

شیوع بیماریهای قلب و عروق در بین مردم کشورهای صنعتی و در حال توسعه رو به افزایش است. پیام مدیر کل سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۲ چنین عنوان می نماید که سالانه ۱۲ میلیون نفر در جهان در اثر بیماریهای قلبی از بین می روند و گروه کشیری نیز معلول می گردند. نگاهی به آمار سازمان بهداشت جهانی نشان می دهد که در سطح جهانی بیماریهای قلبی - عروقی، ۲۳٪ کل موارد مرگ و میر را به خود اختصاص می دهد که در مقایسه با سایر علل مرگ و میر از میزان بسیار قابل توجیهی برخوردار است.

با توجه به اینکه اکثر قربانیان در سنین ۳۵-۶۵ سال قرار دارند و در واقع بازو های کارآمد جامعه می باشند، تهی شدن جامعه از این نیروها و یا معلولیت مادام العمر آنها می تواند به ویژه در جوامع جهان سوم که با کمبود نیروهای کارآمد روپرتوت، به صورت ضایعات جبران ناپذیر باشد.

در سال ۱۹۸۲، ۳۱ درصد از علل مرگ و میر در مردان در ایالات متحده به علت بیماریهای کرونری قلب<sup>۱</sup> بود، در حالیکه علت مرگ ناشی از انواع سرطانها فقط ۲۴ درصد را شامل می شد. در زنان نیز ۲۳ درصد از علل مرگ و میر ناشی از بیماریهای کرونری قلب و ۲۱ درصد ناشی از سرطانها بوده است. انگلستان و ولز<sup>۲</sup> بعد از فنلاند و اسکاتلند، اخیراً بیشترین میزان مرگ و میر ناشی از بیماریهای کرونری قلب را داشته اند (در حدود ۶۰۰ در ۱۰۰۰۰ هزار) و پایین ترین میزان در ژاپن بوده است (در حدود ۱۰۰ در ۱۰۰۰۰ هزار).

اطلاعات موجود چنین نشان می دهد که در سال ۱۹۸۷، ۸۱۰۲۷ نفر مرد و ۶۳۸۲۴ نفر زن در ایالات متحده به علت بیماریهای کرونری قلب از دنیا رفته اند. در ایران نیز بیماریهای قلبی - عروقی به صورت بک مشکل رو به تزايد درآمده است. به طوري که میزان

# پیشگیری از بیماریهای قلبی-عروقی با تأکید بر روش خودمختاری در آموزش بهداشت

گردآوری:

کاملیا روحانی

عضو هیئت علمی دانشگاه

علوم پزشکی شهید بهشتی تهران

1. Self-empowerment Approach.

2. Coronary Heart disease (CHD).

3. Wales.

۱- روش سنتی آموزش بهداشت برای پیشگیری از بیماری<sup>۵</sup>.

۲- روش رادیکال<sup>۶</sup> که در جهت ایجاد تغییرات سیاسی و اجتماعی فعالیت می کند.

۳- روش خودمختاری که به مردم جهت اتخاذ تصمیم، توانایی می بخشد.

در این مقاله روش خودمختاری و کاربرد آن در بیماریهای کرونری قلب بحث می شود. توپر در سال ۱۹۸۶ چنین بیان می کند: درک یک مستله بهداشتی توسط مردم، ممکن است عاملی محرک برای عملکرد آنها باشد، اما به تنها کافی نیست. بنابراین آموزش دهندهان بهداشت معتقدند که تهیه اطلاعات باید بوسیله فرایند روش نمودن عقاید و ارزش ها و نهایتاً توسعه مهارت های تصمیم گیری همراهی شود.

لذا هدف کلی روش خودمختاری، پرورش انتخاب آگاهانه است که از نظر ایدئولوژیکی از مفهوم استقلال منشا می گیرد. این دیدگاه با استفاده از مهارت های ویژه به مردم قدرت و اختیار تصمیم گیری را می دهد. بدین طریق در این روش این اصل اساسی که در یک جامعه دموکراتیک، تغییر اجتماعی فقط از طریق اختیار دادن به افراد و یا گروهها جهت دگرگونی محیط آنها، امکان پذیر است، در نظر گرفته شده است. توپر و دیگران (۱۹۹۰) پیشنهاد می کنند که انجام چنین فرایندی، مسائلی مانند اعتماد به نفس<sup>۷</sup>، خودکفایی<sup>۸</sup> و همچنین مهارت های اجتماعی را در بر می گیرد.

اعتماد به نفس مهم است زیرا افرادی که درک

مرگ و میر ناشی از این بیماریها در سال ۱۳۵۸ که ۲۷ درصد بوده به ۳۷ درصد در سال ۱۳۶۹ رسیده است و بدین ترتیب سبب فوت ۱۵۰ هزار نفر ایرانی در هر سال گشته است.

بیماریهای کرونری قلب موجب مشکلاتی برای مردم و بروز نگرانی هایی در جامعه می گردد. عدم حضور در ساعت کاری به علت بیماری، هزینه بالای روش های جراحی، داروها و نتوانی، فشارهایی را بر منابع موجود در جامعه تحمیل می کند. لذا پیشگیری از بیماریهای کرونری قلب می تواند به طور قابل توجهی این عوامل را کاهش دهد. یک گزارش از گردهمایی سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۸۴ چنین بیان می کند که در حال حاضر بحث در این باره متتمرکز است که «چگونه می توان از CHD پیشگیری کرد؟»

انجمن قلب بریتانیا (۱۹۸۷) چنین توصیه کرده که برنامه پیشگیری باید با استفاده از دو روش جمعیتی<sup>۹</sup> و روش جمعیت در معرض خطر<sup>۱۰</sup> دنبال شود. در روش جمعیتی، چنین تصور می شود که تمام اعضای یک جامعه در معرض خطر هستند در حالیکه در روش جمعیت در معرض خطر، بعضی از اعضای یک جامعه هستند که نسبت به دیگران بیشتر در معرض خطر بوده و بوسیله روش های غربالگری شناسایی می شوند.

آنچه مسلم است به منظور کنترل بیماریهای کرونری قلب باید هماهنگ با برنامه های سازمان بهداشت جهانی، گام برداشت. بدین منظور دو تغییر اساسی ضروری به نظر می رسد که عبارتند از:

۱- کاهش اثر عوامل خطرزای شناخته شده.

۲- افزایش آگاهی و ایجاد پذیرش عمومی در سطح جامعه، جهت تغییر سبک زندگی و کسب عادات صحیح بهداشتی.

برای دستیابی به این اهداف و ارتقاء سطح بهداشت و سلامت افراد در جامعه چه باید کرد؟ بر طبق نظر توپر<sup>۱۱</sup> (۱۹۸۶)، سه روش اصلی برای ارتقاء سلامت وجود دارد که عبارتند از:

1. Population Approach.

2. High risk population Approach.

3. Tones

4. Health Promotion.

5. Preventive Approach.

6. Radical Approach.

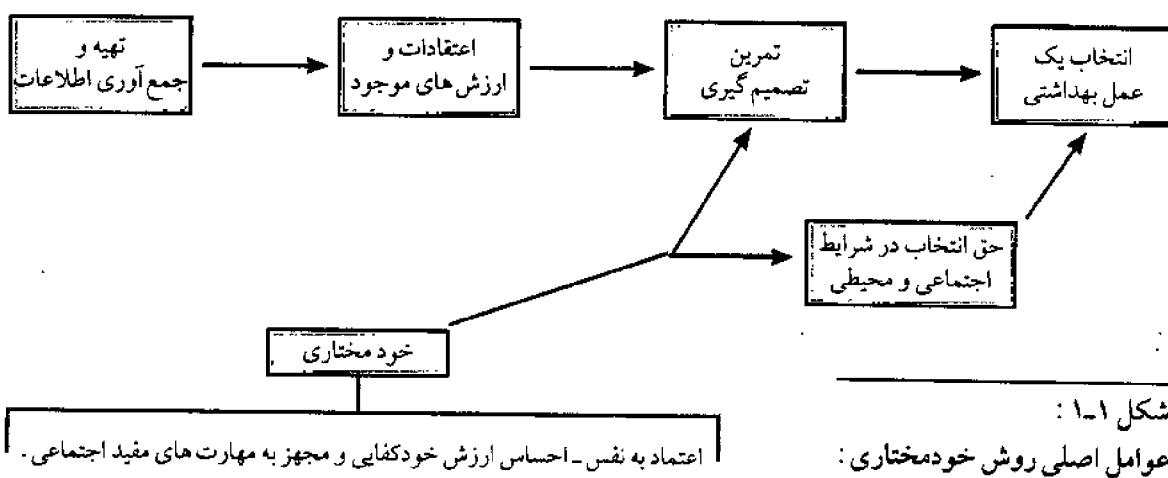
7. Self-esteem.

8. Self-efficacy.

در حال توسعه می‌باشد. یک راه حل برای کاهش شیوع این بیماری و افزایش کیفیت زندگی مردم، استفاده از روش خودمختاری می‌باشد. این روش مردم را قادر به تصمیم گیری‌های آگاهانه در مورد شیوه زندگی‌شان می‌کند. این مسئله توجهاتی را در باره رژیم غذایی، ورزش کردن و سیگارکشیدن ایجاد می‌کند.

همچنان که تونز و دیگران (۱۹۹۰) پیشنهاد می‌کنند، اولین مرحله روش خودمختاری، دادن اطلاعات در رابطه با عقاید و ارزش‌های مردم است.

مطلوبی در خود ندارند، ممکن است برای تغییر در جهت سلامتی، مشکلتر آمادگی پیدا کنند. خودکفایی با ادراکات فرد از قابلیت‌ها و توانایی‌های او مرتبط می‌شود و بر طبق نظر باندورا<sup>۱</sup> (۱۹۷۷)، می‌تواند بوسیله تجارب و مهارت‌های گذشته تحت تأثیر واقع شود. روش خودمختاری در عین ارتقاء مستقیم و مثبت بهداشت، امکان هر گونه انتخابهای بهداشتی را تسهیل می‌نماید. در شکل ۱-۱ طرح این روند را مشاهده می‌کنید:



شکل ۱-۱:

عوامل اصلی روش خودمختاری:

بنابراین تدارک اطلاعات بهداشتی می‌تواند به عنوان اولین مرحله روش خودمختاری در نظر گرفته شود و تمام پرستاران می‌توانند در این مرحله مشارکت نمایند. تهیه اطلاعات بهداشتی در رابطه با بیماری‌های کرونری قلب چنین نشان می‌دهد:

عوامل خطر در ارتباط با بیماری‌های کرونری قلب در سه طبقه بندی اصلی جای می‌گیرند که عبارتند از:

- ۱- عوامل فردی شامل جنس، سن، نژاد، کلسترول بالا (خصوصاً لیپوپروتئین‌های با غلظت پایین به نسبت کلسترول<sup>۲</sup>)، فشارخون بالا، استعمال سیگار، چاقی، الگوهای شخصیتی و الگوهای رژیم غذایی.

بنابراین روش خودمختاری برای ارتقاء بهداشت به جای آن که از طریق روش پیشگیری در بیماری عمل کند، از طریق پیش‌بینی دانش و معلومات لازم برای افراد، وارد عمل می‌شود. ارتقاء دهنده بهداشت باید قادر باشد اطلاعات موردنیاز برای انتخاب آگاهانه فراهم نماید، همچنین اعتماد به نفس و احساس خودکفایی افراد را بررسی کرده، عقاید و ارزش‌های آنها را درک کند. بعلاوه مردم را قادر نماید تا مهارت‌های خود را در تصمیم گیری و مثبت بودن گسترش دهد.

### کاربرد روش خودمختاری در بیماری‌های

#### کرونری قلب:

همانگونه که ذکر شد بیماری‌های کرونری قلب یک مشکل بزرگ بهداشتی در کشورهای توسعه یافته و

1. Bandura.

2. Low density lipoprotein (LDL).

یابد (۲/۱)، (۳) برای جبران انرژی به علت کاهش مصرف چربیها، مصرف کربوهیدراتهای غنی از فیبر مانند نان، غلات، میوه و سبزیجات افزایش داده شود، (۴) غذاها با توجه به محتوی چربی موجود در آنها بطور واضح بر چسب زده شوند.

مصرف بیش از حد نمک و افزایش فشار خون نیز فرد را جهت بروز بیماریهای قلبی- عروقی مستعد می کند، عامل دیگری که در افزایش کلسترول خون و بیماریهای قلب و عروق نقش دارد، افزایش مصرف عنصر معدنی روی و یا افزایش نسبت  $\text{روی} / \text{پلاسمای سبز}$  می باشد که در ساختار متالو آنزیم های مؤثر در متابولیسم کلسترول ایجاد اختلال می نماید. از سوی دیگر همراه با کاهش استفاده از منابع فیبر غذایی، غلظت کلسترول تام<sup>۳</sup> افزایش می پابد.

استعمال سیگار به عنوان یک عامل خطر اکتسابی، علاوه بر تأثیر مستقیم بر جدار شریان و ایجاد هیپوکسی مزمن و مصرف نمودن عوامل احیا کننده‌ای نظریه ویتامین C، سبب تغییر شکل LDL پلاسمای گردد، بلع این اجزای لیپیدی توسط ماکروفائزهای بافتی ایجاد ضایعات آترومی در جدار شرائین می‌نماید.

در بین الگوهای مختلف شخصیتی، افرادی که دارای شخصیت نوع الف هستند (شخصیت رفاقتی و مهاجم) به علت اینکه بیشتر در معرض تنبیدگی های محیطی قرار می گیرند، برای بروز بیماریهای قلبی و عروق، مستعد ترند.

چاقی و کم تحرکی بدن نیز از جمله عوامل خطرزای عمدۀ بیماریهای قلبی - عروقی به شمار می‌رود. افزایش مصرف کربوهیدرات و چربی توأم با کم تحرکی سبب افزایش غلظت کلسترول LDL و کاهش HDL (لیپوپروتئین‌های با غلظت بالا) می‌گردد. همچنین سبب بروز مقاومت به انسولین در

۲- عامل ارث، جزء عوامل خطری است که غیرقابل تغییر می باشد.

۳- عوامل محیطی شامل عوامل مختلف موجود در محیط زندگی و محیط شغلی فرد می باشد.

بر طبق مطالعات انجام یافته توسط سازمان بهداشت جهانی در ۲۶ کشور در طی یک دوره ۱۰ ساله (پژوهه مونیکا<sup>۱</sup>)، میزان مرگ و میر در هر دو جنس از جامعه‌ای دیگر تفاوت چشمگیری دارد، به نحوی که بین جامعه‌ای با بیشترین میراثی ناشی از آترواسکلروز به جامعه عروق کرونر (فلاند) و جامعه‌ای با کمترین مرگ و میر ناشی از این بیماری (ژاپن) در میان مردان اختلافی معادل ۱۳ برابر مشاهده می‌شود و این اختلاف در میان زنان دو جامعه تقریباً به ۱۵ برابر می‌رسد. به علاوه، در میان تمام جوامع تحت مطالعه یک حالت فزونی در میزان مرگ و میر مردان نسبت به زنان دیده می‌شود.

از نظر بیوشیمیایی، کلسترول یک استروئید مهم است که اساس بسیاری از هورمونها مانند استروژن و آندروژن را تشکیل داده و بوسیله کبد تولید می شود. تولید کلسترول با چربی رژیم غذایی به ویژه چربیهای اشباع شده<sup>۳</sup> در ارتباط می باشد. یک راه برای کاهش دادن سطح کلسترول سرم در جمعیت از طریق تغییر رژیم غذایی است. اغلب کارشناسان معتقدند که بوسیله تغییر نسبت اسیدهای چرب اشباع شده به اسیدهای چرب اشباع نشده<sup>۳</sup> می توان سطوح کلسترول سرم را کنترل کرد. اسیدهای چرب اشباع شده بطور کلی در محصولات حیوانی مانند گوشت و تولیدات لبنی وجود دارند در حالیکه اسیدهای چرب اشباع نشده در موادی مانند سبزیجات و روغن ماهی یافت می شوند. کمیته درمانی شیوه های غذایی در رابطه با تغییر رژیم غذایی مردم جهت کنترل سطح متوسط کلسترول سرم، توصیه هایی را ارائه کرده است. این توصیه ها عبارتند از: (۱) فقط ۱۵٪ از انرژی غذایی باید از اسیدهای چرب اشباع شده تهیه شود، (۲) نسبت PUFA به SFA باید به ۴۵/۰ باشد.

#### 1. Monica project.

## 2. Saturated Fatty Acids (SFA)=S.

### 3. Polyunsaturated Fatty Acids. (PUFA)=P.

#### 4. Total cholesterol.

ورزش باید در حد اعتدال شروع شده و تدریجیاً در شدت و تناوب افزایش پابند. پزشکان باید بیماران را در انتخاب نوع ورزش با توجه به عواملی چون حق انتخاب بیمار، هزینه، ایجاد صدمه و تمایل بیمار، پاری نمایند. به دلیل خطرات احتمالی، افراد کم تحرکی که بیشتر از ۴۰ سال سن داشته و دارای ریسک فاکتورهای قلبی می‌باشند و همچنین بیماران مبتلا به بیماریهای سرخرگ کرونر (CAD) باید قبل از شروع یک برنامه ورزشی فعال و پرتحرک، یک بررسی کامل فیزیکی شده و احتمالاً تست ورزش را انجام دهند.

#### فواید ورزش‌های منظم عبارتند از:

الف - فواید مرتبط با عوامل خطر برای CAD: کمک به ترک استعمال دخانیات، بهبود متابولیسم گلوکز، بالا بردن سطح کلسترول HDL، کاهش فشار خون شریانی، کاهش وزن بدن، کاهش تری گلیسرید سرم و احتمالاً کلسترول LDL، کاهش استرس.

ب - فواید هماتولوژیک: کاهش هماتوکریت و ویسکوزیتی خون، گسترش حجم پلاسمای خون، افزایش قابلیت تغییر شکل گلbul های فرمز خون، افزایش فعالیت فیبرینولیتیک.

ج - فواید دیگر: کاهش آترواسکلروزیس (در حیوانات ثبات شده)، کاهش شیوع بیماری و مرگ و میر، افزایش و بهبود گردش دو طرفه کرونر، افزایش ذخیره جریان خون کرونر، افزایش دانسته<sup>۷</sup> مویرگهای میوکارد، افزایش تحمل ایسکمی، افزایش آستانه

بافت‌ها و افزایش مزمن قند خون می‌شود. بطور معمول وقتی که وزن بدن، بیشتر از ۲۰٪ وزن مطلوب باشد، آن فرد به عنوان یک فرد چاق در نظر گرفته می‌شود.

غالباً برای اندازه گیری وزن از نمایه وزن بدن<sup>۱</sup> (نسبت وزن به قد) استفاده می‌کنند. در مطالعه برنامه قلب هونولولو<sup>۲</sup> از ضخامت چین پوستی زیر اسکاپولا به عنوان یک نمایه از اندازه گیری چاقی استفاده شد و نتایج نشان داد که ضخامت چین پوستی زیر اسکاپولا می‌تواند یک عامل مهم مستقل و پیش‌بینی کننده بیماری سرخرگ کرونر قلب<sup>۳</sup> باشد. تحقیقات جاری در اهمیت توزیع چربی موضعی بر روی چاقی اندامهای فوقانی بدن متمرکز شد که از نظر بالینی بوسیله محاسبه نسبت محیط کمر به هیپ<sup>۴</sup> مورد بررسی قرار می‌گیرد. تحقیقات نشان می‌دهد که چاقی اندامهای فوقانی بدن، منعکس کننده افزایش چربی داخل شکمی است که از نظر متابولیکی نسبت به چربی نقاط دیگر فعالتر است و این گروه از بیماران بیشتر در معرض خطر CAD قرار دارند. نتایج تحقیقات انجام شده در بیماران ایرانی مؤید آن بود که در تمام گروههای سنی، حد متوسط وزن مورد بررسی خیلی بیشتر از حد متوسط وزن ایده‌آل بود، زنان در سینه پایین‌تر از مردان شروع به چاق شدن می‌نمایند و میزان چاقی در زنان خیلی بیشتر از مردان است. چاقی مفرط در مردان بین سنین ۳۵-۶۵ سالگی پیدا می‌شود در صورتی که در زنان، چاقی مفرط از سنین ۲۰ سالگی کاملاً چشمگیر است، و در افراد چاق میزان تری گلیسرید بیشتر از افراد لاغر می‌باشد.

دکتر لوش<sup>۵</sup> (۱۹۹۲) نتایج مشیت و منفی مطالعات مختلف تحقیقی را بررسی کرده و جهت پیشگیری از CHD توصیه هایی را به شرح زیر ارائه می‌دهد:

۱- از چاقی و کم تحرکی پرهیز کرده و وزن بدن را در حد طبیعی نگهدارید.

۲- ورزش‌های منظم<sup>۶</sup> به مدت حداقل ۱۵-۲۰ دقیقه در حدود نه بار در هفته انجام شود. اشکال جدید

1. Body-mass Index.

2. Honolulu.

3. Coronary artery disease (CAD).

4. Hip.

5. Lush.

6. Aerobic Exercise.

7. Density.

سلامت و بهداشت، به سادگی یک فرایند دادن اطلاعات به مردم و تغییر رفتار مردم بر اساس آن اطلاعات نیست. فقدان اطلاعات، تنها یکی از موانع موجود در پیشگیری از CHD است. مردم برای اینکه تصمیمات مناسبی را اتخاذ نمایند به اطلاعات کافی و صحیح در آن رابطه نیاز دارند. پرستار می تواند یک بررسی دقیق انجام داده و دریابد که مددجویان او چقدر در باره سلامت خود می دانند و سپس اطلاعات صحیح و روشن ضروری را در اختیار آنها قرار دهد. این مسئله بستگی به آگاه بودن پرستار از یافته های تحقیقی و دانسته های جدید دارد. پرستار می تواند این اطلاعات را از طریق برقراری تعامل با مددجو، تهیه کتابهای و جزوایت، استفاده از وسائل سمعی - بصری و یا نشکل گروه فراهم کند. «روش خودمدختاری»، تعیین می کند که این اطلاعات در کجا باید فراهم شود، این اطلاعات نه تنها باید دقیق باشد بلکه باید مطابق با نیازهای مددجو، ارزش ها و عقاید او تهیه گردد. در رابطه با تغذیه و تغییر رژیم غذایی، شرکت گروههای زنان به ویژه مهم است زیرا غالباً، زنان فراهم کننده اصلی غذا در خانواده ها می باشند.

بنابراین وقتی سعی می کنیم به مردم اختیار نهیم تا به تصمیمات بهداشتی در رابطه با الگوهای رژیم غذایی، ورزش کردن و ... دست یابند، این مسئله قطعی است که ما باید عقاید و ارزش های آنها را در این رابطه درک کنیم. پس یکی دیگر از موانع موجود در راه پیشگیری از CHD، عقاید و ارزش های مردم در رابطه با الگوهای رژیم غذایی، ورزش کردن، عادات زندگی وغیره می باشد. مدل عقاید بهداشتی<sup>۱</sup> بکر و میمن<sup>۲</sup> در سال ۱۹۷۵، می تواند یک ابزار مفید، جهت کمک به بررسی و درک رفتارهای بهداشتی مردم در رابطه با

فیبریلاسیون بطنی و احتمالاً افزایش اندازه سرخرگ اپیکارد<sup>۳</sup>.

بنابراین مسلم است که ورزش های منظم به نگهداری بینه یا طاقت فرد کمک می کنند و این بینه فرد است که او را در برابر بیماریهای قلبی حفاظت می کند.

۳- درمان با آسپرین با دوز پایین در مردانی که بیشتر از ۵۰ سال سن دارند، نشان داده شده است که برای کاهش خطر CAD مؤثر می باشد.

۴- به علاوه درمان با استروژن خالص در زنان بعد از یائسگی، می تواند در پیشگیری از CHD مؤثر باشد اما به دلیل خطرات احتمالی درمان با آسپرین و استروژن، بهتر است که این داروها، تنها در درمان گروههای خاصی که در معرض خطر بالا هستند، استفاده شود.

۵- مصرف محصولات غذایی دریایی مانند ماهی تازه را در رژیم غذایی روزانه افزایش دهن. این محصولات به دلیل برخورداری از اسیدهای چرب او مگا-۳<sup>۴</sup>، که در پیشگیری از آترواسکلروزیس و ترومیتوز نقش دارند، دارای اهمیت ویژه ای می باشند.

در ایران نیز گیاه خرفه<sup>۵</sup> که از اوایل بهار تا اواخر تابستان در شمال ایران خصوصاً لا هیجان می روید، حاوی اسیدهای چرب او مگا-۳ می باشد. در رابطه با اثرات مفید این گیاه بر روی قلب و عروق، میزان چربیهای مختلف خون، فشار خون و تجمع پلاکت ها، کیفیت انقباضی عضلات صاف و مخطط و باروری مطالعات گسترده ای انجام شده است. لذا از این گیاه نیز می توان در رژیم غذایی افراد بپره جست.

۶- یک رژیم غذایی متوازن و غنی از میوه جات و سبزیجات را که سطوح بالایی از آنتی اکسیدانها را دارند، مصرف کنند. آنتی اکسیدانها مانند ویتامین C/E و بتاکاروتن، احتمالاً توسعه آترواسکلروزیس را به تعیین می اندازند.

همچنان که بررسی ها نشان می دهند، ارتقاء سطح

1. Epicardial.

2. Omega-3.

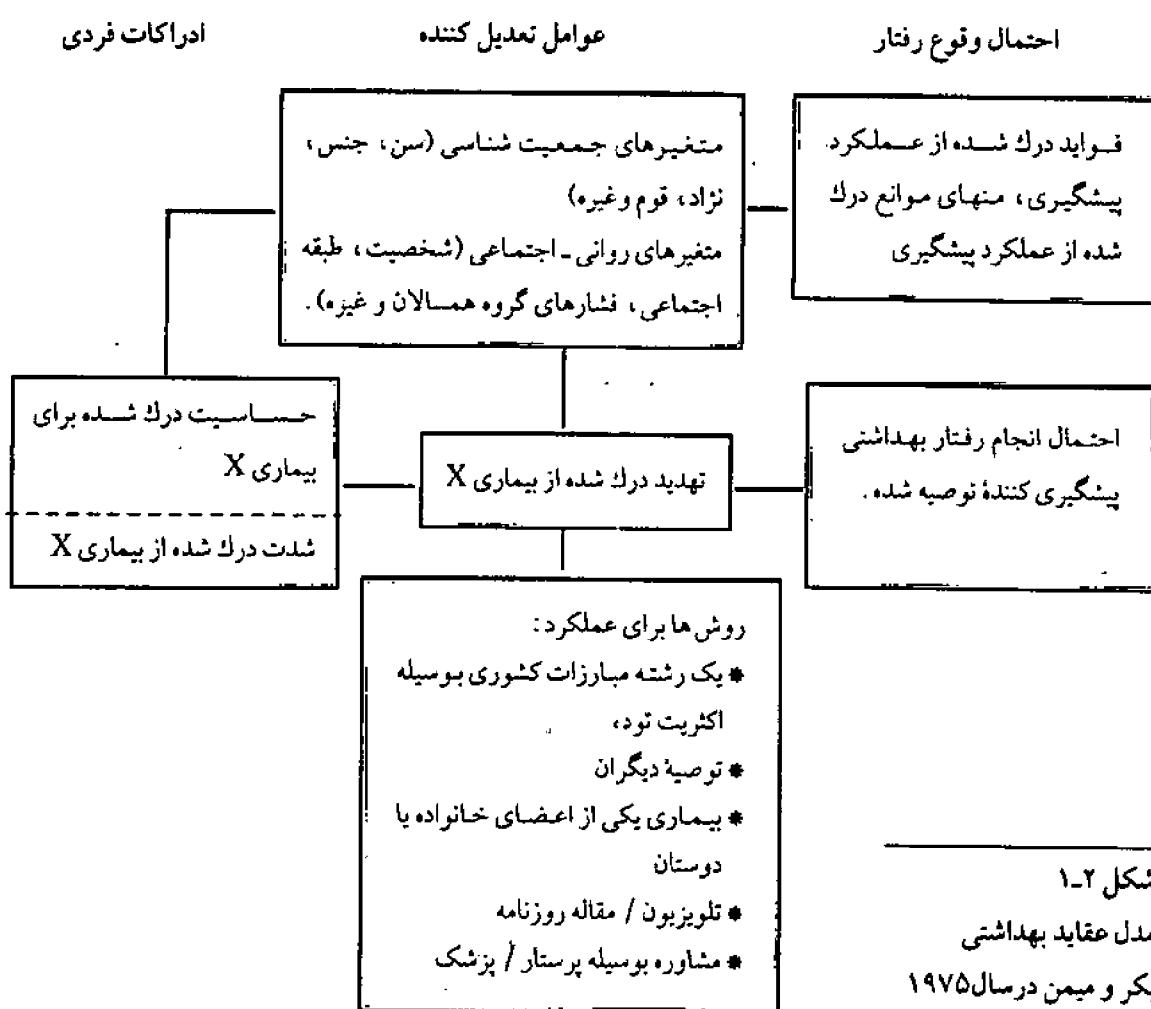
3. Portulaca.

4. The Health Belief Model.

5- Becker & Maiman.

باشد برای مثال کباب کردن غذا به جای سرخ کردن آن. نهایتاً روش خودمختاری باید مردم را قادر کند تا نیازهای خود را بیان کنند به نحوی که برنامه ریزان شهری و قانونگذاران حمل و نقل عمرمند با توجه به سلامت جامعه، تسهیلات لازم را فراهم نمایند.

عقاید سلامتی آنها باشد. این مدل علت عدم انجام پیشگیری بهداشتی توسط مردم را شرح می دهد و بعضی از عناصر آن از ارزش ویژه ای در شرح رفتارهای بهداشتی برخوردار هستند. این مدل در شکل ۱-۲ نشان داده شده است:



بخشی دیگر از فرایند ارتقاء بهداشت در رابطه با CHD، روشن کردن نگرش های مردم در این زمینه می باشد تا آنها در نهایت قادر به انجام تغییرات لازم باشند. بدین ترتیب تصمیم برای تغییر رژیم غذایی به این مسئله بستگی دارد که فرد چگونه در رابطه با غذا فکر کرده و رفتار می کند و در واقع نگرش او درباره سلامت، چگونه است. باید توجه داشت که نگرش ها می توانند تغییر کنند ولی به زمان نیاز دارند. یک مطالعه در فنلاند نشان داده است که چگونه یک روش

یکی دیگر از موانعی که از تغییر رفتار مردم، جلوگیری می کند موقعيت مالی آنها است. بسیاری از مردم معتقدند که خوردن غذای های سالم نسبت به رژیم غذایی معمول آنها گرانتر است، در حالیکه کاهش خوردن اسیدهای چرب اشیاع شده، افزایش نسبت  $P_S$  و افزایش انرژی دریافتی از کربوهیدراتها، اگر به دقت برنامه ریزی شود، نیاز به هزینه ندارد. تغییرات ساده در پخت و پز مواد غذایی نیز می تواند مصرف چربیها را کاهش دهد بدون اینکه تأثیری بر بودجه خانواده داشته

نقش بازی کردن<sup>۱</sup> در موقعیتهایی که فرد برای خوردن غذایی‌ای پرچرب تحت فشار است، می‌تواند تکنیک‌های مفیدی در این زمینه باشد.

بنابراین مدل یا روش خودمدختاری انتخاب را نه فقط از طریق تأمین اطلاعات، روش نمودن ارزش‌ها و تمرین تصمیم‌گیری بلکه از طریق تلاش برای اختیار دادن به فرد تسهیل نماید.

اجتماعی برای CHD، نگرش‌های عمومی را در رابطه با رژیم غذایی و پایین آوردن سطح کلسترول سرم، خصوصاً در میان بزرگسالان تغییر داده است.

پرستاران می‌توانند با استفاده از مهارت‌های حرفه‌ای و دانش خود، نگرش‌های نادرست مردم را در رابطه با رژیم غذایی، ورزش، عادات زندگی و سلامت تغییر دهند. در یک سطح گسترده‌تر، پرستاران می‌توانند در بیمارستانها، مدارس و گروههای مختلف جامعه به ویژه زنان فعالیت نمایند و خط مشی‌ها و راهنمایی‌های صحیح را در جهت پیشگیری از CHD فراهم نمایند. لازم به ذکر است که عقاید، نگرش‌ها و ارزش‌ها، ممکن است ریشهٔ فرهنگی داشته باشند بنابراین از نقطه نظر پرستاری این مسئله مهم است که قبل از اینکه به مددجو کمک کنیم تا برای رژیم غذایی خود برنامه‌ریزی کند، نگرش‌های فرهنگی او را نسبت به غذا در نظر بگیریم.

مرحلهٔ نهایی از روش خودمدختاری، تسهیل کردن فرایند تصمیم‌گیری است. به عنوان یک فرد ارتقاء دهنده بهداشت، هدف شما قادر کردن مددجو به تصمیم‌گیری است، نه مبارزه با تصمیمی که در نهایت اتخاذ می‌شود بنابراین از نگرش‌های خود در رابطه با رژیم غذایی و ورزش، عادات غذایی و غیره آگاه باشید و آنها را از تصمیم مددجو مجزا کنید. به منظور اینکه مردم تصمیمات مؤثرتری اتخاذ نمایند، بدانها حق انتخاب داده و همچنین اطلاعاتی را در بارهٔ نتایج احتمالی تصمیمات آنها و نحوه ارتباط با شیوهٔ زندگی و تجارت‌شان در اختیار آنها قرار دهید. توتز و دیگران (۱۹۹۰) چنین بحث می‌کنند که عناصر کنترل روانی شامل اعتماد به نفس و احساس خودکفایی در تصمیم‌گیری دخالت دارند. باندورانیز چنین بیان می‌کند که این تصمیمات، ممکن است بوسیلهٔ تجارب گذشته، مشاهدهٔ دیگران و یا عقاید دینی تحت تأثیر واقع شوند.

توجه کنید که تمرین تصمیم‌گیری نیز باید به عنوان یک جز از روش خودمدختاری در نظر گرفته شود به عنوان مثال فراهم کردن موقعیت‌های واقعی زندگی،

**منبع:**  
۱-بابایی اولم، بهمن. «شناخت علل و پیشگیری از آترواسکلروز». بیماریهای قلب و عروق. شماره ۹، سال ۱۳۷۲.

۲- توتز، کیت و دیگران. آموزش بهداشت، کارایی و تأثیر آن. ترجمه فرشته فرزیان پور، تهران: انتشارات نشر و تبلیغ بشری، ۱۳۷۱.

۳- نیاکان لاهیجی، محمد رضا؛ و کسانی، حیدری. «تحقیقی بر گیاه خرفه حاوی اسیدهای چرب اومگا-۳». بیماریهای قلب و عروق، شماره ۶، سال ۱۳۷۲.

۴- نظام، حبیب الله. «بررسی رابطه اسیدهای چرب، لیپوپروتئین‌ها و ... با بیماریهای قلب و عروق و نظری بر بیماران ایرانی» بیماریهای قلب و عروق، شماره ۸، سال ۱۳۷۲.

1. Clemen-stone , S. , Eigsti , DG. , & McGuire , SL. Comprehensive Family & Community Health Nursing. St.Louis. Mosby year book co.,1991.
2. Hinchliff , S. M. , Norman , S. E. , & Schober , J. E. Nursing Practice & Health Care. London: Edward Arnold co.,1993.
3. Lavie , c. & et al. "Exercise and the Heart". Postgraduate Medicine,1992, VOL. 91, NO.2, PP: 130-148.
4. Lush, D.T. "Coronary Artery Disease, The latest on Prevention" Postgraduate Medicine, 1992, VOL.91, NO.3, PP:149-185.
5. Spradely , B.W. Community Health Nursing Concepts & Practice. USA: Scott, Foresman and co.,1990.