

## درک از بیماری افراد با نارسایی قلبی بستری در مراکز منتخب دانشگاه علوم پزشکی ایران

طاهره نجفی قزلجه<sup>۱</sup>، مریم عیدی\*<sup>۲</sup>، شیما حقانی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۷/۱۰/۱۷ تاریخ پذیرش ۱۳۹۷/۱۲/۲۳

## چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** ادراک بیماری مبتنی بر باورهای بیمار و اطلاعات درک شده در مورد شرایط بیماران است و بر سلامت روان فرد و نحوه برخورد بیماران تأثیر می‌گذارد. هدف از این مطالعه تعیین درک از بیماری افراد با نارسایی قلبی بود.

**روش پژوهش:** این مطالعه مقطعی از نوع توصیفی بر روی ۱۵۰ بیمار بستری در بخش‌های مراقبت‌های ویژه قلبی بیمارستان‌های منتخب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۱۳۹۶ که به روش مستمر انتخاب شده بودند انجام شد. داده‌ها به صورت خود گزارش دهی با استفاده از پرسشنامه درک از بیماری خلاصه شده (B-IPQ) جمع‌آوری شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش‌های آماری توصیفی و استنباطی (آزمون تحلیل واریانس و تعقیبی شفه، و ضریب همبستگی پیرسون) در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام شد.

**یافته‌ها:** کم‌ترین نمره درک از بیماری در واحدهای مورد پژوهش ۳۰ و بیشترین نمره برابر با ۷۶ و میانگین نمرات درک از بیماری با نارسایی قلبی برابر با ۷/۸۶ ± ۵۹/۴۲ بود. کم‌ترین میانگین مربوط به حیطة شناخت بیماری (۴/۵۸ ± ۳/۱۷) و بیشترین میانگین مربوط به حیطة پیامدها (۹/۳۳ ± ۱/۳۴) و پس‌از آن مربوط به حیطة نگرانی (۸/۷۹ ± ۲۱/۱۴) بود. اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۵۴/۷٪) استرس و مشکلات روانی را مهم‌ترین عامل بیماری دانستند. دومین و سومین عامل از دیدگاه آنان سبک زندگی (۴۶ درصد) و مشکلات اجتماعی و اقتصادی (۳۰/۷ درصد) بود. نتایج نشان‌دهنده آن بود که متغیرهای سطح تحصیلات (P=۰/۰۰۴)، کفایت درآمد (P=۰/۰۰۲)، کسر تخلیه (P=۰/۰۰۱) و شدت بیماری (P<۰/۰۰۱) و نیز انجام فعالیت ورزشی (P=۰/۰۰۱) با درک از بیماری ارتباط داشتند.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌ها بیماران مورد مطالعه تهدید متوسط به بالایی از بیماری‌شان درک می‌کردند. نتایج پژوهش حاضر می‌تواند پایه‌ای برای پژوهش‌های بعدی برای انتخاب راهکارهای مناسب جهت بهبود درک افراد با نارسایی قلبی از بیماری خود باشد که نهایتاً می‌تواند منجر به بهبود مدیریت بیماری توسط آن‌ها گردد.

**کلیدواژه‌ها:** درک، بیماری، شدت بیماری، نارسایی قلبی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره هفدهم، شماره دوم، پی‌درپی ۱۱۵، اردیبهشت ۱۳۹۸، ص ۱۰۱-۹۱

آدرس مکاتبه: تهران، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تلفن: ۰۹۳۳۵۱۶۳۸۲۵

Email: nasermah401@gmail.com

## مقدمه

پرفشاری خون ایجاد می‌شود که بر ساختار و عملکرد قلب تأثیر گذاشته و عمدتاً با افزایش حجم خون و اختلال عملکرد بطن چپ همراه است که همگی در ایجاد HF نقش بسزایی دارند (۲). با توجه به افزایش میزان شیوع، HF بار اقتصادی زیادی برای سیستم‌های بهداشتی در کشورهای صنعتی ایجاد کرده است. به‌عنوان مثال، اروپا

نارسایی قلبی HF<sup>۱</sup> اختلالی است که به دنبال عدم توانایی قلب برای پمپاژ مناسب خون، ناشی از اختلال در ساختار یا عملکرد قلب روی می‌دهد (۱). این اختلال با کاهش شدید عملکرد قلب مشخص می‌شود که در نتیجه وجود عوامل خطرزایی مانند اضافه‌وزن و

<sup>۱</sup> دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران.

<sup>۲</sup> کارشناس ارشد پرستاری مراقبت ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> کارشناسی ارشد، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران

<sup>1</sup> Heart failure

رفتارهای خودمراقبتی منجر شود و اگر بیمار باورهای غلط یا ناهنجار درباره بیماری خود داشته باشد، ممکن است راهبردهای سازگاری نامطلوبی را اتخاذ کند و چنین راهبردهایی می‌تواند اثرات مضر بر روی زندگی داشته باشد و منجر به بیماری شود. وقتی فردی درک مناسب از بیماری خود و علل ایجاد یا تشدید آن داشته باشد، ممکن است با انگیزه بیشتری در راستای پیروی بهتر و مراقبت دقیق‌تر از خود جهت پیشگیری از بروز یا تشدید علائم و نشانه‌های بیماری گام بردارد (۱۱). از آنجایی که عدم تبعیت از درمان‌های پزشکی در بیماران مبتلا به HF بالا است و منجر به تشدید شرایط و مرگ زودرس می‌شود و بیماران سعی می‌کنند با درک خود از بیماری و خود مراقبتی به علائم پاسخ دهند، بنابراین شناخت درک از بیماری در بیماران ممکن است کلیدی برای ارائه مداخلات مناسب باشد و بیماران را قادر به کنترل بیماری خود کند (۱۲). تأثیر بیماری و توانایی شناختی ممکن است نقش مهمی در تعیین ادراکات از بیماری داشته باشد (۱۳).

انجام مطالعه در مورد درک از بیماری بیماران مبتلا به بیماری قلبی اهمیت دارد (۱۴). در مطالعه‌ای گزارش شده است که بیماران با بیماری مادرزادی قلبی از کشورهای مختلف از نظر درک از بیماری و ماهیت بیماری تفاوت دارند و عوامل جمعیت شناختی که با درک از بیماری ارتباط دارند عبارتند از جنس، سن، وضعیت اشتغال، کلاس عملکردی و نژاد (۱۵). در مطالعه‌ای درک از بیماری بیماران با بیماری ایسکمیک قلبی در سطح متوسط گزارش شد (۱۶). در مطالعه دیگری درک از بیماری در مبتلایان به بیماری کرونری قلب بالا گزارش شد و بیماران ابراز کردند که می‌توانند بر بیماری‌شان با درمان مناسب کنترل داشته باشند. همچنین مردان درک از بیماری بهتری از زنان داشت و بین ماهیت مزمن بیماری و سن ارتباط وجود داشت (۱۷). این پژوهش با هدف تعیین درک از بیماری مبتلایان به نارسایی قلبی انجام شد.

### مواد و روش کار

این مطالعه مقطعی از نوع توصیفی بود. پژوهشگر پس از اخذ معرفی‌نامه از دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران با کد اخلاق IR.IUMS.REC.1396.9511449008 و ارائه آن به مسئولین مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی بیمارستان حضرت رسول اکرم، فیروزگر و فیروزآبادی، بخش‌های CCU-CCU post در سال ۱۳۹۶ اقدام به جمع‌آوری داده نمود.

و ایالات متحده آمریکا ۱-۲ درصد از بودجه مراقبت سالانه خود را صرف HF می‌کنند. بار اقتصادی جهانی HF سالانه ۱۰۸ میلیارد دلار تخمین زده می‌شود، که ۶۵ میلیارد دلار مربوط به هزینه‌های مستقیم و ۴۳ میلیارد دلار به هزینه‌های غیرمستقیم اختصاص می‌یابد. ایالات متحده بزرگ‌ترین سهم را در هزینه‌های جهانی HF دارد و ۲۸،۴ درصد کل هزینه‌های جهانی HF را شامل می‌شود. و سپس اروپا ۶،۸۵ درصد از کل هزینه‌های جهانی HF را تشکیل می‌دهد (۳).

اصل مهم در مدیریت بیماری، پذیرش و مشارکت بیمار جهت پیروی از رفتارهای خودمراقبتی و مناسب با شرایط مزمن بیماری است و خود مراقبتی نامطلوب منجر به پیامد ضعیف سلامتی و کیفیت زندگی پایین می‌شود (۴). از عواملی که می‌توانند رفتارهای خودمراقبتی را تحت تأثیر قرار دهند شامل کمبود اطلاعات، عدم سازگاری با درمان‌های متعدد و مهم‌تر از همه عدم اعتقاد و درک به تأثیر مثبت رفتار بر روی علائم می‌باشند (۵). خود مراقبتی در HF تصمیم‌گیری‌ها و استراتژی‌های فردی برای حفظ عملکرد و زندگی سالم است و درک غلط از شرایط و ماهیت بیماری، و آگاهی کم از علائم HF می‌تواند منجر به خودمراقبتی نامطلوب شود (۶).

درک از بیماری شامل مؤلفه‌های شناختی و عاطفی است. درک شناختی ۲ به باورهای مربوط به علائم، زمان‌بندی، پیامدها، کنترل فردی درک شده ۴ و کنترل درمان ۵ بیماری اشاره دارد. درک عاطفی، مربوط به اختلال روان‌شناختی می‌شود و حس شخصی بیمار از بیماری‌اش را نشان می‌دهد و می‌تواند میزان سازگاری او را تعیین می‌کند. (۷). طبق نظر بندورا، درک از بیماری یک چارچوب مهم را جهت بررسی عقاید بیماران و نحوه تأثیر اجرای آن بر رفتارهای بهداشتی فراهم می‌نماید (۸). باید دانست که اولین اثری که بیماری بر روی عملکرد فرد می‌گذارد ناشی از تغییر در درک او است و سپس اثرات روانی داشته و به دنبال آن سلامت عمومی و عملکرد اجتماعی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۹). بیماران نسبت به زندگی آینده به دلیل تغییرات ناگهانی شرایط سلامتی‌شان، دچار عدم اطمینان شده و در نتیجه این نوسانات ایجاد شده در زندگی، بیماران دچار تغییر در درک نسبت به بیماری می‌گردند. این مسئله نهایتاً می‌تواند باور و اعتماد به نفس فرد را برای مراقبت مؤثر از خود تحت تأثیر قرار دهد (۱۰).

درک از بیماری در هدایت شیوه‌های سازگاری و رفتارهای خاص مرتبط با بیماری مانند تبعیت از درمان اهمیت دارد، به طوری که داشتن تصویری غلط درباره بیماری می‌تواند به پیروی ضعیف‌تر در

<sup>4</sup> perceived personal control

<sup>5</sup> Control of the treatment

<sup>2</sup> Cognitive perception

<sup>3</sup> timeline

نمونه‌های پژوهش ۱۵۰ نفر افراد با HF بستری بودند که به روش مستمر بر اساس معیارهای ورود زیر به مطالعه وارد شدند: تأیید تشخیص نارسایی قلبی توسط پزشک و گذشت حداقل ۶ ماه از آن، سن بالای ۱۸ سال، توانایی برقراری ارتباط و دارای حداقل سواد خواندن و نوشتن جهت تکمیل پرسشنامه‌ها. حجم نمونه در سطح اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰ درصد، مقدار d برابر ۱/۵ و انحراف معیار درک از بیماری ۷ (بر اساس بررسی مقدماتی در ۱۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلب که در نمونه‌های اصلی لحاظ نشدند) محاسبه شد. زمان جمع‌آوری داده‌ها قبل از ترخیص بیماران از بخش بود.

پژوهشگر پس از توضیح اهداف پژوهش برای افراد و جلب همکاری‌شان و تکمیل فرم رضایت‌نامه آگاهانه کتبی اقدام به جمع‌آوری داده‌ها کرد. داده‌ها با استفاده از فرم مشخصات جمعیتی شناختی و بیماری و پرسشنامه درک از بیماری خلاصه‌شده Brief Illness Perception of Questionnaire -B-IPQ جمع‌آوری شد. برای هر فرد حدود ۲۰ دقیقه زمان جهت تکمیل پرسشنامه‌ها صرف شد.

فرم اطلاعات جمعیتی شناختی بیمار محقق ساخته بود و دارای سوالاتی از جمله سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی و کفایت درآمد، وضعیت اشتغال، سابقه مصرف سیگار، سابقه بیماری قلبی در خانواده و بستگان درجه یک، مدت ابتلا به بیماری قلبی، تعداد دفعات بستری، کلاس بیماری و کسر تخلیه می‌باشد که با پرسش از بیمار و بررسی پرونده او توسط پژوهشگر تکمیل شد. فرم جمع‌آوری اطلاعات پس از مطالعه منابع و کتب مربوط با موضوع پژوهش تهیه شده و سپس با استفاده از نظرات علمی ۵ نفر از اعضای محترم هیئت علمی دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران روایی محتوا بررسی شده و تأیید شد.

پرسشنامه درک از بیماری خلاصه‌شده (B-IPQ) دارای ۹ گویه است و توسط Broad Benet و همکاران (2006) بر اساس فرم تعدیل شده‌ی همین پرسشنامه تهیه گردیده است. همه‌ی گویه‌ها به‌جز سؤال مربوط به علیت در یک درجه بندی از صفر تا ده پاسخ داده می‌شوند. هر گویه یک مؤلفه درک از بیماری را می‌سنجد. ۵ گویه واکنش شناختی بیماری را مورد سنجش قرار می‌دهند که شامل درک از پیامدها، طول مدت بیماری، کنترل شخصی، درمان پذیری و شناخت علائم می‌باشد. دو گویه واکنش عاطفی رو مورد

سنجش قرار می‌دهد که شامل نگرانی در مورد بیماری و عواطف است. یک گویه هم قابلیت درک و فهم بیماری را مورد سنجش قرار داده و مورد آخر یک سؤال باز است که از افراد خواسته می‌شود سه مورد از مهم‌ترین عواملی که باعث بیماری وی شده است را فهرست کند (که نحوه‌ی قضاوت آن بدین صورت است که بعد از پاسخ‌های بیماران دسته‌بندی شده و با روش‌های آماری تحلیل کمی صورت گرفته است). برای محاسبه نمره، نمره معکوس گویه ۳، ۴ و ۷ و اضافه کردن آن‌ها به گویه‌های ۱، ۲، ۵، ۶ و ۸ انجام می‌شود. در کل امتیاز به‌دست آمده از ۸ گویه بین ۰ تا ۸۰ می‌باشد که بالاترین نمره نشان‌دهنده‌ی تهدید بیشتر برای درک بیمار از بیماریش می‌باشد (۱۸). این پرسشنامه روایی و قابلیت اطمینان خوب در بیماران MI را نشان داده است و دارای ضریب همبستگی پیرسون 0.5 – 0.7 بود (۱۹). ضریب پایایی این پرسشنامه به روش بازآزمایی برای هریک از گویه‌ها از  $r = 0.48$  (قابلیت فهم بیماری) تا  $r = 0.70$  (پیامدها) بود. برای تعیین ضریب روایی گویه کنترل شخصی از پرسشنامه خود اثربخشی ویژه بیماران دیابتی استفاده شد ( $P < 0.01$ ,  $r = 0.61$ ). آلفای کرونباخ نسخه‌ی فارسی 0.84 و ضریب همبستگی آن با نسخه‌ی فارسی تجدیدنظر شده‌ی آن R-IPQ - 0.71 می‌باشد. به‌طور کلی نتایج استخراج شده از ارزیابی نسخه فارسی این مقیاس بیانگر اعتبار خوب و رضایت‌بخش آن بوده است (۹). در حاضر پژوهش (برای کل نمونه‌ها) بررسی ثبات درونی پرسشنامه با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ 0.86 بود.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش‌های آماری توصیفی و استنباطی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام شد. برای تحلیل داده‌ها در این مطالعه از آمار توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و از آزمون‌های آماری تحلیل واریانس یکطرفه و تعقیبی شفه و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. سطح معنی‌داری کم‌تر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

در جدول ۱ مشخصات جمعیتی شناختی ارائه شده‌اند. مطالعه حاضر در نمونه به حجم ۱۵۰ نفر با میانگین سنی  $68/62 \pm 13/17$  سال و شاخص توده بدنی  $26/97 \pm 6/16$  و مدت‌زمان تشخیص بیماری  $7/62 \pm 7/40$  سال انجام شد. نیمی از پاسخ‌دهندگان مرد و با سابقه بیماری نارسایی قلب در خانواده بوده و اکثریت متأهل، با تحصیلات خواندن و نوشتن و درآمد ناکافی بودند.

**جدول (۳):** مشخصات جمعیتی شناختی و ارتباط آن‌ها با درک از بیماری در مبتلایان به نارسایی قلبی سال ۱۳۹۶ (n= ۱۵۰)

نام متغیر	فراوانی (درصد)	میانگین	انحراف معیار	نتایج آزمون
درک از بیماری				

F=۰/۲۳, P=۰/۸	۱۱/۶۱	۵۳/۴۱	۴۱(۲۷/۳)	کمتر از ۶۰	سن (سال)
	۹/۷۷	۵۲/۴۴	۳۸(۲۵/۳)	۶۱-۷۰	
	۱۰/۰۷	۵۲/۲۰	۳۹(۲۶/۰)	۷۱-۸۰	
	۸/۱۹	۵۳/۹۶	۳۲(۲۱/۳)	بیشتر از ۸۱	
r=۰/۰۲, p=۰/۷۲P			۶۸/۶۲ ± ۱۳/۱۷	انحراف معیار ± میانگین	
t=۱/۵۴, Df=۱۴۸ P=۰/۱۲	۸/۰۸	۵۴/۲۲	۷۵(۵۰/۰)	مؤنث	جنس
	۱۱/۵۴	۵۱/۷۰	۷۵(۵۰/۰)	مذکر	
F=۰/۷۴, p=۰/۵۳	۲/۱۲	۵۰/۵۰	۲(۱/۳)	مجرد	وضعیت تأهل
	۱۰/۸۰	۵۲/۱۸	۱۰۰(۶۶/۷)	متأهل	
	۷/۱۸	۵۳/۷۵	۴(۲/۷)	مطلقه	
	۸/۳۴	۵۴/۷۹	۴۴(۲۹/۳)	همسر فوت شده	
F= ۵/۶۲, P=۰/۰۰۴	۷/۸۱	۵۵/۲۱	۷۸(۵۲/۰)	کم سواد	سطح تحصیلات
	۹/۸۲	۵۲/۰۲	۴۳(۲۸/۷)	زیر دیپلم	
	۱۳/۵۳	۴۸/۳۱	۲۹(۱۹/۳)	دیپلم و بالاتر	
F= ۶/۵۲, P=۰/۰۰۲	۱۱/۳۳	۴۵/۲۸	۱۴(۹/۳)	کافی	کفایت درآمد
	۱۰/۹۳	۵۱/۳۸	۳۹(۲۶/۰)	تا حدودی	
	۸/۸۴	۵۴/۷۱	۹۷(۶۴/۷)	ناکافی	
F= ۲/۲۰, P=۰/۰۹	۷/۹۹	۵۴/۴۷	۷۰(۴۶/۷)	خانه‌دار	وضعیت اشتغال
	۸/۹۰	۵۳/۸۶	۳۶(۲۴/۰)	شاغل	
	۱۲/۰۶	۵۰/۲۹	۳۴(۲۲/۳)	بازنشسته	
F= ۱/۵۸, P=۰/۱۹	۱۶/۰۰	۴۸/۳۰	۱۰(۶/۷)	بیکار	مدت زمان ابتلا به بیماری (سال)
	۱۳/۷۴	۴۸/۹۱	۲۴(۱۶/۰)	کمتر از یک	
	۸/۸۳	۵۳/۵۴	۴۴(۲۹/۳)	۱-۴	
	۹/۵۳	۵۳/۹۳	۲۹(۱۹/۳)	۵-۹	
r=۰/۰۳, p=۰/۶۵	۹/۰۱	۵۳/۷۹	۵۳(۳۵/۳)	۱۰ و بیشتر	
			۷/۶۲ ± ۷/۴۰	انحراف معیار ± میانگین	
	۱۶/۵۹	۴۴/۱۴	۱۴(۹/۳)	کلاس II	شدت بیماری
۹/۴۱	۵۲/۰۶	۶۶(۴۴/۰)	کلاس III		
۷/۵۸	۵۵/۵۸	۷۰(۴۶/۷)	کلاس IV		
F=۰/۶۶, p=۰/۵۱	۸/۲۲	۵۴/۲۲	۵۴(۳۶/۰)	۲۰ و کمتر	کسر تخلیه‌ای بطنی (درصد)
	۱۱/۵۸	۵۲/۳۳	۷۲(۴۸/۰)	۲۱-۴۰	
	۸/۵۷	۵۲/۰۴	۲۴(۱۶/۰)	بیشتر از ۴۰	
r= - ۰/۲۱, p=۰/۰۱			۲۸/۲۰ ± ۱۲/۸۰	انحراف معیار ± میانگین	
t=-۳/۲۴, p= ۰/۰۰۱	۹/۸۴	۴۷/۴۸	۲۷(۱۸/۰)	دارد	ورزش
	۹/۶۷	۵۴/۱۷	۱۲۳(۸۲/۰)	ندارد	
t=-۰/۹۲, p= ۰/۳۵	۱۰/۴۷	۵۲/۵۴	۱۱۴	دارد	بیماری زمینه‌ای
	۸/۳۶	۵۴/۳۰	۳۶	ندارد	

داشتند. بررسی بر روی حیطه‌های درک از بیماری نشان داد که کم‌ترین میانگین مربوط به حیطه شناخت بیماری ( $3/17 \pm 4/58$ ) و بیشترین میانگین مربوط به حیطه پیامدها ( $1/34 \pm 9/33$ ) و پس‌از آن مربوط به حیطه نگرانی ( $21/14 \pm 8/79$ ) بود.

کم‌ترین نمره واحدهای مورد پژوهش ۳۰ و بیشترین نمره برابر با ۷۶ و میانگین نمرات درک از بیماری با نارسایی قلبی برابر با  $59/42 \pm 7/86$  بود. با توجه به میانگین نمره کسب شده در درک از بیماری بالاتر از میانه نمره ابزار (۵۳)، می‌توان نتیجه گرفت که واحدهای مورد پژوهش تهدید بیشتری در درک از بیماری‌شان

**جدول (۲): شاخص عددی درک از بیماری افراد با نارسایی قلبی - سال ۱۳۹۶**

درک از بیماری و ابعاد آن	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف معیار
درک از بیماری (دامنه: ۰-۸۰)	۳۰	۷۶	۵۹/۴۲	۷/۸۶
پیامدها (دامنه: ۰-۱۰)	۰	۱۰	۹/۳۳	۱/۳۴
طول مدت (دامنه: ۰-۱۰)	۰	۱۰	۷/۳۱	۲/۷۸
کنترل شخصی (دامنه: ۰-۱۰)	۰	۱۰	۴/۹۰	۲/۷۰
کنترل درمان (دامنه: ۰-۱۰)	۲	۱۰	۸/۷۵	۱/۷۶
ماهیت (دامنه: ۰-۱۰)	۰	۱۰	۷/۹۷	۲/۲۸
نگرانی (دامنه: ۰-۱۰)	۱	۱۰	۸/۷۹	۲/۱۴
شناخت بیماری (دامنه: ۰-۱۰)	۰	۱۰	۴/۵۸	۳/۱۷
پاسخ عاطفی (دامنه: ۰-۱۰)	۰	۱۰	۷/۷۹	۲/۷۵

**جدول (۱): توزیع فراوانی مهم‌ترین عوامل بیماری از دیدگاه واحدهای مورد پژوهش - سال ۱۳۹۶**

عوامل بیماری	فراوانی	درصد فراوانی
مشکلات خانوادگی	بله	۳۴
	خیر	۱۱۶
مسائل اجتماعی و اقتصادی	بله	۴۶
	خیر	۱۰۴
استرس و مشکلات روانی	بله	۸۴
	خیر	۶۶
بیماری زمینه‌ای	بله	۳۴
	خیر	۱۱۶
فقدان یا از دست دادن عزیزان	بله	۱۹
	خیر	۱۳۱
سن	بله	۲۳
	خیر	۱۲۷
سبک زندگی	بله	۶۹
	خیر	۸۱
ارث	بله	۱۵
	خیر	۱۳۵
عدم آگاهی	بله	۳
	خیر	۱۴۷

(۴۶ درصد) و مشکلات اجتماعی و اقتصادی (۳۰/۷ درصد) بود. بر اساس نتایج، رتبه‌های بعدی عوامل بیماری مربوط به مشکلات

همانطور که در جدول (۳) نشان داده شده است ۵۴/۷ درصد از واحدهای مورد پژوهش استرس و مشکلات روانی را مهم‌ترین عامل بیماری دانستند. دومین و سومین عامل از دیدگاه آنان سبک زندگی

در کلاس I و II بودند بنابراین وضعیت بهتری داشتند. علاوه بر آن، مطالعه Paryad و همکاران در بیماران تحت جراحی قلب باز نشان داد که اکثریت بیماران ادراک بیماری مطلوبی در کل و تمام ابعاد داشتند (۲۲). نتایج مطالعه Parsamehr و همکاران نیز نشان داد که اکثر بیماران عروق کرونری تحت جراحی قلب باز دارای درک نسبتاً مطلوب از بیماری خود بودند (۲۳). همچنین مطالعه دیگری در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونری مراجعه کننده به درمانگاه قلب مرکز آموزشی درمانی قلب دکتر حشمت رشت، نشان داد که اکثر افراد درک از بیماری مطلوبی داشتند (۲۴). تفاوت در یافته‌های این مطالعات با پژوهش حاضر ممکن است به دلیل تفاوت در جامعه پژوهش و ابزار جمع‌آوری داده باشد. همچنین یکی از عوامل تفاوت در نتایج این پژوهش با سایر مطالعات می‌تواند به تفاوت‌های فرهنگی و قومیتی نسبت داده شود. در این رابطه نتایج مطالعه‌ای نشان داد که بیماران با بیماری مادرزادی قلب از کشورهای مختلف از نظر درک از بیماری از جمله در گویه‌های طول مدت و نگرانی درباره بیماری تفاوت داشتند. آن‌ها قومیت را از جمله عوامل مرتبط با درک از بیماری معرفی نمودند (۱۵). همچنین مطالعه Norfazilah و همکاران در بیماران مبتلا به پرفشاری خون در مالزی نشان داد که تهدید کمی از بیماری‌شان درک می‌کردند و نژادهای مختلف درک از بیماری متفاوتی داشتند (۲۵).

بر اساس نتایج پژوهش کنونی، بیماران فکر می‌کنند که بیماری تأثیر بسیار زیادی بر زندگی، عواطف و روحیه آن‌ها داشته و بیماری طولانی مدت (ماهیت مزمن بیماری) تداوم خواهد داشت. نتایج گویای آن است که بیماران علائم شدیدی تجربه می‌کنند و بسیار نگران بیماری خود هستند و دغدغه زیادی در این خصوص دارند. در تبیین نتایج می‌توان بیان کرد که با توجه به اینکه اکثر افراد در کلاس IV نارسایی قلب با کسر تخلیه‌ای پایین بودند و بیماری‌شان شدیدتر بود و علائم زیادی مانند تنگی نفس را داشتند درک از بیماری‌شان با تهدید همراه بود و تأثیر زیادی از بیماری بر زندگی و شرایط جسمی و روانی خود تجربه می‌کردند که خود موجب افزایش نگرانی بیماران در مورد شرایطشان می‌شود. بر اساس نتایج پژوهش حاضر نیز بین درک از بیماری و شدت بیماری بر اساس کلاس نارسایی قلب و کسر تخلیه بطنی ارتباط وجود داشت. همچنین در مطالعه‌ای دیگر نتایج نشان داد که شدت بیماری تأثیر مستقیم بر روی درک از بیماری داشته است. افرادی که بیماری شدیدتری داشتند، به نظر می‌رسید که با ادراکات بیماری ضعیف‌تر، استراتژی‌های مقابله ناکارآمدی داشته، از فشار بیشتری رنج می‌بردند، با سطوح بالاتری از مشکلات روانی مانند اضطراب و افسردگی روبرو می‌شوند و کیفیت زندگی کم‌تری را تجربه می‌کنند (۲۶). هرچند در مطالعه‌ای که ۹۷ درصد از بیماران از نظر انجمن قلب آمریکا در

خانوادگی و بیماری‌های زمینه‌ای بودند. لازم به ذکر است هر بیمار بیش از یک علت را گزارش نموده‌اند.

در این مطالعه (جدول ۱)، در بیماران مورد مطالعه بین درک از بیماری و تحصیلات ارتباط معنی‌داری وجود داشت ( $P=0/004$ ). آزمون تعقیبی شفه نشان داد که به‌طور معنی‌داری نمره درک از بیماری افراد دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر از افراد کم‌سواد بیشتر بود ( $P=0/006$ ). در این مطالعه رابطه معنی‌داری بین درک از بیماری و کیفیت درآمد بیماران با نارسایی قلب نیز وجود داشت ( $P=0/002$ ). آزمون تعقیبی شفه نشان داد که نمره درک از بیماری افراد با درآمد کافی به‌طور معنی‌داری از افراد با درآمد ناکافی کم‌تر بود ( $P=0/004$ ). همچنین بر اساس جدول ۱ بین درک از بیماری و شدت بیماری واحدهای مورد پژوهش نیز ارتباط معنی‌داری مشاهده شد ( $P<0/001$ ). آزمون تعقیبی شفه نشان داد که درک از بیماری افراد دارای شدت بیماری کلاس II هم از افراد دارای شدت بیماری کلاس III ( $P=0/002$ ) و هم از افراد دارای شدت بیماری کلاس IV ( $P<0/001$ ) کم‌تر بود و تهدید کم‌تری احساس می‌کردند. نتایج آزمون همبستگی (جدول ۱) نشان داد بین درک از بیماری و میزان کسر تخلیه‌ای بطنی بیماران با نارسایی قلب رابطه خطی معنی‌دار و معکوسی وجود دارد ( $P=0/01$ ). با توجه به اینکه این ضریب همبستگی کم‌تر از ۰/۳ بود، این همبستگی در حد ضعیف می‌باشد. بر اساس آزمون تی تست، درک از بیماری افرادی که ورزش انجام می‌دهند به‌طور معنی‌داری از افرادی که ورزش نمی‌کردند، کم‌تر بود.

## بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد که میانگین نمره درک از بیماری در افراد با نارسایی قلبی بالاتر از میانه نمره ابزار بود و می‌توان بیان کرد که بیماران مورد مطالعه تهدید متوسط به بالایی از بیماری‌شان درک می‌کردند. همسو با مطالعه‌ای حاضر، مطالعه‌ای نشان داد که بیماران مبتلا به سل در سودان از بیماری خود تهدید زیادی را درک می‌نمودند (۲۰). بر خلاف مطالعه‌ی حاضر، نتایج مطالعه‌ی انجام شده توسط Morgan و همکاران با هدف ارتباط درک از بیماری با دیسترس روانی در بیماران با نارسایی قلبی نشان داد که بیماران مبتلا به نارسایی قلب درک درستی از وضعیت خود داشتند و خود کنترلی بالایی را حس می‌کردند و معتقد به اثربخشی و کنترل زیاد درمان بر بیماری بودند و تهدید کمی از بیماری درک می‌نمودند و این موضوع بر پیامدهای مرتبط با سلامتی بیماران تأثیر مطلوبی داشت و احتمالاً بر انگیزه‌ی بیماران برای کنترل بیماری خود مؤثر می‌باشد (۲۱). تفاوت در یافته‌ها با پژوهش حاضر ممکن است به دلیل جمعیت مورد مطالعه باشد. افراد در این مطالعه عدم نقص شناختی داشتند و از تحصیلات بالایی برخوردار بودند و اکثریت افراد

کلاس III یا IV بودند، حتی با این مسیر پیشرفته بیماری، اکثر شرکت کنندگان نارسایی قلبی را به عنوان مرحله‌ی پایانی زندگی و همچنین پیشرفت بیماری را درک نمی‌کردند و از درک پایینی برای پیگیری و درمان نارسایی قلبی برخوردار بودند بنابراین با تهدید بیشتر درک از بیماری رو به رو بودند (۲۷). Alosco و همکاران (۲۰۱۴) معتقدند عوامل متعددی از جمله شدت نارسایی قلبی با تبعیت ضعیف از رژیم‌های درمانی همراه است (۲۸).

در مطالعه‌ی حاضر بیماران در کلاس IV نارسایی قلبی از افراد در کلاس III و کلاس II نارسایی قلبی تهدید بیشتری از بیماری درک می‌کردند. همچنین با کاهش کسر تخلیه، بیماران با تهدید بیشتر از بیماری رو به رو می‌شوند. با توجه به اینکه هر چه قدر کسر تخلیه کاهش یابد بیمار علائم بسیار شدید و بیشتری را تجربه می‌کند و از نظر عملکردی افت می‌نماید. در نتیجه بیماری بیشتر در زندگی وی تأثیر گذار خواهد بود و ممکن است بیماران کنترل خود بر بیماری را از دست بدهند. در مطالعه‌ای که توسط Rassart و همکاران بر روی بیماران با بیماری مادرزادی قلب انجام شده نتایج نشان داد که بیماران با بیماری مادرزادی قلب نمرات بالاتر در ابعاد پیامدها، شناسایی علائم و تظاهرات عاطفی بیماری داشتند. همچنین ویژگی‌های بیمار شامل جنس، سن، وضعیت شغلی، شدت بیماری، و کلاس عملکردی با درک از بیماری مرتبط بودند (۱۵). نتایج مطالعه Heshmati و همکاران نیز نشان داد که در بیماران با نارسایی قلب بین درک از بیماری تهدید شده با کسر تخلیه‌ای پایین ارتباط وجود دارد (۲۹).

همچنین بر اساس نتایج پژوهش حاضر، بیماران شناخت خود از بیماری‌شان را در حد متوسط درک نموده و بیان کردند و بر اساس میانگین نمرات، آن‌ها فکر می‌کنند که کنترل‌شان بر بیماری نسبی و در حد متوسط است. در تبیین نتایج مطالعه می‌توان بیان کرد که در این مطالعه اکثر بیماران سطح تحصیلات کم داشته که می‌تواند با شناخت متوسط بیماران از بیماری‌شان مرتبط باشد. می‌توان بیان کرد که در مطالعه حاضر شناخت متوسط واحدهای مورد پژوهش با حس خودکنترلی متوسط بر بیماری همراه است. در این رابطه نتایج مطالعه نشان داد که افراد کم سواد در مقایسه با افراد با تحصیلات دیپلم و بالاتر تهدید بیشتری از بیماری درک می‌کردند. سطح تحصیلات بالاتر می‌تواند توانمندی فرد جهت دستیابی به آگاهی‌های لازم در مورد ماهیت بیماری قلبی، علائم، نشانه‌ها و نحوه کنترل آن را افزایش دهد. بنابراین ممکن است بیماران با تحصیلات بیشتر روند بیماری قلبی را بهتر درک نمایند و راه کارهای مناسب و سبک زندگی مطلوب برای کسب بهبودی اتخاذ نمایند. بدین ترتیب با فهمیدن پیش آگهی و مشکلات بیماری، کنترل بیماری در افراد با تحصیلات بالا بهتر می‌شود و از ایجاد پیامدهای نامطلوب و عوارض

شدید بیماری جلوگیری می‌کند. در این رابطه نتایج مطالعه‌ای که توسط Tsai و همکاران انجام شده است نشان داد که درک از بیماری با سطوح تحصیلات بیماران با نارسایی قلب ارتباط داشته و پاسخ دهندگان با سطوح پایین تحصیلات، کنترل بیماری ضعیف‌تر و پیامدهای شدیدتری را درک می‌کردند (۱۲). هرچند نتایج مطالعه Paryad و همکاران نشان داد که ارتباط معنی‌داری بین ادراک بیماری با تحصیلات، شغل، درآمد بیماران تحت عمل جراحی بای پس عروق کرونری وجود ندارد (۲۲). تفاوت نتایج می‌تواند به تفاوت در جمعیت مورد مطالعه و ابزار جمع‌آوری داده باشد. در مطالعه‌ای با عنوان تأثیر درآمد و تحصیلات در درک بیماری و خودمدیریتی بزرگسالان تایلندی با دیابت نوع ۲، نتایج نشان داد که سطح تحصیلات تأثیر قابل توجهی بر ادراک و مدیریت افراد تایلندی داشته است (۳۰).

همچنین در این پژوهش افرادی که فعالیت ورزشی انجام می‌دادند درک از بیماری بهتری داشتند که می‌تواند منتج از شناخت بیشتر آن‌ها از بیماری و مدیریت آن با اصلاح سبک زندگی باشد. در این رابطه نتایج مطالعه‌ای با هدف تعیین درک از بیماری مبتلایان به بیماری عروق کرونر نشان داد که بیماران با درک و شناخت زیاد از بیماری ابراز داشتند که می‌توانند بر بیماری‌شان کنترل داشته باشند و نیز بیمارانی که خودکنترلی قوی بر بیماری حس می‌کردند تبعیت از برنامه ورزشی داشتند (۱۷). همسو با این مطالعه نتایج پژوهشی نشان دادند که بیماران با بیماری مادرزادی قلب درک از خودکنترلی و کنترل درمان کم بر بیماری را گزارش نمودند (۱۵). در مطالعه Flora و همکاران نتایج نشان داد که درک از بیماری با پیروی از برنامه‌های ورزشی در میان شرکت کنندگان توان‌بخشی قلب در ارتباط هستند (۳۱). نتایج مطالعه Broadbent و همکاران نشان داد که ادراک بیماری با پایین‌بودن به مصرف انسولین، داروهای ضد فشار خون، ورزش و رژیم غذایی در ارتباط بودند و بیماران دارو را مهم‌تر از رژیم غذایی و ورزش دانستند و اعتبار بیشتری نسبت به مصرف داروها گزارش کرده‌اند (۳۲).

همچنین بر اساس میانگین نمرات در مطالعه حاضر، بیماران فکر می‌کنند که درمان بر بهبود بیماری بسیار کم کمک کننده است. از آنجاکه اکثریت شرکت کنندگان در مطالعه درآمد ناکافی داشتند شاید بدین علت واحدهای مورد مطالعه وضعیت اجتماعی و اقتصادی را عامل ابتلا به بیماری بیان نمودند. بر اساس نتایج در مطالعه‌ی حاضر تهدید درک بیماری افراد با درآمد ناکافی از افراد با درآمد کافی بیشتر بود. این مسئله بر ناتوانی بیماران در تأمین هزینه‌های درمانی از جمله تهیه دارو، مراجعه به پزشک و انجام آزمون‌های تشخیصی اثر گذار است که می‌تواند با درک بیمار از کنترل ضعیف درمان بر بیماری مرتبط باشد. در افراد با وضعیت بالای اقتصادی، آن

پژوهش مرتبط باشد. بر اساس یافته‌های حاصل از این مطالعه چند مرکزی، بیماران مورد مطالعه تهدید متوسط به بالایی از بیماری‌شان درک می‌کردند. نارسایی قلبی بیماری ناتوان کننده و مزمن می‌باشد و ضروری است اقداماتی در جهت ارتقای شرایط زندگی بیماران انجام شود که یکی از موارد بهبود ادراک بیمار از بیماریش است. برای پرستاران در بخش‌های ویژه و سایر بخش‌ها به‌عنوان ارائه دهنده خدمات بهداشتی مهم است که تلاش‌هایی برای بهبود ادراک بیماران جهت کنترل پذیری در برابر بیماری، روشن کردن تصورات غلط در مورد علیت، و کاهش احساسات منفی به‌منظور تسهیل رفتارهای خودمراقبتی داشته باشند. با توجه به نقش بارزی که پرستاران می‌توانند در افزایش دانش و آگاهی و شناخت بیماران از بیماری‌شان داشته باشند، بنابراین می‌توانند از نتایج این پژوهش جهت بهبود شناخت و افزایش آگاهی بیماران استفاده کنند. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به روش نمونه‌گیری غیر احتمالی اشاره کرد. در این مطالعه افراد با حداقل سواد خواندن و نوشتن وارد مطالعه شدند که می‌تواند محدودیت در تعمیم پذیری نتایج به افراد بی‌سواد را موجب شود. نیاز است مطالعه مشابه با در نظر گرفتن این محدودیت‌ها انجام شود.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پژوهش مربوط به پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران می‌باشد. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران، مسؤولین دانشکده پرستاری، بیماران شرکت‌کننده در این مطالعه و تمام کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نموده‌اند تشکر نمایند.

### References:

1. Fotos NV, Giakoumidakis K, Kollia Z, Galanis P, Copanitsanou P, Pananoudaki E, et al. Health-related quality of life of patients with severe heart failure. A cross-sectional multicentre study. *Scand J Caring Sci* 2013;27(3): 686-94.
2. Motie M, Evangelista LS, Lombardo D, Horwich T, Hamilton M, Fonarow G. Relationships between weight, adiposity, functional status, and left ventricle characteristics in overweight and obese patients with heart failure. *Journal of Diabetes and Obesity* 2017.

دسته از تلاش‌های فکری، هیجانی و رفتاری که فرد هنگام رو به رو شدن با فشارهای روانی به منظور غلبه کردن، تحمل کردن و یا به حداقل رساندن عوارض استرس آن بیماری به کار گرفته می‌شود، بیشتر و کارآمدتر است. هر چه وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین‌تر باشد، پیش بینی توسعه سلامتی پایدار نامطلوبتر است. افراد با سطح اقتصادی-اجتماعی پایین چالش‌های محیطی بیشتر و منابع روانی اجتماعی کمتری را مانند توانایی در سازگاری تجربه می‌نمایند (۳۳). از طرفی درآمد اقتصادی با پیروی از رفتارهای خود مراقبتی مانند خرید دارو و پیگیری درمان در ارتباط است. چرا که هزینه‌های بالای درمانی، آزمایشات و داروها و وضعیت اقتصادی پایین و درآمد کم فرد را با مشکلات زیادی رو به رو می‌کند که تبعیت از درمان و رفتارهای خودمراقبتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳۴). در مطالعه‌ای دیگر نیز نتایج نشان داد که وضعیت اجتماعی اقتصادی بر روی درک از بیماری و خودکارآمدی افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ تأثیر دارد (۳۰). همچنین بر اساس نتایج مطالعه حاضر اکثر واحدهای مورد پژوهش مشکلات روانی را مهم‌ترین عامل بیماری و بعد از آن سبک زندگی و مشکلات اجتماعی-اقتصادی را از عوامل مهم ابتلا به بیماری دانستند. عوامل روان‌شناختی نقش بسیار مهمی در علت، توسعه، مدت‌زمان و نتایج بیماری دارند و امروزه، عوامل روان‌شناختی به‌عنوان عوامل خطر مستقل در بیماری‌های مزمن مورد توجه قرار می‌گیرند (۳۵). مطالعه‌ای که توسط Timmermans و همکاران انجام شده نتایج نشان داد که در بیماران با نارسایی قلب و دارای دفیبریلاتور کاشتنی عوامل روان‌شناختی از مهم‌ترین عوامل مرتبط با درک از بیماری هستند (۳۶). در مطالعه‌ای دیگر، بیماران با بیماری عروق کرونر، عوامل خطر بیماری قلبی شامل چاقی و رژیم غذایی پرچرب را به‌عنوان عامل ابتلا به بیماری گزارش نموده‌اند (۱۷). تفاوت در نتایج می‌تواند به تفاوت در جامعه

3. Lesyuk W, Kriza C, Kolominsky-Rabas P. Cost-of-illness studies in heart failure: a systematic review 2004–2016. *BMC Cardiovasc Disord*. 2018 May 2;18(1): 74.
4. Seto E, Leonard KJ, Cafazzo JA, Masino C, Barnsley J, Ross HJ. Self-care and quality of life of heart failure patients at a multidisciplinary heart function clinic. *J Cardiovasc Nurs* 2011;26(5): 377-85.
5. Momeni M, Khoshtarash M, Ghanbari Khanghah A, Salehzadeh A, Rahmatpour P. Self-care behaviors and related factors in patients with heart failure



- referring to medical & educational center of heart in Rasht. *J Holist Nurs Midwifery* 2013; 23 (1): 22-9.
6. Clark AM, Spaling M, Harkness K, Spiers J, Strachan PH, Thompson DR, et al. Determinants of effective heart failure self-care: a systematic review of patients' and caregivers' perceptions. *Heart* 2014;100(9): 716-21.
  7. Leventhal H, Brissette I, Leventhal EA. The common-sense model of self-regulation of health and illness. In L. D. Cameron & H. Leventhal (Eds.), *The self-regulation of health and illness behaviour* (pp. 42-65). New York, NY, US: Routledge; 2003. P.42-65.
  8. Bandura A. Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. *Evaluation and Program Planning*. 1990; 13(1): 9-17.
  9. Moghimian A, EbrahimiDaryani N, Yaraghchi A, Jomehrie F, Rezaei O. Predicting quality of life on the basis of illness perception in patients with irritable bowel syndrome. *Govaresh* 2013; 18(3): 164-71.
  10. Seah AC, Tan KK, Huang Gan JC, Wang W. Experiences of patients living with heart failure: a descriptive qualitative study. *J Transcult Nurs* 2016 Jul;27(4): 392-9.
  11. Juergens MC, Seekatz B, Moosdorf RG, Petrie KJ, Rief W. Illness belief before cardiac surgery predict disability, quality of life and depression 3 month later. *J Psychosom Res* 2010;68(6): 553-60.
  12. Tsai JC, Tsai PS, Wang YT. Illness representations and self-care behavior of patients with heart failure. 25th International Nursing Research Congress. Hong Kong. 24-28 July 2014.
  13. Jayanti A, Foden P, Wearden A, Mitra S. Illness beliefs in end stage renal disease and associations with self-care modality choice. *PLoS One* 2016;11(7): e0154299.
  14. Steca P, Greco A, Monzani D, Politi A, Gestra R, Ferrari G, Malfatto G, Parati G. How does illness severity influence depression, health satisfaction and life satisfaction in patients with cardiovascular disease? The mediating role of illness perception and self-efficacy beliefs. *Psychol Health* 2013;28(7): 765-83.
  15. Rassart J, Apers S, Kovacs AH, Moons P, Thomet C, Budts W, Enomoto J, Sluman MA, Wang JK, Jackson JL, et al. Illness perceptions in adult congenital heart disease: A multi-center international study. *Int J Cardiol* 2017 1;244: 130-8.
  16. Nur KRM. Illness perception and cardiovascular health behaviour among persons with ischemic heart disease in Indonesia. *Int J Nurs Sci* 2018;5(2): 174-80.
  17. Mosleh SM, Almalik MM. Illness perception and adherence to healthy behaviour in Jordanian coronary heart disease patients. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2016;15(4): 223-30.
  18. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *J Psychosom Res* 2006;60(6): 631-7.
  19. Basu S, Poole J. The Brief Illness Perception Questionnaire. *Occup Med (Lond)*. 2016; 66(5): 419-20.
  20. Mohammed S, Nagla S, Morten S, Asma E, Arja A. Illness perceptions and quality of life among tuberculosis patients in Gezira, Sudan. *Afr Health Sci* 2015;15(2): 385-93.
  21. Morgan K, Villiers-Tuthill A, Barker M, McGee H. The contribution of illness perception to psychological distress in heart failure patients. *BMC Psychol* 2014;2(1): 50.
  22. Paryad E, Balasi LR, Kazemnejad E, Booraki S. Predictors of Illness Perception in Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Surgery. *J Cardiovasc Disease Res* 2017;8(1). 16-8.
  23. Parsamehr M, Afshani SA, Niko F. Relationship between Illness Perceptions and Quality of Life in

- Patients after Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2015; 24 (122): 317-27.
24. Hoseinzadeh T, Paryad E, Asiri S, Kazem Nezhad Leili E. Relationship between perception of illness and general self-efficacy in coronary artery disease patients. *J Holist Nurs Midwifery* 2012; 22 (1): 1-8.
  25. Norfazilah A, Samuel A, Law P, Ainaa A, Nurul A, Syahnaz MH, et al. Illness perception among hypertensive patients in primary care centre UKMMC. *Malays Fam Physician*. 2013 31;8(3): 19-25. eCollection 2013.
  26. Zhang M, Hong L, Zhang T, Lin Y, Zheng S, Zhou X, et al. Illness perceptions and stress: mediators between disease severity and psychological well-being and quality of life among patients with Crohn's disease. *Patient Prefer Adherence*. 2016 23;10: 2387-96.
  27. Hupcey JE, Kitko L, Alonso W. Patients' perceptions of illness severity in advanced heart failure. *J Hosp Palliat Nurs* 2016;18(2): 110-4.
  28. Alosco ML, Spitznagel MB, Cohen R, Sweet LH, Josephson R, Hughes J, et al. Better adherence to treatment recommendations in heart failure predicts improved cognitive function at a one-year follow-up. *J Clin Exp Neuropsychol* 2014;36(9): 956-66.
  29. Heshmati R, Hatami J, Bahrami Ehsan H, Sadeghian S. The effect of the biological status of CAD patients on health related quality of life: the mediating role of illness representations. *J Res Behavi Sci* 2014;12(3): 328-40.
  30. Boonastean W, Dychawy Rosner I, Carlsson A, Östman M. The influence of income and education on the illness perception and self-management of Thai adults with type 2 diabetes. *J Diabetes Metab Disord* 2016;3(17): 1-8.
  31. Flora PK, Anderson TJ, Brawley LR. Illness perceptions and adherence to exercise therapy in cardiac rehabilitation participants. *Rehabil Psychol* 2015;60(2): 179-86.
  32. Broadbent E, Donkin L, Stroh JC. Illness and treatment perceptions are associated with adherence to medications, diet, and exercise in diabetic patients. *Diabetes Care* 2011;34(2): 338-40.
  33. Koosha M, Haghightat S, Karampoor R, Shekarbeygi A, Bahrami A, Tafazzoli-Harandi H, et al. Evaluation of Socio-economic Status and its Impact on coping Behavior of Patients with Breast Cancer. *Iran J Breast Disease* 2017;9(4): 15-25.
  34. Vaezi AA, Fallah B, Moshtagh Eshgh Z. The effects of basic conditioning factors on self-care behaviors of patients with type 2 diabetes referred to Yazd Research Center, 2014. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci* 2018;25(10): 770-9.
  35. Khayyam-Nekouei Z, Neshatdoost H, Yousefy A, Sadeghi M, Manshaee G. Psychological factors and coronary heart disease. *ARYA atherosclerosis* 2013;9(1): 102.
  36. Timmermans I, Versteeg H, Meine M, Pedersen S, Denollet J. Illness perceptions in patients with heart failure and an implantable cardioverter defibrillator: Dimensional structure, validity, and correlates of the brief illness perception questionnaire in Dutch, French and German patients. *J Psychosom Res* 2017; 97: 1-8.

## ILLNESS PERCEPTION IN PATIENTS WITH HEART FAILURE ADMITTED TO SELECTED CENTERS OF IRAN UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES

Tahereh Najafi Ghezalje<sup>1</sup>, Maryam Eydi<sup>2</sup>, Shima Haghani<sup>3</sup>

Received: 07 Jan, 2019; Accepted: 14 Mar, 2019

### Abstract

**Background & Aims:** Disease perception is based on patients' beliefs and perceived information about their condition which affects the mental health of the individual and how they deal with it. The purpose of this study was to determine the perception of disease in patients with heart failure.

**Materials & Methods:** This descriptive cross-sectional study was performed on 150 patients admitted to the Cardiology Care Units of selected hospitals affiliated to Iran University of Medical Sciences in 1396. All patients were selected by the sequential method. Data were collected as self-report using the Brief Illness Perception Questionnaire (B-IPQ). Data analysis was done using descriptive and inferential statistics (Scheffé test (Post Hoc Test) ANOVA and Pearson Correlation Coefficient) in SPSS software version 16.

**Results:** The lowest score of illness perception in the selected units was 30, the highest score was 76, and the mean score of disease perception in patients with heart failure was  $59.42 \pm 7.86$ . The lowest mean was allocated to the illness perception ( $4.58 \pm 3.17$ ) and the highest mean related to the outcome ( $9/33 \pm 1/34$ ) followed by the patients' degrees of concern ( $8.79 \pm 21.14$ ). Most of the units (54.7%) considered stress and psychological problems as the most important cause of the disease. The second and third factors were their lifestyle (46%) and socioeconomic problems (30.7%). The results showed that educational level variables ( $P = 0.004$ ), income adequacy ( $P = 0.002$ ), discharge fraction ( $P = 0.001$ ) and severity of disease ( $P < 0.001$ ) and exercise or physical activities ( $P = 0.001$ ) were related to illness perception.

**Conclusion:** According to the findings, patients were considered to be at high risk for illness perception. The results of this study can be the basis for further research in order to select appropriate strategies for improving illness perception in patients with heart failure which can ultimately lead to advancement of disease management by patients.

**Key words:** Illness, perception, severity of illness, heart failure

**Address:** School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

**Tel:** +989335163825

**Email:** nasermah401@gmail.com

<sup>1</sup> Associate Professor, Nursing Care Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>2</sup> M.Sc. in Critical Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (Corresponding author)

<sup>3</sup> M.Sc. in Biostatistics, Nursing Care Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran