مقاله پژوهشی اصیل

تاثیر آموزش چندرسانه‌ای با رویکرد مدل لونتال مبتنی بر پیگیری تلفنی بر درک از بیماری در افراد مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی

*** شیرین مددکار دهکردی[1]، کارشناس ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه**

خلاصه

هدف. پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر آموزش چندرسانه‌ای با رویکرد مدل لونتال مبتنی بر پیگیری بر درک از بیماری در افراد مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی انجام شد.

زمینه. یکی از ابزارهای اساسی در تغییر درک از بیماری وجود برنامه آموزشی با استفاده از روش‌های نوین آموزش است.

روش کار. در این مطالعه نیمه‌تجربی، ۶۰ فرد مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی در سال ۱۴۰۱ در بیمارستان کاشانی شهرکرد به صورت تصادفی به دو گروه آزمون (۳۰ نفر) و کنترل (۳۰ نفر) تقسیم شدند. در گروه آزمون دو جلسه آموزش مجازی از طریق نرم‌افزار چندرسانه‌ای (صدا، فیلم، تصویر و انیمیشن) تحت عنوان کارگاه آموزشی چهار ساعته در تاریخ و ساعت هماهنگ شده با کمک برنامه ادوبی کانکت برگزار گردید. در گروه کنترل مداخله‌ای صورت نگرفت. درک از بیماری بیماران بعد از پایان کارگاه با استفاده از پرسشنامه ادراک بیماری اندازه‌گیری شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تی مستقل و تی زوجی در نرم‌افزار SPSS انجام گردید.

یافته‌ها. میانگین امتیاز درک از بیماری در گروه کنترل، قبل و بعد از مداخله به ترتیب، ۲/۹۶ با انحراف معیار ۰/۴۷ و ۲/۸۸ با انحراف معیار ۰/۳۶ بود که این اختلاف از نظر آماری معنادار. میانگین امتیاز درک از بیماری در گروه آزمون، قبل و بعد از مداخله به ترتیب، ۲/۶۷ با انحراف معیار ۰/۳۴ و ۴/۸۵ با انحراف معیار ۰/۶۵ بود و تفاوت آماری معنادار مشاهده شد ($P\leq ۰/۰۰۰۱$). قبل از مداخله، میانگین امتیاز درک از بیماری بین دو گروه کنترل و آزمون تفاوت آماری معناداری نداشت، اما بعد از اجرای مداخله، تفاوت معنی‌دار آماری در امتیاز درک از بیماری بین گروه آزمون و کنترل مشاهده شد ($P\leq ۰/۰۰۰۱$)، به گونه‌ای که در گروه آزمون، درک از بیماری افزایش یافت.

نتیجه‌گیری. بر اساس نتایج مطالعه حاضر افراد مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی پس از مداخله آموزشی درک بهتری نسبت به بیماری خود پیدا کردند، بنابراین توصیه می‌شود مداخلات آموزشی جهت بهبود درک بیماران مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی انجام گیرد.

کلیدواژه ها. آموزش چندرسانه‌ای، پیگیری تلفنی، درک از بیماری، فیبریلاسیون دهلیزی

۱ مربی، گروه پرستاری، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران (*نویسنده مسئول) پست الکترونیک: shirinmadadkar@gmail.com

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

مقدمه

بیماری عروق کرونر یکی از معمول‌ترین بیماری‌های قلبی‌عروقی است (اویکونومو و همکاران، ۲۰۲۱؛ رینولدز و همکاران، ۲۰۲۱؛ آنتونیادس و همکاران، ۲۰۲۰) که می‌تواند با اختلالاتی از جمله دیس ریتمی همراه باشد. فیبریلاسیون دهلیزی یکی از دیس ریتمی‌های قلبی شایع است (میخنیویچ و همکاران، ۲۰۱۸). بار تحمیل‌شده ناشی از بروز فیبریلاسیون دهلیزی بر جهان ناشناخته است (رحمان و همکاران، ۲۰۱۴). فیبریلاسیون دهلیزی یکی از شایع‌ترین دیس‌ریتمی‌های قلبی پایدار است (لیپ و همکاران، ۲۰۱۴) که به میزان زیاد در محیط‌های بالینی با آن مواجه می‌شویم (فراهانی و همکاران، ۲۰۱۷). طبق نتایج تحقیقات پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۵۰ میلادی، ۱۲/۱ تا ۱۵/۹ میلیون نفر دچار فیبریلاسیون دهلیزی شوند. این دیس‌ریتمی به عنوان یکی از دلایل مهم ناخوشی، عامل خطرزای مستقل برای بروز مرگ و همچنین، عامل مرگ ناگهانی محسوب می‌گردد (لیپ و همکاران، ۲۰۱۴).

فیبریلاسیون دهلیزی به عنوان یک بیماری مزمن شناخته می‌شود (رینولدز و همکاران، ۲۰۲۱). از انجا که بخش عمده‌ای از بار مدیریت بیماری‌های مزمن بر دوش بیماران است (گروس و همکاران، ۱۹۸۳) زمانی بیماران از توصیه‌ها و آموزش‌های داده‌شده جهت مدیریت بیماری خود تبعیت می‌کنند که درک درستی از بیماری خود داشته باشند. درک درست وضعیت سلامتی می‌تواند میزان مرگ، عوارض و پیامدهای ناشی از بیماری را کاهش دهد و کیفیت زندگی را بهبود بخشد (مک اندرو و همکاران، ۲۰۱۰). افراد هنگام مواجهه با بیماری یا عامل تهدیدکننده زندگی تصویری کلی و باوری خاص از بیماری و درمان آن در ذهن خود ایجاد می‌کنند که به آن ادراک بیماری می‌گویند. منظور از درک از بیماری، بازنمایی شناختی سازمان‌یافته بیمار از بیماری خود و باور بیمار از جنبه‌های مختلف وضعیت جدید خود است. درک از بیماری در نحوه رفتار فرد، تطابق وی با بیماری، کنترل بیماری توسط خود فرد و در کل، نتیجه بیماری تاثیرگذار است و از طرفی، درک نادرست از بیماری نقش مهمی در تبعیت نکردن از درمان در بیماران دارد (کارامانیدو و همکاران، ۲۰۰۸). ادراک از بیماری در هدایت روش‌های تطابقی و رفتارهای خاص بیماری از قبیل انسجام بیماری اهمیت دارد. افرادی که مبتلا به یک بیماری یا اختلال در سلامتی خود شده‌اند الگویی شناختی به منظور درک از بیماری خود تشکیل می‌دهند که این الگو تعیین‌کننده کلیدی رفتار هدایت‌شده در اداره بیماری است (مک اندرو و همکاران، ۲۰۱۰).

یکی از مدل‌های مورد توجه برای بررسی ادراک بیماری مدل خودتنظیمی لونتال است که به مدل عقل سلیم نیز معروف است. مدل خودتنظیمی لونتال در سال ۱۹۸۰ توسط لونتال و همکاران ارائه شد. خودتنظیمی مدلی تاثیرگذار بر درک و شناخت بیمار است و موجب ایجاد رفتارهای سازگاری جهت مقابله با بیماری می‌شود (لانچس و همکاران، ۲۰۱۱). به عقیده لونتال هر جزء از ادراک از بیماری می‌تواند بر رفتار بیمار و واکنش به علائم بیماری اثر بگذارد. در واقع، تصمیماتی که بیماران در مرحله ارزیابی علایم بیماری اتخاذ می‌کنند، تحت تاثیر ادراک علایم بیماری (تظاهرات شناختی بیماری) و حالات و ویژگی‌های عاطفی (تظاهرات هیجانی) قرار دارد. مدل خودتنظیمی لونتال درک بیماری را شامل پنج حیطه اصلی (تظاهرات شناختی) می‌داند: ماهیت بیماری (برچسبی که فرد به هنگام بیماری به منظور توصیف بیماری و نشانه‌هایی که به عنوان قسمتی از بیماری مشاهده می‌کند به خود می‌زند)، علت بیماری (اعتقادات و باورها و دلایلی که فرد دلیل ایجاد بیماری می‌داند)، پیامدهای بیماری (باور و ادراک فرد درباره اثرات احتمالی بیماری بر کیفیت زندگی)، سیر بیماری (باورهای فرد در مورد مدت بیماری)، و کنترل و درمان (باورهای فرد درباره قابل کنترل بودن و بهبودی بیماری توسط خودش و مراجع درمانی). تحقیقات تکمیلی، دو حیطه انسجام بیماری (میزان درک کلی فرد از بیماری خود) و تظاهرات عاطفی (بررسی پاسخ‌های عاطفی حاصل از بیماری) را نیز به مدل افزوده اند (برادبنت و همکاران، ۲۰۰۹).

روش‌های مختلفی برای تغییر در درک بیماران از وضعیت سلامت وجود دارد. برنامه آموزش به بیمار به عنوان یکی از این روش‌ها است. روش‌های سنتی نمی‌توانند پاسخگوی مناسبی برای نیازهای آموزشی جامعه بیماران با بیماری‌های مزمن باشند. بنابراین، نیاز به روش‌های نوین در بحث آموزش مطرح است (علیزاده و همکاران، ۱۳۹۳). یکی از این روش‌های نوین آموزش از طریق نرم‌افزار چندرسانه‌ای از راه دور یا تله‌نرسینگ است که همه جنبه‌های زندگی بشر را تحت تاثیر قرار داده است (عطایی و همکاران، ۱۳۹۱). تله نرسینگ مراقبت از بیمار را از شرایط بالینی به خانه وی منتقل می‌کند (اومدا و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین، پیگیری تلفنی در تله‌نرسینگ یک روش بسیار مفید و ارزان برای ارزیابی نیازهای بیماران، کمک به رفع مشکلات مراقبتی آنها در منزل، و شناخت و پیگیری مشکلات مراقبتی آنها بعد از ترخیص است (بهزاد و همکاران، ۱۳۹۴).

بر اساس مطالعات، آموزش بیمار در مقایسه با دیگر اعمال بالینی، کم‌اهمیت شمرده می‌شود (آقاخانی و همکاران، ۱۳۹۷). تدارک برنامه آموزشی متناسب با نیازهای بیماران عنوان یک چالش بزرگ برای کارکنان مراقبت‌های سلامتی شناخته می‌شود (ونهک و

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

همکاران، ۲۰۱۱). پرستاران می‌توانند با ارائه خدمات سلامت و داشتن برنامه‌های آموزشی منجر به پیگیری درمان، کاهش دفعات و دوره بستری و همچنین، کاهش هزینه‌های درمانی و بیمارستانی شوند (صلواتی و همکاران، ۱۳۹۶). هدف این پژوهش تعیین تاثیر آموزش چندرسانه‌ای با رویکرد مدل لونتال مبتنی بر پیگیری تلفنی بر درک از بیماری در افراد مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی بود.

مواد و روش‌ها

در این کارآزمایی بالینی تصادفی با گروه کنترل، درک از بیماری افراد مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی بستری در بیمارستان آیت‌الله کاشانی شهرکرد در سال ۱۴۰۱ بررسی شد. محقق پس از دریافت مجوز از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد، اخذ کد اخلاق IR.IAU.SHK.REC.1401.010 و اخذ موافقت مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران با کد IRCT20181122041720N3 به محل انجام پژوهش مراجعه کرد و معرفی‌نامه را به مدیریت بیمارستان ارائه داد. پژوهشگر در ایام هفته به بیمارستان آیت‌الله کاشانی شهرکرد مراجعه کرد و با در نظر گرفتن معیارهای ورود، واحدهای پژوهش را از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب نمود. تعداد ۶۰ بیمار به صورت تصادفی و به طور مساوی در گروه‌های آزمون و کنترل قرار گرفتند، پس از توضیح اهداف پژوش و روش کار به بیماران و همراهان آنها، رضایت‌نامه آگاهانه اخذ شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل تشخیص قطعی فیبریلاسیون دهلیزی توسط پزشک متخصص قلب‌وعروق، سن بیشتر از ۲۰ سال، امکان برقراری ارتباط تلفنی، توانایی مکالمه به زبان فارسی، و نداشتن مشکل تکلم، شنوایی، بینایی و داشتن دسترسی به رایانه و توانایی استفاده از آن بودند. انصراف از همکاری، مرگ بیمار طی پژوهش و طولانی شدن مدت اقامت در بیمارستان به علت عوارض بیماری از جمله معیارهای خروج نمونه‌ها از مطالعه بودند.

ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک (سن، جنس، تاهل، تحصیلات و شغل) و پرسشنامه ادراک بیماری IPQ-R بود. این پرسشنامه اولین بار در سال ۱۹۹۶ توسط واینمن و همکاران بر اساس مدل لونتال تهیه شد و به طور گسترده برای ارزیابی درک از بیماری در افراد با بیماری‌های متفاوت به کار گرفته شد. در این پرسشنامه، حداقل نمره ۸ و حداکثر ۸۰ است. این پرسشنامه دارای ۹ قسمت است: ماهیت، سیر زمانی (حاد یا مزمن بودن بیماری)، پیامد بیماری، کنترل‌پذیری بیماری، درمان‌پذیری، پیوستگی (مربوط به ادراک کلی فرد از بیماری است و اینکه بتواند علایم مختلف بیماری را به فیبریلاسیون دهلیزی نسبت دهد)، سیر زمانی یا دوره‌ای بودن بیماری، بازنمایی هیجانی (ابتلا به بیماری چقدر در فرد واکنش‌های هیجانی منفی مانند ترس ایجاد کرده است)، و علت (علل روان‌شناختی، علل درونی و علل محیطی). پاسخ پرسش‌ها براساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از "کاملا موافقم" تا "کاملا مخالفم" علامت زده می‌شود (واینمن، ۱۹۹۶). ضریب آلفای کرونباخ برای قسمت‌های مختلف پرسشنامه از ۰/۷۹ تا ۰/۸۹ متغیر بوده است و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله ۶ هفته برای سئوالات مختلف، ۰/۴۶ تا ۰/۸۸ گزارش شده است. همچنین، ضریب همبستگی بین قسمت‌های مختلف پرسشنامه ۰/۴۶ تا ۰/۸۸ گزارش شده است. روایی تفکیکی پرسشنامه با بررسی ۹ بیماری مزمن محاسبه و مورد تایید قرار گرفته است (ولی‌پور و همکاران، ۱۳۹۲). در مطالعه حاضر، آلفای کرونباخ برای قسمت‌های مختلف پرسشنامه از ۰/۷۹ تا ۰/۸۹ به دست آمد.

پرسشنامه ادراک بیماری IPQ-R توسط پژوهشگر تکمیل شد. گروه آزمون، دو جلسه آموزشی از طریق نرم‌افزار چندرسانه‌ای (صدا، فیلم، تصویر و انیمیشن) تحت عنوان کارگاه آموزشی چهار ساعته در تاریخ و ساعت هماهنگ‌شده در یکی از بسترهای موجود در وب دریافت کرد. جلسات اموزشی با توجه به حیطه‌های شناختی مورد بحث در مدل خودتنظیمی لونتال (هویت، علت، خط زمانی، پیامد، کنترل و درمان) ارائه گردید. آموزش‌ها با تاکید بر افزایش درک از فرآیند بیماری برگزار شد. در کارگاه آموزشی، مداخله آموزشی با جستجوی باورهای بیماران درباره بیماری و تصورات آنان از بیماری فیبریلاسیون دهلیزی آغاز شد و در مورد ماهیت و علایم بیماری توضیح داده شد و سپس، علل تشدید علایم از دیدگاه بیمار به بحث گذاشته شد و بر اصلاح مواردی که بیمار درک نادرستی از آن داشت تمرکز شد. در جلسه دوم پس از مرور مباحث جلسه پیش، باورهای بیمار از پیامدهای بیماری، طول مدت بیماری، نحوه کنترل و درمان، عوارض بیماری و داروهای دریافتی بیمار آموزش داده شد. در پایان هر جلسه نیز جمع بندی از مباحث انجام گرفت.

در گروه آزمون، علاوه بر کارگاه‌های آموزشی، مداخله تلفنی نیز به مدت یک ماه (هفته‌ای یک مرتبه) توسط پژوهشگر صورت گرفت. زمان برقراری تماس پژوهشگر با توافق بیمار تعیین شد. محتوای مکالمات، تشویق و ترغیب کلامی رفتارهای سلامتی مرتبط با مطالب آموزشی کارگاه، پرسش‌وپاسخ و ارزیابی روند تغییرات بود. برای گروه کنترل مداخله‌ای صورت نگرفت و تنها مراقبت‌های معمول پرستاری ارائه شد. ادراک از بیماری پس از پایان زمان مشخص (یک ماه) با استفاده از پرسشنامه ادراک بیماری IPQ-R به صورت تلفنی در هر دو گروه اندازه‌گیری و ثبت شد.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

تحلیل داده ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ انجام شد. ملاحظات اخلاقی در مطالعه حاضر شامل کسب اجازه از مسئولین دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد به منظور انجام پژوهش، ارائه معرفی نامه کتبی به بیمارستان آیت‌الله کاشانی شهرستان شهرکرد و کسب اجازه برای انجام پژوهش، معرفی پژوهشگر به واحدهای پژوهش،کسب رضایت از طریق رضایت‌نامه کتبی جهت شرکت در مطالعه، اطمینان دادن به واحدهای پژوهش در مورد محرمانه بودن اطلاعات، قرار دادن نتایج پژوهش در اختیار دانشگاه و بیمارستان، تایید کمیته اخلاق دانشگاه و ثبت در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران بود.

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه آزمون، ۵۷/۶۴ سال با انحراف معیار ۱۳/۷۹ و در گروه کنترل، ۵۸/۵۳ سال با انحراف معیار ۱۳/۷۹ بود. آزمون تی مستقل بیانگر عدم وجود تفاوت آماری معنی‌دار بین دو گروه بود. بیشتر واحدهای پژوهش در هر دو گروه مرد، متاهل و بازنشسته بودند. طبق آزمون کای اسکوئر تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه آزمون و کنترل از نظر متغیرهای جنس، تاهل و شغل وجود نداشت و دو گروه از نظر این متغیرها همگن بودند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: مقایسه توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک در گروه آزمون و کنترل

گروه	آزمون	کنترل	
متغیر	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	نتیجه آزمون
جنس			
مرد	۱۷ (۵۶/۷)	۱۹ (۶۳/۳)	df=۱, χ^2=۷/۴۶, P=۰/۴۳
زن	۱۳ (۴۳/۳)	۱۱ (۳۶/۷)	
وضعیت تاهل			
مجرد	۴ (۱۳/۳)	۳ (۱۰/۰)	df=۳, χ^2=۷/۷۸, P=۰/۷۰
متاهل	۱۸ (۶۰/۰)	۲۰ (۶۶/۷)	
مطلقه	۱ (۳/۳)	۱ (۳/۳)	
همسر فوت‌شده	۷ (۲۳/۳)	۶ (۲۰/۰)	
شغل			
کارمند	۳ (۱۰/۰)	۵ (۱۶/۷)	df=۳, χ^2=۱۶/۸, P=۰/۵۶
آزاد	۷ (۲۳/۳)	۴ (۱۳/۳)	
بازنشسته	۱۶ (۵۳/۳)	۱۸ (۶۰/۰)	
خانه‌دار	۴ (۱۳/۳)	۳ (۱۰/۰)	

بر اساس نتایج آزمون تی زوجی، میانگین امتیاز درک از بیماری در گروه کنترل، قبل و بعد از مداخله به ترتیب، ۲/۹۶ با انحراف معیار ۰/۴۷ و ۲/۸۸ با انحراف معیار ۰/۳۶ بود که این اختلاف از نظر آماری معنادار. میانگین امتیاز درک از بیماری در گروه آزمون، قبل و بعد از مداخله، به ترتیب، ۲/۶۷ با انحراف معیار ۰/۳۴ و ۴/۸۵ با انحراف معیار ۰/۶۵ بود و تفاوت آماری معناداری بین این دو زمان مشاهده شد (P≤۰/۰۰۰۱). طبق نتایج آزمون تی مستقل، قبل از مداخله، میانگین امتیاز درک از بیماری بین دو گروه کنترل و آزمون تفاوت آماری معناداری نداشت، اما بعد از اجرای مداخله، تفاوت معنی‌دار آماری در امتیاز درک از بیماری بین گروه آزمون و کنترل مشاهده شد (P≤۰/۰۰۰۱)، به گونه‌ای که در گروه آزمون، درک از بیماری افزایش یافت (جدول شماره ۲).

بر اساس یافته‌های مدل رگرسیون لجستیک چندگانه، سطح درک از بیماری در بیماران با سن پایین‌تر، مردان، افراد با تحصیلات بالاتر و افراد شاغل بیشتر بود. بیماران متاهل، مطلقه و همسر فوت‌شده که با فرزندان خود زندگی می‌کردند نسبت به افراد مجرد درک بیماری مطلوب‌تری داشتند.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین امتیاز درک از بیماری بین دو گروه کنترل و آزمون قبل و بعد از اجرای مداخله

گروه	آزمون	کنترل	
متغیر	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	نتیجه آزمون
درک از بیماری			
قبل از مداخله	(۰/۴۷) ۲/۹۶	(۰/۳۴) ۲/۶۷	df=۳۵, t=۰/۰۹, P=۰/۴۸
پس از مداخله	(۰/۳۶) ۲/۸۸	(۰/۶۵) ۴/۸۵	df=۳۵, t=۶/۷۴, P≤۰/۰۰۰۱
	df=۷۲, t=۷۴/۱۳, P=۰/۴۹	df=۷۲, t=۰/۶۵, P≤۰/۰۰۰۱	

بحث

هدف از انجام مطالعه حاضر بررسی تاثیر آموزش چندرسانه‌ای با رویکرد مدل لونتال مبتنی بر پیگیری تلفنی بر درک از بیماری در افراد مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی بود. نتایج نشان داد نقش آموزش و پیگیری منظم بیماران بعد از ترخیص از بیمارستان منجر به ارتقای درک از بیماری در افراد مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی شده است. قبل از اجرای مداخله، میانگین نمره درک از بیماری بین دو گروه تفاوت آماری معناداری نداشت، اما یک ماه پس از مداخله، در گروه آزمون، به طور معنی داری افزایش یافت.

نتایج این مطالعه با مطالعه فرجی و همکاران (۱۳۹۴) با عنوان بررسی تاثیر آموزش قبل ترخیص و پیگیری تلفنی بر درک از بیماری بیماران مبتلا به بیماری قلبی‌عروقی همسو است. نتایج مطالعه آنان نشان داد مداخله آموزش قبل ترخیص با هدف آگاه نمودن فرد از درک مثبت از بیماری ظرف ۶۰ دقیقه و در روز قبل از ترخیص همراه با پیگیری تلفنی به مدت دو ماه می‌تواند منجر به اصلاح درک از بیماری در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد شود. علت همسو بودن نتیجه این پژوهش با مطالعه حاضر این است که پیگیری تلفنی بدون در نظر گرفتن بعد زمانی و مکانی، یک رابطه مراقبتی پویا، انعطاف‌پذیر و پیوسته بین پرستار و بیمار ایجاد می‌کند که می‌تواند درک از بیماری را در بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی‌عروقی را اصلاح کند. نتایج مطالعه پیسسیانا و همکاران (۲۰۲۱) نیز نشان داد پرستاری از راه دور یک روش ارتباطی برای ارائه آموزش به مددجویان به ویژه بیماران مبتلا به نارسایی قلبی است که با نتایج مطالعه حاضر همسو است. در توجیه این مسئله می‌توان گفت آموزش چندرسانه‌ای و پیگیری از راه دور بیماران می‌تواند منجر به یافتن راه‌های بهتر برای برقراری ارتباط با بیماران پس از فرآیند بستری گردد تا از بازگشت مراجعان به بیمارستان جلوگیری شود.

غیاثوندیان و همکاران (۱۳۹۷) در مطالعه خود به بررسی تعیین تأثیر آموزش مبتنی بر مدل لونتال بر درک از بیماری، بیماران مبتلا به دیابت پرداختند. نتایج مطالعه آنان نشان داد که ارائه مداخله آموزشی لونتال بر ارتقای درک از بیماری در بیماران دیابتی تأثیر معنادار داشته است که با نتایج مطالعه حاضر همسو است؛ اگرچه از نظر نوع بیماری و مدت زمان سنجش ادراک بیماری با مطالعه کنونی تفاوت دارد، اما هر دو شیوه آموزشی بر بهبود درک بیماری بیماران تاثیر مثبت داشتند.

رخشانی و همکاران (۱۳۹۱) مطالعه‌ای با عنوان بررسی ماهیت درک از بیماری در بیماران دارای ضربان‌ساز قلبی با رویکرد خودتنظیمی انجام دادند. یافته‌های آنها حاکی از آن بود که بیماران دارای ضربان‌ساز پس از انجام مداخله آموزشی مبتنی بر مدل خودتنظیمی لونتال به نسبت زمان قبل از آن انتظار عواقب و شدت کمتر از بیماری خود دارند و بیماری خویش را یک بیماری مزمن، قابل کنترل و قابل درمان می‌دانند. این بیماران انسجام بیشتری با بیماری دارند و همچنین، به تظاهرات شناختی و هیجانی مثبت‌تری از بیماری خود دست یافته‌اند، یعنی تفسیر و ادراک خوش‌خیم‌تری از بیماری و شرایط مربوط به آن دارند (رخشانی و همکاران ۱۳۹۱). یافته‌های این مطالعه با نتایج حاضر کنونی همسو است. فرناندز و همکاران (۲۰۲۰) مطالعه‌ای با عنوان مدل خودتنظیمی لونتال در سرطان پستان انجام دادند. هدف این مطالعه بررسی سازگاری روانی اجتماعی با سرطان پستان بر اساس مدل خودتنظیمی لونتال بود. نتایج این مطالعه نشان داد عواطف و ادراک بیماری از پیش‌بینی‌کننده‌های مهم برای راهبردهای مقابله با درماندگی/ ناامیدی، مشغله اضطرابی و روحیه مبارزه هستند.

نتایج مطالعه حاضر با مطالعه خسروشاهی و همکاران (۲۰۱۹) هم‌خوانی داشت. آنان در مطالعه خود به بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک بیماری در بیماران قلبی‌عروقی پرداختند. نتیجه مطالعه آنان نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و آموزش توصیه‌های ضروری و روش‌های رفتاری می‌تواند منجر به بهبود ادراک بیماری در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر شود (خسروشاهی و همکاران، ۱۳۹۸).

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

در توجیه همسو بودن سه مطالعه فوق با پژوهش حاضر به نظر می‌رسد پیگیری‌های مستمر در مورد مصرف به موقع داروها، تشویق به ویزیت‌های دوره‌ای با پزشک متخصص قلب، توصیه‌های مربوط به سطح فعالیت با توجه به توانایی جسمی و روانی بیمار و برقراری تماس دوطرفه بین بیمار و پژوهشگر طی دوره مداخله می‌تواند بر درک بیماری موثر باشد، زیرا آموزش و حمایت دو امر مهم و ضروری در طول دوره بهبودی هستند. علاوه بر این، پیگیری تلفنی می‌تواند در تشخیص زودهنگام عوارض بیماری موثر واقع شود و بیماران را به موقع از وجود عوارض آگاه سازد تا درمان مناسب صورت گیرد.

در برخی مطالعات نتایج متفاوتی با نتیجه مطالعه حاضر گزارش شده است. در مطالعه یزدان‌پرست و همکاران (۱۳۹۷) که تاثیر آموزش بازخوردمحور بر درک از بیماری در افراد مبتلا به پرفشاری خون بررسی شد، تفاوت معناداری در تبعیت از رژیم درمانی و درک بیماری بین دو گروه آزمون و کنترل مشاهده نشد که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد. در این زمینه می‌توان استدلال کرد که روش مطالعه، جامعه مورد نظر و شیوه‌های متنوع آموزشی می‌توانند نتایج متفاوتی را به دنبال داشته باشند. با توجه به وابسته بودن مفهوم درک بیماری به فرهنگ، نتایج متفاوت مطالعات را می‌توان به این عامل نیز نسبت داد.

یافته‌های این پژوهش نشان داد بین درک از بیماری با جنس افراد مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی ارتباط آماری معناداری وجود دارد، به گونه ای که مردان سطح سبک زندگی بهتری داشتند که با نتایج مطالعه گتابی و همکاران (۱۳۹۹) مطابقت ندارد. در توجیه این یافته می‌توان گفت عوامل روان‌شناختی متفاوت در مردان و زنان، و درک متفاوت زنان از علائم بیماری منجر به ایجاد این تفاوت شده است.

در این مطالعه بین درک از بیماری افراد مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی با سطح تحصیلات، شغل و تاهل ارتباط آماری معناداری وجود داشت، به گونه ای که افراد با سطح تحصیلات بالاتر و شاغل درک از بیماری مطلوب‌تری داشتند. در تبیین این نکته می‌توان گفت در افراد با سطح تحصیلات پایین‌تر و بی‌سواد آگاهی لازم برای برخورداری از درک بیماری مناسب وجود ندارد. طبق نتایج مطالعه، بین درک از بیماری افراد مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی و تاهل ارتباط آماری معنداری وجود داشت. در توجیه این مورد می‌توان گفت حضور همسر به عنوان فردی که احساس همبستگی و تعلق فرد به دیگری را افزایش می‌دهد، می‌تواند بر افزایش سطح درک از بیماری تاثیرگذار باشد (مددکار و همکاران، ۱۳۹۸).

در ارتباط با محدودیت‌های پژوهش می‌توان گفت بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش هر کدام دارای خصوصیات متفاوت روانی بودند علاوه بر آن احتمال کسب اطلاعات در زمان پژوهش از هر منبع دیگری (رادیو، تلویزیون و ...) نیز وجود داشت.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که آموزش چندرسانه‌ای با رویکرد مدل لونتال مبتنی بر پیگیری تلفنی می‌تواند درک افراد مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی را ارتقاء بخشد، لذا می‌توان با لحاظ سیاستگذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های لازم در زمینه به‌کارگیری پیگیری تلفنی که خود می‌تواند منجر به کاهش مراجعات بیمار به بیمارستان و سیستم بهداشتی، کاهش اتلاف وقت و هزینه‌های تحمیلی به سیستم سلامتی و بیمار شود، نسبت به ارتقای درک از بیماری در این بیماران اقدام نمود. پیشنهاد می‌گردد در بیمارستان‌ها، برنامه‌های آموزشی برای بیماران تدوین گردد و از این روش به‌صورت برنامه مراقبتی معمول در حوزه بالین استفاده گردد.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی با کد اخلاق مصوب IR.IAU.SHK.REC.1401.010 مورخ ۱/۱۴۰۱ /۳۱ کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی معاونت پژوهش و فناوری دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد است. بدی‌نوسیله از معاونت پژوهش و فناوری دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد بابت حمایت معنوی و مالی این طرح تقدیر و تشکر می‌شود. همچنین، از همکاری بیماران شرکت‌کننده در مطالعه، مسئولین و پرسنل محترم بیمارستان کاشانی شهرکرد قدردانی می‌گردد.

منابع فارسی

بهزاد ی، باستانی ف، حقانی ح. تأثیر برنامه توانمندسازی مبتنی بر پیگیری تلفنی (تله نرسینگ) بر خودکارآمدی در رفتارهای خودمراقبتی در

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

سالمندان مبتلا به پرفشاری خون. مجله پرستاری و مامایی. ۱۳۹۴؛ ۱۳ (۱۱) :۱۰۱۵-۱۰۰۴.
خسروشاهی ح، میرزائیان ب، حسن‌زاده ر. اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر ادراک بیماری در بیماران کرونر قلبی. مجله مطالعات ناتوانی. ۱۳۹۸؛ ۹: ۸۵-۸۵.
رخشان مریم، حسنی ص، اشکتراب ط، مجد ح. ماهیت و سیر درک بیماری پس از کاشت ضربان ساز قلب: یک رویکرد خود تنظیمی. مجله بین المللی پرستاری .۱۳۹۱؛ ۱۹ (۳): ۳۱۸-۲۵.
رضاپور گتابی ن، رحمانی فیروزجاه ع، عباسی اسفجیر ع ، بیژنی ع. بررسی سبک زندگی بیماران قلب و عروقی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی بابل رفاه اجتماعی ۱۳۹۹؛ ۲۰ (۷۷) :۳۰۱-۳۲۷.
ساده تبریان م، غیاثوندیان ش، حقانی ش. تاثیر آموزش مبتنی بر مدل خود تنظیمی لونتال بر درک از بیماری ، بیماران مبتلا به دیابت. نشریه پژوهش پرستاری ایران. ۱۳۹۷؛ ۱۳ (۶) :۸۲-۷۶.
صلواتی م، خطیبان م، مقدری کوشا ب، سلطانیان ع. بررسی تاثیر آموزش به روش Teach Back بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد در سال ۱۳۹۴ در شهر همدان: یک مطالعه کارآزمایی بالینی. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن‌سینا. ۱۳۹۶؛ ۲۵ (۱) :۱-۸.
عطائی ع، حق‌جو م، دالوندی ا، بخشنده آبکنار ه. بررسی تاثیر آموزش رفتارهای خود مراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران با ضربان ساز دائمی. نشریه پرستاری قلب و عروق. ۱۳۹۱؛ ۱ (۴) :۴۷-۴۰.
علیزاده چرندابی سکینه م، میرغفوروند م، رحمانی آ، صیدی س، صفاری ا، مهینی م و همکاران.. تأثیر نرم‌افزار رایانه‌ای بر آگاهی و عملکرد دختران نوجوان در زمینه بهداشت بلوغ . مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی. ۱۳۹۳؛ ۱۴ (۲) :۱۲۱-۱۱۰.
فرجی ن، پاشایی پور ش، نگارنده ر. بررسی تاثیر آموزش قبل از ترخیص و پیگیری تلفنی بر درک از بیماری و سبک زندگی پس از انفارکتوس میوکارد در بیمارستان امام خمینی شهرستان بروجرد. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن‌سینا. ۱۳۹۴؛ ۲۳ (۳) :۹۱-۸۲
گل محمدی ف، آقاخانی ن، خادم وطن ک، علی نژاد و. بررسی تأثیر آموزش خود مراقبتی بر خودکارآمدی بیماران بستری مبتلا به انفارکتوس میوکارد در مرکز آموزشی درمانی سیدالشهدا ارومیه سال ۱۳۹۶. مجله پرستاری و مامایی. ۱۳۹۷؛ ۱۶ (۶) :۴۲۲-۴۱۲.
مددکار ش، نوریان ک. تاثیر آموزش چند رسانه ای با رویکرد خانواده محور مبتنی بر پیگیری تلفنی (تله نرسینگ) پس از ترخیص بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد. مجله بالینی پرستاری و مامایی ۱۳۹۸؛ ۸ (۴) :۵۰۰-۵۱۰.
ولی پور ف، رضاعی ف. بررسی ادراک بیماری در بیماران مبتلا به دیابت و ارتباط آن با کنترل قند خون در مراجعین به درمانگاه بیمارستان توحید سنندج در سال ۱۳۹۰. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان. ۱۳۹۲؛ ۱۸ (۲) :۱۷-۹.
یزدان پرست ا، داودی م، صفوی نژاد م، قربانی ح، ندیمی س، رضوانی دهاقانی ب. تأثیر به کارگیری راهبرد آموزشی بازخورد محور بر درک از بیماری، آگاهی تغذیه ای و تبعیت از رژیم غذایی در مبتلایان به پرفشاری خون. نشریه پرستاری قلب و عروق. ۱۳۹۷؛ ۷ (۳) :۳۸-۳۰.

منابع انگلیسی

Antoniades C, Antonopoulos AS, Deanfield J. Imaging residual inflammatory cardiovascular risk. Eur Heart J. 2020;41:748–58.
Broadbent E, Ellis CJ, Thomas J, Gamble G, Petrie KJ. Further development of an illness perception intervention for myocardial infarction patients: a randomized controlled trial. J Psychosom Res. 2009;67(1):17-23.
Fernandes S, McIntyre T. Leventhal's self-regulatory Model applied to breast cancer. Análise Psicológica. 2020; 1 (11): 51-63.
Gross AM, Heimann L, Shapiro R, Schultz RM. Children with diabetes. Social skills training and hemoglobin A1c levels. Behav Modif. 1983;7(2):151-64.
Karamanidou C, Weinman J, Horne R. Improving haemodialysis patients' understanding of phosphate-binding medication: a pilot study of a psycho-educational intervention designed to change patients' perceptions of the problem and treatment. Br J Health Psychol. 2008;13(Pt 2):205-14.
Lip GY, Brechin CM, Lane DA. The global burden of atrial fibrillation and stroke: a systematic review of the epidemiology of atrial fibrillation in regions outside North America and Europe. Chest. 2012;142 (6):1489-98.
Lunches, L. B., Finkel, E. J., and Fitzsimons, G. M. (2011). The effects of self-regulatory strength, content, and strategies on close relationships. J. Pers. 79, 1251–1280.
McAndrew LM, Horowitz CR, Lancaster KJ, Leventhal H. Factors related to perceived diabetes control are not related to actual glucose control for minority patients with diabetes. Diabetes Care. 2010;33(4):736-8.
Michniewicz E, Mlodawska E, Lopatowska P, Tomaszuk-Kazberuk A, Malyszko J. Patients with atrial

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

fibrillation and coronary artery disease – double trouble. Adv Med Sci. 2018;63(1):30-5.
Oikonomou EK, Antonopoulos AS, Schottlander D, et al. Standardized measurement of coronary inflammation using cardiovascular computed tomography: integration in clinical care as a prognostic medical device. Cardiovasc Res. 2021;41.
Piscesiananurse E, Afriyani T. The Effect of Tele-nursing on Preventing Re-admission among Patients with Heart Failure: A Literature Review.International Journal of Nursing and Health Services (IJHNS); 2020. 2 (3).
Rahman F, Kwan GF, Benjamin EJ. Global epidemiology of atrial fibrillation. Nat Rev Cardiol .2014;11 (11):639-54.
Reynolds HR, Shaw LJ, Min JK, et al. Outcomes in the ISCHEMIA trial based on coronary artery disease and ischemia severity. Circulation. 2021;144:1024–38.
Umeda A, Inoue T, Takahashi T, Wakamatsu H. Telemonitoring of Patients with ImplantableCardiac Devices to Manage Heart Failure: An Evaluation of Tablet-PC-Based NursingIntervention Program. Open J Nurs. 2014; 4:237-50.
Van Hecke A, Verhaeghe S, Grypdonck M, Beele H, Flour M, Defloor T. Systematic development and validation of a nursing intervention: the case of lifestyle adherence promotion in patients with leg ulcers. JAN. 2011; 67(3): 662-76.
Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R. The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. Psychol Health. 1996;11(3):431-45.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

Original Article

The effect of multimedia education with Leventhal model approach based on telephone follow-up on understanding of patients with atrial fibrillation

*** Shirin Madadkar Dehkordi[1], MSc**

Abstract

Aim. The present study was conducted with the aim of examining the effect of multimedia education with the Leventhal model approach based on follow-up on understanding of patients with atrial fibrillation.

Background. One of the basic tools in changing the patient's perception of the disease is the existence of an educational program using modern teaching methods.

Methods. In this semi-experimental study, 48 patients with atrial fibrillation were randomly divided into intervention (24 people) and control (24 people) group in Kashani Shahrekord Hospital in 2022. In the intervention group, two virtual training sessions were held for patients through multimedia software (sound, video, image and animation) under the title of 4-hour training workshop on the date and time coordinated with the help of Adobe Connect program. There was no intervention in the control group. After the workshop, disease perception were measured using disease perception questionnaire. Data analysis was done using independent t and paired t tests in SPSS version 21.

Findings. There was no statistically significant difference in the mean score of disease perception between the two intervention and control group before the study, and the two groups were homogeneous. However, after implementation of the intervention, the mean score of disease perception was significantly difference between the groups ($p \leq 0.0001$).

Conclusion. Based on the results of the present study, patients with atrial fibrillation gained a better understanding of their disease after the educational intervention. Therefore, it is recommended to carry out educational interventions to improve the understanding of patients with atrial fibrillation.

Keywords: Multimedia training, Telephone follow-up, Disease perception, Atrial fibrillation

1 Department of Nursing, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran (*Corresponding Author) email: shirinmadadkar@gmail.com

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]