

بررسی رعایت رژیم غذایی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونی در بیمارستان های منتخب تبریز

^۱ نایله عزتی

^۲ دکتر ژیلا عابد سعیدی

^۳ دکتر حجت زراعتی

چکیده

مقدمه: بیماری عروق کرونی در اثر تنگی یا انسداد کامل شریان کرونی ایجاد می شود. افزایش چربی خون عامل بالقوه در بروز آترواسکلروز پیشرفته و بیماری عروق کرونی می باشد. رژیم غذایی مناسب نقش مهمی در پیشگیری از بیماری و کنترل آن دارد. این پژوهش به منظور بررسی رعایت رژیم غذایی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونی در بیمارستان های منتخب تبریز در سال ۱۳۸۳ انجام گرفته است.

هدف: هدف این پژوهش بررسی رعایت رژیم غذایی در بیماران مبتلا به بیماری های عروق کرونی در بیمارستانهای منتخب شهر تبریز بود.

مواد و روش: در این پژوهش توصیفی، ۱۶۵ بیمار مبتلا به بیماری عروق کرونی که به علت همین بیماری حداقل یک بار سابقه بستری در بیمارستان را داشته و به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شده بودند، مورد مطالعه قرار گرفتند. محیط پژوهش بخش های داخلی و جراحی قلب مردان و زنان در بیمارستان های مربوطه بود. جهت جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه استفاده شد. پرسشنامه مشتمل بر ۳۰ سؤال در رابطه با مشخصات دموگرافیک و سؤالات مربوط به رعایت رژیم غذایی تنظیم گردید.

جهت دستیابی به چگونگی عملکرد واحدهای مورد پژوهش در مورد رژیم غذایی و رابطه بین متغیرهای فوق از آمار توصیفی و استنباطی از جمله آزمون های من ویتنی، کروسکال والیس و ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شده است.

^۱ - کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تبریز

^۲ - دکترای مدیریت خدمات بهداشتی - درمانی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

^۳ - دکترای آمارزیستی، عضو هیئت علمی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

یافته ها: بیشترین درصد افراد مورد پژوهش از نظر رعایت رژیم غذایی در سطح متوسط (۶۰ درصد) بود. یافته های پژوهش رابطه معنی دار آماری بین بعضی مشخصات دموگرافیک و عملکرد بیماران مبتلا به بیماری های عروق کرونری در مورد رژیم غذایی نشان داد.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش، درصد کمی از بیماران (حدود ۷/۲۷ درصد) از عملکرد مناسب برخوردار بودند. بنابراین، با توجه به نیاز شدید این بیماران به امر آموزش رژیم غذایی، پرستاران باید نیازهای آموزشی تغذیه ای بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونری را بررسی و روش های خودمراقبتی مناسب را در جهت کنترل رژیم غذایی آموزش دهند.

کلید واژه ها: بیماری عروق کرونری، رژیم غذایی، عملکرد

دریافت مقاله: ۸۴/۱۰/۷ تایید مقاله: ۸۴/۱۲/۱۷

مقدمه:

استامپ - اسکوت^۲ (۲۰۰۴). بطورکلی ۲۵ درصد از موارد مرگ و میر در دنیا و ۳۲ درصد از مرگ و میرهای کشورهای در حال توسعه به علت بیماری های قلبی عروقی می باشد (ذاکری مقدم و علی اصغریور ۱۳۸۲). براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، بیماری های قلبی و عروقی سالانه سبب مرگ ۱۲ میلیون نفر در سراسر دنیا می شود (عزیزی و همکاران ۱۳۷۹). هدف سازمان بهداشت جهانی تا سال ۲۰۱۰ کاهش میزان مرگ و میر ناشی از بیماری عروق کرونری به ۲۰ درصد می باشد (رانکین^۳ ۲۰۰۳). بیماری های دستگاه گردش خون در ایران در سال های ۱۳۵۸ تا ۱۳۸۰ در رده اول قرار داشته و افزایش مرگ و میر در این گروه از رقم ۲۷/۵۴ درصد در سال های ۶۰ - ۱۳۵۸ به رقم ۳۶/۲۳ درصد در سال های ۸۰ - ۱۳۷۶ بسیار قابل توجه می باشد. ۱/۶ برابر شدن درصد مرگ های ناشی از بیماری های قلبی عروقی در فواصل سال های ۷۵

در بیماری عروق کرونری شریان های کرونری توسط پلاک آترواسکلروز دچار تنگی یا انسداد کامل می شوند که حاصل آن قطع جریان خون قلب است. اختلال گردش خون کرونری در اثر آترواسکلروز مهمترین علت بیماری قلبی عروقی است (براهیمی و همکاران ۱۳۸۱). آترواسکلروز بیماری مزمن شریانی می باشد که با آسیب آندوتلیال تجمع لیپید و تشکیل بافت فیبروزی به صورت پلاک های آتروما و تنگ و باریک شدن دیواره عروق مشخص می شود (الکساندر و همکاران^۱ ۲۰۰۰).

رعایت رژیم درمانی به عنوان پیشگیری اولیه و ثانویه در بروز بیماری عروق کرونری حائز اهمیت می باشد. یکی از مهم ترین اقدامات در تغییر روش زندگی بیماران قلبی، تعدیل رژیم غذایی، همچون مصرف خیلی کم چربی و استفاده از رژیم غذایی گیاهخواری می باشد (ماهان و

^۲ - Mahan & Stump-Escott

^۳ - Rankin

^۱ - Alexander et al

۱۳۵۸ نشانگر افزایش عوامل خطرزای این بیماری از قبیل بالا رفتن کالری مصرفی روزانه، مصرف چربی های اشباع شده، عدم تحرک، افزایش استعمال سیگار همراه با دگرگونی های اقتصادی، اجتماعی در جامعه است که با اقدام وسیع پیشگیری اولیه و ثانویه می توان به میزان قابل ملاحظه ای از مرگ و میر به علت بیماری های مذکور کاست (یاوری و همکاران^۱ ۱۳۸۲). در ایران افزایش مصرف اسیدهای چرب اشباع شده و کاهش مصرف اسیدهای چرب غیر اشباع، خطر بروز بیماری عروق کرونری را افزایش داده است. بطوریکه بیش از ۲۲ درصد انرژی بدن از مصرف چربی ها تأمین می شود، در صورتی که اگر بیش از ۱۰ درصد انرژی بدن از چربی ها تأمین شود، خطر بروز بیماری عروق کرونری و مرگ و میر ناشی از آن قابل ملاحظه خواهد بود (کیمیآگر و همکاران^۱ ۱۹۹۸). با توجه به نقش رژیم غذایی مناسب در پیشگیری و کنترل بیماری عروق کرونری این تحقیق به منظور بررسی رعایت رژیم غذایی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونری در بیمارستان های منتخب شهر تبریز انجام شد.

مروری بر مطالعات:

مطالعات متعددی در رابطه با رژیم غذایی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونری انجام گردیده است، که برخی از نتایج بدین شرح می باشند: عزیزی (۱۳۸۱) میزان آگاهی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونری را در مورد رژیم غذایی بررسی کرد که آگاهی ۵۱ درصد افراد مورد مطالعه

متوسط، ۲۹ درصد ضعیف و ۲۰ درصد خوب بود. در جریان پژوهش دیگری مشخص شد که افزایش آگاهی و شناخت، رفتارهای ارتقای سلامتی و رعایت رژیم درمانی را در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونری افزایش می دهد (پلاچ و همکاران^۲ ۱۹۹۶). پژوهشی در سال ۲۰۰۴ توسط آلم - روجر و همکاران^۳ تحت عنوان "دانش بهتر تبعیت از تغییرات سبک زندگی و دارو درمانی در بیماران مبتلا به بیماری ایسکمیک قلبی را اصلاح می کند" در بیمارستان دانشگاهی مالمو^۴ سوئد انجام گرفت. تجزیه و تحلیل آماری نشان داد که کمترین میزان آگاهی در زمینه عوامل خطرزای بیماری ایسکمیک قلبی در مورد افزایش قندخون و چاقی و در زمینه تغییرات لازم در شیوه زندگی درباره ترک سیگار و کاهش وزن بود. بیشترین میزان آگاهی در مورد افزایش سطح چربی خون، تنش و سیگار در عناوین عوامل خطرزای بیماری ایسکمیک قلبی و در مورد کاهش سطح چربی خون و افزایش فعالیت و ورزش در عناوین تغییر روش زندگی بیان گردید. در پژوهش دیگری نیازهای آموزشی مربوط به رژیم غذایی در اولویت اول بیماران قرار داشت. طی یک بررسی ملی در ایران مشخص شد که منبع اصلی تأمین انرژی از کربوهیدرات ۶۶ درصد (نان و برنج) و ۲۲ درصد انرژی از مصرف چربی های اشباع شده می باشد، با این حال استفاده از انواع سبزیجات در رژیم غذایی بیشتر است. در کشور ما در طی ۲۰ سال اخیر میزان مصرف چربی افزایش یافته است، با توجه به این که در

^۲ - Plach et al

^۳ - Alm-Roijer et al

^۴ - Malmö University Hospital

^۱ - Kimiagar et al

گذشته فقط ۱۳ درصد انرژی بدن از چربی ها تأمین می شد، میزان بروز و شیوع بیماری های عروق کرونری و عوامل خطرزا در حال افزایش می باشد (خامی و همکاران^۱ ۲۰۰۳).

یافته های بررسی ملی در ایران، بالا بودن سطوح عوامل خطرزا مانند سطح کلسترول، تری گلیسرید و لیپوپروتئین با دانسیته پایین را نشان می دهد که از عوامل مهم خطرزای بیماری عروق کرونری و مرگ و میر ناشی از آن محسوب می شود (معراجی و همکاران^۲ ۲۰۰۰).

مواد و روشها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی است که جامعه آماری آن شامل کلیه بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونری بوده اند که به دنبال ابتلا به بیماری های عروق کرونری و ترخیص، بیش از یک بار، در بیمارستان بستری شده بودند و در هنگام اجرای پژوهش در بخش های داخلی و جراحی قلب بیمارستان های شهید مدنی و استاد عالی نسب تبریز بستری بوده اند.

نمونه های این پژوهش که با نمونه گیری غیر تصادفی و در دسترس انتخاب شدند، شامل ۱۶۵ نفر از بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونری بودند که با توجه به برآورد اولیه برای نسبت افراد دارای عملکرد نامناسب برابر ۷۰ درصد، تعداد نمونه لازم با اطمینان ۹۵ درصد و دقت ۰/۰۷ از فرمول تعیین اندازه نمونه به دست آمد. ابزار گردآوری داده های این پژوهش، پرسشنامه بود. جهت تعیین اعتبار

ابزار از روش سنجش اعتبار محتوا استفاده شد و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ پایایی آن مورد سنجش قرار گرفت و میزان پایایی بالاتر از ۰/۹۵ بود. پرسشنامه مشتمل بر ۳۰ سؤال بود که اطلاعات مورد نظر شامل ویژگی های دموگرافیک، سابقه بستری شدن، دفعات بستری به علت بیماری قلبی، سابقه بیماری های زمینه ای، نوع بیماری قلبی بود. سؤالات رعایت رژیم غذایی براساس جدول بررسی سریع رژیم غذایی بیماران قلبی که توسط برنامه آموزش ملی کلسترول^۲ طرح ریزی گردیده است، تنظیم شد. در این جدول، بیماران در مورد نحوه استفاده از انواع گوشتها، لبنیات، روغنها، نانها و غلات، میوهها و سبزیجات و تخم مرغ مورد بررسی قرار گرفتند. همچنین در مورد طبقه بندی چاقی بر اساس شاخص توده بدن، کاهش دادن وزن از زمان ابتلا به بیماری قلبی و رعایت رژیم غذایی بررسی های لازم به عمل آمد. بر اساس جدول استاندارد رژیم غذایی بیماران قلبی، مصرف بین ۱ تا ۷ بار از هر ماده غذایی در هفته به عنوان مصرف کم، مصرف بین ۸ تا ۱۴ بار در هفته به عنوان مصرف متوسط، مصرف بین ۱۵ تا ۲۱ بار در هفته به عنوان مصرف زیاد تقسیم بندی گردیده است.

داده ها با استفاده از ابزار آمار توصیفی و استنباطی و نرم افزار آماری SPSS و با استفاده از آزمون های آماری من ویتنی، کروسکال والیس و ضریب همبستگی اسپیرمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. سطح معنی داری ۰/۰۵ مورد نظر قرار گرفت.

^۲ - National Cholesterol Education Program (NCEP)

^۱ - Khami et al

یافته ها

یافته های پژوهش نشان داد که میانگین سن افراد 11 ± 61 سال بود اکثریت این افراد در گروه سنی ۶۹ - ۶۰ سال (۳۰/۹۱ درصد)، گروه زنان ۵۳/۹۴ درصد، ساکنین تبریز ۶۹/۰۹ درصد، بیسواد ۶۴/۲۴ درصد، خانه دار ۴۵/۴۵ درصد، با سابقه ۵ تا ۱۰ سال ۲۶/۰۶ درصد، با دومین بار بستری ۴۰/۶۱ درصد و با تشخیص آنژین صدری ۴۵/۴۵ درصد بودند.

جدول شماره (۱) در پاسخ به سؤالات چگونگی عملکرد واحدهای مورد پژوهش در مورد رژیم غذایی می باشد. در رابطه با سؤال آزمایش چربی خون را به چه فواصلی انجام می دهید؟ ۹۵/۱۵ درصد بیماران طبق دستور پزشک و ۴/۸۵ درصد بیماران هر دو ماه یک بار انجام می دادند. در رابطه با سؤال آیا به عناوین مختلف (مهمانی یا مسافرت) رژیم غذایی خود را ترک کرده اید؟ ۶۶/۶۷ درصد بیماران پاسخ مثبت دادند. در طبقه بندی چاقی براساس شاخص توده بدن اکثر بیماران (۵۰/۹۱ درصد) اضافه وزن داشتند و ۱۵/۷۶ درصد بیماران چاق، ۲۹/۷۰ درصد بیماران دارای وزن طبیعی و ۳/۶۴ درصد بیماران لاغر بودند.

جدول شماره (۲) در پاسخ به سؤالات چگونگی عملکرد واحدهای مورد پژوهش در مورد جدول رژیم غذایی می باشد. یافته های پژوهش نشان می دهد که در مورد مصرف انواع گوشت قرمز، مرغ و ماهی: ۹۱/۵۲ درصد از بیماران در مورد مرغ با پوست مصرف کم، ۷۵/۷۶ درصد از بیماران در مورد گوشت قرمز کم چربی

مصرف کم، ۸۶/۶۷ درصد از بیماران در مورد گوشت قرمز پر چربی مصرف کم و ۷۴/۵۵ درصد از بیماران در مورد مرغ بدون پوست و ماهی مصرف کم داشتند. در مورد روغن های گیاهی، ۶۱/۸۲ درصد از بیماران مصرف کم و در مورد روغن های نباتی و حیوانی، ۴۳/۶۴ درصد از بیماران مصرف کم داشتند. در مورد مصرف میوه ها: ۳۶/۹۷ درصد از بیماران مصرف کم، ۴۴/۲۴ درصد از بیماران مصرف متوسط و ۱۸/۷۹ درصد از بیماران مصرف زیاد داشتند. در مورد سبزیجات تازه: ۵۱/۵۲ درصد از بیماران مصرف کم، ۳۶/۳۶ درصد از بیماران مصرف متوسط و ۱۲/۱۲ درصد از بیماران مصرف زیاد داشتند.

براساس یافته های پژوهش رابطه معنی دار آماری بین بعضی مشخصات دموگرافیک و رعایت رژیم غذایی بیماران مبتلا به بیماری های عروق کرونری، وجود داشت. جهت دستیابی به تعیین چگونگی عملکرد در مورد رژیم غذایی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونری نتایج بیانگر آن است که: عملکرد اکثریت (۶۰ درصد) واحدهای مورد پژوهش در مورد رعایت رژیم غذایی در سطح متوسط می باشد.

بحث و نتیجه گیری

با توجه به نتایج حاصل از پژوهش مشخص می شود که، اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۶۰ درصد) در مورد رعایت رژیم غذایی خود در سطح متوسط بودند. این نشان می دهد که واقعیت زندگی و دنیای واقعی با آنچه توصیه می شود، متفاوت است و آموزش باید با توجه به شرایط،

جهت ارتقای عملکرد رعایت رژیم غذایی انجام گیرد. پژوهشها نشان می دهد که رعایت رژیم غذایی کم چربی و پر کربوهیدرات باضافه کاهش عوامل خطرزا (هیپرتانسیون و سیگار) پیشرفت بیماری عروق کرونری و بستری مجدد به علت همین بیماری را کاهش می دهد (بارینگر^۱ ۲۰۰۱).

کاهش سطح کلسترول خون موجب کاهش ۲۶ درصد عود مجدد بیماری های ایسکمیک قلبی و ۹ درصد مرگ و میر می شود (درستین و هارگ روو^۲ ۲۰۰۰). هر ۱ درصد کاهش کلسترول، می تواند ۲ درصد تا ۵ درصد از خطر بروز بیماری های قلبی عروقی بکاهد (عزیزی و همکاران ۱۳۷۹).

در این مطالعه مشخص شد که ۷۴/۵۵ درصد از افراد تحت بررسی به میزان کم از ماهی و گوشت مرغ بدون پوست استفاده می کردند. در حالیکه یافته های اپیدمیولوژیک، مصرف ماهی بیشتری را، هفته ای سه وعده یا به میزان ۸۰۰ میلی گرم روزانه اسید چرب ۳-۱۱ را توصیه می نماید (کراوفورد و همکاران ۲۰۰۴). زیرا با مصرف منظم ماهی احتمال حملات قلبی مجدد به میزان ۳۰٪ کاهش می یابد (پرکار ۱۳۷۹). پژوهشها نشان می دهد مصرف ماهی و سبزیجات توسط بیماران بعد از سکته قلبی موجب کاهش عود انفارکتوس و مرگ و میر شده است (بارینگر ۲۰۰۱).

جهت کاهش سطح لیپوپروتئین با دانسیته پایین، رعایت رژیم غذایی کاملا ضروری می باشد. تغییر روش زندگی، به استفاده از رژیم غذایی کم چربی و استفاده بیشتر از

میوه ها و سبزیجات تازه، شیر بدون چربی و سفیده تخم مرغ، انجام ورزش های منظم، کاهش وزن، ترک سیگار و کاهش عوامل تنش زا اطلاق می شود. اگر بیمار اقدامات فوق را انجام دهد، پس از یک سال ۳۷ درصد از میزان کلسترول وی کاهش می یابد و ۸۲ درصد اثرات همه جانبه بهبودی آترواسکلروز بروز می کند (ماهان و استامپ، اسکوت ۲۰۰۴).

آموزش در مورد مصرف روغن های گیاهی و نباتی، در این بیماران ضروری به نظر می رسد. زیرا، افزایش لیپوپروتئین با دانسیته پایین اصلی ترین عامل بروز آترواسکلروز می باشد. همچنین کاهش سطح کلسترول خون موجب کاهش ۲۶ درصد عود مجدد بیماری های ایسکمیک قلبی و ۹ درصد میزان مرگ و میر می شود (درستین و هارگ روو ۲۰۰۰). به ازای کاهش ۱ درصد کلسترول میزان بروز بیماری عروق کرونری ۲ درصد کاهش می یابد (تیلور ۲۰۰۰).

اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۸۱/۲۱ درصد) در مورد میوه ها و سبزیجات تازه (۸۷/۸۸ درصد)، مصرف کم و متوسط داشتند. به نظر می رسد جهت بهبود عملکرد این بیماران، در مورد استفاده از میوه ها و سبزیجات تازه، برنامه های آموزشی تدوین گردد. برای این که در جریان پژوهشی، بیمارانی که در برنامه غذایی شان میوه و سبزی گنجانیده شده بود، ۴۰ درصد کمتر از دیگران به ناراحتی های قلبی مبتلا شدند و تعداد مرگ و میر آنها ۴۵ درصد کمتر از بیمارانی بود که از برنامه غذایی کم چرب استفاده می کردند. قرار دادن بیمار قلبی در برنامه غذایی گیاه

^۱ - Barringer

^۲ - Derstine et al

خواری، کم چربی و کم کلسترول به مدت دو سال هم از آسیب به عروق جلوگیری می کند و هم آنها را ترمیم می کند. زیرا کاروتین های گیاهی و آنتی اکسیدان های دیگر موجود در میوه و سبزی از تشکیل لخته در عروق جلوگیری می کند (پرکار^۱ ۱۳۷۹). آنتی اکسیدان های متفاوتی از اکسیده شدن لیپوپروتئین با دانسیته پایین در دیواره عروق جلوگیری نموده، در نتیجه آسیب عروقی کاهش می یابد. ویتامین های آنتی اکسیدان مخصوصاً ویتامین E و C با متابلیزه کردن رادیکال های آزاد پراکسیدان های چربی از پیشرفت آترواسکلروز جلوگیری می کنند. بنابراین، با افزایش دریافت ویتامین E و C عوامل خطر ساز بیماری های عروق کرونری کاهش می یابد.

با توجه به یافته های پژوهش، اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۶۶/۶۷ درصد) اضافه وزن داشته یا چاق بودند. بدین جهت، آموزش به این بیماران در راستای کاهش وزن، ضروری به نظر می رسد. زیرا چاقی بروز بیماری های قلبی عروقی را سه برابر بیشتر می کند. در افراد چاق افزایش فشار خون، عدم تحمل به گلوکز، افزایش تری گلیسرید و پایین بودن سطح لیپوپروتئین با دانسیته پایین بیشتر مشاهده می شود (فیس و همکاران^۱ ۲۰۰۳). در زنان چاق علاوه بر بروز بیماری عروق کرونری، احتمال مرگ به دنبال بیماری عروق کرونری و نارسایی احتقانی قلب نیز بیشتر است (وودز و همکاران^۲ ۲۰۰۰). چاقی احتمال بروز بیماری های قلبی عروقی را در مردان تا دو برابر و در زنان نزدیک به ۲/۵ برابر افزایش می دهد (عزیزی و همکاران ۱۳۷۹). در

حالت کلی کاهش وزن با توجه به اثرات سودبخش آن از قبیل کنترل کلسترول خون، فشار خون، مقاومت انسولین و قند خون توصیه می شود (وودز و همکاران ۲۰۰۰).

نتایج مطالعه نشان داد که بیش نیمی از افراد مورد مطالعه اضافه وزن داشتند واکثر آنان میوه و سبزیجات تازه به مقدار، ماهی و گوشت مرغ بدون پوست کم مصرف می کردند و در مجموع از نظر رعایت رژیم غذایی در سطح متوسط قرار داشتند. از آنجا که عدم رعایت رژیم غذایی و بالابودن چربی های خون از علل اصلی بیماری عروق کرونری محسوب می شود (زرویک و همکاران^۳ ۱۹۹۷)، لذا آموزش به این افراد ضرورت دارد.

با ارائه آموزش به بیمار، تغییرات مثبت در رفتار، مخصوصاً در رعایت رژیم غذایی، دارویی و ورزش بیماران پس از انفارکتوس میوکارد مشاهده می شود (کارنر و همکاران^۴ ۲۰۰۰).

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و سازمان تامین اجتماعی تبریز، همچنین از تمام مسئولین، کارکنان و بیماران عزیز بستری بیمارستان های شهید مدنی و استاد عالی نسب و نیز از همکاری اساتید محترم واحد علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی تهران که در انجام این طرح ما را یاری نموده اند، تشکر و قدردانی می شود.

^۳ - Zerwic et al

^۴ - Karner et al

^۱ - Phipps et al

^۲ - Woods et al

جدول شماره (۱): توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش برحسب پاسخ به سؤالات عملکرد در مورد رژیم

غذایی

درصد	تعداد	نحوه پاسخ گویی به سؤالات	سؤالات
۳/۶۴	۶	الف- لاغر ($BMI < 20$)	۱) طبقه بندی چاقی بر اساس شاخص توده بدن (BMI (kg/m^2))
۲۹/۷۰	۴۹	ب- طبیعی ($20 \leq BMI < 25$)	
۵۰/۹۱	۸۴	ج- اضافه وزن ($25 \leq BMI < 30$)	
۱۵/۷۶	۲۶	د- چاق ($BMI \geq 30$)	
۱۰۰	۱۶۵		جمع:
۴۸/۴۸	۸۰	الف- بلی	۲) آیا پزشک کاهش وزن را در زمان ابتلا به بیماری قلبی، برای شما توصیه کرده بود؟
۵۱/۵۲	۸۵	ب- خیر	
۱۰۰	۱۶۵		جمع:
۶۱/۲۱	۱۰۱	الف- عدم کاهش وزن	۳) در صورت مثبت بودن پاسخ، چند کیلوگرم وزن خود را کاهش داشته اید؟
۲۲/۴۲	۳۷	ب- کمتر از ۱۰ کیلوگرم	
۱۶/۳۷	۲۷	ج- بیش از ۱۰ کیلوگرم	
۱۰۰	۱۶۵		جمع:
۶۶/۶۷	۱۱۰	الف- بلی	۴) آیا به عناوین مختلف، رژیم غذایی خود را ترک کرده اید؟
۳۳/۳۳	۵۵	ب- خیر	
۱۰۰	۱۶۵		جمع:
۴/۸۵	۸	الف- هر دو ماه یک بار	۵) آزمایش چربی خون را به چه فواصلی انجام می دهید؟
۹۵/۱۵	۱۵۷	ب- طبق دستور پزشک	
۱۰۰	۱۶۵		جمع:
۲۴/۲۴	۴۰	الف- هر هفته	۶) فشار خون خود را به چه فواصلی کنترل می کنید؟
۴/۸۵	۸	ب- هر ماه	
۷۰/۹۱	۱۱۷	ج- در صورت مراجعه به پزشک	
۱۰۰	۱۶۵		جمع:

بیشترین عملکرد (۹۵/۱۵ درصد)، در مورد: آزمایش چربی خون طبق دستور پزشک می باشد.

جدول شماره (۲): توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش درخصوص رعایت جدول رژیم غذایی

سؤالات	گروه غذایی	مصرف کم (۱-۷)		مصرف متوسط (۸-۱۴)		مصرف زیاد (۱۵-۲۱)	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱) گوشت قرمز و ماهی و مرغ	الف - گوشت قرمز کم چربی	۱۲۵	۷۵/۷۶	۳۱	۱۸/۷۹	۹	۵/۴۵
	ب- گوشت قرمز پر چربی	۱۴۳	۸۶/۶۷	۱۷	۱۰/۳۰	۵	۳/۰۳
	ج- مرغ بدون پوست و ماهی	۱۲۳	۷۴/۵۵	۳۲	۱۹/۳۹	۱۰	۶/۰۶
	د- مرغ با پوست	۱۵۱	۹۱/۵۲	۱۰	۶/۰۶	۴	۲/۴۲
۲) روغن ها و چربی ها	الف- روغن های گیاهی	۱۰۲	۶۱/۸۲	۵۴	۳۲/۷۳	۹	۵/۴۵
	ب- روغن های نباتی و حیوانی	۷۲	۴۳/۶۴	۵۹	۳۵/۷۶	۳۴	۲۰/۶۱
۳) تخم مرغ	الف- سفیده تخم مرغ	۱۵۷	۹۵/۱۵	۶	۳/۶۴	۲	۱/۲۱
	ب- تخم مرغ کامل	۱۴۱	۸۵/۴۵	۱۷	۱۰/۳۰	۷	۴/۲۴
۴) لبنیات	الف- بدون چربی یا کم چرب	۷۲	۴۳/۶۴	۷۰	۴۲/۴۲	۲۳	۱۳/۹۴
	ب - چربی ها	۱۱۷	۷۰/۹۱	۳۶	۲۱/۸۲	۱۲	۷/۲۷
۵) میوه ها و سبزیجات تازه	الف- میوه ها	۶۱	۳۶/۹۷	۷۳	۴۴/۴۴	۳۱	۱۸/۷۹
	ب- سبزیجات	۸۵	۵۱/۵۲	۶۰	۳۶/۳۶	۲۰	۱۲/۱۲
۶) نان ها و غلات	الف- انواع نان ها	۴۱	۲۴/۸۵	۸۷	۵۲/۷۳	۳۷	۲۲/۴۲
	ب- برنج و سیب زمینی	۷۰	۴۲/۴۲	۷۱	۴۳/۰۳	۲۴	۱۴/۵۵
	ج- انواع حبوبات	۱۱۶	۷۰/۳۰	۳۷	۲۲/۴۲	۱۲	۷/۲۷
	د- شیرینی ها	۱۴۷	۸۹/۰۹	۱۱	۶/۶۷	۷	۴/۲۴

همانطور که از جدول مشخص می باشد، کمترین مصرف (۹۵/۱۵ درصد) درمورد سفیده تخم مرغ، بیشترین مصرف

(۲۲/۴۲ درصد) و مصرف متوسط (۵۲/۷۳ درصد) درمورد انواع نان ها می باشد.

جدول شماره (۳): توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش برحسب پاسخ به سؤالات رعایت رژیم غذایی

فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	رعایت رژیم غذایی
۳۲/۷۳	۵۴	ضعیف
۶۰/۰۰	۹۹	متوسط
۷/۲۷	۱۲	خوب
۱۰۰	۱۶۵	جمع
۹/۵۳		میانگین
۲/۵۸		انحراف معیار

عملکرد اکثر واحدهای مورد پژوهش در رابطه با رعایت رژیم غذایی، متوسط می باشد.

منابع فارسی:

- پرکارح (۱۳۷۹) رژیم غذایی در بیماری های قلبی. ترجمه فرخ پی م. تهران. انتشارات چهر.
- ذاکری مقدم م. علی اصغر پور م. (۱۳۸۲). مراقبت های پرستاری ویژه در بخش های *CCU ICU* و دیالیز. تهران. انتشارات اندیشه رفیع.
- لاکمن ج. (۱۳۸۱). *درسنامه پرستاری بیماری های داخلی جراحی III* ترجمه براهیمی ن و دیگران. ویراستار: عبدالهیی ع. تهران. انتشارات آبیژ.
- عزیززی س. (۱۳۸۱). بررسی میزان آگاهی بیماران مبتلا به بیماری های عروق کرونری از نظر رژیم درمانی در بیمارستان ۲۹ بهمن تبریز. طرح پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز.
- عزیززی ف. حاتمی ح. جانقریبانی م (۱۳۷۹) *اپیدمیولوژی و کنترل بیماری های شایع در ایران*. چاپ دوم. تهران. نشر اشتیاق.
- یآوری پ. ابدی ع. محرابی ی. (۱۳۸۲). اپیدمیولوژی علل مرگ و میر و روند تغییرات آن در سال های ۱۳۵۸ تا ۱۳۸۰ در ایران. *مجله پژوهشی حکیم*. دوره ۶. شماره ۳.
- Alexander F.M. Fawcett N.J. Runciman J.P. (۲۰۰۰). *Nursing Practice: Home and Hospital*. ۲nd edition. Edinburgh. Charchill Livingston.

- Alm-Roijer C. Stagmo M. Erhardt L. (۲۰۰۴). Better knowledge improves adherence to lifestyle changes and medication in patients with coronary heart disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. [Online]. <<http://www.elsevier.com/locate/ejcnurse>> [۴ November ۲۰۰۴].
- Barringer D.T. (). Dietary fats in the prevention of coronary heart disease: The need for more clinical trials. *European Heart Journal Supplements*. . Supplement D. D -D . [Online]. <<http://www.Elsevier Science.com>>. [January].
- Crawford H.M. Dimarco P.J. Paulus J.W. (). *Cardiology*. vol . nd ed. Philadelphia. Mosby Co.
- Derstine B.J. Hargrove D.S. (). *Comprehensive Rehabilitation Nursing*. Philadelphia. Saunders Co.
- Karner A. Goransson A. Bergdaha B. () Conceptions on treatment and lifestyle in patients with coronary heart disease - a phenomenographic analysis. *Patient Education and Counseling*. . [Online]. <<http://www.elsevier.com/locate/patducou>> [November].
- Khami M.A. Sarraf- Zadegan N. Boshtam M. Bashardoost N. Malekafzali H. Rafie M. Tafazoli F. (). Cardiovascular disease in Iran: Mortality, prevalence and risk factors over years, *International Symposium on Atherosclerosis*. September - October . P: . Isfahan. Iran. [Online]. <<http://www.Elsevier Science.com>>. [January].
- Kimiagar S.M. Ghaffarpour M. Houshiar-Rad A. Hormozdyari H. Zellipour L. (۱۹۹۸). Food consumption pattern in the Islamic Republic of Iran and its relation to coronary heart disease. *Public Health*. ۴ (۳). ۵۳۹-۵۴۷. [Online]. <<http://www.Elsevier Science.com>>. [۴ January ۲۰۰۴].

- Mahan L.K. Stump-Escott S. (۲۰۰۴). *Krause's Food, Nutrition and Diet Therapy*. ۱th ed. Philadelphia. Saunders Co.
- Meraji S. Abuja P.M. Hayn M. Kostner G.M. Morris R. Oraii S. Tatzber F. Wonisch W. Zechner R. Gey K.F. (). Relationship between classic risk factors, plasma antioxidants and indicators of oxidant stress in angina pectoris in Tehran. *Atherosclerosis*. : - . [Online]. <<http://www.Elsevier Science .com>>. [January]].
- Phipps J.W. Monahan D.F. Sands K.J. Marek F.J. Neighbors M. (). *Medical – Surgical Nursing*. th ed. Philadelphia. Mosby Co.
- Plach S. Wierenga E.M. Heidrich M.S. (۱۹۹۶). Effect of a postdischarge education class on coronary artery disease knowledge and self-reported health –promoting behaviors. *Heart and Lung*. ۲۰ (۵). ۳۶۷-۷۲.
- Rankin S. (۲۰۰۳). Women recovering from acute myocardial infarction: psychosocial and physical functioning outcomes for ۱۲ months after acute myocardial infarction. *Heart and Lung*. ۳۱ (۶). ۳۹۹-۴۱۰.
- Taylor J.G. (). *Primary Care Management of Heart Disease*. New York. Mosby Co.
- Woods L.S. Froelicher S.E. Motzer U.S. and Bridges J.E. (۲۰۰۰). *Cardiac Nursing*. ۴th ed. Philadelphia. Lippincott Co.
- Zerwic J.J. King B.K. Wlasowicz S.J. Rochester N.Y. (۱۹۹۷). Perceptions of patients with cardiovascular disease about the causes of coronary artery disease. *Heart and Lung*. ۲۶ (۲). ۹۲-۸.

Observance of dietary regimen in patients with coronary artery disease at hospitals of Tabriz city

Ezati, N.

Abed Saeedi, Zh., Dr.

Zeraati, H., Dr.

Abstract

Background: Coronary artery disease (CAD) is caused by narrowing or complete blockage in coronary arteries. Hyperlipidemia is an underlying factor in the development of atherosclerosis and CAD.

Purpose: This descriptive research was conducted to evaluate the observance of diet in patients with CAD at hospitals of Tabriz city in ۲۰۰۴.

Methods: ۱۶۰ patients with CAD and history of hospitalization at least one time because of their condition were selected by convenience sampling at medical and surgical cardiology wards. The study settings were medical and surgical heart wards of hospitals. A questionnaire with ۳۰ questions about demographic data and observance of diet was used for data collection. Different statistical tests such as Mann-Whitney, Kruskal-Wallis and Spearman coefficient were used for data analysis.

Results: Findings showed that most patients (۶۰٪) observed their dietary regimen moderately. A significant relation was found between some demographic characteristics of patients and their observance.

Conclusion: Since a few patients (۷,۲۷٪) observed their dietary regimen appropriately, it seems that clients have an urgent need for education in this regard. Nurses, therefore, are responsible to identify educational needs of CAD patients regarding diet and instruct proper self-care techniques in this connection.

Key words: Coronary artery disease (CAD), Dietary regimen, Observance.