

جستار فلسفی

تحلیل مفهوم درک خطر بیماری قلبی از دیدگاه کارکنان سلامت: مدل هیبرید

معصومه ذاکری مقدم^۱، دکترای آموزش پرستاریندا ثنائی^۲، دانشجوی دکترای آموزش پرستاریعباس عبادی^۳، دکترای آموزش پرستاری* محبوبه شالی^۴، دانشجوی دکترای آموزش پرستاری

خلاصه

هدف. این مطالعه با هدف تحلیل مفهوم درک خطر بیماری قلبی از دیدگاه کارکنان سلامت با استفاده از روش هیبرید انجام شد. زمینه. در بحث رفتار، آگاهی از عوامل خطر بیماری‌های قلبی-عروقی بسیار ضروری است تا فرد را در تصمیم‌گیری‌های آگاهانه درباره ادامه رفتارهای خاصی که باعث افزایش خطر بروز این بیماری می‌شود یاری کند. اما آنچه اهمیت بیشتری دارد، درک فرد از خطر بیماری است که بر عملکردهای مربوط به سلامت وی تاثیر می‌گذارد.

روش. در این مطالعه، از سه مرحله تحلیل مفهوم مدل هیبرید (نظری، کار در عرصه و تحلیل نهایی) استفاده شد. در مرحله نظری، مقالات مرتبط موجود در پایگاه‌های داده‌ای و موتورهای جستجو شامل SID، Magiran، Science Direct، CINAHL، PubMed، و Google Scholar در محدوده سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۸ میلادی مورد جستجو قرار گرفتند. برای جستجو، از واژه‌های "درک خطر" و "بیماری قلبی" به فارسی و انگلیسی، در عنوان و چکیده مقالات استفاده شد. در مرحله کار در عرصه، ۱۸ نفر از کارکنان دانشگاه علوم پزشکی تهران به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و از آنها مصاحبه‌های عمیق و نیمه‌ساختارمند به عمل آمد. در مرحله آخر، با ترکیب دو مرحله قبل تحلیل نهایی انجام شد.

یافته‌ها. تلفیق مفاهیم حاصل از مرحله نظری و کار در عرصه، درک خطر بیماری قلبی در کارکنان سلامت را این‌گونه تعریف می‌کند: "درک خطر بیماری قلبی، نوعی آگاهی اکتسابی از خطرات تهدیدکننده سلامت قلب است که تحت تاثیر باورها، ارزش‌ها، فرهنگ و نگرش افراد است و باعث انگیزش جهت یادگیری و تغییر رفتارهای خودمراقبتی جهت کارآمدی در ارتقای سلامت قلب و اجتناب از عوامل خطر می‌شود." نتیجه‌گیری. نتایج حاصل از مطالعه، مفهوم درک خطر بیماری قلبی در کارکنان نظام سلامت را واضح می‌کند. این واضح سازی می‌تواند منجر به ارائه دیدگاه جامع از مفهوم و درک بهتر برای استفاده در تحقیق و عمل گردد.

کلیدواژه‌ها: تحلیل مفهوم، خطر درک‌شده، بیماری قلبی، مدل هیبرید

- ۱ استادیار، گروه مراقبت‌های ویژه و مدیریت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۲ دانشجوی دکترا، گروه مراقبت‌های ویژه و مدیریت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
- ۳ استاد، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، انستیتو سبک زندگی، دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج)، تهران، ایران
- ۴ دانشجوی دکترا، گروه مراقبت‌های ویژه و مدیریت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (*نویسنده مسئول)

پست الکترونیک: m.shali@zums.ac.ir

مقدمه

داشتن درک از خطر بیماری تا حد زیادی می‌تواند در فرآیند مراقبتی موثر باشد. به عنوان مثال، فردی که علایمی مثل درد پشت، سرگیجه، تنگی نفس، یا علامت معمول فشار سینه را تجربه می‌کند و یا به عنوان علائم هشداردهنده قلبی می‌شناسد، به دنبال درمان یا تخفیف علائم خواهد بود. درک از خطر بیماری، همچنین، تاثیر مهمی بر تغییر رفتارها و سبک زندگی خواهد داشت (پوسی، ۲۰۰۶)، به ویژه درک خطر بیماری‌های قلبی که به عنوان یکی از شایع‌ترین علل مرگ در دهه‌های اخیر گزارش شده‌است.

بیماری‌های قلبی می‌توانند منجر به بستری‌شدن در بیمارستان، ناتوانی و کاهش کیفیت زندگی شوند. بار اقتصادی ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی بسیار زیاد است، به طوری که در ایالات متحده (۲۰۱۰)، حدود ۳۱۵ میلیون دلار برای این بیماری‌ها هزینه شد و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰، این میزان به ۸۱۸ میلیارد دلار افزایش یابد (گو و همکاران، ۲۰۱۴؛ هابنریش و همکاران، ۲۰۱۱). پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰، به طور تقریبی ۲۳/۶ میلیون نفر از بیماری‌های قلبی عروقی، به ویژه بیماری‌های عروق کرونر و سکتان خود را از دست بدهند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۲). در ایران نیز بیماری‌های قلبی عروقی علت اصلی مرگ و ناتوانی و تحمیل هزینه سنگین مراقبت‌های بهداشتی است (حاتمی، ۱۳۸۶). بیماری‌های قلبی عروقی از طریق اصلاح عوامل خطر و افزایش دانش، قابل پیشگیری است. برای اتخاذ رفتار سالم، افراد باید در مورد بیماری آگاهی داشته باشند و خودشان را مستعد ابتلا به بیماری بدانند و بر این باور باشند که آنها قادر به انجام کاری برای جلوگیری و یا درمان بیماری هستند (هومکو و همکاران، ۲۰۰۸). این رفتارها در کارکنان مشاغل بهداشتی درمانی دارای اهمیتی مضاعف است. با توجه به اینکه رفتارهای ارتقای سلامتی کارکنان سلامت می‌تواند اثر مستقیم بر سلامت بیماران و سلامت عمومی داشته‌باشد، نیازمند برنامه‌ریزی مناسب در سطح کلان نظام سلامت است (نجات و عابدی، ۲۰۱۵).

عوامل خطر بیماری‌های قلبی عروقی را به دو دسته عوامل خطر قابل کنترل و غیرقابل کنترل تقسیم می‌کنند. وراثت، جنسیت و سن از عوامل غیرقابل کنترل هستند (ریموند و کوچ، ۲۰۱۲). بالا بودن کلسترول خون، اضافه وزن و چاقی، رژیم غذایی نامناسب، پرفشاری خون، قند خون بالا، مصرف سیگار، باورهای غلط غذایی، کم بودن فعالیت بدنی و استرس از عوامل قابل کنترلی هستند که فرد را در معرض بیماری‌های قلبی عروقی قرار می‌دهند (کوچ، ۲۰۱۲). فشار کاری در قالب ساعات کار طولانی‌مدت، ضرب‌العجل‌ها و مسئولیت‌های حساس استرس زیادی را ایجاد می‌کنند و سلامت قلب را تحت تاثیر قرار می‌دهند. برای نمونه، افرادی که مسئولیت حفظ جان افراد را بر عهده دارند، نظیر کارکنان سلامت، آتش‌نشانی و خلبانی معمولاً سطوح بالایی از استرس را گزارش کرده‌اند (اسپکتور، ۲۰۰۲). مطالعه دیگری نشان می‌دهد پزشکان و پرستارانی که زمان بیشتری را در ارتباط مستقیم با بیماران سپری می‌کنند استرس بیشتری را تجربه می‌کنند (روتلج، ۲۰۰۹).

دنبال کردن برنامه‌های مراقبت و پیشگیری مستلزم داشتن درک از خطر ابتلا به بیماری قلبی و تاثیر آن بر بروز مرگ است (ادموند و همکاران، ۲۰۰۷). داشتن این درک در قشر تحصیل کرده و افرادی که خود در سیستم مراقبتی مشغول فعالیت هستند در جستجوی راه‌های درمانی جدید و مراقبت‌های بهتر، کمک‌کننده است. در مطالعه وینهام و همکاران (۲۰۱۱)، افراد بدون تحصیلات دانشگاهی اظهار داشتند که کنترل و تغییر عوامل محیطی برایشان دشوار است، در حالی که افراد دارای تحصیلات دانشگاهی با مطالعه بیشتر بیش از سایر اقشار جامعه در مورد بیماری‌ها آگاهی می‌یافتند و به اطلاعاتی که کسب می‌کردند، بیشتر اهمیت می‌دادند. کسب اطلاعات جدید در تغییر رفتار افراد به نفع پیشگیری از بیماری قلبی موثر است.

در بحث رفتار، آگاهی از عوامل خطر بیماری‌های قلبی عروقی بسیار ضروری است تا فرد را در رابطه با تصمیم‌گیری‌های آگاهانه درباره ادامه رفتارهای خاصی که باعث افزایش خطر این بیماری می‌شود یاری کند (وینهام و جونز، ۲۰۱۲). به نظر می‌رسد کارکنان سلامت به دلیل ماهیت حرفه خود آگاهی کافی و مناسبی از رفتارهای ارتقای سلامتی دارند، ولی به دلیل عواملی چون سختی کار، نوبت کاری، ساعات کاری زیاد ماهانه، استرس شغلی بالا و فقدان برنامه منظم سیستم ارائه مراقبتی برای توسعه این رفتارها، فرصت کافی برای انجام رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی نداشته‌باشند. وجود آگاهی در مورد مزایای رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی در مورد بیماری‌های مزمن لزوماً فرد را مجبور به انجام آن رفتارها نمی‌کند و در این زمینه، درک خطر بیماری نقش مهمتری دارد (لی، ۲۰۱۳). در همین راستا، بارنوتز و همکاران علت احتمالی وجود شکاف بین دانش و عملکرد کارکنان بهداشتی درمانی در پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقای سلامتی خود را فقدان مهارت تعدیل عوامل قابل کنترل، نبود زمان کافی برای اجرای این رفتارها و نبود درک از

خطر بیماری گزارش نموده‌اند (بارنوتز و همکاران، ۲۰۰۵). درک خطر از بیماری قلبی واژه‌ای است که در مورد برداشت افراد از خطرات تهدیدکننده سلامتی قلب استفاده می‌شود. با توجه به این که عدم وضوح مفهوم درک خطر باعث شده است که از این مفهوم به شکل‌های گوناگونی در تحقیق و عمل استفاده شود و مانع از حصول درک صحیح مفهوم گردد، شفاف‌سازی مفهوم درک خطر بیماری قلبی ضروری به نظر می‌رسد.

برای وضوح مفاهیمی که در بالین به طور غیر شفاف استفاده می‌شوند، برای مثال درک خطر قلبی، الگوهای نظیر الگوی هیبرید وجود دارد. این الگو برای تحلیل مفاهیم در مراحل اولیه توسعه یک نظریه استفاده می‌شود و با توجه به اینکه در این الگو از تحلیل نظری و مشاهدات تجربی استفاده می‌شود، لذا بیشترین کاربرد را برای مفاهیم انتزاعی در مراقبت دارد، مفاهیمی که به طور مداوم تغییر می‌کنند و معنای آنها در ارتباط با زمان و بستر دچار تغییر می‌شود (آنتونی و جک، ۲۰۰۹؛ لیانگ و همکاران، ۲۰۱۲)، لازم است مفهوم درک خطر قلبی با رویکرد هیبرید و در بستر سیستم مراقبت ایران تحلیل شود. با نظر به این که شفاف‌سازی ابعاد و خصوصیات مفهوم درک بهتر مفهوم برای استفاده در تحقیق و عمل و تعیین معیارها و استانداردهای ابزارهای سنجش درک خطر قلبی و ارزیابی آن کمک‌کننده خواهد بود، هدف این تحقیق، تحلیل مفهوم درک خطر بیماری قلبی، تعریف عملیاتی و ارجاعات تجربی آن است.

مواد و روش‌ها

روش تحلیل مفهوم هیبرید برای رفع انتزاعی بودن و ابهام مفاهیم کاربرد دارد و تصویر واضحی از مفاهیم براساس زمینه و موقعیت خاص ترسیم می‌کند و از این نظر بر سایر روش‌های تحلیل مفهوم برتری دارد. توسعه مفهوم با استفاده از مدل هیبرید، روش‌های تحلیل استقرایی و قیاسی را در هم می‌آمیزد و به این ترتیب، قادر است مفاهیمی را که کاربرد زیادی دارند پالایش نماید (رفیعی و همکاران، ۱۳۹۳).

این مدل از سه مرحله نظری، کار در عرصه و تحلیل نهایی تشکیل شده است (واکر و آوانت، ۲۰۰۵). هدف اصلی مرحله نظری، ایجاد و تکامل بستری مناسب جهت تحلیل عمقی و تعریف مجدد مفهوم در مراحل بعد می‌باشد. در پایان این مرحله، محقق تعریف عملیاتی را برای مرحله کار در عرصه مشخص می‌نماید. اهداف مرحله کار در عرصه شامل تقویت و پالایش مفهوم شکل‌گرفته در مرحله اول، از طریق توسعه و تلفیق تحلیل مرحله اول با مشاهدات تجربی موجود است و از نظر زمانی با مرحله اول هم‌پوشانی دارد و روی جزء تجربی فرآیند تاکید دارد. در این مرحله، به منظور تحلیل کامل تر مفهوم مورد نظر، از روش جمع‌آوری داده‌های کیفی استفاده می‌شود. مرحله سوم شامل ترکیب تحلیل نظری با بینش کسب‌شده از مشاهدات تجربی و گزارش یافته‌ها است (آنتونی و جک، ۲۰۰۹؛ لیانگ و همکاران، ۲۰۱۲).

مرحله نظری. برای انجام این مرحله باید چهار گام طی شود: انتخاب مفهوم، جستجوی علمی متون، بررسی معانی، انتخاب و ارائه تعریف مقدماتی. در این پژوهش، انتخاب مفهوم با توجه به جستجوی متون، مفهوم درک خطر بیماری قلبی انتخاب شد، زیرا تعریف واضحی در مورد این مفهوم ارائه نشده است. برای جستجوی علمی متون، پایگاه‌های داده‌ای و موتورهای جستجو شامل Magiran، SID، Science Direct، CINAHL، PubMed، و Google Scholar در محدوده سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۸ میلادی مورد جستجو قرار گرفتند. در جستجوی مقدماتی، از واژه‌های "درک خطر" و "بیماری قلبی" به فارسی و انگلیسی، در عنوان و چکیده مقالات استفاده شد. این بازه زمانی به اندازه‌ای است که می‌تواند تغییرات مفهوم‌سازی درک خطر قلبی را نشان دهد. نتیجه جستجو ۲۳۴۱ مقاله بود که این مقالات با توجه به اهداف پژوهش مورد غربالگری قرار گرفتند و مقالات غیر مرتبط و مقالات تکراری حذف شدند. بعد از مرور و بررسی چکیده و عناوین مقالات، تعداد ۲۳۴ مقاله انتخاب شدند. با خواندن کامل این چکیده‌ها مشخص شد که تعدادی از این مقالات در پرداختن به ویژگی‌های مفهوم، پیشامدها یا پدیده‌های آن ناتوان بوده‌اند، لذا تعداد مقالات به ۴۸ مقاله کاهش یافت که در جستجوی تمام متن این مقالات، متن کامل ۱۲ مقاله به زبان انگلیسی در دسترس قرار داشت که مورد بررسی قرار گرفت. لازم به ذکر است که در پایگاه‌های داده‌ای فارسی زبان مطالعه‌ای در راستای اهداف مقاله حاضر یافت نشد.

در گام بررسی معانی، با توجه به متون انتخاب‌شده در پایان جستجوی سه مرحله‌ای (۱۲ مقاله)، مفهوم درک خطر قلبی و ابعاد آن به طور جامع مورد بررسی قرار گرفت. گام چهارم ارائه تعریف مقدماتی بر اساس فعالیت‌های سه گام قبلی بود.

مرحله کار در عرصه. تعداد مشارکت‌کنندگان در تحقیقات کیفی معمولاً محدود است، اما این افراد به طور کامل و عمیق مورد بررسی قرار می‌گیرند. به همین منظور، برای انتخاب افرادی که دارای اطلاعات و تجارب کافی در زمینه پدیده مورد نظر باشند، از روش نمونه‌گیری هدفمند براساس هدف مطالعه استفاده می‌شود (کوربین و اشتراوس، ۲۰۰۸). در این پژوهش، مصاحبه‌ها با تنظیم برنامه زمانی مشارکت‌کنندگان انجام شد. در طی تحقیق، رازداری و آزادی شرکت‌کنندگان برای شرکت در تحقیق و خروج از آن در هر مرحله، محرمانه‌ماندن اطلاعات مشارکت‌کنندگان و حفاظت از داده‌ها و فایل‌های صوتی در مکانی امن توسط پژوهشگر رعایت شد. چهار گام این مرحله به ترتیب زیر انجام شد: مصاحبه‌ها در دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران و مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره) صورت گرفت، با مسئولین دانشکده پرستاری و مامایی و مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره) جهت کسب اجازه نمونه‌گیری و معرفی افراد واجد شرایط مصاحبه هماهنگی به عمل آمد، با توجه به واحد تحلیل (درک خطر بیماری قلبی) با مشارکت‌کنندگان مصاحبه شد، هدف مطالعه و روند انجام کار به طور واضح برای تمامی شرکت‌کنندگان بیان شد و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش از آنها کسب شد و سپس ماهیت اختیاری شرکت در مطالعه بیان گردید. به همه شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه خواهند ماند.

در این مطالعه از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته استفاده شد. هر مصاحبه بین ۳۰ تا ۶۰ دقیقه به طول انجامید. سؤالات مصاحبه عبارت بودند از: چه تعریفی از خطرات تهدیدکننده سلامتی خود دارید؟ چه درکی از خطر تهدیدکننده سلامتی خود دارید؟ چه تعریفی از درک خطر بیماری قلبی دارید؟ چه علایمی را به عنوان علائم خطر قلبی درک می‌کنید؟ سؤالات پیگیری مانند "می‌توانید بیشتر توضیح دهید؟" نیز پرسیده شد. پس از ضبط و پیاده‌نمودن محتوای مصاحبه، همه موارد مصاحبه طبق روش تحلیل محتوای قراردادی کدبندی شد و مفاهیم استخراج شدند. روند تحلیل داده‌ها بر اساس روش گرانهایم و لاندمن (۲۰۰۴) بود که مراحل آن شامل پیاده‌سازی مصاحبه‌های انجام‌شده و چندین بار مرور آنها به منظور پیدا نمودن درکی نسبت به کل متن؛ استخراج واحدهای معنایی و دسته‌بندی آنها تحت عنوان واحدهای فشرده؛ خلاصه و دسته بندی نمودن واحدهای فشرده و انتخاب برچسب مناسبی برای آنها؛ مرتب نمودن زیردسته‌ها بر اساس مقایسه شباهت‌ها و تفاوت‌های موجود در زیردسته‌ها؛ و در نهایت، انتخاب عنوانی مناسب که قابلیت پوشش دسته‌های حاصل شده را دارا باشد، بود.

با ۱۲ مصاحبه اول، اشیاع اطلاعاتی رخ داد. با این وجود، به منظور غنای بیشتر، مصاحبه با هجدهمین مشارکت‌کننده انجام شد. پس از کدگذاری اولیه، جهت اطمینان از اعتبار یافته‌ها، بازبینی توسط مشارکت‌کنندگان، غوطه‌وری و درگیری مداوم پژوهشگران با داده‌ها و مطالعه مقالاتی با عناوین مشابه مورد توجه قرار گرفت. علاوه بر حضور مداوم در عرصه و غوطه‌وری عمیق در داده‌ها، کدهای استخراج شده اولیه و نتایج نهایی مطالعه توسط دو نفر از اساتید دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران بررسی شد و بدین ترتیب، اعتبار و دقت مطالعه افزایش یافت (صلصالی و همکاران، ۱۳۸۶). در این مطالعه، از شرکت‌کنندگان متنوعی استفاده شد، زیرا تنوع در انتخاب مشارکت‌کنندگان سبب افزایش اعتبار و تاییدپذیری بیشتر داده‌ها می‌شود. به همین منظور، در این مطالعه از افرادی از هر دو جنس، سنین مختلف و جایگاه‌های مختلف دانشگاهی و غیردانشگاهی استفاده شد.

مرحله تحلیل نهایی. در این مرحله، تعاریف و مفاهیم حاصل از دو مرحله قبلی در هم ادغام شدند و تعریفی جامع و کامل که در برگیرنده همه خصوصیات حاصل از مراحل قبل بود، ارائه گردید. مرحله تحلیلی شامل دو نوع تحلیل ادراکی و ارتباطی (معنایی) است. در تحلیل ادراکی، مفهوم مورد بررسی و تعداد دفعات تکرار آن مفهوم در متن ثبت می‌شود. به عبارتی، وقوع، حضور، تکرار و تناوب مفاهیم مطرح است که با کلمات و عبارات در یک متن نمایش داده می‌شود. در تحلیل ادراکی، محقق فقط به کمیت مفاهیم می‌پردازد و به چگونگی ارتباط بین آنها توجه ندارد. تحلیل ارتباطی یا معنایی همانند تحلیل ادراکی با شناسایی مفاهیم موجود در یک متن و یا مجموعه‌ای از متون موجود آغاز می‌شود. مطالعه ممکن است با یک یا چندین مفهوم انجام شود. تحلیل ارتباطی در جستجوی آن است که علاوه بر توجه به حضور مفهوم، ارتباط بین مفاهیم شناسایی شده را نیز کشف نماید. این نوع تحلیل در جستجوی معانی و ارتباطات بین مفاهیم است. مفاهیم به تنهایی معنی ذاتی ندارند و معنی یک مفهوم محصول ارتباطات بین مفاهیم در متن است (حاجی‌اسماعیلی و همکاران، ۱۳۹۳).

یافته‌ها

مرحله نظری. نتایج مربوط به جستجوی پایگاه‌های داده در مرحله نظری در جدول شماره ۱ خلاصه شده است.

جدول شماره ۱: نتایج بررسی مطالعات صورت گرفته در ارتباط با مفهوم درک خطر بیماری قلبی

عنوان مقاله	نتایج
Risk perception and its association with cardiac risk and health behaviors among urban minority adults: The Bronx coronary risk perception study	توانایی آگاهی از تهدیداتی که باعث ایجاد بیماری می‌شود و فرد با استفاده از آن به دنبال عادات بهداشتی سالم است و راه‌های پیشگیری از خطر را جستجو می‌کند (برنات و همکاران، ۲۰۰۹).
Heart disease risk perception in college men and women	برداشت افراد از سلامت عمومی خود و عوامل خطری که سلامت قلبی آنها را تهدید می‌کند (گرین و همکاران، ۲۰۱۰).
Perception of cardiovascular risk and comparison with actual cardiovascular risk	باورهایی که به انگیزش افراد برای ارتقای سطح زندگی و تغییر رفتار کمک می‌کند (آلوانا و همکاران، ۲۰۰۹).
Measuring patients' preferences for treatment and perceptions of risk	درک افراد از تهدیدات سلامتی که بر مبنای دانش فرد است و در موقعیت‌های متفاوت و با کسب دانش بیشتر تغییر می‌کند و تاثیر زیادی از باور بیمار از آسیب وارده از خطر می‌پذیرد (بولینگ و ابراهیم، ۲۰۰۱).
Perceptions of risk: understanding cardiovascular disease	برداشت‌های افراد از خطر که بر رفتارهای تصمیم‌گیری آنها موثر است. در افراد مختلف، با هم متفاوت است. فرد را به سمت انتخاب نوع درمان یا پیشگیری سوق می‌دهد (وبستر و هیلی، ۲۰۱۰).
Perceptions of coronary heart disease risk in African American women with type 2 diabetes	نوعی آگاهی که به فرد انگیزه می‌دهد به دنبال روش‌های خودمدیریتی جهت کنترل علائم ایجادکننده خطر باشد (مک‌نیز و اسکلی، ۲۰۱۰).
From a static to a dynamic concept of risk: the Orcadian epidemiology of cardiovascular events	فرآیند آگاهی از عوامل پیرامون که در افراد متفاوت با توجه به تجربیات، دانش و آموخته‌های قبلی متفاوت است و منجر به پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری افراد در برابر عوامل تهدیدکننده بیرونی و درونی جهت مقابله با بیماری قلبی می‌شود (پورتالویی و همکاران، ۱۹۹۹).
Risk perception and affect	احساسات و پردازش و تحلیل افراد از عوامل ایجادکننده خطر که بر مبنای دانش آموخته شده قبلی، تعمق و شهود صورت می‌پذیرد (سولویک و پیترز، ۲۰۰۶).
Perception of risk of coronary heart disease among Jordanians	درک از خطر به چگونگی دیدگاه افراد به خطر بستگی دارد که تحت تاثیر عواملی مثل ارزش‌ها، باورها و نگرش‌ها قرار می‌گیرد و تاثیر مهمی بر اداره رفتارهای تطابقی فرد در کاهش خطر و خودکارآمدی افراد دارد (اموری و همکاران، ۲۰۰۹).
Cardiovascular risk-factor knowledge and risk perception among HIV-infected adults	درک از خطر مجموعه‌ای از دانش و آگاهی و باورها است که منجر به تطابق با یادگیری رفتارهای جدید برای پیشگیری از ابتلا به بیماری و خودمدیریتی می‌شود (کوئی و همکاران، ۲۰۱۴).
Risk assessment and perception	درک از خطر یک واژه اختصاصی در افراد است و به میزان زیادی تحت تاثیر پارامترهای اجتماعی و فرهنگی مثل سطح سواد، تجربیات، عادات و آگاهی سیاسی افراد قرار می‌گیرد (میشالسن، ۲۰۰۳).
A domain-specific risk-attitude scale: measuring risk perceptions and risk behaviors	درک افراد از خطر می‌تواند به دو صورت مثبت و منفی در تصمیم‌گیری افراد تاثیر بگذارد. فرد با آگاهی و درک خطر، شرایط موجود (سود و زیان) را می‌سنجد و به دنبال بهترین انتخاب است تا خطر را به حداقل کاهش دهد (وبر و همکاران، ۲۰۰۲).

یافته‌های مرحله نظری. واژه perception که در لغت به معنای درک، قوه ادراک یا دریافت، احساس، مشاهده و وصول آمده است (حییم، ۱۳۸۵). فرآیند ذهنی یا روانی است که گزینش و سازمان‌دهی اطلاعات حسی و نهایتاً معنی‌بخشی به آنها را به گونه‌ای فعال به‌عهده می‌گیرد. به عبارت دیگر، پدیده درک یا همان ادراک را باید فرآیندی دانست که در طی آن، تجارب حسی، معنادار می‌شوند و از این طریق، انسان، روابط امور و معانی اشیا را درمی‌یابد (یاوری و خدپناهی، ۱۳۸۲).

احساسات و غرایز افراد بر درک تاثیرگذار است و افراد از طریق مشاهده، تحلیل موقعیت و مشورت علمی به این درک می‌رسند (اسلوویک و پیترز، ۲۰۰۲). خطر یا risk در سیستم سلامت، هر نوع رویدادی است که از نظر عاطفی، پزشکی، زیست محیطی، قانونی و یا اقتصادی، پیامد نامطلوبی برای فرد داشته باشد. درک خطر به این تعریف برمی‌گردد که افراد چگونه جهان را می‌بینند و ریشه در باورها، نگرش‌ها، ارزش‌ها، حساسیت فرهنگی و ویژگی‌های شخصیتی مثل خودباوری و خودپنداره فرد دارد (آنتونوسکی، ۱۹۸۷). درک از خطر یک واژه ذهنی است و به احتمال وقوع یک حادثه یا اتفاق اشاره می‌کند که در پیوستاری از بدون خطر تا خطر بسیار بالا قرار می‌گیرد (کندرا و جورج، ۲۰۰۱).

با مروری بر ادبیات کلیه مقالات مربوطه به نظر می‌رسد در انتخاب تعریف عملیاتی درک خطر قلبی نمی‌توان تنها یکی از این تعاریف را کامل دانست. به همین جهت، با در نظر گرفتن همه تعاریف، تلاش گردید تعریفی جامع ارائه گردد که عبارت است از: "درک از خطر قلبی، احساسات، آگاهی و پردازش افراد از خطرات تهدیدکننده سلامت قلب است که تحت تاثیر عواملی مثل باورها، ارزش‌ها، فرهنگ و نگرش افراد قرار می‌گیرد و تاثیر مهمی بر رفتارهای تطابقی افراد و خودمدیریتی جهت کارآمدی در اداره عوامل خطرزای قلبی دارد."

مرحله تحقیق در عرصه. در این مرحله با استفاده از روش تحلیل محتوای قراردادی، متن مصاحبه ۱۸ شرکت‌کننده پیاده و تحلیل شد. در مجموع، ۱۰۰۴ کد اولیه استخراج شد که با فرآیند کاهشی طبقه‌بندی، درون‌مایه‌های کلی درک خطر به صورت "انگیزه‌ای برای جستجوی اطلاعات بیشتر"، "راهنمایی جهت ارتقای سلامتی" و "هشدار برای اجتناب از خطر" آشکار شد.

انگیزشی برای جست و جوی اطلاعات بیشتر. انسان در هر موقعیتی تلاش می‌کند با فراگیری دانش و مهارت‌های خاص توانایی خود را برای سازش با موقعیت جدید افزایش دهد. درک خطر موجود، از مواقعی است که نیاز به کمک و آموزش افزایش می‌یابد. وجود عواملی همچون آمادگی‌های قلبی، هوش و انگیزه، در ظرفیت یادگیری تاثیر زیادی دارد. ولی در این میان، وجود انگیزه برای یادگیری و جستجوی اطلاعات جدید در مورد خطرات تهدیدکننده قلب، نقش بسیار مهمتری ایفا می‌کند که می‌تواند معلول عوامل درونی دیگر باشد. هر اندازه فرد آگاهی بیشتری داشته باشد، به همان اندازه خواهان و پذیرای تغییر و تحول و عقاید جدید خواهد بود. گاهی این انگیزه، مشاهده بیماری قلبی در دیگران، آشنایان و خویشاوندان است که افراد را به سمت شناخت و به دنبال آن اجتناب از عوامل خطر سوق می‌دهد. گاهی نیز این درک پس از ابتلای خود فرد به بیماری شکل می‌گیرد. خانمی شاغل در بخش سرطان می‌گوید: "این درک زمانی پیش میاد که علائم ایجاد میشن، تا قبلش ممکنه حساسیتی روی عوامل خطر نداشته باشیم چون مطمئن هستیم که سالمیم. وقتی که مثلاً با دود سیگار، استرس یا رژیم پرچرب، درد قفسه سینه رو هم حس می‌کنی؛ مفهوم درک خطر رو هم بهتر متوجه میشی و میری دنبال اینکه خوب، حالا باید چکار کنم." یکی از آقایان شرکت‌کننده و شاغل در بخش خدمات دانشکده پرستاری گفت: "چون اکثر بیماری‌های قلبی آهسته و بدون علامت شروع میشن، معمولاً اهمیتی به این عوامل خطر داده نمیشه و افراد درکی از این خطر ندارند تا وقتی که درد داشته باشند یا این درد رو در اثر عوامل خطر در اطرافیان یا خانواده دیده باشند. درک اینکه من هم در خطر هستم و ممکنه برای من هم پیش بیاد باعث میشه تا یاد بگیرم."

راهنمایی جهت ارتقای سلامتی. شکل‌گیری عادت‌ها از سنین پایین و تداوم و تاثیر آن بر شیوه زندگی در بزرگسالی، دلیل دیگری بر ضرورت شروع هرچه سریع‌تر شیوه زندگی در جهت پیشگیری از بیماری‌های سنین بزرگسالی است. بر اساس منشور اتاوا، ارتقای سلامت فرآیند قادرسازی افراد در افزایش کنترل و اصلاح و بهبود سلامتی آنها است؛ بر این اساس، ارتقای سلامت دربرگیرنده مفاهیم آموزش بهداشت، پیشگیری از بیماری‌ها و خدمات بازتوانی است (گرین و همکاران، ۱۹۹۶). داشتن درک خطر از بیماری‌های قلبی راهنمایی جهت شناخت عوامل خطر و تعدیل این عوامل در زندگی افراد از کودکی تا بزرگسالی است. آقای شاغل در کادر اداری بیمارستان بیان کرد: "خطر چیزی است که به صورت روزمره سلامت قلب رو تهدید می‌کنه، مثل دود، مثل آلاینده‌ها، رژیم غذایی غلط، استرس زیادی که روزانه تحمل می‌کنیم. وقتی این درک رو داشته باشیم که این عوامل می‌توانند سلامتی قلب رو

تهدید کنند، رویه‌ها رو کمی تغییر می‌دهیم تا این خطرها رو به حداقل برسونیم.“ مرد دیگری شاغل در بخش اورولوژی گفت: “وقتی بدونم که مثلا دود سیگار به ریسک فاکتوره برای قلبم، خوب بالطبع ازش فاصله می‌گیرم، وقتی بدونم رژیم غذایی پرچرب برای عروق قلبم خطرناست، نمی‌خورم. اینا یعنی آگاهی از مسائلی که ممکنه سلامتی قلب رو تهدید بکنه و باید حذف یا تعدیل بشن.“ خانم شاغل در قسمت مددکاری بیمارستان بیان کرد: “وقتی بدونی خطر تهدیدکننده سلامت قلب چیه؛ این فرصت رو داری که پیشگیری کنی و یا عوامل خطر تهدیدکننده رو به حداقل برسونی.“

هشدار/ جهت اجتناب از خطر. با توجه دقیق به علایم هشداردهنده، امکان شناسایی زود هنگام علایم در افراد مشکوک به بیماری قلبی فراهم می‌شود. با شروع زود هنگام درمان‌ها و تشخیص به موقع می‌توان خطر بروز عوارض و مرگ را کاهش داد. داشتن درک از خطر بیماری قلبی به مثابه زنگ خطری است که افراد را از اینکه در معرض خطر بیماری قلبی قرار گرفته‌اند یا قرار خواهند گرفت، باخبر می‌کند تا در جستجوی روش‌های پیشگیری و درمانی باشند. خانم شاغل در دفتر پرستاری بیمارستان توضیح داد: “من درک از خطر رو برابر با ترس نمی‌دونم، به نظر من برابر با احتیاطه. سلامتی همیشگی نیست، وقتی این باور در من شکل گرفته باشه که مثلا اگر شیوه زندگی اشتباهه و اگر اصلاح نشه باعث ایجاد بیماری و حتی ... میشه؛ یا اینکه تو خانواده‌ام مشکل قلبی هست و من هم در معرض خطر، از اول سبک زندگی رو بر مبنای احتیاط جلو می‌برم تا این خطر و این بیماری هیچوقت اتفاق نیفته.“ خانم عضو هیئت علمی در گروه مامایی دانشکده گفت: “با توجه به حجم اطلاع‌رسانی‌هایی که در محیط‌های آموزشی یا از طریق رسانه صورت می‌گیره، الان این درک از خطرات تهدیدکننده سلامتی؛ علی‌الخصوص در ارتباط با بیماری قلبی زیاد شده. درک از خطر یعنی آگاهی پیدا کردن از عواملی که می‌تونند سلامت قلب رو تهدید کنند و به دنبال این آگاهی، افراد دنبال پیدا کردن راه‌هایی برای تعدیل این خطرات هستند. در اصل، داشتن این درک، یک زنگ خطر و یک استرس سالمی هست که باعث میشه افراد به خودشون بیان و خطر رو بشناسند و از خطرات تا حد امکان فاصله بگیرند.

به طور کلی حاصل مرحله دوم تحقیق در عرصه تعریفی به این صورت بود: “درک از خطر قلبی نوعی آگاهی اکتسابی از عوامل خطر ایجادکننده بیماری قلبی است که عامل ایجاد انگیزش جهت یادگیری بیشتر جهت ارتقای سلامت قلب و اجتناب از عوامل تهدیدکننده قلب است که از کودکی تا بزرگسالی ادامه دارد.

یافته‌های مرحله تحلیلی. در این مرحله با استفاده از دیدگاه تحلیل ادراکی و ارتباطی، نتایج دو مرحله قبلی بر اساس آنچه در قسمت روش کار در این خصوص توضیح داده شد با یکدیگر مقایسه و ادغام شد که سبب رسیدن به تعریف جامع و کامل‌تری نسبت به دو مرحله قبلی شد: “درک خطر قلبی، نوعی آگاهی اکتسابی از خطرات تهدیدکننده سلامت قلب است که تحت تاثیر باورها، ارزش‌ها، فرهنگ و نگرش افراد است و باعث ایجاد انگیزش جهت یادگیری و تغییر رفتارهای خودمراقبتی جهت کارآمدی در ارتقای سلامت قلب و اجتناب از عوامل خطر می‌شود.“

بحث

در این مطالعه بر اساس روش تحلیل مفهوم هیبرید طی سه مرحله نظری، تحلیل در عرصه و تحلیلی به تعریف جامعی در مورد درک خطر قلبی رسیدیم. در این تعریف موارد جدیدی نسبت به تعاریف قبلی بیان شد. چارچوب و بدنه اصلی تعریف حاصل شده بر مبنای مصاحبه با کارکنان بخش سلامت و مرور مقالات مرتبط با درک خطر قلبی شکل گرفت. در این زمینه، افراد با داشتن درک از خطر، به درک از فواید حاصل از درک خطر می‌رسند و رفتاری را انتخاب می‌کنند که بیشترین سود و منفعت را داشته باشد. فواید درک شده به باورهای فرد منطبق با سودمندی رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در پیشگیری از تهدید سلامتی یا بیماری اطلاق می‌گردد. بر اساس تعریف، فرد رفتاری را انتخاب می‌کند که بیشترین سود را در برداشته باشد و در جامعه قابل دسترسی باشد. همچنین، گاهی موانعی بر سر این تغییر رفتار دیده می‌شود. موانع درک شده، ادراکات فرد از ابعاد بالقوه منفی انجام یک رفتار مانند هزینه، خطر، خشنودی، در دسترس نبودن و زمان می‌باشد که به صورت یک مانع برای انجام رفتار عمل می‌کند (پندر و همکاران، ۲۰۱۰؛ تول و همکاران، ۲۰۱۲). در هر دو مرحله (نظری و کار در عرصه) خصوصیات مفهوم درک خطر بیماری قلبی، بارها و بارها تکرار شد که بسیاری از این خصوصیات با یکدیگر همخوانی داشتند. اگرچه مفهوم درک خطر بیماری قلبی یک مفهوم پیچیده، انتزاعی و چند بعدی است، اما بررسی خصوصیات این مفهوم نشان می‌دهد که در اکثر مطالعات و همچنین بررسی یافته‌های مصاحبه،

برخی خصوصیات مربوط به جوهره این پدیده است و وقتی این ویژگی‌ها وجود دارند، درک خطر از بیماری قلبی رخ می‌دهد. شاید بتوان گفت مهمترین خصوصیتی که در درک این خطر وجود دارد؛ فرآیندی بودن و پویایی نهفته در آن است. یعنی مراحل پی در پی که فرد باید از آنها عبور کند تا به رفتارهای ارتقای سلامت دست یابد. در مطالعه‌ای که در انگلستان انجام شد نیز دیده شد که آگاهی از عوامل خطر بیماری‌های قلبی به عنوان یک عامل پیشگویی کننده رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت به شمار می‌آید. به طوری که آگاهی ناکافی از عوامل خطر بیماری‌های قلبی-عروقی منجر به عملکرد ضعیف رفتارهای ارتقاءدهنده سطح سلامت می‌گردد (موسکا و همکاران، ۲۰۰۵). صرف نظر از تفاوت‌های دموگرافیک، تاکید همگانی در سراسر جهان بر فعالیت‌های مربوط به ارتقای سلامتی است. افراد به دو دلیل تشویق می‌شوند تا این رفتارها را دنبال کنند: (۱) کاهش سال‌های بالقوه عمر که به دلیل مرگ زودرس از بین می‌رود، (۲) ارتقای هرچه بهتر کیفیت زندگی باقیمانده (رسنیک، ۲۰۰۳). درمان بیماری‌های مزمن به میزان زیادی بستگی به رفتار خودمراقبتی خود افراد دارد (آقا مولائی و همکاران، ۱۳۸۴). خودکارآمدی پیش نیاز مهمی برای تغییر رفتار است. یک فرد با خودکارآمدی پایین کمتر احتمال دارد در انجام رفتار جدید بهداشتی یا تغییر در رفتاری که برایش عادت شده است تلاش کند (وهبا و چانگ، ۲۰۰۷).

طبق تعریف به دست آمده در مطالعه حاضر، درک خطر از بیماری قلبی، خودکارآمدی و متعاقب آن، ارتقای سلامت قلب را در پی خواهد داشت. ارتقای سلامت فرآیند توانمندسازی افراد جهت پیشگیری و بهبود سلامت آنها است (ادلان و مندل، ۲۰۰۶) و از نظر سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۲)، ارتقای سلامت به معنی فرآیند توانمندسازی مردم برای بهبود و افزایش تسلط بر سلامت خود است. سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت شامل انجام رفتارهایی است که منجر به توانمندساختن افراد برای افزایش کنترل آنها بر سلامت خود و در نهایت بهبود سلامت خود و جامعه خواهد شد (بحیرائی و میرغفوروند، ۱۳۹۰) و از این رو، رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت یک اولویت بین‌المللی است و چالش اصلی ارائه‌دهندگان مراقبت بهداشتی در طی چند دهه اخیر محسوب می‌شود (میرز، ۲۰۱۰). برنامه‌های ارتقای سلامت بر رفتارهای بهبودبخش قلبی مانند ورزش مرتب، خوردن غذاهای مغذی، فائق آمدن بر تنش، پرهیز از دخانیات و الکل و مواد مخدر، ایجاد روابط ارضاءکننده با دوستان، زندگی در منطقه‌ای با هوای پاک و داشتن هدف در زندگی تاکید دارد (هلز و میرزائی، ۲۰۰۷). به عبارت دیگر، رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت قلبی به علت داشتن توانایی بالقوه برای پیشگیری از ایجاد و پیشرفت بیماری مزمن، کاهش بیماری‌زایی، بهبود کیفیت زندگی و کاهش بار مراقبت بهداشتی در جامعه از اهمیت خاصی برخوردار هستند (مو و وینیه، ۲۰۱۰). اگرچه اغلب مردم از تاثیرات محافظت‌کننده رفتارهای ارتقاءبخش سلامتی در برابر بیماری‌های مزمن آگاهی دارند، اما تعدادی از آنها هنوز از به‌کارگیری این رفتارها امتناع می‌ورزند و تعدادی نیز علی‌رغم برخورداری از سلامت کامل، نگرانی گسترده‌ای را در خصوص وضعیت سلامتی خود تجربه کرده و به صورت افراطی درگیر رفتارهای ارتقاءبخش سلامتی می‌گردند (لمال و ون دن بلاک، ۲۰۱۰). با توجه به نتایج تحقیق در مرحله کار در عرصه، درک خطر، انگیزه‌ای برای تغییر رفتار معرفی شده است. انگیزه نقش بسیار مهمی را در جهت توضیح علت رفتار، پیش‌بینی اثرات کارها و هدایت رفتار در جهت دستیابی به هدف ایفا می‌کند، به یادگیرنده انرژی می‌دهد، فعالیت‌های او را هدایت می‌کند و سبب پرورش رفتار می‌شود (کاسگرکلو و همکاران، ۲۰۰۹). دترت و همکاران (۲۰۰۰) در تحقیقی بیان کردند بین انگیزه و آمادگی به تغییر رابطه معناداری وجود دارد.

دیدگاه تقویت اجتماعی چارچوب خطر، تحقیقاتی در زمینه‌های روان‌شناسی، جامعه‌شناسی، انسان‌شناسی و ارتباطات را ترکیب می‌کند و ابعاد مرتبط با خطر را از مصدر خطر تا ادراک آن بررسی می‌کند و می‌کوشد تا این فرآیندها را با تقویت خطر نشان دهد. این دیدگاه بیان می‌کند که رخدادهای پرخطر با عوامل روان‌شناختی، اجتماعی و دیگر عوامل فرهنگی فردی تعامل دارند (گودرزی و شیرازی، ۱۳۸۴). برای مثال، گاهی در سنین پایین، انگیزش برای یادگیری عوامل خطر و به تبع آن شکل‌گیری درک صحیح صورت نمی‌گیرد. دونوان و هنلی (۲۰۰۳) بیان کرده‌اند جوانان فکر می‌کنند که بیماری و مرگ به سراغ آنها نخواهد آمد، مگر اینکه با حادثه‌ای روبرو شوند که مرگ را به آنها یادآوری کند. زمانی که مرگ به آنها یادآوری شد آن‌گاه به پیام‌های مرتبط با سلامتی توجه می‌کنند و بیشتر درگیر رفتارهای ارتقاءبخش سلامتی می‌شوند. بنابراین، یادآوری مرگ، زمینه‌ساز هدایت جوانان به سمت رفتارهای ارتقاءبخش سلامتی می‌گردد. بر طبق یافته‌ها داشتن درک از خطر قلبی باعث جستجوی اطلاعاتی جهت پیشگیری از ایجاد خطر می‌شود. مطالعه‌های اخیر نشان داده‌اند که پیشگیری اولیه برای کاهش مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی-عروقی چهار برابر موثرتر از اقدامات پیشگیری ثانویه است و آگاهی درباره عوامل خطر می‌تواند دیدگاهی مناسب برای پیشگیری اولیه فراهم آورد (ادموند و همکاران، ۲۰۰۷).

نمونه‌های شرکت کننده در مطالعه حاضر کارکنان سلامت بودند. قسمت زیادی از یادگیری و کسب اطلاعات توسط این کارکنان در داخل سازمان رخ می‌دهد. داشتن فرهنگ یادگیری در سازمان در شکل‌گیری درک اکتسابی افراد تاثیر مهمی دارد. برای فهم بهتر اینکه فرهنگ یادگیری سازمان چگونه بر آمادگی فرد برای تغییر سازمانی تاثیر می‌گذارد، باید تاکید شود که برای ایجاد فرهنگ یادگیری بین کارکنان، علاوه برداشتن انگیزه برای یادگیری و ویژگی‌های جمعیتی مربوط به سن، سطح آموزش نیز بر درک کارکنان از فرهنگ یادگیری سازمانی تاثیر می‌گذارد (وانگ و همکاران، ۲۰۰۷). برای رسیدن به یادگیری، کارکنان باید دارای نوعی فرهنگ یادگیری باشند تا از طریق آن، فرآیند یادگیری با سهولت بیشتری انجام گیرد (حقیقی کفاش و غریبی، ۱۳۹۳).

هدف از مطالعه حاضر کسب درکی روشن از مفهوم درک خطر بیماری قلبی در کارکنان سلامت بود. تحلیل مفهوم درک خطر بیماری قلبی نشان داد که این مفهوم، چندبعدی و پیچیده است و مجموعه‌ای از رفتارها و ویژگی‌ها را در بر می‌گیرد. بر اساس این مطالعه می‌توان تعریفی نظری برای مفهوم درک خطر قلبی ارائه کرد، به این صورت که درک خطر به عنوان نوعی آگاهی تکاملی است و در طی زمان با تعامل افراد با جامعه، ارزش‌های اجتماعی و بافت فرهنگی خاص فرد کسب می‌شود. در این تعریف، به دو عامل مهم شخص و محیط که از مفاهیم محوری در پرستاری هستند اشاره شده است. نتایج این مطالعه نشان داد که مفهوم مشخص شده می‌تواند به کارکنان سلامت، ارائه‌دهندگان خدمت و سیاستگذاران سلامت، و مدرسین بهداشت و سلامت بینش وسیعی در مورد تسهیل اجرای رفتارهای انگیزشی جهت خودکارآمدی در ارتقای سلامت قلب بدهد. همچنین، نتایج مطالعه حاضر می‌تواند به عنوان ابزاری برای بررسی، پژوهش و گسترش بدنه دانش موجود در این حرفه به کار رود.

نتیجه‌گیری

کارکنان سلامت با توجه به اینکه در خط مقدم ارائه خدمات بهداشتی قرار دارند ابتدا باید عوامل خطر ساز بیماری را در خود تعدیل نمایند و سپس در ترویج ازجیت پیشگیری بر درمان بکوشند. کادر سلامت نه تنها در قبال جمعیت تحت پوشش، بلکه در قبال خویش نیز مسئول هستند. بدیهی است رعایت نکردن موارد خطرزای بیماری قلبی از طرف کارکنان سلامت موجب کاهش تاثیرپذیری مثبت جامعه از آموزش‌ها و تبلیغات می‌گردد. این مطالعه به کسب درکی روشن از مفهوم درک خطر قلبی از طریق تعریف مفهوم و خصوصیات آن بر اساس داده‌های موجود در متون و مهم‌تر از آن، داده‌های برخاسته از بیانات مشارکت‌کنندگان در یک محیط واقعی کمک می‌کند. بدیهی است واضح‌سازی مفهوم در استفاده صحیح از آن توسط افراد ذینفع از جمله مدرسین و محققین، همچنین توسعه نظریه‌ها و ابزارهای اندازه‌گیری موثر و مفید خواهد بود. یکی از محدودیت‌های این مطالعه آن است که فقط به بررسی دیدگاه‌ها و تجربیات کارکنان سلامت پرداخته شده است، بنابراین، پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی، نظرات و تجربیات سایر گروه‌های ارائه‌دهنده خدمات در سطح جامعه مورد بررسی قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

مقاله حاضر حاصل طرح تحقیقاتی شماره ۹۶۰۲۲۸۳۵۳۷۹ معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد. تیم پژوهش بر خود واجب می‌دانند از کلیه مسئولان دانشگاه، بیمارستان و کارکنان دانشگاه و بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران کمال تشکر و قدردانی را داشته باشند.

منابع فارسی

- آقامولائی ت، افتخار ه، محمد ک. (۱۳۸۴). کاربرد مدل اعتقاد سلامتی در تغییر رفتار بیماران مبتلا به دیابت. دوره ۴، ۹-۲۶۳.
- بحیرائی آ، میرغفوروند م. (۱۳۹۰). ارتقاء سلامتی از مفهوم تا عمل. تهران: انتشارات نوردانش.
- حیم س. (۱۳۸۵). فرهنگ انگلیسی-فارسی. تهران.
- حاجی اسماعیلی م و همکاران. (۱۳۹۳). تبیین مفهوم سلامتی معنوی، مجله تاریخ پزشکی دروه ۶ شماره ۲۱، ۴۹-۱۵.
- حقیقی کفاش م، غریبی ه. (۱۳۹۳). ارتباط بین فرهنگ یادگیری سازمانی و رضایت مشتری با توجه به نقش میانجی گری رضایت شغلی. مدیریت فردا شماره ۱۳، ۵۴-۴۱.

گودرزی م ع، شیرازی م. (۱۳۸۴). بررسی رابطه بین تحریک جویی و رفتار رانندگی بر خطر. مجله روانشناسی دوره ۹ شماره ۱. ۵۰-۳۴.
 رفیعی ف، سجادی هزاوه م، سیدفاطمی ن، رضائی م. (۱۳۹۳). تحلیل مفهوم حمایت اجتماعی از دانش آموختگان جدید پرستاری در محیط کار: روش هیبرید. نشریه پرستاری ایران دوره ۲۶ شماره ۸۶، ۸۹-۷۱.
 رفیعی ف، سجادی هزاوه م، سیدفاطمی ن. (۱۳۹۳). تحلیل مفهوم گذار از دوره دانشجویی به زندگی کاری: مدل هیبرید. مجله دانشکده پرستاری و مامائی تهران (حیات) دوره ۲۰ شماره ۱، ۷۳-۵۹.
 صلصالی م، محمدپور آ، موحدی آف. (۱۳۸۶). اصول و روش های توسعه مفهوم، تهران: انتشارات بشری.
 یاورانی م، خداپناه م. (۱۳۸۱). روانشناسی درک و احساس، تهران: انتشارات سمت.

منابع انگلیسی

- Alwana H , Williamb J, Viswanathanb B, Paccouda F, Boveta P. Perception of cardiovascular risk and comparison with actual cardiovascular risk. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* . 2009; 16: 556-561.
- Ammouri A, A Neuberger G, Mrayyan M. T, Hamaideh S. H. Perception of risk of coronary heart disease among Jordanians. *Journal of Clinical Nursing*. 2009; 20: 197-203.
- Anthony S, Jack S. Qualitative case study methodology in nursing research an integrative review. *J Adv Nurs*. 2009; 65: 1171-81.
- Anthony S, Jack S. Qualitative case study methodology in nursing research an integrative review. *J Adv Nurs*. 2009; 65: 1171-81.
- Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*, Jossey-Bass, San Francisco .1987.
- Barnhart J. M, Wright N. D, Freeman K, Silagy F, Correa N, Walker E. A. Risk Perception and Its Association with Cardiac Risk and Health Behaviors Among Urban Minority Adults: The Bronx Coronary Risk Perception Study. *American Journal of Health Promotion*. 2009; 23: 339-343.
- Brottons, C., Bjorkelund, C., Bulc, M ,.Ciurana, R., Godycki-Cwirko, M. & Jurgova, E. Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Prev Med* , ۲۰۰۵ ; ۴۰ : ۵۹۵-۶۰۱.
- Bowling A, Ebrahim S .Measuring patients' preferences for treatment and perceptions of risk. *Quality in Health Care*. 2001; 10: 2-8.
- Cioe P, A Crawford S. L, Stein M. D. Cardiovascular Risk-Factor Knowledge and Risk Perception Among HIV-Infected Adults. *JOURNAL OF THE ASSOCIATION OF NURSES IN AIDS CARE*. 2014; 25: 60-69.
- Corbin J, Strauss A. *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks, Calif. Sage Publications .2008.
- Crouch R. Perception, knowledge & awareness of coronary heart disease among rural Australian women 25 to 65 years of age: a descriptive study. Knowledge; a comparison of hispanic and white college students in a hispanic-serving institution. *JHHE*. 2007; 6: 5-18.
- Detert J. R , Schroeder R. G, Maurie J. J. A framework for linking culture and improvement initiatives in organizations. *Academy of Management Review*. 2000; 25: 850-863.
- Edelman C, Mandel C. *Health Promotion throughout the Life, USA*, Mosby, Span .2006.
- Edmond K , Kabagambe E , Baylin A, Hannia C. Nonfatal Acute Myocardial Infarction in Costa Rica: Modifiable Risk Factors, Population-Attributable Risks, and Adherence to Dietary Guidelines. *Circulation*. 2007: 115.
- Erhardt L, Hobbs F. Public perceptions of cardiovascular risk in five European countries: the react survey. *International Journal of Clinical Practice*. 2002; 569: 638-644.
- Go A , Mozaffarian D, Roger V, Benjamin E , Berry J, Blaha M. Executive summary: Heart disease and stroke statistics--2014 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*. 2014;129: 399-410.
- Graneheim U, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*; 2004 ; 24: 105-12.
- Green J. S , Grant M , Hill K. L , Brizzolara J, Belmont B. Heart Disease Risk Perception in College Men and Women .*Journal of American College Health*. 2010; 51: 207-211.
- Green L , Richard L, Potvin L. Ecological foundations of health promotion. *American Journal of Health Promotion*. 1996; 10: 270-281.
- Hatmi Z , Tahvildari S , Motlag A, Kashani A. Prevalence of coronary artery disease risk factors in Iran: a population based survey. *BMC Cardiovasc Disord*. 2007; 7.
- Heidenreich P, Trogon J, Khavjou O, Butler J, Dracup K, Ezekowitz M. Forecasting the future of cardiovascular disease in the United States: A policy statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2011; 123: 933-44.

- Heles D, Mirzaei E. Healthy Living Guidelines. Translated by Ahmadi SA, Azeri S, and Eftekhari Ardebili H, Tehran: Iranian Publishers Co. ۲۰۰۷.
- Henley N, Donovan R. Young people's response to death threat appeals: Do they really feel immortal? *Health Educ Res.* 2003; 18: 1-14.
- Homko C, Santamore W, Zamora L, Shirk G, Gaughan J, Cross R. Cardiovascular disease knowledge and risk perception among underserved individuals at increased risk of cardiovascular disease. *J Cardiovasc Nurs.* 2008; 23: 332-7.
- Kendra M, George V. Defining risk in home visiting. *Public Health Nursing.* 2001; 18: 128-137.
- Kosgeroglu N, Acat M, Ayranci U, Ozabaci N, Erkal S. An investigation on nursing, midwifery and health care students' learning motivation in Turkey. 2009; *Nurse Educ Pract:* 9,9-331
- Lee, H. Barriers and facilitators to engaging in health promoting behaviors among nurses in an urban setting: A mixed method study. Baltimore Johns Hopkins University. ۲۰۱۳.
- Lemal M, Van-Den-Bluck J. Testing the effectiveness of a skin cancer narrative in promoting positive health behavior: A pilot study. *J Prevent Med.* 2010; 19: 225-36.
- Liang S, Chuang Y, Wu S. Preliminary application of content analysis to qualitative nursing data. *Hu Li Za Zhi.* 2012; 59: 84-90.
- Mckenzie C, Skelly A. H. Perceptions of Coronary Heart Disease Risk in African American Women With Type 2 Diabetes. *The Diabetes EDUCATOR.* 2010; 36: 766-773.
- Michalsen A. 2003. Risk assessment and perception. *Injury Control and Safety Promotion,* 10, 204-201
- Mo P, Winnie W. The influence of health promoting practices on the quality of life of community adults in Hong Kong. *Social Indicators Research.* 2010; 95: 503-17.
- Mosca L, Linfante A, Benjamin E, Berra K, Hayes S, Walsh B. National study of physician awareness and adherence to cardiovascular disease prevention guidelines. *Circulation.* 2005; 111: 499-510.
- Myers R. Promoting healthy behaviors: How do we get the message across? *Nursing Studies.* 2010; 47: 500-12.
- Nejat, K. & Abedi, H. Evaluation of health promotion activities in nurses. *Appl Sci.* 2015; 4, 20-715
- Pender N, Murdaugh C, Parsons M. Health promotion in nursing practice. 6th ed. USA: Upper Saddle River, NJ. Prentice Hall. 2010; 15-20.
- Portaluppi F, Manfredini R, Fersini C. From a Static to a Dynamic Concept of Risk: the Orcadian Epidemiology of Cardiovascular Events. *Chronobiology International.* 1999; 16: 33-49.
- Posey A. D. Symptom Perception: A Concept Exploration. *Nursing Forum.* ۲۰۰۶; ۴۱: ۱۱۳-۱۲۴
- Raymond J, Couch S. Medical nutrition therapy for cardiovascular disease. In: Mahan LK, Escott- Stump S, Raymond J. editors. *Krause's food and the nutrition care process.*, Elsevier. ۲۰۱۲.
- Resnick B. Health promotion practices of older adults: testing an individualized approach. *J Clin Nurs.* 2003; 12: 45-55.
- Slovic P, Peters E. Risk Perception and Affect. *CURRENT DIRECTIONS IN PSYCHOLOGICAL SCIENCE.* 2006; 15: 322-325.
- Tol A, Shahmirzadi S. E, Shojaeizadeh D, Eshraghian R, Mohebbi B. Determination Of Perceived Barriers And Benefits Of Adopting Health-Promoting Behaviors In Cardiovascular Diseases Prevention: Application Of Preventative Behavior Model. *Payavard Salamat.* 2012; 6: 204-214.
- Wahba H, Chang Y. Factors associated with glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus in rural areas of the United States. *J Insulin.* 2007; 2; 134-4.
- Walker L, Avant K. Strategies for theory construction in nursing, Upper Saddle River, NJ: Prentice Hal . ۲۰۰۵
- Wang X, Yang B, Mclean G. N. Influence of demographic factors and ownership type upon organizational learning culture in Chinese enterprises. *International Journal of Training and Development.* 2007; 11: 154-165.
- Weber E. U, Blais A.R. E, Betz N. E. 2002. A Domain-specific Risk-attitude Scale: Measuring Risk Perceptions and Risk Behaviors. *Journal of Behavioral Decision Making.* 2002; 15: 290-263
- Webster R, Heeley E. Perceptions of risk: understanding cardiovascular disease. *Risk Management and Healthcare Policy.* 2010; 3: 49-60.
- Who. Available: [http://www.who.int/topics/health promotion/ en/](http://www.who.int/topics/health%20promotion/en/) 2015
- Who Cardiovascular diseases (CVDs), editor. WHO Fact Sheet No. 317. Geneva: WHO; 2011. p. 317 [cited 2011 November]; Available from: URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>.
- Winham D, Jones K. Knowledge of young African American adults about heart disease: a cross-sectional survey. *BMC Public Health.* 2011; 11: 248.

Philosophical Inquiry

Concept analysis of heart disease risk perception from health professionals perspective: Hybrid model**Masoumeh Zakerimoghadam¹, Ph.D****Neda Sanaie², Ph.D Candidate****Abbas Ebadi³, Ph.D*****Mahboubeh Shali⁴, Ph.D Candidate****Abstract**

Aim. The aim of this study was to analyze the concept of heart risk perception from healthcare staff perspective using hybrid method of concept analysis.

Background. In the discussion of behavior, awareness of risk factors for cardiovascular disease is very important in helping individuals to make informed decisions about continuing certain behaviors that increase the risk of the disease, but what matters more is the perception of a person at risk of a disease that affects his or her health functions.

Method. Hybrid model of concept analysis was used to clarify the meaning of perception of risk of heart disease. Three phases of a hybrid concept analysis include theoretical, fieldwork, and final analysis. In the theoretical phase, different databases including PubMed, CINAHL, Science Direct, Google Scholar, SID and Magiran were searched for related articles published from 1990 to 2018). The search keywords were perception of risk; heart disease in titles and abstracts of the papers. In the fieldwork phase, semi-structured in-depth interviews were conducted with 18 nurses who were selected by purposive sampling. In next step, by combining the two previous stages the final analysis was performed.

Findings. The combination of theoretical and fieldwork findings resulted in definition of heart risk perception from healthcare staff perspective: "Understanding the risk of heart disease is a form of acquiring awareness of the risk of heart disease that is influenced by beliefs, values, culture and attitudes of individuals, and it stimulates learning and changing self-care behaviors for efficacy in promoting heart health and avoiding risk factors."

Conclusion. The results of this study will help to clarify the concept of perception of risk of heart disease among healthcare system staff. This clarification may lead to offering comprehensive view and better understanding for use in the research and practice.

Keywords: Concept analysis, Perceived Risk, Heart disease, Hybrid model

1 Assistant Professor, Department of Critical Care Nursing and Management, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2 Ph.D Candidate, Department of Critical Care Nursing and Management, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3 Professor, Behavioral Sciences Research Center, Life Style Institute, Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4 Ph.D Candidate, Department of Critical Care Nursing and Management, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (* Corresponding Author) email: m.shali@zums.ac.ir