

## مقاله پژوهشی

فصلنامه دانشکده پرستاری مامایی و پیراپزشکی رفسنجان

سال پنجم، شماره اول و دوم، پاییز و زمستان ۱۳۸۹

# میزان آگاهی از اصول خود مراقبتی در بیماران سندرم حاد کرونری مراجعه کننده به

## مرکز آموزشی درمانی علی ابن ابیطالب (ع) رفسنجان در سال ۱۳۸۸

علی خدادادی زاده<sup>۱\*</sup>، احمدرضا صیادی<sup>۲</sup>، حسین اسماعیلی<sup>۳</sup>

### خلاصه

**زمینه و هدف:** سندرم حاد کرونری به عنوان اولین عامل مرگ و میر در کشور ما سالانه ۱۱۰۰۰۰ نفر را به کام مرگ می‌کشد. فعالیت جسمی، تغییر رژیم دارویی و رژیم غذایی جزء رفتارهای خود مراقبتی هستند که برای درمان سندرم حاد کرونری توصیه می‌شوند. افزایش آگاهی مردم و درک آنها از عوامل خطرزای بیماری و آموزش رفتارهای خود مراقبتی می‌تواند موجب ارتقای سلامتی بیماران عروق کرونری شود. بیماران قلبی، برای مواجهه با مشکلات بیماری، نیاز به رفتارهای خود مراقبتی دارند، لذا شناسایی این رفتارها و تشویق بیمار جهت مشارکت و قبول مسئولیت در انجام صحیح آنها منجر به کنترل عوارض بیماری خواهد شد. لذا این پژوهش با هدف سنجش میزان آگاهی بیماران قلبی از اصول خود مراقبتی انجام گرفت.

**مواد و روش‌ها:** مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی است که بر روی ۳۵۲ بیمار مبتلا به بیماری‌های عروق کرونری و بستری در بخش‌های قلب (مراقبت‌های ویژه قلب "CCU" و آنژیوگرافی) مرکز آموزشی درمانی علی ابن ابیطالب رفسنجان در سال ۱۳۸۸ به روش غیر احتمالی آسان و مبتنی بر هدف انجام گرفت. اطلاعات مورد پژوهش به وسیله پرسشنامه اطلاعات فردی و پرسشنامه مربوط به اصول خود مراقبتی مشتمل بر ۳ حیطه رژیم دارویی، غذایی و فعالیت‌های فیزیکی و به طریق مصاحبه جمع‌آوری گردید. آنالیز اطلاعات نیز با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی و نرم افزار spss 15 انجام پذیرفت.

**یافته‌ها:** ۵۳/۴ درصد (۱۸۸ نفر) نمونه‌ها مرد و میانگین سنی کل نمونه‌ها  $60/86 \pm 11/45$  بود. ۸۱ درصد نمونه‌ها از آگاهی متوسط برخوردار بودند. به طوری که نمونه‌های مورد پژوهش در حیطه رژیم دارویی ۳۶/۹ درصد، ۵۹/۷ درصد، ۳/۴ درصد به ترتیب آگاهی ضعیف، متوسط و خوب، در حیطه رژیم غذایی ۱۶/۲ درصد، ۷۱/۳ درصد، ۱۲/۵ درصد به ترتیب آگاهی ضعیف، متوسط و خوب و در حیطه فعالیت‌های فیزیکی ۱۱/۶ درصد، ۶۴/۸ درصد، ۳۲/۶ درصد به ترتیب آگاهی ضعیف، متوسط و خوب برخوردار بودند.

**نتیجه‌گیری:** دانش خود مراقبتی در بیماران دچار سندرم حاد کرونری نسبتاً پائین می‌باشد و با توجه به این که آموزش خود مراقبتی به بیماران از اصلی‌ترین وظایف پرستاری است و افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی نیازمند آموزش مداوم و مستمر می‌باشند، لذا آموزش خود مراقبتی به این بیماران در راس اقدامات پرستاری توصیه می‌شود.

**واژه‌های کلیدی:** آگاهی، خود مراقبتی، بیماران قلبی، رفسنجان

<sup>۱</sup> - \* مربی و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> - مربی و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

<sup>۳</sup> - کارشناس پرستاری

## مقدمه

سندرم حاد کرونری از شایع ترین بیماری های مزمن، پیشرونده و تهدید کننده حیات در اکثر کشورهای دنیا از جمله ایالات متحده است. طیف بالینی بیماری عروق کرونر از ایسکمی<sup>۴</sup> بدون علامت تا آنژین مزمن پایدار<sup>۵</sup>، آنژین ناپایدار<sup>۶</sup>، انفارکتوس حاد میوکارد<sup>۷</sup>، کاردیو میوپاتی ایسکمیک<sup>۸</sup> و مرگ ناگهانی قلبی متفاوت بوده و شایع ترین علت بستری در بیمارستان است. [۲۱]. بر اساس گزارش انجمن قلب آمریکا در سال ۲۰۲۰ میلادی از هر سه آمریکایی یک نفر یا بیشتر به یکی از اشکال بیماری های قلبی و عروقی مبتلا می شوند و در اروپا از هر چهار میلیون مرگ در سال، دو میلیون مربوط به بیماری های قلبی و عروقی خواهد بود [۳]. بر پایه گزارش سازمان بهداشت جهانی در پایان هزاره دوم میلادی قسمت اعظم بودجه درمانی در کشورهای در حال توسعه برای بیماری های غیر واگیر مخصوصاً بیماری های قلبی-عروقی اختصاص یافته است و ۵۰ درصد کل مرگ و میرها را تشکیل می دهد [۴]. امروزه بیماری های قلبی و عروقی در ایران هم به صورت یک مشکل اجتماعی در آمده به طوری که مرگ و میر ناشی از این بیماری ۶/۴ مرگ در هر ۱۰۰۰۰ جمعیت و بیشترین سهم را به خود اختصاص داده است [۵]. رعایت رفتارهای خود مراقبتی در مبتلایان به بیماری های مزمن از اهمیت به سزایی برخوردار است و بیماران می توانند با کسب مهارت های مراقبت از خود، بر آسایش، توانایی های عملکردی و فرایندهای بیماری خود تأثیر گذار باشند [۶]. بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مزمن نیز، به علت عواقب بیماری و درمان، با تغییر در نیازهای خود مراقبتی مواجه خواهند بود و برای مواجهه با مشکلات بیماری نیاز به رفتارهای خود مراقبتی دارند [۷]. در سال های اخیر، تمرکز بر درمان های حمایتی و آموزشی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی به طور

<sup>4</sup>-ischemia

<sup>5</sup>-chronic stable angina

<sup>6</sup>-unstable angina

<sup>7</sup>-myocardial infarction

<sup>8</sup>-ischemic cardio myopathy

<sup>9</sup>-hyper lipidemy

<sup>10</sup>-fibrosis plaque

<sup>11</sup>-aterosclerosis

فزاینده ای مورد توجه قرار گرفته است و تمرکز درمان نیز بیشتر بر روی پذیرش درمان و مراقبت از خود است [۸]. خود مراقبتی در نارسایی قلبی بر مواردی چون رژیم غذایی و دارویی، محدودیت سدیم و مایعات، میزان فعالیت های مجاز، وزن روزانه، پی گیری و تصمیم گیری جهت اقدامات مناسب درمانی، در هنگام بروز بیماری شدید دلالت می کند [۹]. عوامل متعددی در شیوع بیماری های عروق کرونری دخیل هستند از جمله: هیپرلیپیدیمی<sup>۹</sup>، پرفشاری خون، مصرف سیگار، دیابت شیرین و جنس مذکر. در مجموع، این عوامل با افزایش شیوع پلاک فیبروز<sup>۱۰</sup> و عوارض ناشی از آن همراه هستند. سابقه فامیلی بیماری عروق کرونر قوی ترین عامل خطر ساز برای آترواسکلروز<sup>۱۱</sup> است که مستقل از سایر عوامل اثر می کند [۱۰]. اصل مهم در خود مراقبتی، مشارکت و قبول مسئولیت از طرف خود بیمار است تا با انجام صحیح رفتارهای خود مراقبتی، بسیاری از عوارض بیماری کنترل شود [۱۱]. به دلیل ماهیت مزمن بیماری های عروق کرونر، پیگیری منظم و تغییر در شیوه زندگی و قبول توصیه های ارائه شده می تواند بر طول عمر این بیماران تأثیر بگذارد. ورزش و فعالیت جسمی، تغییر در رژیم غذایی، عدم استعمال سیگار، مقابله با تنیدگی و رعایت رژیم دارویی جزء رفتارهای مراقبت از خود هستند که برای بیماری های عروق کرونر توصیه می شوند. یکی از عوامل مؤثر در بستری مجدد بیماری های قلبی-عروقی نداشتن آگاهی از رژیم درمانی صحیح می باشد. آگاهی بیمار از رژیم درمانی مناسب، نه تنها به عنوان یک عامل اساسی در تطابق با بیماری عمل می کند، بلکه توانایی وی را در قبول وضعیت جدید افزایش داده و از بروز مشکلات و عوارض ناشی از بیماری جلوگیری می کند [۱۲]. در پژوهشی که شجاعی و همکاران انجام دادند تنها ۲۶ درصد از نمونه ها خود مراقبتی را به خوبی ایفا کرده بودند [۱۳]. در مطالعه ای که نصیری و همکاران انجام دادند بیماران در زمینه بیماری، رژیم

مراقبت‌های ویژه قلب "CCU" و آنژیوگرافی مرکز آموزشی درمانی علی ابن ابیطالب (ع) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان در سال ۱۳۸۸ انجام گرفت. نمونه‌های پژوهش، به روش غیر احتمالی آسان و مبتنی بر هدف انتخاب شدند. معیار ورود به مطالعه: سن بالاتر از ۱۸ سال و مبتلا به بیماری سندرم حاد کرونری که به دلیل بیماری بستری شده بودند. معیارهای خروج از مطالعه: عدم رضایت بیماران و عدم هوشیاری آنان در جواب دادن به سوالات بود. ابزار جمع‌آوری داده‌ها مشتمل بر دو بخش: بخش اول مشخصات دموگرافیک و بخش دوم مشتمل بر سه بخش مربوط به آگاهی از رژیم دارویی، آگاهی از رژیم غذایی و آگاهی از میزان فعالیت بود. روایی و پایایی پرسشنامه در مطالعه مشابه مورد [۱۱] بررسی قرار گرفته و جواب سوالات به شکل «بله» و «خیر» و «نمی‌دانم» طبقه‌بندی شده بود. جهت محاسبه نمره آگاهی به جواب بله نمره «۱» و به جواب خیر و نمی‌دانم نمره «صفر» تعلق می‌گرفت. سپس، نمرات هر حیطة جمع و نمره آگاهی آن محاسبه و در نهایت نمره کل آگاهی هر سه حیطة محاسبه گردید. جهت محاسبه سطح آگاهی، نمرات هر حیطة به سه قسمت تقسیم شد. در حیطة آگاهی از رژیم دارویی (شامل ۸ سؤال) به نمرات کمتر از «۲» آگاهی ضعیف، نمرات بین «۳ تا ۵» آگاهی متوسط و نمرات بین «۶ تا ۸» آگاهی خوب و در حیطة آگاهی از رژیم غذایی (شامل ۱۰ سؤال) به نمرات کمتر از «۳» آگاهی ضعیف، نمرات بین «۴ تا ۷» آگاهی متوسط و نمرات بین «۸ تا ۱۰» آگاهی خوب و در حیطة میزان فعالیت (شامل ۱۲ سؤال) به نمرات کمتر از «۴» آگاهی ضعیف، نمرات بین «۵ تا ۸» آگاهی متوسط و نمرات بین «۹ تا ۱۲» آگاهی خوب تعلق گرفت. همچنین، در مورد آگاهی کل (جمعاً ۳۰ سؤال) به نمرات کمتر از «۱۰» آگاهی ضعیف، نمرات بین «۱۱ تا ۲۰» آگاهی متوسط و به نمرات بین «۲۱ تا ۳۰» آگاهی خوب تعلق گرفت. همچنین در پایان پرسشنامه از نمونه‌ها یک سوال در مورد این‌که " آیا قبلاً در مورد بیماری خود آموزش‌های لازم را دیده‌است " پرسیده شد. بیمارانی که

غذایی، دارویی و فعالیت، نیاز به آموزش داشتند [۱۴]. با توجه به موارد ذکر شده، این بیماران در انجام خودمراقبتی با موانعی مواجه هستند و تعجب آور نیست که خودمراقبتی ضعیف می‌تواند منجر به بستری مکرر و کیفیت زندگی اندک آنها گردد [۱۵]. یکی از استانداردهای مراقبتی در پرستاری، آموزش به بیمار است. آموزش در هنگام بستری در بیمارستان، باید متمرکز بر فعالیت خود مراقبتی در بخش و منزل باشد [۱۶]. در نتیجه، یکی از بخش‌های مهم برنامه‌های کنترل نارسایی قلبی آموزش و کمک به بیماران برای سازگاری با شرایط مزمن بیماری و انجام رفتار خود مراقبتی مناسب است. در برنامه ریزی‌های تدوین شده برای ترخیص بیماران این روش‌های حمایتی باید توسط پرستاران انجام شود [۱۷]. مؤثرترین نقش پرستاران آموزش به بیماران می‌باشد، لذا آموزش‌ها باید قبل از ترخیص بیمار طراحی شود، در خانه ادامه یابد و بیمار را در امر مراقبت از خود تشویق نماید. بدین وسیله هزینه‌های خدماتی بهداشتی نیز کاهش می‌یابد. در تحقیقات انجام شده از بیماران، پرستاران بیشترین نقش را در آموزش و کسب مهارت‌های خود مراقبتی آنها داشته‌اند [۱۸]. با توجه به نقش مهم پرستاران در ارتقای سطح سلامت و آموزش رفتارهای خود مراقبتی، می‌توان با شناسایی این رفتارها مداخلات برنامه ریزی شده‌ای برای ارتقای سطح رفتارهای خود مراقبتی و در نتیجه، بهبود کیفیت زندگی بیماران قلبی تدوین نمود. پژوهش حاضر با هدف تعیین آگاهی از اصول خود مراقبتی در بیماران عروق کرونر مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی علی ابن ابیطالب رفسنجان در سال ۱۳۸۸ انجام پذیرفته است تا بتوان با کسب آگاهی و دانش در زمینه خود مراقبتی، همگام با اجرای برنامه مراقبتی، به آموزش بیماران و برنامه ریزی برای ارتقای سطح رفتارهای خود مراقبتی اهتمام ورزید و آنان را در انجام خود مراقبتی توانمند ساخت.

#### مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی بود که بر روی ۳۵۲ بیمار مبتلا به بیماری سندرم حاد کرونر بستری در بخش‌های

spss15 و آزمون‌های آماری توصیفی، تحلیل واریانس یک طرفه، آزمون t مستقل، کای دو و کرسکال والیس استفاده شد.

قادر به تکمیل پرسشنامه به دلیل بیماری و بدحالی نبودند. سوالات توسط پژوهشگر از بیمار پرسیده شده و پرسشنامه‌ها تکمیل می‌شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار یافته‌ها

بیشترین و کمترین تشخیص بیماران به ترتیب انفارکتوس میوکارد و نارسایی احتقانی قلبی بود (جدول شماره ۱).

در نمونه‌های مورد پژوهش کمترین سن ۲۳ سال و بیشترین سن ۸۸ سال با میانگین سنی برابر  $60/86 \pm 11/45$  سال بود.

جدول شماره ۱- میزان فراوانی و درصد تشخیص بیماران مورد مطالعه

تشخیص	درصد	تعداد
آنژین صدری (c.p)	۳۱/۶	۱۱۱
انفارکتوس میوکارد (mi)	۴۱/۸	۴۷
آنژیوپلاستی	۱۰/۵	۳۷
گرافت بای پس عروق کرونری (CABG)	۶/۸	۲۴
آریتمی	۵/۷	۲۰
نارسایی احتقانی قلب (CHF)	۳/۷	۱۳
جمع	۱۰۰	۲۵۲

درصد بیوه بودند. ۸۳/۲ در صد نمونه مورد بررسی دخانیات مصرف نمی‌کردند. در ۳۶/۴ درصد نمونه‌ها سابقه دیابت، ۴۲/۹ درصد سابقه هیپرلیپیدمی و ۵۰/۶ درصد سابقه خانوادگی بیماری قلبی وجود داشت. ۷۷/۳ درصد نمونه‌ها قبلاً آموزش مدون در مورد بیماری خود دریافت نکرده بودند. (جدول شماره ۲)

۵۳/۴ درصد (۱۸۸ نفر) از نمونه مورد بررسی را مردان و ۴۶/۶ درصد (۱۶۴ نفر) را زنان تشکیل می‌دادند. نمونه‌ها از نظر وضعیت اقتصادی ۴ درصد در حد ضعیف، ۶۱/۱ درصد در حد متوسط و ۳۴/۹ درصد در حد خوب قرار داشتند. از نظر محل سکونت ۵۲/۳ درصد شهری و ۴۷/۷ درصد روستایی بودند. از نظر وضعیت تاهل ۱/۴ درصد مجرد، ۹۱/۸ درصد متأهل و ۶/۸

جدول شماره ۲- فراوانی میزان آگاهی بیماران از اصول خود مراقبتی براساس سن ، مصرف سیگار، سابقه هیپر لیپیدمی و

دریافت آموزش خود مراقبتی

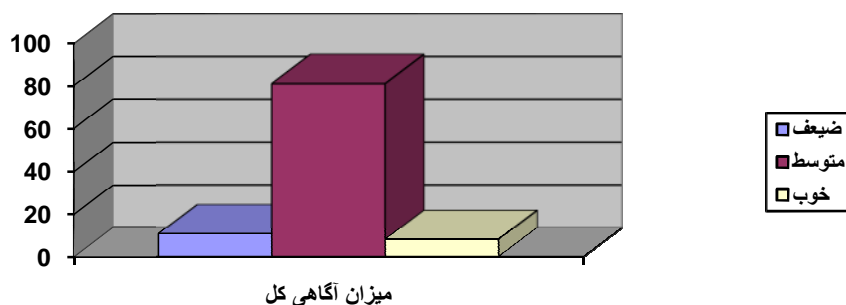
	df	$\chi^2$	جمع		میزان آگاهی						مشخصات دموگرافیک	
			درصد	تعداد	خوب		متوسط		ضعیف			
					درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۰/۰۰۲	۹۲	۱/۸۴	۱۰۰	۲۰	۰	۰	۶۰	۱۲	۴۰	۸	۲۳-۴۴	سن
			۱۰۰	۱۷۸	۱۱/۲	۲۳	۸۴/۹	۱۴۷	۳/۹	۸	۴۵-۶۶	
			۱۰۰	۱۲۷	۴/۷	۶	۷۸	۹۹	۱۷/۳	۲۲	۶۶-۸۸	
۰/۰۰۰	۲	۹/۶۴	۱۰۰	۵۹	۶/۸	۴	۶۷/۸	۴۰	۲۵/۴	۱۵	بله	مصرف سیگار
			۱۰۰	۲۹۳	۸/۵	۲۵	۸۳/۶	۲۴۵	۷/۸	۲۳	خیر	
۰/۰۰۲	۲	۱۰/۰۸	۱۰۰	۱۵۱	۱۳/۹	۲۱	۷۸/۱	۱۱۸	۷/۹	۱۲	دارد	سابقه هیپر لیپیدمی
			۱۰۰	۲۰۱	۴	۸	۸۳/۱	۱۶۷	۱۲/۹	۲۶	ندارد	
۰/۰۰۳	۲	۱۰/۳۷	۱۰۰	۸۰	۱۶/۳	۱۳	۷۸/۸	۶۳	۵	۴	بله	دریافت آموزش خود مراقبتی
			۱۰۰	۲۷۲	۵/۹	۱۶	۸۱/۶	۲۲۲	۱۲/۵	۳۴	خیر	

برخوردار بودند. در حیطه رژیم فعالیتی بیشترین تعداد نمونه ها دارای آگاهی متوسط (۶۴/۸ درصد) بودند و تنها ۲۳/۶ درصد از نمونه ها دارای آگاهی خوب بودند (جدول شماره ۳). آزمون کای اسکور ارتباط معنی داری بین نمره کل آگاهی و سن، مصرف سیگار، سابقه هیپرلیپیدمی و دریافت آموزش در مورد بیماری قلبی نشان داد (p<0/05).

در بررسی میزان آگاهی را ۱۰/۸ درصد نمونه ها دارای آگاهی کم و ۸۱ درصد دارای آگاهی متوسط و ۸/۲ درصد نمونه ها از آگاهی خوب برخوردار بودند. در حیطه رژیم دارویی، بیشترین تعداد نمونه ها دارای آگاهی متوسط (۵۹/۷ درصد) بودند و تنها ۳/۴ درصد از نمونه ها دارای آگاهی خوب بودند. در حیطه رژیم غذایی بیشترین تعداد نمونه ها دارای آگاهی متوسط (۷۱/۳ درصد) بودند و تنها ۱۲/۵ درصد از نمونه ها از آگاهی خوب

جدول شماره ۳- فراوانی میزان آگاهی بیماران از اصول خود مراقبتی در حیطه رژیم دارویی، رژیم غذایی و رژیم فعالیتی

جمع		میزان آگاهی						حیطه
		خوب		متوسط		ضعیف		
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۰۰	۳۵۲	۳/۴	۱۲	۳۶/۹	۱۳۰	۵۹/۷	۲۱۰	رژیم دارویی
۱۰۰	۳۵۲	۱۲/۵	۴۴	۱۶/۲	۵۷	۷۱/۳	۲۵۱	رژیم غذایی
۱۰۰	۳۵۲	۲۳/۶	۸۴	۶۴/۸	۲۲۸	۱۱/۶	۴۱	رژیم فعالیتی



### نمودار شماره ۱: درصد میزان آگاهی بیماران از اصول خود مراقبتی

#### بحث

نیمی از بیماران رفتارهای خودمراقبتی در سطح متوسط و نیمی دیگر در سطح خوب داشتند [۲۲] که با مطالعه ما هم خوانی ندارد. همچنین در یک مطالعه کیفی درباره بررسی موانع انجام رفتارهای خودمراقبتی، در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، مشخص شد که بسیاری از بیماران اصولاً اعتقادی به تأثیر مثبت رفتارهای خودمراقبتی بر روی تسکین علائم بیماری‌شان ندارند که این امر تبعیت آنها از رفتارهای خودمراقبتی را تحت تأثیر قرار داده است و بیماران انگیزه ای جهت انجام این رفتارها ندارند [۲۳]. که با توجه به سطح متوسط آگاهی نمونه های شرکت کننده در پژوهش ما، با نتایج ما هم خوانی نداشت. همچنین، مطالعه‌ای که توسط پورغزنین صورت گرفت نشان داد که اکثر واحد های مورد پژوهش دارای سطح آگاهی و عملکرد نسبتاً ضعیف در زمینه رژیم غذایی بوده و علی رغم سطوح بالای کلسترول و تری گلیسیرید خون، افزایش فشار خون و مقادیر بالای قند خون رژیم غذایی مناسب رعایت نمی شد [۲۵] که با مطالعه ما هم خوانی نداشت که شاید به دلیل تعداد نمونه بیشتر ما نسبت به پژوهش ایشان باشد. در مطالعه صادقی نیز نتایج حاکی از آن بود که ۳۳/۱ درصد کل نمونه ها از آگاهی متوسط برخوردار می باشند [۲۵] که کمتر از مطالعه ما بود و با مطالعه ما هم خوانی نداشت که شاید به دلیل محیط متفاوت پژوهش و میانگین سنی متفاوت، با نمونه های ما باشد. متأسفانه این بیماران، در انجام رفتارهای خودمراقبتی، با موانع متعددی نظیر کمبود اطلاعات، محدودیت های جسمی، عدم سازگاری با درمان های متعدد و پیچیده و ابتلا به بیماری های مزمن دیگر روبرو

در این پژوهش ارتباط معنی داری بین نمره کل آگاهی و سن، مصرف سیگار، سابقه هیپرلیپیدمی و دریافت آموزش در مورد بیماری قلبی وجود داشت به طوری که میزان آگاهی از اصول خود مراقبتی متوسط و خوب در رده سنی ۴۵-۶۶ بیشترین میزان را داشت که با مطالعه محمد حسنی و همکاران که در سال ۸۹ انجام دادند هم خوانی دارد [۹]. در این مطالعه بیشترین میزان آگاهی متوسط و خوب از اصول خود مراقبتی در بیمارانی که سیگار نمی کشیدند دیده شد که شاید دلیل عدم مصرف سیگار در این گروه بالاتر بودن میزان آگاهی باشد که این نتایج با پژوهش های دیگر هم خوانی داشت [۲۱ و ۲۲]. در این مطالعه بیشترین میزان آگاهی متوسط و خوب از اصول خود مراقبتی در بیمارانی که سابقه آموزش اصول خود مراقبتی داشتند وجود داشت که نشان دهنده تاثیر آموزش می باشد که لزوم آموزش بیماران را در بخش های بستری می رساند که با مطالعه صالحی و همکاران هم خوانی داشت [۲۰].

در این پژوهش در حیطه رژیم دارویی بیشترین تعداد نمونه ها دارای آگاهی متوسط (۵۹/۷ درصد) بودند و تنها ۳/۴ درصد از نمونه ها دارای آگاهی خوبی بودند. در حیطه رژیم غذایی بیشترین تعداد نمونه ها دارای آگاهی متوسط (۷۱/۳ درصد) بودند. در حیطه رژیم فعالیتی نیز بیشترین تعداد نمونه ها دارای آگاهی متوسط (۶۴/۸ درصد) بودند. در مطالعه حاج هاشمی، نتایج یافته ها حاکی از سطح آگاهی متوسط مدجویان بوده است [۲۱] که با مطالعه ما هم خوانی دارد. در تحقیق آذریاد

نظر می رسد که اگر در پژوهش های دیگر، ارتباط هر یک از رفتارها با متغیرها سنجیده شود، اطلاعات کاربردی تر و مناسب تری به دست خواهد آمد.

تشکر و قدردانی : نویسندگان این مقاله بدین وسیله از کلیه همکاران و بیمارانی که در انجام این پژوهش ما را یاری کرده و در پژوهش شرکت کردند تشکر و قدر دانی می نمایند.

#### منابع

- 1.Harrison T. Principles of internal medicine 7<sup>th</sup> ed. new York :McGraw Hill ;2009
- 2.Keaton A, pierce L. adherence to cardiac therapy for men with coronary artery disease . rehabl nurs. 2007;26(6):23-5.
- 3.Chan MF, Kwong WS, yang YI and Wan Py. Evaluation of an osteoporosis prevention education program for young adults . journal of advanced nursing February, 2007; 57(3), pp: 270-284.
- ۴- شافع شکوری م. بررسی علل شیوع بیماریهای قلبی عروقی در ایران. دومین همایش سراسری علوم پزشکی باشگاه پژوهشگران جوان ، دانشگاه آزاد اسلامی اردبیل، ۱۳۷۹. ۶۴.
- ۵- آدریانی م. ترومبولیتیک تراپی در انفارکتوس میوکارد . پانزدهمین کنگره قلب و عروق ایران، پاییز ۱۳۸۵، صفحات ۲۱۰-۲۰۸.
- 6.Tolijamo M, Hentinen M. Adherence to self care and social support. *Journal of Clinical Nursing* 2001; 10: 618-27.
- 7.Jaarsma T, Halfen R, Senten M, Huijer AH,Dracup K. Developing a supportive educative programfor patient with advanced HF within Orem's general theory nursing. *Nursing Science Quarterly* 1998; 2:79-85.
- 8.Gonzalez B, Luopn J, Urrutia A, Altimir S, Coll R. Patient education by nurse: what we really do achieve? *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2005; 4:107-11
- 9.Judkins Deaton C, Grady KL. State of the science for cardiovascular nursing outcomes: heart failure.

هستند که طبیعتاً همه این عوامل رفتار خودمراقبتی را در آنها تا حد زیادی تحت تأثیر قرار می دهد [۲۳]. با توجه به نتایج فوق و مطالعه حاضر پیشنهاد می شود که در بیمارستان ها کلاس های آموزشی برای بیماران فراهم شود تا بینش و بصیرت بیماران را نسبت به بیماری خود و اصول مراقبتی افزایش دهد. با توجه به نقش مهم پرستار در امر آموزش، پیشنهاد می شود، کلاس های بازآموزی برای پرستاران شاغل در این مراکز گذاشته شود. همچنین، با توجه به این که امروزه اکثر قشر جامعه دسترسی به رسانه های گروهی را دارند، لذا برنامه های آموزشی از طریق این رسانه ها می تواند نقش به سزایی در بالا بردن آگاهی این افراد داشته باشد. همچنین، تهیه جزوات آموزشی مصور و ارایه آن به افرادی که هر گونه بیماری قلبی شناخته شده دارند می تواند باعث افزایش آگاهی شده و میزان بستری مجدد را کاهش دهد. مداخله جهت تغییر در شیوه زندگی به عنوان یک فوریت بهداشتی درمانی کشور می بایست مدنظر مسئولان سلامت جامعه قرار گیرد. با توجه به اینکه در این پژوهش کمترین میزان آگاهی مربوط به حیطة آگاهی از رژیم داروئی است و با توجه به این که دارو درمانی بخش عظیمی از رژیم درمانی این بیماران محسوب می شود، لذا دادن آموزش در این زمینه حائز اهمیت می باشد. جهت دادن آگاهی می بایست کادر درمانی را موظف به دادن آموزش به این بیماران در مورد داروهای مصرفی و عوارض آنها کرد. همچنین تهیه پمفلت های آموزشی در این زمینه می تواند موثر قرار گیرد. یکی از محدودیت های پژوهش حاضر، جمع آوری اطلاعات از طریق پرسشنامه بوده است. بر اساس تحقیقات، روش خود گزارشی همیشه روش قابل اعتمادی برای بررسی خودمراقبتی نیست، اما با توجه به این که در این کاوش، پرسش گر عضو گروه درمانی نبوده همین امر سبب شد تا بیماران پاسخ صادقانه ای به سؤالات بدهند و مطمئناً این روش اطلاعات دریافتی از روایی بیشتری برخوردار هستند [۲۶]. در این پژوهش، ارتباط نمره کلی رفتارهای خودمراقبتی را با متغیرهای ذکر شده سنجیدیم و به

- ۱۹- محمد حسینی م، فراهانی ب، ظهور ع، پناهی آذر ش. توان خود مراقبتی بر اساس نظریه اورم در افرا مبتلا به بیماری های عروق کرونر. مجله پرستاری مراقبت های ویژه. دوره ۳. شماره ۲. تابستان ۱۳۸۹.
- ۲۰- صالحی ش، مهرعلیان ح، ایمانی ر و همکاران. تاثیر مداخلات آموزشی و مراقبتی مستمر بر کیفیت زندگی بیماران نارسایی احتقانی قلب. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد. دوره ۱۰. شماره ۱. ۱۳۸۷
- ۲۱- حاج هاشمی ص. بررسی میزان آگاهی مددجویان قلبی -عروقی بستری در مراکز بهداشتی در مانی دانشگاه علوم پزشکی اهواز در زمینه مراقبت از خود. دومین همایش جامع پرستاری و مامایی - دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اهواز- دانشکده پرستاری و مامایی، ۱۳۸۱.
- ۲۲- آذرباد م. بررسی ارتباط رفتارهای خودمراقبتی با نیازهای مراقبت از خود در بیماران مبتلا به نارسایی قلب مراجعه کننده به مراکز آموزشی درمانی و تحقیقاتی قلب و عروق شهید رجایی، پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ۱۳۸۴.
23. Riegel B, Carlson B. Facilitators and barriers to heart failure self care. *Patient Education and Counseling* 2002; 46: 287-95.
- ۲۴- پورغزنین ط. بررسی نیازهای آموزشی مددجویان مبتلا به بیماری های عروق کرونر مراجعه کننده به بیمارستان هاشمی نژاد مشهد سال ۱۳۸۱ دومین همایش سراسری مراقبت های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری - مامایی و پیراپزشکی کرمانشاه ۱۳۸۱، ص ۳۷.
- ۲۵- صادقی ح. آگاهی از اصول خود مراقبتی در بیماران عروق کرونر مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی تبریز. مجله پرستاری و مامایی تبریز. زمستان ۳۸۶. شماره: ۸. ص ۵۲ - ۴۷.
26. De Geost S, Borgermans L, Gemotes H, Abraham I, Valminch H, Evers G, vanrenterghem Y. Incidence, determinants and consequences of subclinical noncompliance with immunosuppressive therapy in renal transplant recipients. *Transplantation* 1995; 59: 340-47.
- The Journal of Cardiovascular Nursing* 2004; 19: 329-38
- ۱۰- کاتبی د. شیوع عوامل خطر ساز کرونری در بیماران با سکت قلبی بیمارستان بوعلی قزوین ۱۳۷۶. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی قزوین ۱۳۸۳. شماره: ۱۸. ص ۳۶.
11. Schreurs KM, Colland VT, Kuijter RG, de Ridder DT, van Elderen T. Development, content, and process evaluation of short self-management intervention inpatients with chronic diseases requiring self-care behaviors. *Patient Education and Counseling* 2003; 51:133-141
- ۱۲- محمدی م. بررسی میزان آگاهی از رژیم درمانی در بیماران مبتلا به بیماری های عروق کرونری با بستری مجدد در مرکز قلب و عروق وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز سال ۱۳۷۶، پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری. ۱۳۷۶. ص ۵.
- ۱۳- شجاعی ف، عاصمی ص، نجف یارندی ا، حسینی ف. رفتارهای خود مراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی. فصل نامه پایش، سال هشتم، شماره چهارم، پاییز ۱۳۸۸، ص ۳۶۹-۳۶۱.
- ۱۴- نصیری م. رحیمیان ب و همکاران. بررسی نیازهای آموزشی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد مزمن مراجعه کننده به بیمارستان امام سجاده (ع) رامسر. فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، سال ششم، شماره سوم، پاییز ۱۳۸۷، ص ۱۵۰-۱۴۵
15. Riegel B, Carlson B. Facilitators and barriers to HF self care. *Patient Education and Counseling* 2002; 46:287-95
- ۱۶- صفری م، اسکندری ف. فرایند آموزش در بیماران مزمن. دومین همایش سراسری مراقبت های پرستاری و مامایی ۱۳-۱۲ اسفند ۱۳۸۱، دانشکده پرستاری، مامایی و پیراپزشکی کرمانشاه. ۱۳۸۱. ص ۵۵
17. Stromberg A. The crucial role of patient education in heart failure. *European Journal of Heart Failure* 2005; 7: 363-69.
- ۱۸- عصار زاده م، صبور ب. آموزش مراقبت از خود به بیمار مبتلا به بیماری های انسدادی مزمن ریوی. دومین همایش سراسری مراقبت های پرستاری و مامایی ۱۳-۱۲ اسفند ۱۳۸۱ دانشکده پرستاری، مامایی و پیراپزشکی کرمانشاه. ۱۳۸۱. ص ۶۲.



## Evolution of Knowledge of the principles of self care in acute coronary syndrome patients admitted to Aliebn abitaleb Rafsanjan university hospital during 2009

**A.Khodadadi<sup>1\*</sup> Msc,A.Sayadi<sup>2</sup> Msc , H.Smaeli<sup>3</sup> BS**

1- Academic member of Rafsanjani medical sciences

2- Academic member of Rafsanjani medical sciences

3- master of science nursing

**\*corresponding author: Tel 09133912294**

**Background and objective:** Acute coronary syndrome is defined as one of the cause of death in our country, with an annual mortality of 110,000. Physical activity, dietary changes and medication regimen of self care behaviors are recommended for the treatment of coronary artery disease .These patients awareness and understanding of disease risk factors along with promotion of healthy behaviors and self-care can reduce coronary artery disease severity. To cope with disease problems, hearth patients need self-care behaviors. Identification of these behaviors in parallel with encouraging of patients to participate in these behaviors and to control the disease complications.

**Material and methods:** This descriptive study was undertaken non-randomized on 352 patients admitted to coronary heart disease ward in the center of AliebnAbitalib Rafsanjan In 1388 . Information were obtained by questionnaires and personal data questionnaire (consists of three areas of self care regimen, diet and physical activity) were collected via interviews. Data were analyzed, using descriptive statistical tests and spss version 15.

**Results:** 53.4 % ( 188 cases ) Of samples 53.4%(188cases) were male and 46.6% (164 cases) women. The of average age of patients was  $60.86 \pm 11$ . In 45. 81%t patients had an average of consciousness. So that the study samples within the Medicinal awareness 36.9 % , 59.7 % and 3.4 % , respectively, of low, medium and fine, knowledge regarding diet, while 16.2 % , 71.3 5% and 12.5% and poor, average and good. Regarding physical activities 11.6 % , 64.8 % , 32.6%, respectively, had weak, medium and well enjoyed results.

**Conclusion:** He knowledge of self care in cardiac patients is relatively low. Hence one of the main tasks of nursing is training of the patients regarding self care programs; patients suffering from heart disease require continuous training. The training of nursing care to the heart patients is amounts the main duties of during staff.

**Key words:** knowledge, self care, heart patients, rafsanjan