

## پذیرش درمان و عوامل مؤثر بر آن در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی

شادی دهقانزاده<sup>۱</sup>، فاطمه جعفرآقایی<sup>۲</sup>، معصومه شیشه‌گران<sup>۳</sup>

### چکیده

**مقدمه:** در سال‌های اخیر شیوع نارسایی قلب و میزان بستری در بیمارستان به دلیل تشدید نشانه‌های بیماری افزایش یافته است. ارتقای پذیرش رژیم درمانی رویکردی مؤثر در جهت پیشگیری از نارسایی قلب و افزایش بقای بیماران است. این مطالعه با هدف بررسی پذیرش درمان و عوامل مرتبط با آن شامل باور بهداشتی و آگاهی در بیماران مبتلا به نارسایی قلب انجام گرفته است.

**روش:** یک طرح توصیفی-همبستگی طراحی گردید و ۳۰۰ بیمار مبتلا به نارسایی مزمن قلبی پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. پرسشنامه‌ها شامل ۴ بخش متغیرهای دموگرافیک و بالینی، «پرسشنامه اصلاح شده پذیرش درمان نارسایی قلب»، «مقیاس آگاهی نارسایی قلب» و «مقیاس باور نارسایی قلب» بود. اطلاعات جمع‌آوری شده با آمار توصیفی و استنباطی (کای‌دو، ضریب همبستگی پیرسون، تی‌مستقل، آنووا و رگرسیون لجستیک) در نرم‌افزار SPSS v.۱۲ تجزیه و تحلیل گردید.

**یافته‌ها:** اکثریت نمونه‌های پژوهش (۷۷/۷٪) دارای عدم پذیرش از رژیم درمانی بوده و همچنین اکثریت (۸۸/۸٪) نیز آگاهی کمی از نارسایی قلب داشتند. نتایج حاکی از آن بود که میان پذیرش رژیم درمانی و تحصیلات ( $p=0/00$ )، شغل ( $p<0/001$ )، کسر تخلیه بطن چپ ( $p=0/00$ )، کلاس بیماری ( $p=0/00$ )، آگاهی ( $p<0/01$ ) و باورهای بیماران ( $p<0/01$ ) ارتباط معنادار وجود دارد.

**نتیجه‌گیری:** در این مطالعه پذیرش در حیطه‌های رژیم دارویی، محدودیت سدیم و قرار ملاقات با پزشک بالا بود. اکثریت بیماران آگاهی کمی درباره بیماری خود و رژیم نارسایی قلب داشتند. تأکید بر استراتژی‌های خودمراقبتی (مثل توزین روزانه) و توضیح به بیمار درباره چگونگی واکنش به افزایش وزن و توجه به خودکنترلی (مثل پذیرش یک رژیم دیورتیک قابل انعطاف) در جهت پیشگیری از تشدید نشانه‌های نارسایی قلب از اهمیت به‌سزایی برخوردار است. مداخلات نیز باید در راستای مشکلات تجربه شده توسط بیماران، طراحی شوند.

**کلید واژه‌ها:** پذیرش درمان، نارسایی قلب، خودمراقبتی

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۹/۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۴/۱۴

۱ - کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت، رشت، ایران

۲ - استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: fja\_a80@yahoo.com

۳ - کارشناس پرستاری، مدیر پرستاری دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

## مقدمه

نارسایی قلب یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن در کشورهای توسعه یافته شناخته شده است، به طوری که در ایالات متحده تبدیل به یک اپیدمی شده و ۵/۱ میلیون آمریکایی به این بیماری مبتلا بوده و سالانه نیز ۸۲۵۰۰۰ مورد جدید نیز به آن اضافه می‌شود (۱). شیوع نارسایی قلب در ایران ۳۵۰۰ مورد به ازای ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت گزارش شده است که سه برابر بیشتر از شیوع این بیماری در آمریکا است. در عین حال پیش‌بینی شده تعداد مبتلایان به نارسایی قلب به علت افزایش جمعیت سالمندان و برنامه‌های درمانی موفقیت‌آمیز که منجر به کاهش مرگ و میر می‌شود، افزایش نیز پیدا کند (۲). اگرچه اطلاعات محدودی درباره بیماران ایرانی مبتلا به نارسایی قلب در دست است، اما با توجه به بستری‌های مکرر احتمالاً بار مالی بیماری قابل قیاس با کشورهایی همچون آمریکا است (۵) که بین ۱ تا ۲٪ از کل بودجه مراقبت بهداشتی را به خود اختصاص می‌دهد (۶).

یکی از مشکلات شایع در بیماران مبتلا به نارسایی قلب، بستری‌های مکرر در بیمارستان به دلیل تشدید نشانه‌های بیماری است (۳) و علت اصلی این بستری شدن‌ها، کمبود رفتارهای خودمراقبتی مثل تبعیت از رژیم درمانی است (۴). زیرا این بیماران علاوه بر درمان‌های دارویی که منجر به کند شدن سیر بیماری، تسکین نشانه‌ها و طولانی کردن بقای آنان می‌شود، باید از اصول راهنمای پذیرفته شده برای درمان‌های غیردارویی شامل محدودیت مصرف سدیم و مایعات، انجام تمرینات منظم ورزشی، مانیتورینگ و شناسایی نشانه‌های بیماری از طریق توزین روزانه و بررسی اندام‌ها از نظر احتباس مایعات، ویزیت‌های پزشکی مستمر، محدودیت مصرف الکل و نیکوتین و دریافت منظم واکسن آنفلوانزا و پنومونی نیز تبعیت کنند (۷ و ۸).

واژه‌های تبعیت و پذیرش درمان به صورت مترادف به کار می‌روند، تنها تفاوت اصلی میان این دو واژه اینست که تبعیت نیازمند موافقت بیمار با توصیه‌های بهداشتی است. به دلیل کاربرد جهانی پذیرش درمان (۸)، پژوهشگران در این مقاله از واژه پذیرش درمان استفاده می‌کنند.

پذیرش رژیم درمانی چالشی جدی برای بیماران و ارایه‌دهندگان مراقبت بهداشتی محسوب می‌شود، زیرا نیازمند پذیرش رفتارهای خودمراقبتی چندگانه است (۹). عدم پذیرش رژیم‌های درمانی همچنان به عنوان مشکلی

اساسی در بیماران مبتلا به نارسایی قلب پابرجاست (۱۰). مطالعات نشان می‌دهد که بسیاری از بیماران به طور عمد یا غیرعمد از درمان‌های تجویز شده تبعیت نمی‌کنند (۱۱ و ۱۲)، این در حالی است که عدم پذیرش درمان منجر به تشدید نشانه‌های بیماری و کاهش کیفیت زندگی می‌شود (۱۳). همچنین به طور معناداری با طولانی شدن اقامت بیمار در بیمارستان و بالا رفتن هزینه‌های درمان همراه است (۱۴).

در زمینه پذیرش رژیم‌های درمانی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در کشورهای دیگر مطالعات مختلفی صورت گرفته است. Alosco و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند که عدم پذیرش رژیم‌های درمانی با عواملی همچون شدت نارسایی قلب، اختلال حسی، افسردگی و اضطراب، ابتلا به سایر بیماری‌ها، خستگی، بستری‌های قبلی، اختلال شناختی، سن بالا، تحصیلات و وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین و پایین بودن سواد بهداشتی ارتباط دارد (۱۵). تخمین زده شده است که تبعیت از رژیم تجویز شده از ۵۴٪ موارد نارسایی قلب پیشگیری کرده (۱۶) و عامل پیش‌بینی‌کننده بقای بدون حادثه در بیماران مبتلا به نارسایی قلب است (۱۷).

van der Wal و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند عوامل مرتبط با پذیرش درمان به سه دسته عوامل مرتبط با بیمار، مرتبط با رژیم درمانی و مرتبط با مراقبین بهداشتی تقسیم می‌شود (۱۸). این محققین در مطالعه‌ای دیگر عوامل مرتبط با بیمار را شامل آگاهی درباره نارسایی قلب و رژیم درمانی و منافع و موانع درک شده (باورهای) مرتبط با رژیم درمانی نارسایی قلب و عوامل دموگرافیک همچون سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و شدت بیماری یافتند (۱۹).

مطالعه‌ای که به بررسی پذیرش درمان در ایرانیان مبتلا به نارسایی قلب پرداخته باشد یافت نشد. در مطالعه‌ای حکمت‌پور و همکاران با رویکردی کیفی عوامل عدم تمکین بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب را بررسی کردند. یافته‌های این مطالعه شامل ۴ مضمون کلی نقش فرد و خانواده، نقش تیم درمان و نقش عوامل اجتماعی و اقتصادی می‌باشد. همچنین محققان بیان می‌کنند که مفهوم تمکین نسبت به برنامه درمانی از دید این بیماران «خوددرمانی برای احساس خوب بودن» است (۲۰). به نظر می‌رسد نقص در آگاهی و باور به رژیم‌های درمانی در ایجاد چنین دیدگاهی تأثیر داشته باشد.

اگرچه آگاهی به تنهایی مضمّن پذیرش درمان نیست، اما بیماران در صورتی از درمان تبعیت می‌کنند که دانش

عروق تأیید شده بود و گذشت حداقل ۳ ماه از زمان ابتلا به نارسایی قلب بود. بیماران که طی ۶ ماه گذشته تحت درمان‌های تهاجمی قرار گرفته بودند یا در فاز تشدید بیماری بودند از مطالعه خارج شدند. پس از کسب اجازه نامه‌های رسمی از مسؤولین و اخذ رضایت‌نامه از بیماران، بیماران با استفاده از سؤالات پرسشنامه مصاحبه شدند. تمام سؤالات پرسشنامه برای شرکت‌کنندگان خوانده شد. این کار توسط محققین انجام شد که مسؤولیت مراقبت از بیمار را بر عهده نداشتند.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌های مشتعل بر چهار بخش است. بخش اول شامل متغیرهای دموگرافیک (سن، جنس، وضعیت تأهل، شرایط زندگی، شغل و تحصیلات) و متغیرهای بالینی (کلاس بیماری، کسر تخلیه بطن چپ، ابتلا به سایر بیماری‌ها، داروهای مصرفی در زمان پذیرش، سابقه بستری قبلی به علت نارسایی قلب و مدت ابتلا به بیماری) می‌باشد. بخش دوم، «پرسشنامه تجدیدنظر شده پذیرش درمان نارسایی قلب» (Revised Heart Failure Compliance Questionnaire) می‌باشد. این پرسشنامه شامل ۳۰ سؤال در شش حیطه: ملاقات با پزشک، رژیم دارویی، محدودیت مصرف سدیم، محدودیت مصرف مایعات، توزین روزانه و ورزش است (۲۳). ابتدا از بیماران خواسته شد تا میزان اهمیت رفتار بهداشتی مربوطه را با استفاده از یک مقیاس پنج نقطه‌ای از صفر (اصلاً مهم نیست) تا ۴ (بسیار بااهمیت است) مشخص کنند. سپس از آنان پرسیده شد که برای اجرای رفتار مشکل داشته‌اند یا خیر. سرانجام پذیرش درمان با استفاده از یک مقیاس لیکرت پنج نقطه‌ای (صفر=هرگز، ۱=ندرتاً، ۲=نیمی از موارد، ۳=اکثر موارد، ۴=تمام موارد) اندازه‌گیری می‌شود. از بیماران خواسته شد که پذیرش درمان را در رابطه با رژیم دارویی، رژیم غذایی، محدودیت مایعات و ورزش طی هفته قبل، در رابطه با توزین روزانه طی ماه قبل و در رابطه با ملاقات با پزشک طی ۳ ماه قبل از بستری در بیمارستان تعیین کنند. Evangelista پیوستگی درونی این پرسشنامه را ۰/۶۸ محاسبه کرد (۲۳).

بخش سوم پرسشنامه «مقیاس آگاهی نارسایی قلب» (Heart Failure Knowledge Scale) است که شامل ۱۵ سؤال درباره نارسایی قلب، شناخت نشانه‌ها، رژیم غذایی، محدودیت مصرف مایعات، داروها و ورزش است. بیماران برای پاسخ به هر سؤال یک پاسخ را از میان سه گزینه انتخاب می‌کنند. حداقل امتیاز این

حداقلی درباره بیماری و رژیم درمانی خود داشته باشند (۲۱). طبق مدل باور بهداشتی، نگرش و باورهای افراد نیز تأثیر بارزی بر رفتارهای بهداشتی آنان دارد و عناصر اصلی این باورها منافع و موانع درک شده از مراقبت‌های بهداشتی است. براساس این مدل مردم زمانی نسبت به پیام‌های بهداشتی و پیشگیری از بیماری‌ها واکنش مناسب نشان می‌دهند که احساس کنند تغییر رفتار برای آن‌ها منافع زیادی دارد. و موانع موجود در جهت انجام رفتارهای بهداشتی را می‌توانند از پیش رو 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 سلامت فرد نیاز دارند باورهای فرد را مورد مطالعه قرار داده و بر آن تأثیر بگذارند (۲۲). مطالعات موجود در ایران نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به نارسایی مزمن قلب رژیم‌های غذایی مناسب را رعایت نمی‌کنند (۲۰). چنین رویکردی می‌تواند زمینه فرهنگی داشته و پیامد عادات غذایی ویژه در مردم باشد. از آنجا که در مدل باور بهداشتی رفتارهای بهداشتی افراد تا حد زیادی ریشه در بسترهای اجتماعی و فرهنگی دارد (۲۲). به نظر می‌رسد مطالعه پذیرش درمان بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در ایران و استان گیلان نتایجی را در برداشته باشد که مبتنی بر فرهنگ این مردم است. مطالعه حاضر با هدف بررسی پذیرش درمان و ارتباط باور بهداشتی و آگاهی با پذیرش درمان در بیماران مبتلا به نارسایی قلب انجام گرفته است.

## روش مطالعه

جهت انجام مطالعه یک طرح توصیفی - همبستگی طراحی گردید. پروتوکل مطالعه در کمیته تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت تأیید شد. با توجه به مطالعات پیشین و با استفاده از فرمول حجم نمونه، تعداد نمونه پژوهش ۳۰۰ نفر تعیین گردید. نمونه‌های مطالعه، بیماران مبتلا به نارسایی قلب بستری در بخش‌های قلب، مراقبت ویژه و اورژانس مرکز آموزشی درمانی تخصصی قلب دکتر حشمت رشت بودند که به روش در دسترس انتخاب شدند. مرکز فوق‌الذکر تنها مرکز تخصصی قلب و مرکز ارجاع کل استان گیلان است. معیارهای ورود به مطالعه، داشتن تشخیص بیماری نارسایی قلب که توسط یک متخصص بیماری‌های قلب و

مقیاس «آگاهی نارسایی قلب» و «باور نارسایی قلب» نیز به کار رفته و به ترتیب آلفای کرونباخ  $0/85$  و  $0/80$  حاصل شد. جهت پردازش اطلاعات از نرم‌افزار آماری SPSS ۷.۱۲ استفاده شد. آمار توصیفی برای بررسی خصوصیات نمونه‌ها و آمار تحلیلی شامل آزمون کای‌دو، ضریب همبستگی پیرسون، آزمون تی مستقل، آنووا و رگرسیون لجستیک برای بررسی ارتباط میان عوامل شناخته شده در مطالعات پیشین و پذیرش درمان استفاده شد.

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. بدین گونه که بیمارانی که در زمینه تبعیت از پیشنهادات در حیطه‌های ملاقات با پزشک، رژیم دارویی، رژیم غذایی، محدودیت مصرف مایعات و ورزش پاسخ تمام موارد یا اکثر موارد دادند در گروه پذیرش و آنانی که پاسخ نیمی از موارد، ندرتاً و هرگز 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

بیشترین افراد شرکت‌کننده در مطالعه زن و دارای سن بین ۶۱ تا ۷۰ سال بودند. مشخصات فردی شرکت‌کنندگان در جدول شماره ۱ خلاصه شده است.

$77/7\%$  بیماران دارای عدم پذیرش بودند و تنها  $22/3\%$  آن‌ها از معیارهای پذیرش برخوردار بودند. بیشترین میزان پذیرش در حیطه مصرف داروها بود، به گونه‌ای که  $92/3\%$  بیماران اظهار نمودند که طی هفته گذشته همیشه یا اغلب اوقات داروهایشان را مصرف می‌کردند و این مقدار در حیطه رژیم غذایی کم نمک  $78\%$  بود (جدول شماره ۲ و نمودار شماره ۱).

میانگین نمرات آگاهی نمونه‌های این مطالعه  $6/38 \pm 2/86$  بود. بیشترین پاسخ غلط ( $81\%$ ) مربوط به آگاهی بیمار درباره اقدام مناسب در هنگام افزایش وزن حاصل از بیمارانشان بود.  $75/3\%$  آنان نیز نمی‌دانستند که در هر روز مجاز به مصرف چه میزانی از مایعات می‌باشند، در حالی که تقریباً  $70\%$  نمونه‌های پژوهش به سؤال مربوط به مصرف داروهای قلبی پاسخ صحیح دادند. باورها (موانع و منافع) پذیرش درمان در جدول شماره ۳ خلاصه شده است.

مقیاس صفر و حداکثر ۱۵ است. بیماران برحسب میزان آگاهی به سه گروه با آگاهی پایین (امتیاز ۰-۹)، آگاهی متوسط (۱۰-۱۳)، آگاهی بالا (۱۴-۱۵) تقسیم شدند. سوالات این ابزار براساس محتوای برنامه دیسک‌های فشرده مورد استفاده در کلینیک‌های نارسایی قلبی هلند و مقیاس رفتار خودمراقبتی نارسایی قلب ساخته شده است (۲۴). این ابزار در ارزشیابی دانش بیماران مبتلا به نارسایی قلب معتبر و پایاست (۱۹). دو پرسشنامه فوق‌الذکر در مطالعات متعددی استفاده شده‌اند (۱۵ و ۲۶-۲۴).

بخش چهارم پرسشنامه، مقیاس باور نارسایی قلب (Heart Failure Belief Scale) است. این مقیاس حاوی دو زیرمجموعه ۱۲ موردی شامل منافع و موانع مربوط به پذیرش رژیم دارویی و غذایی و یک زیرمجموعه ۱۸ موردی شامل منافع و موانع مربوط به پذیرش توزین روزانه و کنترل ورم بدن است (۱۸). بیماران براساس یک مقیاس لیکرت پنج نقطه‌ای از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) به عبارات مربوطه پاسخ می‌دهند. لازم به ذکر است که در مورد عبارات مربوط به موانع امتیازها برعکس می‌باشند. 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 ورم بدن ۳۰-۶، موانع توزین روزانه و کنترل ورم بدن ۶۰-۱۲ می‌باشد. Jaarsma و همکاران اعتبار و پایایی این ابزار را در مطالعه‌ای بر روی بیماران اروپایی نشان دادند (۲۷).

در پژوهش حاضر به منظور بررسی اعتبار، روش اعتبار محتوا استفاده شد. بدین صورت که ابتدا پرسشنامه‌های انگلیسی به فارسی ترجمه شده و سپس در اختیار یکی از اساتید انگلیسی زبان دانشگاه که ۲۰ سال در ایران اقامت داشته و مسلط به زبان فارسی بود، قرار گرفت تا مجدداً به انگلیسی برگردانده شود. سپس پرسشنامه‌های ترجمه شده توسط پژوهشگران و فرد انگلیسی زبان و پرسشنامه‌های اصلی، در اختیار اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری مامایی شهید بهشتی رشت که شامل مدرسین دروس قلب و عروق و تئوری‌های پرستاری بودند، قرار گرفت و موارد ناهمگونی در ترجمه اصلاح شد و اعتبار آن تأیید شد.

برای سنجش پایایی ابزار رویکرد سنجش ثبات داخلی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ به کار رفت. ضریب محاسبه شده برای «پرسشنامه تجدیدنظر شده پذیرش درمان نارسایی قلب» آلفای کرونباخ  $0/73$  محاسبه شد. همین رویکرد در دو

آگاهی و پذیرش درمان ( $I=0/541$  و  $p<0/01$ )، باور و پذیرش درمان ( $I=0/536$  و  $p<0/01$ ) و آگاهی و باور در تحلیل رگرسیون در مورد متغیرهای پیش‌بینی‌کننده پذیرش حاکی از آن بود که باور بیمار درباره منافع کنترل ادم با نسبت شانس ۱/۱۵۹ بر احتمال پذیرش درمان مؤثر است. یعنی افزایش باور بیماران درباره منافع کنترل ادم پذیرش درمان می‌تواند ۱۵/۹٪ از واریانس پذیرش درمان را پیش‌بینی کند. متغیر کلاس نارسایی قلب به صورت معکوس و منفی تغییرات متغیر وابسته را پیش‌بینی می‌کند، یعنی با کاهش نارسایی قلب احتمال پذیرش درمان به مقدار ۰/۳۷ افزایش می‌یابد (یعنی ۶۳٪)، (جدول شماره ۴).

در رابطه با ارتباط میان پذیرش درمان و مشخصات دموگرافیک و بالینی با استفاده از آزمون‌های کای‌دو و تی‌مستقل یافته‌ها نشان داد که میان پذیرش درمان با شغل ( $p<0/001$ )، تحصیلات، کسر تخلیه بطن چپ و کلاس بیماری ( $All p=0/00$ ) ارتباط معنادار آماری وجود دارد. **post hoc multiple comparisons** از آنست که بین پذیرش درمان افراد دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر با گروه‌های بی‌سواد، ابتدایی و زیردیپلم و از نظر شغل بین پذیرش درمان گروه خانه‌دار و گروه‌های کارمند، آزاد و بازنشسته و همچنین بین از کارافتاده و کارمند تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج به دست آمده از بررسی همبستگی میان پذیرش درمان و آگاهی و باور بیماران نشان می‌دهد که همبستگی معنادار مثبت میان

**جدول ۱-** برخی مشخصات فردی و بالینی بیماران مبتلا به نارسایی قلب مرکز آموزشی درمانی شهر رشت سال ۱۳۹۲

درصد	متغیر	
۳۶.۳	۶۱-۷۰ سال	سن
۲۵	۷۱-۸۰ سال	
۳۸.۷	کمتر از ۶۰ سال	
۴۹.۷	مرد	جنس
۵۰.۳	زن	
۵۶	بی‌سواد	تحصیلات
۳۵	ابتدایی	
۹	دیپلم و بالاتر	
۳۷.۳	خانه‌دار	شغل
۲.۷	کارمند	
۱۵	آزاد	
۱۸.۷	بازنشسته	
۲۶.۳	از کارافتاده	
۰.۷	مجرد	وضعیت تأهل
۶۱.۳	متأهل	
۲	مطلقه	
۳۶	بیوه	
۱۱	تنها	نوع زندگی
۶۱	باهمسر	
۲۵	بافرزندان	
۲۷.۷	کمتر از ۳۰٪	شاخص کسر تخلیه‌ای
۴۹.۶	۳۱-۴۰٪	
۲۲.۷	۴۱ تا ۵۵٪	
۸.۴	کلاس یک	کلاس بیماری
۴۶.۳	کلاس دو	
۳۳.۳	کلاس سه	
۱۲	کلاس چهار	
۷۳.۳	فشارخون	بیماری‌های همراه
۴۵	دیابت ملیتوس	
۲۴.۳	بیماری مزمن انسدادی ریه	
۷.۷	بدون سابقه بستری	سابقه بستری در بیمارستان
۲۰.۳	یک بار بستری	
۷۲٪	بیش از یک بار	
۲۷	کمتر از ۱۲ ماه	مدت ابتلا
۳۸.۷	۶۰ تا ۱۳۳ ماه	
۲۶.۳	۱۲۰ تا ۶۱ ماه	
۸	بیش از ۱۲۰ ماه	

**جدول ۲-** پذیرش بیماران مبتلا به نارسایی قلب در شش حیطة و پذیرش کلی در مرکز آموزشی درمانی شهر رشت سال ۱۳۹۲

عدم پذیرش		پذیرش		حیطه‌ها
درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۲۹	۸۷	۷۱	۲۱۳	ملاقات با پزشک
۷/۷	۲۳	۹۲/۳	۲۷۷	مصرف داروها
۹۳	۲۷۹	۶/۷	۲۰	توزین روزانه
۲۲	۶۶	۷۸	۲۳۴	رژیم غذایی کم نمک
۷۹/۳	۲۳۸	۲۰/۷	۶۲	محدودیت مایعات
۹۴/۳	۲۸۳	۵/۷	۱۷	ورزش
۷۷/۷	۲۳۳	۲۲/۳	۶۷	پذیرش کلی

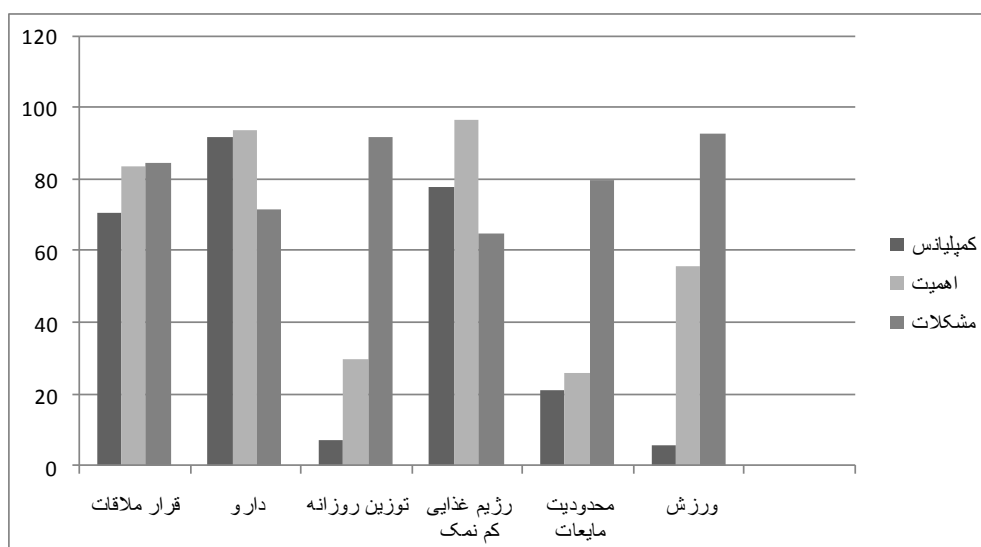
**جدول ۳-** باورهای (منافع و موانع) بیماران مبتلا به نارسایی قلب در مرکز آموزشی درمانی شهر رشت سال ۱۳۹۲

میانگین $\pm$ انحراف معیار	باورها
۳۰/۱۱ $\pm$ ۳۳/۷۹	منافع رژیم غذایی
۱۶/۰۱ $\pm$ ۴/۹۵	موانع رژیم غذایی
۲۰ $\pm$ ۳/۴۳	منافع رژیم دارویی
۲۰/۶۸ $\pm$ ۶/۵۸	موانع رژیم دارویی
۱۸/۰۷ $\pm$ ۴/۹۲	منافع توزین روزانه و کنترل ورم بدن
۳۳/۳۵ $\pm$ ۹/۷۲	موانع توزین روزانه و کنترل ورم بدن

**جدول ۴-** اثر پیش‌بینی‌کننده متغیرها بر پذیرش درمان با استفاده از رگرسیون لجستیک

متغیر	ضریب رگرسیون	p-value	OR	CI (با سطح معناداری ۰/۰۵)
کلاس نارسایی قلب	-۰/۹۹۴	...	۰/۳۷۰	۱/۲۲۹-۰/۵۹۸
مدت ابتلا به نارسایی قلب	۰/۰۱۲	...	۱/۰۱۲	۱/۰۰۹-۱/۰۲۴
منافع کنترل ورم بدن	۰/۱۴۸	۰/۰۰۲	۱/۱۵۹	۱/۰۵۸-۱/۲۷۰
موانع کنترل ورم بدن	۰/۰۸۸	...	۱/۰۹۲	۱/۰۴۴-۱/۱۴۳

**نمودار ۱-** پذیرش درمان، اهمیت و داشتن مشکل در شش حیطة



## بحث

در مطالعه حاضر که با هدف بررسی پذیرش درمان و ارتباط باور بهداشتی و آگاهی با پذیرش درمان در بیماران مبتلا به نارسایی قلب انجام گرفته است، اکثریت نمونه‌های پژوهش دارای عدم پذیرش بودند. این نتیجه مغایر با پژوهش Jaarsma و همکاران در کشور هلند می‌باشد که پذیرش درمان کلی بیمارانشان ۷۲٪ بود (۲۷). این اختلاف را می‌توان به متفاوت بودن خدمات ارایه شده توسط نظام سلامت دو کشور و همچنین خصوصیات دموگرافیک بیمارانشان نسبت داد. در مطالعه حاضر در میان شش حیطه پذیرش درمان، بیشترین پذیرش به حیطه دارو اختصاص داشت. در تأیید این نتیجه Schweitzer و همکاران نیز معتقدند که معمولاً بالاترین سطح تبعیت مربوط به مصرف داروهاست که بازگوکننده این مطلب است که در میان رفتارهای مربوط به سبک زندگی، مصرف داروها برای بیماران نارسایی قلب راحت‌تر است (۲۸). تبعیت از رژیم غذایی کم نمک، کمتر از پذیرش دارویی بود. Chung و همکاران معتقدند علی‌رغم اهمیت محدودیت سدیم در رژیم غذایی بیماران مبتلا به نارسایی قلب، شیوع عدم تبعیت از آن همچنان بالاست. محققان فوق در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که زندگی با همسر و یا سایر اعضای خانواده می‌تواند باعث ارتقای تبعیت از رژیم غذایی کم نمک شود، به شرطی که افراد خانواده نیز این نوع رژیم را رعایت کنند (۲۹). در مطالعه حاضر نیز بالا بودن پذیرش در این حیطه می‌تواند به این دلیل باشد که اکثریت نمونه‌های این پژوهش با همسر یا فرزندان خود زندگی می‌کردند. کمترین میزان پذیرش در حیطه ورزش و توزین روزانه بود. مطالعات نشان می‌دهد توصیه به انجام تمرینات ورزشی امروزه بخش مهمی از درمان بیماران نارسایی قلب محسوب می‌شود (۴) و طبق اصول راهنمای درمان، بیماران مبتلا به نارسایی قلب باید روزانه خود را وزن کرده و در صورت افزایش وزن ناگهانی به پزشک مراجعه کنند (۳۱). در حالی که ۴۱-۵۸٪ بیماران از این توصیه‌ها پیروی نمی‌کنند (۳۰ و ۳۰). در راستای نتایج این پژوهش Jaarsma و همکاران در تحقیق خود به این نتیجه دست یافتند که اگرچه ۸۷٪ بیمارانشان ترازو در منزل داشتند، تنها ۴۰٪ آنان روزانه خود را وزن می‌کردند (۳۰).

البته در مطالعه حاضر ۶۰/۳ نمونه‌ها اظهار کردند در منزل ترازو ندارند که علت آن عدم آگاهی از انجام توزین روزانه و لزوم خرید این وسیله یا مشکل مالی برای تهیه آنست که بر لزوم توجه مراقبین بهداشتی و پرستاران به ارایه اطلاعات لازم در این زمینه به بیماران تأکید می‌کند. پایین بودن پذیرش در حیطه محدودیت مایعات در این مطالعه مغایر با مطالعه van der Wal است که در آن ۷۳٪ بیماران محدودیت مایعات را رعایت می‌کردند (۱۸). به نظر می‌رسد پایین بودن پذیرش بیماران این مطالعه به دلیل عدم آگاهی آنان است، زیرا تقریباً نیمی از آنان نمی‌دانستند که باید محدودیت مایعات را رعایت کنند.

اکثریت بیماران پژوهش حاضر از آگاهی پایینی برخوردار بودند و این یک مشکل جدی به نظر می‌رسد. به نظر می‌رسد بی‌سواد بودن اکثریت نمونه‌های این پژوهش در این نتیجه نقش داشته است و از طرفی آموزش‌های لازم از جانب مراقبین بهداشتی در اختیار آنان قرار داده نشده، در حالی که در مطالعه‌ای که در بیماران نارسایی قلب هلندی انجام گرفته بود، بیش از نیمی از بیماران از دانش متوسطی درباره بیماریشان برخوردار بودند (۱۸). ارتباط معنادار میان آگاهی بیماران و پذیرش درمان در این مطالعه، حاکی از لزوم توجه پرستاران و سایر پرسنل بهداشتی به این مشکل و اتخاذ اقداماتی جهت ارتقای آگاهی بیماران نارسایی قلب است. بین باور بیماران از منافع و موانع درمان و پذیرش درمان نیز ارتباط معناداری مشاهده شد. در مطالعه‌ای که از مدل باور بهداشتی جهت بررسی پذیرش بیماران استفاده شده، پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که علاوه بر آگاهی بیماران مبتلا به نارسایی قلب، باورهایشان درباره رژیم دارویی و رژیم غذایی هم با تبعیت آنان از رژیم درمانی ارتباط دارد (۱۸).

تحلیل‌های بیشتر حاکی از آن بود که با تشدید نارسایی قلب پذیرش بیماران کاهش می‌یابد. Alosco و همکاران نیز معتقدند عوامل متعددی از جمله شدت نارسایی قلب، با تبعیت ضعیف از رژیم‌های درمانی ارتباط دارد (۲۶). البته در این مطالعه با طولانی شدن مدت ابتلا به بیماری پذیرش بیماران نیز افزایش می‌یافت که شاید به این دلیل باشد که بیماران پس از گذشت مدت زمانی از ابتلا به بیماری، بیشتر با داروها و رژیم خود آشنا می‌شوند. در مطالعه حاضر، ارتباط میان پذیرش درمان و تحصيلات معنادار و مستقیم بود. ارتباط پذیرش درمان و

بیماران این مطالعه نیز آگاهی کمی در مورد بیماری خود و رژیم نارسایی قلب داشتند. از این رو ارتقاء آگاهی درباره این بیماری چالشی مهم برای ارایه‌دهندگان مراقبت بهداشتی ما محسوب می‌شود. نتایج این پژوهش علاوه بر تقویت مبانی دانش درباره بیماران مبتلا به نارسایی قلب، به پرستاران در درک نیازهای این گروه از بیماران و ارایه مراقبت براساس نیازهای خاص آنان مثمرتر خواهد بود. تأکید بر استراتژی‌های خودمراقبتی (مثل توزین روزانه) و نیز توضیح به بیمار درباره چگونگی واکنش به افزایش وزن و توجه به خودکنترلی (مثل رژیم دیورتیک قابل انعطاف) جهت پیشگیری از تشدید نشانه‌های نارسایی قلب اهمیت ویژه‌ای دارد. جستجوی راهکارهایی برای ارتقاء پذیرش درمان بیماران مبتلا به نارسایی قلب و نه تنها در جهت افزایش آگاهی بیماران، بلکه در جهت تغییر باورهای آنان درباره رژیم‌های درمانیشان از طریق پژوهش‌های بعدی توصیه می‌شود. از این رو باید مداخلاتی در جهت تقویت ادراکات بیمار از منافع و کاهش موانع، طراحی شده و مورد آزمون قرار گیرند.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی رشت جهت حمایت مالی این طرح و مسؤولین پرستاری مرکز آموزش درمانی حشمت رشت تشکر و قدردانی می‌شود.

شغل نیز حاکی از آن بود که بیشترین پذیرش درمان را کارمندان و کمترین را خانه‌دارها داشتند. با توجه به این نکته که هزینه‌های بالای مراقبت و درمان این بیماری باری است بر دوش بیماران و خانواده‌های آنان، بالطبع داشتن شغل و توانایی پرداخت هزینه‌های بیماری عاملی مؤثر بر پذیرش درمان بیماران است (۳۲).

در پژوهش حاضر همبستگی معنادار و مثبت میان پذیرش درمان و آگاهی بیماران نارسایی قلب وجود داشت. در همین راستا در مطالعه‌ای که درباره آگاهی بیماران از رفتارهای خودمراقبتی انجام گرفته، آگاهی پایین بیماران با خطر بیشتر بستری در بیمارستان و خودمراقبتی کمتر همراه بود (۳۳). این نتیجه تأکیدی است بر اهمیت نقش مراقبین بهداشتی در ارتقای دانش و آگاهی بیماران مبتلا به نارسایی قلب. علاوه بر آگاهی، باور بیماران درباره رژیم درمانی نارسایی قلب نیز با پذیرش درمان ارتباط معنادار داشت. مطالعات مختلف نیز نشان داده‌اند که باورهای بیماران درباره 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 (۳۴ و ۳۵).

### نتیجه‌گیری

در این مطالعه، پذیرش درمان در حیطه محدودیت مصرف مایعات، توزین روزانه و ورزش پایین بود. اکثر

### منابع

- 1 - Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB, et al. Heart disease and stroke statistics-2012 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2012; 125: e2-e292.
- 2 - Hekmatpour D, Mohammadi E, Ahmadi F, Arefi SH. Termination of professional responsibility: Exploring the process of discharging patients with heart failure from hospitals. *International journal of nursing practice*. 2010; 16: 96-98.
- 3 - Kato N, Kinugawa K, Ito N, Yao A, Watanabe M, Imai Y, et al. 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*. 2009; 38: 398-409.
- 4 - Van der Wal MH, Jaarsma T, Van Veldhuisen DJ. Non-compliance in patients with heart failure; how can we manage it? *European Journal of Heart Failure*. 2005; 7(1): 5-17.



- ۵ - Siabani S, Leeder SR, Davidson PM, Najafi F, Hamzeh B, Solimani B, et al. Translation and Validation of the Self-care of Heart Failure Index Into Persian. *Hypertension*. ۲۰۱۴; ۵۷: ۱۰۶.
- ۶ - Franco G, Biagio F, Battista ZG, Giuseppe S, Edoardo B, Ercole V, et al. ALERT-HF: adherence to guidelines in the treatment of patients with chronic heart failure. *Journal of Cardiovascular Medicine*. ۲۰۱۴; ۱۵: ۴۹۱-۷.
- ۷ - Krum H. Guidelines for management of patients with chronic heart failure in Australia. *The Medical journal of Australia*. ۲۰۰۱; ۱۷۴: ۴۵۹-۶۶.
- ۸ - Vander Wal MH, Jaarsma T, Moser DK, Van Gilst WH, Van Veldhuisen DJ. Qualitative examination of compliance in heart failure patients in The Netherlands. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. ۲۰۱۰; ۳۹: ۱۲۱-۳۰.
- ۹ - Jaarsma T, Nikolova-Simons M, Vander Wal MH. Nurses' strategies to address self-care aspects related to medication adherence and symptom recognition in heart failure patients: An in-depth look. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. ۲۰۱۲; ۴۱: ۵۸۳-۹۳.
- ۱۰ - Ruf V, Stewart S, Pretorius S, Kubheka M, Lautenshilager C, Presek P, Sliwa K. Medication adherence, self-care behaviour and knowledge on heart failure in urban South Africa: the Heart of Soweto study: cardiovascular topics. *Cardiovascular journal of Africa*. ۲۰۱۰; ۲۱: ۸۶-۹۲.
- ۱۱ - Chung ML, Lennie TA, Dejong M, WU JR, Riegel B, Moser DK. Patients differ in their ability to self-monitor adherence to a low-sodium diet versus medication. *Journal of cardiac failure*. ۲۰۰۸; ۱۴: ۱۱۴-۲۰.
- ۱۲ - Lehane E, Mccarthy G. Intentional and unintentional medication non-adherence: a comprehensive framework for clinical research and practice? A discussion paper. *International journal of nursing studies*. ۲۰۰۷; ۴۴: ۱۴۶۸-۷۷.
- ۱۳ - Mukotekwa C, Carson E. Improving the discharge planning process: a systems study. *Journal of Research in Nursing*. ۲۰۰۷; ۱۲: ۶۶۷-۸۶.
- ۱۴ - Buckle J, Sharkey P, Myriski P, Smout R, Horn S. Improving outcomes for patients hospitalized with CHF. *Managed care quarterly*. ۲۰۰۱; ۱۰: ۳۰-۴۰.
- ۱۵ - Alosco ML, Spitznagel MB, van Dulmen M, Raz N, Cohen R, Sweet LH, et al. Cognitive function and treatment adherence in older adults with heart failure. *Psychosom Med*. ۲۰۱۲ Nov-Dec; ۷۴(۹): ۹۶۵-۷۳.
- ۱۶ - Leong K, Goh P, Chang B, Lingamanaicker J. Heart failure cohort in Singapore with defined criteria: clinical characteristics and prognosis in a multi-ethnic hospital-based cohort in Singapore. *Singapore medical journal*. ۲۰۰۷; ۴۸: ۴۰۸-۱۴.
- ۱۷ - Wu JR, Moser DK, Chung ML, Lennie TA. Objectively measured, but not self-reported, medication adherence independently predicts event-free survival in patients with heart failure. *Journal of cardiac failure*. ۲۰۰۸; ۱۴: ۲۰۳-۱۰.
- ۱۸ - van der Wal MH, Jaarsma T, Moser DK, Veeger NJ, van Gilst WH, van Veldhuisen DJ. Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. *Eur Heart J*. ۲۰۰۶ Feb; ۲۷(۴): ۴۳۴-۴۰.

- ۱۹ - Van der Wal MH, Jaarsma T, Moser DK. Development and testing of the Dutch HF Knowledge Scale. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. ۲۰۰۵; ۴(۴): ۲۷۳-۲۷۷.
- ۲۰ - Hekmatpou D, Mohammadi E, Ahmadi F, Arefi SH. Non-compliance factors of congestive heart failure patients readmitted in cardiac care units. *Iranian Journal of Critical Nursing*. ۲۰۰۹; ۳(۴): ۹۱-۹۸.
- ۲۱ - Kommuri NV, Johnson ML, Koelling TM. Relationship between improvements in heart failure patient disease specific knowledge and clinical events as part of a randomized controlled trial. *Patient Education Counseling*. ۲۰۱۲; ۸۶(۲): ۲۳۳-۸.
- ۲۲ - Heydan J. Introduction to health behavior theory. Sudbury: Jones and Bartlett publishers; ۲۰۰۹.
- ۲۳ - Evangelista LS, Berg J, Dracup K. Relationship between psychosocial variables and compliance in patients with heart failure. *Heart and Lung*. ۲۰۰۱; ۳۰(۴): ۲۹۴-۳۰۱.
- ۲۴ - Black G, Davis BA, Heathcote K, Mitchell N, Sanderson C. The relationship between spirituality and compliance in patients with heart failure. *Progress Cardiovascular Nursing*. ۲۰۰۶; ۲۱(۱): ۱۲۸-۳۳.
- ۲۵ - Boyne JJJ, Vrijhoef HJM, Wit R, Gorgels APM. Telemonitoring in patients with heart failure, the TEHAF study: study protocol of an ongoing prospective randomized trial. *International Journal of Nursing Studies*. ۲۰۱۱; ۴۸(۱): ۹۴-۹.
- ۲۶ - Alosco ML, Spitznagel MB, Van Dulmen M, Raz N, et al. Cognitive function and treatment adherence in older adults with heart failure. *Psychosomatic medicine*. ۲۰۱۲; ۷۴(۹): ۹۶۵-۹۷۳.
- ۲۷ - Jaarsma T, Stromberg A, Matensson J, Dracup K. Development and testing of the European HF Self-Care scale. *European Journal of Heart Failure*. ۲۰۰۳; ۵(۳): ۳۶۳-۷۰.
- ۲۸ - Schweitzer RD, Head K, Dwyer JW. Psychological factors and treatment adherence behavior in patients with chronic heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*. ۲۰۰۷; ۲۲: ۷۶-۸۳.
- ۲۹ - Chung ML, Moser DK, Lennie TA. Adherence to the low sodium diet in patients with heart failure is best when family members also follow the diet. *Journal of Cardiac Failure*. ۲۰۱۳; ۱۵: ۹.
- ۳۰ - Jaarsma T, Abu-Saad HH, Dracup K, Halfens R. Self-care behaviour of patients with heart failure. *Scandinavian Journal of Caring Science*. ۲۰۰۰; ۱۴(۲): ۱۱۲-۹.
- ۳۱ - O'Connell JB. The economic burden of the heart failure. *Clinical Cardiology*. ۲۰۰۰; ۲۳, supplement S۳: ۶-۱۰.
- ۳۲ - Stromberg A, Ahlen H, Fridlund B, Dahlstrom U. Interactive education on CD-ROM a new tool in the education of HF patients. *Patient Education and Counseling*. ۲۰۰۲; ۴۶(۱): ۷۵-۸۱.
- ۳۳ - Rodríguez Artalejo F, Guallar-Castillón P, Montoto Otero C, Conde Herrera M, Carreño Ochoa C, Tabuenca Martín AI et al. Self-care behavior and patients' knowledge about self-care predict rehospitalization among older adults with heart failure. *Revista Clinica Espanola*. ۲۰۰۸; ۲۰۸(۶): ۲۶۹-۷۵.
- ۳۴ - Evangelista LS, Dracup KA. Closer look at compliance research in heart failure patients in the last decade. *Progressive Cardiovascular Nursing*. ۲۰۰۰; ۱۵(۳): ۹۷-۱۰۳.
- ۳۵ - Thomas CM. The influence of self-concept on adherence to recommended health regimens in adults with heart failure. *Journal of cardiovascular nursing*. ۲۰۰۷; ۲۲(۵): ۴۰۵-۱۶.

## Compliance and associated factors in patients with chronic heart failure

Dehghanzadeh<sup>۱</sup> Sh (M.Sc.) - Jafaraghaee<sup>۲</sup> F (Ph.D) - Shishegaran<sup>۳</sup> M (B.Sc).

### Abstract

**Introduction:** In recent years, prevalence of heart failure (HF) and rate of hospitalization have been increased. Increased patient compliance in relation to treatment regimens is of the effective approaches in prevention of heart failure and increasing patients' surveillance. This study was designed to determine heart failure patients' compliance with treatment regimens and related factors contains health belief and knowledge.

**Method:** A descriptive-correlational study was designed and ۳۰۰ patients with chronic heart failure completed the study's questionnaire. The questionnaire comprised ۴ sections of "demographic and clinical variables", "revised heart failure compliance questionnaire", "heart failure knowledge scale", and "heart failure belief scale". Data were analyzed using descriptive and analytical statistical methods (chi-square, Pearson correlational coefficient, independent t test, ANOVA, logistic regression) in SPSS v.۱۲.

**Results:** Majority of study subjects (۷۷.۷٪) did not comply with treatment regimens, and mostly (۸۸.۸٪) had very low knowledge of heart failure. Study results showed that there are significant relationship between compliance and education ( $P=۰.۰۰$ ), occupation ( $P<۰.۰۰۱$ ), left ventricular ejection fraction ( $P=۰.۰۰$ ), heart failure class ( $P=۰.۰۰$ ), knowledge ( $P<۰.۰۱$ ) and patients belief in their treatment regimen ( $P<۰.۰۱$ ).

**Conclusion:** In this study, compliance with medication, sodium restriction, and appointment-keeping was high. Majority of patients had very low knowledge of their own disease and heart failure regimen. Emphasis on self-care strategies (like daily weighing) and explaining to the patient about reactions to weight gain and attention to self-control (like compliance with a flexible diuretic diet); to prevent worsening symptoms of heart failure is particularly important. Interventions must be in line with patients' experienced problems.

**Key words:** Compliance, heart failure, self care

Accepted: ۰ July ۲۰۱۴

Accepted: ۲۹ November ۲۰۱۴

<sup>۱</sup> - Instructor of Nursing Department, Islamic Azad University Rasht Branch, Rasht, Iran

<sup>۲</sup> - Corresponding author: Assistant Professor, Social Determinants of Health Research Center (SDHRC), Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

**e-mail:** fja\_a۸۰@yahoo.com

<sup>۳</sup> - Manager of Nursing Services, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran