

The effect of educational package on adherence to treatment and health literacy in patients with heart failure

Kobraei AA¹, Adib-Hajbaghery M², Kargar K³, Miranzadeh S^{1*}

1- Department of Medical Surgical Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I.R. Iran.

2- Trauma Nursing Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I.R. Iran.

3- Department of Prosthodontics, Faculty of Dentistry, Shahed University, Tehran, I.R. Iran.

Received: 2021/12/16 | Accepted: 2022/06/26

Abstract:

Background: Heart failure is a major problem that affects a person's quality of life. This study aimed to determine the effect of educational package on health literacy and following treatment recommendations in patients with heart failure.

Materials and Methods: This experimental study was performed on 60 patients with heart failure in Shahid Beheshti Hospital of Kashan from 1398 to 1400 in two groups of control and intervention. Before and after the intervention, demographic information questionnaires, specific health literacy of patients with heart failure and Madanlu treatment adherence questionnaire were completed by both groups.

Results: Comparing the mean score of adherence to treatment and its dimensions after the intervention had a statistically significant difference ($P<0.05$). Also showed a statistically significant difference in the mean score of adherence to treatment and its dimensions in the intervention group, beginning and end of training ($P<0.05$). Comparison of the mean score of health literacy and its dimensions after the intervention had a statistically significant difference ($P<0.05$). There was a statistically significant difference in the mean score of health literacy and its dimensions in the intervention group, beginning and end of the intervention ($P<0.05$). While in the control group showed that the mean score of total health literacy and its dimensions at the beginning and end of the study decreased statistically significantly ($P<0.05$).

Conclusion: Therefore, using training packages as an easy and safe educational method can help increase health literacy and increase treatment adherence in patients with heart failure and prevent disease progression.

Keywords: Health education, Health literacy, Treatment adherence, Heart failure

***Corresponding Author**

Email: miranzadeh_s@kaums.ac.ir

Tel: 0098 913 312 0567

Fax: 0098 315 554 0021

Conflict of Interests: *No*

Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences, August, 2022; Vol. 26, No 3, Pages 302-310

Please cite this article as: Kobraei AA, Adib-Hajbaghery M, Kargar K, Miranzadeh S. The effect of educational package on adherence to treatment and health literacy in patients with heart failure. *Feyz* 2022; 26(3): 302-10.

تأثیر بسته آموزشی بر تبعیت از درمان و سواد سلامت در بیماران با نارسایی قلبی

امیرآرشام کبرایی^۱، محسن ادیب حاج باقری^۲، کامران کارگر^۳، صدیقه میرانزاده^{۴*}

خلاصه:

سابقه و هدف: نارسایی قلبی یک مشکل عمده است که کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر بسته آموزشی بر سواد سلامت و پیروی از توصیه‌های درمانی در مبتلایان نارسایی قلبی انجام شد. مواد و روش‌ها: این مطالعه تجربی بر روی ۶۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی بیمارستان شهید بهشتی کاشان از سال ۱۳۹۸ تا ۱۴۰۰ در دو گروه کنترل و مداخله انجام گردید. قبل و بعد از مداخله، پرسشنامه‌های اطلاعات دموگرافیک، سواد سلامت اختصاصی بیماران با نارسایی قلبی و پرسشنامه تبعیت از درمان مدانلو توسط هر دو گروه تکمیل شد. نتایج: مقایسه میانگین نمره تبعیت از درمان و ابعاد آن پس از مداخله، تفاوت آماری معناداری داشت ($P < 0/05$). همچنین تفاوت معناداری در میانگین نمره تبعیت از درمان و ابعاد آن در گروه مداخله، ابتدا و انتهای آموزش نشان داده شد ($P < 0/05$). مقایسه میانگین نمره سواد سلامت و ابعاد آن پس از مداخله نیز، تفاوت آماری معناداری داشت ($P < 0/05$). تفاوت آماری معناداری در میانگین نمره سواد سلامت و ابعاد آن در گروه مداخله، ابتدا و انتهای مداخله نشان داده شد ($P < 0/05$); در حالی که در گروه کنترل میانگین نمره کل سواد سلامت و ابعاد آن در ابتدا و انتهای مطالعه، کاهش معناداری داشت ($P < 0/05$). نتیجه‌گیری: بنابراین استفاده از بسته‌های آموزشی به‌عنوان یک روش آموزشی آسان و ایمن می‌تواند در جهت افزایش سواد سلامت و افزایش تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی و پیشگیری از پیشرفت بیماری کمک کند. واژگان کلیدی: نارسایی قلبی، بسته آموزشی، سواد سلامت، تبعیت از درمان

دو ماه‌نامه علمی - پژوهشی فیض، دوره بیست و ششم، شماره ۳، مرداد - شهریور ۱۴۰۱، صفحات ۳۱۰-۳۰۲

مقدمه

این علائم به عدم تحمل فعالیت منجر شده، تغییراتی را در سبک زندگی بیمار ایجاد می‌کنند که به نوبه خود باعث کاهش رضایت بیمار شده، هزینه‌های زیادی را به بیمار، خانواده و جامعه تحمیل می‌کنند [۵]. احتمال بستری مجدد این بیماران ۳ تا ۶ ماه پس از ترخیص از بیمارستان ۲۹ درصد تا ۴۷ درصد است که بخش عمده‌ای از آن با پیروی بیماران از توصیه‌های درمانی، قابل پیشگیری است [۶]. این درحالی است که حداقل ۵۰ درصد مبتلایان به نارسایی قلبی از توصیه درمانی مربوط به رژیم غذایی و دستورات دارویی خود پیروی نمی‌کنند و همین امر به بستری مجدد آن‌ها منجر می‌شود [۷]. یکی از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر پیروی بیمار از دستورات درمانی، سواد سلامت است. سواد سلامت تعاریف گوناگونی دارد، ولی آنچه در همه تعاریف مشترک است، رسیدن فرد به سطحی از ظرفیت برای دستیابی به اطلاعات مربوط به روندهای درمانی، درک کردن و فهمیدن اطلاعات پایه درباره سلامت و سرویس‌های مورد نیاز است که این امر فرصت بهتری را برای تصمیم‌گیری در مورد سلامت به آن‌ها می‌دهد [۸]. پایین بودن سواد سلامت نه تنها برای بیماران، بلکه برای تأمین‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی - درمانی و سیستم‌های سلامت، به‌عنوان یک مشکل اساسی مطرح است [۹]. مطالعه Gazmararian و همکاران روی سواد بهداشتی و شناخت بیماری‌های مزمن، نشان داد که ۲۷ درصد تا ۵۴ درصد از بیماران نارسایی قلبی، سواد سلامت کافی ندارند [۱۰]. Mangolian و همکاران نیز گزارش داده‌اند که ۸۵ درصد از

نارسایی قلبی یکی از علل شایع بستری در بزرگسالان بالای ۶۵ سال است [۲، ۱]. در آمریکا ۵ میلیون نفر به نارسایی قلبی مبتلا بوده، سالانه حدود ۵۰۰۰۰۰ مورد جدید به این رقم افزوده می‌شود و انتظار می‌رود در ۳۰ سال آینده آمار موجود دو برابر شود [۳]. طبق آماري که مرکز مدیریت بیماری‌های ایران در سال ۱۳۸۰ منتشر کرد، تعداد مبتلایان به نارسایی قلبی در ۱۸ استان کشور در همان سال حدود ۳/۳ نفر در، صد نفر جمعیت بود که از این تعداد حدود ۲/۸ نفر سن بالای ۵۰ سال و حدود ۰/۴ نفر نیز در سنین بین ۴۹- ۱۵ سال قرار داشتند [۴]. نارسایی قلبی علائم متعددی نظیر تنگی نفس، سرگیجه، آرتین صدري، ادم و آسیت را ایجاد می‌کند.

۱. کارشناسی ارشد، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
 ۲. استاد، مرکز تحقیقات پرستاری تروما، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
 ۳. دانشجوی دستیاری تخصصی، گروه پروتئزهای دندان، دانشکده دندان‌پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
 ۴. مربی، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
- *نشانی نویسنده مسئول:
کاشان، کیلومتر ۵ بلوار قطب راوندی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، دانشکده پرستاری و مامایی

دورنویس: ۰۳۱۵۵۵۴۶۶۳۳

تلفن: ۰۳۱۵۵۵۴۰۰۲۱

پست الکترونیک: miranzadeh_s@kaums.ac.ir

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۴/۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۹/۲۵

بلوک‌بندی تصادفی (۱۵ بلوک ۴ تایی) با استفاده از یک نرم‌افزار برخط انجام شد.

پس از تصویب طرح، محقق ابتدا با مراجعه به بیمارستان شهید بهشتی کاشان و بایگانی بیمارستان، مطب پزشکان کاشان و شهرستان آران و بیدگل، کسانی را که طبق تشخیص پزشک دچار نارسایی قلبی بودند، شناسایی کرد. سپس به این افراد مراجعه نمود و توضیحات لازم جهت آگاهی افراد از فرآیند مطالعه را به آن‌ها ارائه کرد و از آن‌ها برای شرکت در تحقیق دعوت نمود. حجم نمونه با استفاده از نتایج مطالعه Mamianloo و همکاران [۱۳] در هر گروه ۲۵ نفر محاسبه شد که با احتمال ریزش ۱۰ درصد در هر گروه ۳۰ نفر قرار داده شد. معیارهای ورود شامل تشخیص پزشکی نارسایی قلبی در کلاس ۱ تا ۳، سن حداقل ۱۸ سال و دادن رضایت آگاهانه کتبی برای شرکت در تحقیق بود. معیار خروج شامل عدم تمایل شرکت‌کنندگان به ادامه شرکت در پژوهش، ابتلا به بیماری حاد یا شرایط خاصی بود که بیمار به مراقبت پزشکی نیاز داشته باشد. همچنین در مدت مطالعه، وقوع شرایط بحرانی از قبیل این‌که فرد دچار بیماری حاد شود، فوت نماید، در بیمارستان بستری شود یا به‌طورکلی در کلاس‌های آموزشی برای ۲ جلسه متوالی غیبت داشته باشد، باعث خروج از مطالعه شد. علاوه بر این، بیمارانی که در حین مطالعه کلاس، نارسایی قلبی آن‌ها از ۳ به ۴ افزایش یافت نیز از مطالعه خارج شدند. پس از بررسی، ۸ نفر معیار ورود به مطالعه را نداشتند و سه نفر هم به علت عدم رضایت جهت شرکت در مطالعه از پژوهش خارج شدند. ۶۰ بیمار باقیمانده به روش تصادفی بلوکی در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند. نمونه‌های دو گروه در طول مطالعه ریزش نداشتند (نمودار شماره ۱). جمع‌آوری داده‌ها، توسط سه پرسشنامه انجام گرفت که شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک (سن، جنس، شغل، تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اقتصادی، وسیله نقلیه، مدت ابتلای فرد به نارسایی قلبی، وزن و قد)، پرسشنامه سواد سلامت اختصاصی بیماران نارسایی قلبی و پرسشنامه تبعیت از درمان مدانلو بود. پرسشنامه تبعیت از درمان مدانلو توسط فاطمی و همکاران (۲۰۱۸) به منظور سنجش تبعیت از درمان در بیماران مزمن طراحی و روانسنجی شد. این پرسشنامه شامل ۴۰ سؤال در حیطه‌های اهتمام در درمان، تمایل به مشارکت در درمان، توانایی تطابق، تلفیق درمان با زندگی، پیگیری به درمان، تعهد به درمان و تدبیر در اجرای درمان است. گویه‌ها دارای پاسخ‌هایی در طیف لیکرت ۵ نمره‌ای بودند. روایی محتوایی این ابزار توسط سازنده آن بررسی و تأیید شد. پایایی آن نیز با استفاده از روش آزمون - بازآزمون بررسی و $r = 0.875$ گزارش شده است [۱۶]. پرسشنامه سواد سلامت نارسایی قلبی HF-specific HL scale شامل ۱۲

بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در زمینه شناخت ماهیت بیماری، ۹۲/۵ درصد در زمینه رژیم غذایی، ۹۵ درصد در رابطه با رژیم دارویی، ۸۲/۵ درصد در رابطه با استراحت و فعالیت جنسی و ۸۵ درصد در زمینه پیگیری درمان، فاقد اطلاعات لازم بوده، هیچ‌کدام از آن‌ها درباره کنترل صحیح نبض خود آگاهی نداشتند [۱۱]. برخی از مطالعات نیز به بررسی تأثیر ارتقای سواد سلامت و یا آموزش بیماران نارسایی قلبی پرداخته‌اند. Murray و همکاران (۲۰۰۴) با بررسی تأثیر آموزش توسط داروشناس بر بهبود پیروی از دستورات دارویی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی گزارش دادند که افزایش سواد سلامت باعث بهبود پیروی بیماران از دستورات دارویی می‌شود [۱۲]. در مطالعه Mamianloo و همکاران نیز آموزش بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در گروه‌های کوچک باعث افزایش سواد سلامت آن‌ها شد [۱۳]. با وجود این، Chen و همکاران گزارش داده‌اند که بهبود سواد سلامت، اگرچه باعث افزایش سطح دانش و آگاهی بیماران از نارسایی قلبی می‌شود، اما در درازمدت بر روی خودکارآمدی، خودمراقبتی و پیروی این بیماران از توصیه‌های درمانی تأثیر ندارد [۱۴]. با وجود فراگیربودن نقص در سواد سلامت بیماران مبتلا به نارسایی قلبی و توصیه اکید برخی از محققان بر ضرورت ارتقای سواد سلامت جامعه و بیماران [۱۵]، همچنان مطالعات اندکی در زمینه بررسی آثار مداخلات ارتقا دهنده سواد سلامت در ایران و جهان انجام شده است. با توجه به کمبود مطالعه در زمینه سواد سلامت مبتلایان با نارسایی قلبی در ایران و نیز تناقضات موجود بین مطالعات در زمینه تأثیر سواد سلامت بر پیروی از دستورات درمانی در این بیماران، همچنان این سؤال وجود دارد که آیا ارتقای سواد سلامت می‌تواند پیروی از دستورات درمانی و سواد سلامت را در مبتلایان به نارسایی قلبی بهبود بخشد؟ از این‌رو، محققان تصمیم گرفتند تا مطالعه‌ای را با هدف تعیین تأثیر بسته آموزشی ارتقای سواد سلامت بر پیروی از توصیه‌های درمانی و سواد سلامت در مبتلایان به نارسایی قلبی انجام دهند. امید است که نتایج این مطالعه بتواند بر کیفیت مراقبت و درمان این بیماران مؤثر باشد.

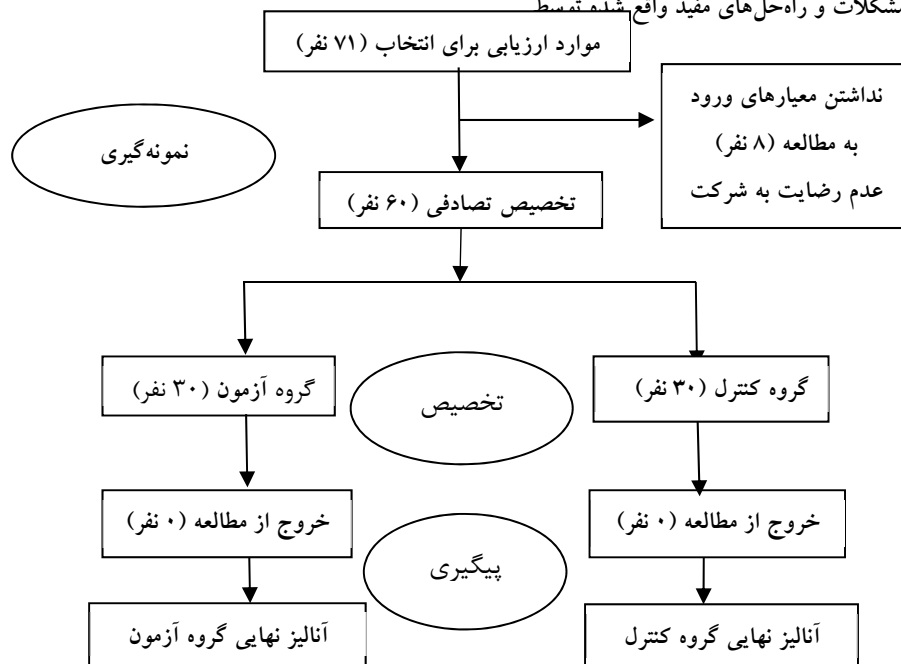
مواد و روش‌ها

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد پرستاری با کد اخلاق IR.KAUMS.NUHEPM.REC.1398.038 از دانشگاه علوم پزشکی کاشان است.

پژوهش حاضر از نوع تجربی بود که بر روی ۶۰ بیمار نارسایی قلبی مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید بهشتی کاشان انجام شد. نمونه‌گیری به روش دردسترس و قرارگیری در گروه‌ها به روش

بیماران اختصاص داده می‌شد. علاوه بر این یک کتابچه آموزشی در مورد نارسایی قلبی و مراقبت‌های مرتبط در اختیار بیماران قرار داده شد. جهت جلوگیری از افشای مداخله، تصادفی‌سازی صورت گرفت و نیز در روزهای مختلف نمونه‌گیری انجام شد. با وجود این، ممکن است اطلاعاتی بین دو گروه رد و بدل شده باشد و یا احتمال دارد برخی از افراد نیز از مرجع دیگری آموزش‌هایی را دریافت کرده باشند و این موضوع را با پژوهشگر در میان گذاشته باشند. یک‌ماه بعد از اتمام دوره آموزش با تک‌تک افراد گروه مداخله و کنترل تماس تلفنی گرفته شد تا متناسب با شرایط آن‌ها، قرار گذاشته شود تا در بیمارستان و یا محلی که امکان‌پذیر باشد، پرسشنامه‌ها مجدداً تکمیل شود. گروه کنترل در طی مداخله تنها مراقبت‌های روتین را دریافت کرد. با وجود این، ۴ هفته بعد از اتمام مداخله به گروه کنترل نیز دفترچه آموزشی داده شد. داده‌ها پس از جمع‌آوری و کدگذاری در نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۲ (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) تجزیه و تحلیل شد. از آمار توصیفی (فراوانی و درصد، میانگین و انحراف معیار) و کای دو و تی تست جهت تجزیه و تحلیل داده‌های کمی و کیفی استفاده شد. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. در این پژوهش پس از بیان اهداف به بیماران، رضایت آگاهانه کتبی توسط ایشان تکمیل گردید. در این پژوهش، اصول بیانیه هلسینکی ۲۰۰۲ در نظر گرفته شد. به نمونه‌های مورد پژوهش اطمینان داده شد که هر زمان بخواهند می‌توانند از مطالعه خارج شوند و همچنین اطلاعاتشان محرمانه خواهد ماند.

گویه است که سه بُعد سواد سلامت عملکردی، ارتباطی و انتقادی بیماران نارسایی قلبی را اندازه‌گیری می‌کند. گویه‌ها به صورت لیکرت ۴ گزینه‌ای و نمره کل مقیاس ۳۶ است. روایی پرسشنامه در مطالعات پیشین تأیید شده و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ (۰/۷۸) مورد تأیید قرار گرفته است [۱۸، ۱۷]. پس از قرارگیری نمونه‌ها به روش تصادفی بلوکی در دو گروه ۳۰ نفره آزمون و کنترل، هر دو گروه پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل نمودند. افراد گروه آزمون برای شرکت در کلاس‌های آموزش سواد سلامت به زیرگروه‌های ۱۰ نفره تقسیم شدند. سپس با آن‌ها هماهنگ شد که در تاریخ مشخص به بیمارستان شهید بهشتی کاشان مراجعه و در کلاس شرکت نمایند. کلاس‌های آموزش محتوای بسته آموزشی توسط پژوهشگر اول اجرا شد. ۵ جلسه حضوری [۱۳] هفته‌ای یک‌بار به مدت ۳۰ تا ۴۵ دقیقه برای آموزش نوع فعالیت، رژیم غذایی، توصیه‌های درمانی و نحوه پیگیری و مصرف داروها برای هر یک از گروه‌های ۱۰ نفره متعلق به گروه مداخله، برگزار شد. همچنین، محتوای آموزش براساس مطالعه رفیعی و همکاران [۱۹] تعیین شد. بدین شرح: مواقعی که لازم است با پزشک تماس گرفته یا به وی مراجعه شود، نکات اصلی در مورد تغذیه و مصرف مایعات، اقداماتی که در صورت بدتر شدن وضعیت از آن‌چه که در حال حاضر هست، باید انجام داد. عوارضی که در صورت مصرف نکردن داروها اتفاق می‌افتد، نحوه و میزان انجام فعالیت در طول روز، بود. آموزش‌های حضوری در جلسات به صورت سخنرانی توسط محقق، ارائه اسلاید، عکس و فیلم بود. همچنین در هر جلسه دقایقی برای پرسش و پاسخ و نیز بیان تجربیات و مشکلات و راه‌حل‌های مفید واقع شدند.



نمودار شماره ۱- نحوه انتخاب و تخصیص و پیگیری جامعه مورد مطالعه

نتایج

داد ($P < 0/05$). این در حالی است که آزمون تی زوجی در گروه کنترل نشان داد که در میانگین نمره کل تبعیت از درمان و برخی از ابعاد آن (اهتمام به درمان، تعهد به درمان، تدبیر در اجرای درمان و مشارکت در درمان) ابتدا و انتهای مطالعه کاهش آماری معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). جدول شماره ۳ نشان داد که مقایسه میانگین نمره سواد سلامت و ابعاد آن پس از مداخله، در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معناداری داشته است ($P < 0/05$). به طوری که میانگین نمره کل سواد سلامت یک ماه پس از آموزش در گروه مداخله $37/63 \pm 20/2$ و در گروه کنترل $25/93 \pm 4/27$ بوده است و این تفاوت از لحاظ آماری معنادار است ($P = 0/001$). همچنین آزمون تی زوجی تفاوت آماری معناداری را در میانگین نمره سواد سلامت و ابعاد آن در ابتدا و انتهای گروه مداخله نشان داد ($P < 0/05$). این در حالی است که آزمون تی زوجی در گروه کنترل نشان داد که میانگین نمره کل سواد سلامت و ابعاد آن در ابتدا و انتهای مطالعه کاهش آماری معناداری یافته است ($P < 0/05$).

نتایج نشان داد که میانگین سنی بیماران شرکت کننده در پژوهش در گروه مداخله $51/56 \pm 18/30$ و در گروه کنترل $51/13 \pm 16/13$ سال بود. در گروه مداخله ۱۶ نفر (۳۳/۳ درصد) و در گروه کنترل ۱۳ نفر (۴۳/۳ درصد) را مردان تشکیل می دادند. آزمون های آماری نشان داد که دو گروه از نظر ویژگی های فردی به جز وسیله نقلیه و وزن تفاوت آماری معناداری با هم نداشتند ($P > 0/05$) (جدول شماره ۱). یافته های جدول شماره ۲ نشان داد که مقایسه میانگین نمره تبعیت از درمان و ابعاد آن پس از مداخله، در دو گروه مداخله و کنترل، تفاوت آماری معناداری داشته است ($P < 0/05$). به طوری که میانگین نمره تبعیت از درمان یک ماه پس از آموزش در گروه مداخله $11/78 \pm 17/20$ و در گروه کنترل $7/81 \pm 15/73$ بود که این تفاوت از لحاظ آماری معنادار است ($P = 0/001$). همچنین آزمون تی زوجی تفاوت آماری معناداری را در میانگین نمره تبعیت از درمان و ابعاد آن در گروه مداخله، ابتدا و انتهای آموزش نشان

جدول شماره ۱- ویژگی های فردی بیماران نارسایی قلبی شرکت کننده در پژوهش

P [*]	گروه		متغیر	
	کنترل	مداخله		
	(درصد)	(درصد)	تعداد	تعداد
0/438	17 (56/7)	14 (46/7)	زن	جنس
	13 (43/3)	16 (53/3)	مرد	
0/304	10 (33/3)	14 (46/7)	ابتدایی و زیر دیپلم	تحصیلات
	10 (33/3)	11 (36/7)	دیپلم	
	10 (33/3)	5 (16/7)	کارشناسی و بالاتر	
	0	2 (6/7)	مجرد	
0/612	28 (93/3)	27 (90)	متاهل	وضعیت تاهل
	2 (6/7)	1 (3/3)	فوت همسر	
	2 (6/7)	3 (10)	بیکار	
0/147	10 (33/3)	3 (10)	آزاد	شغل
	13 (43/3)	14 (46/7)	خانه دار	
	5 (16/7)	8 (26/7)	بازنشسته	
	0	2 (6/7)	محصل	
0/656	7 (23/3)	7 (23/3)	درآمد کمتر از یک میلیون و پانصد هزار تومان	وضعیت اقتصادی
	17 (56/7)	20 (66/7)	درآمد بین یک میلیون و پانصد هزار تومان و سه میلیون تومان	
	6 (20)	3 (10)	درآمد بیشتر از سه میلیون تومان	
0/671	28 (93/3)	26 (86/7)	شخصی	محل زندگی
	2 (6/7)	4 (13/3)	اجاره ای	
0/015	15 (50)	6 (20)	دارد	وسيله نقلیه
	15 (50)	24 (80)	ندارد	
0/994	51/53 ± 16/13	51/56 ± 18/30	سن (سال) میانگین ± انحراف معیار	
0/013	77/90 ± 9/04	71/60 ± 10/05	وزن	
0/433	170/60 ± 6/90	169/13 ± 7/48	قد	
0/582	84/66 ± 44/84	92/40 ± 61/95	مدت ابتلای فرد به نارسایی قلبی برحسب ماه	

جدول شماره ۲- مقایسه میانگین نمره تبعیت از درمان و ابعاد آن در ابتدای مطالعه و ۴ هفته پس از پایان مداخله، در دو گروه مداخله و کنترل

p**	گروه		زمان
	کنترل	مداخله	
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
۰/۲۰۳	۳۷/۸۳±۲/۹۸	۳۶/۷۰±۳/۷۹	قبل
۰/۰۰۱	۳۵/۵۰±۲/۶۳	۳۹/۴۰±۳/۰۱	بعد
-	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	P*
۰/۹۰۶	۲۷/۷۰±۳/۱۳	۲۷/۸۰±۳/۴۱	قبل
۰/۰۰۱	۲۶/۶۰±۲/۸۸	۲۹/۹۶±۲/۶۹	بعد
-	۰/۰۶۸	۰/۰۰۱	P*
۰/۶۷۳	۲۱/۱۰±۲/۴۸	۲۱/۳۶±۲/۳۹	قبل
۰/۰۰۱	۲۰/۳۶±۱/۸۶	۲۲/۰۶±۱/۵۵	بعد
-	۰/۰۷۸	۰/۰۲۵	P*
۰/۱۷۸	۱۵/۲۰±۲/۰۰	۱۶/۰۳±۲/۶۸	قبل
۰/۰۰۱	۱۵/۳۰±۱/۳۹	۱۶/۹۰±۲/۰۴	بعد
-	۰/۸۱۵	۰/۰۰۱	P*
۰/۶۶۷	۲۰/۵۰±۲/۸۸	۲۰/۱۶±۳/۰۹	قبل
۰/۰۰۱	۱۸/۲۳±۱/۹۵	۲۱/۵۶±۱/۷۷	بعد
-	۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	P*
۰/۱۷۲	۱۲/۲۰±۲/۱۷	۱۱/۴۰±۲/۳۱	قبل
۰/۰۰۱	۱۰/۵۶±۱/۵۴	۱۲/۵۶±۱/۴۵	بعد
-	۰/۰۰۳	۰/۰۰۱	P*
۰/۱۲۶	۲۸/۲۶±۲/۴۰	۲۷/۰۳±۳/۶۲	قبل
۰/۰۰۱	۲۴/۸۶±۲/۲۸	۲۹/۷۳±۲/۶۳	بعد
-	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	P*
۰/۵۵۱	۱۶۲/۸۰±۱۳/۱۱	۱۶۰/۵۰±۱۶/۴۳	قبل
۰/۰۰۱	۱۵۱/۷۳±۷/۸۱	۱۷۲/۲۰±۱۱/۷۸	بعد
-	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	P*

*Paired t-test. ** Independent t-test

جدول شماره ۳- میانگین نمره سواد سلامت در ابتدای مطالعه و ۴ هفته پس از پایان مداخله، در دو گروه مداخله و کنترل

p**	گروه		زمان
	کنترل	مداخله	
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
۰/۲۲۹	۸/۰۶±۲/۱۸	۶/۱۰±۲/۸۲	قبل
۰/۰۰۱	۶/۹۰±۲/۲۴	۱۰/۱۰±۱/۴۷	بعد
-	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	P*
۰/۰۳۷۴	۱۱/۶۶±۱/۰۲	۱۱/۰۶±۱/۸۵	قبل
۰/۰۰۱	۱۰/۲۳±۱/۰۷	۱۵/۱۳±۰/۸۶	بعد
-	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	P*
۰/۸۲۱	۹/۷۶±۱/۶۱	۸/۶۳±۱/۵۸	قبل
۰/۰۰۱	۸/۷۳±۱/۸	۱۲/۴۰±۰/۹۶	بعد
-	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	P*
۰/۹۰۱	۲۹/۴۶±۳/۸۳	۲۵/۸۰±۳/۹۷	قبل
۰/۰۰۱	۲۵/۹۳±۴/۲۷	۳۷/۶۳±۲۰/۲	بعد
-	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	P*

*Paired t-test. ** Independent t-test

بحث

بود [۲۱]. در مطالعه Vollmer و همکاران که به منظور بهبود پایداری به داروهای بیماری‌های قلبی - عروقی با استفاده از آموزش تلفنی و مداخله یادآوری تلفنی در مقایسه با مراقبت معمول انجام شده بود، نتایج نشان‌دهنده بهبود در تبعیت دارویی گروه مداخله بود [۲۲]. همچنین در این راستا نتایج مطالعه مروری و متاآنالیزی که توسط Jeffery و همکاران انجام شده است، نشان داد که مداخلات برای بهبود پیروی از دستورالعمل‌های بیماری‌های قلبی - عروقی می‌توانند در بهبود پیروی و تبعیت دارویی مؤثر باشند و اغلب مؤثرتر از راهنمایی به صورت معمولی هستند و مداخلات متمرکز بر آموزش توسط ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی، از نظر آماری پیشرفت‌های چشمگیری را در بهبود وضعیت بیماران و تبعیت آنان نشان می‌دهد [۲۳]. نتایج پژوهش حاضر با مطالعات فوق همخوانی دارد. در مطالعات فوق از روش‌های مختلف برای آموزش تبعیت از درمان در بیماران قلبی استفاده شده است؛ ولی مشاهده می‌گردد که همه روش‌ها توانسته است میزان تبعیت از درمان را در بیماران ارتقا دهد. بنابراین آموزش به بیمار می‌تواند در بیمار انگیزه ایجاد کند که موارد آموزش داده شده را بهتر از قبل انجام دهد و رژیم درمانی را رعایت نماید. همچنین مطالعه Barnason و همکاران با مطالعه حاضر هم‌راستا است. در این مطالعه نیز بیماران مبتلا به نارسایی قلبی از سوی پرستار به مدت ۲ تا ۳ هفته تحت آموزش و مشاوره دارویی قرار گرفتند و تبعیت از رژیم دارویی بیماران گروه مداخله در بازه زمانی ۱ و ۳ ماهه نسبت به ابتدای مداخله، افزایش معنی‌داری نشان داد [۲۴]. بنابراین، می‌توان دریافت که پیگیری و آموزش، نتایج مثبتی در جهت ارتقای تبعیت درمان بیماران خواهد داشت. تفاوت این مطالعه با پژوهش حاضر در پرسشنامه سنجش تبعیت از درمان و مدت زمان پیگیری بیماران بود. همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که در گروه کنترل بین میانگین نمره کل تبعیت از درمان و برخی از ابعاد آن (اهتمام به درمان، تعهد به درمان، تدبیر در اجرای درمان و مشارکت در درمان) در ابتدا و انتهای مطالعه تفاوت آماری معناداری وجود داشت. در گروه کنترل بیماران ضرورت پایداری به درمان را درک نکرده بودند و باور نداشتند که برای رسیدن به بهبودی باید از دستورات پزشکشان پیروی کنند و این می‌تواند دلیلی برای کاهش تبعیت از درمان در آن‌ها باشد. نتایج نشان داد که مقایسه میانگین نمره سواد سلامت و ابعاد آن پس از مداخله، در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معناداری داشته است. این در حالی است که آزمون تی زوجی در گروه کنترل نیز نشان داد میانگین نمره کل سواد سلامت و ابعاد آن در ابتدا و انتهای مطالعه کاهش آماری معناداری یافته است. در راستای پژوهش حاضر، مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده توسط Peters-Klimm و همکاران که با هدف

مطالعه حاضر نشان داد که آموزش بسته ارتقای سواد سلامت باعث افزایش پیروی از توصیه‌های درمانی و سواد سلامت بیماران مبتلا به نارسایی قلبی شد. این در حالی است که در گروه کنترل نیز با وجود تغییرات در میانگین نمره کل تبعیت از درمان و برخی از ابعاد آن (اهتمام به درمان، تعهد به درمان، تدبیر در اجرای درمان و مشارکت در درمان) تفاوت آماری معناداری در ابتدا و انتهای مطالعه وجود داشت. این کاهش بدین دلیل است که گروه کنترل هیچ آموزشی ندیده است و این نشان‌دهنده نقش مهم عدم آموزش بعد از یک ماه بر گروه کنترل است. همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که نمره پیروی از توصیه‌های درمانی بعد از مطالعه در گروه کنترل کاهش پیدا کرده که نشان‌دهنده کاهش پیروی از توصیه‌های درمانی می‌باشد. به نظر می‌رسد دلیل کاهش پیروی از توصیه‌های درمانی در گروه کنترل این باشد که آن‌ها علاوه بر این که کتابچه آموزشی را دریافت نکرده‌اند و در جلسات حضوری آموزش شرکت نداشته‌اند؛ همچنین به خاطر عدم دریافت آموزش‌های لازم در مورد بیماری و عدم وجود منبعی برای پاسخ به سؤالاتشان، به مرور زمان تبعیت از درمان در آن‌ها کاهش یافت و یک روتین محوری در آن‌ها شکل گرفت. بنابراین به نظر می‌رسد ضرورت پیگیری درمان و تبعیت از آن برای بیماران مشخص شود تا با مراجعه به مراکز درمانی و دریافت مشاوره در مورد بیماری، تبعیت از درمان را ارتقا دهند و بیماری خود را کنترل کنند. در مطالعه آقامحمدی و همکاران بیان شده است که بیماران گروه کنترل در زمان مراجعه به پزشک به تبعیت از درمان و پیروی از دستورات تیم مراقبتی اهمیت می‌دادند ولی با گذشت زمان این موارد کم‌رنگ شد و فرد خود را ملزم به رعایت همه دستورات درمانی مانند رعایت تغذیه و فعالیت نمی‌دانست. وی در پژوهش خود بیان نمود که باید اهمیت رعایت توصیه‌های پزشک و پرستار به بیماران گوشزد شود که برای انجام این کار به تداوم جلسات آموزشی و پیگیری بیماران نیاز است [۲۰]. بنابراین نتایج مطالعه حاضر که در راستای مطالعه آقامحمدی و همکاران است، بیانگر این است که علت کاهش تبعیت از درمان در گروه کنترل در پژوهش حاضر، کاهش انگیزه برای درمان در بیماران، پیگیری نکردن آن‌ها توسط محقق و عدم برگزاری کلاس‌های آموزشی برای آن‌ها بود. گفتنی است در پایان تحقیق، کتابچه آموزشی در مورد نارسایی قلبی و آموزش به بیمار در اختیار گروه کنترل نیز قرار داده شد. همسو با نتایج مطالعه حاضر، در مطالعه مروری Dinh و همکاران اثربخشی آموزش سلامت بیماران بر رفتارهای خودمراقبتی در بیماری‌های مزمن بررسی شد؛ نتایج نشان‌دهنده بهبود تبعیت از رژیم دارویی در بیماران گروه مداخله

این مطالعه و نتایج سایر مطالعات نشان می‌دهد که صرفنظر از روش آموزشی به کار گرفته شده، ارائه اطلاعات در خصوص بیماری، درمان و مراقبت همواره به افزایش سطح سواد سلامت بیماران می‌انجامد؛ هرچند که در این بین متغیرهایی چون جنسیت، سن و سطح اقتصادی بر نتایج آموزش تأثیرگذار باشد. با توجه به این که بیشتر بیماران مبتلا به نارسایی قلبی به مدت طولانی باید دارو مصرف کنند؛ بنابراین، تکرار آموزش برای این بیماران می‌تواند بسیار کمک‌کننده باشد. در نتیجه پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده در طول مدت پیگیری و بعد از ترخیص از بیمارستان نیز روش‌هایی برای آموزش‌های مجدد در نظر گرفته شود تا تأثیر آن بر میزان تبعیت دارویی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مشاهده شود و نتایج با مطالعات حاضر مقایسه گردد. همچنین از محدودیت‌های این مطالعه تکمیل پرسشنامه‌ها بر اساس خودگزارش‌دهی بیماران بود و می‌توان به تأثیر شرایط روحی و روانی بیماران بر نحوه پاسخگویی سؤالات پرسشنامه و نتایج اشاره کرد که این موضوع از کنترل محقق خارج بود. از محدودیت‌های دیگر این مطالعه، دریافت اطلاعات از منابع دیگر بود که می‌توانست بر تبعیت از رژیم درمانی و سواد سلامت بیماران تأثیر بگذارد. علاوه بر این از مشکلات دیگر این پژوهش، دشواری در هماهنگی و آماده‌سازی محل برگزاری جلسات و نیز هماهنگ کردن وقت شرکت‌کنندگان برای شرکت هم‌زمان در بحث بود که با هماهنگی با شرکت‌کنندگان و تعیین زمان حضور سعی در رفع این مشکل شد.

نتیجه‌گیری

آموزش و افزایش آگاهی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در جهت آشنایی با ماهیت بیماری، اقدامات درمانی و مراقبتی ایشان می‌تواند باعث ارتقای تبعیت از درمان و افزایش سواد سلامت آن‌ها شود. بنابراین استفاده از بسته‌های آموزشی سلامت به‌عنوان یک روش آموزشی آسان و بی‌خطر جهت افزایش سواد سلامت و تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی پیشنهاد می‌گردد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله نویسندگان از کلیه بیماران شرکت‌کننده در پژوهش کمال تشکر و قدردانی را دارند.

تأثیر برنامه آموزشی بحث گروهی در بیماران نارسایی قلبی به‌منظور بهبود وضعیت خودمراقبتی و سواد سلامت در این بیماران انجام شد، نشان داد که برنامه آموزشی تأثیر بسزایی در بهبود خودمراقبتی و سواد سلامت بیماران دارد [۲۵]. نتایج مطالعه Mangolian و همکاران با هدف تعیین تأثیر یک برنامه آموزشی خودمراقبتی بر آگاهی، سواد سلامت و عملکرد بیماران مبتلا به نارسایی قلبی نشان داد که تغییرات میزان آگاهی و سواد سلامت و نحوه عملکرد در گروه مداخله بسیار واضح بود و تفاوت معناداری با گروه کنترل داشت [۲۶]. همان‌گونه که بیان شد، آموزش به روش بحث در گروه‌های کوچک به‌طور معناداری باعث ارتقای میزان سواد سلامت بیماران مبتلا به نارسایی قلبی گردیده است. در این راستا یک مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی‌شده DeWalt و همکاران با هدف ارزیابی تأثیر برنامه خودمدیریتی در تمام سطوح سواد بیماران در آمریکا انجام شد. این مطالعه تأثیر برنامه آموزشی را در میزان مرگ بیماران و بستری شدن آن‌ها مورد سنجش قرار داد. نتایج این مطالعه نشان داد که در گروه مداخله ۴۱ درصد بیماران سواد بهداشتی ناکافی داشتند و میزان مرگ ۵۴ درصد و میزان بستری ۶۹ درصد شد که نسبت به گروه کنترل بهبود داشته است [۲۷]. نتایج مطالعه Dennison و همکاران نشان داد که سواد سلامت فاکتور مهمی در ارتقای دانش نارسایی قلبی و اعتمادبه‌نفس مبتلایان در رفتار مراقبت از خود، به‌خصوص در میان افراد مسن و کسانی که تحصیلات کمتر از دبیرستان دارند، می‌باشد [۲۸]. در پژوهش حاضر نیز بیشتر افراد شرکت‌کننده در پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل دارای تحصیلات زیردیپلم و ابتدایی بودند. شاید دلیل کاهش در نمره سواد سلامت در گروه کنترل، دریافت آموزش توسط بیماران از رسانه‌های گروهی یا خانواده و اطرافیان بیمار بود که سواد کافی و تخصصی در این زمینه را نداشتند که این موضوع، علیرغم توصیه به عدم دریافت آموزش از منابع دیگر، خارج از کنترل پژوهشگر بود. نتایج مطالعه فلاحی و میری در سال ۱۳۹۶ نشان داد که آموزش باعث ارتقای سواد سلامت بیماران مبتلا به بیماری ایسکمیک قلبی می‌شود [۲۹] که هم‌راستا با پژوهش حاضر است. تفاوت پژوهش حاضر با مطالعه آن‌ها در روش آموزش، محتوای آموزشی و نوع بیماری است؛ به‌طوری‌که در پژوهش حاضر از آموزش گروهی در بیماران نارسایی قلبی و در پژوهش فلاحی از آموزش الکترونیک در بیماران مبتلا به حوادث ایسکمیک قلب استفاده شده است. مروری بر نتایج

References:

[1] Pillai HS, Ganapathi S. Heart failure in South Asia. *Current Cardiol Rev* 2013; 9(2): 102-11.

[2] Hall M, Owings M. National Hospital Discharge Survey: Advance Data from Vital and Health Statistics,

- No. 329. *Hyattsville (MD): National Center for Health Statistics* 2002.
- [3] Ziaecian B, Fonarow GC. Epidemiology and aetiology of heart failure. *Nat Rev Cardiol* 2016; 13(6):368-78.
- [4] Rahnavard Z, Zolfaghari M, Kazemnejad A, Hatamipour K. An investigation of quality of life and factors affecting it in the patients with congestive heart failure. *J Hayat* 2006; 12(1): 77-86.
- [5] Liu L, Eisen HJ. Epidemiology of heart failure and scope of the problem. *Cardiol Clin* 2014; 32(1): 1-8.
- [6] Cui X, Zhou X, Ma LL, Sun TW, Bishop L, Gardiner FW, Wang L. A nurse-led structured education program improves self-management skills and reduces hospital readmissions in patients with chronic heart failure: a randomized and controlled trial in China. *Rural Remote Health* 2019; 19(2): 5270.
- [7] Rubio-Gracia J, Demissei BG, Ter Maaten JM, Cleland JG, O'Connor CM, Metra M, et al. Prevalence, predictors and clinical outcome of residual congestion in acute decompensated heart failure. *Int J Cardiol* 2018; 258: 185-91.
- [8] Cajita MI, Cajita TR, Han HR. Health Literacy and Heart Failure: A Systematic Review. *J Cardiovasc Nurs* 2016; 31(2): 121-30.
- [9] Barati M, Taheri-Kharameh Z, Farghadani Z, Rásky É. Validity and Reliability Evaluation of the Persian Version of the Heart Failure-Specific Health Literacy Scale. *Int J Community Based Nurs Midwifery* 2019; 7(3): 222-30.
- [10] Gazmararian JA, Williams MV, Peel J, Baker DW. Health literacy and knowledge of chronic disease. *Patient Education Counseling* 2003; 51(3): 267-75.
- [11] Marzangi A, Ghareagaji Asl R, Ahangarzadeh Rezaei S. Health literacy in heart disease community that covered by health services centers in south of west azarbaijan province. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2018; 16(1): 45-54.
- [12] Murray MD, Young J, Hoke S, Tu W, Weiner M, Morrow D, et al. Pharmacist intervention to improve medication adherence in heart failure: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2007; 146(10): 714-25.
- [13] Mamianloo H, Tol A, Khatibi N, Ahmadi Komoleleh S, Mohebbi B. Assessing the effect of small group intervention program on knowledge and health literacy among patients with heart failure. *J Nurs Education* 2014; 3(3): 34-41.
- [14] Chen AM, Yehle KS, Albert NM, Ferraro KF, Mason HL, Murawski MM, et al. Health literacy influences heart failure knowledge attainment but not self-efficacy for self-care or adherence to self-care over time. *Nurs Res Practice* 2013; 2013.
- [15] Evangelista LS, Rasmussen KD, Laramée AS, Barr J, Ammon SE, Dunbar S, et al. Health literacy and the patient with heart failure—implications for patient care and research: a consensus statement of the Heart Failure Society of America. *J Cardiac Failure* 2010; 16(1): 9-16.
- [16] Fatemi N, Rafii F, Hajizadeh E, Modanloo M. Psychometric properties of the adherence questionnaire in patients with chronic disease: a mix method study. *Koomesh* 2018; 20(2).
- [17] Farghadani Z, Taheri-Kharameh Z, Amiri-Mehra A, Ghajari H, Barati M. The relationship between health literacy and self-care behaviors among patients with heart failure. *J Hayat* 2018; 24(2): 186-96.
- [18] Nutbeam D. Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *Int J Public Health* 2009; 54(5): 303-5.
- [19] Rafii F, Shahpoorian F, Naasher Z, Azarbaad M, Hoseini F. Perspectives of patients and nurses on the reality of learning cardiac heart failure educational content. *J Hayat* 2009; 14(4): 41-55.
- [20] Ostwald SK, Godwin KM, Cron SG, Kelley CP, Hersch G, Davis S. Home-based psychoeducational and mailed information programs for stroke-caregiving dyads post-discharge: a randomized trial. *Disabil Rehabil* 2014; 36(1): 55-62.
- [21] Dinh TTH, Bonner A, Clark R, Ramsbotham J, Hines S. The effectiveness of the teach-back method on adherence and self-management in health education for people with chronic disease: a systematic review. *JBIEvidence Synthesis* 2016; 14(1): 210-47.
- [22] Vollmer WM, Owen-Smith AA, Tom JO, Laws R, Dittmer DG, Smith DH, et al. Improving adherence to cardiovascular disease medications with information technology. *Am J Manag Care* 2014; 20(17): SP502.
- [23] Jeffery RA, To MJ, Hayduk-Costa G, Cameron A, Taylor C, Van Zoost C, et al. Interventions to improve adherence to cardiovascular disease guidelines: a systematic review. *BMC Family Practice* 2015; 16(1): 1-15.
- [24] Barnason S, Zimmerman L, Hertzog M, Schulz P. Pilot testing of a medication self-management transition intervention for heart failure patients. *Western J Nurs Res* 2010; 32(7): 849-70.
- [25] Peters-Klimm F, Campbell S, Hermann K, Kunz CU, Müller-Tasch T, Szecsenyi J. Case management for patients with chronic systolic heart failure in primary care: the HICMan exploratory randomised controlled trial. *Trials* 2010; 11(1): 1-14.
- [26] Mangolian SP, Shahnazari J, Mahmoodi M, Farokhzadian J. The effect of an educational self-care program on knowledge and performance in patients with heart failure. *Procedia-Social Behav Sci* 2012; 31: 918-22.
- [27] Batross DJ. Correlation of Health Related Quality of Life and Health Literacy Levels in Patients with Heart Failure. (*Doctoral dissertation, Otterbein University*). 2016.
- [28] Dennison CR, McEntee ML, Samuel L, Johnson BJ, Rotman S, Kielty A, et al. Adequate health literacy is associated with higher heart failure knowledge and self-care confidence in hospitalized patients. *J Cardiovasc Nurs* 2011; 26(5): 359.
- [29] Falahi M, Miri M. The Effects of E-Learning Based on the Dimensions of Health Literacy in Patients with Ischemic Heart Disease. *Nurs Dev Health* 2017; 8(1): 29-36.