نشریه پرستاری قلب و عروق، دوره چهارم، شماره ۱، بهار ۱۳۹٤
Cardiovascular Nursing Journal, 4(1), Spring 2015

مقاله پژوهشی اصیل

# تاثیر آموزش مبتنی بر باور از بیماری بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران با نارسایی قلبی

**معصومه ذاکری مقدم[۱]، دکترای پرستاری**
**علی صادقی اکبری[۲]، کارشناس ارشد پرستاری مراقبت های ویژه**
**محمدعلی چراغی[۳]، دکترای پرستاری**
**انوشیروان کاظم نژاد[۴]، دکترای آمار**

خلاصه

**هدف**. مطالعه حاضر با هدف بررسی تاثیر آموزش مبتنی بر درک از بیماری بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران با نارسایی قلبی انجام شد.

**زمینه**. نارسایی قلبی به عنوان پیامد نهایی بیشتر اختلالات قلبی محسوب می شود که به عنوان یک وضعیت مزمن کیفیت زندگی بیماران را کاهش می دهد و با مشکلاتی در رفتار خودمراقبتی همراه است. یکی از روش های افزایش رفتارهای خودمراقبتی این بیماران اصلاح درک از بیماری است.

**روش کار**. این پژوهش یک مطالعه تجربی بود که در بیماران با نارسایی قلبی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۳ انجام شد. در این مطالعه، ۷۶ نمونه واجد شرایط به طور تصادفی در یکی از دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. گروه مداخله، آموزش مبتنی بر درک از بیماری را در سه جلسه حضوری و به مدت ۸ هفته به صورت تلفنی دریافت کردند. مراقبت در گروه کنترل مطابق با روتین بخش انجام شد. رفتارهای خودمراقبتی دو گروه، قبل و هشت هفته بعد از شروع مداخله مقایسه شدند. تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های تی مستقل و کای دو در نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام شد.

**یافته‌ها**. اختلاف معنی‌داری بین متغیر های دموگرافیک دو گروه مشاهده نشد. پس از مداخله، رفتارهای خودمراقبتی گروه مداخله نسبت به گروه کنترل به طور معنی داری افزایش یافت ($p<۰/۰۰۰۱$). در گروه آزمون، میانگین نمره رفتارهای خودمراقبتی قبل از مداخله (۳۵/۱۷ با انحراف معیار ۱۳/۹۴) با پس از مداخله (۱۸/۵۱ با انحراف معیار ۷/۱۵) دارای اختلاف معنی‌دار آماری بود ($p<۰/۰۰۰۱$).

**نتیجه‌گیری**. نتایج مطالعه نشان داد که آموزش مبتنی بر اصلاح درک از بیماری بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران با نارسایی قلبی تاثیر دارد. توصیه می‌شود آموزش مبتنی بر اصلاح درک از بیماری، به عنوان روشی موثر جهت ارتقاء رفتارهای خودمراقبتی این بیماران به کار برده شود.

**کلیدواژه ها:** درک از بیماری، نارسایی قلبی، رفتار خودمراقبتی

۱ استادیار، گروه پرستاری مراقبت های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲ کارشناس ارشد پرستاری مراقبت های ویژه، تهران، ایران (*نویسنده مسئول) پست الکترونیک: sadeghi.akbari@yahoo.com
۳ دانشیار، گروه پرستاری مراقبت های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۴ استاد، گروه آمار زیستی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

[ Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-21 ]

## مقدمه

نارسایی قلبی عامل درصد قابل توجهی از موارد مرگ و کوتاهی عمر است (هولست و همکاران، ۲۰۰۷). این بیماری به علت افزایش امید به زندگی و پیشرفت در درمان بیماری‌های قلبی در حال افزایش است (کلونا و همکاران، ۲۰۰۳)، و شیوع آن در جمعیت بزرگسال یک تا دو درصد؛ در افراد بالای ۶۵ سال، شش درصد؛ و در افراد بالای ۷۵ سال، ۱۰ درصد است (برهانی و همکاران، ۱۳۹۱). تغییر در سبک زندگی مردم حاکی از افزایش شیوع بیماری‌های قلبی در ایران است (برزین و همکاران، ۱۳۹۰).

بر اساس مطالعه در ۱۵ کشور جهان، مشخص گردید رفتارهای خودمراقبتی بیماران دچار نارسایی قلبی از کمتر از میزان مطلوب و مستلزم برنامه‌ای جهت بهبود است (جارسما و همکاران، ۲۰۱۳). با وجود تحقیقات متعدد در چهار دهه گذشته، مسئله تبعیت از رژیم درمانی همچنان به عنوان یک موضوع بدون راه حل مطرح است (جیارونگ و همکاران، ۲۰۰۸). مداخلات رایج در زمینه تبعیت از رژیم درمانی، میزان تبعیت بیماران را درحد موفقیت آمیزی افزایش نداده است (مک کارتی و همکاران، ۲۰۰۷). ذکر این نکته حائز اهمیت است که هرگونه پیشرفت در درمان بستگی به توانایی بیمار در مراقبت از خود و مدیریت پیامدهای درمان دارد (جارسما و همکاران، ۲۰۰۵).

عدم تبعیت از رژیم دارویی، درمانی و غذایی از دلایل اصلی پذیرش ۷۰ درصد بیماران در بیمارستان می‌باشد و خودمراقبتی موثر باعث کاهش قابل توجه پذیرش مجدد بیماران می‌گردد (سیبانی و همکاران، ۲۰۱۴). خودمراقبتی بیماران دچار نارسایی قلبی شامل متعهد کردن بیمار به پذیرفتن مسؤلیت و تنظیم فعالیت‌های مرتبط با سلامتی و انجام اقدامات درمانی هنگام تشدید علائم است (کامرون و همکاران، ۲۰۱۰). انجام فعالیت‌های خودمراقبتی از مهم‌ترین راهبردهای کنترل بیماری، کلید موفقیت درمان و بهبود عملکرد اجتماعی به شمار می‌رود (آرتینان و همکاران، ۲۰۰۲؛ کاتو و همکاران، ۲۰۰۹). استرونبرگ (۲۰۰۵) نشان داد که یکی از بخش‌های مهم برنامه کنترل دچار نارسایی قلبی انجام رفتار خودمراقبتی است.

پذیرش توصیه‌های خودمراقبتی از جانب بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، تحت تاثیر باورهای ذهنی ناشی از بیماری می‌باشد (هسیائو و همکاران، ۲۰۱۲). نتایج بعضی از تحقیقات نشان می‌دهد که کنترل عواقب و پیامدهای بیماری می‌تواند به مداخلات پزشکی و مراقبتی، و همچنین درک بیماران مرتبط باشد (جارسما و همکاران، ۲۰۱۰). هنگام مواجهه با بیماری، بیمار درک خود از موقعیت تهدید کننده را بر اساس تجربیات شخصی، اطلاعات قبلی و عوامل فرهنگی جامعه ترسیم می‌کند که این، تعیین کننده چگونگی واکنش به بیماری خواهد بود (شارپ، ۲۰۰۶). درک از بیماری می‌تواند بر پیامدهای بیماری که شامل سلامت مرتبط با کیفیت زندگی می‌باشد تاثیر بگذارد (استافرد و همکاران، ۲۰۰۹). درک نادرست بیماران از بیماری خود باعث بروز مشکلات رفتاری و عاطفی می شود و با سلامت جسمی و روانی ضعیف ارتباط دارد (فورستولم و همکاران، ۲۰۰۷). این عوامل می‌توانند توانایی فرد برای تطابق با بیماری و پذیرش توصیه‌های مراقبتی را تحت تاثیر قرار دهد (شارپ، ۲۰۰۶). تاثیر اصلاح درک از بیماری، بسته به نوع و طبیعت بیماری می‌تواند متفاوت باشد (فورستولم و همکاران، ۲۰۰۷). مطالعات، تاثیر تغییر در درک از بیماری بر بهبود بیماران دچار سکته قلبی را نشان داده است. مداخلات خودتنظیمی نیز در بیماری‌های دیابت و ایدز باعث بهبود پیامد بیماری شده است (برودنت و همکاران ۲۰۰۶؛ پیتر و همکاران، ۲۰۰۶). هدف مطالعه حاضر، بررسی تاثیر آموزش مبتنی بر درک از بیماری بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران با نارسایی قلبی بود.

## مواد و روش ها

مطالعه حاضر، یک مطالعه نیمه تجربی قبل-بعد بود که بر روی ۷۶ بیمار دچار نارسایی قلبی در دو گروه ۳۸ نفره آزمون و کنترل در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۳ انجام شد. معیارهای انتخاب نمونه‌ها شامل سن بیشتر از ۲۵ سال؛ توانایی خواندن و نوشتن؛ کسر تخلیه‌ای کمتر از ۴۰ درصد؛ قرارگرفتن در کلاس ۲ و ۳ نارسایی قلبی بر اساس NYH؛ نداشتن مشکلات شنوایی، بینایی، گفتاری و روانی شناخته شده؛ عضو نبودن در کادر درمان؛ و عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل موارد زیر بودند: بیماری وارد مرحله حاد و شدید شود، بیمار تمایلی به ادامه همکاری نداشته باشد، و بیمار قبل از تکمیل سه جلسه مداخله از بیمارستان ترخیص شود.

[ Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-21 ]

واحدهای پژوهش در طی هشت هفته مورد مداخله قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل سه قسمت بود. بخش اول شامل پرسش های مربوط به ویژگی‌های فردی؛ بخش دوم، پرسش‌نامه درک از بیماری (IPQ)؛ و بخش سوم، پرسش نامه رفتار خودمراقبتی (EHFSCB) بود. روایی و پایایی پرسش‌نامه درک از بیماری (IPQ) که شامل ۷۲ پرسش است و اولین بار توسط موس موری و همکاران (۲۰۰۲) ساخته شد تایید شده است و همبستگی درونی ابزار با محاسبه آلفا کرونباخ ۰/۸۸ گزارش شده است. این پرسش‌نامه شامل پرسش هایی با مقیاس لیکرت پنج گزینه‌ای به صورت کاملا "موافق"، "موافق"، "نه موافق نه مخالف"، "مخالف"، و "کاملا مخالف" می‌باشد. پرسش ها درباره علائم بیماری (۳۰ سوال)، سیر بیماری (۷ سوال)، پیامدهای بیماری (۸ سوال)، قابل کنترل و قابل درمان بودن بیماری (۱۱ سوال)، و علل مسبب بیماری (۱۶ سوال) هستند. نمره کل سوالات پرسشنامه ۲۴۰ می‌باشد که کسب نمره ۱۲۰ و کمتر به عنوان درک منفی و کسب نمره بیشتر از ۱۲۰ به عنوان درک مثبت محسوب می شود. پرسش‌نامه رفتار خودمراقبتی ( EHFSCB) که پایایی آن در مطالعه‌ی خوش‌تراش و همکاران (۱۳۹۲) ۰/۷۱ گزارش شده است، شامل ۱۲ سوال می باشد و در مجموع، امتیاز به دست آمده از ۱۲-۶۰ متغیر می‌باشد. نمرات کمتر به معنای مراقبت بهتر از خود محسوب می‌شود. امتیاز ۱۲-۲۸ نشان دهنده خودمراقبتی خوب، امتیاز ۲۹-۴۴ نشان دهنده خودمراقبتی متوسط، و امتیاز ۴۵-۶۰ نشان دهنده خودمراقبتی ضعیف می‌باشد.

انتخاب نمونه به صورت پی در پی و با تخصیص تصادفی به دو گروه آزمون و کنترل انجام شد. مداخله به این صورت بود که پس از کسب رضایت بیماران هر دو گروه، پرسش‌نامه‌های مربوط به اطلاعات دموگرافیک، درک از بیماری (IPQ) و خودمراقبتی، تکمیل شدند. در گروه کنترل هیچ مداخله‌ای توسط پژوهشگر صورت نگرفت و بیماران مراقبت معمول (شامل دادن دارو، توصیه به محدودیت مصرف نمک و ...) را دریافت کردند و سپس پرسش‌نامه مربوط به درک از بیماری و رفتار خودمراقبتی، ۸ هفته بعد در این گروه تکمیل شد. در گروه آزمون، مداخله مبتنی بر اصلاح درک بیمار از بیماری توسط پژوهشگر بر اساس پاسخ های بیمار به پرسش‌نامه درک از بیماری به صورت اختصاصی برای هر بیمار اجرا شد. این مداخله چهره به چهره، به صورت فردی، توسط پژوهشگر، در بخش بستری و طی سه روز متوالی (هر جلسه ۳۰ تا ۴۵ دقیقه) اجرا گردید. اصلاح درک از بیماری در این سه جلسه بر اساس مدل خود تنظیمی لونتال انجام شد که شناخت از بیماری را بر پایه‌ی پنج جزء شامل توصیف ماهیت بیماری، علائم و علل مرتبط، پیامدهای بیماری، سیر بیماری، و کنترل/ درمان ارائه می دهد و این اجزاء منجر به شکل گیری درک بیمار و مشخص کردن فرایند تطابق با شرایط می‌شود.

در جلسه اول درباره ماهیت و علائم بیماری توضیح داده شد و سپس عوامل تشدید کننده علائم (فعالیت شدید، استرس جسمی و روانی، رژیم غذایی نامناسب، مصرف سیگار، مشکلات مربوط به مصرف دارو و ...) از دیدگاه بیمار به بحث گذاشته شد. در طی جلسه اول بر اصلاح مواردی که بیمار درک نادرستی از آن داشت تمرکز گردید. در جلسه دوم پس از مرور مباحث جلسه قبل، درباره باورهای بیمار از پیامدهای بیماری، طول مدت بیماری، نحوه کنترل و درمان شرایط با توجه به درک بیمار صحبت شد. در جلسه سوم برنامه مراقبتی ارائه شد و جهت تثبیت اطلاعات، جلسات قبل با بیمار مرور شد. همچنین، در زمینه داروهای دریافتی برای اصلاح درک اختصاصی هر بیمار اطلاعاتی به صورت شفاهی و کتبی که از قبل برای بیماران آماده شده بود، در اختیار آنها قرار داده شد. سپس، به مدت ۸ هفته پس از ترخیص، از طریق پیگیری تلفنی به صورت مشاوره هفتگی، یک تماس حداقل ده دقیقه‌ای با توجه به نیاز بیمار به رعایت موارد اصلاحی و توصیه شده، برقرار شد و به پرسش های بیمار پاسخ داده شد. ساعت تماس تلفنی بنا به توافق بیمار و پژوهشگر تنظیم و پرسش‌نامه‌های (درک از بیماری و رفتار خودمراقبتی) در پایان مطالعه (پس از ۸ هفته) دوباره تکمیل شد. در پایان مطالعه، جزوه‌ای آموزشی در اختیار گروه کنترل نیز قرار داده شد. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و آزمون های تی مستقل و کای دو در نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ استفاده شد. این مطالعه در کمیته اخلاق و پژوهش دانشگاه علوم پزشکی تهران تصویب و در مرکز کارآزمایی بالینی ایران با کد IRCT201406094443N11 ثبت شد.

## یافته ها

در این پژوهش ۷۶ بیمار واجد شرایط وارد مطالعه شدند. سه بیمار از گروه ازمون و دو بیمار از گروه کنترل در طی نمونه‌گیری به علت عدم رضایت، از مطالعه خارج شدند. ابتدا متغیرهای دموگرافیک گروه آزمون و کنترل از نظر همگن بودن بررسی شد. در کلیه

[ Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-21 ]

مشخصات دموگرافیک، آزمون مجذور کای دو، اختلاف آماری معنی‌داری را نشان نداد (جدول شماره ۱). میانگین سن در گروه آزمون، ۴۶/۶ سال با انحراف معیار ۷/۹ و در گروه کنترل، ۴۷/۱ سال با انحراف معیار ۹/۴ بود. آزمون تی مستقل نشان داد که افراد دو گروه از نظر سن همگن بودند. میانگین مدت ابتلا به نارسایی قلبی در گروه آزمون، ۳۸/۳ ماه با انحراف معیار ۳۳/۶ و در گروه آزمون، ۳۰/۴ ماه با انحراف معیار ۳۷ بود. تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه از نظر مدت ابتلا وجود نداشت.

جدول شماره ۱: ویژگی های جمعیت شناختی بیماران با نارسایی قلبی در گروه آزمون و کنترل

| متغیر | گروه آزمون تعداد (درصد) | کنترل تعداد (درصد) | آزمون و مقدار P |
|---|---|---|---|
| **جنس** | | | $x^2$=۰/۵۳ ،df=۱ ،p=۰/۶۲۸ |
| **زن** | ۱۶ (۴۵/۷) | ۱۳ (۶۲/۹) | |
| **مرد** | ۱۹ (۵۴/۳) | ۲۲ (۳۷/۱) | |
| **وضعیت تاهل** | | | $x^2$=۳/۱۵ ،df=۲ ،p=۰/۲۰۹ |
| **مجرد** | ۱۰ (۳۰) | ۱۱ (۳۳/۳) | |
| **متاهل** | ۲۴ (۷۰) | ۲۲ (۶۶/۷) | |
| **میزان تحصیلات** | | | $x^2$=۰/۷۶ ،df=۲ ،p=۰/۶۸۴ |
| **ابتدایی** | ۷ (۲۰) | ۱۰ (۲۸/۶) | |
| **راهنمایی و متوسطه** | ۲۱ (۶۰) | ۱۸ (۵۱/۴) | |
| **دانشگاهی** | ۷ (۲۰) | ۷ (۲۰) | |
| **شغل** | | | $x^2$=۰/۶۴ ،df=۳ ،p=۰/۸۸۷ |
| **بیکار** | ۱۱ (۳۱/۴) | ۹ (۲۵/۷) | |
| **خانه دار** | ۱۱ (۳۱/۴) | ۱۰ (۲۸/۶) | |
| **کارمند** | ۵ (۱۴/۳) | ۷ (۲۰) | |
| **آزاد** | ۸ (۲۲/۹) | ۹ (۲۵/۷) | |
| **کفایت درآمد** | | | $x^2$=۳/۳۲ ،df=۲ ،p=۰/۲۰۰ |
| **کفایت می کند** | ۱۲ (۳۴/۳) | ۶ (۱۷/۱) | |
| **تا حدودی کفایت می کند** | ۱۵ (۴۲/۹) | ۱۶ (۴۵/۷) | |
| **کفایت نمی کند** | ۸ (۲۲/۹) | ۱۳ (۳۷/۱) | |
| **سابقه خانوادگی** | | | $x^2$=۰/۹۵ ،df=۱ ،p=۰/۵۱۱ |
| **دارد** | ۱۶ (۵۴/۳) | ۲۰ (۵۷/۱) | |
| **ندارد** | ۱۹ (۴۵/۷) | ۱۵ (۴۲/۹) | |
| **اطلاعات درباره بیماری** | | | $x^2$=۰/۲۴ ،df=۱ ،p=۰/۸۰۸ |
| **دارد** | ۱۵ (۴۲/۹) | ۱۳ (۳۷/۱) | |
| **ندارد** | ۲۰ (۵۷/۱) | ۲۲ (۶۲/۹) | |

میانگین و انحراف معیار نمرات درک از بیماری در دو گروه آزمون و کنترل در جدول شماره ۲ ارائه شده است. نتیجه آزمون تی مستقل نشان داد که بین دو گروه مطالعه، اختلاف معناداری از نظر درک از بیماری قبل از اجرای مداخله وجود ندارد، در حالی که ۸ هفته بعد از مداخله، اختلاف آماری معناداری بین میانگین نمرات درک از بیماری دو گروه در ۸ هفته بعد از مداخله ($p<۰/۰۰۰۱$) وجود داشت. بر اساس جدول شماره ۲، بین میانگین نمرات کل درک از بیماری قبل و هشت هفته پس از اجرای مداخله اصلاح درک از بیماری در گروه آزمون تفاوت معناداری وجود داشت ($p<۰/۰۰۰۱$). همچنین، در گروه کنترل، بین نمرات کل درک از بیماری قبل و ۸ هفته بعد از مداخله اختلاف معناداری مشاهده شد ($p<۰/۰۰۰۱$).

[ Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-21 ]

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین نمره درک از بیماری در بیماران با نارسایی قلبی در گروه آزمون و کنترل

| گروه | آزمون | کنترل | |
|---|---|---|---|
| متغیر | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) | نتیجه آزمون تی مستقل |
| قبل از مداخله | ۱۱۷/۶ (۶/۱۸) | ۱۱۲/۹ (۹/۶) | df=۱ ،p=۰/۰۱۹ |
| پس از مداخله | ۱۸۳/۶ (۸/۳) | ۱۳۱/۲ (۲۴/۵) | df=۱ ،p=۰/۰۰۰ |
| نتیجه آزمون تی زوج | df=۱ ،p=۰/۰۰۰ | df=۱ ،p=۰/۰۰۰ | |

میانگین و انحراف معیار رفتار خودمراقبتی در دو گروه آزمون وکنترل در جدول شماره ۳ ارائه شده است. نتیجه آزمون تی مستقل نشان می‌دهد که قبل از اجرای مداخله، بین دو گروه مطالعه اختلاف معناداری از نظر رفتار خودمراقبتی وجود ندارد، در حالی که ۸ هفته پس از مداخله، بین دو گروه مطالعه اختلاف معناداری از نظر میانگین نمره رفتار خودمراقبتی وجود دارد (p<۰/۰۰۰۱). جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که در گروه آزمون، بین میانگین نمره رفتار خودمراقبتی قبل و ۸ هفته پس از اجرای مداخله تفاوت معناداری وجود دارد (p<۰/۰۰۰۱). همچنین، بین میانگین نمره رفتار خودمراقبتی قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد (p<۰/۰۰۰۱).

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین نمره رفتار خودمراقبتی در بیماران با نارسایی قلبی در گروه آزمون و کنترل

| گروه | آزمون | کنترل | |
|---|---|---|---|
| متغیر | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) | نتیجه آزمون تی مستقل |
| قبل از مداخله | ۳۵/۱۷ (۱۳/۹۴) | ۴۰/۲۶ (۸/۰۶) | df=۱ ،p=۰/۰۶۶ |
| پس از مداخله | ۱۸/۵۱ (۷/۱۵) | ۳۷/۱۴ (۷/۱۵) | df=۱ ،p=۰/۰۰۰ |
| نتیجه آزمون تی زوج | df=۱ ،p=۰/۰۰۰ | df=۱ ،p=۰/۰۰۰ | |

## بحث

در این مطالعه تاثیر اصلاح درک از بیماری بر رفتار خودمراقبتی بیماران با نارسایی قلبی بررسی شد. این مداخله بر پایه روشن کردن چارچوب ذهنی و رفتار بیمار در مدل خودتنظیمی لونتال بود (لونتال ۲۰۰۳). این تحقیق نشان داد که برنامه اصلاح درک از بیماری موجب ارتقاء رفتار خودمراقبتی در بیماران با نارسایی قلبی می گردد.

بین دو گروه آزمون و کنترل از نظر میانگین نمرات درک از بیماری قبل از اجرای مداخله تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت. نتایج نشان داد که هشت هفته پس از اجرای مداخله، بین دو گروه از نظر میانگین نمرات درک از بیماری تفاوت آماری معنی‌داری ایجاد شد و این نشان داد که مداخله پژوهشگر بر درک از بیماری تاثیر مثبت داشته است. فنسی و همکاران (۲۰۱۳) در تحقیق خود نشان دادند که بیماران گروه آزمون درک بالاتر و پذیرش بهتری نسبت به رژیم ضدپلاکتی در مقایسه با گروه کنترل داشتند. همچنین، برودبنت و همکاران (۲۰۰۹) در نتایج مطالعه خود به ارتباط درک صحیح از بیماری با حفظ رژیم غذایی در بیماران مبتلا به دیابت اشاره کرده اند. نتایج این مطالعات با پژوهش حاضر همسو می‌باشد. مطالعه پیتر و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد در گروه آزمون، درک از بیماری و لزوم دارودرمانی و کنترل آن در مقایسه با گروه کنترل افزایش یافته و تبعیت از رژیم دارویی بیشتر شده است. نتایج این مطالعه نیز همسو با نتایج مطالعه حاضر می‌باشد.

در مطالعه حاضر ضریب تغییرات در گروه آزمون ۵۶/۱ درصد و در گروه کنترل ۱۶/۲ درصد بود و این نشان دهنده تغییر مطلوب تر درک در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل است. تغییرات مختصر درک از بیماری در گروه کنترل که تنها مراقبت‌های روتین بخش را دریافت نموده بودند ممکن است ناشی از دریافت اطلاعات از پرسنل درمان، بستری‌های مکرر و نقش رسانه‌های آموزشی باشد.

میانگین نمرات رفتار خودمراقبتی، هشت هفته بعد از اجرای مداخله مبتنی بر اصلاح درک از بیماری، در گروه آزمون به میزان قابل توجهی افزایش یافت. در تایید یافته‌های مزبور، نتایج بررسی رونکالی و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد که دو هفته بعد از آموزش،

[ Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-21 ]

میانگین نمرات آگاهی بیماران به طور قابل توجهی بالاتر از زمان قبل از آموزش شده بود، به طوری که این آگاهی بالا در نمونه‌های مورد بررسی منجر به بهبود رفتارهای مراقبت از خود نیز گردیده بود.

مطالعه چن و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد که درک صحیح از بیماری و در نظر گرفتن آن به عنوان وضعیتی قابل کنترل از طریق ایجاد تغییر در سبک زندگی، می‌تواند منجر به پذیرش رفتارهای خودمراقبتی گردد. همچنین، پذیرش توصیه‌ها در زمینه رفتار خودمراقبتی به طور قابل توجهی، تحت تاثیر باورهای ذهنی افراد درباره این موضوع می‌باشد. به علاوه، در نظر گرفتن باورهای بیماران در هنگام ارائه توصیه‌های درمانی یا مراقبتی و تاکید بر قابل کنترل بودن بیماری، ضروری می‌باشد (هسیائو و همکاران ۲۰۱۲ ).

در مطالعه جارسما و همکاران (۲۰۱۳) که با هدف تعیین میزان خودمراقبتی بیماران دچار نارسایی قلبی در ۱۵ کشور جهان انجام شد مشخص گردید که رفتار خودمراقبتی کمتر از میزان مطلوب بود و نیاز به برنامه‌ای جهت بهبود آن در سراسر جهان وجود دارد. به نظر می‌رسد برای اینکه بیماران دارای رفتارهای صحیحی در زمینه مراقبت از خود باشد در درجه اول باید آگاهی مناسبی درباره این رفتارها داشته باشد، زیرا طبق تحقیق رژیل و همکاران (۲۰۰۹) بهبود رفتارهای مراقبت از خود، بدون آگاهی از این رفتارها و درک اهمیت آن امکان‌پذیر نمی‌باشد. استافورد و همکاران (۲۰۰۸) نشان دادند که یکی از مهم‌ترین راه های افزایش تبعیت از رژیم های درمانی، ان دسته از روش‌های آموزشی است که باور بیمار را نسبت به بیماری و درمان را تغییر دهد. بیمارانی که باور دارند بیماری شان به واسطه عوامل خارجی بروز نموده است کنترل کمتری بر رفتارها و انگیزه کمتری برای تبعیت از رژیم درمانی توصیه شده دارند (جسیپ و همکاران، ۲۰۰۳).

یافته‌های پژوهش نشان داد که بعد از اصلاح درک، میانگین نمرات رفتار خودمراقبتی در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل به طور معناداری بیشتر شده است. هر چند که در هر دو گروه تغییرات معناداری نسبت به زمان قبل از مداخله مشاهده شد، اما ضریب تغییرات در گروه مداخله (۴۷/۴ درصد) به طور معنی‌داری بیش از گروه کنترل (۷/۷ درصد) بود. نتایج مطالعه‌ای در هلند نشان داد که یک ماه بعد از آموزش مراقبت از خود، بهبود عملکرد و ماندگاری رفتارهای مراقبت از خود در گروه آزمون نسبت گروه کنترل بیشتر بود و پژوهشگران ایجاد انگیزه را عاملی برای افزایش آگاهی بیماران در گروه آزمون دانستند (جارسما و همکاران، ۲۰۰۰). چنین به نظر می رسد که هدف مهم در امر آموزش، ایجاد رفتارهای بهداشتی درست و ماندگار است و این تداوم مراقبت است که برای بیمار ارزشمند است (جیسوب ۲۰۰۹). اگر رفتار خودمراقبتی با شناخت نگرش‌ها و عقاید بیمار و با فراهم کردن محیطی مساعد با ایجاد اعتقاد و اطمینان برای مددجو اجرا شود، می‌تواند در ارتقاء رفتار خودمراقبتی موثر باشد. ارائه مطالب به صورت انفرادی و با توجه به نیاز بیمار و بر اساس درک وی از بیماری در دستیابی به نتایج مطلوب و تداوم رفتارهای خودمراقبتی موثر است.

هدف مطالعه حاضر، تغییر درک منفی بیماران از بیماری و بهبود درک مثبت آنها درباره بیماری بود که انجام این تغییرات می‌تواند به صورت مستقیم بر رفتار خودمراقبتی موثر باشد و به صورت غیر مستقیم، بر طبیعت و کیفیت عملکرد و تعاملات زندگی بیماران تاثیر دارد. پژوهشگر در مسیر اجرای پژوهش با مشکلاتی مواجه بود که بعضی از آن‌ها مثل سر و صدا در محیط و شرایط روحی و جسمی بیمار که بر فرایند تغییر درک بیمار تاثیر داشت، کنترل شد و سعی شد برنامه آموزشی و پاسخ گویی به سوالات در یک محیط آرام و در شرایط روحی و جسمی مناسب اجرا شود. ولی بعضی از تفاوت‌های فردی بیماران بر نحوه پاسخ گویی به سوالات و میزان آموزش پذیری و رعایت نکات منتقل شده تاثیر داشت که از نظر پژوهشگر به عنوان محدودیت مطالعه محسوب می‌شود.

## نتیجه‌گیری

مطالعه حاظر نشان می‌دهد که اصلاح درک بیمار از بیماری در ارتقاء رفتار خودمراقبتی بیماران نارسایی قلبی موثر است. پیشنهاد می شود پرستاران جهت انجام مداخلات پرستاری، درک و باور بیمار نسبت به بیماری را بررسی کنند و در جهت اصلاح باورهای وی بر اساس نیاز بیمار تلاش نمایند. آموزش مبتنی بر درک از بیماری برای بیماران دچار نارسایی قلب ممکن است منجر به بقای بیشتر بیماران گردد.

[ Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-21 ]

## تقدیر و تشکر

از کلیه واحدهای دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پرستاری و مامایی و همکاران شاغل در بخش‌های قلب بیمارستان امام خمینی و کلیه بیماران شرکت کننده در پژوهش که در این تحقیق پژوهشگر را یاری نمودند تشکر و سپاسگزاری می‌گردد.

## منابع فارسی

برزین م، میرمیران پ و همکاران (۱۳۹۰). شیوع خطر ده ساله بیماری های قلبی و رویکرد درمانی در بین بیماران قلبی. مجله سلامت عمومی ۱۲۵(۶): ۳۳۸-۳۴۴.

برهانی ف، خوشاب ه و همکاران(۱۳۹۱) .بررسی اثر مدل مراقبت مشارکتی بر روی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی. مجله پرستاری مراقبت های ویژه ۵(۱): ۴۳-۴۸.

## منابع انگلیسی

Artinian, N., T and M. Magnan (2002). "what do patient know about their heart failure?" nursing research 15(2): 200-280.

Broadbent, E., K. J. Petrie, et al. (2006). "The brief illness perception questionnaire." Journal of psychosomatic research 60(6): 631-637.

Cameron, J., L. Worrall-Carter, et al. (2010). "Self-care behaviours and heart failure: Does experience with symptoms really make a difference?" European Journal of Cardiovascular Nursing 9(2): 92-100.

Chen, S. L., J. C. Tsai, et al. (2009). "The impact of illness perception on adherence to therapeutic regimens of patients with hypertension in Taiwan." Journal of clinical nursing 18(15): 2234-2244.

Colonna, P., M. Sorino, et al. (2003). "Nonpharmacologic care of heart failure: counseling, dietary restriction, rehabilitation, treatment of sleep apnea, and ultrafiltration." The American journal of cardiology 91(9) : 41-51

Fennessy, M. M., H. A. DeVon, et al. (2013). "Changing Illness Perceptions and Adherence to Dual Antiplatelet Therapy in Patients With Stable Coronary Disease." Journal of Cardiovascular Nursing 28(6): 573-583.

Frostholm, L., E. Oernboel, et al. (2007). "Do illness perceptions predict health outcomes in primary care patients? A 2-year follow-up study." Journal of psychosomatic research 62(2): 129-138.

Holst, M., R. Willenheimer, et al. (2007). "Telephone follow-up of self-care behaviour after a single session education of patients with heart failure in primary health care." European Journal of Cardiovascular Nursing 6(2): 153-159.

Hsiao, C.-Y., C. Chang, et al. (2012). "An investigation on illness perception and adherence among hypertensive patients." The Kaohsiung journal of medical sciences 28(8): 442-447.

Jaarsma, T., R. Halfens, et al. (2000). "Self-care and quality of life in patients with advanced heart failure: the effect of a supportive educational intervention." Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care 29(5): 319-330.

Jaarsma, T., A. Strömberg, et al. (2013). "Comparison of self-care behaviors of heart failure patients in 15 countries worldwide." Patient education and counseling 92(1): 114-120.

Jessop, D. C. and D. Rutter (2003). "Adherence to asthma medication: The role of illness representations." Psychology and Health 18(5): 595-612.

Jessup , M. (2009). "Guidelines for the Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults. Circulation" . 119(14 ) 1977-2016 .

Jia-Rong.W, M. D, et al. (2008). "Factors influencing medication adherence in patients with heart failure. Heart Lung." (37): 8-16.

Juergens, M. C., B. Seekatz, et al. (2010). "Illness beliefs before cardiac surgery predict disability, quality of life, and depression 3 months later." Journal of psychosomatic research 68(6): 553-560.

Kato, N., K. Kinugawa, et al. (2009). "Adherence to self-care behavior and factors related to this behavior among patients with heart failure in Japan." Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care 38(5): 398-409.

Leventhal H, B. I., Leventhal EA, Cameron LD, Leventhal H: (2003). "The common-sense model of self-regulation of health and illness. In The self-regulation of health and illness behaviour Routledge;." 42-65.

[ Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-21 ]

Mccarty.G and L. E (2007). "Intentional and unintentional medication non-adherence: a comprehensive framework for clinical research and practice: a discussion paper." Intl J Nurs stud 44: 1468-1477.
Moss-Morris, R ,.J. Weinman, et al. (2002). "The revised illness perception questionnaire (IPQ-R)." Psychology and Health 17(1): 1-16.
Petrie, K. J., L. D. Cameron, et al. (2002). "Changing illness perceptions after myocardial infarction: an early intervention randomized controlled trial." Psychosomatic medicine 64(4): 580-586.
Petrie, K. J., K. Perry, et al. (2012). "A text message programme designed to modify patients' illness and treatment beliefs improves self-reported adherence to asthma preventer medication ".British journal of health psychology 17(1): 74-84.
Riegel, B., A. Driscoll, et al. (2009). "Heart failure self-care in developed and developing countries." Journal of cardiac failure 15(6): 508-516.
Sharp, C. (2006). "Mentalizing problems in childhood disorders." Handbook of mentalization-based treatments: 201-212.
Siabani, S., T. Driscoll, et al. (2014). "Self-care and Its Predictors in Patients With Chronic Heart Failure in Western Iran." The Journal of cardiovascular nursing.
Stafford, L., M. Berk, et al. (2009). "Are illness perceptions about coronary artery disease predictive of depression and quality of life outcomes?" Journal of psychosomatic research 66(3): 211-220.
Stafford, L., H. J. Jackson, et al. (2008). "Illness beliefs about heart disease and adherence to secondary prevention regimens." Psychosomatic Medicine 70(8): 942-948.

[ Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-21 ]

Original Article

# The effect of education based on illness perception on self-care behaviors of patients with heart failure

Masume Zakerimoghadam[1], PhD
* Ali Sadeghi-Akbari[2], MSc
Mohammad-Ali Cheraghi[3], PhD
Anoushirvan Kazemnejad[4], PhD

**Abstract**

**Aim.** This study aimed at investigating the effect of education based on illness perception on self-care behaviors of patients with heart failure.

**Background.** Heart failure is the final outcome of most cardiovascular diseases, reducing patients' self-care behaviors as a chronic condition. Changing illness perception of patients with heart failure about the disease is a way to improve the self-care behaviors in these patients.

**Method.** An experimental design was used to conduct the study. Seventy and six patients with heart failure who admitted to hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences and were eligible to participate in the study was recruited in 2014 and were randomly divided into intervention and control group. The intervention group attended in three educational sessions and received cell phone follow-up for 8 weeks. The control group received conventional treatment. The self-care behaviors was compared in both groups before, and eight weeks after the intervention. The data were analyzed by SPSS-16 software.

**Findings.** There was no statistical significant difference between demographic variables of two groups. Self-care behaviors in the intervention group increased after the intervention when compared with the control group ($p<0.0001$). In the experimental group, the mean score of self-care behaviors after the intervention was significantly higher than mean score before intervention ($p<0.0001$).

**Conclusion.** The results showed that education based on illness perception affects self-care behaviors in patients with heart failure. It is suggested as an effective method to promote the self-care behaviors in these patients.

**Keywords:** Self-care behaviors, Heart failure, Illness perception

1 Assistant Professore, Department of Critical Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2 Master of Science in Critical Care Nursing, Tehran, Iran (*Corresponding Author) email: sadeghi.akbari@yahoo.com
3 Associate Professore, Department of Critical Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4 Professor, Department of Biostatistics, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

[ Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-21 ]