Original Article

Military Caring Sciences
Volume 6, Issue 2, Summer 2019 (Serial Number: 20)

Effect of Cognitive-Social Based Care Program on Patient's Compliance in Heart Valve Surgery in Selected Military Hospital

Mahboobifar. M[1]
*Zareiyan. A[2]
Aliyari. SH[3]

1- MSc Student of Critical Care Nursing, Faculty of Nursing, Aja University of Medical Science, Tehran, Iran.
*2- (*Corresponding Author) Ph.D. in Nursing Education, Associte Professor, Health Nursing Department, Faculty of Nursing, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran.*
Email: a.zareian@ajamus.ac.ir
3- Ph.D. in Curriculum Studies, Assistant Professor, Maternal & Newborn Health Department, Faculty of Nursing, Aja university of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Introduction: Controlling chronic diseases, such as heart disease, depends on the extent of adherence to the treatment. This is only possible with cooperation of patients and implementation of medical recommendations. The training in heart disease cause in achieving empowerment and patient compliance with diet therapy is desirable.

Objective: The present study aimed to determine the effect of cognitive-social based care program on adherence to treatment in patients undergoing heart valve surgery in military hospitals.

Materials and Methods: It is a semi-experimental study done on control group in a military hospital in Tehran. In the present study, thirty patients referring to the military hospitals were selected by non-random sampling method and divided into intervention and control groups through pseudo-randomization method. Data were collected by valid tools for adherence to treatment in chronic disease. The control group received only the usual care and the intervention group received a cognitive-social care program. Immediately after the intervention and twenty days later, data were recollected. Descriptive and inferential statistics were used to analyze the data using SPSS 16.

Results: In the present study, with regard to the adherence to treatment before the intervention in all areas of treatment, willingness to participate in treatment, compliance ability, combination of treatment with life, adherence to treatment, commitment to treatment and uncertainty about the treatment there was no significant difference between both groups based on independent t test(P>0/05). However, at the time of discharging and twenty days after that, differences in all areas were significant between the two groups (P<0/05). The results from the analysis of variance with repeated measures within the cases (F=(2.56) = 32.14 (P<0.001)) indicated that there was a significant difference in adherence to treatment with regard to time index at different stages. Analysis of variance with repeated measures between the cases with group index (F=(1.28) = 32.85 (P< 0.001)) showed that the effect of different times on treatment adherence in both groups was significantly different.

Discussion and Conclusion: The results of this study showed that the implementation of training based on cognitive-social theory of Bandura strain improves the treatment compliance in patients undergoing heart valve operation.

Keywords: Care Plan, Treatment Adherence, Valve Replacement.

Mahboobifar M, Zareiyan A, Aliyari SH. Effect of Cognitive-Social Based Care Program on Patient's Compliance in Under Heart Valve Surgery in Selected Military Hospital. Military Caring Sciences. 2019; 6 (2). 81-91.
Submission: 30/10/2019 Accepted: 1/1/2019 Published: 16/11/2019

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.29252/mcs.6.2.81]

تأثیر برنامه مراقبتی مبتنی بر نظریه شناختی– اجتماعی بر تبعیت از درمان در بیماران تحت عمل جراحی دریچه قلب در بیمارستان منتخب نظامی

مهدیه محبوبی‌فر[۱]، *آرمین زارعیان[۲]، شهلا علیاری[۳]

چکیده

مقدمه: کنترل بیماری‌های مزمن ازجمله بیماری‌های قلبی تا حد زیادی به میزان تبعیت از درمان بستگی دارد. این مهم تنها با مشارکت فعّال بیماران در امور درمان و اجرای توصیه‌های اعضای گروه درمان امکان‌پذیر است.

هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر برنامه مراقبتی مبتنی بر نظریه شناختی- اجتماعی بر تبعیت از درمان در بیماران تحت عمل جراحی دریچه قلب در بیمارستان‌های نظامی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع نیمه تجربی به همراه گروه کنترل است که در بیمارستان نظامی منتخب شهر تهران انجام شد. نمونه‌های مورد مطالعه ۳۰ نفر از بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان منتخب نظامی بودند که به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی انتخاب و به دو گروه مداخله و کنترل به صورت شبه تصادفی تخصیص یافتند. جمع‌آوری داده‌ها در دو گروه با ابزار معتبر تبعیت از درمان در بیماری مزمن انجام گرفت. گروه کنترل صرفاً مراقبت‌های معمول مرکز را دریافت کردند و برای گروه مداخله برنامه مراقبتی مبتنی بر تئوری شناختی- اجتماعی اجرا گردید. بلافاصله بعد از مداخله و بیست روز بعد، جمع‌آوری مجدد داده‌ها صورت گرفت. جهت تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی متناسب با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ استفاده شد. ($P<۰/۰۵$) به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: در این مطالعه، تبعیت از درمان قبل از مداخله، در تمامی حیطه‌های اهتمام در درمان، تمایل به مشارکت در درمان، توانایی تطابق، تلفیق درمان با زندگی، چسبیدن به درمان، تعهد به درمان و تردید در اجرای درمان تفاوت بین دو گروه آزمون و کنترل بر اساس آزمون تی مستقل معنی‌دار نبود ($P>۰/۰۵$). ولی هنگام ترخیص و بیست روز پس از ترخیص تفاوت در تمامی حیطه‌ها بین دو گروه آزمون و کنترل معنی‌دار بود ($P<۰/۰۵$). نتایج آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری به صورت درون موردی با ($P<۰/۰۰۱$ ۳۲/۱۴ = (۲/۵۶) F) در مجموع نشانگر آن بود که تبعیت از درمان بر اساس شاخص زمان در مراحل مختلف دارای تفاوت معناداری است. آزمون آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری به‌صورت بین موردی بر اساس شاخص گروه با ($P<۰/۰۰۱$,۳۲/۸۵= (۱/ ۲۸) F) نیز نشان داد که عامل زمان‌های مختلف بر تبعیت از درمان در دو گروه آزمون و کنترل دارای تفاوت معناداری است.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان داد که به نظر می‌رسد اجرای آموزش بر اساس تئوری شناختی- اجتماعی بندورا سبب بهبود تبعیت از درمان در بیماران تحت عمل دریچه قلب می‌گردد.

کلمات کلیدی: برنامه مراقبتی، تبعیت از درمان، تعویض دریچه.

مجله علوم مراقبتی نظامی ■ سال ششم ■ شماره ۲ ■ تابستان ۱۳۹۸ ■ شماره مسلسل ۲۰ ■ صفحات ۸۱-۹۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۲/۲۳
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۴/۱۱
تاریخ انتشار: ۱۳۹۸/۸/۲۵

مقدمه

بیماری قلبی و عروقی مهم‌ترین عامل مرگ و میر در جهان امروز به شمار می‌آید (۱). طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت پیش‌بینی‌شده است که تا سال ۲۰۲۰، بیماری‌های مزمن تقریباً سه‌چهارم تمام مرگ و میر در سراسر جهان را تشکیل خواهد داد و در کشورهای در حال توسعه ۷۱ درصد مرگ و میر ناشی

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران.
۲- دکترای تخصصی آموزش پرستاری، دانشیار، گروه بهداشت، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران (*نویسنده مسئول).
آدرس الکترونیکی: a.zareian@ajamus.ac.ir
۳- دکترای برنامه‌ریزی درسی، استادیار، گروه بهداشت مادر و نوزاد، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.29252/mcs.6.2.81]

از بیماری‌های قلبی ایسکمیک، ۷۵ درصد ناشی از سکته مغزی و ۷۰ درصد ناشی از دیابت است (۲). در ایران نیز بیماری قلبی عروقی مهم‌ترین علل مرگ و میر را به خود اختصاص داده است، به طوری که ۴۶ درصد از کل مرگ‌ومیرها در کشور را شامل می‌شود (۳). از مجموع اختلالات قلبی حدود ۱۰ تا ۳۰ درصد مربوط به جراحی دریچه قلب می‌باشد (۴). سالانه بیش از ۷۹۰۰۰ عمل جراحی تعویض دریچه قلب در آمریکا انجام می‌شود و هر سال بر تعداد افرادی که جهت انجام عمل جراحی تعویض دریچه قلب مراجعه می‌کنند، افزوده می‌شود (۵). بیماری‌های دریچه‌ای قلب با درمان دارویی یا روش‌های جراحی یا هر دو درمان می‌شود، درمان دارویی شامل اینوتروپ (Inotropes) و دیورتیک بوده و درمان جراحی شامل: ترمیم دریچه و یا درنهایت تعویض دریچه است (۴). بیماران پس از جراحی دریچه قلب در معرض مشکلات متعدد از قبیل فیبریلاسیون دهلیزی (Atrial Fibrillation) خونریزی، ترومبوز، عوارض خونی و عوارض گوارشی قرار دارند که منجر به مرگ و میر و عوارض بالقوه خطرناک می‌شود (۶). با توجه به پایین بودن سطح تبعیت از درمان در بیماری‌های مزمن، چالش مهم قرن حاضر اجرای مؤثر خودکنترلی و تبعیت از توصیه‌های درمانی در بیماری‌های مزمن خصوصاً دیابت نوع ۲ و اختلالات قلبی است (۷). مطالعات نشان می‌دهند که ۸۴ درصد از بیماران انتظار دارند پس از انجام جراحی قلب پیامدهایی نظیر افزایش میزان بقا، بهبود کیفیت زندگی، افزایش توانایی فعالیت فیزیکی و کاهش درد در ایشان حاصل شود (۸). کنترل بیماری‌های مزمن از جمله بیماری‌های قلبی تا حد زیادی به میزان تبعیت از درمان بستگی دارد تا حدی که اگر بیماران توصیه‌های درمانی را به کار نبندند، گاهی بهترین رژیم‌های درمانی نیز بی‌ارزش می‌گردد. تبعیت از درمان به این معنی است که کلیّه رفتارهای بیمار در جهت توصیه‌های ارائه شده از سوی مراقبین سلامت باشد (۸). به نظر می‌رسد غالب بیماران اهمیت این کسب توانایی‌ها، تغییر رفتارها و شیوه‌های زندگی و عملکرد لازم برای پیشگیری از بازگشت نشانه‌های بیماری را چندان جدی نمی‌گیرند (۹). نکته مهم این است که برخلاف سایر بیماری‌های مزمن و یا خاص، این بیماران فاقد انجمن یا مرکز پیگیری مشخصی بوده و تبعاً پایش ایشان در بسیاری از موارد به فراموشی سپرده می‌شود. همچنین سامانه کنترلی قابل‌دسترس برای این بیماران جهت آموزش و پیگیری رژیم درمانی به غیر از مراجعه به پزشک مربوطه وجود ندارد (۱۰). عدم تبعیت از درمان توصیه شده، یکی از دلایل شکست در درمان، عود بیماری، افزایش عوارض بیماری، طولانی شدن مدت درمان و افزایش هزینه‌های حوزه مراقبت سلامتی است. عوامل بسیاری در این امر دخالت دارند که شناخت این عوامل توسط گروه درمان و برنامه‌ریزان نظام ارائه خدمات بهداشتی- درمانی از ضرورت‌های حیاتی است، زیرا تبعیت از رژیم درمانی، می‌تواند به ارتقاء کیفیت زندگی این مددجویان منجر گردد (۱۱). در واقع یکی از اصلی‌ترین نگرانی‌های کارکنان نظام سلامت، مشکلات مربوط به عدم تبعیت بیماران از رژیم درمانی تجویز شده است. تبعیت از درمان در بیماری‌های مزمن، ازجمله بیماری‌های قلبی که مبتلایان به آن باید به مدت طولانی از درمان تجویز شده پیروی نمایند، اهمیت بیشتری پیدا می‌کند (۱۲).

ارزش برنامه‌های آموزش ارتقاء سلامت به میزان اثربخشی این برنامه‌ها بستگی دارد که به نوبه خود به استفاده صحیح از تئوری‌ها و مدل‌ها در آموزش بهداشت مربوط هست. به عبارت دیگر وجود پشتوانه تئوری مناسب به همراه نیازهای اساسی بهداشتی، اثربخشی برنامه‌های آموزش بهداشت و تبعیت از درمان را بیشتر خواهد کرد (۱۳). در نظریه شناختی -اجتماعی بندورا (Banduras Cognitive Social Theory) یادگیری، تعامل پویایی بین شخص، محیط و رفتار است که باعث تولید رفتار می‌شود (۱۴). از منظر یادگیری شناختی - اجتماعی انسان موجودی فعال و اجتماعی است و در مورد یادگیری رفتار و بروز آن، رویکردهای شناختی و خودگردانی به‌جای کنترل بیرونی در رفتار فرد حاکم است. در این دیدگاه انگیزش درونی حاصل از خودارزیابی اثربخشی بیشتری از انگیزش بیرونی در تقویت و نگهداری رفتار فرد دارد. (۱۵). در یادگیری از راه مشاهده چهار فرآیند وجود دارند (۱). توجه، که در آن یادگیرنده یا مشاهده‌کننده به الگو یا سرمشق که معمولاً یک انسان زنده در حال انجام عمل است توجه می‌کند (۲). به یادسپاری، که در آن یادگیرنده رفتار مورد مشاهده را به‌طور شناختی بازنمایی می‌کند، یعنی آن را به حافظه می‌سپارد. (۳) بازآفرینی، یعنی اینکه اگر یادگیرنده توانایی‌های لازم را داشته باشد رفتار مورد مشاهده را تولید و اصلاح می‌کند. (۴) انگیزش، یعنی در شرایط مناسب

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-12]
[DOI: 10.29252/mcs.6.2.81]

انگیزشی و تشویقی (تقویت مورد پیش‌بینی) یادگیرنده رفتاری را که مشاهده کرده است به عملکرد تبدیل می‌کند. در برنامه آموزشی خود نظم دهی وابسته به تغییر شناختی-رفتاری، به منظور ایجاد توانایی پذیرش مسئولیت یادگیری در یادگیرنده به او مهارت‌های چهارگانه: تعیین هدف، نظارت بر رفتار خود، سنجش رفتار خود و اعمال پاداش شخصی آموزش داده است (۱۶). اصل یادگیری خودتنظیمی بندورا، بر فعال بودن انسان و نقش مؤثر او در کنترل، تنظیم و مدیریت خود و محیط پیرامونش تأکید می‌کند (۱۴). در این راستا، وشانی و همکاران از تئوری شناختی- اجتماعی بندورا در آموزش کودکان مبتلا به تالاسمی و امینی مریدانی و همکاران در آموزش سالمندان دیابتی بهره گرفته‌اند (۱۷، ۱۸). در هر دو مطالعه آموزش مددجویان با استفاده از این مدل تأثیرات مثبتی را نشان داده است. ارزیابی مقالات موجود بالأخص در ایران نشان می‌دهد که علی‌رغم تبعات منفی ناشی از عدم پیگیری فرایند مراقبت و درمان در بیماران تحت جراحی دریچه قلبی، این دسته از بیماران کمتر در معرض مداخلات مؤثر جهت آگاهی بخشی و ارتقاء خودکارآمدی پس از ترخیص قرار گرفته‌اند. از دیگر سو با توجه به نقش مهم پرستاران در پیگیری بیماران پس از ترخیص به جهت اطمینان از تبعیت رژیم‌های درمانی توصیه شده، ضروری است برنامه‌ای مراقبتی مشخصی مبتنی بر یک پشتوانه نظری به کار گرفته شود تا از مراجعات مجدد به بیمارستان کاسته شود و در عین حال کیفیت زندگی بیماران بهبود یابد (۴، ۸، ۹، ۱۳). از این رو در این مطالعه محققان بر آن شدند تا با تنظیم برنامه مراقبتی مبتنی بر تئوری شناختی اجتماعی و اجرای آن بر بیماران مذکور، تأثیر برنامه بر تبعیت از درمان بیماران تحت عمل جراحی دریچه قلب را مورد ارزیابی قرار دهند.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی همراه با گروه کنترل است که در یکی از بیمارستان‌های نظامی شهر تهران انجام شده است. واحدهای پژوهش مورد مطالعه، ۳۰ نفر از بیماران مراجعه‌کننده یک بیمارستان منتخب نظامی بودند که پس از تعیین حجم نمونه و بر اساس معیارهای ورود به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی انتخاب و سپس به صورت شبه تصادفی و به صورت طولی افراد به دو گروه کنترل و سپس مداخله تخصیص یافتند. بدین ترتیب که ابتدا ۱۵ نفر از بیماران تحت جراحی به عنوان گروه کنترل انتخاب شده و جمع‌آوری داده‌ها در سه مرحله قبل، هنگام ترخیص و بیست روز پس از ترخیص بدون اجرای برنامه مراقبتی تدوین شده صورت گرفت. این دسته از بیماران صرفاً مراقبت‌های معمول بیمارستان را دریافت نمودند. در مرحله دوم و پس از ترخیص بیماران گروه کنترل، بیماران گروه آزمون انتخاب شده و جهت ایشان نیز جمع‌آوری اطلاعات در همان فواصل زمانی به مانند گروه کنترل انجام گرفت با این تفاوت که این گروه مداخله مراقبتی تنظیم شده را دریافت نمودند. به جهت احتمال تبادل اطلاعات توسط کادر مراقبتی ابتدا گروه کنترل انتخاب و سپس گروه آزمون انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن حداقل یک دریچه مصنوعی قلب، تعبیه دریچه مصنوعی قلبی برای اولین بار، قرارگیری در بازه سنی ۱۶-۸۵ سال، لحاظ گذر زمانی حداقل ۴۸-۷۲ ساعت بعد از جراحی قلب و معیارهای خروج این مطالعه شامل: انصراف از ادامه مشارکت و در دسترس نبودن بیمار پس از ترخیص بود. حجم نمونه به استناد مطالعه بالاجانی و همکاران با استفاده از فرمول زیر محاسبه گردید (۱۹).

$$d=\frac{(Mean_1-Mean_2)}{Standard\ \ Deviation}=\frac{۴/۰۶-۳/۳۵}{۰/۴۴}=۱/۶۱$$

سپس با استفاده از فرمول و جدول شماره ۱ و با احتساب سطح اطمینان ۹۹٪ و قدرت آزمون ۹۵٪ حجم نمونه محاسبه گردید:

$$n=\frac{۲}{d^2}\times C_{P,Power}$$

$$n=۲۱/۶۱۲\times\ C\ \ (۰/۰۱,\ ٪۹۵)=۰/۷۷\times۱۷/۸=۱۳/۷$$

بدین ترتیب حجم نمونه در هر گروه با احتمال ریزش جهت هر گروه ۱۵ نفر و در کل ۳۰ نفر محاسبه گردید.

در این پژوهش ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه

جدول ۱- جدول معیار تعیین حجم نمونه بر حسب شاخص آلفا و بتا

مقادیر ویژه برحسب سطح اطمینان و قدرت آزمون ($C_{P,Power}$)				
سطح اطمینان (P)	قدرت (Power) (٪)			
	۵۰	۸۰	۹۰	۹۵
۰/۰۵	۳/۸	۹/۷	۱۰/۵	۱۳
۰/۰۱	۶/۶	۱۱/۷	۱۴/۹	۱۷/۸

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.29252/mcs.6.2.81]

اطلاعات دموگرافیک بر اساس خصوصیات جمعیت شناختی و ابزار روان‌سنجی شده تبعیت از درمان در بیماری مزمن مدانلو می‌باشد. این ابزار شامل ۴۰ گویه در حیطه‌های اهتمام در درمان (۹ گویه)، تمایل به مشارکت در درمان (۷ گویه)، توانایی تطابق (۷ گویه)، تلفیق درمان با زندگی (۵ گویه)، چسبیدن به درمان (۴ گویه)، تعهّد به درمان (۵ گویه) و تدبیر در اجرای درمان (۳ گویه) می‌باشد. حداقل و حداکثر امتیاز در حیطه‌های اهتمام در درمان (۴۵- ۰)، تمایل به مشارکت در درمان (۳۵-۰)، توانایی تطابق (۳۵-۰)، تلفیق درمان با زندگی (۲۵-۰)، چسبیدن به درمان (۲۰-۰)، تعهد به درمان (۲۵-۰) و تدبیر در اجرای درمان (۱۵-۰) می‌باشد. در مطالعه مدانلو متوسط شاخص روایی محتوایی پرسشنامه ۰/۹۱۴، همسانی درونی پرسشنامه با محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۹۲۱ و پایایی ثبات پرسشنامه با اجرای آزمون مجدد با فاصله زمانی دو هفته ۰/۸۷۵ محاسبه گردیده است (۲۰). دیاگرام روش اجرا به شرح ذیل است.

پژوهشگر پس از اخذ مجوزهای لازم با ارائه معرفی‌نامه کتبی در بخش مورد نظر حضور یافت. در صورت دارا بودن معیارهای ورود پژوهشگر خود را به واحدهای مورد پژوهش معرفی و پس از اخذ رضایت آگاهانه و جلب موافقت آنان جهت انجام پژوهش، هدف از انجام پژوهش و مراحل کار به صورت دقیق به واحدهای پژوهش توضیح داد. گروه کنترل صرفاً مراقبت‌های معمول مرکز را دریافت کردند و برای گروه مداخله برنامه مراقبتی مبتنی بر تئوری شناختی- اجتماعی اجرا گردید. با توجه به محدود بودن تعداد نمونه‌ها، نمونه‌گیری حدود شش ماه به طول انجامید. داده‌ها بر اساس ابزار تبعیت درمان جهت هر دو گروه کنترل و آزمون در سه مرحله جمع‌آوری گردید. پس از انتخاب گروه آزمون تحلیل آماری متغیرهای زمینه‌ای هر دو گروه به لحاظ اطمینان از همسانی صورت گرفت. در گروه آزمون با توجه به تحلیل یافته‌های مربوط به ویژگی‌های تبعیت از درمان، نیازهای مراقبتی مددجویان شناسایی شده و اهداف مراقبتی با نظر تیم تحقیق طراحی گردید. مداخله به مدت چهار جلسه انجام گرفت و مجدداً بلافاصله بعد از مداخله و ۲۰ روز بعد، ابزار تکمیل گردید. در گروه مداخله، مراحل اجرای برنامه مراقبتی مشتمل بر چهار گام بود (۲۱، ۲۲):

گام اول: از هر بیمار به طور فردی نیازسنجی صورت گرفت و از ایشان خواسته شد تا بر اساس نیازهای آموزشی خود در تعیین اهداف آموزشی مشارکت نمایند. همچنین جدول نیازسنجی و تعیین هدف توسط بیماران تکمیل گردید. در این جلسه به طور خصوصی از همراهان درخواست شد تا در تمامی جلسات حضور داشته باشند و در صورت مشارکت مطلوب مددجویان، آنان را تشویق نموده و مورد حمایت عاطفی قرار دهند.

گام دوم: بر اساس نیازهای آموزشی بیماران و اهداف تعیین شده طرح درس تنظیم و آموزش‌های لازم مراقبتی طی چهار جلسه به صورت تعاملی به بیماران ارائه گردید.

گام سوم: خودارزیابی بیماران بررسی گردید و بر اساس نتایج آن در خصوص موانع عدم اجرای برنامه و برطرف نمودن آن بحث و تبادل نظر با هدف اصلاح صورت گرفت.

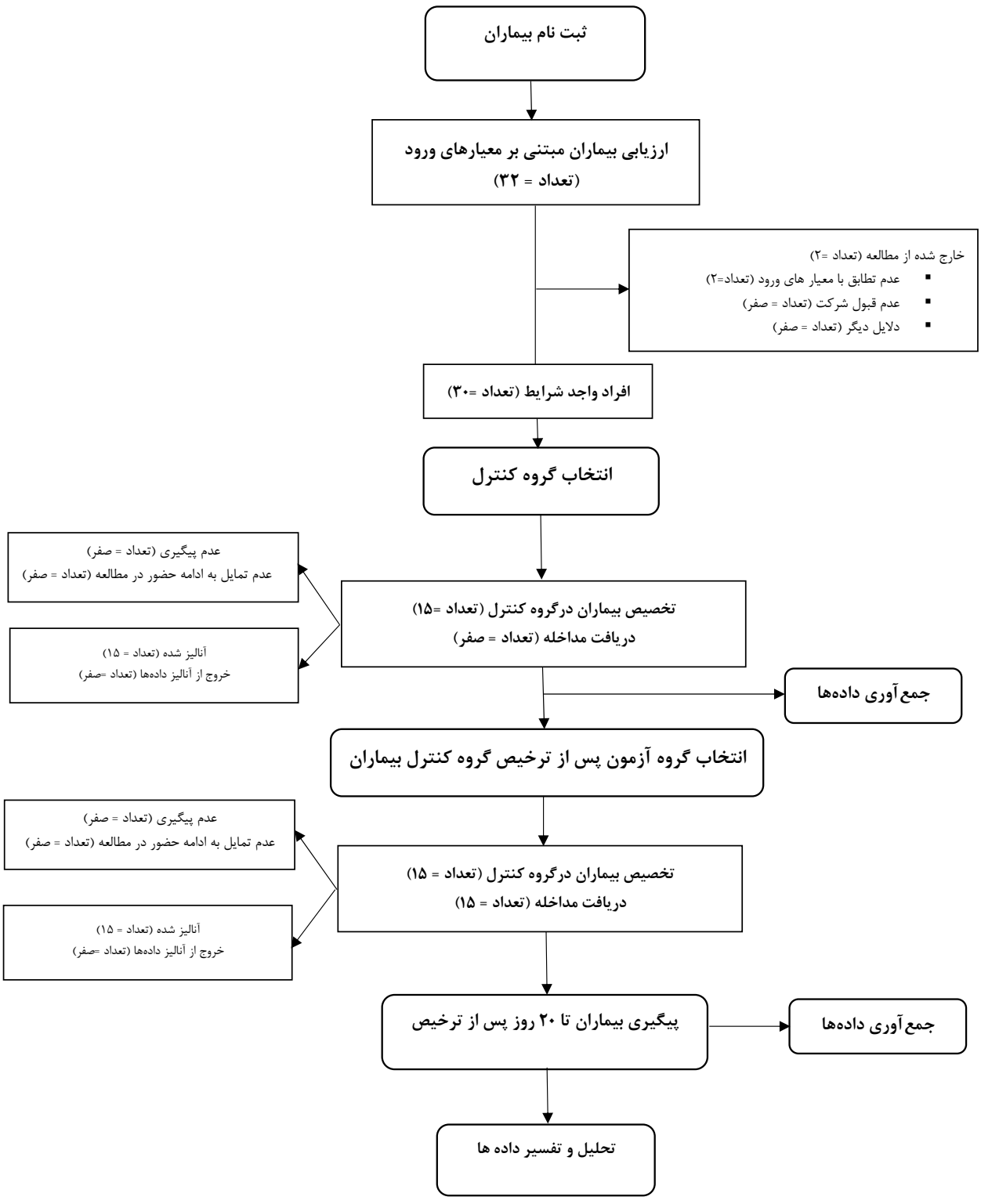
گام چهارم: به جهت حمایت اجتماعی از بیمار مقرر شد با موافقت ایشان، همراه بیماران بدون شرکت در مباحث، در جلسات شرکت نموده و در صورت تبعیت صحیح از درمان حمایت عاطفی لازم را از آنان به عمل آورد. با موافقت افراد، از طریق ایجاد گروهی در فضای مجازی و به منظور پیگیری درمان‌های بعد از ترخیص از بیماران درخواست شد تا وضعیت خود را در اجرای آموزش‌ها و رعایت موارد مراقبتی- آموزشی اعلام نمایند. در مجموع در طول بیست روز، ۱۶ پیام آموزشی در گروه مجازی ارائه گردید. علاوه بر ارسال پیام از طرف پژوهشگر، مددجو در طول روز از طریق پرسیدن سؤالات خود پیرامون بیماری، دارو و اطلاع دادن میزان INR (International Normalized Ratio) چک شده خود، جهت اطمینان از قرار گرفتن در محدوده درمانی و تنظیم دارو در ارتباط با پژوهشگر بود.

داده‌های توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی متناسب با نوع متغیر و توزیع طبیعی داده‌ها استفاده شد. در این مطالعه سطح معناداری ۹۵ درصد لحاظ گردید.

این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی آجا با کد اخلاق IR.AJAUMS.REC.۱۳۹۶.۹۴ مورد تصویب قرارگرفته است. در این مطالعه، نکات اخلاقی بیانیه هلسینکی (Helsinki Declaration) (۲۳)، از جمله توضیح اهداف به واحدهای پژوهش و کسب رضایت کتبی آگاهانه از آنان جهت شرکت در تحقیق، دادن

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-12]
[DOI: 10.29252/mcs.6.2.81]

حق انتخاب به واحدهای پژوهش برای ورود به پژوهش و خروج از آن در هر زمان، محرمانه ماندن اطلاعات، رعایت صداقت در انتخاب واحدهای مورد پژوهش و جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها، ارائه نتایج پژوهش به واحدهای مورد پژوهش و مسئولین محیط پژوهش در صورت درخواست و قدردانی از کلیه واحدهای مورد پژوهش و کلیه مسئولین ذی‌ربط که همکاری داشته‌اند، رعایت شد.



دیاگرام روش اجرای مطالعه

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.29252/mcs.6.2.81]

یافته‌ها

در این پژوهش یافته‌ها حاکی از آن بود که بین دو گروه تفاوت آماری معناداری (P>۰/۰۵) از نظر خصوصیات فردی از قبیل سن، جنسیت، محل اقامت، تحصیلات، میزان درآمد، وضعیت خانواده، وجود سابقه خانوادگی جراحی قلب، موقعیت دریچه قلب، همراه بودن عمل دریچه با جراحی عروق وجود نداشت و هر دو گروه از این نظر همگن بودند. (جدول ۲)

جدول شماره ۳ نشان دهنده مقایسه میزان تبعیت درمان بر اساس میانگین و انحراف معیار نمره اخذ شده از ابزار تبعیت از درمان در سه زمان قبل، هنگام ترخیص و بیست روز پس از ترخیص در گروه‌های آزمون و کنترل است. با توجه به وجود توزیع نرمال در داده‌ها بر اساس شاخص‌های چولگی (The Skewness Index) و کشیدگی از آزمون پارامتریک (Parametric Test) تی مستقل جهت تحلیل داده‌ها استفاده شد. نتایج ارائه شده در جدول مبین این امر است که تبعیت از درمان در مرحله قبل از مداخله (پیش آزمون) در تمامی حیطه‌های اهتمام در درمان، تمایل به مشارکت در درمان، توانایی تطابق، تلفیق درمان با زندگی، چسبیدن به درمان، تعهد به درمان و تردید در اجرای درمان بر اساس آزمون تی مستقل (t-Test) در دو گروه آزمون و کنترل، واجد تفاوت معنادار آماری با (P>۰/۰۵) نبود. لیکن نتایج نشان داد که میانگین نمرات کسب شده تبعیت درمان در حیطه‌های مربوطه در مرحله هنگام ترخیص و بیست روز پس از ترخیص در دو گروه آزمون و کنترل بر اساس آماره تی مستقل دارای تفاوت معنادار آماری است.

به منظور بررسی روند ثبات تبعیت از درمان نمره کل تبعیت از درمان (مجموع نمرات کل حیطه‌ها) ملاک عمل قرار گرفت و از آزمون آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری (Analysis of Variance With Repeated Measures) استفاده شد. در ابتدا جهت آزمون فرض کرویت (Assume Sphericity) داده‌ها خروجی آماره موچلی (Mauchly's Test of Sphericity) مد نظر قرار گرفت

جدول ۲- اطلاعات جمعیت شناختی افراد نمونه پژوهش

گروه		آزمون			کنترل			نتایج آزمون
شاخص متغیر		میانگین	انحراف معیار	تعداد	درصد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	درصد	
سن		۵۸/۹۳	۸/۱۵			۶۳/۴۷	۵/۸۰			آزمون تی مستقل: P=۰/۱۳۶ T=۱/۷۵
توده بدنی		۲۶/۹۹	۴/۷۲			۲۵/۳۵	۲/۶۳			آزمون تی مستقل: P =۰/۰۱۳ T=۴/۷۲
جنس	مرد			۱۱	۷۳/۳			۱۱	۷۳/۳	آزمون دقیق فیشر P=۰/۶۵۹
	زن			۴	۲۶/۴			۴	۲۶/۴	
میزان تحصیلات	زیر دیپلم			۸	۵۳/۳			۷	۴۶/۴	آزمون پیرسون کای اسکوئر P=۰/۵۱۹ K=۰/۴۲
	دیپلم			۳	۲۰			۴	۲۶/۴	
	دانشگاهی			۴	۲۶/۷			۲	۱۳/۳	
سابقه خانوادگی CABG	دارد			۱۰	۶۶/۶			۵	۳۳/۴	آزمون دقیق فیشر P=۰/۱۴
	ندارد			۵	۳۳/۴			۱۰	۶۶/۶	
جراحی دریچه به همراه CABG	دارد			۵	۳۳/۴			۶	۴۰	آزمون دقیق فیشر P=۱/۰۰
	ندارد			۱۰	۶۶/۶			۹	۶۰	

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.29252/mcs.6.2.81]

جدول ۳- مقایسه حیطه‌های تبعیت از درمان در بیماران تحت عمل جراحی دریچه بستری قبل، هنگام ترخیص و بیست روز پس از ترخیص

حیطه‌ها	زمان	گروه		آزمون آماری تی مستقل	
		گروه مداخله	گروه کنترل		
		میانگین±انحراف معیار	میانگین± انحراف معیار		
اهتمام در درمان	قبل	۴۰/۳۳ ±۴/۵۷	۴۰/۶۷ ±۳/۵۳	t(۲)=۰/۲۲, P=۰/۸۲۵	df=۲۶
	هنگام ترخیص	۴۵/۲۷ ±۴/۶۸	۴۱/۸۷ ±۳/۲۹	t(۲)=-۲/۳۰, P= ۰/۰۲۹	df=۲۵
	۲۰ روز پس از ترخیص	۴۸/۱۳ ±۴/۴۸	۴۳/۱۳ ±۴/۳۷	t(۲)= -۳/۷۰, P= ۰/۰۰۱	df=۲۷
تمایل به مشارکت در درمان	قبل	۳۳/۷۳±۴/۳۸	۳۲/ ۸۰ ±۳/۳۴	t(۲)= -۰/۰۶, P= ۰/۵۷۱	df=۲۸
	هنگام ترخیص	۳۷/۶۰±۴/۸۴	۳۵/۷۰±۱/۷۹	t(۲)= -۲/۹۱,P= ۰/۰۰۷	df=۲۸
	۲۰ روز پس از ترخیص	۳۹/۶۷±۲/۸۲	۳۴/۷۰±۲/۳۱	t(۲)= -۵/۹۴, P=۰/۰۰۱	df=۲۸
توانایی در تطابق	قبل	۳۲/۹۳±۳/۷۸	۳۲/۸۰±۴/۷۵	t(۲)= -۰/۰۸۵, P=۰/۹۳۳	df=۲۶
	هنگام ترخیص	۳۴/۹۳±۳/۶۹	۳۲/۷۰±۲/۱۵	t(۲)= -۲/۵, P = ۰/۰۱۶	df=۲۲
	۲۰ روز پس از ترخیص	۳۷/۴۰±۵/۶۰	۳۳/۶۰±۲/۵۳	t(۲)= -۲/۳, P= ۰/۰۲۷	df=۱۹
تلفیق درمان با زندگی	قبل	۲۵/۷۳±۴	۲۵/۲۷±۳/۵	t(۲)= -۰ / ۳۳,P=۰/۷۳۸	df=۲۷
	هنگام ترخیص	۲۶/۲۰±۳	۲۵/۲۷±۳/۵	t(۲)= -۳/۱۹, P=۰/۰۰۳	df=۲۷
	۲۰ روز پس از ترخیص	۲۵/۱۳±۲/۷	۲۱/۲۷±۲/۶	t(۲)= -۳/۹۱, P=۰/۰۰۱	df=۲۷
چسبیدن به درمان	قبل	۲۱/۴۷±۳/۴۲	۲۰/۰۷±۳/۳۶	t(۲)= -۱ / ۱۲, P= ۰/۲۶۸	df=۲۷
	هنگام ترخیص	۲۲/۴۷±۱/۸۸	۱۹/۲۷±۲/۱۵	t(۲)= -۴/۳۳, P=۰/۰۰۱	df=۲۷
	۲۰ روز پس از ترخیص	۲۲/۳۳±۱/۸۷	۱۷/۲۰±۲/۵۴	t(۲)= -۶/۲۹, P=۰/۰۰۱	df=۲۵
تعهد به درمان	قبل	۱۸/۷۳±۲/۶۰	۱۹/۴۰±۲/۸۹	t(۲)=۰/ ۶۶, P = ۰/۵۱۳	df=۲۷
	هنگام ترخیص	۲۷/۸۷±۳/۱۱	۳۲/۷۰±۲/۱۵	t(۲)= -۶/۱۳, P=۰/۰۰۱	df=۲۶
	۲۰ روز پس از ترخیص	۲۸/۷۳ ±۲/۵۷	۲۰/۲۰±۳/۵۷	t(۲)= -۷/۵, P=۰/۰۰۱	df=۲۵
تردید در اجرای درمان	قبل	۱۰/۵۳±۱/۸۸	۱۰/۴۰±۱/۷۲	t(۲)= -۰ / ۲۰, P = ۰/۸۴۱	df=۲۷
	هنگام ترخیص	۱۶/۲۰±۱/۵۲	۱۴/۰۷±۱/۴۳	t(۲)=۳/۹, P=۰/۰۰۱	df=۲۷
	۲۰ روز پس از ترخیص	۱۶/۸۰±۱/۲۶	۱۳/۱۳±۲/۰۶	t(۲)=-۵/۸, P=۰/۰۰۱	df=۲۳

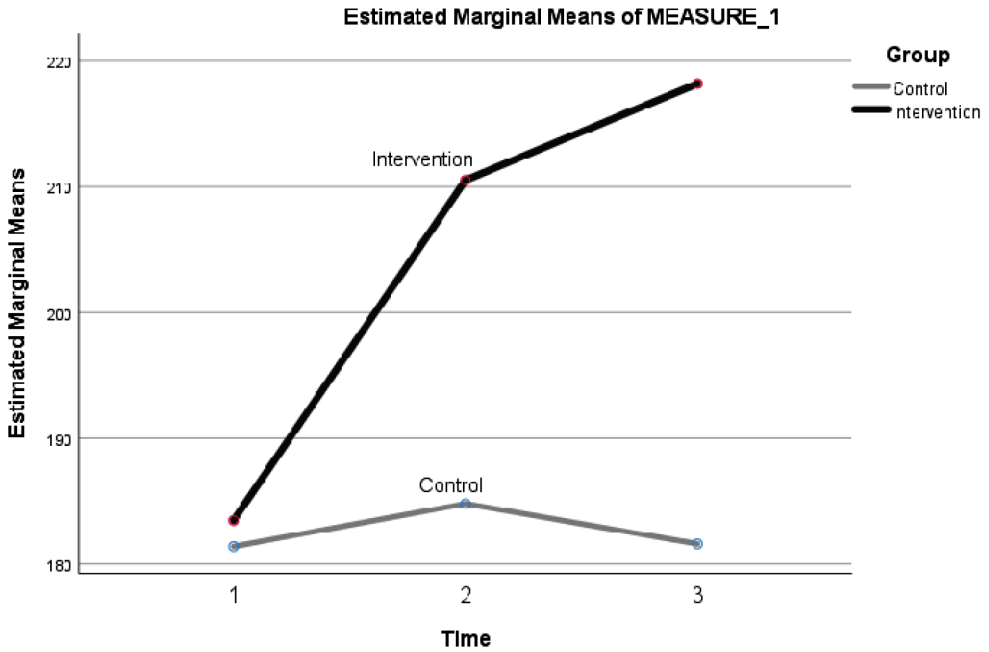
که با توجه به معناداری آماره با (P>۰/۰۵) فرض صفر آزمون تأیید گردید. لذا، جهت تفسیر و تحلیل داده‌ها آماره گرین هوس جیسر (Green House Jayser Test) ملاک عمل قرار گرفت.

نتایج آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری به صورت درون موردی با (P<۰/۰۰۱، ۳۲/۱۴ = (۲/۵۶) F) در مجموع نشانگر آن بود که تبعیت از درمان بر اساس شاخص زمان در مراحل مختلف دارای تفاوت معناداری است. آزمون آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری به صورت بین موردی بر اساس شاخص گروه با (P<۰/۰۰۱، ۳۲/۸۵= (۱/ ۲۸) F) نیز نشان داد که عامل زمان‌های مختلف بر تبعیت از درمان در دو گروه آزمون و کنترل دارای تفاوت معناداری است. (نمودار ۱)

جهت آنالیز مقایسه جفتی تأثیر زمان بر تبعیت از درمان در هر دو گروه آزمون و کنترل از آزمون بونفرونی (Bonferroni Test) استفاده شد و نتایج نشان‌دهنده وجود تفاوت معنادار آماری (P<۰/۰۰۱) بین زمان قبل از ترخیص و هنگام ترخیص و همچنین قبل از ترخیص و ۲۰ روز پس از ترخیص (P<۰/۰۰۱) بود و لیکن بین زمان‌های هنگام ترخیص و ۲۰ روز پس از ترخیص (P>۰/۰۵) تفاوت معنادار آماری مشاهده نگردید.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.29252/mcs.6.2.81]



نمودار ۱- مقایسه نمره کلی تبعیت از درمان در دو گروه آزمون و کنترل در سه مرحله زمانی

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر تئوری شناختی- اجتماعی بندورا بر تبعیت از درمان بیماران تحت عمل جراحی دریچه قلب در بیمارستان‌های نیروهای مسلح انجام شده است. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که اجرای آموزش بر اساس تئوری شناختی- اجتماعی بندورا سبب افزایش تبعیت از درمان در بیماران تحت عمل دریچه قلب می‌گردد؛ به عبارت دیگر، به نظر می‌رسد اجرای برنامه آموزشی بر اساس تئوری شناختی - اجتماعی بندورا با ارائه الگو و ایجاد انگیزه و پیگیری آموزش در تبعیت از درمان بیماران مؤثر بوده است. در مطالعات سدری و همکاران دو روش پیام کوتاه (تعاملی و غیرتعاملی) بر تبعیت از رژیم درمانی ضد انعقاد در بیماران با دریچه مصنوعی قلب و در پژوهش پشت چمن و همکاران تأثیر دو روش پیگیری مراقبتی تلفنی و پیامکی بر تبعیت از درمان در بیماران جراحی بای پس شریان کرونر بررسی شد. در مطالعه گلشاهی و همکاران آموزش خود مراقبتی بر اصلاح سبک زندگی، تبعیت از رژیم دارویی و فشار خون در بالغین مبتلا به پرفشاری خون بررسی گردید. نتایج حاصل از مطالعه حاضر با مطالعات سدری و همکاران، پشت چمن و همکاران، گلشاهی و همکاران و پولسوک (Polsook) هم‌سو می‌باشد. (۲۱، ۲۴-۲۶)

البته نوع مداخله در مطالعه حاضر با مطالعات یاد شده متفاوت است. در مطالعه حاضر پیگیری درمان، صرفاً یکی از بخش‌های برنامه مراقبتی بود که به طرق مختلف انجام شد. در این مطالعه، پیگیری درمان عبارت بودند از: ۱- بررسی فرم خود ارزیابی بیماران و بحث در خصوص موانع عدم اجرای برنامه و برطرف نمودن و یا ضعیف نمودن موانع ۲- شرکت همراه بیمار در صورت تمایل، در مباحث و در صورت تبعیت صحیح از درمان اعمال حمایت عاطفی لازم توسط همراه ۳- درخواست از بیماران برای اعلام وضعیت خود را در اجرای آموزش‌ها و رعایت موارد مورد آموزش ۴- ارسال ۱۶ پیام آموزشی در طول بیست روز ۵- علاوه بر ارسال پیام از طرف پژوهشگر، مددجو در طول روز از طریق پرسیدن سؤالات خود پیرامون بیماری، دارو و اطلاع دادن میزان ای ان آر چک شده خود جهت اطمینان از قرار گرفتن در محدوده درمانی و تنظیم دارو در ارتباط با پژوهشگر باقی می‌ماند. پولسوک (Polsook) و همکاران مطالعه‌ای با عنوان تأثیر افزایش خودکارآمدی بر تبعیت بهتر رژیم دارویی در بیماران پس از انفارکتوس حاد قلبی انجام دادند. نمونه‌ها به طور تصادفی انتخاب شده و در ۴ بلوک قرار گرفتند. گروه کنترل مراقبت‌های معمول را دریافت نموده و گروه آزمون در طی ۴ هفته علاوه بر مراقبت‌های معمول برنامه افزایش خودکارآمدی را نیز

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-12]
[DOI: 10.29252/mcs.6.2.81]

دریافت نمودند. این برنامه شامل انگیزه، تمرین مهارت، نظارت بر مهارت بود. میانگین نمره دریافت دارو در گروه آزمون به طور معناداری بیش از گروه کنترل بود (P=۰/۰۱، df=۲/۱، t=-۲/۷۷) در حالی که در مطالعه حاضر تأثیر برنامه مراقبتی مبتنی بر تئوری شناختی - اجتماعی بندورا بر تبعیت از درمان بیماران مبتلا به اختلالات دریچه‌ای قلب بررسی شد. ارزش برنامه‌های آموزش بهداشت به میزان اثربخشی این برنامه‌ها بستگی دارد که به نوبه خود به استفاده صحیح از تئوری‌ها و مدل‌ها در آموزش بهداشت بستگی دارد. به عبارت دیگر وجود پشتوانه تئوری مناسب به همراه نیازهای اساسی بهداشتی، اثربخشی برنامه‌های آموزش بهداشت را بیشتر خواهد کرد (۲۲). به همین منظور در مطالعه حاضر از برنامه مراقبتی مبتنی بر تئوری شناختی - اجتماعی بند ورا جهت آموزش بیماران مبتلابه اختلالات دریچه‌ای قلب استفاده گردید. ازنظر بندورا یادگیری به میزان فراوان توسط مشاهده رفتار افراد دیگر و آنچه برای آن‌ها اتفاق می‌افتد، رخ می‌دهد (۲۷). بنابراین یادگیری اغلب یک فرایند اجتماعی است و افراد دیگر می‌توانند الگوهایی جهت چگونه فکر کردن و یا رفتار کردن فراهم آورند. یادگیری اجتماعی، بنا بر مشاهده و تقلید، به‌طور ناخودآگاه در بسیاری از افراد به صورت مثبت و منفی انجام می‌گیرد و پیامدهای ثمربخش، یا زیان‌بار خود را به دنبال خواهد داشت (۲۸). در برنامه آموزشی ارائه شده در این مطالعه، به منظور تبعیت بیشتر از درمان به نیازسنجی از بیماران و تعیین اهداف فردی، ارائه آموزش مبتنی بر نیازهای بیماران، استفاده از روش‌های مختلف انگیزشی، ارائه الگو به بیماران، خود ارزیابی و حمایت اجتماعی از بیماران توجه گردید. با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش، پیشنهاد می‌شود مدیران پرستاری با تشویق پرستاران به اجرای برنامه آموزشی بر اساس تئوری شناختی-اجتماعی بندورا اقدام نموده و موجبات ارتقاء کیفیت خدمات پرستاری را فراهم نمایند. از نقاط قوت این مطالعه تئوری محور بودن آن و به‌کارگیری مدلی است که فرآیند شناخت و تفکر را در افراد مدنظر قرار می‌دهد. محدودیت‌های این پژوهش شامل تفاوت‌های فردی و وضعیت جسمی و روانی واحدهای پژوهش و امکان دریافت اطلاعات از منابع دیگر بوده است. لذا تا حد امکان سعی شد آموزش به صورت فردی و با در نظر گرفتن شرایط بیمار انجام گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته پرستاری مراقبت‌های ویژه است که در دانشگاه علوم پزشکی آجا در تاریخ ۱۳۹۶/۸/۱۵ به شماره ۵۹۶۳۸۶ تصویب گردید. بدین وسیله از دانشگاه علوم پزشکی آجا و همکاری مسئولین بیمارستان بعثت نهاجا و کلیه همکاران، بیماران و خانوادهٔ آنان که ما را در این پژوهش یاری فرمودند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تضاد منافع

بدین وسیله نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

References

1- Venkitachalam L, Wang K, Porath A, Corbalan R, Hirsch AT, Cohen DJ, et al. Global variation in the prevalence of elevated cholesterol in outpatients with established vascular disease or 3 cardiovascular risk factors according to national indices of economic development and health system performance. Circulation. 2012;125(15):1858-69. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.111.064378 PMID: 22492667

2- Organization WH. Global Nutrition Policy Review 2016–2017 WHO; 2018.

3- Shabani R, Gaeini AA, Nikoo MR, Nikbackt H, Sadegifar M. Effect of cardiac rehabilitation program on exercise capacity in women undergoing coronary artery bypass graft in hamadan-iran. Int J Prev Med. 2010;1(4):247-51. PMID: 21566780

4- Demirbag R, Sade LE, Aydin M, Bozkurt A, Acarturk E. The Turkish registry of heart valve disease. Turk Kardiyol Dern Ars. 2013;41(1):1-10. DOI: 10.5543/tkda.2013.71430 PMID: 23518931

5- Sedrakyan A, Vaccarino V, Paltiel AD, Elefteriades JA, Mattera JA, Roumanis SA, et al. Age does not limit quality of life improvement in cardiac valve surgery. J American College of Cardiology. 2003;42(7):1208-14. DOI: 10.1016/s0735-1097(03)00949-5

6- Yaman Y, Bulut H. Evaluation of discharge training given to patients who have undergone heart valve replacement. Turk J Thoracic Cardiovascular Surg. 2010;18(4):277-83.

7- Abedini F, Zareiyan A, Alhani F, Timori F. The Implementation of Family-Centered Empowerment Model on the Empowerment

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.29252/mcs.6.2.81]

Parameters of Patients With Prosthetic Heart Valves. Military Caring Sciences. 2016;3(3):174-83. DOI: 10.18869/acadpub.mcs.3.3.174

8- Rezai Asl H, Seyyed Mazhari M, Pishgooi S, Alhani F. The Effectiveness of "Family-Centered Empowerment Model" on the Treatment Adherence of Patients with Type II Diabetes and Heart Disorder Admitted to AJA Hospitals, During Year 2015. Military Caring Sciences. 2017;4(1):58-69. DOI: 10.29252/mcs.4.1.58

9- Poshtchaman Z, Jadid Milan M, Atashzadeh SF, Akbarzadeh Bagheban A. The effect of two ways of using the phone and SMS follow-up care on treatment adherence in Coronary Artery Bypass Graft patients. 2014.

10- Heshmati R. Structural Relationships among Functional Status, Health Beliefs and BMI in Patients with CAD: The Mediator Role of Cardiac Self-Efficacy. J Health and Care. 2016;18(3):191-206.

11- Kooshyar H, Shoorvazi M, Dalir Z, Hosseini M. Health literacy and its relationship with medical adherence and health-related quality of life in diabetic community-residing elderly. J Mazandaran Univ of Med Sci. 2014;23(1):134-43.

12- Zakerimoghadam M, Ebrahimi S, Haghani H. The effect of self-management program after discharging on therapeutic adherence in patient with ischemic heart disease. Iranian J Nursing Res. 2016;11(1):17-24.

13- Mousavizadeh S, Ashktorab T, Ahmadi F, Zandi M. Evaluation of barriers to adherence to therapy in patients with diabetes. Quarterly J Diabetes Nursing. 2016;4:94-108.

14- Hergenan E. Theories of learning. Tehran: Publications of Doran; 2010.

15- kadivar P. Psychology of education. Tehran: Publication of Samt; 2008.

16- Javidi kalate J, Abadi T, Maedani S, Razavi B. The Cognitive Theory of Bandura's Social Learning and its Educational Arguments. The First National Conference on Cognitive Science Findings in Education; Mashhad Ferdowsi University2012.

17- Behnam Vashani H, Hekmati Pour N, Vaghee S, Asghari Nekah S. Effect of Storytelling on Self-Efficacy in Children with Thalassemia: Application of Bandura s Social Cognitive Theory. J Health and Care. 2015;17(3):230-9.

18- Amini Moridani M, Tol A, Sadeghi R, Mohebbi B, Azam K. Assessing the effect of family-based intervention education program on perceived social support among older adults with type 2 diabetes: Application of social cognitive theory. J Nursing Education. 2015;4(3):30-40.

19- Baljani E, Rahimi J, Amanpour E, Salimi S, Parkhashjoo M. Effects of a Nursing Intervention on Improving Self-Efficacy and Reducing Cardiovascular Risk Factors in Patients with Cardiovascular Diseases. Hayat. 2011;17(1).

20- Modanloo M. Development and psychometric tools adherence of treatment in patients with chronic. Iran: Iran university. 2013.

21- Ahn S, Song R, Choi SW. Effects of Self-care Health Behaviors on Quality of Life Mediated by Cardiovascular Risk Factors Among Individuals with Coronary Artery Disease: A Structural Equation Modeling Approach. Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci). 2016;10(2):158-63. DOI: 10.1016/j.anr.2016.03.004 PMID: 27349674

22- Abolhasani S, Doosti Irani M, Haghani F. Application of learning theories in clinical education. Iranian J of Med Education. 2012;11(9):1290-8.

23- Association WM. World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. Bulletin of the World Health Organization. 2001;79(4):373.

24- Sedri N, Asadi Noughabi A, Zolfaghari M, Haghani H, Tavan A. Comparison of the effect of two types of short message service (interactive and non-interactive) on anticoagulant adherence of patients with prosthetic heart valves. Journal of Nursing Education. 2014;2(4):1-11.

25- Golshahi J, Ahmadzadeh H, Sadeghi M, Mohammadifard N, Pourmoghaddas A. Effect of self-care education on lifestyle modification, medication adherence and blood pressure in hypertensive adults: Randomized controlled clinical trial. Adv Biomed Res. 2015;4:204. DOI: 10.4103/2277-9175.166140 PMID: 26601092

26- Polsook R, Aungsuroch Y, Thongvichean T. The effect of self-efficacy enhancement program on medication adherence among post-acute myocardial infarction. Appl Nurs Res. 2016;32:67-72. DOI: 10.1016/j.apnr.2016.05.002 PMID: 27969054

27- Schultz D, Schultz S. Personality Theories. Tehran2010.

28- Schultz DP, Schultz SE. Personality Theories. Yahya SM, editor. Tehran2010.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.29252/mcs.6.2.81]