

بررسی آگاهی، نگرش و سبک زندگی بیماران مبتلا به آنژین صدری ناپایدار در بیمارستان های دانشگاهی شهر مشهد

^۱، دکتر داود شجاعی زاده^۲، دکتر مصطفی حسینی^۲، دکتر نازیلا اساسی^۲ و * دکتر محمد رضا شیدفر
دکتر فرشته مجلسی^۱

چکیده:

انتظار می رود بیماری ایسکمی قلبی عامل حدود ۴۰٪ مرگها و در رأس ۱۵ علت بار جهانی بیماریها در سال ۲۰۲۰ باشد. آنژین صدری ناپایدار یکی از خطرناک ترین حالات ایسکمی قلبی است. با توجه به رابطه میان سبک زندگی و این بیماری، تعدیل سبک زندگی عامل مهمی در بهبود پیش آگهی آن است. آموزش بهداشت باید ضمن ارائه آگاهی لازم در باره عوامل خطر قابل تغییر، نگرش بیماران را به نحوی تغییر دهد که رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی را در پیش گیرند. آگاهی از میزان اطلاعات و وضعیت نگرش و سبک زندگی بیماران برای برنامه ریزی آموزش بهداشتی در این زمینه ضروری است. این مطالعه به روش توصیفی برای بررسی میزان آگاهی، وضعیت نگرش و Sequential Sبک زندگی این بیماران در دو بیمارستان اصلی دانشگاهی شهر مشهد بر روی ۱۸۰ بیمار با استفاده از Sampling انجام شده است.

شرکت کنندگان به ۸۲ سؤال پرسشنامه پاسخ دادند. یافته ها بر پایین بودن سطح کلی آگاهی در باره نقش قلب، علل بیماری، درمانها، اجزاء تبعیت از پزشک و رفتارهای زیان بار و مشدد درد قلبی دلالت دارند. در این میان ۸۰٪ افراد از استرس به عنوان عامل خطر بیماری قلبی نام می برند. نگرش افراد در زمینه درک شدت بیماری و حساسیت فردی برای ابتلاء مجدد و میزان کنترل شخصی بر سلامتی نسبتاً پایین است. موانع مهم انجام رفتار بهداشتی، فقدان کلاسهای آموزشی، غیر قابل تحمل بودن هزینه خدمات درمانی و موانع خانوادگی می باشد. این پژوهش، لزوم آموزش به بیمار توسط کارکنان مراقبتهای بهداشتی، توجه پزشکان به باورهای بیماران خود و ارائه توصیه های دقیق و برنامه ریزی شده به ایشان را مورد تأکید قرار می دهد.

واژگان کلیدی: آگاهی، نگرش، سبک زندگی، آنژین صدری، آموزش بیمار

(عهده دار مکاتبات). *

1. گروه خدمات بهداشتی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران.
2. گروه اپیدمیولوژی و آمار، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران.

پاییز ۱۳۸۲، سال دوم، شماره دوم

مقدمه :

در طی دهه های اخیر الگوی بیماریها تغییرات شگرفی نموده و تغییرات عمده ای در نیازهای بهداشتی مردم پدید آمده است. بیماریهای قلبی و در رأس آنها بیماری ایسکمی قلبی به یکی از جدیترین مشکلات مرتبط با سلامتی جهان در سالهای پایانی قرن بیستم و سالهای آغازین قرن بیست و یکم تبدیل شده است. به طوری که امروزه بیماری ایسکمی قلبی عامل حدود ۳۵٪ مرگها در کشور های در حال توسعه و حدود ۳۰٪ تمام مرگها در ، در حالی که در (WHO 1997) سراسر جهان است ، سال ۱۹۹۰ حدود ۳۰٪ مرگها از بیماریهای قلبی بوده است ؛ انتظار می رود تا سال ۲۰۲۰ این بیماریها سبب ۴۰٪ مرگها در سراسر جهان باشد و برآورد می شود که بیماری ایسکمیک قلبی در رأس ۱۵ علت به عنوان بار جهانی بیماریها در سال در ایران نیز (Murry Lopez A.D. 1996) ۲۰۲۰ باشد بیماریهای ایسکمیک قلبی اولین علت مرگ و میر در افراد بالاتر از ۳۵ سال می باشد (قارونی ۱۳۶۸). در میان بیماریهای ایسکمیک قلبی آئزین صدری ناپایدار تقریباً خطرناکترین حالت است زیرا مرگ و میر آن بسیار بالا است. آئزین ناپایدار اکنون بیشتر از نیمی از موارد پذیرش در بخش مراقبتهای ویژه قلبی را شامل می شود و عبارت است از کاهش موقتی جریان خون به قلب به نحوی که آسیب دائمی به عضله قلب وارد نمی شود ، با احساس درد و ناراحتی در قفسه سینه همراه است ، خون رسانی به قلب کمتر از میزان مورد نیاز آن است و در نتیجه، اکسیژن و مواد غذایی کافی به عضله قلب نمی رسد. این بیماری به علت تغییر در باریک شدن شریانهای اصلی تغذیه کننده قلب پدید می آید. بیمارانی که با یک حمله آئزین ناپایدار بستری شده اند، در حقیقت خود را به عنوان بیمارانی که ریسک بالای عود دارند معرفی کرده اند (خلیلی و خلیلی فر ۱۳۷۶). عود مجدد حمله آئزین ناپایدار (چنانچه منجر به مرگ ناگهانی نشود) منجر به بستری شدن در بخش مراقبتهای ویژه قلبی شده، هزینه های اقتصادی قابل توجهی در هر بار پذیرش برای نظام بهداشتی درمانی کشور

ایجاد می نماید و استرس مهمی برای بیمار به شمار می رود. با توجه به وجود انبوهی از شواهد که نشان دهنده وجود رابطه میان سبک زندگی افراد و ابتلاء به بیماری ایسکمیک قلبی است، ضرورت تأکید بر تعدیل سبک زندگی به عنوان عامل مهمی در تعیین پیش آگهی و عوارض این بیماری کاملاً برجسته و قابل توجه است. برای مثال ترک سیگار، بعد از آنفراکتوس میوکارد، خطر عود حمله قلبی را به خطر حمله قلبی MI نصف و کاهش کلسترول پس از Goldman Claude J. (2000) جدید را تا ۳۵٪ کاهش می دهد . آموزش بهداشت باید ضمن ارائه آگاهیهای لازم (2000) درباره عوامل خطر قابل تغییر و عناصر مهم سبک زندگی (که در کاهش یا تشدید علائم و پیش آگهی Life style بیماری مؤثر هستند، نگرشهای بیماران نسبت به وضعیت خود را به نحوی تغییر دهد که رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی را در پیش گیرند. پژوهشها در زمینه مداخلات فشرده در پیشگیری اولیه، که با هدف تشویق افراد برای سبک زندگی سالم، برنامه ریزی شده، نشان داده است که این رویکرد نفع قابل اندازه گیری اندکی به همراه 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 بر روی 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 به نظر می رسد که برای پذیرش تغییر در سبک زندگی دارای . با (Wiles R. 1998) انگیزش بسیار بالایی هستند آموزش به بیمار درباره بیماری او و درمانهای موجود، بیماران به نحو بهتری قادر هستند بیمارانشان را کنترل نموده ، زندگیشان را طولانی و کیفیت زندگیشان را بهتر کنند در پژوهشی (Yamad P. and Holmes V. 1998) مشخص شد که بین رعایت رژیم غذایی و تمرینات ورزشی با آگاهی، ارتباط معنی داری وجود دارد . همچنین کسانی که آگاهی بیشتر و نگرش مثبت تری دارند، رژیم غذایی و ورزش را بهتر رعایت می کنند (بهشتی ۱۳۷۸). بیماران از پاییز ۱۳۸۲ ، سال دوم ، شماره دوم

آگاهی از جزئیات مربوط به حمله قلبی به عنوان نشانه مهم یک بیماری جدی که درمان و تغییر رفتار طولانی مدتی را می طلبد، بهره خواهند برد (Wiles R. and Kinmoth A.L. 2001). اگر چه داشتن اطلاعات به تنهایی کافی (Shea S. and Basch 1988) 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 برنامه های (Farooqi A. et al. 2000) احتمالاً تمایل بیماران به پذیرش راهبردهای پیشگیری سطح دوم به دنبال یک واقعه قلبی،

تحت تأثیر ادراک آنها از شرایطشان قرار می گیرد (Wiles R. and Kinmoth A.L. 2001). 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 ارائه نمایند (Farooqi A. et al. 2000).

با توجه به نقش تعیین کننده نگرشها در اتخاذ رفتارهای مرتبط با سلامتی، ضرورت دارد ابعاد پیچیده نگرش بیماران در زمینه بیماریشان مورد بررسی قرار گیرد. یکی از نظریاتی که در زمینه تبیین رفتارهای بهداشتی افراد و تبعیت از درمانهای توصیه شده هنگام بیماری کاربرد زیادی دارد، نظریه اعتقاد بهداشتی است که براساس آن احتمال درگیر شدن افراد در رفتارهای مرتبط با سلامتی، برآیند ابعاد مختلفی است و برای آن که فرد اقدام پیشگیرانه در تمام سطوح پیشگیری در برابر یک بیماری انجام دهد، باید:

۱- احساس کند که بیماری پیامدهای جدی در بردارد (شدت درک شده)، ۲- احساس کند شخصاً حساسیت و استعداد ابتلاء به آن بیماری را دارد (حساسیت درک شده) ۳- احساس کند که رفتار پیشگیری کننده (یا از طریق پیشگیری از ابتلاء به بیماری یا با کاهش شدت آن) منافی را برای وی در بردارد (منافع درک شده)

۴- موانع درک شده از قبیل درد، زحمت یا مخارج (هزینه)

نباید بیش از منافع درک شده آن اقدام بهداشتی باشد، ۵- علایم برای عمل به عنوان محرکی برای برانگیختن توجه به رفتار مورد نظر عمل کند. نظریه دیگری که در مشارکت افراد در اتخاذ رفتارهای محافظت کننده سلامتی نقش دارد، نظریه میزان کنترل درک شده بر سلامتی است. نظریه کانون کنترل دارای دو بعد خارجی و داخلی است. افرادی که دارای درک خارج از کنترل هستند، معتقدند که آنچه افراد خودشان انجام می دهند تأثیر زیادی بر سلامتی شان ندارد؛ در نتیجه کنترل سلامتی خود را یا به تغییر شرایط یا سایر افراد مهم واگذار می کنند. بعد داخلی کانون کنترل آن است که افراد تمایل بیشتری به پذیرش نقش خود در تأثیر گذاشتن بر سلامتی شان دارند. و مشارکت خود را در سلامتی شان مهم می انگارند. بیماران دارای بعد داخلی کنترل، احتمال بیشتری دارد که در تغییرات رفتارهای پیشگیری کننده درگیر شوند؛ آنها که بعد داخلی کنترل بیشتری دارند تمایل کمتری دارند از توصیه های پزشک پیروی کنند و تمایل بیشتری دارند اطلاعات بیشتری درباره بیماریشان به دست آورند. افراد دارای کنترل داخلی بالا، برای اتخاذ رفتارهایی که به سلامتی منتهی می شود دارای (Bergmon E. and Bertero 2001) انگیزش قویتری هستند (C. 2001).

هدف از این پژوهش تعیین میزان آگاهی بیماران مبتلا به آئزین صدری ناپایدار در مورد عوامل خطر و درمانهای بیماری قلبی و رفتارهای زیان بار، وضعیت نگرش آنها در زمینه شدت و حساسیت درک شده از بیماری، منافع و موانع درک شده برای انجام رفتار پیشگیری کننده، تعیین وضعیت ابعاد مختلف سبک زندگی (عادات، تغذیه و تحرک بدنی) آنها و نیز شناسایی محتوای آموزشی مناسب برای پوشش دادن به نیازهای بیماران در سطح دوم پیشگیری بیماریهای قلبی - عروقی می باشد.

روش کار:

مطالعه حاضر به منظور بررسی میزان آگاهی، وضعیت نگرشها و سبک زندگی بیماران مبتلا به آئزین صدری ناپایدار در دو بیمارستان دانشگاهی اصلی دارای

پاییز ۱۳۸۲، سال دوم، شماره دوم

بخش قلب و عروق شهر مشهد صورت گرفته است که خود بخشی از مطالعه ای تحت عنوان: « بررسی تأثیر مداخله آموزشی در تعدیل سبک زندگی و کاهش عود مجدد آنژین صدری ناپایدار» است و به منظور تعیین محتوای آموزشی مورد نیاز برای مداخله آموزشی مذکور نیز مورد استفاده قرار گرفته است. در این مطالعه ۱۸۰ فرد زیر ۷۰ سال (از هر دو جنس زن و مرد) ساکن شهر مشهد که طی دو ماهه اول سال ۱۳۸۱ به این دو بیمارستان مراجعه نموده اند و با تایید پزشک متخصص قلب و عروق، مبتلا به آنژین صدری ناپایدار تشخیص داده شده و در بخش مراقبتهای ویژه قلبی بستری شده اند، به روش انتخاب و مورد بررسی قرار Sequential Sampling گرفتند.

ابزار اصلی جمع آوری اطلاعات، پرسشنامه ای است که توسط محقق و همکاران طراحی شده و با استفاده از پایایی و روایی Delphi و متد Expert Panel شیوه آن مورد تأیید صاحب نظران آموزش بهداشت قرار گرفته و test-retest است. پایایی پرسشنامه با استفاده از روش نیز سنجش میزان تطابق نتایج مشاهدات پرسشگران مختلف روی سوژه های معین، مورد بررسی قرار گرفت و با آموزشهای مناسب میزان پایایی به بالاتر از ۸۰٪ رسید. پرسشنامه نهایی مشتمل بر تعداد ۸۲ سؤال می باشد 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 بدین شرح مورد سنجش قرار می دهد.

عوامل دموگرافیک شامل سن، جنس، تحصیلات،؛ سوالات آگاهی در زمینه های نقش قلب (۳ جزء)، شغل علل ابتلاء به بیماریهای ایسکمی قلبی (۱۲ جزء)، روشهای درمانی بیماری ایسکمی قلبی (۴ جزء)، اجزاء تشکیل دهنده ۵ جزء، رفتارهای زیان بار (compliance) تبعیت بیمار و مشدد درد در آنژین صدری ناپایدار (۱۷ جزء) سوالات 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 جمعاً ۱۰ جزء)، کانون کنترل (۷ سؤال)؛ سبک زندگی شامل عادات سوء همچون عادت سیگار کشیدن فرد و تعداد نخهای سیگار کشیده شده در هر روز، نوشیدن مشروبات الکلی و دفعات مصرف در هفته، اعتیاد به مواد مخدر و دفعات استعمال در هفته (۸ سؤال)، تحرک بدنی (۲ سؤال)، عادات تغذیه ای همچون میزان مصرف نمک، نسبت مصرف گوشت قرمز به گوشت سفید در هفته، مصرف تخم مرغ، سبزی و میوه، نوع روغن و مواد لبنی مصرفی (۷ سؤال).

رتبه بندی دقیق افراد بدین ترتیب صورت گرفت:

۱-متغیر آگاهی: با توجه به در نظر گرفتن امتیاز ۱

برای هر پاسخ صحیح به سوالات آگاهی (امتیاز اجزاء) سوالات آگاهی محاسبه و وضعیت امتیازات کسب شده توسط هر فرد در طیفی از صفر تا ۴۱ مشخص گردید. طبقه بندی گروه های جدول بر این اساس است: افرادی که در سؤال ۵ امتیازی نقش قلب در بدن نمره صفر کسب کرده اند در گروه ضعیف، امتیاز ۲-۱ به عنوان گروه متوسط و امتیاز ۳ به عنوان گروه بالا تلقی شده است. در سؤال ۱۲ ۰ به عنوان -امتیازی علل بیماری ایسکمی قلبی، امتیاز ۳ ضعیف، ۴-۸ به عنوان متوسط و بالاتر از ۹ به عنوان بالا در نظر گرفته شده است. در سؤال ۴ امتیازی درمانهای موجود برای ایسکمی قلبی امتیاز ۱-۰ به عنوان ضعیف، امتیاز ۲-۳ متوسط و امتیاز ۴ به عنوان بالا در نظر گرفته شده است. در سؤال ۵ امتیازی ویژگیهای تبعیت بیمار، امتیاز ۲ به عنوان ضعیف، امتیاز ۳-۴ به عنوان متوسط و امتیاز ۵ به عنوان بالا در نظر گرفته شده است. در سؤال ۱۷ امتیازی رفتارهای زیان بار و مشدد درد، امتیاز ۵-۰ به عنوان ضعیف، امتیاز ۱۲-۶ به عنوان متوسط و بالاتر از ۱۳ به عنوان بالا در نظر گرفته شده است.

۲- متغیر نگرش: عبارات نگرشی بر اساس مقیاس

لیکرت تهیه گردید و برای پیشگیری از اثر القاکنندگی آن، تعدادی از عبارات با جهت گیری منفی طراحی گردید که

پاسخ به آنها مؤید نگرش منفی نسبت به آن عبارت بود. عبارات نگرش در بعد شدت حاوی ۳ عبارت منفی، در بعد حساسیت درک شده حاوی ۸ عبارت، در بعد منافع درک شده حاوی ۴ عبارت و در بعد کانون کنترل حاوی ۷ عبارت با جهت گیری منفی بود که امتیازات نهایی هر فرد پس از لحاظ نمودن جهت گیری منفی هر سؤال محاسبه گردید. با توجه به وجود طیف ۵ رتبه ای برای هر عبارت نگرشی (از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) امتیاز هر عبارت از ۱ تا ۵ محاسبه نموده هر فرد در هر مورد و سپس در هر بعد مشخص شد. با توجه به این که عبارات نگرشی از ارزش کمی ۰-۵ برخوردار بوده اند، طبقه بندی گروه های جدول بر این اساس صورت گرفته است:

در بعد شدت درک شده، افرادی که مجموع نمره کسب شده ایشان ۰-۱۴ بوده است در گروه ضعیف، ۱۵-۲۸ در گروه متوسط و ۲۹-۴۰ در گروه بالا قرار داده شده اند. در بعد حساسیت درک شده، افرادی که مجموع نمرات ایشان ۰-۱۷ بوده است در گروه ضعیف، ۱۸-۳۵ در گروه متوسط و ۳۶-۵۰ در گروه بالا قرار داده شده اند. در بعد منافع درک شده، نمرات ۰-۲۰ در گروه ضعیف، ۲۱-۴۰ در گروه متوسط، و نمرات ۴۱-۶۰ در گروه بالا قرار داده شده اند. در بعد موانع درک شده، نمرات ۰-۲۸ به عنوان ضعیف، ۲۹-۵۶ به عنوان متوسط، ۵۷-۸۰ به عنوان بالا قرار داده شده اند. ۵- در بعد میزان کنترل درک شده بر سلامتی، نمرات ۰-۱۲ به عنوان ضعیف، ۱۳-۲۴ به عنوان متوسط، ۲۵-۳۵ به عنوان بالا در نظر گرفته شده است.

۳- متغیر سبک زندگی: به منظور مشخص نمودن وضعیت افراد از نظر سبک زندگی مرتبط با بیماریشان، پاسخهای افراد به سؤالات مربوط به عادات سیگار کشیدن، مصرف مشروبات الکلی، اعتیاد، تحرک بدنی و ورزش، تغذیه (مقدار مصرف سبزی و میوه، نمک، تخم مرغ، نوع روغن مصرفی و مواد لبنی، نسبت گوشت قرمز به گوشت سفید) با در نظر گرفتن امتیاز در نظر گرفته شده برای هر عامل از نظر میزان خطر زایی آن (با تأیید متخصصان اپیدمیولوژی و قلب و عروق) تراز گردیده و امتیاز نهایی هر فرد در بعد

اعتیادات بین صفر تا ۱۰، در بعد ورزش و تحرک بدنی بین صفر تا ۸ و در بعد تغذیه بین صفر تا ۱۸ محاسبه شده، وضعیت هر فرد از نظر سبک زندگی بین صفر تا ۳۶ مشخص گردید. طبقه بندی جدول بر این اساس صورت گرفته است: در محور عادات سوء نمرات ۰-۴ در گروه پایین، نمرات ۵-۷ در گروه متوسط، نمرات ۸-۱۰ در گروه بالا قرار گرفتند. در محور تحرک بدنی نمرات ۰-۳ در گروه پایین، نمرات ۴-۶ در گروه متوسط، نمرات ۷-۸ در گروه بالا قرار گرفتند. در محور تغذیه نمرات ۰-۶ در گروه پایین، نمرات ۷-۱۲ در گروه متوسط، نمرات ۱۳-۱۸ در گروه بالا قرار گرفتند.

جمع آوری اطلاعات توسط پرستاران شاغل در بخشهای قلب و عروق بیمارستانهای مورد مطالعه، پس از برقراری ارتباط صحیح با بیماران بصورت انفرادی صورت گرفته است. داده های به دست آمده مربوط به متغیرهای SPSS آگاهی، نگرش و سبک زندگی با استفاده از نرم افزار مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج:

جدول شماره ۱ نشان دهنده سطح آگاهی (شناخت نقش قلب، عوامل خطر بیماری قلبی، درمانهای این بیماری و مسائل مرتبط با بیماری آثرین صدری ناپایدار) وضعیت نگرشها (شدت، حساسیت، منافع، موانع، کنترل درک شده) و سبک زندگی (عادات سوء، تحرک بدنی، عادات تغذیه) افراد مورد مطالعه است.

۱- آگاهی: به طور کلی آگاهی بیماران در زمینه بیماریشان در سطح پایین قرار دارد. میانگین کل آگاهی ۱۲/۵۹ می باشد یعنی به طور متوسط از کمتر از ۳۰٪ مطالب مرتبط با بیماری خود آگاهند.

الف) علل بیماری قلبی: فقط ۲/۲٪ افراد از تمامی عوامل مؤثر در ابتلا آگاه بوده اند و میانگین آگاهی افراد ۳/۶۲ بوده است. ۳۱٪ افراد عدم تحرک بدنی، ۴۷٪ سیگار، ۴۳٪ رژیم غذایی پرچربی و ۱۰٪ الکل، ۲۳٪ چاقی، ۲۰٪ فشارخون، ۳۱٪ تیپ شخصیتی عصبی، ۲۱٪ ارث و ۱۱٪ سن بالا را به عنوان عوامل مؤثر در ایسکمی قلبی معرفی

پاییز ۱۳۸۲، سال دوم، شماره دوم

کرده اند. بیش از ۷۹٪ ایشان استرس را به عنوان عامل بیماری قلبی ذکر کرده اند.

ب) درمانهای موجود بیماری قلبی: میانگین آگاهی ۱/۶۸ بوده و ۸۴٪ افراد درمان دارویی، ۴۶٪ درمان جراحی، ۳۲٪ درمان از طریق آنژیوپلاستی و فقط ۶٪ درمان از طریق استنت گذاری را متذکر شده اند.

ج) تبعیت بیمار از پزشک معالج: میانگین آگاهی ۲/۴۸ بوده و ۷۱٪ افراد به مصرف دارو دقیقاً به مقدار تجویز شده، ۶۳٪ به مصرف دارو دقیقاً در زمان تجویز شده، ۴۵٪ به تغییر در شیوه زندگی غیر سالم و ترک عادات مضر، ۳۵٪ به مراجعه جهت انجام آزمایشهای تشخیص لازم و ۳۲٪ به مراجعه جهت انجام اقدامات درمانی لازم اشاره کرده اند.

د) رفتارهای زیان بار و مشدد درد: میانگین آگاهی ۳/۴۲ بوده و کمتر از ۱٪ افراد (۰/۶) از تمامی رفتارهای زیان بار و مولد درد اطلاع کامل داشتند. ۸۱/۷٪ افراد از استرس، ۴۴٪ از فعالیت بیش از حد آستانه تهییج درد، ۳۲٪ از سیگار، ۲۹/۴٪ از عدم کنترل رژیم غذایی از نظر نوع، ۲۸٪ از عدم کنترل غذا از نظر حجم، ۲۶/۷٪ از قطع دارو، ۲۵٪ از فعالیت شدید پس از صرف غذا، ۱۸/۹٪ از ورزش در حد بالاتر از آستانه درد، ۱۱/۷٪ از استحمام با آب خیلی سرد، ۷/۸٪ از عدم توجه به درد خصوصاً در صورت تداوم درد بیش از ۳ بار به فاصله ۵ دقیقه، ۶/۱٪ از انجام مقاربت با فاصله کمتر از ۳ ساعت از صرف غذا، ۵٪ از مصرف داروها یا مواد پوشاننده درد، ۳/۹٪ از عدم کنترل بیماریهای زمینه ای دیگر و ۲/۸٪ از ورزشهای ایزومتریک بعنوان رفتارهای زیان بار و مشدد درد نام برده اند.

۲- نگرش: در بعد شدت درک شده میانگین نمره افراد ۵۲/۲۷ (از مجموع ۴۰ نمره) بوده است. در بعد حساسیت درک شده این میانگین ۳۷/۸۰ (از مجموع ۵۰ نمره)، در بعد منافع درک شده این میانگین ۴۲/۷۹ (از مجموع ۶۰ نمره)، در بعد موانع درک شده ۴۷/۸۳ (از مجموع ۸۵ نمره)، در بعد کنترل درک شده بر سلامتی ۲۲/۳۲ (از مجموع ۳۵ نمره) بوده است. میانگین کل نمرات کسب شده

از سوی افراد در زمینه نگرش ۱۷۸ از مجموع کل ۲۷۰ نمره بوده است.

الف- بعد شدت درک شده: به طور کلی و در مجموع تمام عبارات نگرشی این بعد، کمتر از ۱٪ افراد (۰/۶) نسبت به بیماری خود، شدت درک شده کاملاً سطح بالایی (بالاتر از ۸۰٪) را دارا هستند. ۲۱/۱٪ افراد با عبارت «بیماری قلبی خیلی کمتر از بعضی بیماریهای صعب العلاج دیگر خطرناک است، پس نباید نگران آن باشم چون براحتی درمان می شود»، کاملاً مخالف بوده اند. ۵۳/۴٪ افراد با عبارت «ابتلاء به بیماری قلبی تاثیر خاصی روی زندگی افراد باقی نمی گذارد و بیماران قلبی هم زندگی عادی مثل سایرین دارند» کاملاً موافق و یا موافق بوده اند. ۳۹/۹٪ افراد با عبارت «این روزها هر کس مشکل و بیماری دارد؛ من هم به بیماری قلبی دچار شده ام، پس مشکل من مثل سایر افراد است و اهمیتی ندارد.» موافق و یا کاملاً موافق بوده اند. ۵۰٪ افراد با عبارت «بیماری قلبی بیماری بسیار خطرناکی است که فرد ممکن است به آن دچار شود.» کاملاً موافق بوده اند.

ب- بعد حساسیت درک شده: به طور کلی و در مجموع تمام عبارات نگرشی این بعد، کمتر از ۱٪ افراد (۰/۶)، در سطح کاملاً بالایی (۸۰٪) خود را در معرض ابتلاء به بیماری و نسبت به آن حساس می دانند. ۷۹/۴٪ افراد با عبارت «احتمال حمله قلبی مجدد در فردی که یک بار به حمله قلبی دچار شده است، ضعیف است»، کاملاً موافق و یا موافق بوده اند. ۸۳/۹٪ افراد با عبارت «من به سرعت پس از خارج شدن از بیمارستان به حال اول باز خواهم گشت و نیازی نیست برای تغییر شیوه زندگی خود را به زحمت ببندازم.» موافق و یا کاملاً موافق بوده اند. ۷۰/۶٪ افراد با عبارت «بسیاری از افراد مراقب رژیم غذایی خود نیستند و به بیماری قلبی دچار نشده اند، پس بیماری من با عادات غذایی ارتباط ندارد.» کاملاً موافق و یا موافق بوده اند. ۳/۷۴٪ افراد با عبارت «چون وضعیت من از بسیاری از بیماران قلبی دیگر که می شناسم بهتر است، نیازی نیست نگران وضعیت خود باشم و بخوام تغییری در رفتارهای خود به وجود بیاورم» کاملاً موافق و یا موافق بوده اند.

ج- بعد منافع درک شده: به طور کلی و در مجموع تمام عبارات نگرشی این بعد ، ۶/۶٪ افراد، منافع درک شده کاملاً سطح بالایی (۸۰٪) برای رفتارهای پیشگیرانه خود در زمینه بیماریشان داشتند. ۵۵/۵٪ افراد با عبارت « اگر کسی زمینه ارثی داشته باشد دچار بیماری قلبی می شود و بقیه عوامل تأثیری در ابتلا به بیماری ندارد» کاملاً موافق و یا موافق بوده اند. ۷۰٪ افراد با عبارت « پس از طی شدن دوره بستری در بیمارستان ، مشکل قلبی من حل می شود و لازم نیست تغییری در رفتارهایم بدهم و فقط کافی است دارو بخورم.» موافق یا کاملاً موافق بوده اند. ۵۰٪ افراد با عبارت « بیماری قلبی روی طول عمر من تأثیری ندارد و من با بیماری قلبی هم عمری طولانی خواهم داشت.» کاملاً موافق و یا موافق بوده اند. ۸۱/۱٪ افراد با عبارت « وقتی حالم بهتر شود ممکن است مقدار بعضی از داروهایم را کم کنم و لازم نیست همه داروهایم را که پزشک تجویز کرده است بخورم.» کاملاً موافق و یا موافق بوده اند. ۷۱/۱٪ افراد با عبارت : «اگر آگاهی در مورد شیوه زندگی مناسب با شرایط فعلیم افزایش یابد، بیماری عوارض کمتری برایم خواهد داشت.» کاملاً موافق و یا موافق بوده اند. ۴۲/۷٪ افراد با عبارت « اگر رفتارهای خود را متناسب با وضعیت بیماریم تغییر دهم، احتمال کمی وجود خواهد داشت که مجدداً دچار وضعیت حاد از نظر قلبی شوم.» کاملاً مخالف و یا مخالف بوده اند. ۹۶/۱٪ افراد با عبارت « اگر نتوانم با بیماری قلبیم سازگار شوم، ممکن است شغل خود را از دست بدهم.» کاملاً موافق و یا موافق بوده اند.

د - بعد موانع درک شده: ۶۷/۷٪ افراد با عبارت « چون نمی توانم کنترلی روی کمتر شدن استرس داشته باشم، نمی توانم کار مؤثری برای پیشگیری از بیماری قلبی انجام دهم.» کاملاً موافق و یا موافق بوده اند. ۴۵/۶٪ افراد با عبارت: « برنامه های آموزشی مناسبی برای افزایش اطلاعات در زمینه بیماری قلبی و زندگی پس از حمله قلبی وجود ندارد.» کاملاً موافق و یا موافق بوده اند. ۴۲/۸٪ افراد با عبارت: « انجام بعضی از آزمایش های تشخیصی خیلی دقیق، آنقدر گران است که توان پرداخت هزینه آن را

ندارم.» ، کاملاً موافق و یا موافق بوده اند و ۲۱/۱٪ در این زمینه نظری نداشته اند. ۴۲/۳٪ افراد با عبارت « انجام تمرین ورزشی به طور مرتب کار دشواری است و امکان هماهنگی با برنامه سایر اعضای خانواده در این زمینه وجود ندارد.» کاملاً موافق و یا موافق بوده اند و ۲۳/۳٪ افراد در این مورد نظری نداشته اند. ۴۱/۱٪ افراد با عبارت « داروهای مؤثر برای درمان بیماریهای قلبی کمیاب و گران است و دسترسی به آنها آسان نیست.» کاملاً موافق و یا موافق بوده اند و ۲۳/۹٪ افراد در این مورد نظری نداشته اند. ۴۰٪ افراد با عبارت « پیشگیری از بیماری قلبی و عوارض آن بسیار دشوار است» کاملاً موافق و یا موافق بوده اند. ۲۹/۴٪ افراد با عبارت « نمی توانم داروهایم را دقیقاً به همان مقدار و زمانی که دکتر می گوید مصرف کنم ، چون فراموش می کنم این کار را انجام بدهم.» کاملاً موافق و یا موافق بوده اند.

ه- میزان کنترل درک شده بر سلامتی: به طور کلی و در مجموع تمام عبارات نگرشی این بعد ، ۹/۹٪ افراد مورد مطالعه از کنترل درک شده سطح بالایی (۸۰٪) برخوردار بوده اند. ۷۴/۵٪ افراد با عبارت « من فرد خوش شانس نبوده ام که دچار بیماری قلبی شده ام و حمله قلبیم بیش از هر چیز به دلیل بد شانس نبوده است.» کاملاً موافق و یا موافق بوده اند. ۶۳/۳٪ افراد با عبارت « شانس نقش مهمی در این مورد که چقدر زود وضعیت من بهتر می شود ایفا می کند.» کاملاً موافق و یا موافق بوده اند. ۷۱/۶٪ افراد با عبارت « از دست من کاری ساخته نبوده است که به بیماری قلبی دچار نشوم ، پس باید خود را به دست تقدیر بسپارم تا چه سرنوشتی برایم رقم زده است.» کاملاً موافق و یا موافق بوده اند. ۵۷/۲٪ افراد با عبارت « آنچه نباید اتفاق می افتاد پیش آمده است، پس فرقی نمی کند چه کارهایی انجام دهم چون من دیگر به وضع قبل از بستری شدن بر نخواهم گشت.» ، کاملاً موافق و یا موافق بوده اند. ۵۲/۸٪ افراد با عبارت « نقش سایر افراد در سلامتی من بیش از نقشی است که خودم در این زمینه ایفا می کنم.» کاملاً موافق و یا موافق بوده اند. ۴۸/۹٪ افراد با عبارت: « در مورد بیماریم

بیش از هر چیز باید بگذارم دوره اش را طی کند.» کاملاً موافق و یا موافق بوده اند.

و- بعد علائم برای عمل : یافته های پژوهش در زمینه این بعد، گویای موارد زیر است:

۱. در پاسخ به سؤال « در مورد رفتارهای مناسب در رابطه با بیماری خود از چه منابعی کسب اطلاع کرده اید؟ » ۱۳/۳٪ افراد فقط از طریق رادیو و تلویزیون، توصیه های پزشکان و تجربه بیماری دوستان و آشنایان، ۱۲/۲٪ افراد فقط از طریق رادیو و تلویزیون و توصیه های پزشکان، ۱۱/۱٪ افراد فقط از طریق توصیه های پزشکان، ۱۰٪ افراد از طریق تمام منابع رادیو تلویزیون، روزنامه و مجلات، کتاب، توصیه پزشکان، بیماری کسب اطلاع نموده اند. ۶/۱٪ افراد فقط از طریق توصیه های پزشکان و تجربه بیماری دوستان، ۴/۴٪ افراد فقط از طریق تجربه بیماری دوستان، ۳/۹٪ افراد از سایر منابع کسب اطلاع نموده اند، یعنی ۷۵/۶٪ افراد اعلام نموده اند که یکی از منابع کسب اطلاعات افراد از طریق توصیه های پزشکان نیز بوده است. ۶۳/۳٪ افراد رادیو و تلویزیون را نیز منبع کسب اطلاعات خود معرفی کرده اند. ۴۵/۶٪ از تجربه بیماری دوستان و آشنایان و ۲۶/۱٪ آنها از روزنامه و مجلات، و ۲۳/۹٪ از کتاب نیز به عنوان منبع کسب اطلاعات استفاده نموده اند.

۲. در پاسخ به سؤال « بنظر شما وجود چه منابع دیگری برای افزودن به اطلاعات شما مناسب است؟ » ۳۸/۳٪ فقط به برنامه های آموزشی در بیمارستان، ۲۲/۸٪ به برنامه های آموزشی بیمارستان، کلاس آموزشی در کلینیک ها، وجود انجمنهای حمایت از بیماران قلبی و ۹/۴٪ به برنامه های آموزشی بیمارستان و کلاس آموزشی در کلینیک ها اشاره کرده اند. به عبارت دیگر ۷۸/۹٪ افراد وجود برنامه های آموزشی در بیمارستانها را و ۴۰٪ افراد وجود کلاس آموزشی در کلینیک ها و ۳۳/۳٪ افراد وجود انجمنهای حمایت از بیماران قلبی را برای افزودن به اطلاعات خود مناسب می دانند.

۳. سبک زندگی: کمتر از ۱٪ افراد (۰/۶) سبک زندگی کاملاً سالم و متناسب با بیماری قلبی دارند، از نظر عادات

سوء، ۶۹/۹٪ افراد در وضعیت کاملاً متناسب با بیماری خود قرار دارند. از نظر تحرک بدنی ۳/۹٪ افراد در وضعیت کاملاً مناسبی قرار دارند. از نظر تغذیه ۶٪ افراد در وضعیت کاملاً مناسب از نظر رعایت رژیم غذایی متناسب با بیماری خود قرار دارند: الف) از نظر عادات سوء (سیگار کشیدن، نوشیدن الکل و اعتیاد به مواد مخدر)، ۷۲/۷٪ افراد سیگار نمی کشند. ۹۳/۳٪ افراد مشروبات الکلی نمی نوشند، و ۹۰٪ آنها به هیچگونه مواد مخدری اعتیاد ندارند. ب) از نظر میزان تحرک بدنی ۶۹/۴٪ افراد هیچگونه فعالیت بدنی به قصد ورزش انجام نمی دهند. از میان ۳۰/۶٪ افرادی که ورزش می کنند ۱۱/۶٪ ورزشهای ایزوتونیک، ۴/۵٪ ورزشهای ایزومتریک، ۱۴/۵٪ ترکیبی از هر دو نوع ورزش را انجام می دهند. ۶۸/۹٪ افراد بلافاصله پس از نهار می خوابند که ۳۴/۴٪ این افراد همیشه این کار را انجام می دهند.

ج) از نظر تغذیه و رژیم غذایی:

۱. مصرف نمک: ۱۷/۲٪ افراد رژیم غذایی کاملاً بدون نمک دارند. ۶۲/۲٪ فقط هنگام طبخ نمک به غذا می افزایند. ۱۵٪ آنها سر سفره غذا نیز نمک به غذا می افزایند و ۵٪ آنها چاشنیهای شور و تنقلات شور نیز مصرف می کنند.

۲. میزان مصرف گوشت: ۴۹/۵٪ افراد کمتر از ۳ وعده در هفته و ۲۸/۹٪ افراد بین ۳ تا ۵ وعده در هفته گوشت قرمز مصرف می کنند. ۴۶/۱٪ افراد کمتر از ۳ وعده در هفته و ۲/۲۷٪ آنها بین ۳ تا ۵ وعده در هفته گوشت سفید مصرف می کنند.

۳. میزان مصرف تخم مرغ: ۳۴/۴٪ افراد تعداد دو عدد تخم مرغ در هفته و ۱۸/۹٪ آنها ۳ عدد تخم مرغ در هفته مصرف می کنند، ۱۶/۷٪ افراد بیش از ۴ تخم مرغ در هفته مصرف می کنند.

۴. میزان مصرف سبزی و میوه: ۶۷/۸٪ افراد در هر روز کمتر از ۱۰۰ گرم، ۱۷/۸٪ افراد در هر روز ۲۰۰ گرم و ۸/۳٪ افراد در هر روز بیش از ۲۰۰ گرم سبزی و میوه مصرف می کنند.

۵. نوع روغن مصرفی : ۵۷/۸٪ افراد روغن گیاهی جامد ، ۵٪ افراد روغن حیوانی ، ۶/۱٪ افراد ترکیبی از روغن گیاهی جامد ، ۱۲/۲٪ روغن گیاهی مایع و ۱۷/۸٪ افراد ترکیبی از روغن گیاهی جامد و مایع مصرف می کنند.

۶. نوع مواد لبنی : ۵۱/۷٪ افراد لبنیات پرچرب و ۳۳/۹٪ لبنیات کم چرب و ۱۳/۹٪ ترکیبی از هر دو نوع مواد لبنی مصرف می کنند.

بحث:

تمرکز عمده این مقاله بر موضوع تعیین میزان آگاهی و وضعیت نگرشها و سبک زندگی بیماران مبتلا به آنژین صدری ناپایدار بود و یافته مهم این پژوهش آشکار شدن این حقیقت بود که سطح کلی آگاهی بیماران در زمینه های علل بیماری ، درمانهای موجود، اجزاء مساله متابعت از پزشک معالج و رفتارهای زیان بار و مشدد درد پایین است. یافته های مربوط به علل بیماری با نتایج تحقیقات دیگری که در همین زمینه انجام شده است تا حدودی متفاوت و به طور کلی پایین تر از سطح اغلب آنها است . در مطالعه ای سطح معلومات مردم رضایت بخش نشان بوده، افراد آگاهی بیماری قلبی خوبی در مورد نقش کلسترول به عنوان ریسک فاکتور نشان دادند. عقیده افراد مصاحبه در مورد تأثیر تغییرات سبک زندگی بر پیشگیری بیماری قلبی در (Barba G. et al. 2001) رضایت بخش بود . مطالعه ای ۵۰٪ افراد در مورد بیماری قلبی نگران بودند. ۷۰٪ حداقل یک بیماری قلبی-عروقی (اغلب آنفارکتوس) را عروقی را می شناختند ۴۰٪ می توانستند علل بیماری قلبی برشمارند و بر عادات تغذیه ای، سیگار کشیدن و نوشیدن (Bon N. et al. ۱۹۸۷) مشروب و شیوه زندگی تأکید داشتند . در مطالعه ای ۸۱٪ افراد سیگار را به عنوان عامل (Escude T. et al. ۱۹۹۸) خطر، ۶۷٪ کلسترول را به عنوان عامل خطر و ۴۸٪ دیابت را در مطالعه ای ۸۰٪ می دانستند که سیگار کشیدن (Sutterer J.R. et al. ۱۹۸۹) فشار خون و کلسترول عوامل خطر هستند . فقط ۵۰٪ آنها دیابت را به عنوان یک عامل خطر مستقل می شناختند . یکی از دلایل این امر

ممکن است این باشد که در برخی پژوهشهای مشابه معمولاً از پاسخ دهندگان سؤال می شود که به نظر آنها رفتارهای معین یا حالات فیزیولوژیک معینی که از سوی پرسشگر نام برده می شود بر احتمال خطر ابتلا ایشان به بیماری قلبی عروقی تأثیر می گذارد یا خیر. بدیهی است که افرادی که به چنین سؤالاتی پاسخ می دهند عوامل خطر بیشتری را شناسایی می کنند تا افرادی که از ایشان خواسته می شود نام عوامل خطر را ذکر کنند. اما هر دو شیوه اندازه گیری آگاهی، وسیعاً مورد استفاده قرار می گیرد و معتبر در نظر (Ford E.S. and Jones D.H. 1991) گرفته می شود . البته مطالعات دیگری نیز وجود دارد که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی بیشتری دارد: در یک مطالعه فقط ۴۰٪ شرکت کنندگان از این حقیقت که دیابت، سن و جنس مرد، ریسک فاکتورهای مهم در توسعه بیماری قلبی - عروقی هستند باخبر بودند. اکثر شرکت کنندگان اطلاعات ناکافی در زمینه عوامل خطر مرتبط با بیماری قلبی عروقی (Andersson P. and Lepport J. 2001) نشان دادند . در مطالعه ای ۲۰٪ بیماران در مورد پیامدهای (Baberg H.T. et al. 2000) چاقی، فشار خون بالا، یا سیگار کشیدن بر روی عروق قلبی اطلاع نداشتند؛ بیش از ۳۰٪ فشار خون را برشمردند؛ فقط ۳۴٪ بیماران دیابت را به عنوان یک عامل خطر متذکر شدند . توجه دقیقتر به یافته های مربوط به اجزاء علل بیماری ایسکمی گویای این نکته است که حدود ۸۰٪ افراد استرس را به عنوان عامل بیماری قلبی ذکر کرده اند . در مطالعه ای در اصفهان در مورد عوامل خطر قلبی-عروقی مشخص شد که بیشترین دانش در مورد عوامل خطر، درباره استرسها و مشکلات هیجانی بوده است . در حقیقت ۱/۳ افراد متذکر شدند که (Alikasi H. and Sarafzadegan N. 2001) اولین علت بیماری استرس است . در مطالعه ای اکثر افراد (Sarafzadegan N. 2001) در مورد ماهیت بیماری ایسکمی قلبی از آگاهی کم و در مورد عوامل مستعدکننده، از آگاهی متوسطی برخوردار بوده اند و آگاهی از عوامل مستعد کننده بیش از آگاهی در زمینه بیماری بوده است. در مورد نقش عوامل روانی و

تغذیه نامناسب در بروز بیماری، از اطلاعات نسبتاً زیاد و در مورد بالا بودن چربی خون، افزایش فشار خون، بالا بودن قند خون، داشتن سابقه خانوادگی، افزایش سن، عدم تحرک و فعالیت، میزان و مدت مصرف سیگار، از آگاهی کمتری برخوردار بوده اند (درخشان ۱۳۶۸). در مطالعه ای اجتماعی، پرکاری، استرس - از میان عوامل روانی و نگرانی، به عنوان بیشترین علل اظهار شده، در میان عوامل جسمی، سیگار کشیدن و چاقی یا پرخوری به عنوان بیشترین علل اظهار شده بودند. دانش در مورد عوامل خطر بیماری قلبی - عروقی بر سیگار کشیدن، چاق بودن و عوامل (Murray P.J. 1989) تغذیه ای متمرکز بوده است. در مطالعه ای، آگاهی در مورد عوامل خطر رفتاری بیماری قلبی، بیشتر از آگاهی از عوامل خطر فیزیولوژیک بود؛ ۶۰٪ چربی غذا، ۵۲٪ سیگار کشیدن، ۴۱٪ فقدان تحرک، ۳۲٪ وزن، ۲۷٪ کلسترول و ۲۲٪ فشارخون را یادآور شدند. در مطالعه ای سیگار کشیدن (Potrin L. et al. 1999) و استرس یا نگرانی به ترتیب توسط ۴۱٪ و ۴۴٪ افراد، اضافه وزن توسط ۳۰٪، کمبود تحرک بدنی از سوی ۲۸٪، کلسترول بالا از سوی ۲۳٪، ارث از سوی ۲۴٪، فشار خون فقط توسط ۱۶٪ به عنوان علل مهم بیماری قلبی مورد اشاره. این که (Kirkland S.A. et al. 1999) قرار گرفت چرا عوامل خطر رفتاری احتمالاً بیش از عوامل فیزیولوژیک شناسایی می شوند بسادگی قابل توجه نیست. یک توجه ممکن است این باشد که عوامل خطر رفتاری بیماری قلبی را از طریق رسانه های گروهی ساده تر می توان منتشر کرد تا عوامل خطر پیچیده تر فیزیولوژیک. این عوامل اخیر را به نحو مؤثرتری می توان در مرکز بهداشتی - درمانی توضیح داد. مطالعات بیشتری لازم است تا مشخص شود که آیا به طور کلی پایین بودن اطلاع بیماران از این عوامل خطر را می توان به این امر نسبت داد که پزشکان اطلاعات لازم را فقط به افرادی که آن عوامل خطر را دارند منتقل می کنند؛ یا آیا فقط تعداد کمی از پزشکان به طور منظم به تمام بیمارانشان در مورد همه عوامل خطر آموزش می دهند. توجه دیگر ممکن است این باشد که

فهم عوامل خطر مرتبط با رفتار، ساده تر از عوامل خطر فیزیولوژیک است. در مورد میزان آگاهی از درمانهای موجود برای بیماری قلبی، اکثر افراد فقط درمان دارویی را که برجسته ترین نوع درمان است می شناسند و ۳۲٪ ایشان درمان آنژیوپلاستی و فقط ۶٪ ایشان درمان از طریق سنتت گذاری را متذکر شده اند. چنین می توان توجه نمود که پزشکان در زمینه روندهای درمانی برای بیماران خود توضیحی نمی دهند و کسانی که درمانهای آنژیوپلاستی و است گذاری را متذکر شده اند، احتمالاً کسانی هستند که خود تجربه شخصی در انجام این نوع درمانها داشته اند. با توجه به این که بیماران مبتلا به آئزین صدری ناپایدار در سیر درمانی خود ممکن است به چنین درمانهایی نیاز پیدا کنند، شایسته است پزشکان توضیحات کافی در مورد ویژگیها، موارد کاربرد و نحوه تأثیر درمانهای مختلف به بیماران ارائه کنند. یافته های بخش آگاهی از رفتارهای زیانبار که یکی از کاربردیترین بخشهای پژوهش است، گواه روشنی است از فقدان و یا ناکارآمدی آموزشهایی که به بیماران پس از دچار شدن به بیماری یا بستری شدن در بخش مراقبتهای ویژه ارائه می شود؛ و ضمناً شاهد روشنی است از نیاز مبرم به وجود این آموزشها که خود باعث پیشگیری از مراجعات مکرر بیماران به مراکز درمانی و احیاناً بستری شدن مجدد آنان و سبب بالارفتن زندگی ایشان می شود. دچار شدن به درد پس از فعالیت شدید که یکی از نکاتی است که بیشتر بیماران به آن اشاره کرده اند، نکته ای است که با توجه به تجربه شخصی بیماران قابل توجه است. همچنین یافته های این بخش، با اعلام نیاز بیماران به ضرورت آموزش و کسب اطلاع از موارد مربوط به بیماریشان در بعد علائم برای عمل همین پژوهش، همبستگی کامل دارد. ضمناً از آنجا که این آموزشها بندرت در رسانه ها و روزنامه ها و مجلات ارائه می شود و خاص بیماران مبتلا به بیماری می باشد و در بعد علائم برای عمل همین پژوهش ۷۵/۶٪ افراد یکی از منابع کسب اطلاعات خود را پزشکان معرفی کرده اند، می توان نتیجه گرفت که این نکته در محتوای آموزشی ارائه شده به بیماران در طی

ملاقات‌های به عمل آمده با بیماران در مطب، وجود ندارد؛ و یا می‌توان نتیجه گرفت به نحوی که برای بیماران قابل استفاده باشد ارائه نگردیده است. بر همین اساس ضروری است پزشکان در مطب خود و پرستاران در بیمارستان، هنگام ترخیص بیماران این نکات را به آنان 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 (لیکرت) در ایران طراحی و اجرا نشده است. یافته قابل توجه دیگر ما پایین بودن نسبی سطح تهدید درک شده (شدت و حساسیت درک شده) بیماران از بیماری و پایین بودن میزان کنترل شخصی درک شده بر سلامتی خود توسط بیماران بوده است. در بعد شدت بیماری در مجموع اکثر بیماران، نوعی انکار نسبت به خطرناک بودن و مهم بودن بیماری قلبی نشان داده‌اند و میزان اهمیت درک شده بیماری تریشان با باورهای عمومی و شناخت از حیاتی بودن نقش قلب به عنوان 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 بیمار برای پذیرش تغییرات دراز مدت رفتاری برای ارتقاء و شیوه زندگی سالم است. 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. همچنین تمایل به خود درمانی (قطع داروها) به دلیل ترس از عوارض ناخوشایند جانبی، مشهود است که نیاز به ارائه اطلاعات کافی آموزش از سوی پزشکان در مورد عوارض احتمالی داروها را نشان می‌دهد. نگرانی از عدم ثبات شغلی و از دست دادن شغل نیز به عنوان انگیزه‌ای برای کرده است. در بعد موانع سازگار شدن با بیماری قلبی تجلی درک شده نیز نوعی تمایل به نادیده گرفتن عوامل خطر قابل کنترل، در قالب باور به نقش یگانه عامل استرس در ایجاد بیماری قلبی، مشاهده می‌شود که در نوع خود نشان

دهنده عدم کفایت بیماران در پیشگیری و مقابله با استرس است. همچنین موانع مهم بیماران برای اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده، بر این واقعیت تأکید دارد که عوامل اجتماعی همچون نبود کلاسهای آموزشی مناسب، غیر قابل تحمل بودن هزینه‌ها و دشواری تهیه داروهای مؤثر قلبی در اتخاذ تصمیمات و رفتارهای بهداشتی بیماران مؤثر بوده و باید مورد توجه قرار گیرد و لزوم تأسیس بخشهای آموزشی بیماران بستری یا بیماران سرپایی با تأکید بیشتر بر آموزش به بیمار را در خدمات جاری و مراقبتهای پرستاری بیمارستانها ضروری می‌سازد. در بعد کنترل درک شده بر سلامتی، قوی بودن بعد خارجی کنترل قابل ملاحظه است. باور غالب بیماران، سپردن مسؤلیت سلامتی خود به قضا و قدر و کادر پزشکی است که نکته کاربردی قابل توجه در این زمینه آن است که لازم است در مورد بیماران بستری، وجود چنین نگرشهایی شناسایی شده و در برنامه‌های آموزشی هنگام ترخیص بیمار مورد تأکید قرار گیرد.

بعد علائم برای عمل نیز تأیید کننده سایر ابعاد است و علی‌رغم این که ۷۵/۶٪ افراد اعلام کرده‌اند که یکی از منابع کسب اطلاعات ایشان توصیه‌های پزشکان بوده است، اما این توصیه‌ها به گونه‌ای نبوده است که موجب افزایش آگاهیهای ایشان در زمینه بیماری به اندازه کافی شود. همچنین این یافته که ۶۳/۳٪ افراد رادیو و تلویزیون را به عنوان منبع کسب اطلاعات معرفی کرده‌اند، نشان می‌دهد ساختار و محتوای برنامه‌های این رسانه‌ها، توان کافی در ارائه اطلاعات جامع و مورد نیاز ایشان نداشته است. بویژه 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 (Rudd دسترس‌ترین یا آشنا ترین گزینه را انتخاب می‌کنند J. and Glans K. 1996). اعلام نیاز اکثر بیماران به وجود برنامه‌های آموزشی در بیمارستانها و کلینیک‌ها، تأیید کننده یافته‌های سایر ابعاد پژوهش و توجیه کننده ضرورت کسب اطلاع از این منابع می‌باشد.

نتیجه گیری:

به طور کلی می توان نتیجه گرفت که پزشکان متخصص قلب و عروق بر امر آموزش بیماران قلبی تأکید ناکافی دارند و نیازهای آموزشی این بیماران از سوی پزشکان مورد توجه قرار نگرفته است. به نظر می رسد توجه پزشکان به باورهای بیمارانشان و شناسایی موانع رفتار بهداشتی از سوی ایشان، تأثیر قابل توجهی بر افزایش احتمال موفقیت آمیز بودن درمان توصیه شده داشته باشد. بنابراین برای افزایش اطلاعاتی که لازم است افراد پس از بستری شدن در بخش مراقبتهای قلبی داشته باشند و یا وضعیت فعلی آموزشی موجود در بیمارستانها کار زیادی مورد نیاز است. چنین اقدامی باعث خواهد شد پرستاران شاغل در بخشهای قلب و عروق، نقش آموزش دهنده را به نحو شایسته تر و مؤثرتری ایفا نمایند و شایسته است ارائه خدمات آموزشی توسط پرستاران به عنوان محور اصلی عملکرد حرفه ای ایشان در نظر گرفته شود. به منظور بهبود اطلاعات بیماران بستری، پیشنهاد می شود که ارائه آموزشهای لازم به بیماران، در قالب شیوه های قابل قبول و عینی برای بیماران، 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 در حد خود به حصول اطمینان از این مسأله کمک می کند که مقدار حداقل قابل قبولی از اطلاعات، قبل از ترخیص بیماران به همه آنان ارائه شده است. همچنین می تواند مدرک مستندی در این زمینه که افراد چه اطلاعاتی را در طی اقامت در بیمارستان دریافت کرده اند فراهم آورد. چنین اقدامی نه فقط به نفع بیماران خواهد بود بلکه احتمال دارد سطح رضایت ایشان را بالا ببرد، چون رابطه قوی بین کفایت اطلاعات و رضایت کلی از خدمات ارائه شده . در محتوای آموزش (Turton J. 1999) وجود دارد مورد نیاز بیماران قلبی باید آگاهی بیماران در زمینه های: عوامل خطر بیماری، نقش رفتار در بروز پیامد های مثبت و عوارض بیماری و ضرورت تبعیت از توصیه های پزشک معالج، افزایش یافته و نگرشها و باورهای بیماران در زمینه

اهمیت بیماری تغییر یابد. نیاز به ارتقاء محتوای برنامه های آموزشی بهداشتی نیز محسوس است؛ به ویژه در زمینه توصیه هایی که از نظر ادراکی تفسیر برانگیز است. برای مثال برای بسیاری از بیماران ممکن است این کافی نباشد که گفته شود ورزش کنید؛ بلکه باید برای ایشان جزئیات دقیقی از زمان، میزان و نوع مناسب ورزش را با توجه به خصوصیات انفرادی هر بیمار توضیح داد؛ یا مکانیسم کامل تأثیر سبزی و میوه بر افزایش چربی خون توضیح داده شود. همچنین توصیه هایی که به منظور ارتقاء سلامتی ارائه می شود باید با فرهنگ بیماران منطبق و برایشان قابل قبول باشد و به آن احساس نیاز کنند. در خاتمه پیشنهاد می شود برای بررسی نگرشهای بیماران، در پژوهش مشابهی، از روشهای FOCUS GROUP مطالعات کیفی (مثل DISCUSSION) استفاده شود.

تشریح و قدردانی:

از معاونت محترم دانشگاه علوم پزشکی تهران برای مساعدت در تامین بخشی از هزینه های پژوهشی سپاسگزاری می نماید.

جدول ۱- وضعیت آگاهی، نگرش و سبک زندگی بیماران مورد مطالعه

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

جدول ۲- توزیع فراوانی نسبی نگرشهای نیازمند تغییر (شدت، حساسیت، منافع درک شده)

| وضعیت پاسخ | عبارت |
|------------|--|
| | شدت درک شده: |
| موافق | ۱- ابتلا به بیماری قلبی تأثیر خاصی روی زندگی افراد باقی نمی گذارد و بیماران قلبی هم زندگی عادی مثل سایرین دارند (۵۳/۴٪). |
| موافق | ۲- بیماری قلبی بسیار خطرناکی است که فرد ممکن است به آن دچار شود (۵۰٪). |
| موافق | ۳- این روزها هر کس مشکل و بیماری دارد ، من هم به بیماری قلبی دچار شده ام پس مشکل من مثل سایر افراد است و اهمیتی ندارد (۳۹/۹٪). |
| مخالف | ۴- بیماری قلبی خیلی کمتر از بعضی از بیماریهای صعب العلاج دیگر خطرناک است پس نباید نگران آن باشم چون براحتی درمان می شود (۲۱/۱٪). |
| | حساسیت درک شده: |
| موافق | ۱- من بسرعت پس از خارج شدن از بیمارستان به حال اول باز خواهم گشت و نیازی نیست برای تغییر شیوه زندگی خود را به زحمت بیاورم (۸۳/۹٪). |
| موافق | ۲- احتمال حمله قلبی مجدد در فردی که یک بار به حمله قلبی دچار شده است ضعیف است (۷۹/۴٪). |
| موافق | ۳- چون وضعیت من از بسیاری از بیماران قلبی دیگر که می شناسم بهتر است ، نیازی نیست نگران وضعیت خود باشم و بخوام تغییری در رفتارهای خود به وجود بیاورم (۷۴/۳٪). |
| موافق | ۴- اگر آگاهیم در مورد شیوه زندگی مناسب با شرایط فعلیم افزایش یابد بیماری عوارض کمتری برایم خواهد داشت (۷۱/۱٪). |
| | ۵- بسیاری از افراد مراقب رژیم غذایی خود نیستند و به بیماری قلبی دچار نشده اند پس بیماری من با عادات غذایی ارتباط ندارد (۷۰/۶٪). |
| | منافع درک شده: |
| موافق | ۱- اگر نتوانم یا بیماری قلبی سازگار شوم ، ممکن است شغل خود را از دست بدهم (۹۶/۱٪). |
| موافق | ۲- وقتی حالم بهتر شود ممکن است مقدار بعضی از داروهایم را کم کنم و لازم نیست همه داروهایم را که پزشک تجویز کرده است بخورم (۸۱/۱٪). |
| موافق | ۳- پس از طی شدن دوره بستری در بیمارستان مشکل قلبی من حل می شود و لازم نیست تغییری در رفتارهایم بدهم و فقط کافی است دارو بخورم (۷۰٪). |
| موافق | ۴- چون نمی توانم کنترلی روی کمتر شدن استرس داشته باشم ، نمی توانم کار مؤثری برای پیشگیری از بیماری قلبی انجام دهم (۶۷/۷٪). |
| موافق | ۵- اگر کسی زمینه ارثی داشته باشد دچار بیماری قلبی می شود و بقیه عوامل تأثیری در ابتلا (۵۵/۵٪) به بیماری ندارد |
| مخالف | ۶- بیماری قلبی روی طول عمر من تأثیری ندارد و من با بیماری قلبی هم عمری طولانی ۵۰ خواهم داشت) |

| | |
|--|--|
| | ۷- اگر رفتارهای خود را متناسب با وضعیت بیماریم تغییر دهم، احتمال کمی وجود خواهد داشت که مجدداً دچار وضعیت حاد از نظر قلبی شوم (۴۲/۷٪). |
|--|--|

جدول ۳ - توزیع فراوانی نسبی نگرشهای نیازمند تغییر (موانع درک شده و کنترل بر سلامتی)

| درصد | وضعیت پاسخ | متغیر / عبارت |
|-------------------------------|------------|---|
| موانع درک شده: | | |
| ۴۵/۶٪ | موافق | ۱- برنامه های آموزشی مناسبی برای افزایش اطلاعات در زمینه بیماری قلبی و زندگی پس از حمله قلبی وجود ندارد. |
| ۴۲/۸٪ | موافق | ۲- انجام بعضی آزمایشهای تشخیصی خیلی دقیق، آن قدر گران است که توان پرداخت هزینه آن را ندارم. |
| ۴۲/۳٪ | موافق | ۳- انجام تمرینات ورزشی به طور مرتب کار دشواری است و امکان هماهنگی با برنامه سایر اعضای خانواده در این زمینه وجود ندارد. |
| ۴۰٪ | موافق | ۴- پیشگیری از بیماری قلبی و عوارض آن بسیار دشوار است. |
| ۲۹/۴٪ | موافق | ۵- نمی توانم داروهایم را دقیقاً به همان مقدار و زمانی که دکتر می گوید مصرف کنم، چون فراموش می کنم این کار را انجام بدهم. |
| ۲۳/۹٪ | موافق | ۶- پیشگیری از بیماری قلبی و عوارض آن بسیار دشوار است. |
| ۲۳/۳٪ | موافق | ۷- داروهای مؤثر برای درمان بیماریهای قلبی کمیاب و گران است و دسترسی به آنها آسان نیست. |
| میزان کنترل بر سلامتی: | | |
| ۷۴/۵٪ | موافق | ۱- من فرد خوش شانسی نبوده ام که دچار بیماری قلبی شده ام و حمله قلبی ام بیش از هر چیز به دلیل بد شانسی بوده است. |
| ۷۱/۶٪ | موافق | ۲- ازدست 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. |
| ۶۳/۳٪ | موافق | ۳- شانس نقش مهمی در این مورد که چقدر زود وضعیت من بهتر می شود ایفا می کند. |
| ۵۷/۲٪ | موافق | ۴- آنچه بایستی اتفاق می افتاد پیش آمده است، پس فرقی نمی کند چه کارهایی انجام دهم چون من دیگر به وضع قبل از بستری شدن بر نخواهم گشت. |
| ۵۲/۸٪ | موافق | ۵- نقش سایر افراد در سلامتی من بیش از نقشی است که خودم در این زمینه ایفا می کنم. |
| ۴۸/۹٪ | موافق | ۶- در مورد بیماری ام بیش از هر چیز بایستی بگذارم دوره اش را طی کند. |

منابع :

- about the risk factors related to coronary diseases. *Journal of Cardiovascular Risk*. **8**: 371- 377.
- Baberg H.T. and Jager D. and Kahrman G. (2000) Health promotion and cardiovascular risk factors: The level of knowledge among 510 inpatients of an acute coronary care unit. *Medizinsche klinik (munchen)*. **95**: 75- 80.
- Bara G., Siani A. and Pagano E. (2001) Role of diet and lifestyle in the prevention of cardiovascular disease: Knowledge and attitude of physicians and patients in southern Italy. *Italian Heart Journal*. **2**: 546- 554.
- Bergmon E. and Bertero C. (2001) You can do it if you set your mind to it: a qualitative study of patients with coronary disease. *Journal of Advanced Nursing* . **36**: 733- 741.
- Bon N., Spyckerelle Y., Monneav J.P. and Deschamps J.P. (1987) Knowledge, behavior and attitude with respect to cardio-vascular disease. *Archives Des Maladies Du Coeur Et Des Vaisseaux (Paris)*. **80**: 929- 935.
- Escude T., Gomez C. and Galino N. (1998) Risk factor of ischemic cardiopathy: study of patients hospitalized in a coronary unit. *Reviews Enfermachy clinical*. **21**: 63- 66.
- Farooqi A., Nagra D. and Edgar T. (2000) Attitudes to lifestyle risk factor for coronary heart disease amongst South
- بهشتی، اشرف السادات (۱۳۷۸) بررسی ارتباط بین تغییرات رفتارهای سلامتی بیماران پس از ابتلاء به سکته قلبی و آگاهی و نگرش آنان نسبت به پیشگیری از بیماریهای عروق کرونر در مراجعین به مراکز آموزش درمانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان، پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده -پرستاری- مامایی .
- خلیلی، احسام. خلیلی فر، امیرحسین (۱۳۷۶) چکیده قلب هرست ، چاپ اول، انتشارات تیمورزاده.
- درخشان، اشرف (۱۳۶۸) بررسی میزان آگاهی بیماران مبتلا به آنفارکتوس میوکارد و بستری در بخشهای مراقبت ویژه قلبی بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی واقع در تهران در مورد بیماری خود و عوامل مستعدکننده آن، پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده پرستاری و مامایی.
- قارونی، منوچهر (۱۳۶۸) بیماریهای ایسکمیک قلب ، چاپ دوم، شرکت افست تهران .
- Alikasi H. and Sarafzadegan N. (2001) Comparison of knowledge and practice of Isfahan people about the CVD risk factors. *Bulletin, Isfahan Cardiovascular research Center: Isfahan*.
- Andersson P. and Leppert J. (2001) Men of socio-economic and educational level possess pronounced deficient knowledge

- theoretical framework. *American Journal of Preventive Medicine*. **14**: 349- 352.
- Sutterer J.R., Carey M.P. and Silver (1989) Risk Factor knowledge, status, and change in a community screening project. *Journal of Community Health*. **14**: 137-147.
- Turton J. (1999) Importance 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*. **27**: 770-778.
- Wiles R. (1998) Patient's Perceptions of Their heart attack and recovery: The influence of epidemiological evidence and personal experience. *Social Sciences Medicine*. **11**: 1477-1486.
- Wiles R. and Kinmoth A.L. (2001) Patients' understandings of heart attack: implications for prevention of recurrence. *Patient Education and Counseling*. **44**: 161-169.
- World Health Organization (1997) *Conquering Suffering, Enriching Humanity: The World Health Report* WHO: Geneva.
- Yamad P. and Holmes V. (1998) Understanding the experience: Patients' perception of postmyocardial infarction teaching. *Progress in Cardiovascular Nursing*. **13**: 3.
- Asians in Leicester: a focus group study. *Family Practice*. **4**: 293- 297.
- Ford E.S. and Jones D.H. (1991) Cardiovascular health knowledge in the United States: findings from the national health survey, 1985. *Preventive Medicine*. **4**: 121- 127.
- Goldman L. and Claude Bennet J. (2000) *Cecil Text book of medicine*. 21 th ed. W.B. Saunders Company, USA.
- Kirkland S.A., Maclean D.R. and Langille D.B. (1999) 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*. **161**: 10-16.
- Murray P.J. (1989) Rehabilitation information and health beliefs in the post coronary patient: do we meet their information needs. *Journal of Advanced Nursing*. **14**: 686- 693.
- Murry C.J. and Lopez A.D. (1996) *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. Cambridge: Harvard University Press. **17**: 176- 178.
- Potvin L., Richard L. and Edwards A. (1999) A knowledge of cardiovascular disease risk factor among the Canadian population: relationships with indicators of socioeconomic status. *Community Medicine- Advanced Journal*. **161**: 1-2.
- Rudd J. and Glans K. (1996) How individuals use information for health action: consumer Information processing. **In**: Glanz K, Lewis F.M., Rimer B.K. (Eds). *Health behavior and Health education: theory, research, and practice* san Francisco: Jossey- Bass, USA. 115-139.
- Shea S. and Basch C.E. (1988) A review of five major community-based cardiovascular disease prevention programs part 1: rationale, design and

KNOWLEDGE, ATTITUDE AND LIFESTYLE OF PATIENTS WITH UNSTABLE ANGINA IN MASHAD, IRAN

Shidfar M.R.,^{2*} Ph.D; Shojaizadeh D.,¹ Ph.D; Hosseini M.,² Ph.D; Assasi N.,² Ph.D; Majlesi F.,¹ Ph.D

To determine the level of knowledge and to assess attitudes and lifestyles in patients with unstable angina.

A descriptive study was conducted among CCU patients in Mashad hospitals. 180 subjects were chosen by sequential admission. They filled an 82-item questionnaire covering demographic variables (4 items) - knowledge (5 items) –attitude (56 items) – lifestyle (17 items).

Findings indicate that the global level of knowledge is sufficient on issues such as cardiac risk factors, current treatments, and treatment compliance. The same patients showed very low knowledge of pain-inducing behaviors. Meanwhile, attitude scores turned out to be relatively low in some areas including perceived threat of disease (severity and susceptibility) and internal health Locus of Control.

Health care professionals (physicians, nurses,..) tended to ignore the need for proper education of cardiac patients. There is a strong need to promote patient education in order to enhance knowledge and bring about a change in attitudes.

Keywords: *knowledge , attitude , lifestyle, angina, patient education*

(* Author to whom all correspondence should be addressed.)

2. Department of Public Health services, School of Public health and Institute of Public health Research, Tehran

University of Medical Sciences.

2. Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public health and Institute of Public health Research,

Tehran University of Medical Sciences.