٪ از واحدهای پژوهش دارای سابقه بیماری اعضای درجه اول خانواده بودند. ۶۲/۲٪ مرگ ناشی از بیماری عروق کرونر را در خانواده تجربه کرده بودند.

در جدول ۱، بعضی از ویژگی‌های دموگرافیک واحدهای پژوهش ذکر شده است. با استفاده از آزمون مجذور کای، متغیرهای دموگرافیک میان دو گروه بررسی و همگون شناخته شدند. جدول ۲ مقایسه مفاهیم و ابعاد الگوی اعتقاد سلامت را در دو گروه در مرحله پیش‌آزمون بیان می‌کند. بر اساس آزمون‌های آماری به عمل آمده، هیچ‌یک از مفاهیم بررسی شده در دو گروه با هم اختلاف معنی‌دار نداشتند ($p > 0.05$).

جدول ۳) مقایسه مفاهیم و ابعاد الگو در دو گروه آزمون و شاهد بعد از مداخله آموزشی

| ابعاد الگو ↓ | گروه ← | آزمون | | شاهد | |
|-----------------------------------|--------|---------|--------------|---------|--------------|
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| تهدید درک شده | | ۴۴/۵ | ۱۰/۵ | ۴۰/۵ | ۵/۹ |
| منافع درک شده از رژیم غذایی | | ۱۹/۴ | ۱/۷ | ۱۸/۷ | ۱/۶ |
| منافع درک شده از انجام ورزش | | ۲۹/۰۳ | ۲/۳۷ | ۲۸/۲ | ۲/۴ |
| موانع درک شده از رعایت رژیم غذایی | | ۱۴/۳ | ۵/۸ | ۱۵/۹ | ۵/۵ |
| موانع درک شده از انجام ورزش | | ۱۸/۰۹ | ۵/۰ | ۲۰/۹ | ۸/۳ |
| آگاهی از بیماری | | ۳/۸ | ۰/۴۷ | ۳/۲ | ۰/۸ |
| آگاهی از رژیم غذایی | | ۹/۵ | ۰/۸۷ | ۹ | ۰/۸۲ |
| آگاهی از ورزش | | ۱۶ | ۲/۴ | ۱۳/۲ | ۱/۶ |
| رفتار مراقبت از خود در تغذیه | | ۴۴/۲ | ۳ | ۴۳/۲ | ۴/۲ |
| رفتار مراقبت از خود در ورزش | | ۵۶/۸ | ۹/۸ | ۴۷/۹ | ۹/۸ |

در گروه آزمون، پس از مداخله صرفاً در بُعد رفتار مراقبت از خود در زمینه رعایت رژیم غذایی آزمون آماری تفاوت معنی داری را نشان نداد که این یافته، با نتیجه مطالعه انجام شده توسط مرادی متفاوت است که با توجه به تفاوت جنسیت واحدهای پژوهش در دو مطالعه و درصد بالای مردان (۷۹/۷٪) در این مطالعه، تاثیرپذیری آنان را در این زمینه کاهش داده و لزوم همراهی و تغییر در عادات و شیوه‌های غذایی خانواده را در جهت اصلاح رفتار تغذیه‌ای بیماران آشکار می‌کند.

داشتن اطلاعات و آگاهی به‌تنهایی برای انجام مرتب رفتارهای مراقبت از خود کافی نیست و طرز تفکر و نگرش درباره بیماری، عامل مهمی در انجام اقدام پیشگیرانه محسوب می‌شود. در واقع، نگرش و تفکرات رفتار و عمل را شکل می‌دهد [۱۵]. با توجه به تاثیر شدت و حساسیت درک شده افراد از بیماری و اینکه تهدید ناشی از بیماری را به چه میزان جدی و خطرناک می‌بینند، لذا مداخلات آموزشی می‌تواند در ابعاد مختلف تغییرات عمیق‌تر ایجاد کرده و در جهت رسیدن به رفتارهای مطلوب گروه بهداشتی را یاری کنند. لذا پیشنهاد می‌شود با آموزش پرستاران و مراقبین بهداشتی در جهت افزایش آگاهی، ایجاد انگیزه، منافع حاصل از انجام رفتارهای صحیح بهداشتی و کاهش موانع درک شده بیماران در انجام رفتارهای بهداشتی اقدام گردد و با انجام مداخلات مرحله‌ای و طولانی‌مدت در جهت تغییر سبک زندگی و ارتقای رفتارهای بهداشتی بیماران برنامه‌ریزی شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های به‌دست‌آمده از این بررسی می‌توان نتیجه گرفت که آموزش در چارچوب الگوی اعتقاد سلامت موجب افزایش آگاهی، رفتارهای مراقبت از خود در بُعد انجام ورزش و افزایش تهدید درک شده و منافع درک شده و کاهش موانع درک شده در انجام ورزش و رعایت رژیم غذایی در بیماران تحت عمل پیوند عروق کرونر می‌گردد. استفاده از این الگو در جهت تغییر رفتار و ارتقای رفتارهای بهداشتی توصیه می‌شود.

منابع

- ۱- غفاری محتشم، رخشنده‌رو سکینه. آموزش بهداشت و بیماری‌های قلبی عروقی. فصل‌نامه آموزشی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج). ۱۳۸۱؛ ۳(۷):۱۲-۱۴.
- ۲- رضانی جمیله. بررسی "مقیاس پیشگویی‌کننده کرز" با عوارض عمل و مدت اقامت بیماران در بخش جراحی قلب باز بیمارستان امام رضا (ع). خلاصه مقالات ششمین کنگره سراسری تازه‌های قلب و عروق، ۱۳۸۳.
- 3- Gazian Jm. Global burden of cardiovascular disease, In: Braunwald E, Zipes Dp, Libby P, editors. Heart disease. 6th ed. Philadelphia: W.B Saunders Com; 2001. p. 1-18.
- 4- Kamwendo K, Hansson M, Hjerpe I. Relationships between adherence sense of coherence and Knowledge in cardiac rehabilitation. Rehabilitation nursing. 1998;23(5):240-5.

پس از مداخله آموزشی در گروه آزمون، افزایش معنی داری در میانگین تهدید درک شده ($p=0/03$)، منافع درک شده از رعایت رژیم غذایی ($p=0/000$)، منافع درک شده از انجام ورزش ($p=0/000$)، آگاهی و شناخت بیماری ($p=0/01$)، آگاهی از رژیم غذایی ($p=0/01$)، آگاهی از انجام ورزش ($p=0/01$) و هم‌چنین کاهش معنی داری در موانع درک شده در رعایت رژیم غذایی ($p=0/000$) و موانع درک شده از انجام ورزش ($p=0/000$) مشاهده شد. هم‌چنین تفاوت معنی داری در میانگین رفتار مراقبت از خود در انجام ورزش ($p=0/01$) مشاهده شد و صرفاً در بُعد رفتار مراقبت از خود در رعایت رژیم غذایی تفاوت معنی دار نبود ($p=0/05$). در گروه شاهد، میانگین‌های کسب‌شده صرفاً در ابعاد آگاهی و شناخت از بیماری ($p=0/01$)، آگاهی از انجام ورزش ($p=0/001$) و هم‌چنین کاهش موانع درک شده از انجام ورزش ($p=0/004$) تفاوت آماری معنی داری نشان داد و در سایر ابعاد تغییرات معنی دار آماری مشاهده نگردید ($p>0/05$) (جدول ۳).

بحث

نتایج نشان داد که آموزش در چارچوب مدل اعتقاد سلامت 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 آقاملائی، فارسی و مرادی که به بررسی کاربرد مدل اعتقاد سلامت در بیماران دیابتیک و بیماران تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر پرداخته‌اند هماهنگ است.

12- Ilene M, etal. chronic illness. 5th ed. Jones & Bartlett Publishers; 2002.

۱۳- اسملتزر سوزان، بیر برندا، پرستاری داخلی جراحی برون و سودارت قلب و عروق و خون. عاصی صدیقه، محمدعلیها ژاله، مترجمان. چاپ اول. تهران: انتشاران سالمی؛ ۱۳۸۲.

۱۴- مشتاقیان منیره. بررسی نیازهای آموزشی بیماران تحت عمل جراحی بای پس عروق کرونر در خانواده آنها زمان ترخیص و یک ماه بعد [پایان نامه کارشناسی ارشد]. تهران: دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ ۱۳۸۳.

۱۵- شریدان چالز، رادماچر سالی ای. روان شناسی تندرستی. جلد دوم. چاپ اول. قنبری ابوتراب، شجاعی تهرانی حسین، مترجمان. رشت: انتشارات هدایت؛ ۱۳۷۸.

۱۶- آقاملایی تیمور، افتخار حسن، محمد کاظم. کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی در تغییر رفتار بیماران دیابتی. فصل نامه پایش. ۱۳۸۴؛ ۴(۴): ۲۶۹-۲۶۳.

۱۷- زهرا فارسی، و همکاران. بررسی تاثیر آموزش در چارچوب مدل اعتقاد سلامت بر باورهای بهداشتی، آگاهی و رفتار بیماران دیابتی. مجله دیابت و لیپید ایران. ۱۳۸۵؛ ۲(۲): ۱۷۷-۱۶۹.

۱۸- مرادی نسترن. بررسی تاثیر به کارگیری الگوی اعتقاد سلامتی در اتخاذ رفتارهای ارتقادهنده سلامتی در بیماران تحت عمل پیوند عروق کرونر [پایان نامه کارشناسی ارشد]. دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عج)؛ ۱۳۸۴.

۵- ذاکری مقدم معصومه، علی اصغرپور منصوره. مراقبت های پرستاری ویژه در بخش های ICU و دیالیز. تهران: نشر اندیشه رفیع؛ ۱۳۸۲. ص. ۶۶.

6- Smith J. coronary artery disease. 2004. Available from: <http://www.chclibrary.org/>.

7- Sullivan MD, Lacroix AZ, Baum C, Grothaus LC, Katon WJ. Functional status in coronary artery disease : A one-year prospective study of the role of anxiety and depression. The American journal of medicine. 1997;103:348-56.

8- Taylor C. Functional of nursing. 3rd ed. Philadelphia: J.W.Lippincote Com; 1997. p. 172-6.

۹- سبزواری سکینه. بررسی دانش، نگرش و عملکرد جمعیت شهر کرمان در مورد پیشگیری از سکته قلبی. خلاصه مقالات سیزدهمین کنگره انجمن قلب و عروق ایران، ۱۳۸۱.

10- Piette JD, Moos RH. The influence of distance on ambulatory Care Use, death and readmission following a myocardial infarction. Health Serv Res. 1998;31(5):573.

۱۱- جاویدی داریوش، اسحاقی آتیا. جراحی قلب و توانبخشی. چاپ اول. تهران: نشر مهر؛ ۱۳۷۸.

Effect of training according to health belief model (HBM) on health believing, knowledge and behavior of patients under CABG

Zigheimat F. ^{*}, Ebadi A. ¹, Mottahedian E. T. ¹, Allaf Javadi M. ¹, Hamedanizade F. ¹

Abstract

AIMS. The goal of this study is evaluation of effects of educational intervention according to the health belief model on health believing, knowledge and self-care behavior of patients under CABG.

METHODS. 64 patients under CABG were chosen through purposive non-probabilistic method in a quasi-experimental study and randomly placed in two control and case groups. After determining the needs through health belief model, educational intervention was done on the case group. Data was gathered by the questionnaire twice (previous and 2 month after the educational intervention). Data was analyzed by describing statistic and central indexes tests.

RESULTS. In case group there was significant correlation in enhancing average of perceived severity, benefits of dietary performance, benefits of exercise, knowledge of disease, knowledge of dietary, knowledge of exercise and self-care behavior in exercise and also significant correlation in decreasing average of barrier severity of exercise and barriers of dietary performance. In control group there was only significant correlation in enhancing average of knowledge of disease and knowledge of exercise and decrease in average of barrier severity of exercise.

CONCLUSION. Educational intervention according to HBM leads to enhancing knowledge level, changing in health believing and finally leads to promotion of self-care behaviors in the patients under CABG.

KEYWORDS: Health belief model, Self-Care Behaviors, Health Beliefs, CABG

Submission Date: Revision Date: Acceptation Date:

* Correspondence address: Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran [Email](mailto:)

¹ Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran