

نقش مد خودپنداره‌ی الگوی سازگاری روی در تبعیت از رژیم غذایی

در مبتلایان به نارسایی قلب

شهناز احراری^۱ - عباس حیدری^۲ - سعید واقعی^۳

چکیده

زمینه و هدف: برخلاف شیوع بالای عدم تبعیت از رژیم غذایی کم سدیم در مبتلایان به نارسایی قلب، مطالعات کمی در مورد علل عدم تبعیت از این رژیم درمانی صورت گرفته است. شناسایی این عوامل به منظور طراحی مداخلات موثر در جهت افزایش تبعیت از رژیم غذایی کم سدیم ضروری می باشد. بر این اساس هدف این مطالعه تعیین ارتباط درک شناختی خودپنداره بر اساس تئوری روی با تبعیت از رژیم غذایی در مبتلایان به نارسایی قلب می باشد.

روش تحقیق: در این مطالعه همبستگی ۱۰۸ بیمار مبتلا به نارسایی قلب (۳۶ زن و ۷۲ مرد) در دو مرکز آموزشی درمانی مشهد مورد بررسی قرار گرفتند. انتخاب واحدهای پژوهش به روش غیر احتمالی (آسان) انجام گرفت. نمونه پژوهش با سه پرسشنامه آگاهی از رژیم درمانی، درک شناختی خودپنداره و تبعیت از رژیم غذایی آزمون شدند و داده های تحقیق با استفاده از آزمونهای همبستگی و رگرسیون تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: تهدید خودپنداره ارتباط معکوسی با تبعیت از رژیم غذایی ($r = -0.36$) ($p = 0.01$) و چالش خودپنداره ارتباط مستقیمی با تبعیت از رژیم غذایی ($r = 0.35$) ($p = 0.01$) داشته است. نتایج آزمون رگرسیون نشان داد کاهش درک تهدید خودپنداره و ابعاد آن و افزایش درک چالش خودپنداره و ابعاد آن منجر منجر به افزایش تبعیت از رژیم غذایی می شود.

نتیجه گیری: پرستاران باید در جستجوی تدابیر و مداخلاتی از جمله مشاوره و آموزش باشند تا مبتلایان به نارسایی قلب نه تنها رژیم غذایی خود را به عنوان یک تهدید احساس نکنند، بلکه آگاهانه و قدرتمندانه با رژیم غذایی خود به عنوان یک چالش مواجه شوند و در نتیجه تبعیت از رژیم غذایی در آنها افزایش یابد.

کلید واژه ها: درک شناختی؛ مد خودپنداره؛ نارسایی قلب

افق دانش؛ فصلنامه ی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد (دوره ی ۱۷؛ شماره ی ۴؛ زمستان ۱۳۹۰)

پذیرش: ۱۳۹۰/۸/۱۱

اصلاح نهایی: ۱۳۹۰/۶/۱۹

دریافت: ۱۳۸۹/۱۰/۲۷

۱- عضو هیأت علمی، کارشناس ارشد آموزش پرستاری، مرکز تحقیقات توسعه‌ی اجتماعی و ارتقای سلامت، گروه پیراپزشکی، دانشکده‌ی پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد

۲- نویسنده‌ی مسؤؤل؛ استادیار، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

آدرس: خراسان رضوی- خیابان ابن سینا- دانشکده‌ی پرستاری مامایی مشهد

پست الکترونیکی: heidarya@mums.ac.ir

نمابر: ۰۵۱۱-۸۵۹۷۳۱۳۰

تلفن: ۰۵۱۱-۸۵۴۸۸۸۴

۳- عضو هیأت علمی، کارشناس ارشد روان پرستاری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

مقدمه

براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، بیماری‌های قلبی عروقی عامل ۱۶/۵ میلیون مورد مرگ و میر در سال (۲۹/۲ درصد از کل مرگ و میر دنیا) می‌باشند (۱). بیشتر بیماری‌های قلبی عروقی در نهایت درمان و مراقبت تبدیل به یک بیماری به نام نارسایی قلب می‌شوند (۲). نارسایی قلب به عنوان یک بیماری عمده و مهم در طی ۲۰ سال گذشته در سراسر جهان مطرح بوده است (۳). این بیماری با شیوع بالای سالیانه یعنی رقمی حدود ۵۵۰,۰۰۰ مورد جدید در سال به عنوان یک اپیدمی جدید معرفی شده است (۴,۵). بر اساس میزان مرگ و میر، نارسایی قلب پیش آگهی بدتری نسبت به بسیاری از سرطانها دارد (۷-۵). با وجود اینکه رژیم غذایی کم سدیم یکی از اجزای اساسی درمان غیر دارویی در مبتلایان به نارسایی قلب میباشد، مبتلایان به نارسایی قلب در تبعیت از این رژیم غیر دارویی با مشکل مواجهند (۸). برآورد می‌شود ۵۴ درصد از بستری شدنهای مکرر مبتلایان به نارسایی قلب با تبعیت از توصیه‌های درمانی قابل پیشگیری است (۴).

برخلاف تحقیقات بسیاری که در مورد تبعیت از رژیم درمانی انجام شده است این مسئله همچنان به عنوان یک موضوع بدون حل در چهار دهه گذشته باقی مانده است (۹-۱۱). از طرفی مداخلات رایج در مورد تبعیت از رژیم درمانی، تبعیت بیماران را به‌طور موفقیت‌آمیزی افزایش نداده است (۱۲). همچنین تئوری‌های تبعیت از قدرت کافی برای توجیه این مسئله برخوردار نیستند (۱۱). برخلاف شیوع بالای عدم تبعیت از رژیم غذایی کم سدیم، مطالعات کمی در مورد علل عدم تبعیت از این رژیم درمانی صورت گرفته است. شناسایی این عوامل به منظور طراحی مداخلات موثر در جهت افزایش تبعیت از رژیم غذایی کم سدیم به عنوان یک رژیم درمانی غیر دارویی ضروری می‌باشد (۸).

چارچوب این مطالعه بر اساس تئوری روی می‌باشد. خود پنداره بر ابعاد روحی و روانی فرد تأکید دارد و می‌تواند نقش اساسی در هدایت رفتارهای فرد داشته باشد. درک از خود یا خودپنداره، ترکیبی از عقاید و احساسات است که فرد نسبت به خود دارد و از واکنشهای دیگران در مورد خود

برداشت می‌کند. روی^۱ و اندرو^۲ پنج جنبه مختلف در ارتباط با خودپنداره را مشخص کرده اند که شامل تصویر ذهنی از جسم^۳، خود معنوی اخلاقی^۴، احساس جسمی^۵، خود ایده‌آل^۶ و ثبات خود^۷ می‌باشد (۱۳,۱۴).

افراد بطور آگاهانه یا ناآگاهانه از فرآیند درک شناختی برای ارزیابی تجربیات خود، تفسیر آنها، توضیح دادن و بروز پاسخهای رفتاری استفاده می‌کنند. خودپنداره بر روی ارزیابی و تفسیر درک شناختی از محرکها به عنوان تهدید یا چالش تاثیر دارد. ارزیابی شناختی تهدید، احساساتی مانند ترس، اضطراب و عصبانیت را به همراه دارد. وقتی فرد محرکی را به عنوان تهدید برای خود تفسیر می‌کند، آن محرک منجر به استرس می‌شود. فرد برای رهایی از استرس از پاسخ های احساسی مانند تغییر دادن موقعیت، انکار و یا اجتناب استفاده می‌کند.

وقتی محرکی توسط فرد به عنوان یک چالش برای خود تفسیر می‌شود، باعث بروز پاسخهای رفتاری می‌شود و فرد از فرآیند حل مساله استفاده می‌کند که در مورد رژیم درمانی ممکن است منجر به تبعیت از رژیم درمانی شود (۱۵). اگر چه حجم زیادی از مطالعات در مورد تبعیت از رژیمهای درمانی در سایر کشورها انجام شده است. به نظر می‌رسد که شرایط خاص سیستم بهداشتی برخی کشورها از جمله آمریکا بر تبعیت از رژیمهای درمانی تأثیرگذار باشد. بنابراین نتایج این مطالعات قابل تعمیم به سایر نقاط جهان نمی‌باشد. در نتیجه انجام مطالعات بیشتر در این مورد در سایر نقاط دنیا ضروری است (۱۶). به نظر میرسد مطالعات جمعیت شناختی به طور دقیقتری میتوانند عوامل دموگرافیکی، روحی روانی، شرایط درمان و عوامل مربوط به سیستم بهداشتی درمانی را مشخص و تفسیر کنند (۱۸).

هدف این مطالعه تعیین ارتباط درک شناختی خودپنداره و ابعاد آن به صورت تهدید و چالش خودپنداره با تبعیت از رژیم غذایی در مبتلایان به نارسایی قلب است..

1- Roy

2- Andrew

3- Body image

4- Moral-ethical-spiritual

5- Self-sensation

6- Self-ideal

7- Self-consistency

روش تحقیق

پژوهش حاضر مطالعه‌ای از نوع همبستگی می‌باشد. ۱۰۸ بیمار مبتلا به یکی از انواع نارسایی قلب که حداقل دو ماه سابقه ابتلا به نارسایی قلب داشته و دارای سن بالاتر از بیست سال بودند به عنوان نمونه مطالعه انتخاب شدند. نمونه‌گیری به شیوه غیر احتمالی و در دو مرکز درمانی دانشگاهی شامل بخشهای قلب و کلینیکهای تخصصی بیمارستانهای قائم (عج) و امام رضا شهر (ع) مشهد از تیرماه ۱۳۸۷ تا آذرماه ۱۳۸۷ صورت گرفت. به منظور تعیین حجم نمونه، مطالعه مقدماتی با در نظر گرفتن تعداد ۲۳ بیمار انجام شد. در فرمول همبستگی حجم نمونه با در نظر گرفتن ضریب بتا ۰/۱ و ضریب بتا ۰/۲ تعیین شد. بدین صورت که حداکثر حجم نمونه با ضریب بتا ۰/۱ و سطح معنی‌داری ۰/۰۵ ($\alpha=0/05$) ۱۰۵ بیمار و حداکثر حجم نمونه با ضریب بتا ۰/۲ و سطح معنی‌داری ۰/۰۵ ($\alpha=0/05$) ۹۹ بیمار محاسبه گردید. همچنین در فرمول اختلاف میانگین‌ها حداکثر حجم نمونه ۱۰۰ بیمار تعیین شد. بنابراین با در نظر گرفتن حداکثر تعداد (با پیش بینی ریزش نمونه)، حجم نمونه نهایی ۱۰۸ بیمار بدست آمد.

پرسشنامه‌های آگاهی از رژیم درمانی به عنوان یکی از معیارهای ورود به مطالعه برای بیماران در نظر گرفته شده است. برای ورود به مطالعه، بیماران باید حداقل ۷۰ درصد از پاسخ‌های صحیح را انتخاب نمایند. پرسشنامه پژوهشگر ساخته درک شناختی خودپنداره که توسط توماس در سال ۲۰۰۴ طراحی شده، شامل ۵۷ سوال می‌باشد و بر اساس مد خودپنداره در تئوری روی می‌باشد (۱۵). این پرسشنامه با توجه به مقیاس لیکرت به صورت ۱- اصلاً موافق نیستم، ۲- تا حدودی موافقم، ۳- موافقم و ۴- کاملاً موافقم به منظور واضحتر شدن پاسخ‌ها تغییر یافت.

نمره کل چالش خودپنداره بین ۲۶ تا ۱۰۴ می‌باشد و نمره کل تهدید خودپنداره بین ۳۱ تا ۱۲۴ می‌باشد. ۳۱ پرسش تهدید خودپنداره و ۲۶ پرسش چالش درک از خود را می‌سنجند. پرسشنامه‌های آگاهی از رژیم درمانی، درک شناختی خودپنداره و تبعیت از رژیم درمانی توسط توماس طراحی و روایی آن از طریق روایی محتوی و با تعیین

شاخص روایی محتوی^۱ شده است (۱۵). در مطالعه توماس روایی محتوی پرسشنامه درک شناختی خودپنداره ۰/۹۷ و روایی محتوی پرسشنامه تبعیت از رژیم درمانی ۱/۰۰ بوده است (۱۵). روایی فرمهای مذکور در مطالعه حاضر از طریق روایی محتوی تعیین شد. بدین صورت که پرسشنامه‌های مذکور در اختیار اعضاء هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی مشهد که شامل مدرسین دروس قلب و عروق و تئوریهای پرستاری بودند، قرار گرفت و روایی آن مورد تأیید قرار گرفت. بعد از انجام مطالعه مقدماتی، پایایی پرسشنامه خودپنداره و خرده مقیاسهای آن از طریق فرمول آلفای کرونباخ به شرح زیر تعیین شد. ضریب پایایی خرده مقیاس تهدید خودپنداره، از طریق فرمول آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و ضریب پایایی خرده مقیاس چالش خودپنداره از طریق فرمول آلفای کرونباخ ۰/۸۷ محاسبه گردید. همچنین ضریب پایایی کل پرسشنامه خودپنداره از طریق فرمول آلفای کرونباخ ۰/۷۱ بدست آمد. ضریب پایایی پرسشنامه تبعیت از رژیم غذایی بعد از مطالعه پایلوت با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ ۰/۷۶ بدست آمد. بیمارانی که توسط پزشک به محقق معرفی می‌شدند و تمایل به شرکت در مطالعه داشتند به سوالات بصورت مصاحبه رو در رو پاسخ می‌دادند.

اطلاعات بدست آمده از پرسشنامه با استفاده از آمار توصیفی و آزمونهای آماری همبستگی پیرسون و رگرسیون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. همچنین آزمون‌های من ویتنی و کروس کالوالیس به منظور مقایسه تبعیت بر اساس سن، جنس، سطح تحصیلات، بیمه و شغل به بیماری مورد استفاده قرار گرفتند. اطلاعات بدست آمده توسط نرم افزار SPSS ویرایش ۱۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

۶۷ درصد بیماران را مردان و ۳۳ درصد بیماران را زنان با متوسط سنی ۶۲ سال تشکیل می‌دادند. سایر مشخصات دموگرافیک بیماران در جدول شماره ۱ ذکر شده است. نتایج مطالعه نشان می‌دهد درک شناختی خودپنداره بصورت چالش خودپنداره و ابعاد آن شامل (ذهنی از جسم، خود معنوی

جدول ۲: مدل رابطه خطی در پیش بینی میزان تاثیر چالش و تهدید خودپنداره و ابعاد آن بر تبعیت از رژیم غذایی

مقدار p	R	عدد ثابت	تهدید خودپنداره و ابعاد آن
۰/۰۰۱	-۰/۱۵	۱۳/۶۹	احساس جسمی
۰/۰۰۱	-۰/۱۸	۱۳/۸۳	تصویر ذهنی از جسم
۰/۰۰۱	-۰/۱۳	۱۳/۸۰	ثبات خود
۰/۰۰۱	-۰/۲۰	۱۳/۱۰	خوداخلاقی معنوی
۰/۰۰۴	-۰/۴۵	۱۲/۷۰	خود ایده آل
۰/۰۰۱	-۰/۰۴	۱۳/۹۳	خودپنداره
مقدار p	R	عدد ثابت	چالش خودپنداره ابعاد آن
۰/۰۰۱	۰/۲۶	۸/۰۸	احساس جسمی
۰/۰۰۱	۰/۱۷	۸/۲۲	تصویر ذهنی از جسم
۰/۰۰۱	۰/۱۶	۸/۱۷	ثبات خود
۰/۰۰۱	۰/۱۵	۷/۹۶	خود ایده آل
۰/۰۰۳	۰/۳۴	۸/۳۸	خوداخلاقی معنوی
۰/۰۰۱	۰/۰۴	۷/۶۴	خودپنداره

جدول ۳: ارتباط چالش و تهدید خودپنداره و ابعاد آن بر تبعیت از رژیم غذایی

مقدار p	ضریب همبستگی	انحراف معیار	میانگین تهدید	تهدید خودپنداره و ابعاد آن
۰/۰۰۱	-۰/۳۶	۵/۸۶	۱۹/۷۹	احساس جسمی
۰/۰۰۱	-۰/۳۴	۴/۷۲	۱۷/۵۰	تصویر ذهنی از جسم
۰/۰۰۱	-۰/۳۵	۶/۴۳	۲۳/۱۲	ثبات خود
۰/۰۰۰	-۰/۳۲	۳/۹۸	۱۲/۳۴	خود ایده آل
۰/۰۰۳	-۰/۲۷	۱/۵۰	۴/۷۱	خوداخلاقی معنوی
۰/۱۰۰	-۰/۳۶	۲/۰۱	۷۷/۹۴	خودپنداره
مقدار p	ضریب همبستگی	انحراف معیار	میانگین چالش	چالش خودپنداره و ابعاد آن
۰/۰۰۰	۰/۳۲	۳/۱۰	۹/۶۰	احساس جسمی
۰/۰۰۰	۰/۳۱	۴/۶۱	۱۳/۷۰	تصویر ذهنی از جسم
۰/۰۰۰	۰/۳۲	۴/۸۹	۱۴/۴۸	ثبات خود
۰/۰۰۱	۰/۳۴	۵/۴۶	۱۶/۶۹	خود ایده آل
۰/۰۰۴	۰/۲۸	۲/۱۰	۶/۴۳	خود اخلاقی معنوی
۰/۰۰۱	۰/۳۵	۱/۷۷	۶۰/۹۱	خود پنداره

اخلاقی، احساس جسمی، خود ایده آل و ثبات خود) ارتباطی مستقیم با تبعیت از رژیم غذایی داشته است. همچنین درک شناختی خودپنداره بصورت تهدید خودپنداره و ابعاد آن ارتباط معکوسی با تبعیت از رژیم غذایی داشته است. نتایج آزمونهای همبستگی در جدول ۳ و رگرسیون در جدول ۲ نمایش داده شده است. نتایج آزمونهای کروس کالوالیس و من ویتنی نشان داد که متغیرهایی مانند سن، جنس، سطح تحصیلات، بیمه، شغل و مدت زمان ابتلا به بیماری عواملی موثری بر تبعیت از رژیم درمان نبودند.

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک

مشخصات دموگرافیک	تعداد	درصد
دیابت ملیتوس	۳۱	۲۸/۷
بیماری شریان کرونر	۳۳	۳۰/۵
فشارخون	۲۹	۲۷
بیماری های همراه نارسایی مزمن ریوی کاتاراکت	۲۵	۲۳/۱
	۱۳	۱۲
	۵	۴/۴
	۳	۲/۸
مجرد	۱	۰/۹
وضعیت تاهل متاهل	۸۷	۸۰/۶
مطلقه / بیوه	۲۰	۱۸/۵
دانشگاهی	۱۳	۱۲
دیپیرستان	۲۰	۱۸/۴
سطح تحصیلات راهنمایی	۹	۸/۳
ابتدایی	۲۳	۲۱/۱
بیسواد	۴۳	۳۹/۵
از کار افتاده	۲۶	۲۴
باز نشسته	۲۲	۲۰/۲
کارگر	۱۸	۱۶/۶
خانه دار	۱۸	۱۶/۶
آزاد	۱۰	۹/۲
بیکار	۱۳	۱۲
کارمند	۱	۰/۹
ندارد	۱۰۵	۹۷/۲
وضعیت بیمه دارد	۳	۲/۸

بحث

مطالعه حاضر نشان دهنده ارتباط چالش و تهدید ثبات خود با تبعیت از رژیم غذایی است. فرد بدنبال نیاز برای ثبات خود تلاش می‌کند تا یکپارچگی خود را حفظ نماید و خود را از تعارضات محافظت کند (۲۳، ۲۱). احساسات منفی همراه با تهدید ثبات خود که ناشی از تغییر در روتین زندگی به علت رژیم درمانی خاص مبتلایان به نارسایی قلب می‌باشد، منجر به عدم تبعیت از رژیم غذایی می‌شود. همین طور احساسات مثبت همراه با چالش ثبات خود که در نتیجه تلاش فرد برای بازگرداندن روتین زندگی و تطابق با رژیم درمانی می‌باشد، منجر به رعایت رژیم غذایی در فرد می‌شود. این نتایج با مطالعه توماس و همچنین نتایج مطالعه زان در مورد ارتباط سازگاری و ثبات خود در کهنسالان مبتلا به نقایص شنوایی همخوانی دارد. به طوری که در مطالعه زان فرآیند درک شناختی به ثبات خود در کهنسالان مبتلا به نقایص شنوایی کمک می‌کند. به عبارت دیگر درک شناختی با تفسیر و ارزیابی محیط باعث حفظ احساس مثبت نسبت به خود در کهنسالان مبتلا به نقایص شنوایی می‌شود (۲۴). مطالعه حاضر نشان می‌دهد که در خصوص رژیم غذایی بیماران، ارتباط معکوس و قابل ملاحظه‌ای بین تهدید خودپنداره و برخی ابعاد آن با تبعیت از رژیم غذایی وجود دارد. این موضوع بیانگر آن است که اگر چه بیماران رژیم غذایی را به عنوان یکی از جنبه‌های مهم درمان درک کرده‌اند و پذیرفته‌اند، اما شاید بدین دلیل که رعایت رژیم غذایی بیشتر فرد را از روتین زندگی خانوادگی خارج می‌کند بنابراین به نظر می‌رسد اشخاص تمایل کمتری برای چالش با این جنبه از درمان دارند.

نتایج مطالعه نشان داد که بین چالش و تهدید تصویر ذهنی از جسم و تبعیت از رژیم درمانی شامل رژیم غذایی ارتباط معنی‌داری وجود داشته است. سالمندی و بیماری‌های مزمن تاثیر مهمی بر تصویر ذهنی از جسم در افراد دارد (۱۴). تغییرات عمده فیزیکی ناشی از نارسایی قلب می‌تواند بر تصویر ذهنی از جسم در فرد تاثیر گذار باشد و در نتیجه رفتار فرد را تحت تاثیر قرار دهد. این نتایج با مطالعه‌ی چیکو، جویس و ایکمن هماهنگی دارد (۲۷-۲۵).

این مطالعه با هدف بررسی ارتباط درک شناختی خودپنداره با تبعیت از رژیم غذایی در مبتلایان به نارسایی قلب انجام شده است. نتایج مطالعه حاکی از آن است که تهدید خودپنداره و ابعاد آن ارتباطی معکوس و چالش خودپنداره و ابعاد آن ارتباط مثبت و مستقیمی با تبعیت از رژیم غذایی دارند. همچنین کاهش درک تهدید خودپنداره و ابعاد آن و افزایش درک چالش خودپنداره و ابعاد آن منجر به افزایش تبعیت از رژیم غذایی می‌شد. در مطالعه توماس نیز ارتباط درک شناختی خودپنداره و ابعاد آن بصورت چالش و تهدید خودپنداره با تبعیت از رژیم درمانی در مبتلایان به نارسایی قلب تائید شده است (۱۵). کارپنتر در طی مطالعه‌ای در مورد ارتباط درک شناختی و تبعیت از رفتارهای خود مراقبتی در بیماران دیابتی به یک چنین نتایجی دست یافت (۱۹). همچنین این یافته‌ها با نتایج مطالعه راز در مورد تطابق روانی در بازماندگان ملانوما نیز هماهنگ است (۲۰). استرسوری که به عنوان چالش برای خودپنداره تفسیر شود پاسخ‌های مشکل گشایانه را احضار می‌کند. فرد از این پاسخ‌ها به منظور تعریف مشکل، ایجاد راه حل‌های مختلف، سنجیدن فواید راه‌های مختلف و سرانجام انتخاب راه حلی مناسب استفاده می‌کند (۱۵).

نتایج مطالعه حاضر نشان دهنده ارتباط چالش و تهدید احساس جسمی با تبعیت از رژیم غذایی می‌باشد. احساس جسمی چگونگی تجربه و احساس فرد از خود به عنوان یک وجود فیزیکی می‌باشد (۲۱).

شاید یکی از دلایل ارتباط چالش و تهدید احساس جسمی با تبعیت از رژیم غذایی، تجارب جسمی متنوع مبتلایان به نارسایی قلب در مورد بیماری خود باشد که می‌تواند بر چگونگی تطابق و در نتیجه میزان سازگاری فرد با شرایط تاثیر داشته باشد. چنانکه نتایج مطالعه جانسون نشان داده است که یک برنامه آموزشی مبتنی بر آموزش در مورد رویه گذاشتن سوند معده و تشریح احساسات جسمی همراه با آن منجر به تطابق بهتر بیماران با رویه و همکاری بیشتر آنها شده است (۲۲).

بیماری خود کمک نمایند. پرستاران باید بدنبال راه‌حلهایی باشند تا بیماران رژیم غذایی خود را به عنوان یک تهدید احساس نکنند بلکه آگاهانه و قدرتمدانه با رژیم درمانی خود به عنوان یک چالش مواجه شوند. با کمک مشاوره و آموزش می‌توان به بیماران آموخت که چگونه با استفاده از رفتارهای مشکل‌گشایانه با بیماری خود مواجه شوند. نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن است که استفاده از تئوریهای پرستاری می‌تواند در شناسایی رفتارهای ناسازگار و تلاش در جهت اصلاح آن در بیماران کارآمد باشد. به نظر می‌رسد آموزش این تئوریها در ایران فقط در مقطع کارشناسی ارشد، استفاده از این تئوریها را تضمین نمی‌کند. این امر لزوم آشنایی دانشجویان مقطع کارشناسی با تئوریهای پرستاری را می‌طلبد. شواهد حاکی از آن است که جایگاه واحد مشاوره بیماران در سیستم بهداشتی درمانی ایران آنطور که باید مورد توجه قرار نگرفته است. پرستاران با توجه به دانش بالینی و همچنین به پشتوانه تئوریهای پرستاری که به ابعاد روحی بیماران نیز توجه دارند، می‌توانند در زمینه مشاوره و آموزش به بیماران موثرتر باشند.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد به جهت حمایت این طرح قدردانی می‌شود. مطالعه حاضر قسمتی از یک پایان نامه دوره کارشناسی ارشد است که توسط شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و کمیته اخلاق آن دانشگاه به تصویب رسیده است لذا از تمام همکاران این مجموعه سپاسگزاری می‌شود.

References:

- 1- World Health Organization. Cardiovascular disease: prevention and control. Available at: www.WHO.com. Accessed Jan 2008.
- 2- Fuster V, Rourker R, Walshs R, Wilson P, editors. The heart. 12th ed. New York: McGraw Hill; 2008.
- 3- Van Der Wal M, Jaarsma T. Adherence in heart failure in the elderly: Problem and possible solutions. Intl J Cardiol 2008; 125: 203-208.

مطالعه‌ی حاضر نشان دهنده ارتباط بین خود ایده‌آل با تبعیت از رژیم غذایی می‌باشد. خود ایده‌آل مربوط به آرزوهایی است که فرد دارد. احساسات فرد برای رسیدن به اهداف ویژه بر اساس داشتن قدرت و کنترل در فرد می‌باشد (۲۳، ۲۱). شاید این نکته یکی از دلایل ارتباط تهدید و چالش خود ایده‌آل با تبعیت از رژیم غذایی باشد. چنانکه چالش خود ایده‌آل با داشتن احساس قدرت و کنترل در فرد همراه است که منجر به تبعیت از رژیم غذایی می‌شود. از طرفی تهدید خود ایده‌آل احساس عدم کنترل و قدرت را در فرد ایجاد می‌کند که منجر به عدم تبعیت از رژیم غذایی می‌شود. این یافته‌ها با نتایج مطالعه توماس هم‌هنگ است (۱۴). نتایج مطالعه کاسترا نیز نشان دهنده ارتباط مثبت خود ایده‌آل و تبعیت از برنامه ورزشی در سالمندان می‌باشد (۲۸). با توجه به این که ابزار مطالعه حاضر بر اساس مد خودپنداره در الگوی روی طراحی و تنظیم شده است، نتایج بدست آمده حاکی از آن است که الگوی روی در بررسی رفتارهای انسانی می‌تواند کاربرد داشته باشد. تبعیت از رژیم درمانی و همچنین خودپنداره در افراد، فرآیندهایی تغییر پذیرند که این موضوع می‌تواند به عنوان محدودیت مطالعه حاضر مطرح باشد.

نتیجه گیری

پرسشنامه درک شناختی خودپنداره براساس مد خودپنداره در الگوی روی طراحی شده است و نتایج بدست آمده از آن در این مطالعه نشان دهنده کاربردی بودن این الگو در بررسی رفتارهای بشری دارد. پرستاران می‌توانند بر اساس الگوی مراقبتی روی بیماران را در تطابق با شرایط

- 4- Ekman I, Andersson G, Boman K, Charlesworth A. Adherence and perception of medication in patients with chronic heart Failure during a five-year randomized trial. Patients' education and counseling 2006; 1: 348-353.
- 5- Bagehi A, Esposito D, Kim M, Verdier D. Utilization and adherence to drug therapy among medicaid beneficiaries with congestive heart failure. Clin Therap 2007; 29: 1772-1783.
- 6- Hope C, Jingwei W, Wanzhu T, Young J, Murray M. Barriers to Adherence in Elderly

- Heart Failure Patients. *Clin Drug develop* 2004; 38(4): 33 1-342.
- 7- Bently B, Jong M, Moser D, Peden A. Factors related to non-adherence to low sodium diet recommendations in heart failure patients. *Eur J Cardio Nurs* 2005; 4: 331-336.
- 8- Terry A, Worrall-Carter L, Hammash M, Odom-Forren J, Roser L, Smith L, et al. Relationship of heart failure patients' knowledge, perceived barriers, and attitudes regarding low-sodium diet recommendations to adherence. *Prog Cardio Nurs* 2008; 23(1): 6-11.
- 9- Jia-Rong W, Moser D, Lennie T, Peden A, Chang C, Heo S. Factors influencing medication adherence in patients with heart failure. *Heart Lung* 2008; 37: 8-16.
- 10- Jacob D, Mortimer S. Treatment adherence in chronic disease. *J Clinical Epidemiol* 2001; 54: 57-60.
- 11- Dulman S, Sluijs E, Dijk L, Ridder D, Heerdink R, Beneesing J. Patients adherence to medical treatment: a review of reviews. *BMC Health Serv Res* 2007; 7: 55.
- 12- Mccarty G, Lehane E. Intentional and unintentional medication non-adherence: a comprehensive framework for clinical research and practice: a discussion paper. *Intl J Nurs stud* 2007; 44: 1468-1477.
- 13- Parish T, Kosma M, Welsch M. Exercise training for the patient with heart failure: Is your patient ready. *Cardiop Phy Ther J*; 2007; 18: 3.
- 14- Thomas C. The influence of self-concept on adherence to recommended health regimens in adults with heart failure. *J Cardio Nurs* 2007; 22(5): 405-476.
- 15- Thomas C. Self-concept cognitive perception and adherence to recommended health regimen in adult with heart failure. [Thesis] Widener Uni, School of Nursing; 2004.
- 16- Karamanidou C, Clatworthy J, Wenman J, Horne R. A systematic review of the prevalence and determinants of non-adherence to phosphate binding medication in patients with end-stage renal disease. *BMC Nephrol* 2008; 9: 2.
- 17- DiMatteo MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care* 2004; 42(3): 200-209.
- 18- Delamater A M. Improving patients' adherence. *Clinical Diabetes* 2006; 24(2): 71-77.
- 19- Carpenter R. Cognitive appraisal of perceived threat of diabetes and adherence to self-management behaviours. [Thesis] West Virginia Uni, School of Nursing; 2008.
- 20- Hamama-Raz Y, Solomon Z. Psychological adjustment of melanoma survivors: the contribution of hardiness, attachment and cognitive appraisal. *J Individ Diff* 2006; 27(3): 172-182.
- 21- Roy C, Andrews H. Roy's adaptation model. 2nd ed. London: Simon Schuster Co; 1999.
- 22- Johnson J, Leventhal H. Effects of accurate expectations and behavioral instructions on reactions during a noxious medical examination. *J Pers Soc Psychol*. 1974; 29(5): 710-718.
- 23- Rambo B. Adaptation nursing assessment and intervention. Sounder's Co; 1984.
- 24- Zhan L. Cognitive adaptation and self-consistency in hearing-impaired older persons: testing Roy's adaptation model. *Nurs Sci Quart* 2000; 13: 158-165.
- 25- Checko E. Personal motivation, body image, health behavior and stage of exercising. [Thesis] School Nurs: Rhode Island Uni; 2007.
- 26- Joyce T. Body image and treatment adherence in adolescents and young adults with cancer. [Thesis] Texas Uni, School of Nursing; 2001.
- 27- Ekman S, Ebbeskog B. Elderly Persons' experiences of living with venous leg ulcer: living in a dialectal relationship between freedom and imprisonment. *Scand J Caring Sci* 2001; 15: 235-243.
- 28- Caserta M. Older woman feelings about exercise and their adherence to an aerobic regimen over time. *Gerontol* 1998; 38: 602-609.

The Role of Self-Concept Mode of Roy's Adaptation Model on Adherence of Diet Regimen in Heart Failure Patients

Shahnaz Ahrari¹, Abbas Heydari² and Saeed Vaghee³

Abstract:

Background and Aim: Although the low-sodium diet is a fundamental non-pharmacologic component of heart failure (HF) care, most persons with HF have considerable difficulty in following such a diet. Despite the high prevalence of non-adherence to the low-sodium diet, little is known about HF patients' non-adherence. This information is vital to the design and implementation of effective interventions to enhance adherence to a low-sodium diet. Accordingly, the purpose of this study was to explore the relations between self concept according to Roy's self-concept mode theory and adherence to sodium restricted diet in heart failure patients.

Materials and Methods: In a descriptive correlational design, a convenience sample of 108 heart failure patients (36 women, 72 man) from two major medical and academic centers, affiliated with Mashhad University of medical sciences, Iran, were selected by probability manner. The subject was tested by HF screening test and cognitive perception of cardiovascular healthy lifestyles and diet adherence questionnaires. The data were analyzed applying colorations and regression test.

Results: Direct relationship between challenge to self concept and adherence to diet regimens ($p = 0.001$) $r = (0.35)$ was noted; threat to self concept had an inverse relationship $r = (-0.36)$ ($p = 0.001$). In other words, more challenge and less threat to self concept and its components were associated with more adherences to diet regimen.

Conclusion: Through educational and counseling programs, nurses can help their clients to perceive heart failure regimes in ways that are less threatening. Additionally, they could work to empower patients to face heart failure as a challenge, which may enhance their adherence to diet regimens.

Keywords: Cognitive perception, heart failure, self-concept mode

Received: 12 January 2011

Revised: 10 September 2011

Accepted: 2 November 2011

Ofogh-e-Danesh. GMUHS Journal. 2012; Vol. 18, No. 1

1- Factually Member, Social Development & Health Promotion Research Center, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran

2- **Corresponding Author:** Assistant professor, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Iran.

Tel: +98 511 8548854

Fax: +98 511 85973130

E-mail: heidarya@mums.ac.ir

3- Factually Member, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran