IMPACT OF EDUCATIONAL INTERVENTION ON LIFESTYLE CHANGE

# Impact of Educational Intervention Based on Theory of Planned Behavior on Lifestyle Change of Patients with Myocardial Infarction

## ABSTRACT

**Background and objective**: Cardiovascular disease is the most common cause of death and a major cause of disability in many countries, including Iran. To reduce the effects of heart attacks and their complications, lifestyle and behavioral modification is needed. In this study, the theory of planned behavior was used to find out if an educational intervention could change the lifestyle of patients with myocardial infarction and how much is its effectiveness.

**Materials and methods**: This was a randomized controlled trial conducted on 80 patients with myocardial infarction who live in the city of Bandar Abbas, Iran. The patients were divided into two groups by random allocation- intervention and control group. Those who were in the intervention group participated in 4 educational sessions (at 50 minutes a session, one session per week) in accordance with the theory of planned behavior. A questionnaire consisting of 3 parts was used to gather the data: demographics, Health Promoting Lifestyle Profile (HPLP II), and a researcher-made scale based on constructs from the theory of planned behavior. Content validity was used for validation and the reliability was assessed using Cronbach's alpha test, and the test-re-test. The questionnaire was completed three times through interview: before the intervention, one month and three months after the intervention. Data were analyzed using Chi-square, RMANOVA, and multiple linear regression.

**Results**: The mean age of the participants was 51.57.07 ± years; 67% were male. One month and three months after the intervention, a significant improvement in the lifestyle of the intervention group compared with the control group was seen ($p < 0.001$). Also, based on the constructs of the theory (attitudes, subjective norms, perceived behavioral control, behavioral intention and behavior) one month and three months after the intervention, there were considerable increases in the mean scores of the intervention group than the control group ($p < 0.001$).

**Conclusions:** The educational program designed based on a theoretical foundation is useful to change attitudes, subjective norms, perceived behavioral control and behavioral intention for a healthy lifestyle among patients with myocardial infarction. It also may improve all aspects of lifestyle in such patients. Therefore, assessing the effectiveness of these theory-based educational interventions may be suggested to improve the lifestyle among other patients.

**Paper Type:** Research Article.

**Keywords:** Theory of planned behavior, Lifestyle, Heart attacks, Educational intervention, Bandar Abbas.

▶ **Citation**: Karimy T, Saffari M, Sanaeinasab H, Khalagi K, Hassan-Abadi M. The impact of educational intervention based on the theory of planned behavior on lifestyle change of patients with myocardial infarction. *Iran J Health Educ Health Promot. Winter 2016;3*(4): 370- 380 .

Tooba Karimy
MSc in Health Education, Dept. of Health Education, School of Health, Baqiyatallah University of Medical Sciences (BMSU), Tehran, Iran.

Mohsen Saffari
*Associate Professor, Behavioral sciences Research Center, Dept. of Health Education, School of Health, BMSU, Tehran, Iran (Corresponding author) m.saffari@bmsu.ac.ir

Hormoz Sanaeinasab
Associate Professor, Dept. of Health Education, School of Health, BMSU, Tehran, Iran.

Kazem Khalagi
PhD Candidate, Faculty member, Dept. of Epidemiology and Bio-statistics, School of public health, BMSU, Tehran, Iran.

Mehdi Hassan-Abadi
Cardiologist, Hormozgan University of Medical Sciences (HUMS), Bandar Abbas, Iran.

**Received: 02 February 2015**
**Accepted: 14 July 2015**

[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23 ]

# تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر تغییر سبک زندگی بیماران دچار سکته قلبی


## چکیده

**زمینه و هدف:** بیماری‌های قلبی-عروقی شایع‌ترین علت مرگ‌ومیر در بیشتر کشورهای جهان ازجمله ایران است. کاهش عوارض سکته قلبی و تطابق و سازگاری با آن نیازمند تعدیل برخی رفتارها و اصلاح سبک زندگی بیمار است. در این مطالعه از نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده استفاده شد تا مشخص شود که مداخله آموزشی بر اساس آین نظریه می‌تواند سبک زندگی بیماران سکته قلبی را تغییر دهد و میزان اثربخشی آن چقدر خواهد بود.

**مواد و روش‌ها:** این‌یک مطالعه کارآزمایی شاهددار تصادفی شده است که بر روی ۸۰ نفر از بیماران دچار سکته قلبی در شهر بندرعباس انجام شد. بیماران به روش تخصیص تصادفی در دو گروه آزمون و شاهد قرار گرفتند. بیماران گروه آزمون در یک مداخله آموزشی ۴ جلسه‌ای منطبق با نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده شرکت نمودند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای مشتمل بر ۳ بخش مشخصات فردی، پرسشنامه استاندارد سبک زندگی و پرسشنامه خودساخته مبتنی بر سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده بود. روایی آن با استفاده از روش‌های روایی محتوایی و پایایی آن با استفاده از روش‌های آزمون- بازآزمون و آلفای کرونباخ تعیین شد. قبل از مداخله، یک ماه و سه ماه بعد از اتمام مداخله آموزشی، پرسشنامه‌ها به روش مصاحبه با بیماران تکمیل گردید. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های کایاسکوئر، RMANOVA و رگرسیون خطی چندگانه مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** میانگین سنی شرکت‌کنندگان (۷/۰۷ ± ۵۱/۵) سال و ۶۶/۷٪ آنان مرد بودند. در مراحل یک ماه و سه ماه پس از مداخله، نمرات سبک زندگی گروه آزمون افزایش معناداری را در مقایسه با گروه شاهد نشان داد ($p < ۰/۰۰۱$). همچنین در مراحل یک ماه و سه ماه پس از مداخله نمرات سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده (نگرش، هنجارهای ذهنی، کنترل رفتاری درک‌شده، قصد رفتاری و رفتار) در گروه آزمون افزایش معناداری در مقایسه با گروه شاهد داشت ($p < ۰/۰۰۱$).

**نتیجه‌گیری:** برنامه آموزشی طراحی‌شده بر مبنای الگوی نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده قادر است نگرش، هنجارهای ذهنی، کنترل رفتاری درک‌شده و قصد رفتاری بیماران سکته قلبی را در مورد اتخاذ سبک زندگی سالم تغییر داده و باعث بهبود تمامی ابعاد سبک زندگی بیماران دچار سکته قلبی شود. لذا پیشنهاد می‌گردد اثربخشی مداخلات آموزشی مبتنی بر این نظریه برای اصلاح سبک زندگی سایر بیماران نیز موردبررسی قرار گیرد.

**نوع مقاله:** مطالعه پژوهشی.


**کلیدواژه‌ها:** نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده، سبک زندگی، سکته قلبی، مداخله آموزشی، بندرعباس.

◀ **استناد:** کریمی ط، صفاری م، سنایی‌نسب ه، خلجی ک، حسن‌آبادی م. تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر تغییر سبک زندگی بیماران دچار سکته قلبی. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*. زمستان ۱۳۹۴؛۳ (۴): ۳۷۰- ۳۸۰ .

**طوبی کریمی**
کارشناس ارشد آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا...(عج)، تهران، ایران.

**محسن صفاری**
* دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج)، تهران، ایران (نویسنده مسئول)
m.saffari@bmsu.ac.ir

**هرمز سنایی‌نسب**
دانشیار گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج)، تهران، ایران.

**کاظم خلجی**
اپیدمیولوژیست، عضو هیئت‌علمی گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج)، تهران، ایران

**مهدی حسن‌آبادی**
متخصص قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران

**تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۱/۱۳**
**تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۴/۲۳**

[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23 ]

## مقدمه

بیماری‌های قلبی-عروقی شایع‌ترین علت مرگ‌ومیر و مهم‌ترین عامل ازکارافتادگی در بیشتر کشورهای جهان و ایران است (۱). بر اساس اعلام سازمان جهانی بهداشت، بیماری‌های قلبی-عروقی، ازجمله بیماری‌های شریان کرونر، سالانه بیش از ۱۷ میلیون بیمار را به کام مرگ می‌کشاند و این میزان یک‌سوم از تمام موارد مرگ‌ومیر در دنیاست (۲). بیماری‌های قلبی-عروقی موجب مرگ ۴ میلیون نفر در اروپا در سال شده است؛ که ۲ میلیون مورد آن به‌طور مستقیم ناشی از بیماری‌های عروق کرونر بوده است (۳). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که اولین و شایع‌ترین علت مرگ در کشور ایران بیماری‌های قلبی-عروقی است (۴). بنا بر گزارش دفتر آمار و اطلاعات جمعیتی سازمان ثبت‌احوال کشور ۵۸٪ از فوتی‌های ثبت‌شده در ۱۳۹۱ به علت بیماری‌های قلبی-عروقی بوده است (۵).

شایع‌ترین بیماری‌های عروق کرونر، سکته قلبی است که در اثر انسداد عروق کرونر و ایسکمی ماهیچه قلب ایجاد می‌شود (۶). سکته قلبی از علل عمده مرگ‌ومیر در بیماران قلبی محسوب می‌شود. در امریکا، هر ۲۰ ثانیه یک نفر دچار سکته قلبی می‌شود و هر یک دقیقه یک نفر به علت سکته قلبی فوت می‌کند و به دنبال سکته قلبی حدود ۵۰٪ بیماران نیازمند اقدامات بازتوانی و غیره می‌شوند (۷). بر اساس گزارش وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در ۱۳۸۹ سکته قلبی در ایران علت ۳۸٪ از مرگ‌ومیرها بوده است (۸). در سال‌های اخیر سن بروز سکته قلبی کاهش‌یافته و افراد جوان را هم گرفتار می‌کند.

پرفشاری‌خون، چربی بالای خون، دیابت، چربی دور شکم، سیگار، سبک زندگی ناسالم و عوامل روانی اجتماعی در بیش از ۹۰٪ موارد عامل بیماری‌های عروق کرونری معرفی‌شده‌اند (۹). شواهد نشان می‌دهند که افزایش بیماری‌های قلبی-عروقی تحت تأثیر صنعتی‌شدن زندگی، شهرنشینی و سبک زندگی ناسالم به‌ویژه در کشورهای درحال‌توسعه است (۱۰-۱۲). سبک زندگی شامل رفتارهایی مانند عادات غذایی، خواب و استراحت، فعالیت بدنی و ورزش، کنترل وزن، ایمن‌سازی در مقابل بیماری، سازگاری با استرس و توانایی استفاده از حمایت‌های خانواده و جامعه است (۱۳). بر اساس تحقیقات انجام‌شده در امریکا ۵۳٪ از علل بیماری‌ها به سبک زندگی ارتباط دارد (۱۴).

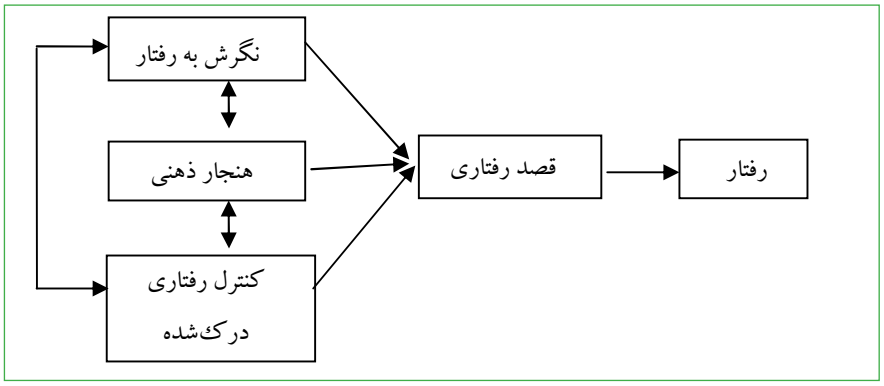
با توجه به شواهد زیادی که نشانگر وجود رابطه میان سبک زندگی افراد و ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی است، ضرورت تأکید بر تعدیل سبک زندگی، به‌عنوان عامل مهمی در تعیین پیش‌آگهی و عوارض این بیماری، کاملاً برجسته و قابل توجیه است. برای مثال، ترک سیگار بعد از انفارکتوس میوکارد، خطر مجدد آن را تا ۳۵٪ کاهش می‌دهد (۱۵). هرچند سبک زندگی صحیح باید از دوران کودکی پایه‌ریزی شود، اما هرگز برای تغییر در شیوه زندگی و ایجاد عادات سالم هیچ وقت دیر نیست. از طرفی، تطابق و سازگاری با حمله قلبی فرآیندی پویاست و نیازمند تعدیل برخی رفتارها و شیوه زندگی بیمار است (۱۶).

دستیابی بیماران به اطلاعات مربوط به تعدیل شیوه زندگی مستلزم به‌کارگیری روش‌های مناسب برای آموزش بیماران است. اثربخشی برنامه‌های آموزش بهداشت بستگی زیادی به استفاده از یک نظریه مناسب در آموزش دارد (۱۷). نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده یکی از کامل‌ترین و مناسب‌ترین نظریه‌ها برای مطالعه رفتار است. اساس این نپریه توسط آجزن و فیش‌بین در ۱۹۸۰ برای پیشگویی و توضیح رفتار فرد مطرح شد (۱۸). نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده فرد را به‌عنوان یک عمل‌کننده منطقی فرض می‌کند؛ به‌طوری‌که فرد قبل از انجام یک رفتار به پردازش اطلاعات می‌پردازد و ممکن است که باورهای بنیادی فرد و درنتیجه رفتار او تغییر کند (۱۹). بر اساس این نظریه، علت اصلی رفتار را قصد برای انجام آن رفتار می‌داند؛ که این قصد تحت تأثیر سه عامل است: ۱) نگرش نسبت به رفتار، ۲) هنجارهای انتزاعی نسبت به رفتار و ۳) احساس کنترل فرد روی رفتار ازنظر آسانی و سختی انجام کار. طبق این نظریه، افراد زمانی انجام رفتاری را مثبت ارزیابی می‌کنند و قصد انجام آن را خواهند داشت که معتقد باشند افرادی صاحب نفوذ و مهم فکر می‌کنند که آن رفتار باید انجام گیرد و همچنین انجام رفتار

[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23 ]

تحت کنترل آن‌هاست (۱۹). این ادعا وجود دارد که این الگوی آموزشی ظرفیت بالقوه‌ای برای توسعه مداخلات تغییر رفتار به‌ویژه برای رفتارهایی که تبدیل به عادت شده‌اند را دارا هست (۲۰) (نمودار ۱).

از یک‌سو، الگوی زندگی جامعه ایرانی برای بیماری‌های قلبی-عروقی خطرساز است. از سوی دیگر، بیماری‌های قلبی-عروقی علاوه بر مرگ‌ومیر بالا، هزینه هنگفتی را بر نظام‌های بهداشتی درمانی کشورها تحمیل می‌کند؛ به‌طوری‌که در حال حاضر بیش از نیمی از بودجه بهداشتی-درمانی دولت صرف هزینه‌های ناشی از بیماری‌های قلبی-عروقی می‌شود (۲۱)، علاوه بر این، افراد مبتلا به سکته قلبی بیشتر در سنین ۳۵-۶۵ سالگی قراردارند؛ یعنی سنی که بازوی کار جامعه محسوب می‌شوند و حضور نداشتن آنان می‌تواند ضایعه جبران‌ناپذیری بر جامعه وارد آورد. بنابراین، لازم است که این افراد فعالیت‌های خودمراقبتی و آموزش‌های لازم در مورد تغییر سبک زندگی را بیاموزند. با توجه به اینکه نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده در مطالعات مختلف ازجمله ارتقاء فعالیت بدنی نوجوانان (۲۲)، رعایت رژیم غذایی کم‌نمک در بیماران قلبی (۲۳)، ارتقاء فعالیت بدنی بیماران دیابت نوع ۲ (۲۴)، مصرف لبنیات افراد مسن (۲۵) جهت ایجاد رفتارهای بهداشتی تائید شده است. لذا استفاده از نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده برای اصلاح سبک زندگی افراد دچار انفارکتوس میوکارد می‌تواند مفید و مؤثر باشد. به همین جهت در این مطالعه ازنظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده استفاده کرده‌ایم تا به ارزشیابی این مسئله بپردازیم که آیا مداخله آموزشی بر اساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده می‌تواند سبک زندگی بیماران سکته قلبی را تغییر دهد و میزان اثربخشی آن چقدر خواهد بود.




**نمودار ۱. الگوی تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده (۲۰)**

## مواد و روش‌ها

این مطالعه یک کارآزمایی بالینی شاهددار بود که در سال ۱۳۹۳ در شهر بندرعباس انجام شد. با اطمینان ۹۹٪ و توان آزمون ۹۵٪ و بر اساس فرمول $n = [(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2(\sigma_1^2 + \sigma_2^2)] / (\mu_1 - \mu_2)^2$

حجم نمونه لازم برای انجام مطالعه ۳۴ نفر در هر گروه برآورد گردید؛ که با احتساب ۲۰٪ ریزش، ۴۰ نفر در هر یک از گروه‌های آزمون و شاهد قرار گرفتند. معیارهای ورود آزمودنی‌ها به مطالعه عبارت بودند از: تشخیص قطعی سکته قلبی توسط متخصص قلب و عروق، توانایی شرکت در رده‌های آموزشی، مبتلانبودن به مشکلات روان‌شناختی، سنی بین ۳۰ تا ۶۵ سال، نگذشتن بیشتر از یک سال از زمان سکته قلبی بیمار، گذشتن حداقل ۳ ماه از زمان ترخیص بیمار و از اعضای کادر بهداشت و درمان نبودن. و معیار خروج آن‌ها از مطالعه غیبت بیش از یک جلسه در کلاس‌های آموزشی بود.

برای انتخاب نمونه‌ها، پرونده تمامی بیمارانی که طی یک سال قبل تا سه ماه پیش‌از تاریخ مطالعه با تشخیص سکته قلبی در این بیمارستان بستری‌شده بودند مشخص شدند. سپس پرونده‌هایی را که معیار ورود به مطالعه را داشتند جدا و به ترتیب تاریخ پذیرش

[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23 ]

مرتب شدند. با استفاده از جدول تصادفی اعداد از فهرست تهیه‌شده آزمودنی‌ها، ۸۰ نمونه انتخاب شدند. جهت تخصیص تصادفی بین گروه‌ها، بیماران با شماره پرونده‌های زوج به گروه آزمون و شماره پرونده‌های فرد به گروه شاهد اختصاص داده شدند. با توجه به اینکه همه بیماران حداقل سه ماه قبل از بیمارستان مرخص شده بودند، به آدرس ایشان مراجعه شد و پس از تبیین اهداف مطالعه افراد دعوت به همکاری شدند. در صورتی که یکی از افراد انتخاب‌شده تمایلی به همکاریندشتند، از میان پرونده‌های موجود فرد دیگری به‌صورت تصادفی جایگزین می‌گردید. سپس افراد مایل به شرکت در مطالعه، فرم رضایت‌نامه را آگاهانه تکمیل کردند. از میان ۸۰ نفری که وارد مطالعه شدند، درنهایت ۳۳ نفر در گروه شاهد باقی‌مانده و ۳۶ نفر در گروه آزمون مداخله را به پایان رساندند که بر اساس آن داده‌های مراحل پس از مداخله تنظم شد.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه‌ای سه‌قسمتی بود: داده‌های جمعیت‌شناختی (سن، جنس، میزان تحصیلات، شغل، تأهل، بیماری زمینه‌ای و سابقه مصرف دخانیات)، پرسشنامه استاندارد سبک زندگی[1] و پرسشنامه خودساخته مبتنی بر سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده. پرسشنامه سبک زندگی شامل ۵۲ سؤال با طیف لیکرت ۴ گزینه‌ای (هرگز=۱ تا همیشه=۴) است. ابعاد مختلف سبک زندگی ازجمله مسئولیت‌پذیری، تغذیه، فعالیت بدنی، مدیریت استرس، رشد معنوی و ارتباطات بین فردی در قالب این پرسشنامه مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. محدوده نمرات پرسشنامه سبک زندگی ۵۲-۲۰۸ بوده و روایی و پایایی آن در مطالعات قبلی قابل قبول بوده است (۲۶).

پرسشنامه مبتنی بر نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده مطابق فرآیند توصیه‌شده آجزن ساخته شد. به همین منظور، پس از مطالعه متون موجود، مصاحبه نیمه‌ساختاریافته‌ای با ۱۵ نفر از بیماران مبتلا به سکته قلبی، که از مطالعه نهایی خارج گشتند، با هدف استخراج عقاید بارز انجام شد و پرسشنامه‌ای تنظیم شد که جهت روایی آن از روش روایی محتوایی استفاده گردید. بدین منظور، پرسشنامه در اختیار ۱۲ نفر از اساتید آموزش بهداشت، تغذیه و پرستاری قرار داده شد و با استفاده از پیشنهادها و نظرات ایشان ابزار گردآوری داده‌ها معتبر گردید. مقادیر شاخص‌های CVI و CVR به ترتیب بیشتر از ۰/۷۹ و بیشتر از ۰/۵۸ به دست آمد. جهت انجام پایایی پرسشنامه از روش پایایی همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) و روش آزمون-پس‌آزمون استفاده شد. پرسشنامه در گروه کوچکی از بیماران با شرایط مشابه (۲۰ نفر) آزمون گردید. ضریب آلفای کرونباخ برای قسمت‌های مختلف پرسشنامه از ۰/۷۳ تا ۰/۹۵ محاسبه گردید؛ که ازنظر آماری قابل‌پذیرش و معتبر است. همچنین برای انجام آزمون-پس‌آزمون، بعد از ۱۰ روز، دوباره پرسشنامه در اختیار ۲۰ بیمار قبلی گذاشته شد و ضریب همبستگی درون طبقه‌ای[2] محاسبه گردید. نتایج آزمون ضریب همبستگی در بین تمام سازه‌های اجزای نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده بالاتر از ۰/۷ به‌دست‌آمد و تمام متغیرهای نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده در این پرسشنامه دارای ضریب ثبات قابل قبولی بودند. در آخر، پرسشنامه محقق‌ساخته شامل ۷۱ سؤال در ۴ بخش بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (با امتیاز ۱-۵) بود: ۲۱ سؤال نگرش با محدوده نمره قابل کسب از ۱۳-۲۲۵؛ ۱۸ سؤال هنجارهای انتزاعی با محدوده نمره قابل کسب ۹-۲۲۵؛ ۲۹ سؤال کنترل رفتاری درک‌شده با محدوده نمره قابل کسب ۱۷-۲۶۵؛ ۳ سؤال قصد رفتاری با محدوده نمره قابل کسب۵-۱۵؛ و ۳ سؤال رفتار با محدوده نمره قابل کسب ۱۵-۵. روش نمره‌دهی نیز بر اساس الگوی پیشنهادی آجزن انجام شد. پرسشنامه‌ها به روش مصاحبه با شرکت‌کنندگان در سه مرحله قبل از مداخله، یک ماه پس از اتمام مداخله و سه ماه پس از اتمام مداخله تکمیل گردیدند.

پس از تجزیه‌وتحلیل داده‌های پرسشنامه در قبل از مداخله و با مطالعه کتب مربوطه، محتوای آموزشی موردنیاز شرکت‌کنندگان تهیه شد؛ که شامل این موارد بود: آمار ابتلا و مرگ‌ومیر بیماری‌های قلبی در جهان و ایران، عملکرد قلب و سکته قلبی، علائم و نمایش موجود، عوامل خطر سکته قلبی (سن، جنس، دخانیات، چاقی، پرفشاری‌خون، کم‌تحرکی، دیابت، تغذیه

1. Health Promoting Lifestyle Profile (HPLP II)

2. Intraclass Correlation Coefficient (ICC)

[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23 ]

ناسالم، الکل و استرس)، روش‌های تهیه و پخت غذای سالم، اصلاح تغذیه در محل کار، روش‌های کاهش وزن، اثرات سودمند فعالیت بدنی و ورزش بر بدن، تأثیر ورزش بر بیماران قلبی، نسخه ورزشی مفید برای بیماران سکته قلبی، استرس و مدیریت آن، بازتوانی قلبی، نقش نگرش و اعتقادات بیماران بر اصلاح سبک زندگی، نقش اطرافیان بیمار در انتخاب سبک سالم زندگی و موانع و تسهیل گرها در اجتماع در انتخاب سبک زندگی سالم.

جلسات آموزشی به‌صورت چهار جلسه ۵۰ دقیقه‌ای با تمرکز بر سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده تنظیم شد. بیماران مورد مداخله به سه گروه ۱۰ تا ۱۵ نفره تقسیم شدند تا برگزاری بحث‌های گروهی امکان‌پذیر باشد. کلاس‌ها برای گروه‌ها به‌صورت جداگانه برگزار شد؛ محتوای آموزشی هر سه گروه یکسان بود. هر هفته یک کلاس برای هر گروه برگزار گردید. از کارشناس تغذیه برای آموزش تغذیه استفاده گردید. با استفاده از بحث گروهی، نمایش فیلم و پرسش و پاسخ در جلسات آموزشی باورهای رایج در مورد به‌کارگیری سبک زندگی سالم به بحث گذاشته می‌شد و بحث و تبادل افکار توسط آموزش‌دهنده به‌گونه‌ای جهت‌دهی می‌شد تا عقاید و نگرش‌های مثبت افراد مشخص شوند؛ این کار به‌صورت غیرمستقیم انگیزه مثبتی را در افراد برای به‌کارگیری سبک زندگی سالم ایجاد کرده و زمینه را برای تغییر نگرش فراهم می‌آورد. برای تقویت هنجارهای ذهنی، از بیماران خواسته شد تا به همراه یکی از اعضای مهم خانواده خوددر کلاس‌ها حاضر شوند. برای تغییر کنترل رفتاری درک‌شده در مورد عوامل تسهیلگر اصلاح سبک زندگی بحث گروهی می‌شد و همین‌طور تغییر قدم‌به‌قدم در به‌کارگیری سبک زندگی سالم برای بیماران یادآوری می‌شد. در هر جلسه راهکارهایی برای تقویت اراده افراد جهت اقدام به اصلاح همان بخش از سبک زندگی آموزش داده شد.

در مورد گروه کنترل هیچ نوع مداخله آموزشی صورت نگرفت و فقط آموزش‌های پرستاری که هنگام ترخیص به‌طورمعمول در بیمارستان ارائه می‌گردد دریافت نمودند. البته پس از اتمام مطالعه و جهت رعایت اخلاق پژوهشی، یک جلسه آموزشی در مورد سبک زندگی سالم برای گروه شاهد گذاشته شد و کتابچه آموزشی و لوح فشرده آموزشی در اختیار ایشان گذاشته شد.

پس از جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از SPSS ۱۶ و آزمون‌های آماری کای اسکوئر جهت مقایسه متغیرهای جمعیت‌شناختی دو گروه مستقل، آنالیز واریانس اندازه‌های مکرر[1] و رگرسیون خطی چندگانه جهت مقایسه داده‌های گروه‌ها در سه مقطع زمانی استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۹۵٪ در نظر گرفته شد.

## یافته‌ها

میانگین سنی افراد شرکت‌کننده ۷/۰۷ ± ۵۱/۵ سال بود. جنسیت ۶۶/۷٪ شرکت‌کنندگان مرد بود. حدود ۴۰٪ سابقه مصرف دخانیات داشتند؛ که ۱۴/۵٪ از آن‌ها در زمان پژوهش نیز از دخانیات استفاده می‌نمودند. تقریباً ۵۸٪ افراد هر دو گروه مبتلا به حداقل یک مورد از بیماری‌های زمینه‌ای مؤثر در سکته قلبی (دیابت، فشارخون و کلسترول بالا) بودند.

داده‌های جدول ۱ نشان می‌دهد که دو گروه، قبل از مطالعه، ازنظر متغیرهای جمعیت‌شناختی با همدیگر اختلاف معنادار نداشتند. همچنین نتایج تجزیه‌وتحلیل آماری نشان داد که دو گروه آزمون و شاهد ازنظر نمره سبک زندگی و نمره سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده (نگرش، هنجارهای ذهنی، کنترل رفتاری درک‌شده و قصد رفتاری) قبل از مداخله با همدیگر تفاوت معنادار نداشتند.

همان‌طور که در جدول ۲ دیده می‌شود نتیجه تجزیه‌وتحلیل با روش آنالیز واریانس اندازه‌های تکرارشونده نشان داد که بین گذر زمان و گروه مطالعه اثر متقابل[2] وجود داشت ($p < ۰/۰۰۱$). بنابراین، به‌طور جداگانه (یک‌بار در مرحله یک ماه بعد از مداخله آموزشی و یک‌بار دیگر سه ماه بعد از مداخله آموزشی) به بررسی اختلاف میانگین نمره سبک زندگی بین دو گروه شاهد و آزمون پرداخته شد. بدین منظور، در هر مرحله با استفاده از مدل رگرسیون خطی چندگانه میانگین نمره سبک زندگی با حذف اثر اختلاف آن

1. RMANOVA
2. Interaction

[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23 ]

**جدول ۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای موردمطالعه بر حسب مشخصات جمعیت‌شناختی**

| متغیر | گروه آزمون (n =۴۰) | | گروه شاهد (n =۴۰) | | p-value | متغیر | گروه آزمون (n =۴۰) | | گروه شاهد (n =۴۰) | | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| سابقه مصرف دخانیات | تعداد | ٪ | تعداد | ٪ | | جنسیت: | تعداد | ٪ | تعداد | ٪ | |
| اصلاً | ۲۶ | ۶۵ | ۲۲ | ۵۵ | ۰/۵۵ | مرد | ۲۶ | ۶۵ | ۲۷ | ۶۷/ | ۰/۹۸ |
| قبلاً | ۹ | ۲۲/۵ | ۱۱ | ۲۷/۵ | | زن | ۱۴ | ۳۵ | ۱۳ | ۳۲/۵ | |
| در حال حاضر | ۵ | ۱۲/۵ | ۷ | ۱۷/۵ | | | | | | | |
| بیماری زمینه‌ای | تعداد | ٪ | تعداد | ٪ | | تحصیلات: | تعداد | ٪ | تعداد | ٪ | |
| ندارد | ۱۶ | ۴۰ | ۶ | ۱۵ | ۰/۹۲ | بی‌سواد | ۶ | ۱۵ | ۷ | ۱۷/۵ | ۰/۳۶ |
| هر سه بیماری (فشارخون، دیابت و چربی خون) | ۱۰ | ۲۵ | ۸ | ۲۰ | | ابتدایی | ۱۲ | ۳۰ | ۱۰ | ۲۵ | |
| پرفشاریخون | ۷ | ۱۷/۵ | ۷ | ۱۷/۵ | | راهنمایی | ۲ | ۵ | ۶ | ۱۵ | |
| دیابت | ۴ | ۱۰ | ۴ | ۱۰ | | دبیرستان | ۱۱ | ۲۷/۵ | ۸ | ۲۰ | |
| چربی خون بالا | ۳ | ۷/۵ | ۵ | ۱۲/۵ | | دانشگاهی | ۹ | ۲۲/۵ | ۹ | ۲۲/۵ | |
| شغل: | تعداد | ٪ | تعداد | ٪ | | تأهل: | تعداد | ٪ | تعداد | ٪ | |
| خانه‌دار | ۱۰ | ۲۵ | ۱۲ | ۳۰ | ۰/۱۷ | متأهل | ۳۵ | ۸۷/۵ | ۴ | ۸۵ | ۰/۶۵ |
| کارمند | ۲۴ | ۶۰ | ۲۳ | ۵۶ | | مجرد | ۵ | ۱۲/۵ | ۶ | ۱۵ | |
| بازنشسته | ۶ | ۱۵ | ۶ | ۱۵ | | | | | | | |
| کل | ۴۰ | ۱۰۰ | ۴۰ | ۱۰۰ | | | ۴۰ | ۱۰۰ | ۴۰ | ۱۰۰ | |

در قبل از مداخله آموزشی بین دو گروه آزمون و شاهد مقایسه گردید. نتیجه تحلیل رگرسیون خطی چندگانه نشان داد که پس از حذف اثر اختلاف میانگین نمره سبک زندگی در مرحله قبل از مداخله آموزشی، اختلاف میانگین نمره سبک زندگی بین دو گروه آزمون و شاهد در مرحله یک ماه پس از مداخله آموزشی ازنظر آماری معنادار بود ($p <$ ۰/۰۰۱) و به‌اندازه ۲۱/۳۴۴ واحد، میانگین نمره سبک زندگی در این مرحله در گروه آزمون بیشتر از گروه شاهد بود. در مرحله سه ماه پس از مداخله، اختلاف میانگین نمره سبک زندگی بین دو گروه آزمون و شاهد ازنظر آماری معنادار بود ($p <$ ۰/۰۰۱) و به‌اندازه ۲۸/۳۴۹ واحد، میانگین نمره سبک زندگی در این مرحله در گروه آزمون بیشتر از گروه شاهد بود. نتیجه آزمون آنالیز واریانس اندازه‌های تکرارشونده در هر گروه به‌طور جداگانه نشان داد که اولاً در گروه آزمون میانگین نمره سبک زندگی بین زمان قبل، یک ماه و سه ماه پس از مداخله ازنظر آماری اختلاف معناداری نشان داده و روند افزایشی داشت ($p <$ ۰/۰۰۱) و ثانیاً در گروه شاهد نیز میانگین نمره سبک زندگی بین زمان قبل، یک ماه و سه ماه پس از مداخله ازنظر آماری اختلاف معناداری نشان داده اما روند کاهشی داشت ($p <$ ۰/۰۰۱).

طبق یافته‌های جدول سوم، نتیجه تجزیه‌وتحلیل با روش تحلیل واریانس اندازه‌های تکرارشونده نشان داد که بین گذر زمان و گروه مطالعه اثر متقابل وجود دارد ($p <$ ۰/۰۰۱). بنابراین، به‌طور جداگانه (یک‌بار در مرحله یک ماه بعد از مداخله آموزشی و یک‌بار دیگر سه ماه بعد از مداخله آموزشی) به بررسی اختلاف میانگین نمره سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده بین دو گروه شاهد و آزمون پرداخته شد. بدین منظور، در هر مرحله با استفاده از مدل رگرسیون خطی چندگانه میانگین نمره سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده با حذف اثر اختلاف آن در قبل از مداخله آموزشی بین دو گروه آزمون و شاهد مقایسه گردید. نتیجه تحلیل رگرسیون خطی چندگانه نشان داد که پس از حذف اثر اختلاف میانگین نمره سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده در مرحله قبل از مداخله آموزشی، اختلاف میانگین نمره سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده بین دو گروه آزمون و شاهد در مرحله یک ماه و سه ماه پس از مداخله آموزشی ازنظر آماری معنادار بود ($p <$ ۰/۰۰۵) و نمره سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده

[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23 ]

**جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات سبک زندگی واحدهای موردمطالعه قبل، یک ماه و سه ماه پس از مداخله و مقایسه آن‌ها بین دو گروه آزمون و شاهد**

| سازه | گروه‌ها | قبل از مداخله | | یک ماه پس از مداخله | | سه ماه پس از مداخله | | p-value RMANOVA (برای هر گروه) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | |
| نگرش | گروه آزمون | ۱۶۲/۷۸ | ۲۶/۳ | ۱۷۱/۵ | ۲۰/۲۲ | ۱۷۵/۱۷ | ۲۱/۷ | (p =۰/۰۰۸) |
| | گروه شاهد | ۱۵۴/۱۵ | ۳۳/۹ | ۱۴۸/۴۵ | ۲۵ | ۱۴۴/۷۳ | ۲۶/۵ | (p =۰/۰۲) |
| ضریب βرگرسیون خطی چندگانه p-value RMANOVA (بین دو گروه) | | | | ۱۸/۶۱ (p <۰/۰۰۱) | | ۲۹/۵۷ (p <۰/۰۰۱) | | p-value RMANOVA (برای هر گروه) |
| هنجارهای ذهنی | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | |
| | گروه آزمون | ۱۷۹/۲۵ | ۲۹ | ۱۹۳/۰۶ | ۲۲/۸ | ۱۷۹/۲ | ۲۵/۹ | (p =۰/۰۰۱) |
| | گروه شاهد | ۱۶۹/۲۴ | ۳۲/۴ | ۱۶۱/۶۳ | ۲۸ | ۱۵۶/۶۹ | ۲۷ | (p =۰/۰۰۳) |
| ضریب βرگرسیون خطی چندگانه p-value RMANOVA (بین دو گروه) | | | | ۲۵/۴۸ (p <۰/۰۰۱) | | ۱۶/۰۳ (p =۰/۰۰۲) | | p-value RMANOVA (برای هر گروه) |
| کنترل رفتاری درک‌شده | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | |
| | گروه آزمون | ۷۹/۸۶ | ۲۹/۶ | ۹۷/۶۱ | ۳۱/۴ | ۹۲/۹ | ۲۳/۳ | (p =۰/۰۰۱) |
| | گروه شاهد | ۸۲/۴۸ | ۲۷/۸ | ۷۷/۹۴ | ۲۱/۳ | ۷۹/۶۷ | ۲۴/۵ | p =۰/۴۶ |
| ضریب βرگرسیون خطی چندگانه p-value RMANOVA (بین دو گروه) | | | | ۲۱/۲۶ p <۰/۰۰۱ | | ۱۴/۴ (p =۰/۰۰۴) | | p-value RMANOVA (برای هر گروه) |
| قصد رفتاری | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | |
| | گروه آزمون | ۱۱/۲۸ | ۲/۵۹ | ۱۳/۶۱ | ۱/۰۵ | ۱۴/۰۳ | ۱/۲۳ | (p <۰/۰۰۱) |
| | گروه شاهد | ۱۱/۱۲ | ۲/۸۷ | ۱۰/۵۲ | ۳/۰۸ | ۱۰/۵۲ | ۲/۱۶ | (p =۰/۳) |
| ضریب βرگرسیون خطی چندگانه p-value RMANOVA (بین دو گروه) | | | | ۳/۰۴ (p < ۰/۰۰۱) | | ۳/۴۷ (p <۰/۰۰۱) | | |

در گروه آزمون بیشتر از گروه شاهد بود. نتیجه آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های تکرارشونده در هر گروه به‌طور جداگانه جند نتیجه دربر داشت. اولاً، در گروه آزمون میانگین نمره سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده بین زمان قبل، یک ماه و سه ماه پس از مداخله آموزشی ازنظر آماری اختلاف معناداری نشان داده شد و روند افزایشی داشت (p <۰/۰۱). ثانیاً، در گروه شاهد نیز میانگین نمره سازه‌های نگرش و هنجارهای ذهنی بین زمان قبل، یک ماه و سه ماه پس از مداخله آموزشی ازنظر آماری اختلاف معناداری نشان داد شد اما روند کاهشی داشت (p =۰/۰۲) و در سازه‌های کنترل رفتاری درک‌شده و قصد رفتاری بین زمان قبل، یک ماه و سه ماه پس از مداخله ازنظر آماری اختلاف معناداری وجود نداشت (p =۰/۳).

**جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده قبل، یک ماه و سه ماه پس از مداخله و مقایسه آن‌ها بین دو گروه آزمون و شاهد**

| متغیر | گروه | قبل از مداخله | | یک ماه پس از مداخله | | سه ماه پس از مداخله | | p-value RMANOVA (برای هر گروه) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | |
| سبک زندگی | گروه آزمون | ۱۳۷/۳۱ | ۱۴/۹۲ | ۱۵۴/۶۷ | ۱۰/۸۵ | ۱۵۷/۱۴ | ۱۰/۵۸ | p <۰/۰۰۱ |
| | گروه شاهد | ۱۳۲/۹۴ | ۱۹/۲۹ | ۱۳۰/۵۵ | ۱۶/۱۷ | ۱۲۶/۲۱ | ۱۲/۹۸ | p <۰/۰۰۱ |
| ضریب β رگرسیون خطی چندگانه و p-value RMANOVA (بین دو گروه) | | | | ۲۱/۴۴ (p<۰/۰۰۱) | | ۲۸/۴۹ (p <۰/۰۰۱) | | |

[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23 ]

**نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده واحدهای موردمطالعه قبل از مداخله و مقایسه آن‌ها بین دو گروه آزمون و شاهد**

| متغیر | گروه‌ها | قبل از مداخله | | p-value t-test |
|---|---|---|---|---|
| | | میانگین | انحراف معیار | |
| سبک زندگی | گروه آزمون | ۱۳۷/۳۱ | ۱۴/۹۲ | p =۰/۲۹ |
| | گروه شاهد | ۱۳۲/۹۴ | ۱۹/۲۹ | |
| نگرش | گروه آزمون | ۱۶۲/۷۸ | ۲۶/۳ | p = ۰/۲ |
| | گروه شاهد | ۱۵۴/۱۵ | ۳۳/۹ | |
| هنجارهای ذهنی | گروه آزمون | ۱۷۹/۲۵ | ۲۹ | p = ۰/۲ |
| | گروه شاهد | ۱۶۹/۲۴ | ۳۲/۴ | |
| کنترل رفتاری درک‌شده | گروه آزمون | ۷۹/۸۶ | ۲۹/۶ | p = ۰/۷ |
| | گروه شاهد | ۸۲/۴۸ | ۲۷/۸ | |
| قصدرفتاری | گروه آزمون | ۱۱/۲۸ | ۲/۵۹ | p = ۰/۵۲ |
| | گروه شاهد | ۱۱/۱۲ | ۲/۸۷ | |
| رفتار | گروه آزمون | ۸/۷۵ | ۲/۴۷ | p = ۰/۰۹ |
| | گروه شاهد | ۷/۷ | ۲/۶۸ | |

## بحث

این تحقیق یک مطالعه کارآزمایی شاهددار تصادفی بود که با هدف بررسی تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده در تغییر سبک زندگی بیماران دچار سکته قلبی طراحی‌شده بود. نتایج مطالعه دلالت بر اثربخشی مداخله در ارتقاء سبک زندگی بیماران داشت. نتایج حاکی از افزایش معنادار نمره سبک زندگی در گروه مداخله بود که هرچند مطالعه‌ای که از نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده در مداخلات سبک زندگی بیماران دچار سکته قلبی استفاده‌شده باشد یافت نشد. اما این نتایج با مطالعاتی که از سایر مداخلات آموزشی در تغییر سبک زندگی بیماران استفاده‌شده همخوانی دارد؛ ازجمله مطالعه نصرآبادی و همکاران (۲۷)، پیسکه و همکاران (۲۸)، میچالسون و همکاران (۲۹)، کرسر و ازبی (۳۰) و عابدی و همکاران (۳۱). در تمامی این مطالعات مداخله آموزشی باعث بهبود سبک زندگی بیماران قلبی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد شد. در مطالعه اوماندی و همکاران (۲۴) که تأثیر آموزش مبتنی بر نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر فعالیت بدنی بیماران دیابت نوع ۲ را بررسی کردند نیز فعالیت بدنی در گروه مداخله افزایش معناداری نشان داد. در مطالعه جیارانگ و همکاران (۳۰) که پایبندی به رژیم غذایی کم‌نمک در بیماران با نارسایی قلبی با استفاده از نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده صورت گرفت هم نتایج نشان‌دهنده تأثیر مداخله مبتنی بر نظریه در بهبود تغذیه بیماران گروه آزمون بود.

نتایج مطالعه حاضر حاکی از افزایش معنادار نمرات سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده (نگرش، هنجارهای ذهنی، کنترل رفتاری درک‌شده، قصد رفتاری و رفتار) در گروه مداخله بود و یافته نشانگر این است که نمرات سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده در گروه تحت آموزش در پیگیری‌های یک ماه و سه ماه بعد از اتمام مداخله افزایش معناداری یافته است ($p<۰/۰۵$). مطالعات مشابه که توسط سایر محققان انجام‌شده بود نیز نتایج تقریباً یکسانی را نشان می‌دهد.

در مطالعه وایت و همکاران (۳۳)، که تأثیر مداخله بر اساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر ارتقاء فعالیت بدنی و تغذیه سالم در میان افراد مسن مبتلا به بیماری‌های قلب و عروقی و دیابت نوع ۲ را در سال ۲۰۱۰ بررسی کردند، هم سازه‌های رفتار، قصد، کنترل رفتاری درک‌شده و هنجارهای ذهنی بخش فعالیت بدنی در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای بعد از مداخله آموزشی افزایش نشان داد؛ اما در مطالعه وایت و همکاران در مورد تغذیه تفاوت چندانی بین دو گروه ازنظر نمرات سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده مشاهده نشد. در مطالعه ولش و همکاران (۲۳) که تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر رژیم غذایی کم‌نمک در بیماران نارسایی قلبی که در سال ۲۰۱۲ انجام دادند. نتایج نشان داد که بعد از ۶ ماه مصرف سدیم رژیم غذایی گروه مداخله کمتر از گروه کنترل بود ($p<۰/۰۱$)

این مطالعه محدودیت‌هایی نیز داشت. یکی از این محدودیت‌ها این بود که امکان برای شرکت متخصصان قلب، که ازنظر هنجارهای

[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23 ]

ذهنی برای گروه آزمون اهمیت داشتند، در در برنامه آموزشی علی‌رغم پیگیری‌های متعدد انجام نشد. داده‌ها به‌صورت خودگزارش‌دهی جمع‌آوری شد و لذا ممکن است نشان‌دهنده عملکرد واقعی بیماران نباشد. تعداد سؤالات پرسشنامه زیاد بود و تکمیل آن با روش مصاحبه وقت‌گیر و گاهی خارج از حوصله بیماران بود.

## نتیجه‌گیری:

تفاوت آماری معناداری که در سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده و ابعاد مختلف سبک زندگی بعد از مداخله آموزشی بین دو گروه مداخله و شاهد مشاهده شد، حاکی از تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر بهبود سبک زندگی بیماران دچار سکته قلبی بود. بنابراین، می‌توان گفت که به‌کارگیری این نظریه تغییر رفتار می‌تواند نگرش، هنجارهای ذهنی، کنترل رفتاری درک‌شده و قصد رفتاری بیماران سکته قلبی را درباره سبک زندگی ناسالم تغییر دهد و باعث بهبود سبک زندگی آنان گردد. لذا کاربرد این نظریه تغییر رفتار در مورد سایر بیماری‌ها و دیگر مشکلات بهداشتی نیز قابل توصیه است و می‌توان اثربخشی آن را در مورد سایر بیماران بیماری‌های مزمن نیز مورد آزمون قرارداد.

## سپاسگزاری

از مسئولین بیمارستان نیروی دریایی شهر بندرعباس و دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان که با صبر و علاقه خود ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند کمال قدردانی را می‌نماییم.

## References:

1. Vahedian Azimi A, Alhani F, Ahmadi F, Kazemnejad A. Effect of family-centered empowerment model on the life style of myocardial infarction patients. Iran J Crit Care Nurs. 2010;2(4):1-2.Abstract/FREE Full Text
2. Ades PA. Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease. New England Journal of Medicine. 2001;345(12):892-902.Abstract/FREE Full Text
3. Lukkarinen H, Hentinen M. Treatments of coronary artery disease improve quality of life in the long term. Nursing research. 2006;55(1):26-33.Abstract/FREE Full Text
4. Fowkes FGR, Rudan D, Rudan I, Aboyans V, Denenberg JO, McDermott MM, et al. Comparison of global estimates of prevalence and risk factors for peripheral artery disease in 2000 and 2010: a systematic review and analysis. The Lancet. 2013;382(9901):1329-40.Abstract/FREE Full Text
5. Chaudhry SI, McAvay G, Chen S, Whitson H, Newman AB, Krumholz HM, et al. Risk factors for hospital admission among older persons with newly diagnosed heart failure: findings from the Cardiovascular Health Study. Journal of the American College of Cardiology. 2013;61(6):635-42. Abstract/FREE Full Text
6. Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB, et al. Heart disease and stroke statistics—2012 update a report from the American heart association. Circulation. 2012;125(1):e2-e220.Abstract
7. Behnam Moghadam M, Zeighami R, Azimian J, Jahanihashemi H, Fotuhi M. Side Effects of Intravenous Streptokinase in Different Age Groups Patients with Acute Myocardial Infarction. Armaghane danesh. 2014;18(11):910-7.Abstract/FREE Full Text
8. Buckley T, McKinley S, Gallagher R, Dracup K, Moser D, Aitken LM. The effect of education and counselling on knowledge, attitudes and beliefs about responses to acute myocardial infarction symptoms. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2007;6(2):105-11.Abstract
9. Hofmann SG, Smits JA. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. The Journal of clinical psychiatry. 2008;69(4):621.Abstract/FREE Full Text
10. Gulliksson M, Burell G, Vessby B, Lundin L, Toss H, Svärdsudd K. Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy vs standard treatment to prevent recurrent cardiovascular events in patients with coronary heart disease: Secondary Prevention in Uppsala Primary Health Care project (SUPRIM). Archives of Internal Medicine. 2011;171(2):134-40.Abstract/FREE Full Text
11. Rahmati-Najarkolaei F, Tavafian SS, Fesharaki MG, Jafari MR. Factors predicting nutrition and physical activity behaviors due to cardiovascular disease in tehran university students: application of health belief model. Iranian Red Crescent Medical Journal. 2015;17(3). Abstract/FREE Full Text
12. Ghaffarpasand E. Nutrition and physical activity educational intervention on CHD risk factors: a systematic review study. Archives of Iranian medicine. 2015;18(1):51. Abstract/FREE Full Text
13. Lock CA, Lecouturier J, Mason JM, Dickinson HO. Lifestyle interventions to prevent osteoporotic fractures: a systematic review. Osteoporosis international. 2006;17(1):20-8.Abstract/FREE Full Text
14. Dehghani R, Yunesian M, Sahraian MA, Gilasi HR, Moghaddam VK. The Evaluation of Multiple Sclerosis Dispersal in Iran and Its Association with Urbanization,

[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23 ]

Life Style and Industry. Iranian journal of public health. 2015;44(6):830.Abstract/FREE Full Text
15. Baljany A, Rahimi J, Heidari Sh, Azimpour A. The effect of self-management interventions on medication adherence and life style in cardiovascular patients.Journal of Nursing and Midwifery, Hamadan. 2012; 20(3): 58-67Abstract
16. Mohammady M, Memari A, Shaban M, Mehran A, Yavari P, Salari Far M. Comparing computer-assisted vs. face to face education on dietary adherence among patients with myocardial infarction. Hayat. 2011;16(3):77-85.Abstract/FREE Full Text
17. Tehrani H, Majlessi F, Shojaeizadeh D, Sadeghi R, Hasani Kabootarkhani M. Applying Socioecological Model to Improve Women's Physical Activity: A Randomized Control Trial. Iran Red Crescent Med J. 2016;18(2):e21072. Epub 2016-01-01.Abstract/FREE Full Text
18. Armitage CJ, Arden MA. Exploring discontinuity patterns in the transtheoretical model: An application of the theory of planned behaviour. British journal of health psychology. 2002;7(1):89-103.Abstract
19. vafaeenajar a, masihabadi m, moshki m, ebrahimipour h, Tehrani H, esmaily h, et al. Determining the Theory of Planned Behavior's Predictive Power on Adolescents' Dependence on Computer Games. health education& health promotion. 2015;2(4):303-11.Abstract/FREE Full Text
20. D Su, X Huang. Research on online shooping intention of undergraduate consumer in china based on the theory of planned behavior. International business Research 2011; 4(1): 781-796Abstract/FREE Full Text
21. Gordon JC. Beyond knowledge: guidelines for effective health promotion messages. Journal of Extension. 2002;40(6):1-6.Abstract/FREE Full Text
22. Blanchard C, Fisher J, Sparling P, Nehl E, Rhodes R, Courneya K, et al. Understanding physical activity behavior in African American and Caucasian college students: an application of the theory of planned behavior. Journal of American College Health. 2008;56(4):341-6.Abstract
23. Welsh D, Lennie TA, Marcinek R, Biddle MJ, Abshire D, Bentley B, et al. Low-sodium diet self-management intervention in heart failure: pilot study results. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2013;12(1):87-95. Abstract
24. Omondi D, Walingo M, Mbagaya G, Othuon L. Understanding physical activity behavior of type 2 diabetics using the theory of planned behavior and structural equation modeling. Int J Hum Soc Sci. 2010;5:160-7.Abstract/FREE Full Text
25. Kim K, Reicks M, Sjoberg S. Applying the theory of planned behavior to predict dairy product consumption by older adults. Journal of nutrition education and behavior. 2003;35(6):294-301.Abstract/FREE Full Text
26. Aubi E, Shadnoush M, Nazarzadeh M, Bidel Z, Ranaei A, Delpisheh A. Translation and assessment of validity and reliability of the health-promoting lifestyle questionnaire, using factor analysis. Pajoohandeh Journal. 2012;17(3):114-20.Abstract/FREE Full Text
27. Krumholz HM, Amatruda J, Smith GL, Mattera JA, Roumanis SA, Radford MJ, et al. Randomized trial of an education and support intervention to preventreadmission of patients with heart failure. Journal of the American College of Cardiology. 2002;39(1):83-9.Abstract/FREE Full Text
28. Pischke CR, Weidner G, Elliott-Eller M, Ornish D. Lifestyle changes and clinical profile in coronary heart disease patients with an ejection fraction of≤ 40✂ or> 40✂ in the Multicenter Lifestyle Demonstration Project. European Journal of Heart Failure. 2007;9(9):928-34.Abstract/FREE Full Text
29. Michalsen A, Grossman P, Lehmann N, Knoblauch NT, Paul A, Moebus S, et al. Psychological and quality-of-life outcomes from a comprehensive stress reduction and lifestyle program in patients with coronary artery disease: results of a randomized trial. Psychotherapy and psychosomatics. 2005;74(6):344-52.Abstract/FREE Full Text
30. Kurcer MA, Ozbay A. Effects of patient education and counseling about life style on quality of life in patients with coronary artery disease/Koroner arter hastalarinda uygulanan yasam tarzi egitim ve danismanliginin yasam kalitesine etkisi. The Anatolian Journal of Cardiology (Anadolu Kardiyoloji Dergisi). 2011;11(2):107-14.Abstract
31. Sadeghi R, Mohseni M, Khanjani N. The Effect of an Educational Intervention According to Hygienic Belief Model in Improving Care and Controlling among Patients with Hypertension. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2014;13(4):383-94.Abstract/FREE Full Text
32. Jia-Rong Wu,Terry A. Lennie, Sandra B. Dunbar,Susan J. Pressler,Debra K. Moser. Predictors of Adherence to a Low Sodium Diet Using the Theory of Planned Behavior in Patients with Heart Failure. Journal of Cardiac Failure 2009 August; 6(15): 84Abstract
33. White KM, Terry DJ, Troup C, Rempel LA, Norman P, Mummery K, et al. An extended theory of planned behavior intervention for older adults with type 2 diabetes and cardiovascular disease. Journal of aging and physical activity. 2012;20(3):281-99.Abstract

[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23 ]