مقاله پژوهشی

تأثیر اجرای طرح بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت بر آگاهی بیماران قلبی بستری در بیمارستان‌های منتخب آموزشی شهر یزد

روح اله عسکری [۱]، راضیه منتظرالفرج [۱]، سارا جام برسنگ [۲]، ریحانه السادات میرحسینی [۳*]

[۱] دانشیار، مرکز تحقیقات مدیریت و سیاستگذاری سلامت، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

[۲] استادیار، مرکز تحقیقات مدل سازی داده‌های سلامت، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

[۳] دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

* **نویسنده مسؤول:** ریحانه السادات میرحسینی
rs.mirhoseini@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: ارتقاء سلامت دربرگیرنده مفاهیم آموزش بهداشت، پیشگیری از بیماری‌ها و خدمات بازتوانی می‌باشد. بر همین اساس اجرای استانداردها و شاخص‌های ارتقاء سلامت در بیمارستان‌ها امری ضروری در تضمین کیفیت خدمات ارائه شده است. بنابراین این مطالعه با هدف بررسی تأثیر اجرای طرح بیمارستان‌های ارتقا دهنده‌ی سلامت بر آگاهی بیماران قلبی بستری در بیمارستان‌های منتخب آموزشی شهر یزد انجام پذیرفت.

روش پژوهش: این پژوهش، یک مطالعه مداخله‌ای بود که روی ۶۲ بیمار قلبی مراجعه‌کننده به ۲ بیمارستان منتخب آموزشی دانشگاه علوم پزشکی یزد انجام شد. ۳۱ بیمار از بیمارستان افشار (گروه آزمون) و ۳۱ بیمار از بیمارستان شهید صدوقی (گروه کنترل) به روش نمونه گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. در گروه آزمون، نمونه‌ها علاوه برآموزش‌های روتین بخش، مداخلات آموزشی را به صورت چهره به چهره و گروهی بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی و گاید لاین انجمن بازتوانی قلب و عروق و ریوی آمریکا به‌مدت ۳ ماه دریافت کردند و در نهایت بسته آموزشی به آن‌ها داده شد. همچنین نمونه‌ها در گروه کنترل، تحت آموزش‌های روتین بخش قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها، با استفاده از پرسشنامه‌ای بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی، قبل از مداخله آموزشی و ۳ ماه بعد از آن با استفاده از نرم افزار SPSS 23 و آزمون‌های آماری کای اسکوئر و تی مستقل انجام شد.

یافته‌ها: نمرات آگاهی در گروه آزمون و کنترل به ترتیب قبل مداخله، ۴/۰۱ ± ۷/۹۰ و ۵/۳۱ ± ۱۰/۶۷ و پس از مداخله ۱/۶۱ ± ۲۱ و ۵/۳۰ ± ۱۱/۵۴ بود و تفاوت معنی‌داری در نمرات گروه پس از مداخله دیده شد ($p < ۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: اجرای طرح بیمارستان ارتقا دهنده سلامت می‌تواند در افزایش آگاهی و بهبود عملکرد بیماران قلبی مؤثر واقع شود. بنابراین حرکت بیمارستان‌ها در جهت ارتقای سلامت توصیه می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: بیمارستان ارتقا دهنده سلامت، آگاهی، مدل اعتقاد بهداشتی، بیماران قلبی، ارتقای سلامت

ارجاع: عسکری روح‌اله، منتظرالفرج راضیه، جام برسنگ سارا، میرحسینی ریحانه‌السادات. تأثیر اجرای طرح بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت بر آگاهی بیماران قلبی بستری در بیمارستان‌های منتخب آموزشی شهر یزد. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت ۱۴۰۰؛ ۶(۰۰): ۳۲-۲۲۴.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۴/۰۶
تاریخ اصلاح نهایی: ۱۴۰۰/۰۸/۰۸
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۸/۱۵

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.3.6.8]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i3.8040]

مقدمه

ارتقای سلامت، «روند ایجاد توانمند کردن افراد برای افزایش کنترل بر ارتقای سلامت خود و بهبود وضعیت سلامت خود» می‌باشد (۱). ارتقای سلامت دربرگیرنده مفاهیم آموزش سلامت، پیشگیری از بیماری‌ها و خدمات بازتوانی و همچنین شامل توانمندسازی بیماران، خانوادهای آن‌ها و کارکنان بیمارستان در جهت بهبود سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی مرتبط با سلامتی می‌باشد (۲). ارتقای سلامت به مفهوم توانمندسازی مردم در شناخت عوامل تأثیرگذار بر سلامت فردی – اجتماعی و تصمیم گیری صحیح در انتخاب رفتارهای بهداشتی و در نتیجه رعایت شیوه زندگی سالم می‌باشد (۳). امروزه خود مراقبتی و سواد سلامت یکی از راهکارهای اساسی برای کنترل بیماری و کاهش مرگ و میرهای ناشی از بیماری‌های مزمن، به‌خصوص بیماری قلبی و ارتقا سلامت و بهداشت جوامع است (۶-۴).

بیمارستان‌ها مهمترین بخش ارائه دهنده خدمات در نظام سلامت بوده و خدمات ارتقای سلامت دورنمای آینده خدمات بیمارستانی در نظام سلامت می‌باشد (۷). در کشور ما بیمارستان‌ها تنها نقش‌های سنتی تشخیص و درمان را ایفا می‌کنند و برای ارائه بسیاری از خدمات ارتقاء سلامت در بیمارستان‌ها ساختار تعریف شده‌ای وجود ندارد. طرح ارتقای سلامت بیمارستان‌ها توسط سازمان جهانی بهداشت مطرح شد و در این طرح بیان شد که فعالیت‌های بیمارستان‌ها باید در جهت ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری باشد نه فقط فعالیت درمانی و تشخیصی (۸). وجود یک ساختار مدیریتی خاص ارتقای سلامت با هدف واردکردن اصول ارتقای سلامت، اهداف و مقاصد آن در یک ساختار مدیریتی موجود بیمارستان‌ها ضروری است (۳). نتایج برخی از مطالعات انجام شده بیانگر این مطلب است که اجرای فعالیت‌ها و استانداردهای ارتقا دهنده سلامت در بیمارستان‌ها منجر به ارتقای سودمندی و کارایی در بیمارستان، بهبود کیفیت خدمات، بهبود نتایج بالینی پس از درمان، کاهش مرگ و میر، کاهش عوارض عمل جراحی، افزایش رضایت بیماران در بیمارستان و کاهش هزینه‌های درمان و بهبود کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و افزایش سطح رفاه کارکنان و بیماران زندگی آن‌ها و کارکنان،کاهش عوارض درمان، بستری‌های مکرر و کاهش هزینه‌های درمان و باعث بهبود وضعیت سازمان‌های سلامتی در بازار رقابت سلامت می‌شود (۱۰-۸). تغییر دیدگاه نسبت به نقش و قابلیت‌های بیمارستان‌ها جهت تبدیل شدن به ساختارهای ارتقا دهنده سلامت ضروری است (۱۱). که علاوه بر تأمین خدمات پرستاری و پزشکی جامع و با کیفیت، ساختار و فرهنگ سازمان یافته‌ای جهت ارتقای سلامت دارند و خود را به عنوان یک محیط فیزیکی ارتقاء دهنده سلامت مطرح می‌کنند و به طور فعال با جامعه خود مشارکت می‌کنند (۱۲). تحقق این امر با استقرار بیمارستان‌های ارتقاء دهنده سلامت انجام خواهد شد (۸، ۳). تأسیس واحدهای پیشگیری و ارتقای سلامت در بیمارستان به منظور استفاده از ظرفیت بسیار بالای بیمارستان‌ها با کمترین هزینه و وارد کردن مفهوم ارتقای سلامت در بیمارستان ها در فرهنگ سازمانی آن‌ها می‌باشد (۷). رسالت این بیمارستان‌ها تغییر نگرش سنتی درمان-محور به نگرش سلامت- محور و ۴ حوزه متمرکز در آن شامل ارتقای سلامت بیماران، کارکنان، تغییر سازمان به مکانی جهت ارتقای سلامت، ارتقای سلامت جامعه در محیط بیمارستان می‌باشد (۱۳،۱۴).

تحقیقات نشان داده که علت بسیاری از مشکلات سلامتی، سبک زندگی و نوع رفتارهای بهداشتی مردم است. سبک زندگی عامل مهمی در ارتقای سلامت است و آموزش به بیماران قلبی یکی از ابزارهای اساسی در تعدیل سبک زندگی و افزایش آگاهی آن‌ها بوده و می‌تواند در داشتن درک صحیحی از بیماری و شناخت آن و کنترل بیماری و پیشگیری از رفتارهای نامناسب در آن‌ها کمک کننده باشد. در بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت به جای تمرکز تنها بر استراتژی‌های درمانی سعی دارند با برنامه ریزی و آموزش مردم جامعه، سلامت را گسترش دهند (۱۵،۱۶). همچنین مداخله‌های آموزشی برای پیشگیری از بیماری یا کاهش عوارض بیماری طراحی شدند که این نوع مداخله‌ها سعی می‌کنند تا افراد از

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.3.6.8]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i3.8040]

شیوه‌های پیشگیری، درمان و کنترل بیماری خود آگاهی یابند. از کاربردیترین مدل‌های آموزش بهداشت، مدل اعتقاد بهداشتی است که رفتار را تابعی از دانش و نگرش فرد می‌داند، بیشتر در پیشگیری از بیماری نقش دارد، رابطه بین اعتقادات و رفتار را نشان می‌دهد، برای برطرف کردن مشکلات بهداشتی و تغییر رفتار، تئوری‌هایی را از علوم رفتاری وارد حیطه بهداشت می‌کند و این مدل جهت توسعه پیام‌هایی استفاده می‌شود که مردم را برای گرفتن تصمیم درست ترغیب می‌کند (۱۷،۱۸).

بهرام دادخواه تهرانی و همکاران (۱۳۹۷) در مطالعه‌ای با عنوان تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر رفتارهای تغذیه‌ای بیماران دیابتی نوع دو بر روی ۱۰۰ نفر از بیماران دیابت نوع دو، به این نتیجه رسیدند که مدل اعتقاد بهداشتی در آموزش رفتارهای تغذیه‌ای به بیماران دیابتی کارایی لازم را دارد (۱۹). همچنین در مطالعه برجی و همکاران (۱۳۹۵) با عنوان بررسی تأثیر آموزش بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی بر آگاهی و نگرش بیماران دچار سکته قلبی در مورد عوامل خطر ساز بیماری در بیمارستان شهید مصطفی شهر ایلام در سال ۹۴- ۱۳۹۳ که بر روی ۸۰ نفر از بیماران دچار سکته قلبی انجام شد به کار گیری الگوهای مؤثر در ارتقاء و بهبود عملکرد بیماران قلبی نتیجه گرفته‌شد (۲۰). در مطالعه‌ای دیگر که توسط زارعی و همکاران (۱۳۹۲)، با عنوان بیمارستان ارتقاء دهنده سلامت: یک مطالعه پایلوت در بخش قلب بیمارستان بوعلی شهر قزوین انجام شد، نشان داده شد بیمارستان ارتقاء دهنده سلامت، می‌تواند ارتقاء دهنده سطح سلامت فرد، جامعه و محیط باشد (۱۲). با توجه به کارآیی الگوی اعتقاد بهداشتی در مطالعات مختلف جهت پیشگیری از رفتارهای خطرناک و ارتقای رفتارهای سالم و آگاهی و نگرش بیماران نسبت به عوامل مؤثر بر سبک زندگی افراد و همچنین با توجه به کمبود مطالعه در زمینه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت در ایران و میزان تأثیرگذاری اجرای آن در ارتقای سلامت بیماران قلبی، کارکنان بیمارستان و جامعه، به انجام پژوهشی در مورد تأثیر اجرای این طرح بر آگاهی بیماران قلبی در بیمارستان‌های افشار و شهید صدوقی یزد پرداخته‌شد.

روش پژوهش

مطالعه حاضر، یک مطالعه مداخله‌ای بود که بر روی بیماران قلبی با تشخیص نارسایی قلب و آنژین صدری پایدار و ناپایدار که جهت درمان طبی در بخش قلب بیمارستان افشار و شهید صدوقی یزد در سال ۱۳۹۸ بستری شده بودند، انجام گرفته است. حجم نمونه با استفاده از فرمول زیر ۶۲ نفر برآورد شد که برای هریک از بیمارستان‌ها ۳۱ بیمار در نظر گرفته شد. در ضمن از یک نمونه پایلوت برای مقادیر اولیه فرمول استفاده شد.

$$\alpha = 0.05$$
$$\beta = 0.20$$
$$Z_{1-\alpha/2} = 1.96$$
$$Z_{1-\beta} = 0.84$$
$$n = \frac{2(z_{1-\alpha/2} + z_{\beta})^2 \sigma^2}{d^2}$$
$$\sigma = 7$$
$$d = 5$$

نمونه گیری به روش مبتنی بر هدف تا رسیدن به حجم کافی و بر اساس معیارهای ورود در هر ۲ بیمارستان صورت گرفت. نمونه‌ها بر اساس سن، جنس، نوع بیماری همسان سازی شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن رضایت آگاهانه و کتبی، توانایی دریافت مداخلات آموزشی، همچنین بیماران قلبی بستری در بیمارستان افشار و شهید صدوقی که سابقه بستری در یک بیمارستان اجرا کننده طرح ارتقا سلامت دیگری را نداشته باشند، بیمارا ن بومی در محدوده سنی ۱۸ تا ۷۰ سال و معیارهای خروج شامل فوت، مسافرت، عدم تمایل به ادامه شرکت در کلاس‌های آموزشی، عدم رضایت آگاهانه بیماران بوده است.

در فاز اول مطالعه، پژوهشگر بعد از تصویب طرح پیشنهادی و گرفتن مجوز از دانشگاه علوم پزشکی یزد و معرفی خود، به بیان هدف از انجام مطالعه برای بیماران و گرفتن رضایت آگاهانه از آن‌ها، اقدام نمود. به منظور جمع آوری داده‌ها و بررسی عوامل مؤثر بر سبک زندگی بیماران قلبی، از پرسشنامه تدوین شده بر اساس الگوی مدل اعتقاد بهداشتی (۱۲) استفاده شد. اعتبار صوری و

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
www.mshsj.ssu.ac.ir

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.3.6.8]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i3.8040]

محتوایی پرسشنامه در مطالعه زارعی و همکاران در سال ۱۳۹۲، تأیید شده و پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۷ سنجیده شده بود. این پرسشنامه شامل ۵ سؤال دموگرافیک، و ۳ سؤال مربوط به آگاهی بود. از ۳ سؤال بخش آگاهی، یک سؤال، ۲ جزئی (در زمینه نقش قلب) و ۲ سؤال، ۱۰ جزئی در زمینه علل ابتلا به بیماری‌های ایسکیمیک قلبی و رفتارهای تشدید کننده و خطرناک بیماری بود. در نمره‌گذاری سؤالات آگاهی، برای جواب درست به هر کدام از اجزای این سؤالات، امتیاز ۱ و جواب نادرست، امتیاز ۰ در نظر گرفته شد. وضعیت امتیازات کسب شده توسط هر فرد در طیفی از ۰ تا ۲۲ مشخص گشت. در سؤال ۲ امتیازی نقش قلب در بدن، امتیاز ۰ به عنوان ضعیف، ۱ در گروه متوسط و ۲ در گروه بالا و در علل ابتلا به بیماری قلبی و رفتارهای تشدید کننده بیماری‌های قلبی، امتیاز ۰ تا ۳ در گروه ضعیف، ۴ تا ۷ در گروه متوسط و بالاتر از ۷ در گروه بالا قرار گرفت. نمونه‌ها در هر ۲ بیمارستان هنگام پذیرش قبل از هرگونه آموزش روتین توسط بخش بستری، پرسشنامه تدوین شده بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی را کامل کردند.

در فاز دوم مطالعه، بیماران گروه مداخله که براساس نمونه گیری مبتنی بر هدف و بر اساس معیارهای ورود در فاز اول انتخاب شده بودند آموزش‌هایی را جهت اصلاح سبک زندگی و کنترل بیماری در بازه زمانی ۳ ماهه تیر ماه تا شهریور ماه سال ۱۳۹۸ دریافت کردند. جهت شرکت در جلسات آموزشی به وسیله تماس تلفنی با تک تک بیماران و ذکر ساعت و مدت حضور در کلاس هماهنگی لازم با آن‌ها به عمل آمد. مداخلات آموزشی به ۲ صورت، چهره به چهره و گروهی انجام شد. برنامه آموزشی چهره به چهره براساس گاید لاین انجمن بازتوانی قلب و عروق و ریوی (American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation: AACVPR) بر روی فاکتورهای خطر بیماران قلبی برای کنترل بیماری بود. برنامه آموزشی گروهی براساس مدل اعتقاد بهداشتی جهت تغییر رفتار بیماران در طی ۶ جلسه گروهی ۶-۵ نفری ۲ ساعته در بخش انجام شد. در نهایت بسته آموزشی حاوی پمفلت و لوح فشرده به آن‌ها داده شد. مداخلات آموزشی توسط پژوهشگر و تیمی تحت نظارت انجام شد. تیم متشکل از پرستار، پزشک، فیزیوتراپ و کارشناس تغذیه بود. آموزش‌های پرستاری مربوط به بیماری در زمینه نحوه گرفتن و کنترل علایم حیاتی، نحوه مصرف داروها، عوارض داروها، رعایت رژیم درمانی و عدم مصرف دخانیات به صورت چهره به چهره و گروهی توسط پژوهشگر داده شد. آموزش‌های تخصصی تغذیه و رژیم درمانی توسط کارشناس تغذیه در زمینه نوع رژیم درمانی سالم مطابق بر نوع بیماری و بیماری‌های زمینه‌ای هم به صورت انفرادی و گروهی داده شد. کارشناس فیزیو تراپ در زمینه تعیین فعالیت‌های مجاز بدنی، دامنه حرکات بدنی بر طبق نظر پزشک معالج و بیماری‌های زمینه‌ای، آموزش‌هایی را به صورت گروهی و انفرادی داد. پزشک تیم نیز در زمینه نوع بیماری، راه‌های درمان، ریسک‌ها، عوامل خطر آفرین بیماری، نقش باز توانی قلب، پایبندی به درمان و چک کردن آزمایشات دوره‌ای بعد از ترخیص آموزش‌هایی را داد. در گروه کنترل نیز هیچگونه مداخله‌ای صورت نگرفت و در واقع همان آموزش‌های معمول بخش را توسط پرسنل دریافت کردند؛ که این امر در ارتباط با هر ۲ گروه اتفاق افتاد.

در فاز سوم مطالعه (۳ ماه بعد از پذیرش)، به منظور ارزیابی آگاهی، مجدداً پرسشنامه تدوین شده بر اساس الگوی مدل اعتقاد بهداشتی، توسط همان بیمارانی که در فاز اول به روش نمونه گیری مبتنی بر هدف انتخاب شده بودند در هر ۲ بیمارستان تکمیل گشت (پژوهشگر اطلاعات دموگرافیک بیماران را از قبل دریافت کرده بود و با بیماران جهت پرکردن پرسشنامه تماس گرفته شد).

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS 23، آمار توصیفی و همچنین آزمون‌های تی مستقل و کای اسکوئر برای مقایسه پارامترهای مورد مطالعه در ۲ گروه در فاز اول و سوم استفاده شد. ضمناً این مطالعه با کد اخلاق به شماره IR.SSU.REC.1397.160 در دانشگاه علوم پزشکی یزد مورد تأیید قرار گرفته است.

یافته‌ها

مطالعه حاضر نشان داد که میانگین سنی بیماران قلبی شرکت کننده در این مطالعه در گروه مداخله و کنترل به ترتیب ۹/۶۲ ± ۵۳/۷۴ و ۸/۶۶ ± ۵۴/۱۹ بود. در مجموع

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.3.6.8]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i3.8040]

میانگین سنی افراد ۹/۰۹ ± ۵۴/۰۸ سال بود و بر اساس نتایج آزمون تی مستقل، ۲ گروه در بدو مطالعه اختلاف آماری معنی‌داری از نظر سن نداشتند و همسان بودند (جدول ۱).

جدول ۱: مقایسه شاخص‌های توصیفی متغیر سن در دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	گروه	انحراف معیار ± میانگین	مقدار p*
سن	کنترل	۵۴/۱۹ ± ۸/۶۶	۰/۵۹
	مداخله	۵۳/۷۴ ± ۹/۶۲	
	میانگین کل	۵۴/۰۸ ± ۹/۰۹	

* سطح معنی‌داری $p < ۰/۰۵$

مجموع افراد مورد مطالعه، ۶۲ نفر (۵۲ نفر مرد و ۱۰ نفر زن) بود که اکثریت افراد شرکت کننده، مردان بودند. همچنین اکثریت افراد هم در گروه کنترل و هم در گروه مداخله در محدوده سنی ۵۰-۴۱ سال، متأهل، با تحصیلات دیپلم و از نظر شغل، آزاد و بازنشسته بودند.

آزمون کای اسکوئر نشان داد در توزیع نمونه‌ها از نظر ویژگی‌های دموگرافیک (جنس، تأهل، شغل، تحصیلات) در ۲ گروه کنترل و مداخله اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشته و ۲ گروه در بدو مطالعه همسان بودند.

در تجزیه و تحلیل آماری، میانگین نمره آگاهی نمونه‌ها در گروه مداخله، قبل از مداخله و ۳ ماه بعد از پذیرش به ترتیب (۴/۰۱ ± ۷/۹۰) و (۱/۶۱ ± ۲۱) محاسبه شده بود. همچنین میانگین نمره آگاهی در گروه کنترل، قبل از مداخله و ۳ ماه بعد از پذیرش به ترتیب (۵/۳۱ ± ۱۰/۷۷) و (۵/۳۰ ± ۱۱/۵۴) محاسبه گردید. نتایج آزمون تی مستقل نیز نشان داد بین ۲ گروه مداخله و کنترل در بدو مطالعه از نظر میانگین نمره آگاهی اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشته ($p = ۰/۰۶$) و در واقع ۲ گروه همسان بودند. اما اختلاف آماری معنی داری در میانگین نمره آگاهی ۲ گروه ۳ ماه بعد از پذیرش دیده شد ($p < ۰/۰۰۱$) (جدول ۲).

جدول ۲: مقایسه میانگین نمره آگاهی در ۲ گروه مداخله و کنترل قبل و ۳ ماه بعد از پذیرش بیماران

زمان	گروه	نمره آگاهی نمونه‌ها: انحراف معیار ± میانگین	حداقل نمره	حداکثر نمره	مقدار p
پذیرش بیمار (قبل)	کنترل	۱۰/۷۷ ± ۵/۳۱	۰	۲۲	۰/۰۶
	مداخله	۷/۹۰ ± ۴/۰۱	۰	۱۹	
۳ ماه بعد از پذیرش (بعد)	کنترل	۱۱/۵۴ ± ۵/۳۰	۰	۲۲	< ۰/۰۰۱ *
	مداخله	۲۱ ± ۱/۶۱	۱۷	۲۲	

* معنی دار در سطح معنی‌داری $p < ۰/۰۵$

بحث

افزایش روز افزون بیماری‌های مزمن و مرتبط با سبک زندگی، نیازمند حرکت بیمارستان‌ها به سوی ارتقای سلامت به عنوان یک خدمت کلیدی برای بیماران و کارکنان است. به طور سنتی، بیمارستان‌ها به عنوان مراکز ارائه دهنده خدمات پیشگیری ثانویه (سطح اول) و ثالثیه (سطح دوم) هستند و ارائه خدمات پیشگیری اولیه و ارتقای سلامت به ساختارهای دیگری سپرده شده است. این درحالی است که شواهد زیادی وجود دارد که بیمارستان‌ها می‌توانند نقش چشمگیری در خدمات ارتقای سلامت داشته باشند. این نقش کاملاً ثابت شده و در این مورد اجماع بین المللی وجود دارد. بیمارستان‌ها بهترین مکان برای تعامل با جامعه هستند که می‌توان آموزش‌های لازم برای بهبود شیوه زندگی و پیشگیری از بیماری را از طریق کارکنان، بیماران و خانواده‌هایشان به جامعه منتقل کرد.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، مداخله آموزشی تأثیر معنی‌داری بر روی میزان آگاهی بیماران داشته است و بالارفتن سطح دانش و آگاهی بیماران نسبت به عوامل خطرساز بیماری به عنوان یکی از اصلی‌ترین و مهمترین گام‌های پیشگیری و یا کنترل بیماری‌های قلبی عروقی

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
www.mshsj.ssu.ac.ir

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.3.6.8]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i3.8040]

محسوب می‌شود.

نتایج مطالعه حاضر، همسو با نتایج مطالعه نی کادک آیو سوارنینگز و همکاران (۲۰۲۰) می‌باشد. در مطالعه مذکور که با هدف تعیین سطح آگاهی و دانش بیماران در خصوص عوامل خطر مرتبط با بیماری‌های قلبی انجام شد، نتایج نشان داد که اکثر افراد مورد مطالعه آگاهی و دانش کافی درباره عوامل خطر بیماری‌های قلبی و عروقی را دارند و همچنین افزایش آگاهی و دانش درباره عوامل خطر بیماری‌های قلبی و عروقی در توسعه ارتقاء سلامت افراد در پیشگیری از بیماری قلبی می‌تواند مؤثر باشد (۲۱).

پراساد و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه‌ای که با عنوان آگاهی از بیماری روماتیسمی قلب و میزان مطابقت پروتکل‌ها با پیشگیری ثانویه در استان‌های کم درآمد هند انجام دادند به این نتیجه رسیدند که تقریباً برای نیمی از شرکت کنندگان، اقدامات انجام شده متناسب با پیشگیری منظم ثانویه از بیماری روماتیسمی قلب نبوده است و در خصوص سطح آگاهی نیز، اکثر آن‌ها از این بیماری آگاهی ضعیفی داشتند. اطمینان از پیشگیری ثانویه و افزایش آگاهی نسبت به بیماری روماتیسم قلبی در بین مردم عادی ممکن است شیوع آن را در مناطقی که بار قابل توجهی از بیماری روماتیسم قلبی دارند، کاهش دهد (۲۲). فلذا، در مطالعه مذکور همانند مطالعه حاضر، تاثیر آگاهی در پیشگیری از بیماری قلبی و ارتقاء سلامت، مهم و مورد تایید می باشد.

نتایج مطالعه حاضر با مطالعه دادخواه تهرانی و همکاران (۱۳۹۷) با عنوان تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر رفتارهای تغذیه‌ای بیماران دیابتی نوع ۲ که با افزایش معنی‌داری آگاهی همراه بوده است (۱۹)، همخوانی دارد و در هر ۲ مطالعه برنامه‌های آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی توانسته با افزایش معنی‌داری آگاهی همراه باشد و باعث ارتقای آگاهی در بیماران شود. همچنین با مطالعه فریل و همکاران (۲۰۱۷) که مقایسه نمره اگاهی پیش و پس از آموزش براساس مدل اعتقاد بهداشتی در رابطه با روش‌های غربالگری سرطان پستان در دانشجویان تفاوت معنی‌داری را نشان داد (۲۳)، همسو می‌باشد و در هر ۲ مطالعه افزایش میانگین آگاهی معنی‌دار بوده است.

در مطالعه فلاحی و میری (۱۳۹۶) که با هدف بررسی تأثیر آموزش الکترونیک بر سطح سواد سلامت ۶۰ بیمار ایسکمیک قلبی مراجعه کننده به بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی لرستان صورت گرفته بود، نتایج نشان داد مداخله آموزشی الکترونیک می‌تواند باعث ارتقا سطح سواد سلامت در بیماران ایسکمیک قلبی گردد (۲۴). نتایج این مطالعه با مطالعه حاضر همخوانی دارد و هر ۲ مطالعه توانسته میانگین آگاهی بیماران را افزایش و نهایتاً باعث ارتقا سلامت در بیماران قلبی شود. هر ۲ مطالعه از نظر تعداد شرکت کنندگان تقریباً مشابه بوده با این تفاوت که در مطالعه حاضر مداخلات آموزشی، علاوه بر دادن لوح فشرده به بیماران به صورت حضوری و چهره به چهره و گروهی هم بوده است.

نتایج مطالعه برجی و همکاران (۱۳۹۵) با عنوان بررسی تأثیر آموزش بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی بر آگاهی و نگرش بیماران دچار سکته قلبی در مورد عوامل خطرساز بیماری بر بیماران قلبی، توصیه به به‌کارگیری الگوهای مؤثر در ارتقاء و بهبود عملکرد بیماران قلبی نموده است (۲۰) که با مطالعه حاضر از لحاظ معنی‌دار شدن نمرات آگاهی و استفاده از این الگوی آموزشی اعتقاد بهداشتی همسو می‌باشد.

دهقانی تفتی و همکاران (۱۳۹۵) در مطالعه‌ای که با هدف مقایسه تأثیر ۲ روش آموزشی پمفلت و فیلم آموزشی بر آگاهی، نگرش و عملکرد کارکنان مراکز دولتی شهر یزد در مورد عوامل خطر بیماری‌های قلبی عروقی که بر روی ۱۶۰ نفر از کارکنان مراکز دولتی شهر یزد انجام دادند به این نتیجه رسیدند که هر ۲ روش آموزشی فیلم آموزشی و پمفلت، بر آگاهی، نگرش و عملکرد کارکنان تأثیر داشته است. هر چند تأثیر فیلم آموزشی بر نگرش و عملکرد آن‌ها بیشتر بوده است (۲۵). نتاایج مطالعه مذکور با مطالعه حاضر از لحاظ معنی‌دار شدن نمرات آگاهی بعد از مداخله آموزشی بر ارتقای سطح آگاهی نمونه‌ها در مورد عوامل خطر بیماری‌های قلبی و عروقی همسو می‌باشد.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.3.6.8]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i3.8040]

همچنین مطالعه حاضر با مطالعه زارعی و همکاران (۱۳۹۲) با عنوان بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت که با هدف توانمندسازی بیمار مبتنی بر رویکرد بیمارستان ارتقا دهنده سلامت در بخش قلب بیمارستان بوعلی سینای شهر قزوین در ۴ حیطه توانمندسازی بیمار، مداخله آموزشی کادر پرستاری، مداخله سازمانی در حیطه مدیریت بیمارستان و مداخلات محیط فیزیکی انجام شد (۱۲) همسو می‌باشد. براساس نتایج به‌دست آمده مطالعه زارعی و همکاران بین میانگین نمرات آگاهی، حساسیت، منافع، موانع و شدت درک شده در بیماران قبل و بعد آموزش همبستگی معنی‌داری به‌دست آمد (۱۲). هر ۲ مطالعه از نظر شرکت کنندگان (بیماران قلبی)، پرسشنامه استفاده شده (بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی) و مداخله آموزشی (به صورت گروهی و چهره به چهره بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی) مشابهت دارند اما با این تفاوت که در مطالعه زارعی و همکاران گروه کنترل نداشتند.

در مجموع طراحی برنامه آموزشی بر اساس الگوی اعتقادی بهداشتی و انجام مطالعه مداخله‌ای را می‌توان از نقاط قوت مطالعه برشمرد. از طرفی، مطالعه حاضر از جنبه عدم مشارکت کامل شرکت کنندگان در مراحل مختلف تحقیق، عدم دسترسی به بعضی از متون و مقالات مشابه خارجی در برخی از پایگاه‌های داده‌ای، و همچنین بازه زمانی طولانی ۳ ماهه در خصوص مداخلات آموزشی و متعاقب آن پایش مستمر بیماران، با محدودیت‌هایی روبه‌رو بوده است که تا حدودی تعمیم پذیری نتایج را تحت تاثیر قرار می‌دهد.

نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان دهنده تأثیر مثبت برنامه آموزشی طراحی شده بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی و گایدلاین AACVPR بر افزایش میزان آگاهی در افراد گروه مداخله می‌باشد که در نتیجه می‌تواند افزایش رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری‌های قلبی عروقی در این گروه از بیماران را به‌دنبال داشته باشد و با عنایت به نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر و به عبارتی تأثیر مثبت آموزش به بیماران قلبی بر توانمندسازی آنان در راستای اجرای طرح بیمارستان ارتقا دهنده سلامت (طرح ارتقای سلامت) پیشنهاد می‌شود تا برنامه ریزی لازم برای اجرای استانداردها و شاخص‌های بیمارستان ارتقا دهنده سلامت در بیمارستان‌های کشور فراهم شود. همچنین با توجه به کمبود مطالعه در این زمینه، انجام مطالعات جامع‌تر و گسترده‌تر در این زمینه و یا بیماران گروه‌های مختلف، پیشنهاد می‌گردد.

سپاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند بدین وسیله از تمامی مسئولین بیمارستان‌های افشار و شهید صدوقی یزد که ایشان را در اجرای این مطالعه یاری نموده‌اند، سپاسگزاری نمایند.

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: ر. م، ر. ع، ر. م ، س. ج

جمع آوری داده‌ها: ر. م

تحلیل داده‌ها: ر. م، س. ج

نگارش و اصلاح مقاله:. ر. م، ر. ع، ر. م، س. ج

سازمان حمایت کننده

این مقاله برگرفته از پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی با کد ۵۹۱۶ می‌باشد که توسط دانشگاه علوم پزشکی یزد مورد حمایت مالی قرار گرفته است.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافعی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

References

1) Taghdisi MH, Abdi N, Shahsavari S, Khazaeipool M. Performance assessment of Baznef model in health promotion of patients with cancer. Iran Journal of Nursing 2011; 24(69): 52-61. [Persian]
2) Potvin L, Jones CM. Twenty-five years after the Ottawa charter: the critical role of health promotion for public health. Canadian Journal of Public Health 2011; 102(4): 244-8. doi: 10.1007/BF03404041.
3) Estebsari F, Mostafaie DM, Taghdisi MH, Ghavami M. Health promoting hospitals: concepts, indexes and standards. Health Education and Health Promotion 2016; 3(4): 281-6. [Persian]
4) Threapleton DE, Greenwood DC, Evans CE, Cleghorn CL, Nykjaer C, Woodhead C, et al. Dietary

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.3.6.8]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i3.8040]

fibre intake and risk of cardiovascular disease: systematic review and meta-analysis. BMJ 2013; 347: f6879. doi: 10.1136/bmj.f6879.
5) Hazinski MF, Field JM. 2010 American heart association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science. Circulation 2010; 122(l): 639-946.
6) Parker R, Ratzan SC. Health literacy: a second decade of distinction for Americans. Journal of health communication 2010; 15(2): 20-33.
7) Azarnoosh M, Amiri M, Riahi L, Khosravi A, Naderi S. Health promoting hospitals: a case study in Iran. J Bas Res Med Sci 2016; 3(3): 37-44. doi: 10.18869/acadpub.jbrms.3.3.37.
8) Ahangari M, Hajikhani S, Hesam S, Arvin R, Ghaziasgar M. Factors affecting the implementation of health promoting hospitals of Tehran university of medical sciences: hospital administrators vision. Journal of North Khorasan University of Medical Sciences 2018; 10(1): 21-9. [Persian]
9) Naderi S, Amiri M, Khosravi A, Riahi L. The effect of health promoting hospitals standards on hospitals performance: case study in Fatemieh hospital 2014. Hospital 2015; 14(2): 101-9. [Persian]
10) Lee DJ, Knuckey S, Cook GA. Changes in health promotion practice in hospitals across England: the national health promotion in hospital audit 2009 and 2011. Journal of Public Health 2014; 36(4): 651-7. doi: 10.1093/pubmed/fdt120.
11) Lee CB, Chen MS, Powell MJ, Chu CM-Y. Organisational change to health promoting hospitals: a review of the literature. Springer Science Reviews 2013; 1(2): 13-23. doi: 10.1007/s40362-013-0006-7.
12) Zarei F, Taghdisi MH, Keshavarz Mohamadi N, Tehrani H. Health promoting hospital: a pilot study in Bo-Ali hospital, Qazvin, Iran. Fasa University of Medical Sciences 2013; 3(3): 215-23. [Persian]
13) Khowaja A, Karmaliani R, Mistry R, Agha A. Transition towards health promoting hospitals: adapting a global framework to Pakistan. EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal 2011; 17(10): 738-43. doi: 10.26719/2011.17.10.738.
14) Yaghoubi M, Javadi M, Bahadori M, Ravangard R. Health promoting hospitals model in Iran. Iranian Journal of Public Health 2016; 45(3): 362. [Persian]
15) Mazloomy-Mahmoodabad S. Study of health-promotion behaviors among university of medical science students. Zahedan Journal of Research in Medical Sciences 2011; 13(4). e93999
16) Tung H, Lu T, Chen L, Liang S, Wu S, Chu K. Health literacy impact on elderly patients with heart failure in Taiwan. Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics 2014; 5(3): 72-6. doi: 10.1016/j.jcgg. 2014.01.005.
17) Najimi A, Alidousti M, Moazemi GA. A survey on preventive behaviors of high school students about influenza a based on health belief model in Shahrekord, Iran. Health System Research 2010; 6(1): 14-22. [Persian]
18) Sadeghi R, Rezaeian M, Khanjani N, Iranpour A. The applied of health belief model in knowledge, attitude and practice in people referred for diabetes screening program: an educational trial. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences 2015; 13(11): 1061-72. [Persian]
19) Dadkhah Tehrani B, Tavakoli R, Jazayeri SA. The effect of an educational intervention based on health belief model on nutritional behaviors in type 2 diabetics. Military Caring Sciences Journal 2019; 5(4): 303-11. doi: 10.29252/mcs.5.4.303.
20) Borji M, Azami M, Amirkhani M, Bastami E, Salimi K, Sayehmiri A. The effect of education about the risk factors of myocardial infarction based on health belief model on knowledge and attitudes of patients with myocardial infarction in Shahid Mustafa hospital in Ilam. Nursing Journal of the Vunerable 2016; 3(6): 37-47. [Persian]
21) Suarningsih NKA, Suindrayasa IM. Awareness and level of knowledge in preventing coronary heart disease among community sample. Journal of a Sustainable Global South 2020; 4(1): 11.
22) Prasad A, Prasad A, Singh BK, Kumar S. Compliance to the secondary prophylaxis and awareness of rheumatic heart disease: a cross-sectional study in low-income province of India. Journal of Family Medicine and Primary Care 2020; 9(3): 1431.
23) Friel S, Kelleher C, Campbell P, Nolan G. Evaluation of the Nutrition Education At Primary School (NEAPS) programme. Public Health Nutrition 1999; 2(4): 549-55. doi: 10.1017/S1368980099000737.
24) Falahi M, Miri M. The effects of e-learning based on the dimensions of health literacy in patients with ischemic heart disease. Nurs Dev Health 2017; 8(1): 29-36. [Persian]
25) Dehghani Tafti AA, Baghianimoghadam MH, Aghaii SM, Shahbazi H, Shojaii MJN. Comparison of the effect of tow educational methods of pamphlet and film on knowledge, attitude and practice of employees in Yazd city regarding cardiovascular risk factors. Tolooebehdasht 2016; 15(4): 1-11. [Persian]

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.3.6.8]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i3.8040]

Research Article

The Effect of Implementing Health Promotion Hospitals' Plan on the Awareness of Cardiac Patients Admitted to Selected Educational Hospitals in Yazd

Rooholah Askari [1], Raziyeh Montazeralfaraj [1], Sara Jambarsang [2], Reyhaneh Sadat Mirhosini [3]*

[1] Associate Professor, Health Policy & Management Research Center, Department of Healthcare Management, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
[2] Assistant Professor, Center for Healthcare Data Modeling, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
[3] MSc student in Healthcare Management, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

* **Corresponding Author:** Reyhaneh Sadat Mirhosini
rs.mirhoseini@gmail.com

Citation: Askari R, Montazeralfaraj R, Jambarsang S, Mirhosini RS. The Effect of Implementing Health Promotion Hospitals' Plan on the Awareness of Cardiac Patients Admitted to Selected Educational Hospitals in Yazd. Manage Strat Health Syst 2021; 6(3): 224-32.

Received: June 27, 2021
Revised: October 30, 2021
Accepted: November 06, 2021

Funding: This study has been supported by Shahid Sadoughi University of Medical Sciences (NO 5916).

Competing Interests: The authors have declared that no competing interest exist.

A B S T R A C T

Background: Health promotion includes the concepts of health education, disease prevention and rehabilitation services. Accordingly, the implementation of standards and indicators of health promotion in hospitals is necessary to ensure the quality of the services provided. Therefore, this study was conducted to investigate the effect of implementing a health promotion hospital plan on the awareness of hospitalized cardiac patients in selected educational hospitals in Yazd.

Methods: This was an interventional study, which was performed on 62 cardiac patients referred to 2 selected educational hospitals of Yazd University of Medical Sciences. 31 patients from Afshar Hospital (the case group), and 31 patients from Shahid Sadoughi Hospital (the control group) were selected by purposive sampling method. In the case group, in addition to the routine trainings, the subjects received face to face and group educational interventions based on the Health Belief Model and the Guidelines to the American Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation Association for 3 months, and were finally given an educational package. The samples in the control group also underwent routine training. Data analysis was performed using a questionnaire based on Health Belief Model, before the educational intervention and 3 months after, using SPSS $_{23}$ software, Chi-square and independent t-tests.

Results: Awareness scores in the case and control groups before the intervention were 7.90 ± 4.01 and 10.67 ± 5.31, and after the intervention were 21 ± 1.61 and 11.54 ± 5.31 respectively, and a significant difference was seen in the scores of the post-intervention group ($p < 0.001$).

Conclusion: The implementation of the health promotion hospital plan can be effective in increasing the awareness and improving the performance of cardiac patients**.** Therefore, it is recommended for hospitals to move towards health promotion.

Key words: Health promoting hospital, Knowledge, Health belief model, Heart patients, Health promotion

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.3.6.8]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i3.8040]