مجله پرستاری مراقبت ویژه
دوره ۲، شماره ۳، پاییز ۱۳۸۸
صفحات: ۹۱ تا ۹۷

عوامل عدم تمکین بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب دچار بستری مکرر در بخش‌های ویژه قلب

داود حکمت‌پو[۱] PhD، عیسی محمدی[*] PhD، فضلا... احمدی[۲] PhD، سیدحسن عارفی[۳] MD

[*]گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

[۱]گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

[۲]گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

[۳]گروه بیماری‌های قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

چکیده

اهداف: یکی از مهم‌ترین چالش‌ها در کنترل بیماری‌های قلبی، عدم تمکین این بیماران و بستری شدن مکرر آنها در بخش‌های مراقبت ویژه قلب است. مطالعه حاضر با هدف تبیین مفهوم تمکین و عوامل موثر بر عدم تمکین در بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب دچار بستری مکرر انجام شد.

روش‌ها: با رویکردی کیفی، ۴۲ بیمار مبتلا به نارسایی احتقانی قلب دچار بستری مجدد طی ۶ ماه (آبان‌ماه ۱۳۸۶ لغایت فروردین‌ماه ۱۳۸۷) مورد مصاحبه قرار گرفتند و داده‌ها به‌روش آنالیز محتوی تجزیه و تحلیل شد. جمع‌آوری داده‌ها با مصاحبه باز و یادداشت در عرصه در دو بیمارستان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد.

یافته‌ها: انجام هر اقدام غیرعلمی برای ایجاد "حس خوب بودن"، به معنی تمکین مبتلایان به نارسایی احتقانی قلبی بود؛ به‌نحوی که بیماران از آن به‌عنوان متغیر راهبردی حل مشکل اصلی خود یعنی "چگونگی تامین راحتی در زندگی روزمره" استفاده کردند. کدهای اولیه، ۳ درون‌مایه "عوامل ممانعت‌کننده مربوط به بیمار و خانواده"، "عوامل ممانعت‌کننده مربوط به درمان و تیم درمان" و "عوامل ممانعت‌کننده اقتصادی و اجتماعی" را تبیین کردند که دلایل عدم تمکین در این بیماران بودند.

نتیجه‌گیری: با مطالعه کیفی، معنای تمکین و عوامل زمینه‌ساز عدم تمکین به شکل کامل‌تری نمایان می‌شود. قبل از ترخیص، باید ابتدا معنای تمکین و عوامل موثر بر عدم تمکین بیماران مورد توجه قرار گیرد تا از بستری شدن مجدد آنها پیشگیری به‌عمل آید.

کلیدواژه‌ها: نارسایی احتقانی قلب، عدم تمکین، مطالعه کیفی

Non-compliance factors of congestive heart failure patients readmitted in cardiac care units

Hekmatpou D.[1] *PhD*, Mohammadi E.[*] *PhD*, Ahmadi F.[2] *PhD*, Arefi S. H.[3] *MD*

[*]Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran

[1]Department of Nursing, Faculty of Nursing & Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

[2]Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran

[3]Department of Cardiovascular Diseases, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Aims: Non-compliance of cardiac patients is one of the most challenges in controlling the cardiac diseases and readmission in cardiac care units. This study was accomplished to explore the compliance concept and effective factors on occurring non-compliance in readmitted patients with congestive heart failure (CHF).

Methods: Using qualitative research, 42 CHF patients with readmission during 6 months (November 2007 until April 2008) were interviewed in two educational hospitals of Tehran University of Medical Sciences. The data were analyzed based on content analysis method.

Results: Doing any unscientific action for establishing "well feeling" is the meaning of compliance in patients; whereby the patients applied it as a strategic variable for resolving their main concern "running about providing comfort in daily living". Primary codes revealed three themes of "preventive factors related to the patient and his/her family", "preventive factors related to medicament and medical team" and "preventive factors related to socioeconomic problems as effective factors on occurring incompliance" which were the main causes of non-compliance in CHF patients.

Conclusion: By applying qualitative research, the compliance meaning and the non-compliance predisposing factors extracts more completely. Exploring the meaning of compliance and effective factors on non-compliance in patients should be considered before discharging to prevent hospital readmissions.

Keywords: Congestive Heart Failure, Non-Compliance, Qualitative Study

نویسنده مسئول: عیسی محمدی. تمام درخواست‌ها باید به نشانی emohamadus@yahoo.com فرستاده شوند.

دریافت مقاله: ۸۸/۹/۸ پذیرش مقاله: ۸۸/۱۱/۱

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-13]

مقدمه

تمکین، بخشی از رفتار فرد است که با دستورات و پیشنهادات مراقبتی هم‌جهت باشد [۱]. تمکین در زمینه مراقبت سلامت، معمولا با توانایی فرد در حفظ رفتارهای توام با طرح مراقبتی مرتبط است و مصرف کامل داروها، حضور به‌موقع در برنامه‌های از قبل تنظیم‌شده، پیگیری بیماری و پیروی از تغییرات لازم رفتارهای سلامتی را شامل می‌شود؛ در غیر این صورت، عدم تمکین وجود خواهد داشت. در واقع، عدم تمکین تصمیمی ارادی و آگاهانه است تا بیمار از دستورات حرفه‌ای درمانگر پیروی نکند یا سرپیچی نماید [۲]. *لی‌هان* و *مک‌کارتی* معتقدند که علی‌رغم تحقیقات فراوان در ۵ دهه گذشته درباره تمکین، پیشرفت کمی در حل این مشکل سلامتی حاصل شده است. آنها خاطرنشان می‌کنند که ۳۰ تا ۵۰٪ داروها طبق تجویز مصرف نمی‌شوند و این باعث عدم تاثیرگذاری داروها توام با برآیندهای نامطلوب و افزایش هزینه‌های مراقبت سلامتی بوده است [۱]. *اولفوارسون* و همکاران اظهار می‌کنند که عدم تمکین دارویی، سبب عدم اثربخشی درمان همراه با افزایش خطر عود بیماری، درد و رنج ناخواسته و افزایش هزینه‌ها می‌شود. آنها با بررسی ۲۰۰ بیمار در بخش داخلی با میانگین تعداد داروی مصرفی ۷ عدد در روز اعلام کردند که تنها ۳۰٪ بیماران تمکین دارویی دارند [۳]. نارسایی احتقانی قلب (CHF)، بیماری پیش‌رونده قلبی است که با اختلال در عملکرد قلب، احتباس آب و نمک و اختلال در گردش خون محیطی، بیش از یک میلیون فرد بالغ سالمند را در ایالات متحده مبتلا کرده است [۴]. رژیم دارویی نارسایی احتقانی قلب پیچیده و متنوع است و بیماران باید روزانه تعداد زیادی دارو بخورند که این مساله پیچیدگی درمان و رژیم دارویی آنها را بیشتر می‌کند [۵]. *مک‌موری* در این‌باره اذعان می‌دارد که علی‌رغم بهبود اخیر در درمان‌های دارویی، هنوز شیوع CHF رو به افزایش است [۶]. بیماری‌های قلبی- عروقی، اولین عامل منجر به مرگ در ایران محسوب می‌شوند. از طرف دیگر، تخمین زده می‌شود که تعداد بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب درحدود ۳۵۰۰ نفر به‌ازای هر صدهزار نفر باشد. این بیماری تنها بیماری قلبی است که از لحاظ بروز و شیوع رو به افزایش است [۷]. در ایران، بیماری‌های قلبی- عروقی، به‌خصوص بیماری نارسایی احتقانی قلب شایع و براساس یافته‌های موجود، میزان عدم تمکین در بیماران مبتلا به آن بالاست. *پارسایکتا* و همکاران با بررسی ۱۵۰ بیمار مبتلا به بیماری کرونری قلب، دریافتند که تنها ۲۸٪ از این بیماران رژیم دارویی را به‌خوبی رعایت می‌کنند [۸]. *عباسی* و همکاران، در بررسی ۳۸۰ بیمار مبتلا به پرفشاری خون اظهار نمودند که تمکین و پیروی از رژیم غذایی کم‌نمک و کم‌چرب در۴۰٪ بیماران در حد ضعیف است [۹]. به‌دلیل مصرف دیورتیک‌ها، بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب باید دچار کاهش سدیم و پتاسیم در سرم باشند، ولی این میزان در مبتلایان اغلب بالاست که نشان‌دهنده عدم تمکین رژیم غذایی کم‌نمک و عدم مصرف دیورتیک‌ها طبق دستور پزشک است [۱۰]. مصرف توتون و تنباکو، نوشابه‌های الکلی، چای و میزان استرس در منزل و محیط کار در مبتلایان به سکته قلبی حاد به‌طور معنی‌داری نسبت به گروه شاهد ($p<0/05$) بیشتر است که نشان‌دهنده عدم تمکین در اصلاح شیوه زندگی است [۱۱]. انواع عدم تمکین (دارویی، غذایی و شیوه زندگی) و میزان شیوع آن در بیماران قلبی مورد توجه و مطالعه قرار گرفته است، اما معنی و عوامل موثر بر عدم تمکین در نزد افراد درگیر، به‌طور همزمان از دیدگاه تجارب زنده افراد (اعم از بیماران، خانواده، پزشکان و پرستاران) به‌ندرت مدنظر پژوهشگران خارجی و داخلی بوده است. مقاله حاضر با هدف تبیین معنای تمکین و عوامل موثر بر عدم تمکین در بین بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب که به‌طور مکرر به‌دلیل تنگی نفس شدید و ادم اندام تحتانی در بخش‌های بحرانی از جمله بخش‌های ویژه قلبی بستری مجدد می‌شوند، انجام شد.

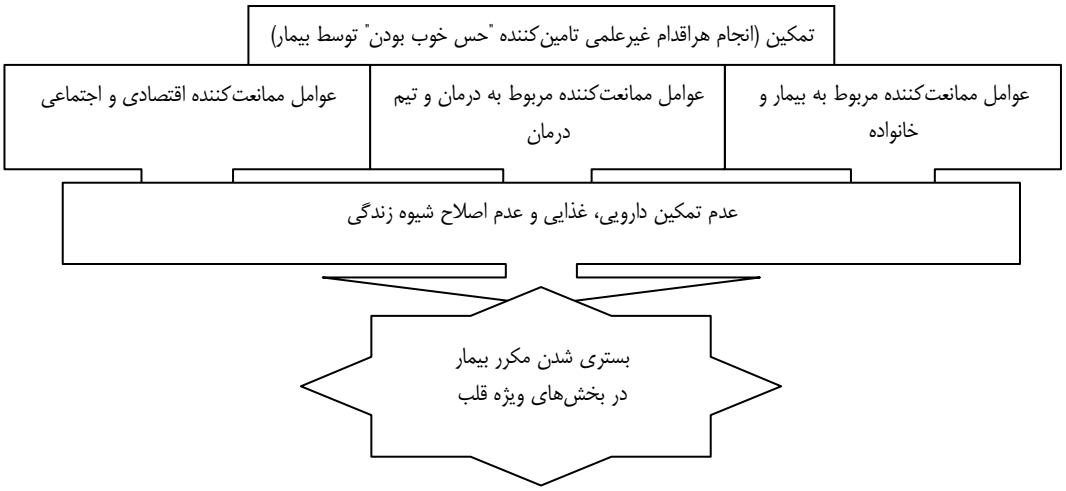
روش‌ها

در این مطالعه نظری، مفهوم تمکین و عوامل موثر بر عدم تمکین در بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب و ماهیت تعاملی و اجتماعی مفهوم تمکین، با روش تحقیق کیفی با رویکرد آنالیز محتوی با تایید کمیته اخلاق و تحقیقات دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس بررسی شد [۱۲، ۱۳]. تمامی مصاحبه‌ها بعد از کسب رضایت‌نامه مکتوب ضبط شد و نمونه‌گیری به‌روش هدفمند به عمل آمد. ۱۷ بیمار، ۷ نفر از اعضای خانواده، ۱۰ پرستار و ۸ متخصص قلب و عروق طی ۶ ماه (آبان‌ماه ۱۳۸۶ لغایت فروردین‌ماه ۱۳۸۷) برای جمع‌آوری یا تولید داده‌های غنی و مرتبط مورد مصاحبه قرار گرفتند. پژوهش در ۲ بیمارستان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد. انتخاب ۲ محل برای پژوهش می‌تواند سبب افزایش کیفیت، عمق و غنی‌سازی یافته‌های پژوهش شود.

بعد از توضیح درباره هدف پژوهش به مشارکت‌کنندگان، مصاحبه به روش گفت‌وگوی دوطرفه انجام شد. مدت مصاحبه با خانواده، پرستار و پزشک حدود ۶۰ دقیقه و با بیماران در حدود ۳۰ دقیقه بود. عملکرد پرستاران و پزشکان طی نوبت کاری صبح مشاهده شد. تمامی مشاهدات، در محل یادداشت‌برداری شدند تا مورد استفاده قرار گیرند. اشباع داده‌ها از مصاحبه با مشارکت‌کننده چهلم به بعد ایجاد شد، ولی جمع‌آوری و بررسی داده‌ها تا اشباع داده‌ها به‌طوری که اطلاعات جدیدی از مصاحبه‌ها و داده‌های موجود به‌دست نیامد [۱۴] ادامه یافت. بررسی داده‌ها، همزمان با جمع‌آوری داده‌ها و به‌صورت مستمر انجام شد، به‌طوری‌که هر مصاحبه کلمه‌به‌کلمه تایپ، مرور و کدگذاری و سپس مصاحبه بعدی انجام شد. در کدگذاری، واحدهای معنایی از بیان و گفته‌های مشارکت‌کننده‌ها که منبعث و نشان‌دهنده تجربیات آنها بود، استخراج گردید. سپس کدهایی که براساس تشابه و تناسب بیان‌کننده موضوع واحدی بودند، در یک دسته یا طبقه قرار گرفتند و طبقات و زیرطبقات با هم مقایسه شدند. از تحلیل و تفسیر این داده‌ها، درون‌مایه‌ها یا مقوله‌های انتزاعی‌تر استخراج گردید [۱۳]. از "یادآورها"

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-13]

به‌منظور تکمیل طبقات و فرآیند تجزیه و تحلیل مداوم داده‌ها و از از روش "جمع‌آوری چندمنبعی داده‌ها" به‌منظور دستیابی به صحت داده‌ها استفاده شد. همچنین، به‌منظور افزایش اعتبار کدها، تمامی متن مصاحبه‌ها و لیست طبقات توسط سایر همکاران پژوهشگر مورد بازبینی قرار گرفت و به‌واسطه فرآیند کنترل توسط سایر اعضا، کدگذاری اولیه هر مصاحبه در مرحله اولیه آنالیز به مصاحبه‌شونده برگردانده شد تا صحت و سقم آنها را تایید کند و در صورت تایید، کدها معتبر شناخته شد و کدهایی که از نظر شرکت‌کنندگان بیانگر دیدگاه آنها نبود، اصلاح شد. نمونه‌گیری با حداکثر واریانس (انتخاب نمونه از دو بیمارستان تخصصی با مشارکت‌کنندگان مختلف از لحاظ سن، جنس، سطوح تجربه، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی و غیره) در دل نمونه‌گیری نظری سبب شد که اعتبار داده‌ها بیشتر شود. از طرف دیگر، اعتبار یافته‌ها با قراردادن بخش‌های مختلف طبقات در اختیار بعضی از اعضای هیات علمی و مقایسه نظرات و تفاسیر آنها که توافق زیادی را نشان داد، مورد تایید قرار گرفت.



شکل ۱) مفهوم تمکین، عوامل موثر بر عدم تمکین و برآیندهای آن در بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب

نتایج

۵۱۲ کد اولیه از مجموع ۴۲ مصاحبه براساس بررسی محتوای داده‌های به‌دست‌آمده طی مصاحبه و یادداشت‌های در عرصه به دست آمد و با در نظر گرفتن همپوشانی کدها و ادغام آنها، ۴۵ کد حاصل شد. در روند بررسی، این کدها ۳ درون‌مایه را شکل دادند که شامل "عوامل ممانعت‌کننده مربوط به بیمار و خانواده"، "عوامل ممانعت‌کننده مربوط به درمان و تیم درمان" و "عوامل ممانعت‌کننده اقتصادی و اجتماعی" به‌عنوان دلایل عدم تمکین در این بیماران بودند (شکل ۱). همچنین، مفهوم تمکین در نزد این بیماران، انجام هر اقدام غیرعلمی است که به فرد برای تجربه "حس خوب بودن" در زندگی روزمره کمک کند. بیماران، تمکین را در تکاپو و مبادرت به هر اقدام غیرعلمی و رفتاری که حس خوب بودن، خوشی و سرحالی را در زندگی روزمره برایشان ایجاد کند، جستجو و معنی کردند. نگرانی و دغدغه اصلی بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب، "چگونگی تامین راحتی در زندگی روزمره‌شان" بود و اینکه به هر نحو، مشکلات و عوارض حاد بیماری را که موجب از دست دادن این احساس خوشایند در آنها می‌شود، برطرف و کنترل کنند. در این راستا، همه تلاش‌ها و رفتارهای آنها اعم از رجوع به پزشک و احیانا بستری‌شدن و سرپیچی از دستورات، روی‌آوردن به پزشکان دیگر، خوددرمانی و استفاده از روش‌های محلی و سنتی را می‌توان در رابطه با تکاپو یا جستجوی "حس خوب یا بهتربودن" تبیین و توجیه نمود (بیمار ۱۱: داروهایم را قطع کردم. به قطع‌کردن آنها اهمیت ندادم. یک بار داروهایم را مجددا تهیه کردم، ولی مصرف آنها را ۲ تا ۳ ماه بعد دوباره رها کردم و به‌جای‌شان تریاک خوردم ... این‌جوری حالم بهتر بود و سرحال می‌شدم).

الف) عوامل ممانعت‌کننده مربوط به بیمار و خانواده: کدهای مربوط به این درون‌مایه، بیشتر مربوط به رفتار بیمار و گاهی خانواده و نزدیکان ایشان و شامل بی‌تفاوتی نسبت به موضوع عدم تمکین، عدم آگاهی، خوددرمانی، شیوه زندگی نامناسب، مشکلات روحی و روانی بودند که تمامی مشارکت‌کنندگان در پژوهش به وجود آنها اذعان کردند. بی‌تفاوتی نسبت به موضوع عدم تمکین، توسط تمامی مشارکت‌کنندگان در پژوهش مورد اذعان بود، به‌گونه‌ای که تمامی آنها به وجود این بی‌تفاوتی تاکید و آن را عامل مهم در بستری شدن مجدد قلمداد کردند (بیمار ۵: خوشم نمی‌آید که در قید باشم. مهم نبود که بستری بشوم ... هیچ چیزی پرهیز نمی‌کردم. برام مهم نبود رعایت کنم ... دوست نداشتم همه داروها را بخورم. وقتی پایم ورم می‌کرد، برای رفع آن به بیمارستان مراجعه می‌کردم؛ خودم می‌دانستم که

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-13]

رعایت نکرده‌ام؛ پزشک ۴: فلان بیمار چندین بار در بخش بستری شده ... چون اغلب بیماران مقید به رعایت و تمکین از دستورات درمانی نیستند، اهمیتی به موضوع نمی‌دهند ... بی‌تفاوتی به تمکین برای آنها عادی شده است).

عدم تمکین دارویی به‌دلیل خسته شدن از مصرف دارو، لجبازی‌کردن در خوردن کامل قرص‌ها، مصرف سلیقه‌ای داروها، فراموش کردن (عمدی یا غیرعمد) مصرف دارو و غیره از جمله کدهای بسیار مهمی بودند که توسط تمامی مشارکت‌کنندگان در پژوهش مورد تاکید و اذعان قرار گرفتند (بیمار ۱۳: قرص‌هایم را درست نمی‌خوردم، بعضی قرص‌ها را یواشکی نمی‌خوردم و به دخترم می‌گفتم که خورده‌ام؛ از قرص خوردن خسته شده‌ام ... من چند سال است که قرص می‌خورم، دیگر خسته شده‌ام، قرص از گلویم پایین نمی‌رود، به همین دلیل خیلی راحت از خوردن قرص طفره می‌روم).

خوددرمانی به‌دلیل ذهنیت غلط در مورد داروها و درمان بیماری، انتظارات دور از ذهن و رفتارهای نادرست سلامتی، به‌عنوان مهم‌ترین دلایل عدم تمکین در این پژوهش مورد تاکید قرار گرفتند، به‌نحوی‌که بیماران با انجام آن تامین "احساس خوب بودن" را برای خود دنبال می‌کردند و در واقع می‌خواستند به هر نحو ممکن خود را به ساحل "خوب بودن" برسانند و راحتی را در زندگی روزمره‌شان تامین نمایند (پزشک ۶: بیمار دارو نمی‌خورد، فکر می‌کند یا ذهنیت پیدا می‌کند که مثلا اگر یبوست پیدا کرده یا بی‌اشتها شده به‌علت این دارو بوده، درصورتی‌که این‌طور نیست. بیمار ذهنیت پیدا می‌کند که این داروهاست که حال او را خراب کرده است؛ همه را قطع می‌کند و ممکن است برود سنبل‌الطیب بخورد).

مشکلات روحی و روانی به‌صورت افسردگی، ناامیدی از درمان قاطع بیماری و احساس ضعف ناشی از بیماری سبب بروز عدم تمکین و همچنین عدم همکاری بیمار با تیم درمان شده است. از طرفی، خانواده نیز تحت فشار مضاعف قرار دارد و به‌علت مشکلات فراوان ممکن است دچار افسردگی شوند و با بیمار همکاری نکنند (بیمار ۱۰: امید به آینده ندارم. امیدوار نیستم ... به من گفتند که نمی‌شود برای شما کاری کرد. از درمان طولانی خسته شده‌ام، چقدر قرص بخورم ... تمایل به ادامه درمان ندارم، نمی‌خواهم بیشتر از این هزینه کنم؛ پزشک ۴: خانواده بیمار بسیار خسته و دچار بار اضافی در زندگی می‌شوند و برای خانواده بیمار، بدبختی و مصیبتی است که تا زمان ترخیص ادامه می‌یابد؛ گاهی اعضای خانواده نیز دچار افسردگی می‌شوند).

ب) عوامل ممانعت‌کننده مربوط به درمان بیماری و تیم درمان: تجویز داروهای مختلف، تجویز مقادیر زیاد دارو بدون توجه به شرایط بیمار و اصلاح رژیم غذایی و شیوه زندگی، کدهای مربوط به درون‌مایه درمان این بیماری بودند که اغلب مشارکت‌کنندگان به آنها اذعان داشتند. اغلب بیماران از زیاد بودن قرص‌ها شکایت داشتند و فکر می‌کردند اگر آنها تمام شود خوب خواهند شد، ولی این‌طور نبود و به‌همین دلیل از تداوم درمان طفره می‌رفتند و تمکین نمی‌کردند؛ همچنین، اصلاح رژیم غذایی و تعدیل شیوه زندگی که لازمه درمان CHF است نیز برای آنها خوشایند نبود و این باعث سرپیچی‌کردن آنها از دستورات درمانی می‌شد (پزشک ۷: داروهای بیمار دارای دوزهای مختلف هستند، بنابراین دوزهای بالا و تعداد زیاد قرص‌ها سبب بروز عدم تمکین در آنها می‌شود ...؛ پزشک ۵: بیمار فکر می‌کند که پس از مصرف مثلا ۲۰۰ قرص دیگر خوب شده و درمان را ادامه نمی‌دهد ... فکر می‌کنند که درمان‌شان کامل و دوره آن تمام شده است).

نتیجه‌نگرفتن بیمار از درمان و مراجعه به پزشکان مختلف، ویزیت‌های مکرر توسط پزشکان مختلف و بروز تداخلات دارویی، توسط تمامی مشارکت‌کنندگان در این مطالعه اذعان شد و آن را در عدم تمکین بیماران بسیار مهم دانستند (پزشک ۴: تعدد مراجعه به پزشکان مختلف متأسفانه در ایران وجود دارد؛ زیرا بیمار مختار است و می‌تواند هرکجا می‌خواهد مراجعه کند ... البته چون نتیجه نمی‌گیرند و کیسه‌های دارویی متعدد دارند، دارو را قاطی می‌کنند).

ج) عوامل ممانعت‌کننده اقتصادی و اجتماعی: تمامی مشارکت‌کنندگان به‌خصوص بیماران و خانواده آنها به وجود مشکلات شدید اقتصادی و نبود حمایت‌های اجتماعی کافی در جامعه و در نتیجه ناتوانی در تهیه و خرید داروهای قلبی و تجهیزات مورد نیاز، اذعان کردند (پزشک ۷: داروهای بیمار تمام می‌شود و پولی برای خرید مجدد ندارد و دارو قطع می‌شود. در این وضعیت دیگر تمکین دارویی معنایی ندارد (بیماران ۷، ۸، ۱۰ و ۱۱: به‌دلیل مشکل مالی درمان را پیگیری نمی‌کردم، دارو نمی‌خریدم ... غذا هرچه باشد می‌خورم ...؛ همراه ۵: طبقه چهارم هستیم، کپسول اکسیژن هم نداریم ... از همه مهم‌تر وضع مالی ما چندان خوب نیست که تمامی دستورات درمانی را ادامه بدهیم).

بحث

بیماران موردمطالعه در این پژوهش، به‌جای خودمراقبتی اصولی، به‌دلیل ضعف آگاهی و عدم خودکارآمدی و عادی‌شدن مساله عدم تمکین، از تمکین دارویی، غذایی، ورزش و فعالیت تا حد معمول اجتناب کرده و بیشتر اعتقاد به خوددرمانی برای ایجاد "حس خوب بودن" داشتند. آنها اذعان کردند که با خوردن تریاک و غذای مقوی "احساس خوب بودن" به آنها دست می‌دهد. مصرف دارو را خودسرانه کم یا قطع و گاهی زیاد کرده و محدودیت مصرف نمک را رعایت نمی‌کردند. این اقدامات ممکن است مبتنی بر مستندات علمی و دستورات پزشک نباشد و آثار کوتاه‌مدت احساس خوب بودن ایجاد کند، اما در نهایت و در درازمدت می‌تواند سبب بروز پیامدهای منفی و ناخواسته زیادی از جمله بستری مجدد شود. این معنی تمکین با معنی تمکین موجود در متون و بالین متفاوت است. به عقیده *بنت*، تمکین کامل و صحیح از رژیم دارویی و غذایی، بخش اساسی "مدیریت خود" در CHF است که می‌تواند منجر به طولانی‌تر شدن عمر و کاهش بستری مجدد و ارتقای کیفیت زندگی شود [۵].

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-13]

براساس داده‌های حاصل از این پژوهش، عوامل متعدد موثر بر عدم تمکین مانند بی‌تفاوتی نسبت به نتیجه عدم تمکین، عدم آگاهی، خوددرمانی و مشکلات روحی و روانی بیماران و خانواده بیشتر مربوط به خود بیمار هستند که با نتایج سایر پژوهش‌های انجام‌شده در داخل و خارج همخوانی دارد. تحقیقات نشان داده‌اند بیمارانی که با سدهای مختلفی مثل عدم حمایت اجتماعی روبه‌رو هستند، کمتر از برنامه مراقبتی خود تمکین می‌کنند [۱۵]. بی‌تفاوتی نسبت به نتیجه عدم تمکین ناشی از نگرش منفی بیماران نسبت به مصرف دارو و اعتقاد به عدم تاثیر مثبت درمانی آنها بوده و این چالش در مطالعه‌ای توصیفی در ایران نیز ذکر شده است. *پارسایکتا* و همکاران، با بررسی ۱۵۰ بیمار گزارش کردند که میزان نگرش مثبت به مصرف رژیم دارویی در ۴۸/۶۱٪ بیماران ضعیف است و ۶۲/۸۳٪ نگرش منفی به مصرف رژیم دارویی دارند [۸]. کمبود آگاهی و عدم تمکین از رژیم غذایی و دارویی به‌دلیل عادات غذایی، لجبازی، خسته‌شدن از محدودیت‌ها و غیره نیز به‌وفور در داده‌های مطالعه حاضر دیده شد که با نتایج سایر مطالعات مشابه همخوانی دارد. *انی* و همکاران در پژوهش خود روی ۱۴۵ بیمار مبتلا به CHF گزارش کردند که تنها ۲۵٪ بیماران از رژیم غذایی تجویزشده تمکین می‌کنند [۱۶]. همچنین، بی‌احتیاطی در مصرف غذا بدون پرهیز و عدم تمکین دارویی سبب وخامت مبتلایان به CHF می‌شود و این می‌تواند ناشی از آگاهی ناکافی بیماران باشد [۱۷]. بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب مورد بررسی در مورد فواید تمکین رژیم غذایی کم‌سدیم آگاهی دارند، ولی بی‌مزه بودن غذای کم‌نمک، شایع‌ترین عامل عدم تمکین است [۵]. براساس نتایج مطالعه *فراهانی* و همکاران، مصرف نمک و چربی در میان بیماران قلبی به‌دلیل عادات غذایی زیاد است و بیماران معتقدند که مصرف تریاک در درمان بیماری و ایجاد حس خوب‌بودن موثر است و می‌تواند استرس آنها را نیز کنترل نماید [۱۸] که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. در این پژوهش، خوددرمانی به‌دلیل توصیه دوستان و آشنایان و اغلب اعتقاد خود بیمار انجام می‌شد و این ناشی از مهم تلقی نکردن بیماری، عدم حساسیت نسبت به بستری شدن مکرر و بی‌تفاوتی نسبت به عدم تمکین از دستورات درمانی بود. در واقع بیمار با اعتقاد به این‌که این اقدامات منجر به تامین حس خوب‌بودن در وی خواهد شد برای مثال، اقدام به مصرف تریاک می‌کرد. ۸۳/۳٪ بیماران بستری در بخش‌های قلب، خوددرمانی می‌کنند و این ناشی از بی‌تفاوتی نسبت به عدم تمکین است [۱۹]. با وجود افسردگی و عدم حمایت خانواده، بیمار از دستورات درمانی تمکین نمی‌کند؛ در این پژوهش نیز به دلایل پیش‌گفته، بیماران تمکین درمانی نداشتند و گاهی عدم همکاری خود را نیز آشکارا بیان کردند. *وندروال* و همکاران پس از بررسی ۹۵۴ بیمار مبتلا به نارسایی احتقانی قلب می‌نویسند که این بیماران مبتلا به علایم افسردگی هستند و بیماران با علایم افسردگی و با سطح آگاهی کم با موانع بیشتری برای تمکین توصیه‌های درمانی در نارسایی قلب روبه‌رو می‌شوند [۲۰].

بررسی محتوی نشان داد که تجویز داروهای مختلف و مقادیر زیاد دارو بدون توجه به شرایط بیمار، از عوامل غیرقابل انکار عدم تمکین بیماران بودند که با نتایج مطالعات مشابه همسو است. *مک‌موری* معتقد است که دلایل عدم موفقیت درمان‌های نارسایی قلب، شامل تجویز کمتر از حد مورد نیاز دارو یا برعکس، تجویز زیاد دارو، ترس از عوارض درمان، تمکین ضعیف دارویی و عوارض دارویی است [۶]. *شیرافکن* و همکاران با بررسی ۱۴۵ بیمار اذعان می‌کنند که درمان نامناسب دارویی بدون توجه به شرایط بیمار، با ۷۵/۸٪، شایع‌ترین علت تشدیدکننده نارسایی احتقانی قلب است [۲۱]. به اذعان بیماران مطالعه حاضر، تجویز زیاد دارو و انواع مختلف قرص‌ها بدون توجه به شرایط بیمار (سن، تمایل به مصرف، توانایی در خوردن قرص، اختلالات حسی مثل ضعف بینایی و حواس‌پرتی و محدودیت‌های رژیم غذایی در نارسایی احتقانی قلب و غیره) سبب عدم تمکین بود که در نتایج مطالعه *فراهانی* و همکاران نیز گزارش شده است [۱۸]. از طرفی، مشارکت‌کنندگان در این پژوهش، نتیجه نگرفتن از ویزیت پزشک معالج اولیه و مراجعه مکرر به پزشکان متعدد با سطوح تجربه علمی مختلف و بیشترشدن احتمال تداخل دارویی، عدم آموزش به بیمار توسط تیم درمان و آماده‌نکردن بیمار برای مراقبت از خود پس از ترخیص را مورد تاکید قرار دادند. تمامی این عوامل تا حد زیادی سبب سردرگمی بیمار و خانواده و عامل عدم تمکین گزارش شدند که مورد تایید یافته‌های سایر مطالعات است. *کورتیس* و همکاران دریافتند که بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب، حداقل شناخت از نارسایی قلب و مراقبت از خود را دارند و حتی بسیاری از آنها علایم بیماری خود را به سن بالا ربط می‌دهند و معتقدند که نمی‌توان اقدامی برای این علایم انجام داد [۲۲]. *شیدفر* و همکاران با مطالعه مداخله‌ای روی ۱۸۰ بیمار قلبی دریافتند که تمایل به خوددرمانی (قطع داروها) به‌دلیل ترس از عوارض ناخوشایند جانبی داروها و کمبود آگاهی، مشهود است [۲۳]. *خسروی* و همکاران، با بررسی ۲۰۰ بیمار قلبی معتقدند که کمتر از نصف بیماران قلبی دارو مصرف می‌کنند و این در حالی است که ۸۷/۵٪ آنها زیرنظر پزشک قرار دارند؛ از طرفی، تنها ۲۵٪ این بیماران دارو را به‌طور منظم مصرف می‌کنند [۲۴]. در مطالعات مذکور به انجام وظیفه ناقص تیم درمان در ایجاد آمادگی در بیمار برای تمکین از دستورات درمانی و تداوم مراقبت از خود به وضوح اذعان شده که این نتایج در مطالعه حاضر نیز تایید شده است.

بررسی محتوی نشان داد که تمامی مشارکت‌کنندگان به‌خصوص بیماران و خانواده آنها به وجود مشکلات شدید اقتصادی و نبود حمایت‌های اجتماعی کافی و در نتیجه ناتوانی در تهیه و خرید داروهای قلبی، خرید ناقص داروهای نسخه‌شده، نبودن امکانات مراقبتی در خارج از بیمارستان و پایین بودن کیفیت زندگی اغلب این بیماران اذعان کردند که همگی سبب بروز عدم تمکین از دستورات درمانی در بیماران موردمطالعه و بستری‌شدن مکرر آنها شده بود؛ این یافته‌ها در سایر مطالعات نیز مورد تاکید هستند. *دباغ* و همکاران با

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-13]

بررسی مخارج بستری ۳۸۴ بیمار قلبی در سال ۱۳۸۳، هزینه بستری این بیماران را برابر با ۴۰۰ میلیارد ریال تخمین می‌زند که فشار اقتصادی زیادی را به خانواده و جامعه تحمیل می‌کند [۲۵]. در مطالعه توصیفی- تحلیلی که توسط *شوارز* و *المن* روی ۱۵۶ بیمار و مراقبین آنها در روز هفتم تا دهم پس از ترخیص از بیمارستان با مصاحبه انجام شد، بسیاری از بیماران و خانواده‌ها به‌دلیل نیاز به کمک، دچار تنش بودند. از طرفی بالا بودن سن بیماران و وجود اختلال شناختی و عملکردی در آنها باعث می‌شود که بار مراقبین در خانواده افزایش یابد [۲۶]. *رهنورد* و همکاران با بررسی کیفیت زندگی ۱۸۴ بیمار مبتلا به نارسایی احتقانی قلب گزارش می‌کنند که بیشترین درصد واحدهای موردمطالعه در ابعاد جسمی (۴۴/۶٪)، روانی (۴۷/۳٪) و اقتصادی- اجتماعی (۴۹/۵٪) کیفیت زندگی نامطلوب داشتند [۲۷]. *شجاعی* و همکاران با بررسی ۲۵۰ بیمار مبتلا به نارسایی احتقانی قلب به این نتیجه رسیدند که تنها ۲۳/۶٪ آنها از کیفیت زندگی مطلوب برخوردارند [۲۸]. این نتایج نشان می‌دهند که اغلب بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب و خانواده آنها از لحاظ اقتصادی- اجتماعی برای هزینه‌کردن و تداوم درمان بیماری در وضعیت مطلوبی قرار ندارند.

از آن‌جایی که در این پژوهش تجارب افراد بستری و شاغل در بیمارستان‌های خصوصی یا خیریه مورد بررسی قرار نگرفته و ممکن است با توجه به شرایط و فرهنگ خاص این بیماران و تیم درمان، نکات یا طبقات دیگری علاوه بر موارد مطرح در این مطالعه بیان شود، این موضوع به‌عنوان محدودیت پژوهش در نظر گرفته می‌شود.

نتیجه‌گیری

با مطالعه کیفی و بررسی عمیق و همزمان تجارب بیماران، خانواده، پرستاران و پزشکان، تفاوت معنای تمکین در نزد بیمار و تیم درمان و عوامل زمینه‌ساز عدم تمکین به شکل کامل‌تری نمایان می‌شوند، به‌نحوی که شناخت و بصیرت نسبت به این عوامل و دانستن مفهوم تمکین در بین مبتلایان، یعنی"خوددرمانی برای احساس خوب بودن" می‌تواند به‌عنوان زیربنای تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی مراقبت و تدابیر درمانی در حل این مشکل بهداشتی، کاهش میزان بستری مجدد در بخش‌های بحرانی از جمله بخش‌های مراقبت ویژه قلب و آماده‌کردن بیمار و خانواده برای مراقبت از خود مدنظر قرار گیرد.

تشکر و قدردانی: پژوهشگران بر خود فرض می‌دانند از کلیه مشارکت‌کنندگان در پژوهش که صمیمانه و به‌گرمی تجارب خود را در اختیار آنها قرار دادند و همچنین مدیریت بیمارستان‌های آموزشی مورد مطالعه و کمیته پژوهشی دانشکده پزشکی دانشگاه تربیت مدرس، قدردانی و سپاس‌گزاری نمایند.

منابع

1- Lehane E, McCarthy G. An examination of the intentional and unintentional aspects of medication non-adherence in patients diagnosed with hypertension. J Clin Nurs. 2007;4(16):698-706.
2- Shay LE. A concept analysis: Adherence and weight loss. Nurs Forum. 2008;43(1):42-52.
3- Ulfvarson J, Bardage C. Adherence to drug treatment in association with how the patient perceives care and information on drug. J Clin Nurs. 2007;2(16):141-8.
4- Roe-Prior P. Variables predictive of poor post discharge outcomes for hospitalized elders in heart failure. West J Nurs Res. 2004;26(5):533-46.
5- Bennett S, Lane KA. Medication and dietary compliance beliefs in heart failure. West J Nurs Res. 2005;27(8):977-93.
6- McMurray J. Why we need new strategies in CHF management? J Renin Angio Aldos Sys. 2000;1(1):12-6.
7- Iranian Ministry of Health, Treatment and Medical Education [homepage on the internet]. Tehran: The Associatio; c2000-2009 [updated 2009 Aug 23; cited 2007 Nov 25]. Available from: http://www.sci.org.ir/portal/faces/public/census85/ensus85.natayej. [Persian]
8- Parsa-Yekta Z, Zakeri Moghadam M, Mehran A, Palizdar M. Study of medication compliance of patients with coronary heart diseases and associated factors. Hayat. 2003;1(19):34-43. [Persian]
9- Abasi M, Salemi S, Seyed Fatemi N, Hosseini F. Hypertensive patients, their compliance level and its' relation to their health beliefs. Quar Iran J Nurs. 2005;18(41-42):61-8. [Persian]
10- Rajabi MR, Ramezani M. The study of electrocardiography, cardiac enzymes, blood sugar and serum electrolytes in hospitalized patients with decompensate heart failure. Daneshvar. 2008;16(79):39-44. [Persian]
11- Mirkhani SH, Mohammad Hassani M, Sanat Kar M, PorYazdi R, Radpor M, Zemni J. Iranian population study of the risk factors of acute myocardial infarction as part of interfered international project. Tehran Univ Med J. 2005;62(9):785-93. [Persian]
12- Morse MJ, Field AP. Qualitative research methods for health professionals. Thousand Oaks: Sage Publications; 1995.
13- Sandelowski M. Whatever happened to qualitative description. Res Nurs Health. 2000;3(19):114-23.
14- Streubert H, Carpenter D. Qualitative research in nursing, advancing the humanistic imperative. 4th ed. Philadelphia: Williams and Wilkins Co; 2007.
15- Atkinson RC, Branum K. Home-based disease management in congestive heart failure. Home Health Care Manag Prac. 2001;13(2):106-13.
16- Lennie TA. Nutrition self care in heart failure: State of the science. J Card Nurs. 2008;23(3):197-204.
17- Shuldham C, Theaker C, Jaarsma T, Cowie MR. Evaluation of the European heart failure self-care scale in a United Kingdom population. J Adv Nurs. 2007;60(1):87-95.
18- Ashghaly Farahani M, Mohammadi E, Ahmadi F, Kazemnegad A. Cultural beliefs and behaviors of clients with coronary artery disease: A necessity in patient education. Quar Shahid Beheshti Univ Med Sci Health Ser. 2007;16(59):38-46. [Persian]
19- Asef Zadeh S, Barkhordari F, Moghadam F. Self-medication among cardiovascular patients of Bu-Ali hospital. J Qazvin Univ Med Sci. 2003;(26):91-4. [Persian]
20- Van Der Wal MH. Unraveling the mechanisms for heart

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-13]

failure patients, beliefs about compliance. Heart lung. 2007;36(4):253-61.
21- Shirafkan A, Salehi A, Rabiei MR, Pakdaman M. Background and predisposing factors of heart failure deterioration. J Gorgan Univ Med Sci. 2003;5(11):60-6. [Persian]
22- Cortis JD, Williams R. Palliative and supportive needs of older adults with heart failure. Int Nurs Rev. 2007;(54):263-70.
23- Shid Far MR, Hosseini M, Shojaei Zadeh D, Asasi N, Majlesi F, Nazemi S. Effectiveness of an educational program on knowledge and attitudes of angina patients in Mashhad, Iran: Results of an intervention. J Birjand Univ Med Sci. 2007;14(30):18-26. [Persian]
24- Khosravi A, Ansari R, Shirani SH, Abdolmahdi B. The causes of failure to control hypertension in population aged over 65. J Qazvin Univ Med Sci. 2006;35:8-14. [Persian]
25- Dabagh A, Sarrafzadegan N, Banifatemi V, Habibi HR, Rafiei M. Costs of therapeutic modalities of cardiovascular patients in Isfahan University hospitals. Hakim J. 2003;6(2):19-25. [Persian]
26- Schwarz KA, Elman CS. Identification of factors predictive of hospital readmissions for patients with heart failure. Heart Lung. 2003;2(32):88-99.
27- Rahnavard R, Zolfaghari M, Kazemnegad A, Hatamipor KH. Investigation on quality of life and its effective factors in patients with heart failure. Hayat. 2006;12(1):77-86. [Persian]
28- Shojai F, Asemi S, Nagaf Yarandi A, Hossaini F. Study of relationship between self care behaviors and quality of life in patients with heart failure. Quart Iran Nurs J. 2005;18(44):49-56. [Persian]

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-13]