نشریه پرستاری قلب و عروق
دوره اول، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۱

Cardiovascular Nursing Journal
1(2), Summer 2012

www.journal .icns.org.ir

مقاله پژوهشی اصیل

درک بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی از منافع و موانع رفتارهای ارتقاء سلامتی

ابراهیم فلاح طاهر پذیر[۱]، کارشناس پرستاری
***شراره ضیغمی محمدی[۲]، کارشناس ارشد پرستاری**
فرزاد فهیدی، کارشناس پرستاری

خلاصه

هدف. هدف از مطالعه حاضر بررسی درک بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی از منافع و موانع رفتارهای ارتقاء سلامتی بود.

زمینه. بر اساس مدل ارتقاء سلامتی پندر، رفتارهای عاطفی خاصی مانند درک از منافع و موانع بر تغییر رفتارهای سلامتی اثر دارند.

روش کار. در این مطالعه توصیفی-مقطعی، ۲۶۰ بیمار قلبی عروقی از بخش تست ورزش بیمارستان تامین اجتماعی شهریار در سال ۱۳۸۸ انتخاب شدند. روش نمونه گیری در مطالعه حاضر به روش آسان بود. داده ها به روش مصاحبه جمع آوری گردید. ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل فرم مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه ارزیابی منافع و پرسشنامه ارزیابی موانع بود. اطلاعات توسط نرم افزار آماری SPSSبا استفاده از آمار توصیفی، تی تست، آنالیز واریانس یک طرفه و ضریب همبستگی پیرسون تحلیل گردید.

یافته‌ها. یافته ها نشان داد که میانگین نمره درک از منافع رفتارهای ارتقاء سلامتی ۳/۸۳±۴۱/۱۴ بود و ۸۳/۷ درصد بیماران درک بالایی از منافع رفتارهای ارتقاء سلامت داشتند. درک از منافع رابطه آماری معناداری با سطح تحصیلات (p=۰/۰۲۴) و شغل (p=۰/۰۲۱) داشت. میانگین نمره درک از موانع رفتارهای ارتقاء سلامتی ۶/۳۱±۲۶/۸۱ بود و ۶۶/۳ درصد بیماران درک متوسطی از موانع رفتارهای ارتقاء سلامت داشتند. درک از موانع رابطه آماری معناداری با جنس (p=۰/۰۳۴) و وضعیت تأهل (p=۰/۰۴۷) داشت. همبستگی معکوس معناداری بین درک از منافع رفتارهای ارتقاء سلامتی و درک از موانع رفتارهای ارتقاء سلامتی وجود داشت (P=۰/۰۰۱).

نتیجه گیری. با توجه به نتایج مطالعه حاضر به نظر می رسد افزایش درک بیماران قلبی عروقی از منافع رفتارهای ارتقاء سلامتی با کاهش موانع رفتارهای ارتقاء سلامت همراه است. ممکن است مداخلات آموزشی توسط پرستاران حرفه ای برای بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی به پیروی از رفتارهای ارتقاء سلامت کمک نماید.

کلید واژه ها: رفتارهای ارتقاء سلامت، منافع، موانع، بیماری قلبی عروقی

۱ـ کارشناس پرستاری بیمارستان تأمین اجتماعی شهریار، تهران، ایران
۲ـ کارشناس ارشد، مربی گروه پرستاری داخلی وجراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران (*نویسنده مسئول)
پست الکترونیک: zeighami@kiau.ac.ir

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-07]

مقدمه

در قرن بیست و یکم شاهد صنعتی شدن، جهانی شدن، افزایش طول عمر و تغییر سبک زندگی مردم سراسر جهان هستیم. حاصل چنین تغییراتی دگرگونی در الگوی بیماریها و شیوع بیماریهای مزمن است (شجاعی زاده و همکاران، ۱۳۸۷). در سال‌های آغازین قرن بیست و یکم، بیماری‌های قلبی عروقی از جدی‌ترین مشکلات مرتبط با سلامت در جهان (شیدرفرو همکاران، ۱۳۸۱)، اولین علت مرگ و پنجمین علت از کار افتادگی و ناتوانی به شمار می‌رود (ایمانی پور و همکاران، ۱۳۸۷).

در مطالعه محمدی زیدی و همکاران در سال ۱۳۸۴ شایعترین عوامل خطر در بیماران قلبی، کم‌تحرکی (۸۴/۶ درصد)، فشار خون بالا (۵۰ درصد)، شاخص توده بدن بیش‌تر از ۲۵ (۴۷/۸ درصد) و مصرف سیگار (۴۷/۷ درصد) بود. مطالعه تقدسی و والی در سال ۱۳۸۲ نشان داد ۱۹/۵ درصد بیماران دچار بیماری ایسکمی قلب اغلب از مواد غذایی شور، ۱۵/۵ درصد از غذاهای چرب و ۲۸/۵ درصد از چربی‌های حیوانی مصرف می کردند. همچنین، ۷۸ درصد آنها فعالیت ورزشی نداشتند و ۲۶/۵ درصد عادت به مصرف سیگار داشتند. پیروی از سبک زندگی نامناسب به صورت رژیم غذایی نامناسب، چاقی، سیگار کشیدن و عدم فعالیت فیزیکی از عوامل بروز مشکلات قلب عروقی است (شجاعی زاده و همکاران، ۱۳۸۷). این در حالی است که ۵۳ درصد مرگ و میرها به دلیل سبک زندگی نادرست و انجام رفتارهای غیربهداشتی می‌باشد (حبیبی سولا و همکاران، ۱۳۸۷).

با توجه به رابطه بین سبک زندگی و بروز بیماری‌های قلبی عروقی، تأکید بر تعدیل سبک زندگی و انجام رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی به عنوان عامل مهمی در تعیین پیش آگهی و عوارض این بیماری‌ها کاملاً برجسته و قابل توجیه است (تقدسی و گیلاسی، ۱۳۸۷). ارتقای سلامت، علم و هنر تغییر شیوه زندگی به منظور رسیدن به کمال مطلوب است. رفتارهای ارتقای سلامت رفتارهایی است که فرد به تغذیه مناسب، ورزش مرتب، دوری از سیگار و ... پرداخته و آن را از طرق آموزش‌های رسمی و غیررسمی ارتقاء می دهد (شبان و همکاران، ۱۳۸۶). طبق نظریه پندر رفتار ارتقاء دهنده سلامت هرگونه اقدامی است که جهت افزایش یا نگهداری سطح سلامتی و خودشکوفایی فرد یا گروه صورت می گیرد (غفاری نژاد و پویا، ۱۳۸۱). ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها به طور مستقیم با این نوع رفتارها ارتباط دارد و باعث بهبود سلامتی، کیفیت زندگی و کاهش هزینه‌های بهداشتی و درمانی می‌شود (حبیبی سولا و همکاران، ۱۳۸۶). بر اساس نظریه اعتقاد بهداشتی، جهت پیروی از رفتارهای مرتبط با سلامتی، فرد باید: ۱) احساس کند که بیماری پیامدهای جدی در بردارد (شدت درک شده)؛ ۲) احساس کند حساسیت و استعداد ابتلا به آن بیماری را دارد (حساسیت درک شده)؛ ۳) احساس کند که رفتار پیشگیری کننده (از طریق پیشگیری از ابتلا به بیماری یا با کاهش شدت آن) منافعی را برای وی در بردارد (منافع درک شده)؛ ۴) موانع درک شده از قبیل درد، زحمت یا مخارج (هزینه) نباید بیش از منافع درک شده آن اقدام بهداشتی باشد؛ ۵) راهنما برای اقدام به عنوان محرکی برای برانگیختن توجه به رفتار مورد نظر عمل کند (شیدرفر و همکاران، ۱۳۸۱). برای اطمینان از دستیابی افراد جامعه به سلامت، باید شیوه زندگی آن‌ها بررسی شده و تغییرات آن مورد توجه قرار گیرد (شبان و همکاران، ۱۳۸۶).

متأسفانه اغلب مردم علی رغم آگاهی از تأثیرات محافظت کننده رفتارهای ارتقاء سلامتی در برابر بیماری‌های مزمن از به‌کارگیری این رفتارها امتناع می‌ورزند (قربانعلی پور و همکاران، ۱۳۸۹). به طور مثال، مطالعه ایمانی پور و همکاران در سال ۱۳۸۷ نشان داد علی رغم آگاهی خوب معلمان از عوامل خطر بیماری‌های قلبی، این آگاهی تأثیر چندانی در رعایت رفتارهای پیشگیری کننده از این بیماری‌ها نداشته است، به طوری که ۶۷ درصد معلمان از عوامل خطر بیماری‌های قلبی آگاهی خوبی داشتند، اما تنها ۲۷/۷ درصد رژیم غذایی بی‌خطر و تنها ۳۵/۶ درصد فعالیت ورزشی مرتب داشتند. مطالعه متفکر و همکاران در سال ۱۳۸۶ نشان داد که میزان آگاهی ۴۸ درصد از جمعیت شهری استان یزد در رابطه با فواید و اهمیت فعالیت بدنی بسیار خوب بود، اما میزان عدم تحرک بدنی در مردان ۸۱/۶ درصد و در خانم‌ها ۵۴/۴ درصد بود. مطالعه جلالی و همکاران در سال ۱۳۸۲ نشان داد که عملکرد ۵۳/۷ درصد افراد در پیشگیری از عوامل خطرساز بیماری های عروق کرونر ضعیف بوده است.

در الگوی ارتقاء سلامت، احساسات خاص درباره رفتار مانند فواید درک شده و موانع درک شده، به صورت مستقیم رفتار را تحت الشعاع قرار میدهد. لذا برای شناخت مؤثرترین عامل در تغییر رفتارهای بهداشتی این عوامل مورد مطالعه قرار می گیرد (نوروزی و همکاران، ۱۳۸۹). موانع از قویترین پیشگویی کننده های پیروی از رفتارهای ارتقاء سلامت هستند. شناخت موانع درک شده برای رفتارهای ارتقاء سلامتی و کاهش آنها می تواند به ارتقاء کیفیت مراقبت از بیماران و چگونگی برنامه ریزی خدمات آموزشی برای بیماران به منظور تغییر در رفتار کمک نماید (وستون، ۲۰۰۸؛ تاناوارو، ۲۰۰۵). بررسی ها نشان می دهد چنانچه موانع درک شده بر منافع پیش بینی شده غالب آید، احتمال بروز رفتار کمتر می شود. به عبارتی دیگر، عمل فرد به وسیله توازن و عدم توازن بین نیروهای مثبت و منفی درک شده فرد بر رفتار بهداشتی او تعیین می شود (مروتی شریف آباد و روحانی تنکابنی، ۱۳۸۶). مطالعات مختلف نشان میدهد عواملی چون محدودیت وقت برای انجام ورزش (تاناوارو، ۲۰۰۵)، عدم احساس نیاز به پیروی از رفتارهای ارتقاء سلامت (موسکا و همکاران، ۲۰۰۶)، کاهش ارتباط با اعضاء تیم پزشکی (هارت، ۲۰۰۵)، حمایت اجتماعی ضعیف، خودکارآمدی پایین، سطح تحصیلات پایین، نداشتن همسر، سن بالا، مذهب، خودکنترلی پایین (لیم و همکاران، ۲۰۱۰)، محدودیت حرکتی، تنها زندگی کردن، سن بالا، ابتلا به بیماری‌های مزمن (پاسکوکی و همکاران، ۲۰۱۲)، عدم وجود کلاس‌های آموزشی، و مشکلات مالی و موانع خانوادگی (شیدرفر و همکاران، ۱۳۸۱) از موانع مهم عدم پیروی از رفتارهای ارتقاء سلامت هستند.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-07]

از سوی دیگر برخی محققان بر این اعتقادند که پیشگیری سطح دوم مؤثرتر از پیشگیری اولیه است. بر این اساس، هدف قرار دادن رفتارهای ارتقای سلامتی در بیماران دچار بیماری قلبی عروقی موجب می گردد که این بیماران از تغییر سبک زندگی به بهترین وجه بهره گیرند، زیرا این بیماران برای پذیرش تغییر در سبک زندگی انگیزه بیشتری دارند (موسکا و همکاران، ۲۰۰۶؛ شیدرفر و همکاران، ۱۳۸۱). با توجه به موارد فوق مطالعه حاضر با هدف بررسی درک بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی از منافع و موانع رفتارهای ارتقاء سلامتی انجام شد.

مواد و روش ها

این یک مطالعه مقطعی بود که جامعه آماری آن را کلیه بیماران مبتلا به بیماری های قلبی عروقی مراجعه کننده به بخش تست ورزش بیمارستان تأمین اجتماعی شهریار از مردادماه لغایت بهمن ماه سال ۱۳۸۸ تشکیل داده بود. نمونه گیری به روش آسان انجام شد. بیماران دارای سابقه بیماری قلبی عروقی مانند انواع آنژین و انفارکتوس میوکارد، علاقه‌مند به شرکت در پژوهش، دارای سطح هوشیاری کامل، وارد مطالعه شدند. روش جمع آوری اطلاعات به روش مصاحبه فردی بود. ابزار مورد استفاده در این مطالعه فرم مشخصات جمعیت شناختی، پرسشنامه ارزیابی موانع (Scale Assessment Barrier) و پرسشنامه ارزیابی منافع (Benefits Scale Assessment) بود.

ابزار گردآوری داده ها متشکل از دو بخش بود.

الف) پرسشنامه ارزیابی موانع به منظور ارزیابی درک افراد از موانع در انجام رفتارهای ارتقاء سلامت قلبی توسط مورداخ و وران در سال ۱۹۸۷ ساخته شد. این ابزار متشکل از ۱۲ گویه بود که بر اساس مقیاس چهار درجه ای لیکرت، به صورت کاملاً موافقم (۴)، موافقم (۳)، مخالفم (۲) و کاملاً مخالفم (۱)، نمره گذاری شده بود. دامنه امتیاز کسب شده از این پرسشنامه بین ۱۲ تا ۴۸ بود که امتیاز بالاتر نشان دهنده درک بیشتر از موانع در انجام رفتارهای ارتقاء سلامتی بود. در آن مطالعه ضریب پایایی این ابزار به روش بازآزمایی ۰/۸۲ (وستون، ۲۰۰۸) و در مطالعه حاضر به روش آزمون مجدد ۰/۷۵ بدست آمد.

ب) پرسشنامه ارزیابی منافع توسط مورداخ و وران در سال ۱۹۸۷ به منظور اندازه گیری درک افراد از منافع رفتارهای ارتقاء سلامت قلب ساخته شد. این ابزار متشکل از ۱۲ عبارت بود که توصیف کننده منافع استفاده از رفتارهای ارتقاء سلامتی بود. هر عبارت بر اساس مقیاس چهاردرجه ای لیکرت، به صورت کاملاً موافقم (۱)، موافقم (۲)، مخالفم (۳)، تا کاملاً مخالفم (۴)، نمره گذاری شده و دامنه امتیاز این پرسشنامه بین ۱۲ تا ۴۸ بود که امتیاز بالاتر نشان دهنده درک از منافع بیشتر رفتارهای ارتقاء سلامتی بود. در مطالعه مورداخ و وران در سال ۱۹۸۷ ضریب پایایی این ابزار به روش بازآزمایی ۰/۷۱ (وستون، ۲۰۰۸) و در مطالعه حاضر به روش آزمون مجدد ۰/۷۸ بدست آمد.

ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به صورت کسب اجازه از مسئولین بیمارستان جهت انجام تحقیق، معرفی پژوهشگر به نمونه های پژوهش و توضیح اهداف و نحوه انجام کار برای هر یک از افراد مورد مطالعه، اخذ رضایت از افراد مورد مطالعه جهت شرکت در پژوهش و آزاد بودن جهت انصراف از ادامه پژوهش، عدم مغایرت با آداب و رسوم و عرف حاکم بر جامعه و اطمینان به بیماران و مسئولین جهت اعلام نتایج پژوهش در صورت تمایل، رعایت گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار آماری SPSS ویرایش ۱۸ استفاده شد. داده ها توسط جداول توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار توصیف و در تحلیل داده ها از ضریب همبستگی پیرسون، آزمون تی برای گروه های مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه استفاده شد. سطح معنی دار در این پژوهش ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

میانگین سنی بیماران ۱۳/۶۸±۶۰/۲۴ و میانگین درآمد ماهیانه ۱۲۰/۰۶۳±۳۵۸/۶۷۲ هزار تومان در ماه بود. بر اساس نتایج، ۵۳/۷ درصد بیماران مؤنث، ۴۵/۲ درصد بی سواد، ۷۳ درصد متأهل، ۳۰ درصد خانه دار و ۳۱/۵ درصد سیگاری بودند. همچنین، ۷۹/۶ درصد ورزش نمی کردند و ۴۰ درصد شاخص توده بدنی ۲۵/۹-۱۸/۵ کیلوگرم بر متر مربع داشتند (جدول شماره ۱).

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-07]

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی و میانگین متغیرهای دموگرافیک بیماران قلبی عروقی مراجعه کننده به بخش تست ورزش بیمارستان تأمین اجتماعی شهریار در سال ۱۳۸۸

متغیر		(درصد) تعداد
جنس	مرد	۱۲۵ (۴۶/۳)
	زن	۱۴۵ (۵۳/۷)
تحصیلات	بی سواد	۱۲۲ (۴۵/۲)
	ابتدایی	۷۷ (۲۸/۵)
	راهنمایی	۳۴ (۱۲/۶)
	دبیرستان	۷ (۲/۶)
	دیپلم	۲۴ (۸/۹)
	بالاتر از دیپلم	۶ (۲/۲)
تأهل	مجرد	۱۰ (۳/۷)
	متأهل	۱۹۷ (۷۳)
	جدا شده	۵ (۱/۹)
	همسر فوت شده	۵۸ (۲۱/۵)
شغل	بیکار	۷۱(۲۶/۳)
	کارگر	۳۳ (۱۲/۲)
	کارمند	۹ (۳/۳)
	آزاد	۳۱ (۱۱/۵)
	بازنشسته	۴۵ (۱۶/۷)
	خانه دار	۸۱ (۳۰)
سیگار	می کشد	۸۵ (۳۱/۵)
	نمی کشد	۱۸۵ (۶۸/۵)
ورزش	می کند	۵۵(۲۰/۴)
	نمی کند	۲۱۵ (۷۹/۶)
شاخص توده بدنی	کمتر از ۱۸/۴	۸ (۳)
	۱۸/۵-۲۵/۹	۱۰۸ (۴۰)
	۲۶-۲۹/۹	۹۷ (۳۵/۹)
	بیشتر از ۳۰	۵۷ (۲۱/۱)

میانگین نمره منافع ۳/۸۳±۴۱/۱۴ با دامنه ۴۸ تا ۳۱ و موانع درک شده در رابطه با رفتارهای ارتقاء سلامت ۶/۳۱±۲۶/۸۱ با دامنه ۴۸ تا ۱۲ بود. پس از طبقه بندی نمرات مشخص گردید که از نظر فواید درک شده در رابطه با رفتارهای ارتقاء سلامتی، ۱۶/۳ درصد درک متوسط و ۸۳/۷ درصد درک بالایی از منافع رفتارهای ارتقاء سلامتی داشتند. از نظر موانع رفتارهای ارتقاء سلامتی، ۲۷/۸ درصد موانع کم، ۶۶/۳ درصد موانع متوسط و ۵/۹ درصد موانع زیادی بر سر راه بکارگیری رفتارهای ارتقاء سلامتی داشتند. بیشترین منافع درک شده از رفتارهای ارتقاء سلامتی مربوط به تأثیر مثبت ورزش در کاهش بروز سکته های قلبی (۰/۴۳±۳/۷۶)، نقش ورزش در تعدیل وزن (۰/۴۸±۳/۶۸) و نقش رژیم کم نمک در جلوگیری از افزایش فشار خون (۰/۴۸±۳/۶۸)، و بیشترین موانع درک شده از رفتارهای ارتقاء سلامتی مربوط به عدم احساس نیاز به تغییر رژیم غذایی (۰/۹۷±۲/۷۳) و نداشتن وقت کافی برای ورزش کردن (۱/۰۳±۲/۶۱) و عدم همراهی خانواده برای تغییر در شیوه زندگی (۱/۰۷±۲/۴۵) بود.

بر اساس نتایج، درک از منافع رفتارهای ارتقاء سلامتی با تحصیلات (p=۰/۰۲۴) و شغل (p=۰/۰۲۱) رابطه آماری معنادار داشت، اما با سن، جنس، وضعیت تأهل، درآمد، مصرف سیگار، انجام ورزش و شاخص توده بدنی رابطه آماری معناداری مشاهده نشد (p>۰/۰۵).

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-07]

موانع رفتارهای ارتقاء سلامت با جنس (p=۰/۰۳۴) و وضعیت تأهل (p=۰/۰۴۷) ارتباط آماری معنادار نشان داد، اما با سایر متغیرهای مورد بررسی رابطه معناداری به دست نیامد (p>۰/۰۵) (جدول شماره ۳).نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون رابطه آماری معکوس و معناداری بین درک از منافع رفتارهای ارتقاء سلامت با درک از موانع رفتارهای ارتقاء سلامتی نشان داد (p=۰/۰۰۱ و r=-۰/۲۰۷).

بحث

در مطالعه حاضر ۸۳/۷ درصد مبتلایان به بیماری های قلبی عروقی درک بالایی از منافع پیروی از رفتارهای ارتقاء سلامتی داشتند. بیشترین منافع درک شده از رفتارهای ارتقاء سلامتی در زمینه ی اثرات مثبت ورزش در کاهش بروز سکته های قلبی، نقش ورزش در تعدیل وزن و نقش رژیم کم نمک در جلوگیری از افزایش فشـــار خون بود. این یافته با نتایج مطالعه موسکا و همکاران در سال ۲۰۰۶ و تاناوارو و همکاران در ســـال ۲۰۰۶ همخوانی داشت که نشـــان داد افراد مورد مطالعه درک بالایی از منافع رفتارهای ارتقاء سلامتی داشتند و پیروی از اینگونه رفتارها را موجب ارتقاء سلامت، ایجاد حس بهتر، افزایش طول عمر و پیشگیری از مصرف دارو می دانستند. نتایج مطالعه متفکر و همکاران در سال ۱۳۸۶ نشان داد ۴۸ درصد جامعه مورد مطالعه در رابطه با فعالیت بدنی و ورزش آگاهی بسیار خوب و ۶۷/۷ درصد نگرش مطلوب داشتند، این در حالی بود که شیوع بی تحرکی در مردان ۸۱/۶ درصد و در خانمها ۵۴/۴ درصد بود. جهت تغییر رفتار، داشتن آگاهی از منافع و اهمیت تغییر رفتار ضروری است، اما کافی نیست و عوامل فرهنگی، اجتماعی –اقتصادی، خانوادگی و شخصی هم در ایجاد تغییر رفتارهای ارتقاء سلامتی دخالت دارند.

در مطالعه حاضر ۶۶/۳ درصد افراد درک متوسطی از موانع پیروی از رفتارهای ارتقاء سلامتی داشتند. بیشترین موانع مربوط به عدم احساس نیاز به تغییر رژیم غذایی، نداشـــتن وقت کافی برای ورزش کردن و عدم همراهی خانواده جهت تغییر شیوه زندگی بود. این یافته همسو با نتایج تاناورا و همکاران در سال ۲۰۰۶ بود که نشـــان داد، زنان غیر مبتلا به بیماری های قلبی عروقی در حد متوسطی مانع در پیروی از رفتارهای ارتقاء سلامتی و تعدیل ریسک فاکتورها داشتند. در مطالعه موسکا و همکاران در سال ۲۰۰۶، ۴۴ درصد زنان اعتقاد به اینکه خدا یا قدرت برتری ســـلامتی آنها را تعیین می کند را دلیل بر عدم احساس نیاز به تغییر شیوه زندگی و پیروی از رفتارهای ارتقاء سلامتی می دانستند. در مطالعه تاناورا در سال ۲۰۰۵ نداشتن وقت کافی برای ورزش کردن، در مطالعه لیم و همکاران در سال ۲۰۱۰ عدم حمایت خانواده در تغییر شـــیوه زندگی مهمترین موانع پیروی از رفتارهای ارتقاء سلامت بودند. به نظر می رسد جهت تقویت رفتارهای ارتقاء سلامتی تغییر در نگرش و فرهنگ جامعه به سلامت، حمایت خانواده در تغییر رفتارها، تقویت باورهای کنترل سلامتی و خود کنترلی ضروری است.

در بررسی حاضر، بیمارانی که از ســـطح تحصیلات بالاتری برخوردار بودند درک بیشتری از منافع رفتارهای ارتقاء سلامت داشتند. این یافته با نتایج کورزنیوفسکا و پوچالسکی در سال ۲۰۱۲ همسو بود که نشان داد کارمندان با تحصیلات بالا، سطح آگاهی خوبی از رفتارهای ارتقاء سلامت داشتند. مطالعه تاناورا و همکاران در سال ۲۰۰۶ نشان داد که زنانی که از سطح تحصیلات پایینتری برخوردار بودند، اطلاعات کمی از عوامل خطر و روش‌های جلوگیری از بیماری‌های قلبی عروقی داشتند. در مطالعه لیم و همکاران در سال ۲۰۱۰ کسانی که از سطح تحصیلات پایین‌تری برخوردار بودند، کمتر از رفتارهای ارتقاء سلامت، پیروی می کردند. مطالعه ولکرز و همکاران در سال ۲۰۰۷ نشان داد افراد با سطح تحصیلات پایین در معرض خطر بیشـــتری برای ابتلاء به بیماری های قلبی عروقی قرار دارند. این امر نیاز به افزایش سطح آگاهی افراد جامعه با تحصیلات کمتر در زمینه آگاهی از عوامل خطر بیماری های قلبی عروقی و پیروی از رفتارهای ارتقاء سلامت را خاطر نشان می سازد.

بیمارانی که در طبقه شغلی کارمند مشغول به کار بودند درک بالاتری از منافع بکارگیری رفتارهای ارتقاء سلامتی داشتند. مطالعه کورزنیوفسکا و پوچالسکی در سال ۲۰۱۲ نشان داد بیشتر کارمندان سطح آگاهی بیشتری از عوامل خطر بیماری های قلبی عروقی و نقش پیروی از رفتارهای ارتقاء سلامتی در کاهش آن داشتند. نتایج مطالعه ولکرز و همکاران در سال ۲۰۰۷ نشان داد افراد با موقعیت شغلی پایینتر از مشکلات سلامتی و بیماریهای بیشتری رنج می برند و در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به بیماریهای قلبی عروقی قرار دارند. احتمالاً از آنجایی که کارمندان اغلب دارای تحصیلات دانشگاهی هستند، امکان دسترسی بیشتری به اطلاعات آموزشی، کتب، مجلات، اینترنت و ... در زمینه روشهای تعدیل شیوه زندگی در پیشگیری از خطر ابتلا به بیماریهای قلبی عروقی دارند.

مردان در مقایسه با زنان درک بیشتری از موانع بکارگیری رفتارهای ارتقاء سلامت داشتند. این یافته با نتایج بررسی وستون در سال ۲۰۰۸ و تاناورا و همکاران در ســـال ۲۰۰۶ همخوانی نداشت. در مطالعه وستون زنان موانع بیشتری نســـبت به مردان برای پیروی از رفتارهای ارتقاء سلامت داشتند. در مطالعه تاناورا و همکاران در سال ۲۰۰۶ زنان رفتارهای ارتقاء سلامت قلب را به‌طور منظم انجام نمی دادند و علی رغم سطح آگاهی بالایی که از منافع پیروی از رفتارهای ارتقاء سلامت داشتند، سطح متوسطی از موانع را در تعدیل عوامل خطر بیماری های قلبی داشتند. این یافته با نتایج مطالعه رمضانی و همکاران در سال ۱۳۸۹ همخوانی دارد که نشان داد مردان ایرانی نسبت به زنان سلامت پایین‌تر و روش‌های زندگی نادرســـت‌تری دارند و نیز به سلامتی خود کمتر اهمیت می‌دهند. مردان در جامعه ایرانی به سلامت خود کمتر فکر می کنند و علل عمده این امر را به عوامل فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی نسبت می‌دهند. به نظر می‌رسد عدم آگاهی از منافع پیروی از رفتارهای بهداشـــتی، نگرش مردانه و جنسیتی، مشکلات معیشتی، چند شغله بودن، بیکاری، نقش های مختلف فرد در زندگی، فقدان تأمین اجتماعی، آلودگی هوا و عواملی از این قبیل می تواند از موانع پیروی از رفتارهای ارتقاء

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-07]

سلامتی در مردان باشد.

افراد متأهل موانع بیشتری بر سر راه بکارگیری رفتارهای ارتقاء سلامت داشتند. این یافته همسو با نتایج لیم و همکاران در سال ۲۰۱۰ نبود که نشان داد وجود همسر، احتمال پیروی از رفتارهای ارتقاء سلامت را افزایش می دهد. در مطالعه وستون در سال ۲۰۰۸ افرادی که تنها زندگی می کردند موانع بیشتری در پیروی از رفتارهای ارتقاء سلامت داشتند. حمایت اجتماعی نقش مهمی در پیروی از رفتارهای ارتقاء سلامت دارد، بنابراین عدم پذیرش و همراهی همسر و حتی فرزندان در تغییرات صحیح شیوه زندگی می تواند از موانع پیروی از رفتارهای ارتقاء سلامتی به شمار رود.

در مطالعه حاضر، بیمارانی که درک بیشتری از منافع پیروی از رفتارهای ارتقاء سلامت داشتند، موانع کمتری در بکارگیری رفتارهای ارتقاء سلامتی درک می کردند. این یافته با نتایج مطالعه موسکا و همکاران در سال ۲۰۰۶ همخوانی دارد که نشان داد زنانی که آگاهی بیشتری از ریسک فاکتورها و منافع پیروی از رفتارهای بهداشتی در کاهش بیماری های قلبی عروقی داشتند، عملکرد بهتری در انجام و پیروی از اینگونه رفتارهای پیشگیرانه داشتند. نتایج مطالعه تاناورا در سال ۲۰۰۵ نشان داد افرادی که تحت آموزش روش های کاهش بیماری های قلبی عروقی توسط پرستاران حرفه ای قرار گرفته بودند، موانع کمتری در پیروی از رفتارهای ارتقاء سلامت داشتند. نتایج بررسی تاناوارو و همکاران در سال ۲۰۰۶ نشان داد زنانی که از رفتارهای ارتقاء سلامتی پیروی نمی کردند، سطح آگاهی پایین در رابطه با بیماری های قلبی عروقی، درک بالایی از فواید بکارگیری این رفتارها و سطح متوسطی از موانع را بر سر انجام اینگونه رفتارها حس می کردند. در این مطالعه، سطح آگاهی پایین در رابطه با بیماری های قلبی عروقی و موانع درک شده برسر راه اجرای آنها دو عامل مهم در پیشگویی میزان پیروی از رفتارهای ارتقاء سلامت بود. از جمله نقش های مهم پرستاران، آموزش به بیماران است و در این راستا آموزش رفتارهای ارتقاء سلامتی نه تنها در بعد پیشگیری اولیه بلکه در گروه بیماران مبتلا به بیماری های قلبی عروقی می تواند به کاهش مرگ و میر و میزان ناخوشی و بستری مجدد این بیماران و در نهایت ارتقاء زندگی این بیماران منتهی گردد. جهت کمک به اصلاح رفتارهای بهداشتی تنها دادن آگاهی کافی نیست بلکه با شناسایی موانع موجود در بکارگیری رفتارهای ارتقاء سلامتی از دید بیماران و کنترل و کاهش آنها، می توان به افزایش پیروی از رفتارهای ارتقاء سلامتی کمک نمود.

نتیجه گیری

مطالعه حاضر نشان داد که بیشتر بیماران مبتلا به بیمارهای قلبی عروقی دارای درک بالایی از منافع رفتارهای ارتقاء سلامتی بودند اما بیش از دو سوم این بیماران موانعی بر سر اجرا و بکارگیری رفتارهای ارتقاء سلامتی داشتند. بیمارانی که درک بیشتری از منافع پیروی از رفتارهای ارتقاء سلامت داشتند، با موانع کمتری در اجرای رفتارهای ارتقاء سلامت روبرو بودند. این امر ضرورت آموزش به بیماران قلبی عروقی پیرامون منافع پیروی از رفتارهای ارتقاء سلامتی و شناسایی موانع درک شده و ارائه راهکارهایی جهت کاهش آن را خاطر نشان می سازد. از محدودیت های مطالعه حاضر نمونه گیری تنها از یک مرکز و به صورت غیر تصادفی بود که تعمیم پذیری نتایج را کاهش می دهد. پیشنهاد می گردد مطالعه دیگری در زمینه تأثیر مشاوره با خانواده بر میزان پیروی از رفتارهای ارتقاء سلامتی در بیماران مبتلا به بیماری های قلبی عروقی انجام گیرد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاری ریاست محترم، دفتر پرستاری بیمارستان تأمین اجتماعی شهریار و کلیه بیمارانی که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی می گردد.

منابع انگلیسی

Hart PL. (2005) Women's perceptions of coronary heart disease: an integrative review. J Cardiovasc Nurs 20,170-176.

Korzeniowska E. & Puchalski K. (2012) Employees health education--challenges according to the educational level. Med Pr 63,55-71.

Lim YM., Sung MH. & Joo KS. (2010)Factors affecting health-promoting behaviors of community-dwelling Korean older women. J Gerontol Nurs 36,42-50.

.Mosca L., Mochari H., Christian A., et al. (2006) National study of women's awareness, preventive action, and barriers to cardiovascular health. Circulation 31,525-534.

Pascucci M., Chu N. & Leasure AR.(2012) Health promotion for the oldest of old people. Nurs Older People 24, 22-28.

Thanavaro J.(2005) Barriers to coronary heart disease risk modification in women without prior history of coronary heart disease. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners 17, 487-493.

Thanavaro JL., Moore SM., Anthony M., et al. (2006) Predictors of health promotion behavior in women without prior history of coronary heart disease. Appl Nurs Res 19,149-155.

Thanavaro JL., Moore SM., Anthony MK., et al. (2006) Predictors of poor coronary heart disease knowledge level in women without prior coronary heart disease. J Am Acad Nurse Pract 18,574-581.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-07]

Volkers AC., Westert GP. & Schellevis FG. (2007)Health disparities by occupation, modified by education: a cross-sectional population study. BMC Public Health ;8,196.

Weston M.(2008) Identifying perceptions of health promotion barriers and benefits in individual at risk of coronary heart disease . Thesis .Master of ScienceinNursing. Montana.

منابع فارسی

ایمانی پور معصومه، بصام پور شیواسادات، حقانی حمیدرضا(۱۳۸۷). رفتارهای پیشگیرانه از بیماری‌های قلبی و ارتباط آن با میزان آگاهی از عوامل خطر. حیات، ۱۴(۲):۴۹-۴۱.

تقدسی محسن، گیلاسی حمیدرضا(۱۳۸۷). کیفیت زندگی عمومی و اختصاصی مبتلایان به بیماری های ایسکمی قلب شهر کاشان. پژوهش پرستاری، ۳(۸): ۴۶-۳۹.

تقدسی محسن، والی غلام رضا(۱۳۸۲). بررسی ارتباط عادات رفتاری با بیماری های ایسکمی قلب در مبتلایان بستری در بیمارستان شهید بهشتی کاشان در سال ۱۳۷۴. فیض، ۷(۲):۴۹-۴۳.

جلالی فرزاد، حاجی احمدی محمود، حسین پور محمد، انگری محمدزمان، اسدی عباد(۱۳۸۲). آگاهی، نگرش و عملکرد مردم شهر بابل درباره علایم بالینی و عوامل خطرساز بیماری های قلبی ـ عروقی. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بابل، ۶(۱):۴۹-۴۳.

حبیبی سولا عقیل، نیک پور صغری، رضایی محبوبه، حقانی حمید (۱۳۸۶). بررسی ارتباط رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بر سطح فعالیت های روزمره زندگی و فعالیت های روزمره زندگی با ابزار در سالمندان غرب تهران ۱۳۸۶. سالمند، ۲(۵):۳۳۹-۳۳۲.

حبیبی سولا عقیل، نیک پور صغری، سیدالشهدایی مهناز، حقانی حمید (۱۳۸۷). بررسی رفتارهای «ارتقاء دهنده سلامت» و کیفیت زندگی در سالمندان. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، ۸(۱):۳۹-۲۶.

رمضانی تهرانی فهیمه، امیری پریسا، سیمبر معصومه، رستمی مرضیه، عزیزی فریدون (۱۳۸۹). آیا مردان سلامت را یک اولویت محسوب می کنند؟ (یک مطالعه کیفی). حکیم، ۱۳(۴):۲۴۹-۲۴۱.

شبان مرضیه، مهران عباس، تقلیلی فاطمه (۱۳۸۶). بررسی ارتباط درک مفهوم سلامت و رفتارهای ارتقای سلامت و مقایسه آن در دو گروه دانشجویان سال چهارم دانشگاه علوم پزشکی تهران و دانشگاه تهران. حیات، ۱۳(۳): ۳۶-۲۷.

شجاعی زاده داود، استبصاری فاطمه، اعظم کمال، باطبی عزیزا...، مصطفایی داود (۱۳۸۷). مقایسه عوامل مؤثر بر سبک زندگی بیماران دیابتی نوع دو با افراد سالم بیمارستان شهید رجایی تنکابن سال ۱۳۸۴. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۱۶ (۲) :۷۹-۷۱.

شیدفر محمدرضا، شجاعی زاده داوود، حسینی مصطفی، اساسی نازیلا، مجلسی فرشته، ناظمی سعید (۱۳۸۱). بررسی آگاهی، نگرش و سبک زندگی بیماران مبتلا به آنژین صدری ناپایدار در بیمارستان های دانشگاهی شهر مشهد. پایش، ۲(۱): ۶۱-۴۹.

محمدی زیدی عیسی، حیدرنیا علیرضا، حاجی زاده ابراهیم (۱۳۸۴). بررسی سبک زندگی بیماران قلبی و عروقی. دانشور، ۱۳(۶۱):۵۴-۴۹.

غفاری نژاد علیرضا، پویا فاطمه (۱۳۸۱). بررسی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در معلمان شهر کرمان. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۱۱(۴۳):۹-۱.

قربانعلی پور مسعود، برجعلی احمد، سهرابی فرامز، فلسفی نژاد محمدرضا (۱۳۸۹). بررسی تأثیر اضطراب مرگ و سن بر رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی. مجله پزشکی ارومیه، ۲۱ (۲) : ۲۹۲-۲۸۶.

متفکر مصطفی، صدربافقی سیدمحمود، رفیعی منصور، بهادرزاده لیلا، نماینده سیده مهدیه، کریمی مهران، عبدلی علی محمد (۱۳۸۶). بررسی اپیدمیولوژی میزان فعالیت بدنی در جمعیت شهری استان یزد. مجله دانشکده پزشکی، ۶۵(۴):۸۱-۷۷.

مروتی شریف آباد محمدعلی، روحانی تنکابنی نوشین (۱۳۸۶). تأثیر منافع و موانع درک شده رفتارهای خودمراقبتی بر عملکرد مراقبتی بیماران دیابتی. حیات، ۱۳(۱):۲۷-۱۷.

نوروزی آزیتا، غفرانی پور فضل اله، حیدرنیا علیرضا، طهماسبی رحیم (۱۳۸۹). عوامل تأثیرگذار بر انجام فعالیت بدنی منظم بر اساس الگوی ارتقاء سلامت در زنان دیابتی مراجعه کننده به انجمن دیابت کرج. طب جنوب، ۱۳(۱):۵۱-۴۱.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-07]

Perception of patients with cardiovascular disease about barriers and benefits of health promotion behaviors

Ebrahim Fallah Taher pazir[1] BSc
***Sharareh Zeighami Mohammadi[2] MSc**
Farzad Fahidy[3] BSc

ABSTRACT

Aim. The aim of this study was to investigate percpectives of patients with cardiovascular disease about barriers and benefits of health promotion behaviors.

Background. Based on Pender's health promotion model, certain emotional behaviors such as perceived benefits and barriers have effect on changing health behaviors.

Method. In a descriptive cross sectional study, 260 patients with cardiovascular disease were selected from exercise tolerance test ward of Shahriar social security hospital in 2009. In this study, sampling method was simple**.** Data were collected through interview. The instruments included demographic form, Benefits Assessment Scale and Barriers Assessment Scale. The data were analyzed by using SPSS software and descriptive statistics, T-test, ANOVA and Pearson coefficient correlation.

Findings. The findings showed that mean score of perception of health promotion behaviors benefits was 41.14±3.82, and 83.7% of patients had high scores of perception about benefits of health promotion behaviors. There was statistically significant correlation of perception of benefits with education level (P=0.024) and job (P= 0.021). Mean score of perception of health promotion behaviors barriers was 26.81±6.31 and 66.3% of patients had moderate scores of perception about barriers of health promotion behaviors. Perception of barriers was significantly associated with gender (P=0.034) and marital status (P= 0.047). There was negative significant correlation between perception of benefits and perception of barriers (p=0.001).

Conclusion. Regarding the results of this study, seems that increasing perception of patients with cardiovascular disease about benefits of health promotion behaviors is associated with decreased barriers of health promotion behaviors. Educational interventions by professional nurses for patients with cardiovascular disease may help the patients to adherence to health promotion behaviors.

Keywords: Health promotion behaviors, Benefits, Barriers, Cardiovascular disease

1-Bachelor of Science in Nursing, Shahriar Social Security Hospital, Tehran, Iran.
2-Master of Science in Nursing, Department of Medical- Surgical Nursing , Faculty of Nursing and Midwifery, Islamic Azad University, Karaj Branch, Alborz, Iran (*Corresponding Author) E-mail: zeighami@kiau.ac.ir
3 -Bachelor of Science in Nursing

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-07]