



ارتباط بین نگرش با پذیرش بیماری قلبی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی

سیمابابایی^۱، زهرا شفیعی^{۲*}

^۱دکترای گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی اصفهان، اصفهان، ایران

^{۲*}مربی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی اصفهان، اصفهان، ایران

(دریافت: ۱۳۹۵/۴/۸ - پذیرش: ۱۳۹۵/۸/۱۵)

چکیده

مقدمه: امروزه تعداد بیماران مبتلا به نارسایی قلبی رو به افزایش است. عدم پذیرش رژیم درمانی یک عامل مهم در تشدید علایم نارسایی قلبی است که در تعدادی از بیماران منجر به بستری شدن می گردد.

هدف: مطالعه ی حاضر با هدف تعیین ارتباط بین نگرش با پذیرش بیماری قلبی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در سال ۱۳۹۰ انجام شد.

روش: در این پژوهش مقطعی از نوع همبستگی، ۹۰ بیمار مبتلا به بیماری نارسایی قلبی مراجعه کننده به بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، به روش هدفمند انتخاب شدند. داده ها به وسیله ی پرسشنامه های نگرش و پذیرش بیماری قلبی جمع آوری شد؛ و با استفاده از آزمون های آماری کای اسکوئر، تی مستقل، ضریب همبستگی پیرسون، اسپیرمن توسط نرم افزار SPSSv.18 تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: نمره ی کلی نگرش در واحد های مورد پژوهش $35/7 \pm 5/2$ و نمره ی کلی پذیرش در آن ها $25/2 \pm 3/9$ بود. نتایج مطالعه نشان داد که بین نمره ی نگرش با پذیرش، رابطه ی مستقیم وجود داشت؛ ($P < 0/001$) به این معنی که با بهبود نگرش، پذیرش بیماری قلبی نیز افزایش می یابد و برعکس.

نتیجه گیری: با توجه به وجود ارتباط معنادار بین نمره ی نگرش و پذیرش بیماری قلبی واحدهای مورد پژوهش در این مطالعه، شایسته است پرستاران با طراحی و اجرای مداخلات مناسب، زمینه را برای بهبود و ارتقای نگرش در این بیماران فراهم کرده؛ و از این طریق به ارتقای پذیرش بیماری در این افراد کمک کنند.

کلید واژه ها: نگرش، پذیرش، نارسایی قلبی

مقدمه:

نارسایی احتقانی قلب یک بیماری مزمن و ناتوان کننده ی رو به رشد است که نیاز به درمان و مداخلات پیشرفته دارد؛ و نه تنها بیماران، بلکه خانواده های آنان و هم چنین اجتماع را تحت تاثیر قرار می دهد؛ و باعث کاهش قابلیت های عملکردی بیماران و اختلال و مشکل در زندگی اجتماعی افراد می گردد. (۴-۱) در افراد بالای ۶۵ سال میزان بروز این بیماری ۱۰ نفر در هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت می باشد و نزدیک به ۳۰ تا ۵۰ درصد مرگ ها در بیماران مبتلا به نارسایی قلب به طور ناگهانی اتفاق می افتد. (۵) در ایران نیز نارسایی قلبی از علل عمده ی ناتوانی و مرگ و میر به شمار می رود؛ و با تغییر هرم سنی جامعه و پیر شدن جمعیت جوان امروز، در آینده ای نزدیک بر شیوع فعلی آن یعنی ۳۵۰۰ بیمار به ازای هر یک صد هزار نفر افزوده خواهد شد. (۶) طبق آماري که مرکز مدیریت بیماری ها در ایران منتشر کرده است؛ تعداد مبتلایان به نارسایی قلبی در ۱۸ استان کشور، ۳۳۳۷ در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت گزارش شده است. (۷)

در بیماران نارسایی قلبی، ناتوانی قلب در خون رسانی، علایم متعددی نظیر تنگی نفس، سرگیجه، آنژین صدری، ادم و آسیب را سبب می شود. این علایم منجر به عدم توانایی انجام فعالیت شده و تغییراتی را در سبک زندگی بیمار ایجاد می کند. محدودیت های ایجاد شده در نارسایی قلبی، هم چنین عملکرد جنسی، وظایف شغلی، خانوادگی و زندگی اجتماعی بیمار را با مشکل مواجه کرده و سبب انزوای اجتماعی و افسردگی وی می گردد و بر رضایت و کیفیت زندگی وی تأثیر می گذارد. (۱۰-۸)

عدم پذیرش دارو درمانی و رژیم غذایی دو عامل مشارکت کننده در تشدید علایم نارسایی قلبی است که در تعدادی از بیماران به سمت بستری شدن می انجامد. طبق تعریف سازمان بهداشت

جهانی، پذیرش^۱ به یک سری از رفتارها (دریافت داروها، پیگیری رژیم غذایی، اجرای تغییر روش زندگی) که هم زمان با تجویز کلینیکی رخ می دهند؛ اطلاق می گردد که نشان دهنده ی نقش فعال بیمار در طی پروسه ی درمانی است. (۱۱)

فاکتورهای همراه با پذیرش می توانند به فاکتورهای مربوط به بیمار و مربوط به مراقبت سلامتی تقسیم شوند. از جمله فاکتورهای مربوط به بیمار، نگرش در مورد بیماری نارسایی قلبی است. (۱۲)

نگرش مفهومی فرضی است و بیانگر آن است که فرد به یک موضوع علاقه دارد یا ندارد. نگرش به صورت مثبت، منفی یا خنثی است؛ که ممکن است در رابطه با یک شخص، رفتار یا حادثه به وجود آید. نگرش ها ترکیبی از اشکال گوناگون قضاوتند. (۱۳)

مطالعات انجام شده در مورد ارتباط نگرش و پذیرش بیماری قلبی در بیماران نارسایی قلبی محدود می باشد؛ در برخی از مطالعات به بررسی پذیرش رژیم درمانی و دارویی و نتایج آن پرداخته شده است؛ (۱۲ و ۱۶-۱۴) و در برخی دیگر نیز به بررسی رفتارهای خود مراقبتی در این بیماران پرداخته شده است. (۱۸-۱۷)

از طرف دیگر Black نیز معتقد است که یک سوم مددجویان مبتلا به نارسایی قلبی، حدود ۹۰ روز در بیمارستان بستری می گردند؛ و علت این مسئله را داشتن مشکل با روش های خود کنترلی، دارو درمانی و رژیم درمانی می دانند. (۱۹) هم چنین افزایش قدرت پذیرش بیماران قلبی و مشخص کردن بیمارانی که عدم پذیرش دارند و تهیه ی برنامه ریزی مراقبتی جدی برای آن ها؛ یک دغدغه ی بزرگ تیم بهداشتی و به خصوص پرستاران است. (۱۴)

¹ - Compliance or adherence

از طرف دیگر، با توجه به اینکه پژوهشگر در ارتباط مستقیم با این بیماران در بیمارستان بود؛ و از نزدیک شاهد مشکلات آن ها بود؛ بر آن شد تا تحقیقی با هدف " تعیین ارتباط نگرش با پذیرش بیماری قلبی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی " انجام دهد؛ و از این طریق گامی هر چند کوچک در جهت کمک به مشکلات این گروه از بیماران بردارد.

روش مطالعه:

این پژوهش یک مطالعه ی همبستگی است که به صورت مقطعی، در طی سال ۱۳۹۰ روی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بستری در بیمارستان ها و کلینیک های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (چمران، نور، الزهرا)، انجام شد. معیار های ورود به مطالعه شامل داشتن سن بالاتر از ۱۸ سال، داشتن تشخیص قطعی نارسایی قلبی توسط متخصص قلب، قرار داشتن حداقل ۶ ماه تحت مداخلات درمانی تحت نظارت پزشک و پرستار بخش قلب بود. معیار های خروج از مطالعه شامل عدم ابتلا به بیماری های مزمن دیگر مانند سیروز کبدی، نارسایی کلیوی، اختلالات روانی، بی حرکتی و فلج، عدم تمایل به ادامه همکاری در پژوهش بود. نمونه ها با روش تصادفی از بین بیماران واجد شرایط انتخاب شدند. حجم نمونه با توجه به تحقیق مشابه (۱۵) با توجه به مشخصات نمونه، حدود ۹۰ نفر محاسبه شد.

در این پژوهش اطلاعات از طریق مصاحبه ی مستقیم با بیماران به دست آمد. ابزار گردآوری اطلاعات یک پرسشنامه ی ۳ قسمتی بود. قسمت اول مربوط به اطلاعات دموگرافیک (سن، جنس، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال و وضعیت اقتصادی و مدت زمان تشخیص بیماری) و وضعیت بیماری، و قسمت دوم شامل ۱۰ سوال در رابطه با نگرش بیماران نارسایی قلبی و قسمت سوم شامل ۹ سؤال در ارتباط با پذیرش بیماری در مورد علایم بیماری، شیوه ی زندگی، رژیم

غذایی، دارو درمانی، محدودیت سدیم، محدودیت مایعات، توزین روزانه و ورزش می باشد. مجموع امتیازات مربوط به ۱۰ سوال نگرش، بر اساس طبقه بندی پنج گزینه ای لیکرت از ۰ تا ۴۰ بود. امتیازات ۱۰-۰ مربوط به میزان نگرش بسیار ضعیف، ۲۰-۱۱ مربوط به میزان نگرش ضعیف، ۳۰-۲۱ میزان نگرش متوسط و ۴۰-۳۱ میزان نگرش خوب می باشد. مجموع امتیازات مربوط به ۹ سوال پذیرش بر اساس طبقه بندی پنج گزینه ای لیکرت از ۰ تا ۳۶ بود. امتیازات ۹-۰ مربوط به میزان پذیرش بسیار ضعیف، ۱۹-۱۰ میزان پذیرش ضعیف، ۲۹-۲۰ میزان پذیرش متوسط، ۳۶-۳۰ میزان پذیرش خوب می باشد. جهت تعیین روایی این پرسشنامه از روش اعتبار محتوی استفاده گردید؛ بدین ترتیب که پرسشنامه ی مذکور با استفاده از کتب و مقالات علمی تهیه شد؛ و جهت کارشناسی در اختیار ده نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده ی پرستاری و مامایی اصفهان قرار داده شد. پس از دریافت نقطه نظرات و پیشنهادات کارشناسان، اصلاحات لازم در پرسشنامه صورت گرفت. به منظور بررسی پایایی ابزار گردآوری داده‌ها از آزمون مجدد استفاده شد؛ بدین ترتیب که پرسشنامه ی مذکور به فاصله ی ۶ هفته پس از زمان اولیه ی پر کردن آن توسط ۱۰ نفر از بیماران مبتلا به نارسایی مزمن قلبی، مجدداً پر گردید؛ و سپس این ۱۰ نفر از نمونه‌های پژوهش حذف شدند.. با توجه به نتایج، اعتماد علمی پرسشنامه با ضریب آلفای ۰/۸۴ مورد تأیید قرار گرفت.

جهت دستیابی و گردآوری اطلاعات مورد نظر در این پژوهش، پژوهشگر پس از کسب مجوز کتبی و معرفی نامه از دانشکده ی پرستاری و مامایی اصفهان ابتدا به مدیریت بیمارستان ها مراجعه، و پس از کسب معرفی نامه به بخش های مربوطه معرفی گردید؛ و در روزهای خاصی از هفته به بیمارستان مراجعه، پس از شناسایی بیماران واجد شرایط پژوهش، آن ها را

به صورت تصادفی بر اساس جدول اعداد تصادفی انتخاب کرد. سپس پژوهشگر خود را به آن‌ها معرفی کرده و پس از بیان اهداف و موضوع پژوهش و در صورت تمایل به شرکت در مطالعه، پژوهشگر پرسشنامه را در یک مرحله و با یک گروه بیمار تکمیل نمود.

در این پژوهش موارد اخلاقی اخذ مجوز از دانشگاه و کمیته‌ی اخلاق، توضیح مراحل انجام کار به بیماران و اخذ رضایت نامه از آنان، محرمانه ماندن اطلاعات گردآوری شده، توجیه بیماران در رابطه با اختیاری بودن تمایل به ادامه‌ی شرکت در مطالعه و تعهد به مسئولان جهت در دسترس قرار دادن نتایج حاصل از مطالعه، مد نظر قرار گرفت.

داده‌های این پژوهش در مجموع از نوع کمی و کیفی بودند؛ و برای تجزیه و تحلیل آن‌ها از نرم افزار SPSS v.18 و روش‌های آماری توصیفی و تحلیلی (کای اسکوئر، تی مستقل، ضریب همبستگی پیرسون، آزمون اسپیرمن) استفاده شد.

یافته‌ها:

در این پژوهش اکثر واحدهای مورد پژوهش ۳۱/۱ درصد (۲۸ نفر) در محدوده‌ی سنی ۶۱-۷۰ سال قرار داشتند. ۶۱/۱ درصد (۵۵ نفر) نمونه‌ها مرد، ۷۸/۹ درصد (۷۱ نفر) نمونه‌ها متأهل، ۵۵/۵ درصد (۵۰ نفر) از نمونه‌ها بی‌سواد، ۴۲/۲ درصد (۳۸ نفر) نمونه‌ها بازنشسته، ۴۹/۱ درصد (۴۴ نفر) دارای وضعیت اقتصادی متوسط، ۴۵/۵ درصد (۴۱ نفر) نمونه‌ها مبتلا به بیماری عروق کرونر بودند.

نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که از میان شرکت‌کنندگان مطالعه، ۱۸ نفر (۲۰ درصد) دارای نگرش متوسط و ۷۲ نفر (۸۰ درصد) نمره‌ی نگرش خوب کسب کرده بودند. میانگین نمره‌ی نگرش در واحد‌های مورد پژوهش ۳۵/۷±۵/۲ بود.

هم‌چنین ۸۵ نفر (۹۴/۵ درصد) نمونه‌ها نمره‌ی پذیرش خوب،

۴ نفر (۴/۴ درصد) نمونه‌ها نمره‌ی پذیرش متوسط و ۱ نفر (۱/۱ درصد) دارای نمره‌ی پذیرش ضعیف بودند. میانگین نمره‌ی پذیرش بیماری قلبی ۳۳/۹±۳/۲ بود.

نتایج حاصل از مطالعه نشان داد؛ که میانگین نمره‌ی پذیرش در خانم‌ها ۳۳/۳±۴/۳ و در آقایان ۳۱/۷±۳/۹ بود؛ بدین معنی که این اختلاف معنی‌دار بوده ($p=0/02$) اما بین نمره‌ی نگرش با جنس، رابطه‌ی معنی‌داری به دست نیامد. ($p>0/05$)

بین نمره‌ی پذیرش و سن نیز رابطه‌ی آماری معنی‌داری وجود داشت؛ ($p=0/02$) هم‌چنین بین سن و نمره‌ی نگرش نیز رابطه‌ی وجود داشت؛ ($p=0/03$) به طوری که با کاهش سن، نمره‌ی نگرش و هم‌چنین پذیرش بیماری افزایش می‌یابد.

بین نمره‌ی نگرش، پذیرش و طول مدت تشخیص نارسایی احتقانی قلب، رابطه‌ی مستقیم وجود داشت؛ ($p<0/05$) و بین نمره‌ی نگرش در مورد بیماری نارسایی قلبی و هم‌چنین نمره‌ی پذیرش بیماری در مبتلایان به نارسایی احتقانی قلب و تحصیلات، رابطه‌ی مستقیم وجود دارد؛ ($p<0/001$) به طوری که هر چه مدت زمان بیشتری از مدت تشخیص بیماری گذشته بود بیماران نگرش بهتر و پذیرش بیشتری داشتند؛ و هر چه بیماران دارای تحصیلات بالاتری بودند نیز نگرش بهتری در مورد بیماریشان و هم‌چنین پذیرش بیشتری بودند.

هم‌چنین نتایج حاصل از مطالعه نشان داد بین وضعیت تاهل، شغل و وضعیت اقتصادی با نگرش و پذیرش بیماری قلبی رابطه‌ی مستقیم وجود داشت؛ به طوری که افراد متأهل، شاغل و دارای وضعیت اقتصادی بهتر، دارای نگرش و پذیرش بیشتری بودند. ($p<0/05$) (جداول ۱ و ۲)

جدول شماره ۱ (۱): ارتباط میانگین سن و مدت زمان سپری شده (ماه) از بیماری قلبی با نگرش و پذیرش در واحدهای مورد پژوهش

متغیر	انحراف معیار \pm میانگین		نگرش		پذیرش	
	P	R	P	R	P	R
سن	۰/۷۸	۵۹/۶ \pm ۱۱/۷	۰/۷۸	۰/۳	۰/۷۸	۰/۰۲
مدت زمان	۰/۶۶	۲۴ \pm ۱۰/۶	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۱۸	<۰/۰۰۱

جدول شماره ۲ (۲): ارتباط متغیرهای جمعیت شناختی با نگرش و پذیرش بیماری قلبی در واحدهای مورد پژوهش

متغیرها	تعداد	نگرش		پذیرش	
		انحراف معیار \pm میانگین	مقدار - احتمال	انحراف معیار \pm میانگین	مقدار - احتمال
جنس	زن	۳۴/۱ \pm ۵/۸	> ۰/۰۵	۳۳/۳ \pm ۴/۳	۰/۰۲
	مرد	۳۳/۹ \pm ۶/۷		۳۱/۷ \pm ۳/۹	
وضعیت تأهل	تنها (مجرد، مطلقه، بیوه)	۲۸/۲ \pm ۳/۶	<۰/۰۰۱	۲۶/۴ \pm ۵/۴	<۰/۰۰۱
	متاهل	۳۷/۳ \pm ۸/۱		۳۴/۴ \pm ۶/۴	
سطح تحصیلات	بی سواد	۲۸/۶ \pm ۲/۹		۲۲/۴ \pm ۷/۲	
	پایان ابتدایی	۲۹/۳ \pm ۴/۱		۲۹/۸ \pm ۱/۹	
	راهنمایی	۳۳/۳ \pm ۲/۲	<۰/۰۰۱	۳۲/۴ \pm ۹/۳	<۰/۰۰۱
	دیپلم	۳۶/۸ \pm ۴/۸		۳۴/۴ \pm ۸/۶	
شغل	عالی	۳۷/۲ \pm ۵/۳		۳۵/۱ \pm ۲/۱	
	کارگر	۳۰/۲ \pm ۳/۲		۲۸/۲ \pm ۵/۳	
	کارمند	۳۸/۲ \pm ۴/۳		۳۴/۶ \pm ۸/۴	
	آزاد	۳۴/۲ \pm ۵/۶	<۰/۰۰۱	۳۲/۲ \pm ۷/۱	<۰/۰۰۱
	خانه دار	۲۴/۸ \pm ۸/۳		۲۰/۵ \pm ۱/۶	
	بازنشسته	۳۰/۱ \pm ۶/۸		۳۱/۶ \pm ۵/۳	
میزان درآمد	از کار افتاده	۲۵/۳ \pm ۲/۳		۱۹/۴ \pm ۶/۲	
	بد	۲۱/۴ \pm ۷/۳		۲۲/۲ \pm ۳/۸	
	متوسط	۳۶/۵ \pm ۶/۸	<۰/۰۰۱	۲۹/۴ \pm ۸/۱	<۰/۰۰۱
	خوب	۳۸/۴ \pm ۴/۳		۳۳/۴ \pm ۷/۳	

در مورد هدف اصلی پژوهش "تعیین ارتباط نگرش با کمپلیانس (پذیرش) بیماری قلبی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی" آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره ی نگرش و نمره ی پذیرش در افراد مبتلا به بیماری نارسایی احتقانی قلب رابطه ی مستقیم وجود دارد. ($p < 0.001$, $r = 0.46$)؛ به طوری که هر چه بیماران نگرش بهتری نسبت به بیماری دارند؛ پذیرش بهتری نیز داشتند و بر عکس.

آن ها می گردد. (۲۲-۲۰) در حالی که نتایج پژوهش Nieuwenhuis و همکاران با نتایج این مطالعه هم خوانی ندارد. آن ها در مطالعه ی خود به بررسی ارتباط نگرش در مورد رژیم غذایی با پذیرش بیماری پرداخته بودند؛ و در نهایت هیچ ارتباط آماری معنی داری را بین متغیرهای مورد نظر مشاهده نکردند. آن ها در نهایت پیشنهاد می کنند که در پژوهش های بعدی، به بررسی های بیشتری در مورد ارتباط نگرش در مورد بیماری و رژیم درمانی با پذیرش بیماری پرداخته شود. (۱۵)

هم چنین مطالعه ی حاضر نشان داد، جنس با نمره ی پذیرش ارتباط آماری معنی داری داشت؛ به طوری که پذیرش در خانم ها بیشتر از آقایان بود؛ ولی بین جنس و نمره ی نگرش اختلاف معنی داری مشاهده نگردید؛ که این نتایج با مطالعات Van Der Wal و همکاران مطابقت دارد. (۱۲ و ۱۴) در حالی که نتایج مطالعه Nieuwenhuis و همکاران نشان دهنده ی آن بود که زنان، پذیرش کمتری را نسبت به آقایان داشتند. (۱۵) پژوهشگران علت تفاوت نتایج حاصل از این پژوهش را با مطالعه ی حاضر در تفاوت های فرهنگی و هم چنین تعداد افراد متأهل کمتر خانم ها در مطالعه ی حاضر می دانند.

در مورد سن، نتایج مطالعه حاکی از آن بود که بین سن و نمره ی پذیرش و نگرش ارتباط آماری معنی داری وجود داشت؛ به طوری که با کاهش سن، نگرش و پذیرش بیماری نارسایی قلبی در واحدهای مورد پژوهش افزایش می یافت؛ و افراد جوان تر، از نگرش بهتر و هم چنین پذیرش بهتری نسبت به بیماری برخوردار بودند؛ که این نتایج با نتایج مطالعه ی Van Der Wal و همکاران مطابقت دارد. آن ها بیان می کنند که بیماران با سن پایین تر، نگرش بهتر و در نتیجه پذیرش بیشتری خواهند

بحث:

در مطالعه ی حاضر، ارتباط نگرش با کمپلیانس (پذیرش) بیماری قلبی در ۹۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی، بررسی شد. نتایج مطالعه ی ما نشان داد که با بهبود نگرش در بیماران، پذیرش بیماری نیز افزایش می یابد و برعکس. نتایج تحقیق Vander wal و همکاران نیز مشابه پژوهش حاضر بود؛ به این صورت که در مجموع، نگرش با پذیرش بیماری قلبی رابطه ی مستقیم داشت. ($p < 0.01$) آن ها در مطالعه ی خود بیان می کنند که با بهبود نگرش نسبت به بیماری، تجارب و باور های مثبت در رابطه با رعایت توصیه های درمانی در بیماران افزایش می یابد؛ و در نهایت پذیرش بیماری نیز افزایش می یابد. (۱۴)

Van Der Wal و همکاران در مطالعه ای دیگر، به این نتیجه رسیدند که بین پذیرش و میزان بستری شدن مجدد بیماران قلبی، و در نتیجه کاهش مرگ و میر، ارتباط آماری معنی داری وجود داشت. آن ها بیان می کنند که با افزایش پذیرش بیماری در بیماران، رعایت رژیم درمانی در آن ها افزایش می یابد و در نتیجه همه ی این موارد باعث افزایش نگرش و در نتیجه کاهش مرگ و میر بیماران می شود. (۱۲)

همچنین MC Alister و همکاران، Roccafort و همکاران و Tierney و همکاران در پژوهش های خود به این نتیجه رسیدند که با برگزاری جلسات مشاوره ی گروهی و دادن اطلاعات لازم در مورد بیماری، رژیم غذایی، دارویی و ورزشی، نگرش بیماران در مورد بیماری افزایش می یابد؛ که این موضوع خود باعث کاهش عوارض بیماری و افزایش پذیرش بیماری در

داشت؛ که این باعث تجربه ی بهتری در ارتباط با رعایت رژیم غذایی و دارو درمانی در بیماران خواهد شد. (۱۴)

در مورد سطح تحصیلات، نتایج مطالعه حاکی از آن است که سطح تحصیلات با نگرش و هم چنین پذیرش بیماری ارتباط آماری معنی دار مستقیمی داشت؛ که با نتایج مطالعات Van Der Wal و همکاران مطابقت دارد. (۱۲ و ۱۴)

هم چنین نتایج مطالعه نشان داد که طول مدت تشخیص نارسایی احتقانی قلب و نمره ی پذیرش و نگرش، ارتباط مستقیمی وجود داشت؛ که این نتایج با نتایج مطالعات Van Der Wal و همکاران مطابقت دارد. آن ها در مطالعات خود بیان می کنند که هر چه طول مدت تشخیص بیماری بیشتر باشد؛ بیماران به خاطر پیشرفت بیماری، عوارض و مشکلات بیشتری را تجربه کرده و در نتیجه تمایل بیشتری به پی گیری رژیم درمانی و افزایش اطلاعات خود در مورد بیماری دارند؛ که این خود باعث افزایش پذیرش بیماری در آن ها می شود. (۱۲ و ۱۴)

در مورد وضعیت تأهل، شغل و وضعیت اقتصادی نیز نتایج مطالعه نشان دهنده ی وجود ارتباط آماری معنی داری بین متغیرهای مورد نظر و نگرش و پذیرش بیماری قلبی بود. به طوری که افراد متأهل، شاغل و دارای وضعیت اقتصادی بهتر، دارای نگرش بهتر و هم چنین پذیرش بالاتری بودند؛ که این نتایج با نتایج مطالعات Van Der Wal و همکاران و هم چنین Nieuwenhuis و همکاران هم خوانی دارد. (۱۴، ۱۵)

نتیجه گیری نهایی:

در نهایت باید بیان کرد که حفظ و ارتقای نگرش و پذیرش بیماری، در بهبودی و کاهش عوارض بیماری و پیشگیری از بستری مجدد در بیمارستان و در نتیجه کاهش مرگ و میر در بیماران نقش مهمی دارد؛ بنابراین توصیه می شود کادر بهداشتی

در این زمینه آموزش های لازم را در هنگام بستری شدن و پس از ترخیص از بیمارستان به بیماران بدهند. با توجه به نتایج این مطالعه بهتر است به بیماران مسن تر، بی سواد و کم سواد، افراد غیر شاغل و مجرد و نیز دارای وضعیت اقتصادی پایین تر و هم چنین افرادی که مدت زمان کم تری از تشخیص بیماری قلبی در آن ها گذشته بود، آموزش های مناسب و لازم ارائه شده و بر انجام آن نیز تأکید شود تا نهایتاً از بستری مجدد در آن ها و عوارض بیماری پیشگیری گردد.

هم چنین با توجه به مقطعی بودن این مطالعه که قدرت تعمیم پذیری آن را کاهش می دهد؛ پیشنهاد می شود نگرش و پذیرش این بیماران در قالب یک مطالعه ی طولی نیز بررسی شود.

تشکر و قدر دانی:

این مقاله حاصل بخشی از طرح تحقیقاتی مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و دارای شماره ی طرح ۲۸۸۱۶۰ می باشد. نویسندگان بر خود لازم می دانند که از معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و تمامی همکاران و شرکت کنندگان در مطالعه تقدیر و تشکر کنند.

References:

- 1- Yu DSF, Lee DTF, Kwong ANT, Thompson DR, Woo J. Living with chronic heart failure: A review of qualitative studies of older people. *Journal of Advanced Nursing*. 2008; 61(5): 474-483.
- 2- Faith Pratt H, Nancy T, Lindsey M. The lived experience of heart failure at the end of life: A systematic literature review. *Health & Social Work*. 2010; 35(2): 109-117.
- 3- Loyd-Jones D, Adams RJ, Brown TM, Carnethon M, Dai S, De Simone G. Executivesummary: heart disease and stroke statistics--2010 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2010; 121(7): 948-954.
- 4- Gardetto NJ. Self-management in heart failure: where have we been and where should we go?. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2011; 4: 39-51.
- 5- Wingate S, Wiegand DLM End-of-life care in the critical care unit for patients with heart failure. *Critical Care Nurse*. 2008; 28(2): 84-96.
- 6- Hekmatpou D, Mohammadi E, Ahmadi F, Arefi S. [The Effectiveness of Applying "Making Sensitivity to Re-admission Caring Model" on Controlling Congestive Heart Failure Complications among Hospitalized Patients in Tehran Cardiovascular Centers]. *Journal of Iran University of Medical Sciences*. 2009; 17(75): 33-50. [in Persian]
- 7- Rahnavard Z, Zolfaghari M, Kazemnejad A, Hatamipour Kh. [An investigation of quality of life and factors affecting it in the patients with congestive heart failure]. *HAYAT: The Journal of Tehran Faculty of Nursing and Midwifery*. 2006; 12(1): 77-86. [in Persian]
- 8- Zambroski CH, Kenticky L. Qualitative analysis of living HF. *Heart & Lung*. 2003; 32(1): 32-40.
- 9- Dunderdale K, Thompson DR, Miles JN, Beer SF, Furze G. Quality of life measurement in chronic heart failure: Do we take account of the patient perspective? *European Journal Heart Failure*. 2005; 7(4): 572-582.

- 10- Pihl E, Fridlund B, Martensson J. Patients' experiences of physical limitations in daily life activities when suffering from chronic heart failure; A phenomenographic analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2010; 25(1): 3-11.
- 11- Stromberg A. Patient-related factors of compliance in heart failure:some new insights into and old problems. *Eur Heart J*. 2006; 27: 379-81.
- 12- Van Der Wal M, van V, Veeger NJ, Rutten F, Jarsma T. Compliance With non-pharmacological recommendations and outcome in heart failure patients. *Eur Heart J*. 2010; 31: 1486-93.
- 13- English Dictionary, Shorter Oxford. Thumb & Index Edition. 2007: 1340.
- 14- Vander wal M, Jaarsma T, Moser D, Veeger N, Van G, Van Veldhuisen D. Compliance in heart failure patients: The importance of knowledge and beliefs. *European Heart Journal*. 2006; 27(4): 434-40.
- 15- Nieuwenhuis MM, van der Wal MH, Jaarsma T. The body of knowledge on compliance in heart failure patients: we are not there yet. *J Cardiovasc Nurs*. 2011; 26(1): 21-8.
- 16- Ekman I, Andersson G, Boman K, Charlesworth A, Cleland J, Poole-Wilson P, Swedberg K. Adherence and perception of medication in patients with chronic heart failure during a five-year randomised trial. *Patient Educ Couns* 2005. *Patient Educ Couns*. 2006 ; 61(3): 348-53.
- 17- Sayed Fayaz M, Tariq M, Danial K. Personal and Social Factors Regarding Medical Non-compliance in Cardiac Failure Patients. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*. 2011; 21 (11): 659-61.
- 18- Ruf V, Stewart S, Pretorius S, Kubheka M, Lautenschläger C, Presek P, Sliwa K. Medication adherence, self-care behaviour and knowledge on heart failure in urban South Africa: the Heart of Soweto study. *Cardiovasc J Afr*. 2010 ; 21(2): 86-92.
- 19- Black J, Hawks J. " Medical surgical nursing". St. Louis: Elsevier Saunders; 2009.
- 20- McAlister FA, Stewart S, Ferrua S, McMurray JJ. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: A systematic review of randomized trials. *J Am Coll Cardiol*. 2004; 44(4): 810-19.

-
- 21- Roccafort R, Demers C, Baldassarre F, Koon T, Yusuf S. Effectiveness of comprehensive disease management programmes in improving clinical outcomes in heart failure patients. A meta-analysis. *Eur J Heart Fail.* 2005; 7: 1133–44.
- 22- Tierney S, Mamas M, Woods S, Rutter MK, Gibson M, Neyses L, Deaton C. What strategies are effective for exercise adherence in heart failure? A systematic review of controlled studies. *Heart Fail Rev.* 2012; 17: 107–15.

Original Article**Relationship between attitude and compliance in patients with heart failure****Babae. S¹, Shafiei Z^{2*}**

PHD of , Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan Iran.

Master Science in Medical-Surgical Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

(Received: 28 Jan, 2016 – Accepted: 5 Oct, 2016)**Abstract****Introduction:** Regarding to the increasing prevalence of heart failure and the significant role of attitude on compliance of treatment regimen,**Objective:** the present study is designed to determine the relationship between attitude and compliance in heart failure patients in 2010**Method:** It was a descriptive cross-sectional study. The sample consisted of 90 patients with heart failure and referred to Isfahan University of medical sciences hospitals. Data was collected by attitude and compliance Questionnaires and analyzed using chi-square, independent t-test, Pearson correlation, Spearman by SPSS-PC (v. 18).**Result:** The overall score of attitude was 35.7 ± 5.2 and total score of compliance was 25.2 ± 3.9 . The findings showed a direct relationship between attitude and compliance ($p < 0.001$); this means that by improvement of attitude, compliance increases and vice versa.**Conclusion:** With regard to the significant correlation between attitude and compliance in this study, it is suggested that nurses design and execute appropriate interventions to promote these patients' attitude, and in this way help to improve their compliance.**Key Words:** attitude, compliance, heart failure