

تغییر رفتارهای سلامتی بیماران ۶-۴ ماه پس از سکته قلبی

فهیمة رحیمیها*، اشرف السادات بهشتی**، مه لقا علامی*

چکیده

ای عروق کرونر و مرگ و میر ناشی از آن در ایران روبه افزایش است. تغییر رفتارهای سلامتی مانند رعایت رژیم غذایی، انجام تمرینات ورزشی و مقابله صحیح با فشار روحی در پیشگیری از بیماری اهمیت بسزائی دارد.

چگونگی تغییر رفتارهای سلامتی بیماران مبتلا به سکته قلبی ۶ تا ۴ ماه پس از ابتلاء نسبت به قبل از آن و ارتباط این تغییرات با عوامل مختلف: مطالعه از نوع مقطعی بود که در سال ۱۳۷۸ در چهار مرکز آموزشی درمانی شهر اصفهان انجام گرفت. (رعایت رژیم غذایی مناسب، عدم مصرف دخانیات، انجام تمرینات ورزشی و مقابله صحیح با فشار روحی) قبل و ۶ تا ۶ ماه پس از سکته قلبی بررسی شد.

به سکته قلبی (اولین بار) که ۶ تا ۴ ماه از سکته آنها گذشته بود و دارای عوارض خاصی نبودند به روش طبقه‌بندی انتخاب و بررسی شدند.

سکته قلبی رفتار سلامتی ۳/۸۴ درصد از بیماران در مورد عدم مصرف دخانیات بدون تغییر و مناسب باقی مانده بود. مناسب اکثریت بیماران قبل و پس از سکته قلبی دارای رفتار غیربهداشتی بوده و ۵/۶۸ درصد آنان در این زمینه بدون تغییر بودند. در مورد انجام تمرینات ورزشی، چگونگی تغییر رفتار سلامتی بیشترین درصد به ترتیب (۳۶ درصد) بدون تغییر (بدون تغییر و نامناسب بود. در مورد مقابله صحیح با فشار روحی بیشتر از ۵۰ درصد بیماران رفتارشان بدون تغییر مناسب بود.

در امر مراقبت از بیماران مبتلا به سکته قلبی، برای پیشگیری از عوارض و عود مجدد بیماری، باید به آموزش و ارائه خدمات به جنس، سن، سطح تحصیلات و عادات و فرهنگ پرداخته شود. ضمناً پیشنهاد می‌شود پی‌گیری این بیماران در کلینیک‌های سرپائی و منازل آنها جهت تداوم ارائه مراقبت‌ها و آموزش‌های لازم، در اولویت ارائه خدمات قرار گیرد.

کته قلبی، رفتارهای سلامتی، رژیم غذایی، فعالیت ورزشی، استفاده از دخانیات و فشار روحی.

کده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
ری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سمنان

مقدمه

درايران شیوع بیماریهای عروق کرونر و مرگ و میر حاصل از آن رو به افزایش می باشد به گونه ای که آمار مرگ و میر ناشی از این بیماری از ۲۰ الی ۲۵ درصد در سال ۱۳۶۴ به ۳۵ الی ۴۵ درصد از کل موارد مرگ و میر در سال ۱۳۶۹ تغییر یافته است (متکلم ۱۳۶۹). علاوه بر آن سن بروز بیماری کاهش یافته و امروزه در جوانان نیز زیاد دیده می شود (قارونی، ۱۳۷۰).

در آمریکا بیماری قلبی سالانه حدود ۵۰۰۰۰۰ نفر را به کام مرگ می کشد، و بیش از ۱۱ میلیون نفر مبتلا به بیماری کرونری قلب بوده و ۴۰ تا ۵۰ میلیون نفر نیز بعلت فشارخون بالا یا سایر عوامل در معرض خطر این بیماری هستند (Delunas و همکاران به نقل از انجمن قلب آمریکا، ۱۹۹۹).

در انگلستان نیز بیشترین علت مرگ و میر (¼ کل مرگ و میر) تا سال ۱۹۹۵، بیماری عروق کرونر تشخیص داده شده که ۳۱ درصد مردان و ۱۳ درصد زنان بین سنین ۴۵ الی ۶۴ سال را شامل می شود (Turner و همکاران، ۱۹۹۸).

در ۹۵ درصد موارد علت سکتة قلبی تصلب شرایین و تغییرات دیواره داخلی عروق کرونر به علت وجود چربی می باشد که ناشی از مصرف کلسترول، کشیدن سیگار و عدم تحرک است (هاریسون، ۱۳۷۳).

سکتة قلبی در بسیاری از موارد قابل پیشگیری بوده و رفتارهای سلامتی مناسب می تواند فرد را از ابتلاء به بیماری یا پیشرفت و عود مجدد آن حفظ نماید. رعایت رفتارهای سلامتی نه تنها در پیشگیری اولیه، بلکه در پیشگیری ثانویه (عود بیماری) نیز موثر است. در جوامع مختلف قسمت عمده اختلالات سلامتی از عادات و رفتارهای غلط نظیر رژیم غذایی نامناسب، استعمال دخانیات، عدم تحرک کافی و انجام تمرینات ورزشی و فشارهای روحی

ناشی می شود و تغییر رفتار و سبک زندگی حائز اهمیت می باشد (Hurst و همکاران ۱۹۹۰).

بیمارانی که پس از سکتة قلبی به سیگار کشیدن ادامه می دهند سه برابر ونیم بیشتر احتمال سکتة مجدد دارند. افراد کم تحرک و افرادی که دارای شخصیت نوع (A) هستند دوبرابر افراد دیگر در معرض خطر حمله مجدد قلبی می باشند. ورزش می تواند باعث کاهش وزن، فشار خون، تری گلیسرید و کلسترول خون شده و احتمال عود مجدد بیماری را کاهش دهد. در ضمن با پیگیری یکساله مشخص شده که کاهش فشار روحی نیز توانسته است بیش از ۷۰ درصد مرگ و میر بعد از سکتة قلبی را کاهش دهد (Marshall, 1990).

Allen و همکاران (۱۹۹۶) دریافتند که آشنا کردن بیماران با عوامل خطر ساز و چگونگی مقابله با آنها و ورزش پس از سکتة قلبی می تواند مرگ و میر را کاهش دهد. به طوری که در گروهی از بیماران که ورزش را آغاز کرده بودند پس از ۱۲ هفته ۳۴ درصد عملکرد قلب بهبود یافته و اکسیژن گیری افزایش پیدا کرده بود. تداوم این کار در بیماران هر دو جنس مرد و زن، بعد از ۱۳ ماه، بهبودی قابل توجهی را نشان داده و کیفیت زندگی آنان نیز بهتر شده بود. به علاوه نحوه مقابله با عوامل خطر ساز دیگر نیز تغییر پیدا کرده و مواردی چون ترک سیگار و کاهش کلسترول خون مشاهده گردید.

Younger و همکاران (۱۹۹۵) می نویسند: بیماران پس از سکتة قلبی باید بپذیرند که بیمارند و تغییر رفتار دهند، زیرا در این صورت خطر عود مجدد کاهش می یابد. تغییر رفتار بیماران می تواند منجر به کاهش دفعات بستری مجدد و هزینه برای فرد و جامعه شود (Ades و همکاران، ۱۹۹۲).

Stovsky (۱۹۹۶) معتقد است که متغیرهای زیادی در تغییر رفتار بیماران قلبی تاثیر دارد و به تصمیم گیری فرد و درک او از

آموزشی درمانی، دارای بخشهای مراقبت ویژه، وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و به نسبت تعداد تخت های مراقبت ویژه انتخاب شدند و طی دو ماه ۸۹ بیمار مورد بررسی قرار گرفتند. مشخصات فردی بیماران در جدول شماره (۱) به نمایش گذاشته شده است.

روش گردآوری اطلاعات، خود گزارش دهی و ابزار مورد استفاده پرسشنامه بود. قسمت اول حاوی ۹ سؤال مربوط به مشخصات فردی و قسمت دوم شامل ۲۳ سؤال در مورد رفتارهای سلامتی بیماران (عدم مصرف دخانیات، رعایت رژیم غذایی مناسب، انجام تمرینات ورزشی و مقابله صحیح با فشار روحی) بود که از نمونه‌ها خواسته شد این رفتارها را در رابطه با زمان پذیرش به تحقیق (۴ تا ۶ ماه پس از سکت قلبی) و قبل از ابتلا به سکت قلبی پاسخ دهند. اعتبار علمی ابزار به روش اعتبار محتوا با کسب نظرات ۱۰ نفر متخصص تعیین شده و از روش آزمون مجدد برای تعیین اعتماد علمی ابزار استفاده گردید. در رابطه با سئوالات مربوط به رفتارهای سلامتی به پاسخ‌های تقریباً "هرگز امتیاز (صفر)، گاهی امتیاز (یک) و تقریباً" همیشه امتیاز (دو) تعلق گرفت. مجموع امتیازات به دو صورت رفتار بهداشتی و غیربهداشتی طبقه بندی شد و از آزمون‌های کای دو و دقیق فیشر برای بررسی ارتباط نوع رفتارهای سلامتی با مشخصات فردی استفاده گردید. چگونگی تغییر رفتارهای سلامتی به چهار صورت «بدون تغییر و مناسب»، «باتغییر مناسب»، «باتغییر نامناسب»، «بدون تغییر و نامناسب» طبقه بندی شد و با استفاده از آزمون‌های آماری کای دو، آنالیز واریانس و ضریب همبستگی پیرسون، ارتباط آنها با تک تک مشخصات فردی مورد بررسی قرار گرفت.

وضعیت سلامتی خود و خطراتی که وی را تهدید می‌کنند بستگی دارند. تجارب گذشته بیمار از بیماری، مشخصه های فردی (سطح تحصیلات، شغل، فرهنگ، مذهب) و اعتماد به سیستم مراقبت بهداشتی و کارکنان می‌تواند در تغییر رفتار شخص دخالت داشته و او را به اتخاذ رفتارهای درست تشویق نماید. آگاهی از این عوامل و شناخت آنها به پرستاران کمک می‌نماید تا در اصلاح شیوه زندگی بیماران قلبی موثر باشند. رامچاندانان (۱۳۷۰) اظهار می‌دارد: هر تغییر رفتاری به آگاهی فرد نسبت به آن موضوع بستگی دارد. عامل نگرش نیز از عوامل مهم و اساسی تغییر رفتار محسوب می‌شود.

هدف این مطالعه که بخشی از یک کار تحقیقاتی بزرگتر است مشخص کردن چگونگی تغییر رفتارهای سلامتی بیماران مبتلا به سکت قلبی ۴ تا ۶ ماه پس از ابتلاء نسبت به قبل از آن بوده که در اصفهان انجام گرفته است. علاوه بر آن ارتباط مشخصه‌های فردی بیماران نیز با این تغییر رفتارها سنجیده شده است تا بتوان با کسب اطلاعات لازم خط مشی مفید برای پی‌گیری بیماران و ارائه مراقبت سرپائی و مراقبت در منزل فراهم نمود. امید است تا بدین طریق کمک موثری در برنامه ریزی ارائه خدمات توسط پرستاران بوجود آید.

مواد و روشها

مطالعه حاضر از نوع مقطعی است که در سال ۱۳۷۸ انجام گرفت. در این مطالعه رفتارهای سلامتی شامل رعایت رژیم غذایی مناسب، عدم مصرف دخانیات، انجام تمرینات ورزشی و مقابله صحیح با فشار روحی بود که چگونگی تغییرات آنها ۴ تا ۶ ماه پس از سکت قلبی نسبت به قبل از وقوع آن سنجیده شد. جامعه پژوهش را بیمارانی که برای اولین بار به سکت قلبی مبتلا شده و حداقل ۴ تا ۶ ماه از ابتلاء آنها گذشته بود و عارضه خاصی نداشتند تشکیل می‌داد. نمونه پژوهش به روش طبقه‌ای از بیماران ۴ مرکز

مورد ارتباط عدم استفاده از دخانیات با مشخصات فردی نشان داد که قبل و پس از ابتلاء تنها با جنس بیماران (به ترتیب $0/04 = P$ و $0/0097 < P$) ارتباط معنی دار آماری وجود دارد و هیچگونه ارتباطی بین سن، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت تاهل، سابقه ابتلاء بستگان نزدیک با رفتارهای بهداشتی واحدهای مورد پژوهش مشاهده نشد. درمورد رعایت رژیم غذایی مناسب قبل از ابتلاء به سکتة قلبی فقط $11/2$ درصد رفتار بهداشتی و $88/8$ درصد رفتار غیربهداشتی داشتند. پس از ابتلاء به سکتة قلبی $29/2$ درصد رفتار بهداشتی و $70/8$ درصد رفتار غیر بهداشتی داشتند (جدول شماره ۲). نتایج آزمونهای آماری در مورد ارتباط رعایت رژیم غذایی مناسب با مشخصات فردی نشان داد که قبل از ابتلاء با سن ($p=0/004$) و سطح تحصیلات ($p=0/006$) و پس از ابتلاء با سطح تحصیلات ($p=0/01$) و وضعیت تاهل ($p=0/03$) ارتباط معنی دار آماری وجود دارد و بین این رفتار بهداشتی با سایر مشخصات فردی ارتباطی مشاهده نشد.

در زمینه انجام تمرینات ورزشی قبل از ابتلاء به سکتة قلبی $53/8$ درصد رفتار بهداشتی و $47/2$ درصد رفتار غیر بهداشتی داشتند. پس از ابتلاء $48/3$ درصد دارای رفتار بهداشتی و $51/7$ درصد دارای رفتار غیر بهداشتی بودند (جدول شماره ۲). نتایج آزمونهای آماری درمورد ارتباط بین انجام تمرینات ورزشی و مشخصات فردی نشان داد که قبل از ابتلاء با جنس ($p=0/009$)، سطح تحصیلات ($p=0/0001$) و وضعیت تاهل ($p=0/03$) و پس از ابتلاء با سن ($p=0/0001$)، سطح تحصیلات ($p=0/0004$)، وضعیت تاهل ($p=0/03$) و وضعیت اشتغال ($p=0/0007$) ارتباط معنی دار آماری وجود دارد.

در زمینه مقابله صحیح با فشار روحی قبل از ابتلاء به سکتة قلبی $70/8$ درصد دارای رفتار بهداشتی و $29/2$ درصد دارای رفتار غیر بهداشتی بودند. پس از ابتلاء $56/2$ درصد رفتار بهداشتی و $43/8$

شماره ۱: مشخصات فردی بیماران مورد مطالعه (n = 89)			
سن: میانگین و انحراف معیار ۵۶/۳ و ۱۲/۱			
جنس (%)			
مرد	۵۷/۳	زن	۴۲/۷
سطح تحصیلات (%)			
بیسواد	۲۶/۹	خواندن و نوشتن	۱۳/۵
کامل ابتدایی	۱۲/۴	کامل راهنمایی	۹
دیپلم	۲۲/۵	دانشگاهی	۱۵/۷
وضعیت اشتغال (%)			
بیکار	۵/۷	خانه دار	۲۸/۱
کارگر	۱۴/۶	کارمند	۲۵/۸
بازنشسته	۶/۷	آزاد	۱۴/۶
سایر	۴/۵		
وضعیت تاهل (%)			
مجرد	۳/۴	متاهل	۶۲/۹
مطلقه	۷/۹	همسر فوت شده	۲۴/۷
سابقه ابتلاء بستگان نزدیک (%)			
بلی	۴۱/۶	خیر	۵۸/۴

نتایج

تجزیه و تحلیل اطلاعات در مورد ۴ دسته رفتارهای سلامتی بیماران قبل و پس از ابتلاء به سکتة قلبی نشان داد که بیماران مورد مطالعه قبل از ابتلاء در مورد استفاده از دخانیات $8/88$ درصد دارای رفتار بهداشتی و $11/2$ درصد دارای رفتار غیر بهداشتی بودند. پس از ابتلاء $86/5$ درصد دارای رفتار بهداشتی و $13/5$ درصد دارای رفتار غیر بهداشتی بودند (جدول شماره ۲). نتایج آزمونهای آماری در

جدول شماره ۳: چگونگی تغییر رفتار سلامتی بیماران پس از سکت قلبی نسبت به قبل از آن (n=۸۹)

قبل از سکت قلبی		بعد از سکت قلبی	
رفتارهای سلامتی	رفتار بهداشتی (%)	رفتار غیربهداشتی (%)	رفتار بهداشتی (%)
عدم استفاده از دخانیات	۸۴/۳	۲/۲	۴/۵
رعایت رژیم غذایی مناسب	۹	۲۰/۲	۲/۲
انجام تمرینات ورزشی	۳۶	۱۲/۴	۱۶/۹
مقابل صحیح با فشار روحی	۴۴/۹	۱۱/۲	۲۵/۸

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه بررسی رفتارهای سلامتی بیماران نشان داد که اکثریت واحدهای مورد پژوهش قبل و پس از سکت قلبی از نظر مصرف سیگار دارای رفتار بهداشتی بودند. این رفتار سلامتی تنها با جنس ارتباط معنی دار آماری داشت و ۹۷/۴ درصد زنان قبل و پس از سکت قلبی سیگار نمی کشیدند که به نظر می رسد در این زمینه فرهنگ جامعه عامل بسیار مهمی باشد. (Marshall 1990) می نویسد: از سال ۱۹۸۵ به بعد در مردان و زنان سیگار کشیدن کاهش پیدا کرده و نتایج مطالعه او نیز نشان داد که تفاوت زیادی بین درصد مردان و زنان سیگاری مبتلا به سکت قلبی وجود دارد بطوری که از ۴۳ نمونه، ۸۶ درصد مردان در مقابل ۱۴ درصد زنان سیگار می کشیدند.

درصد رفتار غیر بهداشتی داشتند (جدول شماره ۲). بررسی آماری بیانگر این بود که مقابله صحیح با فشارهای روحی قبل و پس از ابتلا به سکت قلبی با هیچ یک از مشخصات فردی ارتباط ندارد. در رابطه با چگونگی تغییر رفتار سلامتی بیماران پس از سکت قلبی نسبت به قبل از آن، نتایج نشان داد که چگونگی تغییر رفتارهای سلامتی در مورد عدم استفاده از دخانیات بیشترین درصد (۸۴/۳) بدون تغییر و مناسب، در مورد رعایت رژیم غذایی بیشترین درصد (۶۸/۵) بدون تغییر و نامناسب، در مورد انجام تمرینات ورزشی بیشترین درصد به ترتیب (۳۶) بدون تغییر و مناسب و (۳۴/۸) بدون تغییر و نامناسب و در مورد مقابله صحیح با فشار روحی بیشترین درصد به ترتیب (۴۴/۹) بدون تغییر و مناسب و (۲۵/۸) با تغییر نامناسب بوده است (جدول شماره ۳).

قبل از سکت قلبی		بعد از سکت قلبی	
رفتارهای سلامتی	رفتار بهداشتی (%)	رفتار غیربهداشتی (%)	رفتار بهداشتی (%)
عدم استفاده از دخانیات	۸۸/۸	۱۱/۲	۸۶/۵
رعایت رژیم غذایی مناسب	۱۱/۲	۸۸/۸	۲۹/۲
انجام تمرینات ورزشی	۵۳/۸	۴۷/۲	۴۸/۳
مقابل صحیح با فشار روحی	۷۰/۸	۲۹/۲	۵۶/۲

وجود دارد ($t = -0.3$) و افزایش سن، کاهش مراقبت از خود را در بیماران سکتة قلبی بدنال دارد.

ارتباط معنی دار آماری رعایت رژیم غذایی مناسب با سطح تحصیلات نشان داد که اکثریت بیماران مورد مطالعه که تحصیلات دانشگاهی داشتند دارای رفتار بهداشتی (۵۰ درصد) و اکثریت کسانی که بی سواد بودند دارای رفتار غیر بهداشتی (۸۷/۵ درصد) بودند ($p = 0.01$). این نتایج می‌تواند ناشی از پذیرش دستورات غذایی بدلیل داشتن آگاهی و درک عوامل خطر مربوط به بیماری در افراد با تحصیلات بالا باشد.

چگونگی تغییر رفتار سلامتی رعایت رژیم غذایی مناسب در ۲۱/۴ درصد واحدها با تحصیلات دانشگاهی بدون تغییر مناسب بود. و ۲۸/۶ درصد نیز تغییر مناسب داشتند. ولی افراد بی سواد بیشترین درصد (۸۷/۵) در رفتار نامناسب خود تغییر نداده بودند. (Turner 1998) در مطالعه خود به نتیجه مشابه دست یافت بدین صورت که سطح دانش در مورد خطرات کلسترول افراد را وادار به انتخاب روش زندگی مناسب از نظر رژیم غذایی کرده بود.

انجام تمرینات ورزشی قبل از سکتة قلبی باجنس، سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال و پس از سکتة قلبی با سن، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال و وضعیت تاهل ارتباط معنی دار آماری داشت. نتایج نشان داد که ۶۴/۷ درصد مردان دارای رفتار بهداشتی و ۶۳/۲ درصد زنان دارای رفتار غیربهداشتی بودند که به نظر می‌رسد ناشی از مسئولیت زیاد زنان در منزل و فرهنگ خاص حاکم بر جامعه باشد. نتیجه مطالعه Conn و همکاران (۱۹۹۱) نیز بدین صورت بود که در مورد فعالیت ورزشی، زنان نسبت به مردان از رفتار سلامتی نامناسب‌تری برخوردار بودند.

نتایج این مطالعه نشان داد که انجام تمرینات ورزشی با سطح تحصیلات ارتباط مستقیم دارد. چنانچه افراد با تحصیلات دانشگاهی (۹۲/۹ درصد) دارای رفتار بهداشتی و افراد با تحصیلات کامل

چگونگی تغییر رفتار سلامتی در مورد عدم استفاده از دخانیات در اکثریت واحدهای مورد پژوهش بدون تغییر و مناسب بوده است. بدین معنی که همان اکثریتی که قبل از ابتلاء دخانیات مصرف نمی‌کردند پس از ابتلاء نیز رفتارشان به همان صورت مناسب باقی مانده بود. آزمون آنالیز واریانس نشان داد که بین چگونگی تغییر رفتار سلامتی عدم مصرف دخانیات و وضعیت اشتغال ارتباط معنی دار آماری وجود دارد ($p = 0.03$). بیشترین درصد بدون تغییر و مناسب مربوط به زنان خانه‌دار بود که با توجه به فرهنگ جامعه منطقی به نظر می‌رسد چرا که معمولاً زنان بخصوص زنان خانه‌دار، سیگار نمی‌کشند. درصد بالای تغییر رفتار نامناسب مربوط به افراد شاغل بود که می‌توانسته به علت وضعیت محیط کار و تاثیر منفی همکاران علاقمند به دخانیات باشد. این بدان معنی است که این گروه قبل از سکتة قلبی سیگار نمی‌کشیدند ولی پس از ۴-۶ ماه به سیگار روی آورده‌اند. شاید به همین جهت باشد که (Wewers 1998) می‌گوید: بیماران مبتلا به سکتة قلبی باید در محیط کار و منزل و مجالس مهمانی از همنشینی با افراد سیگاری اجتناب ورزند.

در مورد رعایت رژیم غذایی مناسب یافته‌ها نشان داد که اکثریت بیماران هم قبل و هم پس از سکتة قلبی دارای رفتار غیر بهداشتی بودند. قبل از ابتلاء به سکتة قلبی اکثریت رفتار بهداشتی مربوط به سن ۴۰ سال و اکثریت رفتار غیر بهداشتی مربوط به سن بالای ۷۰ سال بود ($P = 0.04$) که به نظر می‌رسد ناشی از بی توجهی افراد با سن بالا به سلامت جسمی خود و هم چنین ضعف جسمانی و داشتن دندان مصنوعی و عدم حمایت اجتماعی باشد. ولی پس از گذشت ۶-۴ ماه از سکتة قلبی ارتباطی ملاحظه نشد و به نظر می‌رسد که افراد در هر سنی پس از ابتلا از نظر رعایت رژیم غذایی یکسان می‌باشند. Conn و همکاران (۱۹۹۱) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که بین رعایت رژیم غذایی و سن همبستگی

- در امر مراقبت از بیماران مبتلا به سکته قلبی قبل از ترخیص برای پیشگیری از عوارض وعود مجدد بیماری، بایستی به امر آموزش بیمار و توصیه های بهداشتی توجه شود و رفتارهای سلامتی مناسب مورد تاکید قرار گیرد.

- توصیه های بهداشتی در مورد عدم مصرف سیگار با توجه به جنس بخصوص به مردان و نحوه برخورد با مساله در محل اشتغال و منازل ارائه گردد.

- در زمینه رعایت رژیم غذایی مناسب، مسائل فرهنگی، عادات غذایی وبعد اقتصادی تهیه مواد غذایی مناسب مورد توجه قرار گرفته و توصیه های مناسب با توجه به این ابعاد ارائه گردد.

- در ارتباط با فعالیت های ورزشی توصیه ها و آموزش های لازم بایستی با سن و جنس بیماران تناسب داشته و امکانات و تسهیلات موجود در نظر گرفته شود تا قابلیت اجرای توصیه ها رافراهم سازد.

- ضمناً پی گیری بیماران بخصوص سالمندان و افراد غیر شاغل در کلینیک های سرپایی و منازل آنان جهت بررسی رفتارهای سلامتی بایستی در اولویت های ارائه خدمات بهداشتی درمانی قرار گیرد. استفاده از رابطین بهداشت در این زمینه می تواند کمک موثر و مفیدی باشد.

تقدیر و تشکر

از زحمات و همکاری جناب آقای دکتر اشراقیان استاد محترم آمار در مراحل انجام پژوهش تشکر و قدردانی می شود.

راهنمایی (۸۷/۵ درصد) دارای رفتار غیربهداشتی بودند. Jarsma و همکاران (۱۹۹۴) به نقل از Howard می نویسند: تحصیلات میزان پذیرش افراد را در مورد پیشگیری از عوارض خطرزای بیماری عروق کرونر، خصوصاً ورزش افزایش می دهد.

در مورد وضعیت اشتغال نتایج نشان داد که اکثریت کارمندان (۸۷ درصد) دارای رفتار بهداشتی و اکثریت افراد خانه دار (۸۰ درصد) دارای رفتار غیربهداشتی بودند. این مساله می تواند ناشی از مشغله زنان در منزل و عدم داشتن فرصت کافی وهم چنین عدم وجود تسهیلات و امکانات کافی برای ورزش بانوان بخصوص در ساعات بعدازظهر باشد. Hurst و همکاران (۱۹۹۰) نیز معتقدند که زنان خانه دار مبتلا به بیماریهای عروق کرونر از نظر شرکت در برنامه های ورزشی محدودیت دارند.

انجام تمرینات ورزشی و ارتباط آن با سن واحدهای مورد پژوهش پس از سکته قلبی نشان داد که اکثریت بیماران که سن کمتر از ۴۰ سال داشتند (۸۳/۳ درصد) دارای رفتار بهداشتی و اکثریت کسانی که ۷۰ سال به بالا داشتند (۹۴/۴ درصد) دارای رفتار غیربهداشتی بودند. احتمالاً مشکلات جسمی مانند آرتروز مفاصل و ضعف جسمانی ناشی از سن می تواند در انجام تمرینات ورزشی بخصوص شنا و دوچرخه سواری اثر داشته باشد. Conn و همکاران (۱۹۹۱) در ارائه نتیجه تحقیق خود اعلام کردند که سن با شرکت در فعالیت های جسمی همبستگی داشته ($r = -0.21$) و با افزایش سن شرکت در فعالیت های جسمی کم می شود. چگونگی تغییر رفتار سلامتی در مورد مقابله صحیح با فشار روحی در بیش از نیمی از افراد مورد مطالعه بدون تغییر و مناسب (۴۴/۹) و در (۱۱/۲ درصد) با تغییر مناسب بود. به نظر می رسد این وضعیت به باورها، نگرش، اعتقادات مذهبی و عوامل فرهنگی ارتباط داشته باشد.

به طور کلی می توان نتیجه گرفت که:

following first myocardial infarction, *International Journal of Advanced Nursing Studies*, 27: (4) 375-386.

- Stovsky B., (1992), Nursing intervention for risk factor reduction, *Nursing Clinics of North America*, 27: (1) 257-270.

- Turner B.M., et al. (1998), Cholesterol and coronary heart disease: screening and treatment, *Nursing Times*, 24: (15) 46-49.

- Wewers M.E., et al. (1998), Smoking cessation intervention in nursing practice, *Nursing Clinics of North America*, 33: (1) 61-65.

- Younger J., et al. (1995), The Relationship of health locus control and cardiac rehabilitation to mastery of illness related stress, *Journal of Advanced Nursing*, 22: (33) 294-299.

منابع

- رامآچانداران، در امالینگام. ت. (۱۳۷۰)، آموزش بهداشت، ترجمه فروغ شفیعی و اذن ... آذر گشب، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

- قارونی، منوچهر. (۱۳۷۰)، بیماریهای ایسکمیک قلب، تهران: شرکت افت.

- متکلم، محمدحسین. (۱۳۶۹)، مرگ ومیر ناشی از بیماریهای قلبی در شهر تهران، دارو درمان، تهران: مرکز انتشارات.

- هاریسون. (۱۳۷۳)، اصول طب داخلی هاریسون، بیماریهای قلب وعروق، ترجمه مهران ناصری و همکاران، تهران: مرکز انتشارات.

- Ades p., et al. (1992), Cardiac rehabilitation on participation predicts lower rehospitalization costs, *American Heart journal*, April, 916-920.

- Allen J., et al. (1996), Cardiac rehabilitation in the elderly, *Rehabilitation Nursing*. 21: (4) 182-185.

- Conn V., et al. (1991), Myocardial infarction survivors: age and gender differences in physical health, psychosocial state and regimen adherence, *Journal of Advanced Nursing*, (16) 1026-1034.

- Delunas R.L., et al. (1999), Adaptation after treatment for heart disease. Preliminary examination within stress appraisal context, *Journal of Heart & Lung*, 25: (3) 186-194.

-Hurst W., et al. (1990), the heart, arteries and veins, 7th ed. Vol 1, New york: McGraw- Hill co.

- Jarsma T., et al. (1995). Problems of cardiac patients in early recovery, *Journal of Advanced Nursing*, (14) 21-27.

- Marshall P., (1990). Just One more. A study into the smoking attitude and behaviors of patients

CHANGES IN PATIENTS' HEALTH BEHAVIOUS 4-6 MONTHS AFTER MYOCARDIAL INFARCTION

Rahimiha, F. Beheshti, A. Allami, M

ABSTRACT

Background: Prevalence of coronary artery disease and its death rate is increasing in Iran. Appropriate health behaviors and life style can prevent the disease in the first place and also its reoccurrence .

Objective: To identify changes in patients' health behaviors 4-6 months after myocardial infarction (MI).

Design: A cross- sectional design was employed to measure dietary regiment, cigarettes smoking, exercise and stress- coping behaviors pre and post (4-6 months) MI using a self administered questionnaire.

Samples: 89 patients were selected by stratified random sampling 4-6 months after their first MI attach.

Results: Considering cigarette smoking behavior most of the patients were nor smoking before MI and remained unchanged (84%). Regarding dietary regiment most of the patients had unhealthy behavior before MI and remained unchanged afterwards (68.5%). Exercise behavior in 36% of the subjects was appropriate and remained unchanged, while 34.8% were unappropriate and also unchanged. More than 50% of the patients had healthy behavior in regard to coping with stress at both pre and post stages.

Conclusion: Nurses should reinforce health education particularly the appropriate health behaviors. Follow up of the patients is recommended in order to maintain healthy behaviors or to change unhealthy ones' after MI.

Key Words: Myocardial infarction, Health behaviors, Dietary regiment, Physical activity, Cigarette smoking, Stress- coping