تأثیر آموزش چهره به چهره بر اساس مدل اعتقاد سلامت بر آگاهی و نگرش بیماران ترخیص شده دچار انفارکتوس میوکارد در مورد عوامل خطرساز بیماری

عباس عباس‌زاده، فریبا برهانی، ندا اسدی*

چکیده

مقدمه: اغلب عوامل خطر بیماری‌های قلبی- عروقی مرتبط با آگاهی و رفتار هستند و یکی از ابزارهای اساسی در تغییر سبک زندگی بیمار، وجود برنامه‌های آموزشی است. این مطالعه با هدف بررسی تأثیر آموزش چهره به چهره، بر اساس مدل اعتقاد سلامت، بر آگاهی و نگرش بیماران انفارکتوس میوکارد ترخیص شده، در مورد عوامل خطرساز بیماری انجام شد.

روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی است. ۸۰ بیمار به روش مبتنی بر هدف در دو گروه شاهد و تجربی قرارگرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه پژوهشگر ساخته بود که بر اساس مدل اعتقاد سلامت طراحی شده بود محتوای آموزشی بر اساس اطلاعات جمع‌آوری شده و با توجه به نیازها در چارچوب مدل اعتقاد سلامت طراحی گردید. هر بیمار در گروه تجربی، آموزش چهره به چهره و در گروه شاهد، مراقبت‌های عادی بخش را دریافت کردند. در پایان داده‌های به دست آمده با استفاده از آزمون‌های آماری کای دو، تی زوجی و تی مستقل تحلیل شدند.

نتایج: میانگین نمرات آگاهی و نگرش بیماران دو گروه، قبل از مداخله تفاوت معناداری نداشتند ($p>0/05$). پس از مداخله آموزشی در گروه تجربی آگاهی و نگرش به ترتیب ۱/۴±۳۱/۰۲ و۵/۹۶±۱۰۵/۹ و در گروه شاهد ۱/۴±۱۶/۹۲ و۵/۹۶±۵۱/۸۶ بود و دو گروه تفاوت معناداری را در تمام ابعاد مدل نشان دادند ($p<0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر بیانگر اهمیت به‌کارگیری مدل‌های پیشگیری مناسب درآموزش فعال و پیشگیری از مشکلات عود مجدد بیماری در بیماران انفارکتوس میوکارد است.

واژه‌های کلیدی: آموزش چهره به چهره، بیماران انفارکتوس میوکارد، مدل اعتقاد سلامت، آموزش به بیمار

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی/ آذر ۱۳۹۱؛ ۱۲(۹): ۶۳۸ تا ٦٤٦

مقدمه

بیماری‌های قلب و عروق از شایع‌ترین بیماری‌های جوامع بشری هستند وشیوع آن در دهه‌های اخیر رو به افزایش است(۱). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی هرساله ۳/۸ میلیون مرد و ۳/٤ میلیون زن در سرتاسر جهان، جان خود را به علت بیماری عروق کرونر از دست می‌دهند. علت نیمی از این مرگ‌ها، انفارکتوس میوکارد است(۲). کمبود آگاهی نسبت به عوامل خطرساز بیماری و رژیم درمانی، از عوامل قابل کنترلی هستند که موجب بستری مجدد بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد می‌گردند(۳). بیماران نیازمند به اطلاعات و مهارت‌هایی در این زمینه هستند تا به آنها در دستیابی به سطح مطلوب سلامتی

* **نویسنده مسؤول:** ندا اسدی (مربی)، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.
(nedaasadi87.nax@gmail.com)
دکتر عباس عباس‌زاده (دانشیار)، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان ایران. (aabaszadeh@hotmail.com)؛ دکترفریبا برهانی (استادیار)، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان ایران.
(faribaborhani@msn.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۹۱/۱/۱۷، تاریخ اصلاحیه: ۹۱/۴/۴، تاریخ پذیرش: ۹۱/۷/۱

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-10-11]

کمک کند. افزایش آگاهی بیماران باعث مشارکت بیشتر آنان در برنامه‌های مراقبت از خود شده و آنها مسؤولیت بیشتری را در این مورد می‌پذیرند. پرستاران می‌توانند با آموزش بیماران، عامل مؤثری جهت تقویت توانایی‌های آنها در زمینه ارتقا و حفظ سلامت و انجام فعالیت‌های روزانه داشته باشند(٤). آموزش به بیمار با تأثیر بر آگاهی، رفتارهای بهداشتی و تجربیات فرد درمورد بیماری‌اش، موجب حفظ سلامتی و یا سازگاری با شرایط موجود، به ویژه در بیماری‌های مزمن می‌شود. آموزش هم‌چنین ممکن است موجب تغییر در نگرش بیماران نسبت به بیماری و عوامل کنترل‌کننده آن گردد. لذا آموزش به بیمار چیزی فراتر از انتقال اطلاعات به بیمار است(٥).

آموزش چهره به چهره، یکی از قدرتمندترین راه‌های تأثیرگذار در یادگیری فراگیر است. در این روش، مدرس فرصت یادگیری فعال را در شرایط واقعی، در حالی که مدل‌های مطلوب و متناسب با خصوصیات فردی را ارائه می‌دهد، مهیا می‌کند. از ویژگی‌های مهم این روش مشاهده رفتار فراگیر است، به صورتی که مدرس و فراگیر نمی‌توانند از دید یکدیگر پنهان شوند(٦).

از آنجا که مراقبین سلامت، هنگام آموزش، باورهای فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند، یکی از کاربردی‌ترین نظریه‌های مطالعه رفتار مرتبط با سلامتی، مدل اعتقاد سلامت است. مرور مطالعات آموزش به بیمار نشان داده است که این مدل، چارچوب با ارزشی برای توضیح رفتار مرتبط با سلامتی است(٧). مدل اعتقاد سلامت با اجتناب از تهدید سلامتی و ایجاد آمادگی روانی در فرد، بر اساس چهار بعد: حساسیت درک شده (برداشت فرد از میزان آسیب‌پذیری‌اش در برابر بیماری)، شدت درک شده (برداشت فرد از میزان شدت بیماری)، منافع درک شده (درک فوائد حاصل از اقدام بهداشتی) و موانع درک شده (عوامل بالقوه منفی یک عمل خاص بهداشتی مانند هزینه، غیبت از کار و درد)، موجب انجام اقدامات بهداشتی توصیه شده می‌گردد(٨). بر اساس این مدل احتمال تصمیم‌گیری در مورد رفتارهای بهداشتی هنگامی بیشتر می‌شود که افراد بخواهند سالم بمانند و معتقد باشند که چنین رفتارهایی سبب بهبود و ارتقای سلامت آنها خواهد شد(٩).

نتایج حاصل از مطالعه‌ای در سال١٣٧٨ در ایران نشان داد که متغیر موانع درک شده (مانند بی‌تأثیر انگاشتن خودآزمایی پستان در تشخیص بیماری، وقت گیر بودن و کمبود نیروی انسانی جهت آموزش و آگاهی زنان نسبت به انجام این آزمایش)، بیشترین تأثیر را در ممانعت از خودآزمایی پستان داشته است، که با برطرف کردن آن، تعداد قابل ملاحظه‌ای از زنان خودآزمایی پستان را انجام می‌دهند(١٠). همچنین درنتایج مطالعه دیگری نشان داده شد که آموزش در چهارچوب الگوی اعتقاد سلامت، موجب افزایش آگاهی، انجام رفتارهای مراقبت از خود در بعد انجام ورزش و افزایش تهدید درک شده، منافع درک شده و کاهش موانع درک شده در انجام ورزش و رعایت رژیم غذایی در بیماران تحت عمل پیوند عروق کرونر می‌شود(١١). بوگلار (Buglar) و همکاران مطالعه‌ای با عنوان تأثیر آموزش بر اساس مدل اعتقاد سلامت توسعه یافته بر خودکارآمدی در مسواک زدن و نخ دندان کشیدن در بیماران با مشکلات دندانی انجام دادند. نتایج نشان داد که تنها حمایت نسبی در مدل اعتقاد سلامت در بعد موانع، از عوامل مؤثر در رعایت بهداشت دهان و دندان بود(١٢).

از آنجا که اعتقادات شخص در مورد سلامت و بیماری بر رفتار بهداشتی افراد تأثیر می‌گذارد و اهمیت میزان آگاهی و نیز وضعیت نگرش بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد از عوامل خطرساز بیماری در جلوگیری از بستری مجدد و کنترل ریسک فاکتورها است، لذا هدف این مطالعه، بررسی تأثیر آموزش چهره به چهره بر اساس مدل اعتقاد سلامت، بر آگاهی و نگرش بیماران انفارکتوس میوکارد ترخیص شده، در مورد عوامل خطرساز بیماری است.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-10-11]

روش‌ها

این پژوهش، یک مطالعه نیمه تجربی است که در سال ۱۳۹۰-۱۳۸۹ در بیمارستان‌های آموزشی افضلی پور و شفا (دانشگاه علوم پزشکی کرمان)، با طرح دو گروهی، شاهد و تجربی انجام شد. حجم نمونه، با استفاده از مطالعات قبلی(۱۱) و با انتخاب آلفای (α=٪۵) و توان آزمون ۸۰٪، مجموعاً ۸۰ نفرتعیین گردید. بیماران از بخش‌های مراقبت ویژه قلب به روش در دسترس انتخاب شدند. .گروه‌های مورد پژوهش شامل کسانی بودند که، با تایید متخصص قلب، برای اولین بار به سکته قلبی مبتلا شده بودند. حداقل سن بیماران ۳۵ سال و دارای سواد خواندن و نوشتن بودند. هیچ یک از افراد شرکت‌کننده در این مطالعه به بیماری‌های محدودکننده حرکتی و نیز اختلالات روان شناختی دچار نبودند. معیارهای خروج از مطالعه شامل داشتن بیماری‌های جسمی (کلامی، ذهنی، بینایی و شنوایی) و بیماری‌های روانی، که مانع از انجام و عمل به توصیه‌ها و شرکت در پژوهش می‌شد، بودند. با توجه به این که کادر خدمات بهداشتی درمانی، نسبت به سایر نمونه‌ها آگاهی بیشتری نسبت به برنامه آموزشی داشتند، که ممکن بود نتایج پژوهش را به شکل نادرست تحت تأثیر قرار دهد، لذا از نمونه‌ی پژوهش خارج شدند. نمونه‌گیری به طورمستمر انجام شد. بدین صورت که پژوهشگر با مراجعه روزانه به بخش‌های مراقبت ویژه قلب بیمارستان‌های منتخب و بررسی پرونده بیماران بستری شده در همان روز، نمونه‌هایی را که شرایط شرکت در پژوهش را داشتند در نظرمی گرفت و اولین فرد را با قرعه کشی انتخاب می‌کرد و نفرات بعدی را به صورت یک در میان در دو گروه مداخله و کنترل قرار می‌داد. نمونه‌گیری تا کامل شدن تعداد به همین طریق ادامه می‌یافت. با توضیح هدف پژوهش و کسب رضایت از شرکت‌کنندگان، اطلاعات جمع‌آوری می‌شد و در مورد حفظ اسرار و گمنام بودن بیماران به آنان اطمینان داده می‌شد. همچنین حق خروج از مطالعه برای شرکت‌کنندگان محفوظ بود.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه پژوهشگر ساخته بود که یک بخش آن به بررسی اطلاعات دموگرافیک بیمار (سن و جنس) می‌پرداخت. بخش دیگر شامل سؤالاتی به منظور سنجش میزان آگاهی (١٦ سؤال)، بررسی ادراکات شخصی (۵ سؤال)، و نحوه‌ی عملکرد فرد نسبت به رژیم غذایی، انجام ورزش و فعالیت فیزیکی (۱۸ سؤال) ، بود. حیطه "نحوه عملکرد" از زیر حیطه‌های "درک منافع و موانع حاصل از رعایت رژیم غذایی مناسب"(۷ سؤال) و "فعالیت فیزیکی" (۸ سؤال) و زیر حیطه "حساسیت درک شده" (۳ سؤال) تشکیل شده بود. در قسمت انتهایی پرسشنامه، توسط ۵ سؤال بسته، راهنمای عمل (یادآوردنده‌ها) در بیماران بررسی می‌شد. به غیر از سؤالات مربوط به آگاهی بیماران، که به صورت سه گزینه‌ای طراحی شده بود، سایر قسمت‌ها مقیاس پنج گزینه‌ای (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) داشت. شیوه نمره‌دهی به گونه‌ای بود که به گزینه کاملاً موافق نمره ٤ و به گزینه کاملاً مخالف نمره صفر تعلق می‌گرفت. به این ترتیب نمره‌ی کل میزان آگاهی در پرسشنامه، عددی بین صفر و ١٦، و نمره کل میزان نگرش عددی بین صفر و ۹۲ بود. محققین جهت تعیین روایی ابزار گردآوری داده‌ها، از روش روایی محتوی استفاده نمودند، بدین ترتیب که پس ازجستجو در منابع معتبر، پرسشنامه تدوین و سپس متناسب با شرایط جامعه پژوهش و با همکاری اساتید تغییرات لازم در آن اعمال شد و جهت تأیید به ۱۰ تن از اعضای هیأت‌علمی دانشکده پرستاری مامایی رازی ارایه گردید و بر اساس شاخص روایی محتوا، امتیاز ۰/۹٦ برآورد شد. جهت تعیین پایایی ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش، از روش هم بستگی درونی (محاسبه ضریب آلفای کرونباخ) برای ۱۵ نفر مستقل از واحدهای مورد پژوهش استفاده گردید. ضریب آلفای کرونباخ سؤالات مربوط به آگاهی (α=۰/۸۲) و آلفای کرونباخ سؤالات مربوط به نگرش (α=۰/۸۲) محاسبه شد. اطلاعات از طریق

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-10-11]

تکمیل پرسش‌نامه طی دو مرحله، در اولین ملاقات (قبل از مداخله آموزشی در گروه تجربی)، و یک و نیم ماه بعد از ترخیص جمع‌آوری گردید. محتوای آموزشی بر اساس اطلاعات جمع‌آوری شده و با توجه به نیازها در چارچوب مدل اعتقاد سلامت طراحی گردید. این مدل در سال ۱۹۵۰ توسط هوکبام (Hochbaum) و همکارش در امریکا پایه‌ریزی شد(۱۳). سپس توسط بیکر و می‌من (Maiman &Backer) در سال ۱۹۷٤ اصلاح گردید(۱٤). اجزا این مدل شامل؛ حساسیت درک شده، تهدید درک شده، موانع درک شده، منافع درک شده، شدت درک شده و راهنمای عمل است(۱۱). مداخله آموزشی در طی دو مرحله، پس از گذر از مرحله حاد بیماری (۲٤ ساعت پس از بستری، و در حین ترخیص) برای هر بیمار به صورت انفرادی به مدت ۲۰ دقیقه، انجام شد. مهم‌ترین عناوین محتوای آموزشی، اهمیت و معرفی بیماری انفارکتوس میوکارد، عوامل خطرساز و علایم بیماری، اهمیت رعایت رژیم غذایی و انجام فعالیت‌های منظم و تعدیل ریسک فاکتورها و تغییر شیوه زندگی براساس اجزای مدل اعتقاد سلامتی بودند. در گروه شاهد هیچ‌گونه مداخله‌ای صورت نگرفت. به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات، از نرم‌افزار SPSS-16 و آمار توصیفی (فراوانی و میانگین و انحراف معیار) و آزمون‌های استنباطی نظیر آزمون‌های تی زوجی (جهت مقایسه میانگین‌های قبل و بعد از مداخله در هر گروه)، تی مستقل (جهت بررسی میانگین و انحراف معیارهای دو گروه شاهد و تجربی قبل و بعد از مداخله) و مجذور کای (به منظور مقایسه‌ی متغییرهای دموگرافیک در دو گروه جهت همسان بودن نمونه‌ها) با سطح معناداری $\alpha>0/05$ استفاده شد.

نتایج

در این مطالعه پرسشنامه هر ۸۰ بیمار مبتلا به انفارکتوس میوکارد در دو گروه شاهد و تجربی (هرگروه٤۰ بیمار) تجریه و تحلیل شد. میانگین و انحراف معیار سن در دو گروه شاهد و تجربی به ترتیب ۸/٤۲±۵۲/۷۰ و ۷/٦٤±۵۳/۸۸ سال بود. ۳۰ نفر (۷۵٪) در گروه تجربی و ۲۵ نفر (٦۲/۵٪) در گروه شاهد را مردان تشکیل می‌دادند. افراد با تحصیلات زیر دیپلم در دو گروه شاهد و تجربی به ترتیب ۲۸ نفر(۷۰٪) و۲۵ نفر (٦۲/۵٪) بودند. در گروه تجربی۱۲ نفر (۳۰٪) دارای شغل آزاد،۲۲ نفر(۵۵٪) دارای درآمد ماهیانه بیشتر از ۳۰۰ هزار تومان و۳٤ نفر(۸۵٪) دارای سابقه سکته قلبی در بستگان درجه اول بودند. همچنین در گروه شاهد ۱٦ نفر(٤۰٪) دارای شغل آزاد، ۱۸ نفر(٤۵٪) دارای درآمد ماهیانه بیشتر از ۳۰۰ هزار تومان و ۳۵ نفر(۸۷/۵٪) دارای سابقه سکته قلبی در بستگان درجه اول بودند. دو گروه از نظر متغیرهای جنس، وضعیت تحصیلات، وضعیت اشتغال، درآمد ماهیانه، سابقه بیماری در بستگان درجه اول همگن بود. به عبارتی دو گروه از نظر متغیرهای زمینه‌ای و مداخله‌گر که به طور بالقوه می‌توانستند به نوعی بر نتایج مطالعه تأثیر بگذارند، از نظر آماری تفاوت معناداری نداشتند. با استفاده از آزمون مجذورکای نشان داده شد که مشخصه‌های فردی در دو گروه مورد مطالعه با هم تفاوت معناداری نداشتند و همسان‌سازی دو گروه به صورت مناسبی انجام شده بود. میانگین نمره آگاهی و نگرش بیماران قبل ار مداخله بین گروه شاهد و گروه تجربی که تفاوت معناداری نداشت (جدول ۱).

جدول (۱) مقایسه مفاهیم و ابعاد مدل اعتقاد سلامت در دو گروه مورد مطالعه، در مرحله قبل از مداخله آموزشی را نشان می‌دهد. بر اساس آزمون تی مستقل، ، هیچ یک از مفاهیم بررسی شده در دو گروه قبل از مداخله با هم اختلاف معناداری نداشتند.

نتایج پس از مداخله آموزشی (جدول ۲) افزایش معناداری درمیانگین نمرات آگاهی از بیماری، آگاهی از رژیم غذایی، آگاهی از انجام ورزش، منافع درک شده از رعایت رژیم غذایی، منافع درک شده از انجام ورزش، تهدید درک شده و حساسیت درک شده نشان داد. هم چنین کاهش معناداری در میانگین موانع در حیطه درک شده در

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-10-11]

"رعایت رژیم غذایی"، و "انجام ورزش" را نشان می‌دهد.

جدول۱: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد مدل اعتقاد سلامت در دو گروه تجربی و شاهد قبل از مداخله

ابعادمدل اعتقاد سلامت	تجربی	شاهد	t	مقدارP
	میانگین وانحراف معیار	میانگین وانحراف معیار		
آگاهی از بیماری	۵/٦±۱/۷۰	٤/۹±۱/۸۸	۱/۱۲	۰/۵٦
آگاهی از رژیم غذایی	٦/٤۵±۱/٦۳	۵/٦۰±۱/۷۵	۱/۵۳	۰/۲۳
آگاهی از ورزش	٤/٤۵±۲/۰۸	٤/٦۵±۱/٦۳	-۰/۷۲	۰/۷۵
تهدید درک شده	۹/۱۷±۱/۵۵	۹/۹۵±۳/۰۵	-۰/۵٦	۰/۳۰
منافع رژیم غذایی	٦/٤۲±۱/۱۷	٦/۸۰±۱/۵۷	۱/۸۰	۰/۳٤
موانع رژیم غذایی	۱۸/۵۲±۱/۲٦	۱٦/۷۰±٤/۰٤	۰/۱۷	۰/۰۸
منافع ورزش	۹/۲۲±۲/۹۹	۸/٤۰±۲/۲۵	۰/۹۱	۰/۳۰
موانع ورزش	۲٤/۲۵±۱/۰۸	۲۳/۳۵±۲/۱۸	۱/۵۱	۰/۱۰
حساسیت درک شده	۸/۱۷±۱/۹٤	۷/۲۵±۱/۸۳	۱/۸۱	۰/۲٦
نمره کلی آگاهی	۱۵/۹۵±۲/٤۷	۱٦/٦۳±۳/٦۸	۰/۹٦	۰/۰۹
نمره کلی نگرش	۵۱/٦۵±۵/۳۷	۵۰/۲۸±۵/۹۸	۱/۰۸	۰/۱٤

جدول۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد مدل اعتقاد سلامت در دو گروه تجربی و شاهد بعد از مداخله

ابعادمدل اعتقاد سلامت	شاهد	تجربی	t	مقدارP
	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار		
آگاهی از بیماری	٤/۷±۱/۷۸	۹/٤±۱/۰۱	۳/٦۷	۰/۰۰۰
آگاهی از رژیم غذایی	۵/۳±۱/۹۲	۱۱/۷۰±۰/۷۳	۲/۹٦	۰/۰۰۰
آگاهی از ورزش	٤/۵۵±۱/۷٦	۹/٦±۰/۸۲	۲/۲۹	۰/۰۰۰
تهدید درک شده	۹/۲۵±۲/۵۷	۲۱/٤۵±۲/۵۷	۲/٦۷	۰/۰۰۰
منافع رژیم غذایی	٦/۷±۱/٤۹	۱۳/۰۵±۱/٤۹	۲/۸۸	۰/۰۰۰
موانع رژیم غذایی	۱۵/۲۵±۲/۵۱	۷/۹۲±۲/۱٦	-۱/۹٦	۰/۰۰۰
منافع ورزش	۷/۹۵±۲/۰۱	۱٦/۹۵±۱/۱٤	۳/۱٤	۰/۰۰۰
موانع ورزش	۲۳±۱/٦۸	۱۱±۲/۳۸	-۲/٤۷	۰/۰۰۰
حساسیت درک شده	٦/۷۰±۰/۹۷	۱۲/۰۲±۱/۸	٤/٤٦	۰/۰۰۰
نمره کلی آگاهی	۱٦/۹۲±۱/٤	۳۱/۰۲±۱/٤	۰/٤۱	۰/۰۰۰
نمره کلی نگرش	۵۱/۸٦±۵/۹٦	۱۰۵/۹±۵/۹٦	٤/۷۵	۰/۰۰۰

بحث

نتایج حاصل از تحقیق حاضر نشان داد که آموزش چهره به چهره در چارچوب مدل اعتقاد سلامت، منجر به افزایش میزان آگاهی و بهبود نگرش بیماران شده است. این تغییرات در چهارچوب مدل اعتقاد سلامت ایجاد شده است. به عبارت دیگر یکی از زیر مجموعه‌ها، موانع درک شده بیماران در رابطه با ورزش و تغذیه بهبود یافته است، به این معنا که آموزش سبب افزایش آگاهی بیماران

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-10-11]

و کاهش موانع درک شده افراد در زمینه انجام یک رفتار بهداشتی خاص شده است.

یافته‌ها نشان دادند میزان آگاهی و نگرش بعد از مداخله درگروه تجربی دارای تفاوت معناداری در مقایسه با گروه شاهد هستند. عقاید بیماران در مورد علل ایجادکننده بیماریشان، بخش اصلی بسیاری از مدل‌ها و نظریه‌های رفتاری مرتبط با بیماری است. فرنچ (French) و همکاران در مطالعه خود نشان دادند، اکثر بیمارانی که برای نخستین بار به انفارکتوس میوکارد مبتلا شده‌اند، تنها یک عامل را موجب بروز و آغازگر سکته قلبی خود می‌دانند و تلاش می‌کنند تا از بروز مجدد حمله قلبی با کنترل همین یک عامل در آینده جلوگیری نمایند، و عوامل خطرسازی که به شکل مزمن در آمده‌اند را نادیده می‌گیرند. اما مطالعات نشان می‌دهد که عوامل متعددی مانند رژیم غذایی چرب و پر نمک، کم تحرکی وعدم انجام فعالیت‌های فیزیکی و ورزشی منظم از جمله عوامل خطرساز در بروز حمله قلبی هستند، که تواماً می‌توانند اثرات مخربی داشته باشند(۱۵). نتایج مطالعه گنجی و همکاران نشان دادند که آموزش، موجب افزایش دانش بیماران در انتظار کاتتریسم قلب شده است، و تفاوت معنادار آماری در مرحله قبل و بعد از آموزش، بین میزان دانش بیماران وجود داشته است(۱۶)، یافته‌های مطالعه فوق با یافته‌های مطالعه ما هم خوانی دارد و بر این نکته تاکید می‌کند که آموزش به بیمار و مطلع ساختن وی از بیماری و روند درمان، سبب افزایش آگاهی و در نتیجه کاهش عوارض ناشی از عدم آگاهی بیماران می‌شود. در مطالعه دیگری که توسط صلحی و همکاران به منظور کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی در آموزش بهداشت دهان و دندان و ارائه مدل مناسب انجام شد نتایج نشان داد، ادراکات فردی در زمینه حساسیت، شدت، موانع و منافع قبل از مداخله در حد متوسط قرار داشت و رفتارهای بهداشتی در حد مطلوب نبود؛ ولی پس از مداخله اختلاف معناداری در گروه آزمون در مقایسه با گروه کنترل به دست آمد(۱۷). داشتن آگاهی کافی از بیماری و عوامل خطرساز آن، به تنهایی موجب اصلاح و کنترل عوامل خطرساز نخواهد شد.

یکی دیگر از یافته‌های پژوهش حاضر بهبود نگرش بیماران در گروه تجربی است. نگرش بیماران نسبت به بیماری، در دریافت خدمات بهداشتی و اجرای مراقبت‌های توصیه شده تأثیرگذار است(۱۸). تاچیندا (Tuchinda) و همکاران در مطالعه خود علت تغییر نگرش بوسیله آموزش چهره به چهره را افزایش اعتماد و تأثیر بیشتر این نوع آموزش بر نگرش افراد دانست(۱۹). برای انجام اقدامات پیشگیرانه، نگرش‌ها و باورها به اندازه آگاهی یا اطلاعات لازم است و تا زمانی که تمایلی به حفظ و ارتقای سلامتی به وجود نیاید، صرفاً کسب آگاهی مؤثر نخواهد بود و آموزش مسائل بهداشتی معمولاً به سوی تقویت و تغییر نگرش، ادراکات و عقاید فرد در مورد بیماری، درمان و اثر آن در فعالیت‌های روزانه گام بر می‌دارد(۲۰).

پرستاران می‌توانند در طراحی مداخلات آموزشی خود بر اساس مدل اعتقاد سلامت، در جهت تعدیل، تغییر و ارتقای رفتارهای بهداشتی گام مؤثری بردارند. افزایش حساسیت و تهدید درک شده (که از ابعاد این مدل هستند) در فرد سبب می‌شود که خود را در معرض ابتلا مجدد به بیماری احساس کرده و تغییراتی را در رفتار خود اتخاذ نماید. با توجه به محدودیتهای بودجه مراکز درمانی و ضرورت کاستن هزینه‌های درمانی و نیز به موازات آن پیشرفتهای تکنولوژی که سؤال‌های زیادی را در مقابل بیماران قرار داده، نیاز به اطلاع‌رسانی و افزایش آگاهی از ماهیت بیماری و درمان آن از اولویت و اهمیت خاصی برخوردار است.

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد استفاده از آموزش چهره به چهره بر اساس مدل اعتقاد سلامت می‌تواند به مددجو در تغییر رفتارهایی که خطر بروز مجدد بیماری را افزایش می‌دهند کمک کند. با توجه به این که آموزش بیمار در هر شکل فوایدی را در بر دارد، اما این مطالعه نشان می‌دهد چنانچه آموزش بر مبنای مدل‌های مفهومی

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-10-11]

صورت پذیرد، می‌تواند آثار بیشتری داشته و به توسعه سلامت و کاهش هزینه‌های مربوطه کمک کند.

متغیرهای غیرقابل کنترل در این پژوهش، از محدودیت‌های مطالعه به حساب می‌آیند. از جمله این عوامل می‌توان به ویژگی‌های شخصیتی بیماران، زمینه‌های روانی و اجتماعی، میزان علاقه مندی به برنامه و جلسات آموزشی، حالات روحی روانی شرکت‌کنندگان هنگام پاسخ دادن به پرسشنامه‌ها و عوامل تأثیرگذار دیگر که بر الگوی تغذیه‌ای و فعالیت فیزیکی مؤثرند، اشاره کرد.

در خاتمه پیشنهاد می‌شود پژوهشگران علاقه‌مند به بررسی تأثیر آموزش چهره به چهره بر اساس مدل اعتقاد سلامت بر آگاهی و نگرش، مبتلایان به سایر بیماری‌ها را نیز بررسی کرده و یا به بررسی ارتباط باورهای بهداشتی بیماران انفارکتوس میوکارد و رفتارهای خودمراقبتی نیز بپردازند.

نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از مطالعه اثرات مفید آموزش چهره به چهره در چارچوب مدل اعتقاد سلامت به بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد را نشان می‌دهد. نتایج نشان داد که آموزش چهره به چهره در چارچوب مدل اعتقاد سلامت نه تنها سبب افزایش میزان آگاهی در این بیماران می‌شود، بلکه سبب بهبود وضعیت نگرش آنها نیز می‌گردد. از آنجایی که هدف، افزایش حساسیت درک شده و بهبود باورها و نگرش‌ها است، لذا توصیه می‌شود از مدل‌های مناسب آموزشی بیش از گذشته در اجرای مداخلات پرستاری به ویژه در جهت توسعه و تقویت آموزش بیمار استفاده شود.

قدردانی

پژوهشگران بدین وسیله مراتب تقدیر و تشکر خود را از کلیه بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش و نیز از پرسنل بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های شفا و افضلی پور اعلام می‌دارند.

این مقاله منتج از پایان‌نامه و قسمتی از طرح تحقیقاتی به شماره مصوب ۸۹/۷۱ است.

منابع

1. Goldberg R, Goff D, Cooper L, Luepker R, Zapka J, Bittner V, et al. Age and sex differences in presentation of symptoms among patients with acute coronary disease: the REACT Trial. Rapid Early Action for Coronary Treatment. Coron Artery Dis. 2000; 11(5): 399-407.
2. Smeltzer SC, Bare BG, Farrel M. Smeltzer and Bare's Textbook of Medical-Surgical Nursing. First Australian/New Zealand Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & wilking co; 2004.
3. Dracup K, Dunbar SB, Baker DW. Rethinking heart failure. Am J Nurs. 1995; 95(7): 22-7.
4. Safavi M, Borzoui T. [Osoole amoozesh be bimar]. Tehran: Salemi; 2006. [Persian]
5. van den Borne HW. The patient from receiver of information to informed decision-maker. Patient Educ Couns. 1998; 34(2): 89-102.
6. Rakhshani F, Vanaki Z (Translator). [Principle of patient education]. Nap B (Author). Tehran: Kankash; 1998. [Persian]
7. Janz NK, Becker MH. The health belief model: a decade later. Health Educ Q. 1984; 11(1): 1-47.
8. Maiman LA, Becker MH. The Health Belief Model: origins and correlates in psychological theory. Health Education Monographs. 1974; 2: 336-53.
9. Aghamolai T, Eftekhar H, Mohammad K. [Application of health belief model in changing diabetic patients' behaviors]. Payesh Journal. 2005; 4(4): 263-9. [Persian]
10. Tahvildari S. [Motaleaeye karbord va tadile modele eteghade behdashti dar amoozeshe khodazmaeye pestan]. [dissertation]. Tehran: School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University; 1999. [Persian]
11. Zigheimat F, Ebadi A, Mottahedian Tabrizi E, Alaf Javadi M, Hamedani Zadeh F. [Tasire amoozesh dar charchoobe modele eteghade salamat bar bavarhaye behdashti, agahi va raftare bimarane tahte amale jarahye peivande orooghe coronar]. Kowsar Medical Journal. 2008; 13(4): 309-13. [Persian]

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-10-11]

12. Buglar ME, White KM, Robinson NG.The role of self-efficacy in dental patients' brushing and flossing: Testing an extended Health Belief Model. Patient Educ Couns. 2010; 78(2): 269 -72.
13. Hochbaum GM. Public participation in medical screening programs: A socio-psychological study. Washigton, D.C: Public Health Service publication; 1958.
14. Becker MH, Maiman LA. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. Medical Care. 1975; 13(1): 10-24.
15. French DP, Maissi E, Marteau TM. The purpose of attributing cause: beliefs about the causes of myocardial infarction. Social Science & Medicine. 2005; 60(7): 1411-21.
16.Ganji T, Taleghani N, Haghani H. [Effect of education on knowledge and anxiety in patients awaiting heart catheterization in the hospital]. Journal of Nursing Iran. 2004; 17(38): 57-63.
17. Solhi M, Shojaeizadeh D, Seraj B, Faghihzadeh S. [Karborde modele eteghade behdashti dar amoozeshe behdashte dahan va dandan va eraeye modele monaseb]. [dissertation]. Shahed University Journal. 1999; 6(24): 21-30. [Persian]
18. Levinson CM, Druss BG. Health beliefs and depression in a group of elderly high utilizers of medical services. General Hospital Psychiatry. 2005; 27(2): 97-9.
19. Tuchinda S, Chotpitayasunondh T, Teeraratkul A. Knowledge, attitudes, and practices of senior high school students regarding human immunodeficiency virus infection. J Med Assoc Thai. 1998; 81(2): 130-5.
20. Heidarnia AR. [Mabahesi dar farayande amoozeshe behdasht]. Teharn: Zamani; 2003. [Persian]

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-10-11]

Effects of Face-to-face Health-belief Oriented Eduation about Risk Factors on Knowledge and Attitude of Myocardial Infarction Patients after Discharge

Abbas Abbaszadeha[1], Fariba Borhanib[2], Neda Asadi[3]

Abstract

Introduction: *Most risk factors for cardio-vascular diseases are related to behavior and knowledge. Educational programs are essential for changing the patient's lifestyle. This study aimed to assess the effects of face-to-face training about risk factors based on health belief model on knowledge and attitude of myocardial infarction patients after discharge.*

Methods: *This was a quasi-experimental study. Eighty patients were randomly assigned to either intervention or control group. Data were collected through a researcher-made questionnaire. Educational contents were designed in a health belief model frame based on the collected data and educational needs. Each patient in the intervention group received face-to-face training individually and the control group received the routine hospital method. Finally, data were analyzed using Chi-square, paired t –test, and independent T-test.*

Results: *Study results showed that there were no significant differences between mean score of knowledge and attitudes in the two groups before the intervention (p> 0.05). However, after the intervention, knowledge and attitude scores in the intervention group (31.02±1.4,105.9±5.96) and the control group (51.86± 5.96, 16.92±1.4) showed a significant difference in every dimension of the model (p<0.05).*

Conclusion: *Study results indicate the importance of using appropriate preventive models in active education, which helps prevent recurrent problems in patients with myocardial infarction.*

Keywords: face to face education, myocardial infarction, health belief model, patient education

Addresses:
[1] Associate Professor, Nursing Department, Nursing School, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran. Email: aabaszadeh@hotmail.com
[2] Assistant Professor, Nursing Department, Nursing School, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran. Email: faribaborhani@msn.com
[3](✉) Instructor, Nursing School, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.
Email: nedaasadi87.nax@gmail.com

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-10-11]