

بررسی تغییرات آگاهی و نگرش بیماران مبتلا به اختلالات عروق کرونر نسبت به بیماری خود در طول بستری در بخش CCU بیمارستان ولیعصر (عج) بیرجند

راضیه استکی*^۱، غلامحسین محمودی راد^۲

تاریخ دریافت: ۹۲/۸/۱۸

تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۲/۱

خلاصه

زمینه و هدف: پیش بینی می‌شود سندرم کرونری حاد تا سال ۲۰۳۰ علت مرگ ۲۳/۴ میلیون نفر در جهان باشد. تعدیل سبک زندگی به وسیله آموزش بهداشت در زمینه آگاهی از عوامل خطر و تغییر نگرش بیماران؛ عامل مهمی در بهبود پیش آگهی آن است. این مطالعه با هدف تعیین تغییرات آگاهی و نگرش بیماران مبتلا به اختلالات عروق کرونر نسبت به بیماری خود در مدت زمان بستری در بخش CCU، انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی که در بخش CCU بیمارستان ولیعصر (عج) بیرجند انجام شد، بیماران به روش سرشماری مورد بررسی قرار گرفتند. آگاهی و نگرش بیمارانی که در فاصله زمانی ۱/۵ ماه در بخش CCU بستری می‌شدند و به شیوه معمول آموزش می‌دیدند، یک بار در روز اول بستری و یک بار هم در زمان ترخیص و همچنین کمیت آموزش به آنان در زمان ترخیص از بخش اندازه‌گیری شد. اطلاعات لازم با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته در خصوص آگاهی و نگرش و کمیت آموزش بیمار جمع‌آوری شد. روایی این پرسشنامه به روش اعتبار محتوی و نظر اساتید و پایایی آن با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ محاسبه گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌های کمی از آمار توصیفی و برای مقایسه میانگین‌های روز اول بستری و روز ترخیص از آزمون t استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌های به دست آمده حاکی از این است که آگاهی بیماران در روز آخر بستری در مقایسه با روز اول افزایش معنی‌دار نداشته است. نگرش بیماران در زمینه شدت درک شده فردی برای ابتلا مجدد، در سطح متوسط و بالا قرار داشت. میانگین زمان آموزش به بیمار از طرف پرستاران طی روزهای بستری $2/87 \pm 3/83$ دقیقه بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به دست آمده در این مطالعه، برای ارتقاء و بهبود سطح دانش و نگرش بیماران، باید برنامه آموزش به بیمار گسترده‌تر شود. همچنین با توجه به این که $3/83$ دقیقه زمان بسیار کمی برای آموزش به بیمار در طی دوره بستری در CCU می‌باشد، پیشنهاد می‌گردد مدت زمان بیشتری به این امر اختصاص داده شود.

واژه‌های کلیدی: آگاهی، نگرش، سندرم کرونری حاد، بخش CCU

۱- * نویسنده مسئول: کارشناس ارشد آموزش پرستاری (گرایش داخلی - جراحی)، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ایران

Email: raesteki@gmail.com. تلفن: ۰۹۳۶۲۴۰۳۲۵۵

۲- استادیار، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ایران

مقدمه

ممکن است به آنها کمک کند احساس بهتری از حال خود داشته باشند و برای یادگیری انگیزه بیشتری پیدا کنند. در جریان یک پژوهش مشاهده شد کسانی که آگاهی بیشتر و نگرش مثبت تری داشتند، رژیم غذایی و ورزش را بهتر رعایت می کردند. ارائه آموزش به بیمار نه تنها موجب بهبود عمده ای در رفتارهایی همچون سیگار کشیدن، فعالیت جسمی بیشتر بیمار و تمکین از توصیه های پزشکی می شود، بلکه موجب صرفه جویی در هزینه های پیشگیری و درمان نیز خواهد شد. از طرفی بیماران برای اطلاعاتی که از کارکنان بهداشتی دریافت می کنند ارزش قائل هستند [۱۰].

امروزه تاثیر آگاهی دادن به بیمار نسبت به آزمایش و اقدام های درمانی در افزایش میزان خود مراقبتی کاملا مشخص شده است. تحقیقات نشان داده اند که آموزش به بیمار فوایدی از قبیل افزایش دانش و مهارت، کاهش اضطراب، کاهش استفاده از داروهای مخدر بعد از عمل را در بیماران به همراه داشته است [۱۱]. مطالعه ای که بر روی ۲۰۰ نفر از زنان روستایی آمریکایی در مورد میزان آگاهی شان در رابطه با بیماری قلبی و عوامل خطر آن انجام گرفت، نشان داد که ۱۳ درصد آنان بیماری قلبی را یکی از علل مهم مرگ و میر می دانستند و ۶ درصد، بیماری های قلبی را یکی از مسائل مهم بهداشتی عنوان کردند. در کل ۵۰ درصد زنان، عوامل خطر بیماری های قلبی را به درستی تشخیص داده بودند [۱۲].

در مطالعه دیگری که بر روی ۴۰ نفر از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در مراحل مختلف انجام شد، مشخص گردید که اکثر آنان نسبت به بیماری خود آگاهی کمی دارند [۱۳].

اگرچه داشتن اطلاعات به تنهایی کافی نیست، اما آگاهی از این که یک عامل یا وضعیت خاص، عامل خطری برای بیماری است، پیش شرط ضروری برای اتخاذ تصمیم های منطقی در مورد سلامتی و تغییرات رفتاری در نظر گرفته شده و غالبا هدف برنامه های پیش گیری می باشد. تمایل بیماران به پذیرش راهبردهای پیشگیری سطح دوم به دنبال یک واقعه قلبی تحت تاثیر ادراک آنها از شرایط خود قرار می گیرد و نیز برای موثر واقع شدن خدمات پیشگیری سطح دوم، کارکنان مراقبت های بهداشتی (پرستاران) باید از آگاهی و نگرش

بیماری های قلبی و در رأس آن ها بیماری ایسکمیک قلبی یکی از جدی ترین مشکلات مرتبط با سلامتی جهان به شمار می رود و از شایع ترین بیماری هایی است که در ایالات متحده موجب بستری شدن افراد بالغ در بیمارستان می شود. به طوری که در این کشور بیش از ۱۱ میلیون نفر به بیماری عروق کرونر مبتلا هستند. میزان شیوع بیماری قلبی در ایران حدود ۱۰-۸ در ۱۰۰۰ نفر اعلام شده است [۲۱]. پیش بینی می شود این بیماری تا سال ۲۰۳۰ عامل مرگ ۲۳/۴ میلیون نفر در جهان باشد [۳ و ۴]. این بیماری به عنوان بزرگ ترین قاتل و رایج ترین علت مرگ شناخته شده و تخمین زده می شود که ۱ مورد از هر ۴ مرگ در مردان و ۱ مورد از هر ۵ مرگ در زنان به دلیل این بیماری باشد [۵]. بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی و معاونت بهداشت و درمان، بیماری های ایسکمیک قلبی، ۲۲ درصد علل مرگ و میر در جهان و ۴۶ درصد علل مرگ در ایران است [۳ و ۶ و ۷].

در میان بیماری های قلبی، مبتلایان به بیماری های ایسکمیک، درصد زیادی از موارد پذیرش در بخش مراقبت های ویژه قلبی را تشکیل می دهند و در معرض بستری مجدد قرار دارند. در بسیاری از موارد، بستری مجدد این بیماران، ناشی از نداشتن اطلاعات کافی و عدم پیروی از توصیه های پزشکی است. اغلب عوامل خطر بیماری های قلبی، با رفتار و آگاهی مرتبط می باشند و یکی از ابزارهای اساسی در تغییر سبک رفتار و نگرش بیماران، وجود برنامه آموزش به عنوان جزئی از مراقبت می باشد [۸].

از طرف دیگر، اکثر بیماران نیاز دارند درباره وضعیت بیماری، معاینات و برنامه درمان خود آگاهی لازم را پیدا کنند. خانواده بیماران نیز تمایل دارند درباره نحوه مراقبت و پیگیری درمان در خانه و تغییر شیوه زندگی بیاموزند. از سوی دیگر مراقبت دهندگان نیز دریافته اند که آموزش بیمار به درک بهتر بیمار و خانواده از درمان و مراقبت، افزایش همکاری و عدم وابستگی آنها به موسسه های مراقبت دهنده منجر می شود. به طوری که بیماران قادر خواهند بود مشکلاتی را که از خارج از محیط حمایت شده بیمارستان با آن روبرو می شوند، به راحتی حل کنند [۹]. هنگامی که به بیماران اطلاعاتی ارائه می شود،

بیماران اطلاع داشته باشند تا آموزش بهداشت را به نحو موثر ارائه نمایند [۱۴].

هدف از این مطالعه تعیین میزان تغییرات آگاهی و نگرش بیماران مبتلا به اختلالات عروق کرونر نسبت به بیماری خود در طول بستری در بخش CCU و نیز شناسایی محتوای آموزشی مناسب برای پوشش دادن به نیازهای آموزشی بیماران قلبی عروقی، طی مدت بستری در بخش CCU می باشد.

مواد و روش ها

در این مطالعه توصیفی همه اعضای جامعه به عنوان نمونه پژوهشی به صورت سرشماری و بر اساس دارا بودن خصوصاتی چون ابتلا به اختلالات عروق کرونر، داشتن تمایل به شرکت در پژوهش و برخورداری از هشیاری کامل نسبت به زمان، مکان و شخص بودند، انتخاب شدند. همچنین در صورتی که بیمار تمایل به ادامه شرکت در پژوهش را نداشت یا به هر دلیلی از بخش خارج یا ترخیص می گردید، از مطالعه کنار گذاشته می شد.

اندازه گیری آگاهی و نگرش بیماران در دو مرحله انجام شد. تمامی بیمارانی که در فاصله زمانی اول بهمن ماه تا ۱۵ اسفند ۹۱ (یک و نیم ماه) در بخش CCU بستری بودند به صورت سرشماری جزء نمونه پژوهش قرار گرفتند. این بیماران که تعدادشان ۶۰ نفر بود به شیوه معمول در بخش تحت آموزش قرار گرفتند. اندازه گیری آگاهی و نگرش یک بار در روز اول بستری و یک بار هم در روز ترخیص از بخش CCU انجام گرفت. همچنین کمیت آموزش به بیمار در زمان ترخیص از بخش اندازه گیری شد.

جهت گردآوری داده ها از پرسشنامه محقق ساخته چهار بخشی استفاده گردید. بخش اول شامل اطلاعات فردسنجی بیماران (سن، جنس، سواد، سابقه سکت قلبی، سابقه بیماری قلبی و منبع کسب اطلاعات بهداشتی) و بخش دوم پرسشنامه (سنجش آگاهی)، دارای ۴۹ سوال سه گزینه‌ای، بله (۱ نمره) خیر و نمی دانم (۰ نمره) بود که حداکثر نمره هر فرد ۴۹ و حداقل نمره ۰ بود. این پرسشنامه حاوی ۵ جزء مربوط به سنجش آگاهی بیماران در زمینه ماهیت بیماری (۴ سوال)، عوامل خطر ساز (۱۰ سوال)، داروهای درمانی (۷ سوال)، رژیم

غذایی (۱۳ سوال) و فعالیت فیزیکی و ورزش (۱۵ سوال) بود. بخش سوم اطلاعات به نگرش بیماران ارتباط دارد که شامل ۲۰ سوال حاوی ۵ جزء مربوط به سنجش نگرش بیماران می باشد. عبارات نگرشی بر اساس مقیاس لیکرت تدوین شده و برای پیشگیری از اثر القاکنندگی آن، تعدادی از عبارات، دارای جهت گیری منفی شدند. با توجه به طیف ۵ رتبه ای، نمره هر عبارت (از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) از ۱ تا ۵ و حداکثر نمره هر فرد ۱۰۰ و حداقل ۲۰ در نظر گرفته شد. بخش چهارم اطلاعات که حاوی ۵ سوال است مربوط به کمیت آموزش به بیمار، شامل مدت زمان آموزش بر حسب دقیقه و دفعات آموزش به بیمار در طی زمان بستری در بخش CCU بود.

روایی پرسشنامه با استفاده از اعتبار محتوا و شیوه panel expert تأیید شد به طوری که ابتدا با استفاده از گویه های مربوط به حوزه دانش آموختگان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و منابع معتبر به صورت مطالعه کتابخانه ای و مجلات [۱۵ و ۸]، پرسشنامه تهیه گردید و سپس به ده نفر از اساتید دانشگاه علوم پزشکی بیرجند داده شد و پس از کسب نظرات ایشان، پرسشنامه نهایی اصلاح گردید. جهت تعیین پایایی پرسشنامه ها، از برآورد آلفای کرونباخ استفاده شد. آلفای کرونباخ بر روی ۲۰ بیمار بستری در بخش CCU برای پرسشنامه سنجش آگاهی ۰/۸۲ و برای پرسشنامه سنجش نگرش ۰/۷۹ محاسبه گردید.

لازم به ذکر است جمع آوری اطلاعات توسط خود محقق (به طور ثابت) در بخش CCU و پس از برقراری ارتباط صحیح با بیماران و به صورت مصاحبه های انفرادی صورت گرفت. همچنین در پایان پرسشنامه از بیماران سوالاتی در مورد این که " آیا پرستاران به شما آموزش لازم را داده اند؟، در مورد چه چیزهایی به شما آموزش داده شد و مدت زمان آموزش به شما چند دقیقه بود، پرسیده شد.

در نهایت میانگین نمره آگاهی و نگرش بیماران در روز اول بستری با نمره آگاهی و نگرش آنها در روز آخر بستری مقایسه و تغییرات آن اندازه گیری شد. همچنین کمیت آموزش به صورت میانگین مدت زمان آموزش بیمار بر حسب دقیقه به دست آمد. داده های استخراج شده از پرسشنامه ها کد گذاری

۰/۱۸±۰/۶۶ بود، که سطح آگاهی ۳۸ نفر (۰/۶۴/۴) در روز اول متوسط و در روز آخر ۳۵ نفر (۰/۵۸/۴) بالا بود. در مورد رژیم دارویی بیماران قلبی، میانگین آگاهی آنان در روز اول بستری ۰/۲۶±۰/۴۹ و در روز آخر بستری ۰/۲۴±۰/۵۲ بود، که سطح آگاهی ۵۰ نفر (۰/۸۳/۴) در روز اول و روز آخر متوسط بود. در مورد رژیم غذایی بیماران قلبی، میانگین آگاهی آنان در روز اول بستری ۰/۱۸±۰/۵۱ و در روز آخر بستری ۰/۱۶±۰/۵۵ بود، که سطح آگاهی ۴۴ نفر (۰/۷۳/۲) در روز اول و ۳۵ نفر (۰/۵۸/۳) در روز آخر متوسط بود. در مورد فعالیت فیزیکی و ورزش، میانگین آگاهی بیماران در روز اول بستری ۰/۲±۰/۶۳ و در روز آخر بستری ۰/۱۶±۰/۶۱ بود، که سطح آگاهی ۴۷ نفر (۰/۷۸/۴) در روز اول و ۴۱ نفر (۰/۶۸/۴) در روز آخر متوسط بود. همچنین پس از مقایسه تغییرات میانگین آگاهی در بیماران در روز اول و روز آخر بستری، اختلاف به دست آمده معنی دار نبود (جدول شماره ۱).

و توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ و با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و نمودار) و آمار تحلیلی (آزمون زوج) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. همچنین برای متغیر آگاهی و نگرش، در ابعاد اندازه گیری شده بر اساس قانون ۳۳ درصد سطوح ضعیف (کمتر از ۳۳ درصد)، متوسط (۳۳ تا ۷۰ درصد) و خوب (بالاتر از ۷۱ درصد) در نظر گرفته شد.

نتایج

میانگین سن بیماران مورد بررسی، ۶۱/۷۶ سال بود. ۳۷ نفر (۰/۶۱/۷) از نمونه های پژوهش را مردان و ۲۳ نفر (۰/۳۸/۳) را زنان تشکیل دادند، ۴۱/۶ درصد از بیماران مورد مطالعه بی سواد و تنها ۳/۳ درصد از کل بیماران دارای تحصیلات دانشگاهی بودند، ۶۸/۳ درصد از بیماران فاقد سابقه قبلی سکته قلبی بودند و ۵۶/۷ درصد از بیماران متذکر شدند که دارای سابقه بیماری هایی از قبیل دیابت، پرفشاری خون هستند.

میانگین نمره آگاهی بیماران در مورد ماهیت بیماری سکته قلبی در روز اول بستری ۰/۳۴±۰/۵۱ و در روز آخر بستری ۰/۳۷±۰/۵۷ بود، که سطح آگاهی ۲۸ نفر (۰/۶۳/۲) در روز اول و ۳۴ نفر (۰/۵۶/۶) در روز آخر، بالا بود. میانگین آگاهی بیماران در مورد عوامل خطر بیماری قلبی، در روز اول بستری ۰/۱۷±۰/۶۲ و در روز آخر بستری

جدول شماره ۱- مقایسه میانگین آگاهی بیماران روز اول بستری با روز آخر بستری در بخش CCU

متغیر	روز اول بستری	روز آخر بستری	مقدار P
علت بیماری	۰/۳۴ ± ۰/۵	۰/۳۷ ± ۰/۵۷	۰/۰۸
عوامل خطر	۰/۱۷ ± ۰/۶۲	۰/۱۸ ± ۰/۶۶	۰/۱۷
رژیم دارویی	۰/۲۶ ± ۰/۴۹	۰/۲۴ ± ۰/۵۲	۰/۱۷
رژیم غذایی	۰/۱۸ ± ۰/۵۱	۰/۱۶ ± ۰/۵۵	۰/۰۹
فعالیت فیزیکی و ورزش	۰/۲ ± ۰/۶۳	۰/۱۶ ± ۰/۶۱	۰/۳۴
آگاهی کل	۰/۱۵ ± ۰/۵۶	۰/۱۴ ± ۰/۵۹	۰/۱۵

پس از مقایسه میانگین های روز اول با روز آخر ، از نظر آماری تفاوت معنی داری بین نگرش بیماران در همه ابعاد و نگرش کلی مشاهده نشد (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲- مقایسه میانگین نگرش بیماران روز اول بستری با روز آخر بستری در بخش CCU

متغیر	روز اول بستری	روز آخر بستری	مقدار P
شدت درک شده	۴/۱۷ ± ۰/۵	۴/۱۶ ± ۰/۴۹	۰/۸۷
منافع درک شده	۳/۹۸ ± ۰/۵۷	۳/۹۲ ± ۰/۵۷	۰/۴۳
موانع درک شده	۳/۵۴ ± ۰/۶	۳/۶۱ ± ۰/۵۵	۰/۳۱
نگرش بیماران	۳/۸۲ ± ۰/۳۶	۳/۸۲ ± ۰/۳۷	۱

نتایج آزمون آماری t زوج

مهم ترین نگرش های نیازمند تغییر و اصلاح در بیماران در جدول شماره ۳ آمده است (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی نسبی نگرش های نیازمند تغییر (موانع درک شده)

متغیر	وضعیت پاسخ	درصد
کتاب های آموزشی برای بیماران سکته قلبی در دسترس من نمی باشد	کاملا موافقم	۴۰
فیلم آموزشی برای بیماران سکته قلبی در دسترس من نمی باشد	کاملا موافقم	۴۰
کلاس های آموزشی برای بیماران سکته قلبی در دسترس من نمی باشد	کاملا موافقم	۴۳
افرادی که بتوانند در زمینه سکته قلبی به من آموزش دهند در دسترس من نیست	کاملا موافقم	۳۳
پیش گیری از عود مجدد سکته های بعدی کار بسیار دشواری است	کاملا موافقم	۲۳
هزینه تهیه رژیم غذایی مخصوص بیماری سکته قلبی را ندارم	کاملا موافقم	۳۵
طعم غذای مخصوص بیماران سکته قلبی را دوست ندارم	نظری ندارم	۳۱/۷
وقت کافی برای انجام تمرینات ورزشی را ندارم	نظری ندارم	۴۵
توان مالی لازم برای تهیه داروهای قلبی را ندارم	کاملا موافقم	۳۳/۳

در بخش CCU کمتر از ۵ دقیقه است. همچنین بین میانگین آگاهی بیماران در طی مدت زمان بستری از نظر آماری تفاوت معنی داری دیده نشد.

در مطالعه حاضر سطح آگاهی ۵۰ درصد از بیماران مبتلا به اختلالات عروق کرونر، از عوامل خطر بیماری قلبی، بالا بود که با نتایج برخی تحقیقات دیگر مشابه می باشد. در یک مطالعه نیز ۸۱ درصد افراد سیگار، ۶۷ درصد کلسترول و ۴۸ درصد دیابت را به عنوان عامل خطر می شناختند [۱۶]. همچنین در گزارش یک مطالعه بیان شده که ۸۰ درصد مطالعه شوندگان

در نهایت اندازه گیری کمیت آموزش بیمار نشان داد که، میانگین زمان آموزش به بیمار از طرف پرستاران طی روزهای بستری $۳/۸۳ \pm ۲/۸۷$ دقیقه بوده است.

بحث

یافته مهم این پژوهش این است که به طور کلی آگاهی بیماران در زمینه بیماری قلبی در سطح متوسط قرار دارد. همچنین نگرش بیماران از بیماری خود در سطح متوسط و پایین قرار داشت و از همه مهم تر این که مدت زمان آموزش برای بیماران مبتلا به اختلالات عروق کرونر در زمان بستری

مسائل بهداشتی معمولاً به سوی تقویت و تغییر نگرش، ادراکات و عقاید فرد در مورد بیماری، درمان و اثر آن در فعالیت روزانه گام بر می‌دارد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که شدت درک شده ۶۰ درصد بیماران بستری در بخش CCU در سطح بالا و متوسط قرار داشت. شدت درک شده یعنی بیمار احساس کند بیماریش پیامدهای جدی در بردارد. افزایش شدت در فرد سبب می‌شود که خود را در معرض ابتلا مجدد به بیماری احساس کرده و تغییراتی در رفتار خود اتخاذ نماید. شدت درک شده بیماران از بیماری خود، در روز آخر بستری افزایش داشت اما از نظر آماری معنی دار نبود.

منافع درک شده بیماران بستری در بخش CCU در سطح پایین قرار داشت. منافع درک شده یعنی این که بیمار احساس کند که رفتار پیشگیری کننده منافی از طریق پیشگیری از ابتلا و یا از طریق کاهش عوارض آن برای وی در بر دارد [۸]. از طرف دیگر موانع درک شده بیماران بستری در بخش CCU مورد بررسی در سطح متوسط قرار داشت. موانع درک شده بیماران از قبیل درد، زحمت یا مخارج است، که ناپستی بیش از منافع درک شده آن اقدام بهداشتی باشد [۸]. موانع مهم بیماران در این مطالعه، عوامل اجتماعی همچون عدم وجود کلاس‌های آموزشی مناسب، غیر قابل تحمل بودن هزینه‌ها و دشواری تهیه داروهای موثر قلبی در اتخاذ تصمیمات و رفتارهای بهداشتی بیماران بود. لذا ضروری است تا به موارد اشاره شده از طرف بیماران به عنوان موانع درک شده آنان اهمیت داده شود تا بتوان این موانع را به حداقل ممکن رساند.

مقایسه آگاهی بیماران در روز اول و آخر بستری دارای تغییرات قابل مشاهده ای نبود. نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان داد که آگاهی بیماران طی مدت زمان بستری در بخش افزایش معنی داری نداشته است. بر اساس مطالعات انجام شده، مراقبت صحیح از خود تا اندازه زیادی عود مکرر بیماری و تعداد دفعات بستری را کاهش می‌دهد و همین امر سبب افزایش کیفیت زندگی و کاهش هزینه‌های زندگی می‌شود. مدت زمانی که بیماران در طی بستری خود از طرف پرستاران آموزش دریافت کرده بودند به طور میانگین

می‌دانستند، سیگار کشیدن، فشار خون و کلسترول عوامل خطر هستند [۱۷]. در مطالعه ای که در اصفهان انجام گرفت، مشخص شد که بیشترین دانش در مورد عوامل خطر، مربوط به تنش‌ها و مشکلات هیجانی بوده، در حقیقت یک سوم افراد متذکر شدند که اولین علت بیماری تنش است [۱۸]. اما در مطالعات دیگر نتایجی مخالف با نتایج مطالعه حاضر مشاهده شده، به طوری که نتایج برخی مطالعات نشان داد اکثر شرکت کنندگان اطلاعات ناکافی در زمینه عوامل خطر و مرتبط با بیماری قلبی - عروقی داشتند و فقط ۲۰ درصد از بیماران در مورد پیامدهای چاقی، فشار خون بالا و سیگار کشیدن بر روی عروق قلبی اطلاع داشتند [۱۹]. نتایج مطالعات انجام شده در بابل نشان داد که تنها ۰/۹ درصد مردم از عوامل خطر زای بیماری‌های قلبی و عروقی آگاهی کافی داشته اند [۲۰]. داشتن آگاهی بالا در مورد علت و عوامل خطر زای بیماری قلبی در اکثر مطالعات گزارش شده است، که توجه آن می‌تواند به علت راحتی درک و فهم عوامل خطر زایی همچون سیگار و استرس را از طریق رسانه‌های گروهی راحت تر می‌توان منتشر کرد. همچنین در مطالعه حاضر، ۵۶/۷ درصد، سابقه بیماری‌هایی مثل چربی و فشار خون بالا را متذکر شدند. با توجه به این که بستری بیش از یک بار برای افراد می‌تواند در ارتباط با بیماری قلبی آموزش دهنده باشد، پس توجه دیگر این گونه است که حضور در بیمارستان و بستری در بخش CCU، می‌تواند باعث افزایش سطح آگاهی بیماران شود. بیماران مورد بررسی در این مطالعه به دلیل داشتن سابقه چربی خون بالا، دیابت و بالا بودن فشار خون، مکرراً به پزشک خود مراجعه می‌کردند، لذا آنها از تاثیر این عوامل بر قلب و عروق آگاهی داشتند.

اما به نظر می‌رسد صرف داشتن آگاهی راجع به یک موضوع باعث ایجاد تغییر رفتار نمی‌شود، همان گونه که در بررسی دانش و نگرش و عملکرد پزشکان عمومی شهر اصفهان پیرامون عوامل خطر زای بیماری‌های قلبی، مشخص شد که ۱۴/۴ درصد آنان سیگار می‌کشند [۲۱]. برای انجام اقدامات پیشگیری، نگرش‌ها و باورها به اندازه آگاهی یا اطلاعات مهم هستند و تا زمانی که تمایلی به حفظ و ارتقای سلامتی به وجود نیاید، صرفاً کسب آگاهی موثر نخواهد بود و آموزش

۳/۸۲ دقیقه بود، که ۶۰ درصد آنان متذکر شده بودند که آموزش های لازم را از طرف پرستاران دریافت نکرده اند.

مطالعات زیادی تاثیر آموزش بر افزایش آگاهی بیماران را ثابت کرده است. نتایج مطالعه زعفری نشان داد که آموزش و مشاوره نسبتاً کوتاه چهره به چهره باعث بهبود دانش، نگرش و باور بیمار نسبت به سندرم کرونری حاد می شود و بنابراین ممکن است زمان به تاخیر افتادن درمان علائم این بیماری را کاهش دهد [۲۲]. مطالعه عباس زاده نشان داد که آموزش چهره به چهره و ویدیویی بر نگرش بیماران نسبت به بیماری، دریافت خدمات بهداشتی و اجرای مراقبت های توصیه شده تاثیر گذار است [۲۳]. استفاده از وسایل سمعی بصری مختلف به منظور آموزش بیماران در مورد بیماری قلبی می تواند بسیاری از عوارض این بیماری را کنترل نماید.

پس برای افزایش اطلاعاتی که لازم است بیماران پس از بستری شدن در بخش CCU داشته باشند و همچنین بهبود وضعیت فعلی آموزش موجود در بیمارستان، لازم است ارائه خدمات آموزشی توسط پرستاران به عنوان محور اصلی عملکرد حرفه ای شان تلقی گردد. همچنین آموزش های لازم به بیماران باید در قالب شیوه های قابل قبول و عینی توسط پرستاران صورت گیرد.

منابع

1. Maclin D, Chokalingam A. the global burden of cardiovascular diseases. canadian cardiovascular society Bulletin. 2002;1(1-3).
2. Imanipour M, Bassampour S, Haghani H. Relationship between Preventive Behaviors and Knowledge Regarding Cardiovascular Diseases. Hayat. 2009; 14 (2) :41-9. [persian]
3. Behrouzifar S, Zenouzi S, Nezafati M, Esmaili H. Factors Affecting the Patients' Quality of Life after Coronary Artery Bypass Graft. IJN. 2009; 22 (57) :31-41. [persian]
4. Noghahi AA, Bashan M, zadeh SF, Asadi M. Effect of Cardiac Rehabilitation Program's First Phase on Anxiety in Patients with Coronary Arteries Bypass Surgery. Hayat. 2008/2009;14(3-4):101.
5. Babatabar Darzi H , Ebadi A , Karimi Zarchi A A , Sharghi Namin A R , Mokhtari Noori J , Tadrissi S D , et al . Relation between complication of post CABG with during of intubation. IJCCN. 2009; 2 (1) :31-3. [persian]
6. Sabzmakan L, Hazavehei S, Morowatisharifabad M, Hasanzadeh A, Rabiee K, Sadeqi M. The effects of a PRECEDE-based educational program on depression, general health, and quality of life of coronary artery bypass grafting patients. Payesh. 2009;8(1):87. [persian]

نتیجه گیری

سطح دانش و نگرش بیماران بستری در بخش CCU متوسط و ضعیف می باشد و افزایش معنی داری در دانش و نگرش آنها در روز ترخیص از بخش مشاهده نشده است، که جهت ارتقاء بهبود دانش و نگرش آنها باید برنامه آموزش به بیمار ارتقاء داده شود. با توجه به نتایج مطالعات و اثر بخش بودن برنامه های آموزش خود مراقبتی بر آگاهی بیماران و با توجه به این که ۳/۸۲ دقیقه زمان کمی برای آموزش بیمار در طی زمان بستری در بخش CCU می باشد، لذا به مسئولین و برنامه ریزان آموزش علوم پزشکی پیشنهاد می شود که در آموزش بیماران از جلسات کوتاه در زمان بستری در بخش CCU استفاده شود.

تقدیر و تشکر

این مطالعه بخشی از نتایج پایان نامه کارشناسی ارشد می باشد، پژوهشگران از مسئولین محترم دانشگاه و مرکز بهداشتی- درمانی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند برای مجوز ورود به عرصه پژوهش، و نیز از مشارکت کنندگان گرامی طرح تشکر و قدردانی می نمایند.

7. Moeini M, Kahangi L, Valiani M, Heshmat R. The effect of reflexotherapy on some of the patients' vital signs before CABG surgery . Iran J Nurs Midwifery Res. 2011 Winter; 16(1): 24-28. [persian]
8. Shidfar M, Hosseini M, Shojaezade D, Asadi N, Majlesi F ,Nazemi S. Effectiveness of an educational program on knowledge and attitudes of angina patients in Mashhad,Iran: Results of an intervention. Birjand University of Medical Sciences Iran. 2007;14(1):18-27.[persian]
9. GHolaghaee F, KHosravi S. Client education process in clinical care and outpatient. Tehran:Boshra Publication. 2010:2-3. [persian]
10. Morgan AK. Clint Education Experiences in Professional Nursing Practice: A Phenomenological Perspective. J Adv Nurs. 1994 Apr;19(4):792-801.
11. Bartlett E .E. Cost-benefit analysis of patient education. Patient Education and Counseling. 1995;26(1-3):78-91.
12. Prendergast HM, Bunney EB, Roberson Th, Theresa Davis Th. Knowledge of Heart Disease Amonge Women in an urban emergency setting. J Natl Med Assoc, Pubmed, 2004 Aug;96(8):1027-31.
13. Mumy B, Zenther P. Nursing Assessment and health promotion through the life London:prentic Hall com. 1985;185.
14. Shidfar M, Shojaei D, Hosseini M . Knowledge, attitude and lifestyle of patients with unstable angina at university hospitals in Mashhad Journal of Public Health, School of Public Health 2004;2(3):65-82. [persian]
15. Ghisi GL, Durieux A, Manfroi WC, Herdy AH, Carvalho Td, Andrade A, Benetti M. Construction and Validation of the CADE-Q for Patient Education in Cardiac Rehabilitation Programs. Arq Bras Cardiol. 2010 Jun;94(6):813-22.
16. Ford E, Jones D. Cardiovascular health knowledge in the United states: findings from the national health survey. Preven Med. 1991 Nov; 20(6): 725-36.
17. Andersson P, Leppert J. Men of socio- economic and educational level possess pronounced deficient knowledge about the risk factors related to coronary heart disease. J Cardiovasc Risk. 2001 Dec;8(6):371-7.
18. Alikhasi, H.; Sarrafzadegan, N..Comparison of knowledge and practice of Isfahan people about the CVD risk factors. Atherosclerosis. 1998 March;136(1):74.
19. Baberg HT, Jäger D, Kahrman G, de Zeeuw J, Bojara W, Lemke B. and et al .health promotion and cardiovascular risk faktors:the level of knowledge among 510 inpatients of an acute coronary care unit. Medizinis che klinik. 2000;95(2):75-85.
20. Jalali F, Haji Ahmadi M, Hosseinpour M, Angari MZ, Asadi E. Knowledge, attitude and practice (KAP) of people living in Babol about clinical symptoms and risk factors of coronary artery diseases (CAD). JBUMS. 2004 Wint;6(1):43-9. [persian]
21. Farhad M, Moazem E, Imany FE, Sarafzadegan N. A study of knowledge, attitude and practice of general practitioners regarding risk factors of cardiovascular disease. Journal of Isfahan Medical school. 1997;3(4):24-7. [persian]
22. Zafari S, Ghadrdoost B, Hanifi Z, Khaleghparast-Athari S. The effect of face-to-face education on knowledge, attitude, and believes of acute coronary syndrome patients about heart disease: an experimental study. Cardiovascular Nursing Journal. 2012; 1 (1) :36-41. [persian]

23. Abbaszadeh A, Borhani F, Asadi N. Title: Comparison of video tutorials and face-on knowledge and attitudes of patients with myocardial infarction .Payesh.2012Nov-Dec;11(6):907-12. [persian]

Changes in awareness and attitude toward their disease in patients with acute coronary syndrome admitted to the CCU of Vali-Asr Hospital - Birjand

Esteki R¹, Mahmodirad Gh²

¹- Corresponding Author, MS of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Science, Birjand, Iran..Email:raesteki@gmail.com.tel:09362403255

²- Assistant Professor, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

Background and objectives: It is predicted that 23.4 million people will be died of acute coronary syndrome up to 2030. Health education based on the awareness of risk factors of cardiovascular diseases and changing of patients' attitude of patients are among important factors affecting the prognosis of these diseases. This study was conducted to determine the changes of awareness and attitudes of patients with acute coronary syndrome toward their disease during their hospitalization in CCU.

Materials and Methods: In this descriptive study, 60 patients admitted to the CCU of Vali-Asr Hospital of Birjand were included using census method. Patients' awareness and attitude were measured at the times of admission and discharge using a researcher-made questionnaire. Validity and reliability of the questionnaire was assessed using content validity and Cronbach's alpha test respectively. The quantitative data was analyzed using descriptive statistics and *t* test was used for comparison of the means of the dates of admission and discharge.

Results: The findings of this study indicated that the rate of patients' awareness at the discharge time was not significantly increased compared to the corresponding value of the admission time. The patients' attitude toward the intensity of the perceived risk for recurrent morbidity was equals to or greater than the intermediate level. The average time of patients' education during their hospitalization by nurses was 3.83 ± 2.87 minutes.

Conclusion: According to the results of this study, more and extensive training courses for patients are warranted to improve the level of their awareness and attitude toward the disease of acute coronary syndrome.

Keywords: knowledge, attitude, coronary artery disorders, CCU