

عوامل مؤثر در تبعیت از رژیم درمانی و ارتباط باور بهداشتی و

آگاهی با آن در بیماران زن مبتلا به نارسایی قلبی

نایله عزتی^۱

تاریخ پذیرش: ۹۹/۱۱/۲۷

تاریخ دریافت: ۹۹/۱۰/۲۰

چکیده

زمینه و هدف: نارسایی قلبی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن دنیا محسوب می‌شود که هزینه‌های زیادی را به سیستم‌های بهداشتی تحمیل می‌کند. ارتقای پذیرش رژیم درمانی روش مؤثر در پیشگیری از نارسایی قلب و افزایش بقای بیماران است. این مطالعه با هدف بررسی درمان و عوامل مرتبط با آن شامل باور بهداشتی و آگاهی در بیماران مبتلا به نارسایی قلب انجام گرفت. این پژوهش یک مطالعه توصیفی همبستگی بود که ۲۵۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند. پرسش‌نامه‌ها شامل ۴ بخش متغیرهای دموگرافیک و بالینی، پرسش‌نامه اصلاح‌شده تبعیت درمان نارسایی قلب، مقیاس آگاهی و باور نارسایی قلب بود. در تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS ورژن ۲۲، آمار توصیفی و استنباطی، تی مستقل، آنووا، خی دو، ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون لجستیک استفاده شد. اغلب واحدهای پژوهش دارای پذیرش متوسط از رژیم درمانی بوده و اغلب آگاهی از نارسایی قلب داشتند. در این پژوهش بین باور بیماران از منافع و منابع پذیرش درمان ارتباط معنی‌دار مشاهده گردید. نتایج حاکی از آن بود که میان تبعیت رژیم درمانی و برخی مشخصات دموگرافیک ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت. نتایج پژوهش نشان داد که تبعیت در حیطه‌های رژیم دارویی، محدودیت سدیم و قرار ملاقات با پزشک بالا بود. اکثر بیماران آگاهی کمی درباره بیماری خود و رژیم نارسایی قلب داشتند. تأکید بر روش‌های خودمراقبتی مانند توزین روزانه، توضیح بیمار درباره چگونگی توجه به خودکنترلی برای پیشگیری از تشدید علائم نارسایی قلب از اهمیت بسزایی برخوردار است. مداخلات درمانی و مراقبتی در زمینه مشکلات تجربه‌شده بیماران طراحی شوند.

واژه‌های کلیدی: تبعیت، رژیم درمانی، باور بهداشتی، آگاهی، بیماری نارسایی قلبی

مقدمه

۱. عضو هیأت علمی (مربی)، گروه پرستاری، اتاق عمل و هوشبری، دانشکده پزشکی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران. (نویسنده مسؤول)
ne_ezzati@iaut.ac.ir

ابتلا به بیماری‌های مزمن، بزرگ‌ترین مشکل سیستم‌های مراقبت بهداشتی است (نیکان، ۱۳۹۸). بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی بیماری‌های قلبی عروقی علت اصلی مرگ‌ومیر در کل دنیا است که ۸۲ درصد این مرگ‌ها، در کشورهای درحال توسعه رخ می‌دهد. بیماری‌های قلبی عروقی در ایران با ۴۱ درصد ابتلا رتبه اول مرگ‌ومیر را به خود اختصاص داده (کریمی و همکاران، ۱۳۹۸) و مهم‌ترین عامل از کارافتادگی در بیشتر کشورهای جهان و از جمله ایران است (واحدیان و همکاران، ۱۳۹۴). سن ابتلا به بیماری قلبی در ایران و آذربایجان شرقی، پایین‌تر از میانگین جهانی است (پرویزی، ۱۳۹۹). طی ۲-۳ دهه گذشته، شیوع نارسایی قلبی سه برابر شده و هم‌اکنون میلیون‌ها نفر از مردم جهان از آن رنج می‌برند (ریگل^۱ و همکاران، ۲۰۱۷).

نارسایی قلبی یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن در کشورهای توسعه‌یافته است و باعث کاهش طول عمر، افت کیفیت زندگی، بستری‌های مکرر و صرف هزینه‌های زیاد می‌شود (امین، ۱۳۹۹). نارسایی قلبی در آمریکا به اپیدمی تبدیل شده و ۵٫۱ میلیون آمریکایی به این بیماری مبتلا بوده و سالانه ۸۲۵۰۰۰ مورد جدید اضافه می‌شود (راجر^۲ و همکاران، ۲۰۱۶). شیوع نارسایی قلبی در ایران ۳۵۰۰ مورد به ازای ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت گزارش شده است که سه برابر بیشتر از شیوع بیماری در آمریکا است (حکمت‌پور، ۱۳۹۶). بر اساس تحقیقات انجام‌شده بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بیشترین استفاده را از سیستم‌های مراقبت بهداشتی دارند (هئو^۳ و همکاران، ۲۰۱۷). بیشترین قسمت هزینه‌هایی که سالانه صرف مراقبت از این بیماران می‌شود ناشی از تشدید بیماری، بستری مجدد در بیمارستان و استفاده از مراقبت‌های ویژه است (ریگل و همکاران، ۲۰۱۷). با توجه به بستری‌های مکرر، بار مالی بیماری قابل قیاس با امریکا است (سیابانی، ۱۳۹۶)، که یک تا دو درصد از کل بودجه مراقبت بهداشتی را به خود اختصاص می‌دهد (فرانکو^۴، ۲۰۱۴).

بستری‌های مکرر در بیمارستان به علت عود و تشدید علائم بیماری از مشکلات عمده در بیماران زن مبتلا به نارسایی قلبی است (کاتو^۵ و همکاران، ۲۰۱۵). یکی از دلایل عمده کمبود رفتارهای خودمراقبتی مثل تبعیت از رژیم درمانی است (واندروال و همکاران، ۲۰۱۶). بیماران مبتلا به نارسایی قلبی باید از اصول راهنمایی پذیرفته‌شده در درمان‌های غیر دارویی اعم از محدودیت مصرف سدیم و مایعات، انجام تمرینات ورزشی منظم، مانیتورینگ و شناسایی علائم بیماری از طریق توزین روزانه، بررسی اندام‌ها از نظر احتباس مایعات، دریافت منظم واکسن و استفاده منظم از داروها را باید تبعیت کنند (واندروال^۶ و همکاران، ۲۰۱۶).

1 -Riegel, B 2017

2 -Roger, 2016

3 -Heo, S., 2017

4 -Franco 2014

5 -Kato, n. 2015

6 -Vanderwal, M.H. (2012)

تبعیت و پیروی از رژیم درمانی، روشی برای مراقبت از سلامتی ارائه می‌کند که در آن بیمار در ارتقای سطح سلامتی، پیشگیری از بیماری، کنترل موفقیت‌آمیز بیماری خود، نقش محوری ایفا می‌کند. تبعیت از رژیم درمانی، به توانایی‌های فردی در کنترل علائم، درمان، پیامدهای جسمانی، اثرات روانی اجتماعی و در بیماری‌های مزمن مثل نارسایی قلبی به توانایی کنترل تغییرات تفکیک‌ناپذیر سبک زندگی اشاره دارد. همچنین یک استراتژی است که فرد می‌تواند توالی رفتار خود را حفظ کند یا یک رفتار مثبت و با مهارت را افزایش دهد و یا یک رفتار نامناسب را کاهش دهد. در صورت موفقیت در یادگیری پیروی از رژیم درمانی، افراد ضرورت تغییر در رفتار با سبک زندگی را احساس خواهند کرد (بارلو^۱ و همکاران، ۲۰۱۶). در تبعیت از رژیم درمانی، فرد توانایی سنجش فردی خود را دارد و واکنش‌های

آمارها بیانگر این مسأله است که ۳۰ تا ۴۰ درصد بیماران با بیماری‌های مزمن رژیم دارویی خود را رعایت نمی‌کنند (ریفکین^۲ و همکاران، ۲۰۱۶). عدم تبعیت از رژیم درمانی در بسیاری از بیماران به علت نگرانی آن‌ها از عوارض دارویی، فراموشی دریافت داروها که می‌تواند عمدی یا غیرعمدی باشد، درک پایین و مشکلات مربوط به تبعیت در فراموشی غیرعمدی این بیماران تأثیر می‌گذارد و همچنین درک اشتباه از مزایای تبعیت و خطرات تبعیت موجب فراموشی عمدی در بیماران است (براون^۳ و همکاران، ۲۰۱۵). از طرفی، پژوهش‌ها نشان داده‌اند تبعیت از رژیم درمانی موجب بهبود وضعیت عملکردی و کیفیت زندگی بیماران قلبی می‌شوند (حمیدی و همکاران، ۱۳۹۹). این موضوع مهم، اهمیت بررسی علت عدم پیروی کردن و انجام اقدامات جهت بهبود تبعیت در بیماران را نشان می‌دهد. شناسایی عوامل مؤثر در عدم پذیرش رژیم درمانی و دارویی برای مراقبان بهداشتی بسیار با اهمیت است تا بتوانند با مداخلاتی در راستای بهبود پیروی کردن به بیماران کمک کنند (پلاسما^۴ و همکاران، ۲۰۱۵). واژه‌های تبعیت و پذیرش درمان به صورت مترادف به کار می‌روند، تنها تفاوت اصلی میان این دو واژه این است که تبعیت نیازمند موافقت بیمار با توصیه‌های بهداشتی است به دلیل کاربرد جهانی واژه پذیرش درمان بیشتر مورد استفاده قرار می‌گیرد (واندروال و همکاران، ۲۰۱۶). پذیرش رژیم درمانی چالش جدی به بیماران و ارائه‌دهندگان مراقبت بهداشتی است. برای اینکه به پذیرش رفتارهای خودمراقبتی چندگانه بستگی دارد (جاآرسما^۵ و همکاران، ۲۰۱۴).

از مشکلات اساسی بیماران زن مبتلا به نارسایی قلبی عدم پذیرش رژیم درمانی است (راف^۶ و همکاران، ۲۰۱۰). مطالعات نشانگر این است که بسیاری از بیماران به‌طور عمدی یا غیر عمد از درمان‌های

1 -Barlow, J., 2012

2 -Rifkin, D.E 2016

3 -Browne, T

4 -Pasma, A. Vanderland, W., 2015

5 -Jaarsma, T. (2014),

6 -Ruf, V., (2010)

تجویز شده، تبعیت نمی‌کنند (لحان^۱ و مک‌کارتی، ۲۰۱۶). در حالی که عدم پذیرش درمان منجر به تشدید علائم بیماری و کاهش کیفیت زندگی می‌شود (موتک‌وا^۲ و همکاران، ۲۰۱۷). که به‌طور معنی‌داری با طولانی شدن اقامت بیمار در بیمارستان و بالا رفتن هزینه‌های درمان همراه است (هتو و همکاران، ۲۰۱۷). در مورد پذیرش رژیم درمانی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مطالعات و پژوهش‌های متعددی انجام گرفته است. عوامل مختلف فردی، اجتماعی و اقتصادی می‌تواند بر میزان خودکارآمدی و تبعیت از رژیم درمانی و دارویی بیماران مؤثر باشد (صالحی و همکاران، ۱۳۹۵).

نتایج پژوهشی نشان داد که عدم پذیرش رژیم درمانی با عواملی مانند شدت نارسایی قلبی، اختلالات حسی، افسردگی، اضطراب، ابتلا به سایر بیماری‌ها، بستری‌های قبلی، اختلال شناختی، سن بالا، تحصیلات، وضع اقتصادی اجتماعی پایین و ضعیف بودن سطح اطلاعات بهداشتی ارتباط دارد (آلسکو^۳ و همکاران، ۲۰۱۲). محققان بررسی روش‌هایی چون وسایل کمک‌آموزشی و پیگیری‌های تلفنی پس از ترخیص که می‌تواند موجب یادگیری آسان‌تر و کوتاه‌تر گردند را توصیه می‌کنند (اسمولدر^۴، ۲۰۱۵). تحقیقات انجام شده نشان می‌دهد تبعیت از رژیم تجویز شده ۵۴٪ از ابتلا به نارسایی قلبی پیشگیری می‌کند (لوئنگ^۵ و همکاران، ۲۰۱۷) و عامل پیش‌بینی‌کننده بقای بدون حادثه در بیماران مبتلا به نارسایی قلب است (وو. جی. آر^۶ و همکاران، ۲۰۱۸). یافته‌های پژوهش نشان داد که چهار مضمون کلی نقش فرد و خانواده، نقش تیم درمان، نقش عوامل اجتماعی و اقتصادی از عوامل مهم عدم رعایت پذیرش رژیم درمانی بود. همچنین پژوهشگران بیان می‌کنند که مفهوم تمکین نسبت به برنامه درمانی از دید بیماران خوددرمانی برای احساس خوب بودن است (حکمت‌پور و همکاران، ۱۳۹۷). کمبود آگاهی و باور به رژیم‌های درمانی در بروز چنین دیدگاهی مؤثر و تأثیرگذار است. آگاهی به‌تنهایی متضمن پذیرش درمان نیست ولی بیماران در صورتی که پذیرش رژیم درمانی داشته باشند حداقل آگاهی درباره بیماری و رژیم درمانی داشته باشد (کومری^۷ و همکاران، ۲۰۱۶).

بر اساس مدل باورهای بهداشتی، مردم زمانی نسبت به پیام‌های بهداشتی و پیشگیری از بیماری‌ها، رفتار مناسب نشان می‌دهند که تغییر رفتار در آن‌ها مفید باشد و موانع موجود در جهت انجام رفتارهای بهداشتی را می‌توانند از پیش‌رو بردارند. منظور از منافع درک شده، باور بیمار درباره مؤثر بودن راهکارهای درمانی در جهت کاهش تهدید بیماری است و منظور از موانع درک شده از نظر بیمار نتایج بالقوه منفی است که در نتیجه انجام اعمال بهداشتی برای فرد ایجاد می‌شود. بنابراین مراقبین بهداشتی برای بهبود

1 -Lehan, E., Mccarthy, G., (2017)

2 -Mukotekwa, C., Carson, E., (2017)

3 -Alosco, M.L., (2012),

4 -Smeulders, E.S., 2015

5 -Leong, K., (2017),

6 -Wu, J.R., (2018),

7 -Kommuri, N.V., (2016)

سلامت فرد نیاز دارند باورهای فرد را مورد مطالعه قرار داده و بر آن تأثیر بگذارند (هیدان^۱ و همکاران، ۲۰۱۸). مطالعات مختلف انجام شده در ایران نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به نارسایی مزمن قلب رژیم غذایی و درمانی خود را رعایت نمی‌کنند (حکمت‌پور و همکاران، ۱۳۹۶). از آنجایی که پذیرش رژیم درمانی از مهم‌ترین استراتژی‌های کنترل بیماری و عامل مؤثر در موفقیت درمان در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی به شمار می‌رود و هرگونه پیشرفت در نتایج درمان بستگی به توانایی بیمار در مراقبت از خود و مدیریت پیام‌های درمان دارد و اگر بیمار بتواند مراقبت از خود را به‌طور مناسب انجام دهد، بیش از ۵۰ درصد از موارد بستری مجدد بیماران پیشگیری خواهد کرد (ابوطالبی و همکاران، ۱۳۹۵). از آنجایی که مدل باور بهداشتی به رفتارهای بهداشتی افراد ارتباط مستقیمی با بسترهای اجتماعی فرهنگی دارد (هیدان و همکاران، ۲۰۱۸). مطالعه حاضر با هدف بررسی عوامل مؤثر در تبعیت از رژیم درمانی و ارتباط باور بهداشتی و آگاهی با آن در بیماران زن مبتلا به نارسایی قلبی انجام گرفت.

روش مطالعه

این پژوهش، مطالعه توصیفی تحلیلی بود که جامعه آماری آن بیماران زن مبتلا به نارسایی قلبی مراجعه‌کننده و بستری در بخش‌های قلب در بیمارستان‌های منتخب تبریز در سال ۹۸-۱۳۹۷ بود. با توجه به مطالعات پیشین و با استفاده از فرمول حجم نمونه، با اطمینان ۹۵٪ و با قدرت آزمون ۸۰٪ و با استفاده از فرمول زیر، تعداد نمونه‌ها ۲۵۰ نفر برآورد گردید.

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2}{\left(\frac{1}{2} \ln \frac{1+r_{xy}}{1-r_{xy}}\right)^2} + 3$$

نمونه‌ها با روش نمونه‌گیری تدریجی از میان بیماران زن مبتلا به نارسایی قلبی و دارای معیارهای ورود شامل نداشتن مشکل شناختی، علاقه‌مندی و رضایت به شرکت در مطالعه، تشخیص نارسایی قلبی تأییدشده، سن بالاتر از ۵۰ سال و زیر ۷۵ سال، توانایی صحبت کردن و علاقه‌مند به شرکت در پژوهش، کلاس‌بندی عملکرد نارسایی قلب از کلاس یک تا سه، گذشت حداقل سه ماه از زمان ابتلا به نارسایی قلبی بود. بیمارانی که طی شش ماه گذشته تحت درمان‌های تهاجمی بودند یا در مرحله شدید بیماری قرار داشتند، در مطالعه قرار نگرفتند. پس از کسب اجازه‌نامه‌های رسمی از مسؤولان و اخذ رضایت‌نامه از بیماران، بیماران با استفاده از سؤالات پرسشنامه مصاحبه شدند.

1 -Heydan, J., (2018),

گردآوری داده‌ها با استفاده از یک ابزار چهارقسمتی مشتمل بر پرسش‌نامه اطلاعات فردی (سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی) و متغیرهای بالینی مرتبط با بیماری شامل: طول مدت بیماری، وضعیت نارسایی قلبی، میزان EF (کسر تخلیه‌ای بطن چپ قلب) بر اساس اکوکاردیوگرافی پزشک متخصص قلب، ابتلا به سایر بیماری‌ها، علت بروز نارسایی قلبی، داروهای مصرفی در زمان پذیرش بیمارستانی، سابقه بستری قلبی به علت نارسایی قلب و مدت ابتلا به بیماری بود.

بخش دوم پرسش‌نامه تجدیدنظر شده پذیرش درمان نارسایی قلب بود^۱. این پرسش‌نامه حاوی ۳۰ سؤال در شش حیطه: ملاقات با پزشک، رژیم دارویی، محدودیت مصرف سدیم، محدودیت مصرف مایعات، توزین روزانه و ورزش بود (هیدان و همکاران، ۲۰۱۸). در آغاز کار با نظرسنجی بیماران از میزان اهمیت رفتار بهداشتی مربوط شروع شد و مقیاس لیکرت پنج نقطه‌ای از صفر (اصلاً مهم نیست) تا چهار (بسیار بااهمیت است) مشخص گردید. همچنین در مورد مشکل در اجرای رفتار پرسیده شد. سرانجام پذیرش درمان با استفاده از یک مقیاس لیکرت پنج نقطه‌ای (صفر = هرگز، یک = به ندرت، دو = نیمی از موارد، سه = اکثر موارد، چهار = تمام موارد) اندازه‌گیری به عمل آمد. پذیرش درمان از نظر رژیم دارویی، رژیم غذایی، محدودیت مایعات، ورزش طی هفته قبل، توزین روزانه طی ماه قبل و در مورد ویزیت پزشک طی سه ماه بستری در بیمارستان تعیین شد. در این پژوهش پیوستگی درونی ۶۸٪ محاسبه گردید (ایوان جلیستا^۲ و همکاران، ۲۰۱۴).

در بخش سوم پرسش‌نامه معیار آگاهی نارسایی قلب^۳ شامل ۱۵ سؤال در مورد نارسایی قلب، آشنایی با علائم و نشانه‌های نارسایی قلبی، رژیم غذایی، محدودیت مصرف مایعات و نمک، استفاده از داروها، فعالیت و ورزش بود. بیماران یک پاسخ از میان سه گزینه برای پاسخ به هر سؤال انتخاب کردند. حداقل امتیاز این مقیاس صفر و حداکثر ۱۵ بود. بیماران برحسب میزان آگاهی به سه گروه با سطح آگاهی پایین (۰ - ۹)، آگاهی متوسط (۱۰ - ۱۳)، آگاهی بالا (۱۴ - ۱۵) تقسیم شدند. سؤالات این ابزار بر اساس مقیاس خودمراقبتی نارسایی قلب ساخته شده است (بلک‌جی، ۲۰۱۶). در ارزشیابی میزان آگاهی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، این پرسش‌نامه دارای پایایی و روایی است (۱۹-۱). این پرسش‌نامه در پژوهش‌های مختلف مورد استفاده قرار گرفته است (واندروال و همکاران، ۲۰۱۲).

بخش چهارم پرسش‌نامه، مقیاس باور نارسایی قلب^۴ بود. این مقیاس حاوی دو زیرمجموعه ۱۲ موردی شامل منافع و موانع مربوط به پذیرش رژیم دارویی و غذایی، همچنین یک زیرمجموعه ۱۸ موردی شامل منافع و موانع مربوط به پذیرش توزین روزانه و کنترل آدم بدن است (واندروال - ام‌اچ^۵،

1 - Revised Heart Failure Compliance Questionnaire.

2 - Evangelista

3 - Heart Failure Knowledge Scale

4 - Heart Failure Belief Scale

5 - Vanderwal, M.H., (2016)

۲۰۱۶) بیماران بر اساس مقیاس لیکرت پنج مرحله‌ای از (کاملاً مخالف = ۱) تا (کاملاً موافق = ۵) به عبارات مربوطه پاسخ دادند. در مورد عبارات مربوط به موانع امتیازها برعکس محاسبه گردید. طیف امتیازات مربوط به منافع رژیم غذایی (۳۵ - ۷)، موانع رژیم غذایی (۲۵ - ۵)، منافع رژیم دارویی (۲۵ - ۵)، موانع رژیم دارویی (۳۵ - ۷)، منافع توزین روزانه و کنترل آدم بدن (۳۰ - ۶)، موانع توزین روزانه و کنترل آدم بدن (۶۰ - ۱۲) است. جارسما (Jaarsma) و همکاران اعتبار و پایایی این ابزار را در پژوهشی در بیماران اروپایی نشان دادند (جارسما و همکاران، ۲۰۱۶).

در این مطالعه، جهت بررسی اعتبار درونی، از روش اعتبار محتوا استفاده گردید. بدین صورت که بعد از ترجمه پرسش‌نامه‌ها و ایجاد تغییرات لازم، در اختیار همکاران هیأت‌علمی دانشکده قرار گرفت و اعتبار آن تأیید گردید. برای سنجش پایایی ابزار، رویکرد سنجش ثبات داخلی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ بیش از ۸۰ درصد برآورد گردید. همین رویکرد در دو مقیاس آگاهی نارسایی قلب و باور نارسایی قلب نیز مورد استفاده قرار گرفت و به ترتیب آلفای کرونباخ ۰,۸۲ و ۰,۸۵ برآورد شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS ورژن ۲۲ انجام گردید. بررسی خصوصیات نمونه‌ها با استفاده از آمار توصیفی و بررسی ارتباط میان عوامل شناخته‌شده در مطالعات پیشین و پذیرش درمان با استفاده از آمار تحلیلی از جمله آزمون کای دو، ضریب همبستگی پیرسون، آزمون تی مستقل، آنووا و رگرسیون لجستیک انجام گرفت. در تجزیه و تحلیل داده‌ها جهت سنجش ارتباط بین برخی مشخصات فردی و بالینی بر پذیرش درمان بیماران به دو گروه پذیرش و عدم پذیرش تقسیم شدند. به این ترتیب، بیمارانی که در راستای پذیرش از پیشنهادها در حیطه‌های ملاقات با پزشک، رژیم دارویی، رژیم غذایی، محدودیت مصرف مایعات و ورزش تمام موارد یا اکثر موارد را پاسخ دادند. در گروه پذیرش و بیمارانی که پاسخ نیمی از موارد ندرتاً و هرگز پاسخ دادند، در گروه عدم پذیرش قرار گرفتند. در حیطه توزین روزانه بیمارانی که روزانه یا حداقل سه بار در هفته خود را وزن می‌کردند، در گروه پذیرش قرار گرفتند.

یافته‌ها

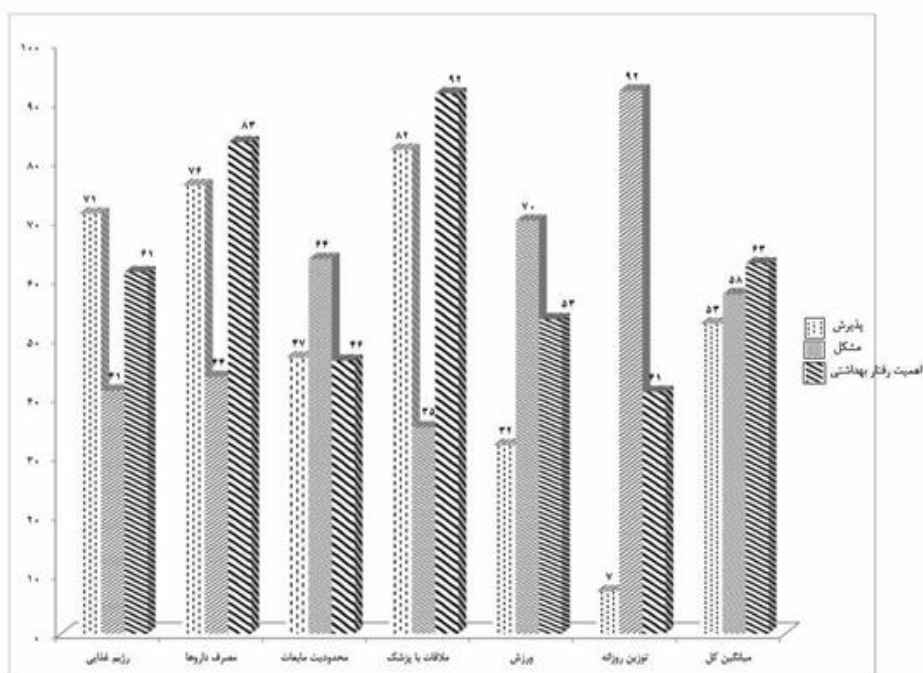
جدول شماره (۱) مشخصات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش را نشان می‌دهد. بر اساس این جدول، بیماران زن از نظر بیشترین گروه سنی ۷۰-۶۱ سال، از نظر تحصیلات ابتدایی، از نظر اشتغال خانه‌دار، متأهل و بیشتر زندگی با همسر و بعد زندگی با فرزندان، کسر تخلیه‌ای^۱ ۴۰-۳۱ درصد، کلاس دو بیماری، سابقه بستری یک تا سه بار و بیشتر سابقه ابتلا به فشار خون را داشتند.

جدول شماره (۱): برخی مشخصات فردی و بالینی بیماران زن مبتلا به نارسایی قلبی در بیمارستان‌های منتخب تبریز

متغیر	فراوانی	فراوانی نسبی
سن	کمتر از ۶۰ سال	۳۴
	۶۱-۷۰	۱۶۲
	۷۱-۸۰	۵۴
شغل	خانه‌دار	۱۴۴
	بازنشسته	۸۲
	ازکارافتاده	۲۴
تحصیلات	سیکل و کم‌سواد	۸
	ابتدایی و راهنمایی	۱۴۲
	دیپلم و بالاتر	۱۰۰
تأهل	متأهل	۱۴۰
	مطلقه و سایر	۱۵
	بیوه	۹۵
نوع زندگی	تنها	۳۱
	با همسر	۱۴۰
	با فرزندان	۷۹
شاخص کسر تخلیه‌ای	کمتر از ۳۰٪	۲۶
	۳۱٪-۴۰	۱۷۲
	۴۱٪-۵۰	۵۲
کلاس بیماری	۱	۳۳
	۲	۱۱۹
	۳	۹۸
سابقه بستری در بیمارستان	یک تا ۳ بار بستری	۲۰۲

سابقه بیماری زمینه‌ای		
بیش از سه بار	۴۸	۱۹/۲
فشار خون	۴۷	۱۸/۸
دیابت	۵۲	۲۰/۸
بیماری انسدادی مزمن ریه	۸	۳/۲
بیش از یک مورد	۱۴۳	۵۷/۲

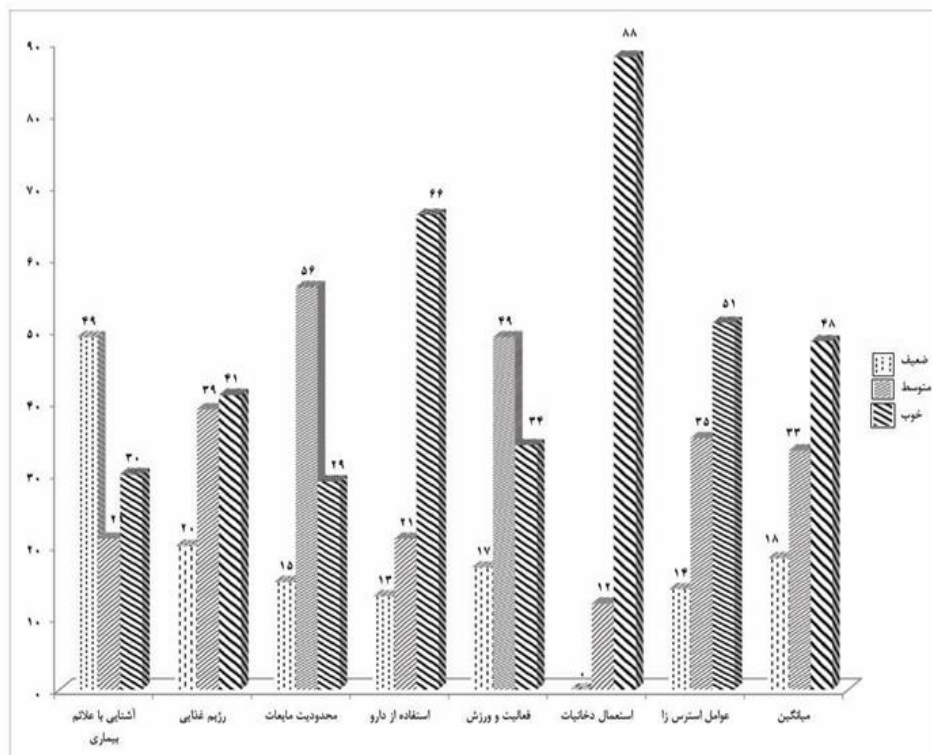
میانگین معیارهای پذیرش ۵۲,۵۴ درصد، میانگین مشکل ۵۷,۵۴ درصد و میانگین اهمیت رفتار بهداشتی ۶۲,۷۶ درصد بود. در حیطه‌های ملاقات با پزشک ۸۲ درصد، مصرف داروها ۷۶ درصد و رژیم غذایی کم‌نمک ۷۲,۲ درصد، محدودیت مایعات ۴۶,۸ درصد، ورزش ۳۲ درصد و توزین مرتب ۷,۲ درصد به ترتیب بیشترین میزان پذیرش وجود داشت. بیشترین واحدهای پژوهش ۹۲,۸ درصد توزین روزانه نداشتند. بیشترین مشکل واحدهای مورد پژوهش در مورد توزین روزانه ۹۲ درصد و در مورد ورزش کردن ۷۰ درصد بود. بیشترین اهمیت رفتار بهداشتی در مورد ملاقات با پزشک ۹۱,۵۱ درصد و مصرف داروها ۸۳,۲۶ درصد بود. جدول شماره (۲) و نمودار شماره (۱) پذیرش درمان، اهمیت و داشتن مشکل در شش حیطه را در واحدهای مورد پژوهش نشان می‌دهد.



نمودار شماره (۱) پذیرش درمان، اهمیت و داشتن مشکل در شش حیطه

جدول شماره (۲) پذیرش رژیم درمانی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی

حیطه‌ها	پذیرش		عدم پذیرش	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
رژیم غذایی کم نمک	۱۷۸	۷۱٫۲	۷۲	۲۸٫۸
مصرف داروها	۱۹۰	۷۶	۶۰	۲۴
محدودیت مایعات	۱۱۷	۴۶٫۸	۱۳۳	۵۳٫۲
ملاقات با پزشک	۲۰۵	۸۲	۴۵	۱۸
ورزش	۸۰	۳۲	۱۷۰	۶۸
توزین روزانه	۱۸	۷٫۲	۲۳۲	۹۲٫۸
پذیرش کلی	۱۷۰	۶۸	۸۰	۳۲



نمودار شماره (۲): میزان سطح آگاهی واحدهای مورد پژوهش

نمودار شماره (۲) میزان سطح آگاهی واحدهای مورد پژوهش از پذیرش رژیم درمانی است. میانگین امتیازات آگاهی در این پژوهش (۴۸/۴۳) در سطح بالا و (۳۳/۲۹) در سطح متوسط و (۱۸/۲۹) در سطح ضعیف قرار داشت. بیشترین پاسخ اشتباه مربوط به عدم آگاهی واحدهای پژوهش در مورد آشنایی با علایم و نشانه‌های بیماری نارسایی قلبی بود (۴۹ درصد ضعیف). اطلاعات ۵۶ درصد واحدهای پژوهش از محدودیت مصرف روزانه مایعات در سطح متوسط بود. در صورتی که ۶۶ درصد واحدهای مورد پژوهش اطلاعات کافی از مصرف داروهای روزانه داشتند. همچنین ۸۸ درصد واحدهای مورد پذیرش در مورد عدم استعمال دخانیات از سطح آگاهی بالا برخوردار بودند و در مورد فعالیت و ورزش سطح امتیازات ۴۹ درصد واحدهای مورد پژوهش در حد متوسط قرار داشت.

جدول شماره (۳): باورها (موانع و منافع) پذیرش رژیم درمانی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی

باورها (موانع و منافع) پذیرش رژیم درمانی

میانگین و انحراف معیار	موانع پذیرش	میانگین و انحراف معیار	منافع پذیرش
۲۰/۹۴ ± ۴/۱۳	رژیم غذایی (۵-۲۵)	۲۲/۷ ± ۲/۹۱	رژیم غذایی (۷-۳۵)
۸/۹۳ ± ۷/۲۷	رژیم دارویی (۷-۳۵)	۱۶/۵۲ ± ۳/۶۵	رژیم دارویی (۵-۲۵)
۳۳/۲۷ ± ۱۰/۱۴	توزین روزانه -۶۰ (۱۲)	۱۹/۳۴ ± ۴/۳۲	توزین روزانه (۶-۳۰)

باورها (موانع و منافع) پذیرش درمان در جدول شماره (۳) آمده است. میانگین منافع پذیرش رژیم غذایی ۲۲/۷ و رژیم دارویی ۱۶/۵۲ و توزین روزانه ۱۹/۳۴ بود. میانگین موانع پذیرش رژیم غذایی ۲۰/۹۴ و رژیم دارویی ۸/۹۳ و توزین روزانه ۳۳/۲۷ بود. بر اساس آزمون‌های آماری کای دو و تی مستقل، ارتباط میان پذیرش درمان و مشخصات دموگرافیک و بالینی، یافته‌ها نشان داد که میان پذیرش درمان با شغل، کسر تخلیه بطن و درجه بیماری، ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت ($p < 0.01$). پذیرش درمان بین بیمارانی که با خانواده زندگی می‌کنند، همچنین تحصیلات دیپلم و سابقه ابتلا به بیماری‌های زمینه‌ای نداشتند، بیشتر بود و این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود ($p < 0.01$). نتایج حاصل از بررسی همبستگی میان پذیرش درمان و آگاهی و باور بیماران نشانگر همبستگی معنی‌دار مثبت میان آگاهی و پذیرش درمان ($p < 0.01$)، باور و پذیرش درمان ($r = 0.421$ و $p < 0.01$)، آگاهی و باور ($r = 0.356$) و وجود داشت. تحلیل رگرسیون در مورد متغیرهای پیش‌بینی کننده پذیرش حاکی از آن بود که باور بیمار در مورد منافع کنترل آرم با نسبت شانس (۱/۱۲۹) بر احتمال پذیرش درمان مؤثر است. یعنی افزایش باور بیماران در مورد منافع کنترل آرم، پذیرش درمان می‌تواند ۱۲/۹ درصد از واریانس پذیرش

درمان را پیش‌بینی کند. متغیر مرحله نارسایی قلب به صورت معکوس و منفی تغییرات متغیر وابسته را پیش‌بینی می‌کند. به عبارتی با کاهش نارسایی قلب احتمال پذیرش رژیم درمانی به میزان ۰/۲۴ درصد افزایش می‌یابد (منظور ۷۶٪).

جدول شماره (۴): عوامل پیش‌بینی کننده متغیرها بر پذیرش درمان با استفاده از رگرسیون متغیر

متغیر	ضریب رگرسیون	P- Value	OR	CI با سطح معنی‌دار ۰,۰۵
موانع کنترل آدم بدن	۰/۹۴۳	۰/۰۰	۱/۰۰۵	۰/۵۷۴ - ۱/۱۱۸
منافع کنترل آدم	۰/۰۱۳	۰/۰۰	۱/۰۱۲	۱/۰۱۱۱ - ۱/۰۱۸
درجه نارسایی قلبی	۰/۱۴۳	۰/۰۱	۱/۱۶۵	۱/۰۷۴ - ۱/۲۰۵
مدت ابتلا به نارسایی قلبی	۰/۰۸۹	۰/۰۰	۱/۰۹۸	۱/۰۵۹ - ۱/۱۲۳

بحث

در این مطالعه که با هدف بررسی پذیرش رژیم درمانی و ارتباط باور بهداشتی و آگاهی، با پذیرش درمان در بیماران زن مبتلا به نارسایی قلب انجام گرفت، بیشتر واحدهای مورد پژوهش دارای سطح پذیرش متوسط بودند. در پژوهش دهقان‌زاده و همکاران عدم پذیرش درمان بیماران وجود داشت (دهقان‌زاده و همکاران، ۱۳۹۳). همچنین مغایر با پژوهشی در هلند بود که پذیرش کلی رژیم درمانی بیماران آن ۷۲ درصد بود (جاآرسما و همکاران، ۲۰۱۳). این اختلاف را می‌توان به علت متفاوت بودن خدمات ارائه‌شده توسط نظام سلامت در کشور و همچنین مشخصات دموگرافیک بیماران نسبت داد. در این مطالعه در میان شش حیطه پذیرش درمان، بیشترین پذیرش در مورد ملاقات با پزشک و دریافت دارو بود که در تأیید این نتیجه، شوایتزر و همکاران نشان داد بیشترین سطح پذیرش در مورد مصرف داروها بود که در میان رفتارهای مربوط به سبک زندگی، مصرف داروها، در بیماران مبتلا به نارسایی قلب راحت‌تر است (شوایتزر^۱ و همکاران، ۲۰۱۷). رعایت رژیم غذایی کم‌نمک کمتر از پذیرش مصرف دارو بود. چانگ و همکاران معتقد هستند علی‌رغم محدودیت سدیم در رژیم غذایی بیماران مبتلا به نارسایی قلب، عدم تبعیت از رژیم غذایی کم‌نمک همچنان بالا است. همچنین زندگی با همسر، یا با سایر اعضای خانواده موجب افزایش پیروی رژیم غذایی کم‌نمک می‌شود، مشروط به آن‌که افراد خانواده نیز این نوع رژیم را رعایت کنند (چانگ^۲ و همکاران، ۲۰۱۳). در این پژوهش بالا بودن تبعیت در این حیطه می‌تواند به این دلیل باشد که اکثر واحدهای این پژوهش با همسر یا فرزندان خود زندگی می‌کردند. کمترین میزان پذیرش رژیم درمانی، در حیطه ورزش و توزین روزانه بود. پژوهش‌ها نشان

1 -Schweitzer, R.D. (2017),

2 -Chung, M.L., (2013),

می‌دهد توصیه به انجام تمرینات ورزشی امروزه بخش مهمی از درمان بیماران مبتلا به نارسایی قلب محسوب می‌شود (واندروال و همکاران، ۲۰۱۶). بر اساس اصول راهنمای درمان، بیماران مبتلا به نارسایی قلب، باید توزین روزانه داشته باشند و در صورت افزایش وزن ناگهانی به پزشک مراجعه کنند. بر اساس نتایج این مطالعه، پژوهش نشان داد اگرچه ۸۷ درصد بیماران ترازو در منزل داشتند ولی ۴۰ درصد از آن‌ها توزین روزانه انجام می‌دادند. (جاآرسماتی و همکاران، ۲۰۱۴) در پژوهش ما ۷۰/۴۱ درصد واحدهای مورد پژوهش در منزل ترازو نداشتند که می‌تواند به علت عدم آگاهی از انجام توزین روزانه و لزوم خرید این وسیله باشد. که در این راستا عدم توجه مراقبین بهداشتی و پرستاران به ارائه اطلاعات لازم در این مورد به واحدهای مورد پژوهش تأکید کرد. پایین بودن رعایت محدودیت مایعات در مطالعه ما مغایر با مطالعه واندروال است که در آن ۷۲ درصد بیماران محدودیت مایعات را رعایت می‌کردند. در این پژوهش، میانگین سطح آگاهی واحدهای مورد پژوهش بالا بود و این یکی از عوامل مهم در پذیرش درمان محسوب می‌شود. داشتن تحصیلات اغلب واحدهای مورد پژوهش می‌تواند خیلی مؤثر باشد. از طرفی آموزش‌های لازم از جانب مراقبین بهداشتی وجود داشت. در مطالعه‌ای بیش از ۵۰ درصد بیماران از سطح متوسط دانش و آگاهی برخوردار بودند (واندروال و همکاران، ۲۰۱۶). ارتباط معنی‌دار میان میزان آگاهی بیماران و پذیرش درمان در این مطالعه حاکی از لزوم توجه پرستاران و سایر کارکنان بهداشتی به این مشکل و اتخاذ اقداماتی جهت افزایش سطح آگاهی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی است. در مطالعه پانگ و چانگ نیز فقط ۳۰ تا ۳۹ درصد بیماران فشار خون بالا به کنترل فشارخون در راستای اهداف درمان دست یافته‌اند. درحالی‌که ۶۵ درصد از آن‌ها بعد از مدتی مصرف دارو را قطع کرده و یا کمتر از مقدار تجویز شده، مصرف کرده بودند. در چنین شرایطی لازم است که کادر درمان از روش‌های مناسب جهت تغییر عوامل خطر ساز در ایجاد بیماری‌های قلبی عروقی متعهد باشند (پانگ و چانگ، ۲۰۱۶). همچنین در مطالعه سول و همکاران تأثیر ارتقای پذیرش رژیم درمانی بر فعالیت فیزیکی و رژیم غذایی بیماران قلبی عروقی معنی‌دار بوده اما در مورد توقف مصرف سیگار و کاهش مصرف الکل معنی‌دار نبود (سول بی‌جی^۲ و همکاران، ۲۰۱۵) در مطالعه وود و همکاران برنامه آموزش تغییر در سبک زندگی خانواده‌محور در بیماران عروق کرونری بستری در بیمارستان موجب کاهش فشار خون شده ولی در توقف مصرف سیگار و کاهش چربی خون مؤثر نبوده است (وود^۳ و همکاران، ۲۰۱۷). در پژوهشی دیگر حس مسؤولیت‌پذیری بیمار و خانواده نسبت به سلامتی را عامل تغییر سبک زندگی و پیشگیری از عوارض بعدی دانسته‌اند (واحدیان و همکاران، ۲۰۱۵). تقویت حس توانستن عامل مهمی در تغییر عقاید قلبی بیماران و انتخاب سبک زندگی سالم و مؤثر قلمداد می‌شود (سول بی‌جی و همکاران، ۲۰۱۵). در پژوهشی بین وضعیت تأهل و پذیرش درمان ارتباط معنی‌دار مستقیم وجود داشت (منصوری و همکاران،

1 -Pang, S.W., Chang,

2 -Sol, B.G., (2014)

3 -Wood, D.A 2017

(۱۳۹۷). مطالعه دیگری نیز نشان داد که شرکت‌کنندگان متأهل در رعایت تبعیت درمان مراقبتی، بهتر از شرکت‌کنندگان غیر متأهل بودند (تانگ^۱ و همکاران، ۲۰۱۴). مارتی^۲ و همکاران در مطالعه خود، ارتباط آماری معنی‌داری را بین وضعیت تأهل و خودمراقبتی مشاهده نکردند (مارتی و همکاران، ۲۰۱۳). این تفاوت در یافته‌ها می‌تواند ناشی از تفاوت‌های فرهنگی و حمایت‌های جدی همسران در ایران باشد که از طریق کمک به تغییر شیوه زندگی و کاهش استرس بر وضعیت تبعیت رژیم درمانی بیماران تأثیر می‌گذارد (منصوری و همکاران، ۱۳۹۶).

همچنین در این پژوهش بین باور بیماران از منافع و منابع پذیرش درمان ارتباط معنی‌دار مشاهده شد. در مطالعه‌ای که از مطالعه باور بهداشتی جهت بررسی پذیرش بیماران استفاده شد، پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که علاوه بر آگاهی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، باورهایشان در مورد رژیم دارویی و رژیم غذایی هم با تبعیت آنان از رژیم درمانی ارتباط دارد. مطالعات نشان می‌دهد که با تشدید نارسایی قلبی، پذیرش بیماران کاهش می‌یابد. آلسکو و همکاران معتقدند عوامل متعددی از جمله شدت نارسایی قلبی با تبعیت ضعیف از رژیم درمانی ارتباط دارد (آلسکو^۳ و همکاران، ۲۰۱۲). در این مطالعه با افزایش دوره بیماری و سابقه بیماری، پذیرش بیماران نیز زیاد می‌شد که می‌تواند به علت افزایش آگاهی و شناخت بیماران نسبت به بیماری خود باشد. در مطالعه حاضر ارتباط میان پذیرش درمان و تحصیلات معنی‌دار و مستقیم بود. ارتباط پذیرش درمان و تأهل و نوع زندگی مشخص گردید و بیشترین پذیرش درمان در افراد متأهل و کمترین در افراد مطلقه و تنها بود. با توجه به این که مراقبت و درمان این بیماری، هزینه سنگینی به بیماران و خانواده آن‌ها وارد می‌کند مسلماً داشتن شغل و توانایی پرداخت هزینه‌های بیماری عاملی مؤثر بر پذیرش درمان بیماران است (استرامبرگ^۴ و همکاران، ۲۰۱۴).

در پژوهش حاضر، همبستگی معنی‌دار و مثبت بین پذیرش درمان و آگاهی بیماران وجود داشت. در همین راستا در مطالعه‌ای که درباره آگاهی بیماران از رفتارهای خودمراقبتی انجام گرفت، آگاهی پایین بیماران با خطر بیشتر بستری در بیمارستان و خودمراقبتی کمتر همراه بود (رودریگوز و آرتلجو^۵، ۲۰۱۴). این نتیجه تأکیدی است بر اهمیت نقش مراقبین بهداشتی در ارتقای دانش و آگاهی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی. علاوه بر آگاهی، باور بیماران در مورد رژیم درمانی نارسایی قلب نیز با پذیرش درمان ارتباط معنی‌دار داشت. مطالعات مختلف نشان داده‌اند که باورهای بیماران در مورد داروها و رژیم غذایی از جمله عوامل مؤثر بر پذیرش درمان است و باور داشتن به منافع رژیم دارویی و پذیرش بیماری تأثیر مثبتی بر پذیرش درمان بیمار دارد (آونجلیستا^۶ و همکاران، ۲۰۱۴).

1 -Tung, H.,

2 - Marti,C.

3 -Alosco, M.L. (2012),

4 -Stromberg, A. (2014),

5 -Rodriguez, Artalejo, F.,, (2014),

6 -Evangelista, L.S., (2014)

بر اساس نتایج مطالعه‌ای تبعیت از رژیم درمانی و برنامه‌های خودتدبیری موجب بهبود فعالیت جسمی در بیماران قلبی می‌شود. شابولی^۱ و همکاران در مطالعه^۲ خود پس از اجرای برنامه خودمراقبتی با افزایش معنی‌دار وضعیت فعالیت جسمی در گروه آزمون مواجه شدند (شیولی^۳، ۲۰۱۰). مطالعه^۳ کاوه و همکاران نشان داد که اجرای برنامه خودمراقبتی و پیروی از رژیم درمانی در گروه آزمون به‌طور مؤثری موجب بهبود فعالیت جسمی بیماران می‌شود (سواکوهی^۳، ۲۰۱۲). در پژوهشی تحت عنوان اجرای گروهی برنامه خودتدبیری با هدایت پرستار در بیماران مبتلا به نارسایی قلب انجام گرفت، نشان داد که بلافاصله پس از اجرای برنامه خودتدبیری بهبودی در بعد فعالیت جسمی به‌طور معنی‌دار وجود داشت. ولی در بررسی‌های ۶ و ۱۲ ماهه پس از اجرای برنامه نتایج معنی‌داری مشاهده نگردید (اسمولدر و همکاران، ۲۰۱۵).

نتیجه‌گیری

در سراسر دنیا، خدمات سلامتی به روش بیمار محور است و زیربنای این کار، مشارکت بیماران در ارتقای سطح سلامتی است. تبعیت از رژیم درمانی، روشی را ارائه می‌دهد که در آن بیمار در ارتقای سلامتی، پیشگیری از بیماری و کنترل موفقیت‌آمیز بیماری خود نقش مهم ایفا می‌کند. از این رو ارتقای آگاهی بیماران در مورد نارسایی قلبی برای کارکنان درمانی و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی امری ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین مراقبین بهداشتی با استفاده از مداخلات آموزشی، می‌توانند به اجرای کامل و گسترده تبعیت از رژیم درمانی و تغییرات سبک زندگی کمک کنند. به این دلیل حمایت کامل و جامع از سوی مجریان سلامتی در جامعه، در این راستا ضروری است. همچنین پی بردن به روش‌های مؤثر جهت افزایش تبعیت درمان در بیماران زن مبتلا به نارسایی قلبی جهت تغییر باور آن‌ها درباره رژیم درمانی توصیه می‌گردد. از این رو باید مداخلاتی در جهت تقویت درک بیماران از منافع و کاهش موانع، طراحی و آزمایش گردد. تأثیر این برنامه بر متغیرهای دیگری همانند استرس و اضطراب بیماران مبتلا به نارسایی قلبی سنجیده شود. از آنجاکه این برنامه پس از ترخیص این بیماران از بیمارستان انجام می‌شود، پیشنهاد می‌گردد جهت پایداری بهتر بیماران به برنامه درمانی در پژوهش‌های آتی به همراه یکی از اعضای خانواده صورت گیرد. محدودیت‌های این پژوهش، شامل محیط پژوهش بود که تنها یک گروه را در برمی‌گرفت و منجر به محدودیت تعمیم‌پذیری یافته‌ها می‌شود.

1 - Shaboli

2 - Shively, M.J., 2010,

3 - Savadkoochi, k., 2012

تشکر و قدردانی

از کلیه بیمارانی که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر می‌گردد. همچنین از تمامی کارکنان و مسؤولان بیمارستان‌های محل انجام پژوهش که ما را در این طرح یاری کردند، تقدیر و تشکر می‌گردد.

References

- Abbasi, A., Asayesh, H., Hoseini, A., Ghorbani, M., Abdollahi, A., Rouhi, G., (2016), The Relationship between Functional Ability and Quality of Life in Patients with Heart Failure, *Iran Southern Medical Journal*, 13(9), p:13-40. [In Persian]
- Abotalebi, G., Vosooghi, N., Mohammadnejad, E., Namadi, M., Akbari, m., (2012), Study of the Self-care Agency in Patients with Heart Failure, *Journal of Critical Care Nursing*, 4 (4), p: 203-208.
- Ahrari, S.E., (2015), The Relationship between Depression and Adherence to Treatment Regimens in Patients with Type 2 Diabetes Admitted to 29 Bahman Hospital in Gonabad, *Scientific Research Journal of Shahed University*, 22 (17), p: 71 – 77. [In Persian]
- Alosco, M.L., Spitznagel, M.B., Vandulmen, M., Raz, N., Cohen R, Sweet, I.h., etal, (2012), Cognitive Function and Treatment Adherence in Older Adults with Heart Failure, *Psychosom Med Journal*, 74 (9), p: 65-74.
- Alosco, M.L., Spitznagel, M.B., Vandulmen, M., Raz, N., Et al. (2012), Cognitive Function and Treatment Adherence in Older adults with Heart Failure, *Psychosomatic Medicin Journal*, 74 (9), p: 965-973.
- Amin, Amin., (2020), International Heart Failure Congress, [Http://www.YJC.ir/news](http://www.YJC.ir/news).
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., Hainsworth, J., 2012, Self-Management Approaches for People with Chronic Conditions, *Patient Educations Journal*, 48 (10), p: 177-187.
- Black, G., Davis, B.A., Heathcotte, K., Mitchell, N., Sanderson, C., (2016), The Relationship between Spirituality and Compliance in Patients with Heart Failure, *Progress Cardiovascular Nursing*, 21 (1), p: 128-133.
- Bosworth, H.B., (2014), Two Self – management Interventions to Improve Hypertension Control: A Randomized Trial. *Annals of Internal Medicine*, 151 (10), p: 687 – 695.
- Browne, T., Merighi, J.R., (2015), Barriers to Adult Hemodialysis Patients Self-management of Oral Medications, *American Journal of Kidney Disease*, 56 (3), p: 547 – 557.

Buckle, J., Sharkey, p., Myriski P., Smout, R., Horn, S., (2017), Improving Outcomes for Patients Hospitalized with CHF, *Managed Care Quarterly*, 10 (6), p: 30-40.

Carlson, B., Riegel, B., Moser, D., (2011), Self-care Abilities of Patients with Heart Failure, *Heart and Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 30 (5), p: 351 - 359.

Cheraghi, M., Davari, dolatabadi, E., Salavati, M., Moghimbeigi, A., (2012), Association between Perceived Social Support and Quality of Life in Patients with Heart Failure, *Iran Journal of Nursing*, 25 (75), p: 21-31. [In Persian]

Chung, M.L., Lennie, T.A., Dejong, M., W.U., Riegel, B., Moser, D.K., (2018), Patients Differ in their Ability to Self monitor Adherence to a Low-sodium diet versus Medication, *Journal of Cardiac Failure*, 14 (5), p: 114-120.

Chung, M.L., Moser, D.K., Lennie, T.A., (2013), Adherence to the Low Sodium Diet in Patients with Heart Failure is Best when Family members also Follow the Diet. *Journal of Cardiac Failure*, 15 (9), p: 43-53.

Connell, J.B., (2014), The Economic Burden of the Heart Failure, *Clinical Cardiology*, 23 (3), p: 15-24.

Dehganzadeh, Shadi., Jaefaragae, Fatemeh., Shishegaran, Maesume., (2015), Treatment Admission and Effective factors in Heart Failure Patients, *Nursing Research*, 9 (4), p: 36-46. [In Persian]

Evangelista, L.S., Berg, J., Dracup, K., (2014), Relationship between Psychosocial Variables and Compliance in Patients with Heart Failure, *Heart and Lung Journal*, 30 (4), p: 294-301.

Evangelista, L.S., Dracup, K.A., (2014), Closer Look at Compliance Research in Heart Failure Patients in the Last decade, *Progressive Cardiovascular Nursing*, 15 (3), p:97-103.

Franco, G., Biagio,F., Battista, Z.G., Giuseppe, S., Ercole, V., (2014), Adherence to Guidelines in the Treatment of Patients with Chronic Heart Failure, *Journal of Cardiovascular Medicine*, 15 (1), p: 491-7.

Hamidi, Azar., Rshidlamir, Amir., Khanjei, Rambod., (2020), The Effect of Aerobic-resistance Training on Plasma Levels of bFGF in coronary Artery Disease After CABG, *Journal of Arak University of Medical Science*, 23 (3), p: 314 -324.

Hekmatpour, D., Mohammadi, E., Ahmadi, f., Arefi, S.H., (2015), Termination of professional responsibility: Exploring the process of discharging patients with Heart Failure from hospitals, *International Journal of Nursing practice*, 16 (3), p: 389-96. [In Persian]

Hekmatpour, D., Mohammadi, E., Ahmadi, F., Arefi, S.H., (2018), Non-Compliance factors of Congestive Heart Failure Patient Readmitted in Cardiac Care Units, *Iranian Journal of Critical Nursing*, 3(4), P: 91-98.

Heo, S., Moser, D.K., Lennie, T.A., Riegel, B., Chung, M.L., (2013), Gender differences and Factors related to Self-care Behaviors: A Cross-sectional Correlational Study of Patients with Heart Failure. *International Journal of Nursing Studies*, 45 (12), p: 1807-1815.

Heo, S., Moser, D.K., Lennie, T.A., Zambroski, C.H., Chung, M.L., (2017), A Comparison of Health – related Quality of Life between Older adults with Heart Failure and Healthy Older adults, *Heart and Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 36 (1), p: 36 (10). P: 16-24.

Heydan, J., (2018), *Introduction to Health Behavior Theory*, London, Jones and Bartlett Publishers.

Jaarsma, T., Abusaad, H.H., Dracup, K., Halfens, R., (2014), Self-care Behavior of Patients with Heart Failure, *Scandinavian Journal of Caring Science*, 14 (2), p: 112-119.

Jaarsma, T., Nikolova-simons, M., Vanderwal, M.H., (2012), Nurses, Strategies to Address self- care aspects related to Medication; Adherence and Symptom Recognition in Heart Failure patients: An In depth look, *Heart and Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 21 (32), p: 583-930.

Jaarsma, T., Stromberg, A., Matensson, J., Dracup, K., (2013), Development and Testing of the European Heart Failure Self-care Scale, *European Journal of Heart Failure*, 5 (3), p: 363-370.

Joekes, k.S., Maes, M., (2017), Predicting Quality of Life and Self – management from Dialyze Support and Overprotection after Myocardial Infarction, *British Journal of Health Psychology*, 12 (4), p: 473 -489.

Karimi, S., Javadi, M., Jafarzadeh, F., (2012), Economic Burden and Costs of Chronic Disease in Iran and the World, *Health Information Management*, 8 (7), P: 84-96. [In Persian]

Kato, n., Kinugawa, K., Ito, N., Yao, A., Watanabe, M., Imai, Y., et al. (2015), Adherence to Self-care Behavior and Factors related to this behavior among patients with Heart Failure in Japan, *Heart and Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 38 (1), p: 398-409.

Kessing, D., Denollet, J., Widdershoven, J., Kupper, N., (2016), Fatigue and Self-care in Patients with Chronic Heart Failure, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15 (5), p: 337-344.

Kommuri, N.V., Johnson, M.L., Koelling, T.M., Relationship between Improvements in Heart Failure Patient Disease Specific Knowledge and

Clinical Events as part of a Randomized Controlled Trial, Patient Education Counseling, 86 (2), p: 233-238.

Lehan, E., Mccarthy, G., (2017), Intentional and Unintentional Medication Non-adherence: A Comprehensive Framework for Clinical Research and Practice: A Discussion paper, International Journal of Nursing Studies, 44 (8), p: 77-96.

Leong, K., Goh, P., Chag, B., Limgamanaicker, J., (2017), Heart Failure Cohort in Sinapore with Defined criteria: Clinical Characteristics and Prognosis in a multi-ethnic hospital based Cohort in Singapore, Singapore Medical Journal, 48 (17), p: 407-414.

Lorig, K.R., Sobel, D.S., Stewart, A.L., Brown, J.R., Bandura, A., Ritter, P., (2016), Evidence Suggesting that A Chronic Disease Self-Management Program can Improve Health Status while Reducing Hospitalization: A Randomized Trail, Medical Care Journal, 37 (5), P: 5-14.

Lorig, K.R., Sobel, D.S., Stewart, A.L., Brown, J.R., Bandura, A., Ritter, P., (2012), Evidence Suggesting that a Chronic Disease self-management Programs Improve Health status while Reducing Hospitalization: A Randomized Trail, Med Care Journal, 5 (12), p: 5-14.

Mansouri, K.H., Hasavari, F., Sedghi, Sabet, M., Kazemnejade, L., (2018), Self-care Status and its Related Factors in Patients with Heart Failure, Journal of Health and Care, 19 (4), p: 232 – 241. [In Persian]

Marti, C., Georgiopoulou, V., Giamouzis, G., Cole, R., Deka, A., Tang, W., (2013), Patient reported Selective Adherence to Heart Failure Self-care Recommendations: A Prospective Cohort Study, The Atlanta Cardiomyopathy Consortium, Congestive Heart Failure, 19 (1), p: 16 -24.

Mukotekwa, C., Carson, E., (2017), Improving the Discharge Planning Process: A Systems Study, Journal of Research in Nursing, 12 (3), P: 67-86.

Niakan, M. (2012), Study of Effect of Depressive symptoms severity on Self-care Behavior in Patients Experienced Myocardial Infarction in the first 30 days in Dr.Heshmat Hospital 1390 – 91 [Thesis for Master degree in Nursing], Guilan University of Medical Science: Shahid Beheshti College of Nursing and Midwifery.

Oksel, E., Akbiyik, A., Kocak, G., (2014), Self-care Behavior Analysis of Patients with Chronic Heart Failure, European Journal of Cardiovascular Nursing, 31 (7), p: 22-43.

Pang, S.W., Chang, A., (2014), Psychosocial Correlates of Fluid Compliance among Chinese Hemodialysis patients, Advance Nursing Journal, 35 (3), p: 691-698.

Parvizi, Rezayat., (2020), The 17th Heart Health Congress, Iranian Students News Agency. [Http://www.isna.ir/news](http://www.isna.ir/news).

Pasma, A., Schenk, L., Timman, R., Vants, S.A., Apple, C., Noort, Vanderland, W., (2015), Does Non-adherence to DMRARDs Influence Hospital related Health-care Costs for Early Arthritis in the First year of Treatment? Non Adherence to Disease Modifying Anti-rheumatic Drugs in Early Arthritis, *Journal of Clinical Nursing*, 39 (1), P:32 -42.

Rahimi, F., Gharib, A., Beyrami, M., Naseri, O., (2014), Effect of Self-care Education on Self-Efficacy in Patients Undergoing Hemodialysis, *Life Science Journal*, 11 (1), p: 136 – 140.

Riegel, B., Dickson, V., Cameron, J., (2010), Symptoms Recognition in Elders with Heart Failure, *Journal of Nursing Scholarship*, 42 (10), p: 92-105. [In Persian]

Rifkin, D.E., Laws, M.B., Rao, M., Balakrishnan, V., Sarnak, M.J., Wilson, I.B., (2016), Medication Adherence Behavior and Priorities Among Older Adults with CKD: A Semi-structured Interview Study, *American Journal of Kidney Disease*, 56 (3), p: 439 – 446.

Rodriguez, Artalejo, F., Guallar, Castillon, P., Montoto, Otero, C., Conde, Herrera, M., Carreno, Ochoa, C., Tabuenca Martin, A.I., (2014), Self-care Behavior and Patients' Knowledge about Self-care Predict Re-hospitalization among Older Adults with Heart Failure, *Revista Clinical Espanola*, 6 (4), p: 269-275.

Roger, V.L., Goas, Loyd-Jones, D.M., Benjamin, E.J., Berry, J.D., Borden, W.B., et al., (2016), Heart disease and Stroke statistics, *American Heart Association Journal*, 2 (2), p:125-147.

Royani, Z., Rayyani, M., Vatanparast, M., MahdaviFar, M., Goleij, J., (2015), The Relationship between Self-care and Self-efficacy with Impowerment in Patients Understanding Hemodialysis, *Military Caring Science*, 1 (2), p: 116 – 122.

Ruf, V., Sterwaet, S., Pretorius, S. Kubheka, M., Lautenshilager, C., Presek, P., Sliwa, K., (2017), Medication Adherence, Self-care Behavior and knowledge on Heart Failure Topics, *Cardiovascular Journal of Africa*, 21 (5), p: 86-92.

Salehi, Z., Norouzi, Tabrizi, K., Hoseini, M., Sedghi, G.N., Soltani, P., (2017), Study of the Correlation between Medication Adherence and Quality of Life of Rheumatoid Arthritis Patients. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*, 6 (2), p: 1 – 13. [In Persian]

Savadkoohi, k., (2012), A Survey of the Effect of Self – Management program on Self-Efficacy and Control of Disease in Hyper tensive patients, *Jornal of Mazandaran University of Medical Science*, 1 (1), p:23 -30. [In Persian]

Schweitzer, R.D., Head, K., Dwyer, J.W., (2017), Psychological Factors and Treatment Adherence Behavior in Patients with Chronic Heart Failure, *Journal of Cardiovascular Nursing*, 4 (1), p: 76-83.

Shively, M.J., (2010), Effect of Patient Activation on Self –management in Patients with Heart Failure, *Journal of Cardiovascular Nursing*, 28 (1), p: 20 - 34

Shojaei, F., Asemi, S., Najafi, y., Hossini, F., (2010), Self-care Behaviors in Patients with Heart Failure, *Payesh Journal*, 8 (4), p: 361-369. [In Persian]

Siabani, S., Leeder, S.R., Davidson, P.M., Najafi, F., Hamzeh, B., et al. (2014), Translation and Validation of the Self-care of Heart Failure Index, *Hypertention Journal*, 3 (7), p: 106-123. [In Persian]

Smeulders, E.S., (2015), Nurse-led Self-management group Programme for Patients with Congestive Heart Failure: Randomized Controlled Trial, *Journal of Advanced Nursing*, 66 (7), p: 1487-99.

Sol, B.G., Graaf, y.v., Peterson, R.V., Visseren, F.L., (2014), The Effect of Self-Efficacy on Cardiovascular Lifestyle, *European Cardiovascular Journal*, 10 (1), p: 1-7.

Sol, B.G., Vander, B., Banga, J.D., Visseren, F.L., (2015), Vascular Risk Management throught Nurse-led Self-Management programs, *Vascular Nursing Journal*, 23(1), P:20-24.

Stromberg, A., Ahlen, H., Fridlund, B., Dahlstrom, U., (2014), Interactive Education on CD-ROM: A new Tool in the Education of Heart Failure Patients, *Patient Education and Counseling*, 46 (1), p: 75-81.

Thomas, C.M., (2017), The Influence of Self-Concept on Adherence to Recommended Health Regimens in Adults with Heart Failure, *Journal of Cardiovascular Nursing*, 22 (5), p: 405-416.

Tung, H., Chen, S., Yin, W., Cheng, C., Wang, T., Wu, S., (2012), Self-care Behavior in Patients with Heart Failure in Taiwan, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 11 (2), p: 175 – 182.

Vahedian, A., Alhani, F., Ahmadi, F., Kazemnejad, A., (2015), Effect of Family Centered Empowerment model on the Life Style of Myocardial Infarction Patients, *Spacial Care Nursing Journal*, 2 (4), p: 127-132. [In Persian]

Vanderwal, M.H., Jaarsma, T., Moser, D.K., Vangilt, W. H., Vanveldhusen, D.J., (2012), Qualitative Examination of Compliance in Heart Failure patients in the Netherlands, *Heart and Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 39 (5), p: 121-130.

Vanderwal, M.H., Jaarsma, T., Moser, D.K., Veeger, N.J., Vangilst, W.H., Vanveldhuisen, D.J., (2016), Compliance in Heart Failure Patients:

The Importance of Knowledge and Beliefs, *European Heart Journal*, 27 (4), p: 434-440.

Vanderwal, M.H., Jaarsma, T., Vanveldhuisen, D. J., (2016), Non – Compliance in patients with Heart Failure: How we can manage it? *European Journal of Heart Failure*, 7 (1), p: 5-17.

Wood, D.A., Kotseva, k., Connolly, S., Jennings, C., Mead, A., Jones, J., (2017), Nurse Coordinated Multidisciplinary: Family-based Cardiovascular Disease Prevention Program for Patient with Coronary Heart Disease and Asymptomatic Individuals at High Risk of Cardiovascular disease: A paired cluster randomized controlled trial, *Lancet*, 37(1), p:199-213.

Wu, J.R., Moser, D.K., Chung, M.L., Lennie, T.A., (2018), Objectively Measured, but not Self-reported, Medication Adherence Independently Predicts Event-free Survival in Patients with Heart Failure, *Journal of Cardiac Failure*, 14 (6), p: 203-210.

Zakeri, M.M., Ebrahimi, S., Shahsavari, H., Haghani, H., (2017), The Effect of Self - management Program after Discharging on Therapeutic Adherence in Patient with Ischemic Heart Disease, *Iranian Journal of Nursing Research*, 11 (1), p: 1712 -35. [In Peasian].

Associated factors about Treatment regime Compliance and correlation with Health beliefs and Knowledge in Woman patients with Chronic Heart Failure

Nayele Ezzati¹

Abstract

Introduction: Heart failure as one of the most common chronic disease in the world imposes high costs on health system. Promotion of treatment regimen compliance is more effective factor in order to prevent heart failure and increase the survival of patients. This study was conducted to determine heart failure compliance with treatment regimen and related factors including health belief and knowledge.

Methods: This study was a descriptive – analytic one 250 women patients with chronic heart who completed the questionnaire, that included 4 sections of demographic and clinical variables, revised heart failure compliance, heart failure knowledge scale and heart failure belief scale. Data analyses were performed using descriptive and analytical statistical methods, independent t test, ANOVA, chi-2, Pearson correlation coefficient tests, and logistic regression by the software SPSS version 22.

Results: Most of the patients had a moderate level of compliance from their treatment regime and good knowledge about their illness. There was a significant relationship between patients' belief and compliance advantages and disadvantages. The results showed a significant relationship between some demographic characteristics and treatment regime.

Conclusion: In this research, compliance with medication, sodium restriction, physician visit were high. Most of the patients had a little knowledge about their illness self-care. Emphasis in self-care methods such as daily weighting, the kinds of self-controlling in order to prevent worsening signs and symptoms of heart failure is particularly important.

Key word: Treatment regime, Compliance, Woman patients, Chronic Heart Failure, Health beliefs, Knowledge.

¹ . Science member(Instructor), Department of Nursing, Operating room and Anesthesia, Department of Medical, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran. ne_ezzati@iaut.ac.ir