

میزان درک بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر در مورد پذیرش رژیم درمانی

✽ نایله عزتی^۱

چکیده

مقدمه: آترواسکلروز و اسپاسم عروق کرونر دو علت شایع بیماری عروق کرونر می‌باشند. از آنجا که میزان درک بیماران نقش مؤثری در پذیرش رژیم‌درمانی آنها دارد، لذا این مطالعه به منظور تعیین میزان درک بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر در مورد پذیرش رژیم درمانی در بیمارستان‌های منتخب تبریز در سال ۱۳۸۵ انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه تحلیلی جامعه مورد مطالعه بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر با بیش از یک‌بار سابقه بستری به علت همین بیماری در بیمارستان‌های منتخب تبریز بودند که به بطور تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. حجم نمونه ۱۶۰ نفر بود. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌ای مشتمل بر سه بخش شامل مشخصات فردی، میزان پذیرش رژیم درمانی و الگوی باورهای بهداشتی بود که از اعتبار و پایایی قابل قبولی برخوردار بود. داده‌ها به روش مصاحبه جمع‌آوری و تکمیل گردید و با کمک نرم افزار آماری SPSS ویرایش ۱۱ و آزمون‌های آماری و ضرایب همبستگی پیرسون و اسپیرمن، آزمون تی، آنالیز واریانس یک‌طرفه و فریدمن تجزیه و تحلیل گردید. سطح معنی‌داری مورد نظر ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: در نتایج به‌دست‌آمده میانگین نمرات درک بیماران در مورد پذیرش رژیم‌درمانی ۴۲/۶۰ بود. بین میزان پذیرش رژیم درمانی و الگوی باورهای بهداشتی رابطه معنی‌دار آماری وجود داشت. ولی یافته‌های پژوهش، رابطه معنی‌دار آماری بین مشخصات فردی و میزان درک بیماران مبتلا به بیماری‌های عروق کرونر در مورد پذیرش رژیم‌درمانی را نشان ندادند.

نتیجه‌گیری: با توجه به میانگین نمرات درک، نیاز شدید این بیماران به آموزش پذیرش رژیم‌درمانی وجود دارد. بنابراین، پرسنل درمانی باید نیازهای آموزشی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر را بررسی و روش‌های خودمراقبتی مناسب را در جهت کنترل عوارض و علائم بیماری و پیشگیری از عود مجدد بیماری آموزش دهند.

کلید واژه‌ها: درک - بیماری عروق کرونر - رژیم درمانی - پذیرش

تاریخ دریافت: ۸۷/۹/۴

تاریخ پذیرش: ۸۹/۱/۲۱

^۱ -عضو هیئت علمی گروه پرستاری دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، آذربایجان شرقی، ایران (✽ مؤلف مسؤول)
شماره تماس: ۰۹۱۴۳۱۴۰۰۶۹
Email:nayelezati@yahoo.com

مقدمه

در کشور ما بیماری‌های قلبی عروقی یک مشکل عمده بهداشتی و اجتماعی به شمار می‌رود که ابعاد آن به سرعت در حال افزایش است و نسبت مرگ‌های قلبی عروقی ۲۵ درصد تا ۴۵ درصد می‌باشد^(۱). طی یک بررسی ملی در ایران مشخص گردید که میزان بروز و شیوع بیماری‌های عروق کرونر و عوامل خطرزا در حال افزایش است^(۲).

به طور کلی ۲۵ درصد از موارد مرگ و میر در دنیا و ۳۲ درصد از مرگ و میرهای کشورهای در حال توسعه به علت بیماری‌های قلبی عروقی است^(۳). بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، بیماری‌های قلبی و عروقی سالانه سبب مرگ ۱۲ میلیون نفر در سراسر دنیا می‌شوند. مرگ و میر مردان ۲/۵ برابر بیشتر از زنان است^(۱). در بین کسانی که پس از حمله قلبی زنده می‌مانند، حدود ۱۰٪ در نخستین سال و در سال‌های بعد هر سال، ۵ درصد می‌میرند^(۴). هدف سازمان بهداشت جهانی تا سال ۲۰۱۰ کاهش میزان مرگ و میر ناشی از بیماری عروق کرونر تا ۲۰ درصد می‌باشد^(۵).

یافته‌های متعددی در مورد میزان درک بیماران قلبی از پذیرش رژیم درمانی آن‌ها وجود دارد. برخی از پژوهشگران معتقدند که میزان آگاهی بیماران در راستای درک مزایای پذیرش رژیم درمانی و عوارض ناشی از عدم پذیرش مهم است^(۶). در طی پژوهشی که جهت پی بردن به درک و تصورات بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر نسبت به پذیرش درمان و روش زندگی انجام گرفت، پژوهشگران دریافتند که افزایش سطح آگاهی بیماران توسط پرسنل بهداشتی نسبت به پذیرش رژیم درمانی، تنها روش تصحیح مراقبت بیماران به نظر می‌رسد^(۷). در جریان پژوهشی دیگر شخصیت بیمار، نوع و درمان بیماری به عنوان عوامل داخلی و فعالیت‌های اجتماعی و مراقبت‌های بهداشتی به عنوان عوامل خارجی از علل مؤثر پذیرش رژیم درمانی در رفتارهای عملکردی و پذیرش بیماری بودند، به

همین دلیل با شناخت عوامل داخلی و خارجی که در میزان پذیرش بیماران قلبی تأثیرگذارند، مراقبین بهداشتی می‌توانند اقدامات مورد نیاز در راستای ارتقای پذیرش رژیم درمانی را انجام دهند^(۶). همچنین نتایج مطالعه دیگری نشان داد که با آموزش به بیمار می‌توان موانع پذیرش رژیم درمانی را به حداقل و مزایای استفاده از آن را به حداکثر رسانید^(۸).

پذیرش رژیم درمانی یک پدیده چندجانبه است که نه تنها بیماران بلکه پرسنل بهداشتی به ویژه پرستاران نقش مهمی در فرآیند تغییر رفتارهای مربوط به بهداشت و سلامتی در افراد دارند. لذا در این مطالعه درصدد بر آمدیم میزان درک بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر با بستری مجدد، در مورد پذیرش رژیم درمانی را بررسی نماییم، تا در راستای ارتقای سطح سلامت بیماران و پیشگیری از بروز عوارض، برنامه‌ریزی و اقدامات بهداشتی مؤثری انجام گیرد.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه تحلیلی بود که با هدف تعیین میزان درک بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر در مورد پذیرش رژیم درمانی انجام گردید. جامعه‌ی پژوهش را بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر با بیش از یک بار سابقه بستری در بیمارستان (به علت بیماری کرونری قلب) تشکیل می‌دادند که در هنگام اجرای پژوهش در بخش‌های داخلی و جراحی قلب بیمارستان‌های شهید مدنی و استاد عالی‌نسب تبریز بستری بودند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش از نوع تصادفی طبقه‌ای بود به این ترتیب که هر یک از بیمارستان‌ها طبقات پژوهش را تشکیل داده و از هر بیمارستان متناسب با تعداد بیماران، تعدادی نمونه به طور تصادفی انتخاب شد. حجم نمونه گرفته شده از هر دو بیمارستان ۱۶۰ نفر بود.

ابزار گردآوری داده‌ها فرم مصاحبه تنظیم شده با استفاده از پرسشنامه‌ای حاوی مجموعه منظمی از سؤالات بسته بود، که

یافته‌ها

نتایج در خصوص مشخصات فردی- اجتماعی نشان داد که ۴۹/۸۸ درصد از اعضای نمونه در گروه سنی ۳۹-۳۰ سال قرار داشتند و ۵۵ درصد نمونه‌ها مذکر بودند. همچنین ۵۸/۱۲ درصد متأهل و از نظر تحصیلات ۵۶/۹۰ درصد نمونه‌ها کم‌سواد و بیسواد بودند. از نظر اشتغال، ۳۴/۳۷ درصد خانه‌دار و ۴/۳۸ درصد از آن‌ها کارگر و بیکار بودند. ۵۱/۸۷ درصد افراد مورد مطالعه ساکن شهر تبریز و ۱۰/۶۳ درصد آن‌ها ساکن روستا بودند. در مورد ابتلا به بیماری عروق کرونری ۵۹/۳۷ درصد کمتر از یک سال سابقه ابتلا به این بیماری را داشتند. همچنین در مورد تشخیص بیماری، ۶۹/۳۸ درصد با آنژین صدری، ۱۳/۱۲ درصد با انفارکتوس میوکارد و ۱۷/۵۰ درصد بیماران با آنژین پس از انفارکتوس میوکارد بستری شده بودند. ۶۰ درصد این بیماران در مورد توصیه‌های درمانی اطلاعات کسب نموده و ۴۰ درصد اطلاعات کسب نکرده بودند. در مورد عوامل خطرزای زمینه‌ای ۳۳/۷۵ درصد بیماران سابقه افزایش فشارخون، ۳۳/۷۵ درصد سابقه افزایش چربی‌های خون، ۲/۵۰ درصد سابقه دیابت، ۳/۷۵ درصد هر سه عامل خطر ساز فوق و ۲۶/۲۶ درصد سابقه سایر بیماری‌ها از جمله بیماری‌های تنفسی و مغزی عروقی را داشتند.

امتیاز پذیرش رژیم درمانی بین صفر و ۱۰۰ با میانگین ۵۶/۲۵ امتیاز باورهای بهداشتی در حفظ سلامتی بین ۲/۲۷ و ۷۰/۴۵ با میانگین ۳۵/۷۸، امتیاز درک فرد از استعداد ابتلا به عوارض بیماری قلبی بین صفر و ۴۵/۴۵ با میانگین ۲۰/۸۳، امتیاز درک فرد از موانع پذیرش رژیم درمانی صفر و ۹۱/۶۷ با میانگین ۵۳/۷۳، امتیاز درک فرد از مزایای رژیم درمانی بین صفر و ۶۲/۵۰ با میانگین ۲۷/۳۱ و امتیاز میزان انگیزش فرد از سلامتی بین صفر و ۱۰۰ با میانگین ۷۹/۲۰ بودند (جدول شماره ۱).

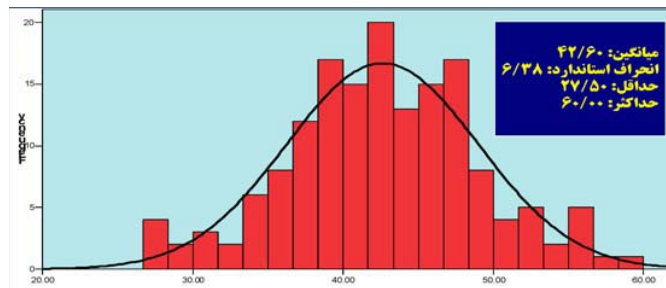
در حضور بیماران، در یک مرحله تکمیل گردید. پرسشنامه مربوط به این مطالعه، از طریق مرور متون مربوط به الگوی باورهای بهداشتی توسط پژوهشگر استخراج گردید. جهت تعیین روایی پرسشنامه از روش سنجش اعتبار محتوا و برای تعیین اعتماد علمی از روش اندازه‌گیری ضریب آلفای کرونباخ (α) استفاده گردید. ضریب آلفای کرونباخ در بخش دوم و سوم سؤالات بیش از ۰/۸۰ برآورد گردید.

پرسشنامه مشتمل بر ۶۰ سؤال و در سه بخش با توجه به اهداف پژوهش تنظیم گردید. بخش اول مربوط به مشخصات فردی و اجتماعی (۱۱ سؤال)، بخش دوم در رابطه با تعیین میزان پذیرش رژیم درمانی (۴ سؤال) و بخش سوم مربوط به تعیین متغیرهای: باورهای بهداشتی (۱۱ سؤال)، درک فرد از استعداد ابتلا به عوارض بیماری قلبی (۱۱ سؤال)، درک فرد از موانع پذیرش رژیم درمانی (۹ سؤال)، درک فرد از مزایای پذیرش رژیم درمانی (۶ سؤال)، میزان انگیزش فرد در مورد سلامت (۸ سؤال) است که معیار سنجش سؤالات در قسمت سوم پرسشنامه بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت بود. معیار ارزشیابی، به مساعد یا نامساعد بودن گزینه بستگی داشت. نمره پاسخگو از طریق جمع نمرات که مجموع نمرات پاسخی بود که بیمار به هر یک از گزینه‌ها داده بود، سنجیده شد. سپس نمرات هر قسمت به ترتیب زیر امتیازبندی شد.

(حداقل امتیاز - حداکثر امتیاز) $\times 100\%$ (حداقل امتیاز-امتیاز کسب شده) = نمره در فرمول فوق منظور از حداقل و حداکثر امتیاز، کمترین و بیشترین کل امتیاز کسب شده توسط اعضای نمونه است که پس از محاسبه امتیازهای نمونه‌ها حاصل گردید^(۹). داده‌ها با استفاده از نسخه ۱۱ نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد. برای دستیابی به اهداف پژوهش، از ضرایب همبستگی پیرسون و اسپیرمن، آنالیز واریانس یک‌طرفه، فریدمن و آزمون تی استفاده و نتایج استخراج شدند.

جدول شماره ۱- شاخص های توصیفی نمرات کسب شده توسط بیماران در مورد الگوی باورهای بهداشتی رژیم درمانی

متغیر	میانگین	اشتباه استاندارد	میان	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر
باورهای بهداشتی در حفظ سلامتی	۳۵/۷۸	۰/۹۸	۳۶/۳۶	۱۲/۴۴	۲/۲۷	۷۰/۴۵
درک فرد از استعداد ابتلا به عوارض بیماری قلبی	۲۰/۸۳	۰/۷۵	۱۸/۱۸	۹/۵۵	۰/۰۰	۴۵/۴۵
درک فرد از موانع پذیرش رژیم درمانی	۵۳/۷۳	۱/۴۳	۵۲/۷۸	۱۸/۰۹	۰/۰۰	۹۱/۶۷
درک فرد از مزایای پذیرش رژیم درمانی	۲۷/۳۱	۰/۹۴	۲۹/۱۷	۱۱/۸۹	۰/۰۰	۶۲/۵۰
انگیزش فرد در مورد سلامتی	۷۹/۲۰	۰/۷۱	۷۸/۱۳	۹/۰۱	۰/۰۰	۱۰۰/۰۰
پذیرش رژیم درمانی	۵۶/۲۵	۲/۶۴	۵۰/۰۰	۳۳/۴۱	۰/۰۰	۱۰۰/۰۰



نمودار شماره ۱- توزیع نمره درک پذیرش رژیم درمانی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر با بستری مجدد

رژیم درمانی و جنسیت بیماران از آزمون T، درک پذیرش رژیم درمانی بیماران با محل سکونت، تشخیص بیماری، نوع بیماری زمینه‌ای و عوامل خطر از آنالیز واریانس یک‌طرفه استفاده شد و رابطه معنی‌دار آماری بین متغیرهای فوق مشاهده نگردید.

نمودار شماره (۱) میزان درک بیماران در رابطه با پذیرش رژیم درمانی را نشان می‌دهد. براساس این نمودار، امتیاز میزان درک فرد از پذیرش رژیم درمانی بین ۲۷/۵۰ و ۶۰ با میانگین ۴۲/۶۰ و انحراف استاندارد ۶/۳۸ است. برای مقایسه امتیازات کسب شده از درک پذیرش رژیم درمانی و سن بیماران از ضریب همبستگی پیرسون، درک پذیرش

جدول شماره ۲- ضرایب همبستگی بین پذیرش رژیم درمانی با الگوی باورهای بهداشتی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر

متغیر	باورهای بهداشتی در حفظ سلامتی	درک فرد از استعداد ابتلا به عوارض بیماری قلبی	درک فرد از موانع پذیرش رژیم درمانی	درک فرد از مزایای پذیرش رژیم درمانی	انگیزش فرد در مورد سلامتی
	$r=0/273$	$r=0/025$	$r=-0/004$	$r=0/012$	$r=0/076$
	$P=0/00$	$P=0/012$	$P=0/024$	$P=0/003$	$P=0/002$
پذیرش رژیم درمانی	$N=160$	$N=160$	$N=160$	$N=160$	$N=160$

بحث و نتیجه گیری

در پژوهش حاضر میانگین امتیاز بیماران از میزان درک پذیرش رژیم درمانی ۵۶/۲۵ بود. تحقیقات نشان می‌دهد که مهم ترین عامل عدم پذیرش در ۹۰ درصد موارد پیچیدگی درمان، تفاوت‌های فردی، تأثیرات فرهنگی- اجتماعی است^(۸). بین میزان پذیرش رژیم درمانی با الگوی باورهای بهداشتی بیماران بر اساس ضریب همبستگی اسپیرمن، همبستگی مستقیم و رابطه معنی‌دار آماری وجود داشت ($P < ۰/۰۵$).

در سایر مطالعات نیز مشخص گردید احتمال پذیرش رژیم درمانی با افزایش درک فرد از استعداد ابتلا به عوارض ناشی از بیماری افزایش می‌یابد^(۹). بیماران قلبی باید بیماری خود را جدی بگیرند، چون در این حالت بیماران می‌توانند توصیه‌های درمانی را به خوبی به کار ببرند. یافته‌های تحقیقات قلبی حاکی از آن است که اکثر بیماران از وخامت بیماری بیمناک هستند و تعداد کمی از آن‌ها احساس خطر نمی‌کنند^(۱۱). در بیماری‌های مزمن با توجه به این که سیر بیماری تدریجی بوده و تهدید کم می‌باشد، بیماران وخامت بیماری را کمتر احساس می‌کنند. درک وخامت بیماری از احساس تهدید یک بیماری خاص ناشی می‌شود که بعداً منجر به انجام رفتارهای بهداشتی صحیح می‌گردد^(۸).

مطالعات دیگری نیز وجود دارند که نتایج پژوهش حاضر با نتایج آن‌ها هم خوانی بیشتری دارند. در پژوهشی مشخص گردید سطح تهدید درک شده بیماری کم و کنترل شخصی درک شده در سلامتی خود پایین بود^(۱۰). در مطالعه شیدفر مشخص شد میزان درک شده بیماری در بیماران با باورهای بهداشتی عمومی و شناخت از حیاتی بودن قلب سازگار بود. همچنین در بعد منافع درک شده، نگرش‌ها میل به نسبت دادن بیماری به عوامل خطر غیر قابل کنترل داشت که عدم تمایل به اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه را توجیه می‌کرد. در بخش موانع درک شده نیز نوعی تمایل به نادیده گرفتن عوامل خطر قابل

کنترل در قالب باور به نقش یگانه عامل تنش در ایجاد بیماری قلبی مشاهده شد که در نوع خود نشان‌دهنده عدم کفایت بیماران در پیشگیری و مقابله با این عامل بود. در بعد کنترل درک شده بر سلامتی، قوی بودن بعد خارجی کنترل قابل ملاحظه بود و باور غالب بیماران، سپردن مسئولیت سلامتی خود به قضا و قدر و کادر پزشکی بود^(۱۲). در مطالعه Bennett و همکاران نیز امتیاز پذیرش رژیم درمانی بین ۲۰ تا ۸۰ متغیر بود و بیماران رژیم درمانی خود را کمتر رعایت می‌کردند^(۱). همچنین در مطالعه‌ای دیگر امتیاز باورهای بهداشتی متوسط گزارش گردید و عوامل فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی از جمله علل مؤثر در ارتقاء باورهای بهداشتی محسوب می‌شد^(۱۳). در نتایج مطالعه Karner و همکاران نیز امتیاز درک بیماران از استعداد ابتلا به عوارض بیماری قلبی متوسط بود و بیمارانی که سایر بیماری‌های زمینه‌ای مانند آرتروز روماتوئید را تجربه کرده بودند، نسبت به بیمارانی که عوارض بیماری قلبی یا بیماری زمینه‌ای دیگری نداشتند، از امتیاز بالایی برخوردار بود. در این پژوهش عوامل فردی- اجتماعی و مسائل اقتصادی از علل مؤثر در ارتقاء پذیرش رژیم درمانی محسوب می‌شد^(۷).

بر اساس ضریب همبستگی اسپیرمن، بین باورهای بهداشتی در حفظ سلامتی و پذیرش رژیم درمانی، همبستگی مستقیم بوده و رابطه معنی‌دار آماری وجود داشت. یعنی با افزایش آگاهی و باورهای بهداشتی بیماران، میزان پذیرش رژیم درمانی نیز افزایش می‌یافت. آگاهی و شناخت در مورد بیماری و رژیم درمانی، موجب احساس مسئولیت بیشتر مددجو در مورد مراقبت از خود می‌شود و اضطراب و استرس وی کاهش می‌یابد^(۱۴). همچنین، بر اساس ضریب همبستگی اسپیرمن، بین درک فرد از مزایای پذیرش رژیم درمانی و میزان پذیرش رژیم درمانی، همبستگی مستقیم بوده و رابطه معنی‌دار آماری وجود داشت. یعنی با افزایش آگاهی از مزایای پذیرش رژیم درمانی

تعداد کمی از آن‌ها سعی داشتند که مقدار چربی و کلسترول خود را کاهش دهند و یا مدت زمان ورزش خود را افزایش دهند و نیمی از افراد مبتلا فقط رژیم غذایی را رعایت می‌کردند و یا سیگار را ترک و یا کاهش داده بودند. نتایج حاکی از آن بودند که برنامه‌های آموزشی موفقیت‌آمیز، در نگرش‌ها و انگیزه‌های بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر تأثیر مثبت دارند^(۱۷).

در کل چنین نتیجه‌گیری می‌گردد که میزان باورهای بهداشتی و درک بیماران از استعداد ابتلا به عوارض بیماری و مزایای پذیرش رژیم درمانی در سطح پایین و همچنین میزان درک از موانع رژیم درمانی و انگیزه آن‌ها برای حفظ سلامتی در سطح متوسط قرار دارد. لذا در مورد عوامل مؤثر در عدم پذیرش رژیم درمانی بر اساس الگوی باورهای بهداشتی تفاوت فاحشی وجود دارد که این مسئله نیاز به آموزش مددجو و خانواده‌ها و برقراری دوره‌های آموزشی برای پرستاران و ارتقای کیفیت ارتباط بین درمان‌گران و بیماران را می‌رساند. زیرا با ارائه آموزش به بیمار، تغییرات مثبت در رفتار، مخصوصاً در رعایت رژیم غذایی، دارویی و ورزش بیماران پس از انفارکتوس می‌وکارده مشاهده می‌شود^(۷). همچنین ارتقاء دانش و آگاهی در بیمارانی که انگیزه بیشتری دارند، پذیرش رژیم درمانی را افزایش می‌دهد^(۱۸) و نیز حمایت‌های آموزشی پس از ترخیص در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر، میزان بستری مجدد بیماران را کاهش و بهبودی و سلامتی، طول عمر و کیفیت زندگی بیماران را افزایش می‌دهد^(۱۹). نتایج سایر مطالعات نشان می‌دهد که با آموزش به بیمار می‌توان موانع پذیرش رژیم درمانی را به حداقل و مزایای استفاده از آن را به حداکثر رسانید^(۸). تجزیه و تحلیل ۲۰ مطالعه تحقیقی نشان می‌دهد که پیگیری و تبعیت از رژیم دارویی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر موجب کاهش میزان مرگ و میر و بستری مجدد بیماران می‌گردد^(۲۰).

بیماران از پذیرش رژیم درمانی مناسبی برخوردار بودند. در این زمینه تحقیقات نشان می‌دهد که فواید و مزایای پذیرش درمان، بیشتر از موانع آن است و تهدید بالای بیماری مزمن می‌تواند درک فواید رعایت رژیم درمانی را کاهش دهد و تهدید کم می‌تواند یک اثر مثبت در بالا بردن درک فرد از رژیم درمانی داشته باشد^(۱۵).

در خصوص درک افراد از موانع پذیرش رژیم درمانی با میزان پذیرش رژیم درمانی، بر اساس نتایج ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده شد. درک افراد از موانع رژیم درمانی با پذیرش رژیم درمانی ارتباط معکوس دارد، یعنی با کاهش موانع رژیم درمانی میزان پذیرش آن افزایش می‌یافت. از یافته‌های دیگر پژوهش این بود که بیماران از انگیزه مناسبی جهت حفظ سلامتی برخوردار بودند. مطالعات در این زمینه حاکی از آن است که برای پیگیری رژیم درمانی باید انگیزه‌ای در بیمار موجود باشد تا پذیرش رژیم درمانی جهت کمک به پیشگیری از عوارض بلند مدت بیماری عروق کرونری ایجاد شود، زیرا که ایجاد انگیزه در افراد از اصول اساسی در انجام رفتارهای بهداشتی و کنترل بیماری‌ها است و مردم هرگز به سمت ارتقای سلامتی حرکت نمی‌کنند، مگر این که در آن‌ها انگیزه‌های کافی نسبت به انجام این کار به وجود آید^(۱۶). در این بررسی، بین انگیزه افراد جهت حفظ سلامتی و میزان پذیرش رژیم درمانی همبستگی مستقیم بوده و رابطه معنی‌دار آماری وجود داشت. یعنی با وجود انگیزه بالا، بیماران از عملکرد خوبی برخوردار بودند.

در پژوهشی که در پنج کشور بزرگ اروپایی جهت بررسی نگرش افراد در انجام رفتارهای بهداشتی مثبت در مورد بیماری‌های عروق کرونری انجام گردید، نتایج نشانگر آن بود که بسیاری از افراد، حتی افرادی که سابقه ابتلا به این بیماری را داشتند، نسبت به این بیماری بی‌تفاوت بوده و با این که آگاهی افراد نسبت به بیماری و عوامل خطر زیاد بود، فقط

بیماران مبتلا به این بیماری بیشتر می‌توانند مورد استفاده قرار بگیرند، مسئولین برنامه‌ریزی آموزش بهداشت در رادیو و تلویزیون باید توجه بیشتری به محتوای این برنامه‌ها و هر چه کاربردی‌تر نمودن آموزش‌های تئوری در زمینه بیماری‌های قلبی و مخصوصاً توصیه‌های درمان داشته باشند.

یافته‌های این پژوهش می‌تواند زمینه‌ای را برای پژوهش‌های بعدی در جهت شناخت دقیق نیازهای آموزشی بیماران عروق کرونر فراهم سازند و تحقیقات بیشتر در حیطه‌های مختلف پزشکی و پرستاری، شناخت مسائل و مشکلات بیماران انجام گیرند. همچنین از نتایج این پژوهش می‌توان در سطوح مختلف پیشگیری، مخصوصاً پیشگیری سطح دوم و آموزش اصول پیشگیری بهره‌مند شد.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی، دانشگاه علوم پزشکی و سازمان تامین اجتماعی تبریز، همچنین از تمام مسئولین، کارکنان و بیماران عزیز بستری بیمارستان‌های شهید مدنی و استاد عالی نسب تشکر و قدردانی می‌شود.

همچنین در پژوهش دیگری مشخص گردید که میزان دانش و آگاهی مستقیماً بر میزان پذیرش رژیم درمانی اثر می‌گذارد بنابراین آموزش جهت افزایش میزان آگاهی بیماران عروق کرونری توصیه گردیده است، زیرا ارتقای آگاهی مستقیماً بر روی باورهای بهداشتی فرد، در نتیجه کاهش عوامل خطر ساز تاثیر می‌گذارد^(۲۱).

با توجه به اهمیت موضوع مدیران پرستاری می‌توانند با اتخاذ روش‌های مناسب و اثربخش مسئولان پرستاری را مکلف کنند که با ارائه اقدامات مناسب میزان پذیرش رژیم درمانی بیماران خود را افزایش دهند که آن نیز به نوبه خود باعث افزایش تعهد بیماران به اجرای اهداف درمانی و کارایی بیشتر آن‌ها می‌گردد و با توجه به این که امروزه مشارکت یک موضوع قانونی در فرآیند تصمیم‌گیری است، هرگاه کارکنان پرستاری در مراحل تصمیم‌گیری در مورد ارائه خدمات مربوط به پرستاری بیماران را مشارکت داده و از طرفی با به کارگیری انگیزه و عملکرد، رضایت و پذیرش آن‌ها را بالا ببرند، در نهایت کیفیت خدمات افزایش خواهد یافت.

همچنین با توجه به شیوع بیماری عروق کرونری، از آنجایی که وسایل ارتباط جمعی به دلیل قابل دسترس بودن به عموم

فهرست منابع

- 1- Azizi F, Hatami H, Jangorbani M. Epidemiology and controlling of common disease in Iran. 3rd ed, Tehran: Eshtiaq com: 2005. [Persian]
- 2- Khami MA, Sarraf-zadegan N, Boshtam M, Bashardoost N, Malekafzali H, Rafie M, Tafazoli F. Cardiovascular disease in Iran: mortality, prevalence and risk factors over 15 years. International Symposium on Atherosclerosis, September 28-October 2003. 112, Isfahan, Iran, [Online]. < <http://www.Elsevier Science.com> 4 January 2004]
- 3- Zakeri mogadam M, Aliasghar pour M. Critical care nursing in ICU, CCU, and Dialyze wards, Tehran: Andishe rafi: 2003, [Persian]
- 4- Park E. J. Park K. Current chronoric non-infective & infective disease. V. 4, translated by: shojaii Tehrani H, Malekafzali H. Tehran: Semat com: 2003.
- 5- Rankin S. Women recovering from acute myocardial infarction: psychosocial and physical functioning outcomes for 12 months after acute myocardial infarction. *Heart Lung*; 2005. 31 (6), 399 - 410.
- 6- Stromberg A, et al. Factors influencing patient compliance with therapeutic regimens in chronic heart failure: A critical incident technique analysis. *Heart Lung*, 2002; 20 (5), 334 - 41.

- 7- Karner A, Goransson A, Bergdahl B. Conceptions on treatment and lifestyle in patients with coronary heart disease - a phenomenographic analysis, *Patient education and counseling*, 2004; 47, 137 - 143, [online]. <<http://www.elsevier.com/locate/patducou>. > [4 November 2004]
- 8- Allender A, Spradly J, Walton B. *Community health nursing*, Philadelphia: Lippincott; 2005.
- 9- Mirzaee M, Akbarzade M, *Research standards and methods*, Tabriz: Azad university publication: 2005. [Persian]
- 10-Jaafarian N, Baghar poosh M. Final report of research design: Assessment health believes roles in acceptance of Insulin injection in diabetic patients. Diabetes research center of Hamadan: 1997. [Persian]
- 11-Quatromoni P.A, Marian M, Barbara M. Use of focus groups to explore nutrition practices and health beliefs of urban Caribbean litmus. *diabet care*, 2004; 17 (8), 869 - 873.
- 12-Shidfar R, Shojaii-zade D, Hoseini M, et al. Knowledge, attitude and life style of patients with unstable angina in Mashhad university Hospitals. *Payesh*. 2002; 2(1), 49-61. [Persian]
- 13-Bennett J Susan, Milgrom B Lesley, Champion Victoria, Huster A Gertrude. Beliefs about medication and dietary compliance in people with heart failure: An instrument development study. *Heart Lung*, 2000; 26 (4), 273 - 9.
- 14-Miller Freedom. Prevention of cardiovascular disease. *Asian Cardiovasc Thorac Ann*, 2002; 10 (3), 20 - 26.
- 15-Bond G, Leon S, Aiken S. The health belief model and adolescents with IDDM. *Health Psychol*, 2004; 24 (5), 190 - 198.
- 16-Eghtedari M, *Management organization, system and practice of systems*, Tehran: Molavi com: 2005. [Persian]
- 17-Shepherd J. International comparison of awareness and attitudes towards coronary risk factors reduction: The help study. *Atherosclerosis*, 2004; 137 (8), 117 - 23.
- 18-Schefer KY, Bruce S. Knowledge, attitude, and self efficacy and compliance with medical regimen, number of emergency department visit, and hospitalizations in adult with asthma. *Heart Lung*. 2001; 30 (4), 250 - 7.
- 19-Phillips OC, Wright MS, Kern ED, Singa MR, Shepperd S, Rubin Rh. Comprehensive discharge planning with post discharge support for older patients with congestive heart failure. *J Ame Med Assoc*. 2004; 291 (11), 1358 - 66.
- 20-Jacob Dunbar J, Bohachick P, Sereika MS. Medical adherence in persons with cardiovascular disease. *Cardiovasc Nurs*. 2003; 18 (3), 209 - 219.
- 21-Alm - Roijer C, Stagmo M, Uden G. Better knowledge improves adherence to lifestyle changes and medication in patients with coronary heart disease. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 2004; 14 (5), 1 - 12.

Perceptions of Patients with Coronary Artery Disease about Their Therapeutic Regimen

*Nayeleh Ezzatti¹ MSc

Abstract

Background and Aim: Atherosclerosis and coronary artery spasm are two causes of Coronary Artery Disease (CAD). This study has been conducted to study perceptions of patients with CAD about their treatment regimen in selected hospitals of Tabriz, 1385.

Material and Method: In this analytical study, 160 patients with CAD, who had been admitted to medical and surgical wards of selected hospitals in Tabriz with at least one episode of hospitalization, were selected randomly. A questionnaire was used for gathering demographic data, health beliefs and perception of aptitude to catch disease complications, advantage and disadvantage of admission treatment regime, and individual attitude about patients' health. The questionnaire with acceptable reliability and validity was completed through interview. Descriptive and inferential statistics such as Pearson and Spearman coefficients, independent T-test, Freedman and ANOVA were used to analyze the data.

Results: Research findings showed that the patients' mean score on perception about treatment regime were 42.60. There were statistically significant correlations between perceptions of patients with CAD and their health beliefs, but, there were no statistical significant correlation between demographic data and perception of patients with CAD.

Conclusion: Regarding patients' perception of, these patients require intensive educational programs. For this reason, nurses could evaluate information needs of patients and teach them about adequate self-care techniques to control side effects and complications of CAD, to recognize clinical manifestations and prevent CAD recurrence.

Keywords: Coronary artery disease - Therapeutic regimen – Perception

Received: 23 Jan, 2009

Accepted: 10 Apr, 2010

¹ Senior Lecturer in Nursing, Department of Nursing, Faculty of Medicine, Islamic Azad University, East Azarbaijan, Iran (*Corresponding Author) Tel:09143140069 Email:nayelezati@yahoo.com