Iranian Journal of Health Education & Promotion

Volume 14, Issue 2, Spring 2026

The Effect of Education Based on Leventhal's Self-Regulation Model on Illness Perception and Treatment Adherence in Individuals with Coronary Artery Disease

Mahsa Yousefi
MSc Student of Nursing, Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan.

Mahdieh Sarhadi
* Assistant Professor of Nursing Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery Community Nursing Research Center Zahedan University of Medical Sciences. (Corresponding Author)
Sarhadi.nurssing@gmail.com.

Ali Navidian
Professor of Nursing Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery Community Nursing Research Center Zahedan University of Medical Sciences.
.

Received: 2025/06/26
Accepted: 2025/11/16
Doi:

Abstract

Background and Purpose: Coronary artery disease accompanied by various physical and psychological consequences for patients. One of the key factors in managing this disease is patients' proper understanding of the illness and their adherence to treatment. In this regard, utilizing effective educational models such as Leventhal's Model can be a promising approach to improving treatment adherence in these patients. Therefore, the present study was conducted to investigate the effect of education based on this model on illness perception and treatment adherence among Individuals with coronary artery disease hospitalized.

Materials and Methods: In this quasi-experimental study, 80 patients with coronary artery disease were selected using a convenience sampling method based on inclusion criteria and were randomly assigned to intervention and control groups. Data collection tools included a demographic information form, the Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ), and the Seyed Fatemi Treatment Adherence Questionnaire. The intervention group received four educational sessions based on Leventhal's Self-Regulation Model. Data were analyzed using chi-square, independent t-test, paired t-test, and Fisher's exact test in SPSS software version 27.

Results: The mean changes in illness perception scores in the intervention and control groups were 6.57 ± 1.272 and 0.07 ± 0.034, respectively, and the mean changes in treatment adherence scores were 5.82 ± 0.074 and 0.05 ± 0.267 for the intervention and control groups, respectively. These changes were statistically significant in the intervention group ($P < 0.001$), and education based on Leventhal's model led to improvements in all dimensions of These two variables in the intervention group ($P < 0.05$).

Conclusion: Individual education based on Leventhal's model is an effective method for improving illness perception and treatment adherence in patients with coronary artery disease, and it is recommended that this approach be used to design targeted individual education programs for these patients.

Keywords: Health Education, Illness Perception, Treatment Adherence, Coronary Artery Disease.

Open Access Policy: This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. To view a copy ofthis licence, visit https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

Citation: Yousefi M, Sarhadi M, Navidian A. The Effect of Education Based on Leventhal's Self-Regulation Model on Illness Perception and Treatment Adherence in Individuals with Coronary Artery Disease. *Iran J Health Educ Health Promot*. Spring 2026; 14(*2*):*30-42*.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.22034/IJHEP.14.2.30]

تأثیر آموزش مبتنی بر مدل خودتنظیمی لونتال بر درک بیماری و تبعیت از درمان افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر

مهسا یوسفی
دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، گرایش داخلی‌جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.
مهدیه سرحدی
* استادیار پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات پرستاری جامعه، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران. (نویسنده مسئول)
Sarhadi.nurssing@gmail.com.
علی نویدیان
استاد پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات پرستاری جامعه، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.

تاریخ دریافت:۱۴۰۴/۰۴/۰۵
تاریخ پذیرش:۱۴۰۴/۰۸/۲۵
نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: بیماری عروق کرونر پیامدهای جسمی و روانی متعددی برای بیماران به‌همراه دارد. یکی از عوامل مؤثر در مدیریت این بیماری، درک صحیح بیماران از بیماری و پایبندی آن‌ها به درمان است. در همین راستا، بهره‌گیری از مدل‌های آموزشی مؤثر هم‌چون مدل لونتال، می‌تواند راهگشای ارتقای تبعیت درمانی در این بیماران باشد به همین منظور پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر این مدل بر درک از بیماری و تبعیت از درمان افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر انجام شد.

مواد و روش ها: : در این مطالعه نیمه‌تجربی، ۸۰ بیمار مبتلا به بیماری عروق کرونر با روش نمونه‌گیری در دسترس و طبق معیار ورود انتخاب و با تخصیص تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. برای جمع‌آوری اطلاعات از فرم اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه‌ی درک از بیماری (Brief IPQ) و پرسشنامه‌ی تبعیت از درمان استفاده شد. برای بیماران گروه مداخله ۴ جلسه آموزشی مبتنی بر مدل لونتال اجرا شد. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون کای‌دو، تی‌مستقل، تی‌زوجی و فیشر در نرم‌افزار spss نسخه‌ی ۲۷ انجام شد.

یافته ها: تغییرات میانگین نمره‌ی درک از بیماری در گروه مداخله و کنترل به‌ترتیب ۱/۲۷۲ ± ۶/۵۷ و ۰/۰۳۴ ± ۰/۰۷بود و تغییرات میانگین نمره‌ی تبعیت از درمان نیز برای گروه مداخله و کنترل ۰/۰۷۴ ± ۵/۸۲ و ۰/۲۶۷ ± ۰/۰۵ بود. این تغییرات برای گروه مداخله معنادار بوده ($p<۰/۰۰۱$) و آموزش مبتنی بر مدل لونتال منجر به افزایش این دو متغیر در تمام حیطه‌ها در گروه مداخله گردید ($p<۰/۰۵$).

نتیجه گیری: آموزش فردی مبتنی بر مدل لونتال روشی مؤثر در ارتقای درک از بیماری و تبعیت از درمان افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر است و پیشنهاد می‌شود از این روش برای طراحی برنامه‌های آموزشی فردی هدفمند در این بیماران استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: آموزش سلامت، درک از بیماری، تبعیت از درمان، بیماری عروق کرونر.

استناد: یوسفی م، سرحدی م، نویدیان ع. تأثیر آموزش مبتنی بر مدل خودتنظیمی لونتال بر درک بیماری و تبعیت از درمان افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر. *فصلنامه ی آموزش بهداشت و ارتقا سلامت*. بهار ۱۴۰۵;۱۴(۲): ۳۰- ۴۲.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.22034/IJHEP.14.2.30]

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.22034/IJHEP.14.2.30]

مقدمه

بیماری‌های قلبی- عروقی از مهم‌ترین علل مرگ‌ومیر در سطح جهان به شمار می‌روند، به طوری که سالانه حدود ۱۷ میلیون نفر در اثر این بیماری‌ها جان خود را از دست می‌دهند و این رقم معادل ۳۱ درصد از کل مرگ‌ومیرهای جهانی است (۱, ۲). در ایران نیز این بیماری‌ها عامل حدود ۴۰ درصد از مرگ‌ومیر سالانه هستند و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰ این میزان به بیش از ۵۰ درصد برسد (۳). بیماری شریان کرونر به‌عنوان شایع‌ترین نوع بیماری قلبی در بزرگسالان، مسئول یک‌سوم از مرگ‌های ناشی از بیماری‌های قلبی- عروقی است (۴). این بیماری که ناشی از تنگی یا انسداد شریان‌های کرونر به دلیل تشکیل پلاک‌های آترواسکلروتیک است، می‌تواند منجر به ایسکمی، آنژین صدری، انفارکتوس میوکارد و حتی مرگ ناگهانی شود (۵, ۶).

ماهیت مزمن، پیشرونده و اغلب غیرقابل برگشت بیماری عروق کرونر، چالش‌های متعددی برای بیماران ایجاد می‌کند که شامل درد قفسه سینه، خستگی، کاهش عملکرد فیزیکی، تنش روانی و اختلال در تصویر ذهنی از خود است (۷, ۸). به همین دلیل، کنترل مؤثر بیماری نیازمند انجام اقدامات پیشگیرانه و درمانی ازجمله فعالیت فیزیکی، تغذیه‌ی مناسب، مصرف منظم داروها و مشارکت فعال بیمار در روند درمان است (۹). مفهومی که در این راستا اهمیت می‌یابد، تبعیت از درمان می‌باشد که به میزان تطابق رفتارهای بیمار با دستورات درمانی و توصیه‌های سبک زندگی سالم گفته می‌شود (۱۰). مطالعات نشان داده‌اند که در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر، درصد تبعیت از درمان پس از ترخیص از بیمارستان به‌طور متوسط بین ۳۰ تا ۷۰ درصد متغیر است و بسیاری از بیماران قلبی پس از ترخیص از بیمارستان، در مصرف داروها و پیروی از توصیه‌های پزشکی با چالش مواجه می‌شوند (۱۱, ۱۲). عدم رعایت دستورات درمانی می‌تواند به دلایل مختلفی ازجمله فراموشی مصرف دارو، پیچیدگی رژیم درمانی، عوارض جانبی داروها، نداشتن حمایت خانوادگی، نگرش منفی نسبت به درمان و کمبود آگاهی درباره بیماری و پیامدهای آن رخ دهد که می‌تواند منجر به افزایش نرخ مرگ و بستری مجدد بیماران شود (۱۳, ۱۴).

برای رفع این چالش‌ها، راهکارهایی هم چون ساده‌سازی دستورات درمانی، آموزش بیمار، پیگیری مستمر، مشاوره و حمایت خانوادگی توصیه شده است. یکی از مؤثرترین راهکارها افزایش درک بیمار از بیماری و پیامدهای درمان است که می‌تواند انگیزه بیمار را برای تبعیت از درمان تقویت کند و نتایج درمانی بهتری به همراه داشته باشد (۱۵, ۱۶).

وقتی فرد با تهدید سلامت مواجه می‌شود، برداشت ذهنی خاصی از ماهیت، علت، عواقب، تداوم و قابلیت کنترل بیماری شکل می‌گیرد که به آن ادراک بیماری گفته می‌شود (۱۷). این ادراک نقش مؤثری در رفتارهای سلامت محور، انگیزه برای درمان و توانمندی فرد در مراقبت از خود ایفا می‌کند (۱۶, ۱۸, ۱۹). بر همین اساس، آموزش‌هایی که بر بهبود درک بیماری متمرکز هستند، می‌توانند تبعیت از درمان و پیامدهای بیماران را بهبود ببخشند (۲۰, ۲۱).

مدل خودتنظیمی لونتال یکی از چارچوب‌های آموزشی مؤثر در ارتقاء درک بیماری است که بر نحوه‌ی پردازش تهدیدات سلامت توسط بیماران تمرکز دارد. این مدل شامل سه مرحله‌ی اصلی (تظاهرات، تطابق و ارزیابی) و شش مؤلفه‌ی ادراک بیماری (هویت، علت، پیامد، مدت زمان، کنترل‌پذیری، انسجام) است (۲۲, ۲۳). مطالعات متعددی اثربخشی این مدل را در بهبود تبعیت درمانی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن نشان داده‌اند، ازجمله دیابت نوع ۲، فشار خون، سرطان و نارسایی قلبی. در این مطالعات روش‌های آموزشی عمدتاً شامل جلسات آموزشی فردی یا گروهی، آموزش‌های مبتنی بر گفت‌وگو و تمرین‌های تعاملی برای افزایش درک بیماران از بیماری و درمان، ارائه‌ی اطلاعات درباره ی علائم، پیامدها و اقدامات خودمراقبتی بوده است. این آموزش‌ها روی سازه‌های کلیدی مدل شامل ادراک بیماری، شایستگی فردی در مدیریت بیماری و نگرش نسبت به درمان تأثیر گذاشته و در نتیجه تبعیت درمانی و کیفیت زندگی بیماران را بهبود بخشیده‌اند (۲۶-۲۴).

با وجود مطالعات گسترده در زمینه ی مدیریت بیماری با استفاده از مدل خودتنظیمی لونتال، اکثر تحقیقات پیشین عمدتاً بر بیماری‌های خاص یا گروه‌های سنی محدود تمرکز داشته‌اند و اثر آموزش مبتنی بر این مدل بر بیماران قلبی، ازجمله بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر، کمتر بررسی شده است. حال با توجه به شیوع بالای بیماری عروق کرونر

و نقش حیاتی تبعیت از درمان در کاهش عوارض و بهبود نتایج بالینی، ضرورت طراحی مداخلات آموزشی هدفمند و مؤثر برای این گروه از بیماران روشن می‌شود؛ این مداخلات می‌توانند علاوه بر افزایش درک بیمار از بیماری، انگیزه‌ی او برای تبعیت از درمان را تقویت کرده و پیامدهای درمانی را بهبود بخشند و مدل خودتنظیمی لونتال با تمرکز بر ادراک بیمار و رفتارهای مرتبط با سلامت، چارچوب علمی مناسبی برای طراحی چنین آموزش‌هایی فراهم می‌کند (۱۶, ۲۲, ۲۷). در مطالعهی حاضر، یک مداخله‌ی آموزشی عملی و تعاملی مبتنی بر مدل طراحی شد که ضمن ارائه ی آموزش، چند سازه مدل خودتنظیمی لونتال را نیز مورد سنجش قرار داد؛ لذا این مطالعه با هدف بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر مدل لونتال بر ادراک بیماری و تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر بستری در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی زاهدان در سال ۱۴۰۳ انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع نیمه‌تجربی دوگروهی با طرح پیش‌آزمون – پس‌آزمون بود. جامعه‌ی پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر تشکیل می‌دادند که در زمستان سال ۱۴۰۳ به بخش‌های قلبی بیمارستان‌های خاتم‌الأنبیا و علی‌ابن‌ابیطالب (ع) شهر زاهدان مراجعه کرده بودند. حجم نمونه با در نظر گرفتن توان آزمون و سطح اطمینان ۹۵ درصد، بر اساس مطالعه‌ی سیرافی دلیر و همکاران (۲۸) و با استفاده از فرمول زیر، ۲۵ نفر در هر گروه برآورد شد. اما برای اطمینان بیشتر و امکان اجرای آزمون‌های آماری، حجم نمونه در هر گروه ۴۰ نفر در نظر گرفته شد

$$n_1 = n_2 = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2 \times (S_1^2 + S_2^2)}{(\bar{X}_1 - \bar{X}_2)^2}$$

$Z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1/96$ $S_1 = 4/97$ $\bar{X}_1 = 54/81$

$Z_{1-\beta} = 1/64$ $S_2 = 7/59$ $\bar{X}_2 = 61/38$

در مجموع ۸۰ نفر از بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر با روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند و سپس با قرعه‌کشی (برداشتن کارت رنگی از داخل پاکت) به‌صورت تصادفی در دو گروه مداخله (۴۰ نفر) و کنترل (۴۰ نفر) قرار گرفتند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل موارد زیر بود: تشخیص قطعی بیماری ACS توسط متخصص قلب، سن بین ۳۰ تا ۶۵ سال، سکونت دائم در زاهدان، توانایی تکلم و درک زبان فارسی، داشتن سواد خواندن و نوشتن، نداشتن بیماری‌های روانی و عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی، توانایی برقراری ارتباط مؤثر، نداشتن نواقص شنوایی، بینایی یا گفتاری، رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه و نداشتن سابقه شرکت در برنامه‌های آموزشی مشابه. معیارهای خروج شامل غیبت در بیش از یک جلسه آموزشی یا فوت و یا وخامت حال بیمار بود.

ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه شامل پرسشنامه‌ی اطلاعات جمعیت‌شناختی، پرسشنامه‌ی درک از بیماری (B-IPQ) و پرسشنامه‌ی تبعیت از درمان در بیماری‌های مزمن بود.

پرسشنامه‌ی اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل سؤالاتی درباره سن، جنس، وضعیت تأهل، اشتغال، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی، سابقه بستری، مدت ابتلا و بیماری‌های زمینه‌ای بود.

پرسشنامه‌ی درک از بیماری توسط برادبنت و همکاران طراحی و اعتباریابی شده است (۲۹) و شامل ۸ گویه اصلی است که ابعاد مختلفی از درک بیماری شامل پیامدها، مدت بیماری، کنترل شخصی، کنترل درمان،

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.22034/IJHEP.14.2.30]

ماهیت بیماری، نگرانی، شناخت، پاسخ عاطفی و علت بیماری را می‌سنجد. سؤالات ۱ تا ۸ به‌صورت مقیاس عددی ۰ تا ۱۰ نمره‌گذاری می‌شوند و سؤال ۹ به‌صورت بازپاسخ بوده و نمره‌گذاری نمی‌شود. دامنه‌ی نمرات بین ۰ تا ۸۰ است؛ نمرات ۰ تا ۲۰ نشان‌دهنده ی درک ضعیف، نمرات ۲۱ تا ۶۰ درک متوسط و نمرات بالای ۶۰ نشان‌دهنده‌ی درک بالا هستند. ولی‌پور و همکاران در سال ۱۳۸۹ روایی و پایایی این پرسشنامه را در ایران بررسی کردند؛ ضریب بازآزمایی ۷۳ درصد و آلفای کرونباخ ۰/۷۱ به‌دست آمد (۳۰). در مطالعه‌ی حاضر، پایایی این ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۴ به‌دست آمد.

پرسشنامه‌ی تبعیت از درمان در بیماری‌های مزمن توسط مدانلو و همکاران (۱۳۹۷) طراحی و رواسنجی شده است. این ابزار شامل ۴۰ سؤال در ۷ حیطه است:۹ سؤال در حیطه‌ی اهتمام در درمان، ۷ سؤال در حیطه‌ی تمایل به مشارکت در درمان، ۷سؤال در حیطه‌ی توانایی تطابق با درمان، ۵ سؤال در حیطه‌ی تلفیق درمان با زندگی، ۴ سؤال در حیطه‌ی اصرار به درمان، ۵ سؤال در حیطه‌ی تعهد به درمان و ۳ سؤال در حیطه‌ی تردید در اجرای درمان. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای (از کاملاً موافق = ۵ تا کاملاً مخالف = ۰) نمره‌گذاری می‌شوند. برخی سؤالات (شماره‌های ۳۳ تا ۴۰) به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. بر اساس درصد امتیاز کسب‌شده، تبعیت از درمان در چهار سطح بسیار خوب (۷۵ تا ۱۰۰ درصد)، خوب (۵۰ تا ۷۴ درصد)، متوسط (۲۶ تا ۴۹ درصد) و ضعیف (۰ تا ۲۵ درصد) تفسیر می‌گردد. سید فاطمی و همکاران میانگین شاخص روایی محتوایی این ابزار را ۰/۹۱۴گزارش کرده‌اند. هم چنین آلفای کرونباخ کلی پرسشنامه ۰/۹۲۱و پایایی بازآزمایی با فاصله‌ی دو هفته ۰/۹۲ گزارش شده است (۳۱). در مطالعه‌ی حاضر نیز پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۴ محاسبه شد که نشان‌دهنده‌ی پایایی بسیار خوب ابزار است.

پس از اخذ کد اخلاق (IR.ZAUMS.REC.1403.330) از دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، پژوهشگر با معرفی‌نامه‌ی رسمی در محیط پژوهش حاضر شد. پس از ارائه‌ی توضیحات لازم، از بیماران واجد شرایط رضایت‌نامه کتبی آگاهانه دریافت شد و اطمینان داده شد که اطلاعات آنان محرمانه باقی می‌ماند و امکان انصراف در هر زمان وجود دارد. سپس شرکت‌کنندگان با انتخاب تصادفی کارت رنگی (زرد برای مداخله، سبز برای کنترل) به دو گروه تقسیم شدند.

در مرحله‌ی پیش‌آزمون، هر دو گروه پرسشنامه‌های اطلاعات دموگرافیک، درک از بیماری و تبعیت از درمان را به‌صورت خودگزارشی تکمیل کردند. برای گروه مداخله، چهار جلسه ی آموزشی، بر پایه مدل خودتنظیمی لونتال، پس از پایداری وضعیت بیماران اجرا شد. تمام جلسات آموزشی به‌صورت حضوری و انفرادی در اتاق آموزش بیمارستان و با رعایت استانداردهای آموزشی برگزار شد. محتوا شامل آموزش شش بُعد بیماری (ماهیت، علل، علائم، پیامدها، سیر و کنترل بیماری) و اصلاح باورهای نادرست بود (**جدول ۱**). در هر جلسه ابتدا درک بیمار نسبت به هر بعد سنجیده می‌شد و در صورت نیاز، توضیحات تکمیلی ارائه می‌گردید. جلسات به‌طور متوالی توسط پژوهشگر برگزار شد (مدت جلسات ۴۵ تا ۶۰ دقیقه).

در پایان جلسات، کتابچه‌ای آموزشی تدوین‌شده بر اساس منابع معتبر در اختیار بیماران قرار گرفت. هم‌چنین به‌مدت دو هفته، پیگیری تلفنی هفتگی با تمرکز بر ترغیب رفتارهای بهداشتی و ارزیابی تغییرات رفتاری انجام شد.

در طول مطالعه، گروه کنترل نیز تحت نظارت قرار داشتند و برای جلوگیری از تداخل، جلسات آموزشی به‌صورت انفرادی برگزار شد و ارتباطی میان بیماران دو گروه برقرار نگردید. هشت هفته پس از پایان جلسات، پس‌آزمون برای هر دو گروه اجرا شد. در موارد عدم حضور بیماران، پرسشنامه‌ها به درب منزل آنان برده شد.

در پایان پژوهش، جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، جلسات آموزشی برای گروه کنترل نیز برگزار و کتابچه آموزشی در اختیار آنان قرار گرفت.

جدول ۱. محتوای برنامه آموزشی طراحی شده

جلسه	عناوین آموزشی	مطابقت با مؤلفه‌های مدل خودتنظیمی لونتال	مدت زمان
اول	معرفی اولیه، ایجاد ارتباط مؤثر و فضای اعتماد میان پژوهشگر و بیمار / تشریح نحوه برگزاری جلسات / تنظیم برنامه جلسات آینده / بررسی برداشت ذهنی بیمار نسبت به ماهیت و دلایل بروز بیماری و عوامل مؤثر بر آن از دیدگاه فردی / شناسایی سوءبرداشت‌ها و اصلاح باورهای نادرست	مؤلفه‌های هویت بیماری و علت‌شناسی (تظاهرات شناختی)	۴۵–۶۰ دقیقه
دوم	مرور مطالب جلسه پیشین / ارزیابی نگرش بیمار نسبت به پیامدهای بیماری، مدت زمان احتمالی بیماری و توانایی	مؤلفه‌های پیامد، سیر بیماری، کنترل و درمان	۴۵–۶۰

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-14]
[DOI: 10.22034/IJHEP.14.2.30]

	فرد برای کنترل بیماری یا تأثیر درمان / اصلاح برداشت‌های نادرست در این حوزه‌ها	(تظاهرات شناختی)	دقیقه
سوم	مرور آموخته‌های پیشین / بررسی ادراک بیمار از نقش داروها در درمان، نحوه مصرف صحیح، اقدامات مراقبتی مرتبط و آگاهی از عوارض احتمالی داروها / تصحیح اطلاعات نادرست و ارائه راهنمایی‌های تکمیلی در خصوص داروها	مؤلفه درمان (تظاهرات شناختی)	۶۰-۴۵ دقیقه
چهارم	مرور جلسه قبل / تمرکز بر جنبه‌های احساسی و روانی بیماری / کمک به بیمار برای بیان نگرانی‌ها، شناخت واکنش‌های هیجانی خود و آگاه‌سازی درباره تبعات روانی مانند انکار بیماری یا بی‌توجهی به درمان / ترغیب بیمار به اطلاع‌رسانی به نزدیکان درباره شرایط بیماری / سنجش بازخورد بیمار نسبت به آموزش‌ها / ارائه کتابچه آموزشی	مؤلفه‌های هیجانی (تظاهرات هیجانی بیماری)	۶۰-۴۵ دقیقه

تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از SPSS نسخه ۲۷ انجام شد. جهت تحلیل داده‌های توصیفی از آمار توصیفی شامل فراوانی، میانگین، انحراف معیار استفاده شد. هم‌چنین داده‌ها از نظر نرمال بودن با استفاده از آزمون آماری کولموگروف - اسمیرنف بررسی شدند. در صورت نرمال بودن داده‌ها از آزمون‌های پارامتریک مانند تی مستقل، تی زوجی، کای دو، فیشر و در صورت عدم نرمالیتی از معادل‌های ناپارامتریک آن‌ها در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ استفاده شد.

یافته‌ها

در مجموع، ۸۰ نفر در مطالعه شرکت کردند (۴۰ نفر در گروه مداخله و ۴۰ نفر در گروه کنترل). در ابتدای پژوهش، دو گروه از نظر ویژگی‌های فردی شامل سن، جنسیت، وضعیت تأهل، اشتغال، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی، سابقه بستری، بیماری زمینه‌ای و مدت ابتلا به بیماری، تفاوت معناداری نداشتند($p>۰/۰۵$) و از نظر آماری همگن بودند. نتایج نشان داد که بیشتر شرکت‌کنندگان متأهل بوده و سابقه بستری داشتند (**جدول ۲**).

نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که پس از کنترل متغیر مخدوش‌کننده بیماری زمینه‌ای، آموزش مبتنی بر مدل لونتال تأثیر معنی‌داری بر بهبود هر دو پیامد پژوهش داشت. به‌طوری‌که مداخله موجب افزایش معنادار درک از بیماری شد ($p<۰/۰۰۱$، $F=۲۴/۸۵$، $\eta^2=۰/۲۴۴$) و همچنین تبعیت از درمان را به‌طور معنی‌داری ارتقا داد ($p=۰/۰۰۵$، $F=۲۸/۶$، $\eta^2=۰/۲۷۱$). بررسی اثر بیماری زمینه‌ای نیز نشان داد این متغیر تأثیر معنی‌داری بر درک از بیماری ($p=۰/۰۶۹$) و تبعیت از درمان ($p=۰/۷۸۴$) نداشت. بنابراین، تأثیر مشاهده‌شده مداخله مستقل از بیماری‌های زمینه‌ای بیماران بوده و مداخله آموزشی نقش اصلی در بهبود پیامدها را ایفا کرده است. هم چنین بررسی رابطه متغیرهای دموگرافیک دیگر، با نمره ی کل درک از بیماری و تبعیت از درمان نشان داد که هیچ‌گونه ارتباط آماری معنی‌داری بین این متغیرها وجود نداشت ($p>۰/۰۵$). این نتایج نشان می‌دهد که متغیرهای دموگرافیک نقش مخدوش‌کننده‌ای در پیامدهای مطالعه نداشتند و تغییرات مشاهده‌شده در گروه مداخله را می‌توان با اطمینان بیشتری به اثر آموزش مبتنی بر مدل لونتال نسبت داد.

بررسی نرمال‌بودن توزیع نمرات درک از بیماری و تبعیت از درمان و زیرمقیاس‌های آن‌ها، نشان داد که توزیع داده‌ها نرمال بود ($p>۰/۰۵$) . هم‌چنین مقایسه میانگین نمرات دو گروه پیش از مداخله با استفاده از آزمون تی مستقل نشان داد که در هیچ‌یک از ابعاد درک از بیماری و تبعیت از درمان تفاوت معناداری وجود نداشت($p>۰/۰۵$)؛ بنابراین دو گروه پیش از مداخله از نظر این متغیرها نیز همگن بودند.

نتایج نشان داد آموزش مبتنی بر مدل خودتنظیمی لونتال در گروه مداخله منجر به بهبود معنادار در نمرات درک از بیماری و تبعیت از درمان شد، به‌طوری که اختلاف میانگین نمرات قبل و دو ماه پس از مداخله در این گروه از نظر آماری معنادار بود ($p<۰/۰۰۱$). در مقابل، در گروه کنترل تغییر معناداری مشاهده نشد ($p>۰/۰۵$) (**جدول ۳و۴**).

در مرحله ی پس‌آزمون، میان دو گروه در تمام ابعاد درک از بیماری (شامل پیامدها، طول مدت، کنترل شخصی، شناخت علائم، نگرانی، شناخت بیماری و پاسخ عاطفی) و ابعاد تبعیت از درمان (ازجمله اهتمام به درمان، تمایل به مشارکت، توانایی تطابق، تلفیق درمان با زندگی، اصرار به درمان، تعهد به درمان و تردید در اجرای درمان) تفاوت معناداری وجود داشت ($p<۰/۰۵$) و گروه مداخله در تمامی شاخص‌ها نسبت به گروه کنترل نمرات بالاتری کسب کرد (**جدول ۳ و ۴**).

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.22034/IJHEP.14.2.30]

جدول۲. ویژگی‌های جمعیت شناختی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر در دو گروه مداخله و کنترل

	متغیرها	گروه مداخله		گروه کنترل		P-value
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
جنسیت	زن	۲۵	۶۲/۵	۱۹	۴۷/۵	P=۰/۲۶۱
	مرد	۱۵	۳۷/۵	۲۱	۵۲/۵	
وضعیت تأهل	مجرد، همسرفوت شده، مطلقه	۷	۱۷/۵	۴	۱۰	P=۰/۲۴۴
	متأهل	۳۳	۸۲/۵	۳۶	۹۰	
وضعیت اشتغال	شاغل	۷	۱۷/۵	۱۴	۳۵	P=۰/۱۲۶
	غیرشاغل	۳۳	۸۲/۵	۲۶	۶۵	
سطح تحصیلات	زیردیپلم	۳۱	۷۷/۵	۲۶	۶۵	p=۰/۳۴۷
	دیپلم، دانشگاهی	۹	۲۲/۵	۱۴	۳۵	
وضعیت اقتصادی	پایین	۱۲	۳۰	۱۴	۳۵	p=۰/۶۷۷
	متوسط	۲۵	۶۲/۵	۲۱	۵۲/۵	
	بالا	۳	۷/۵	۵	۱۲/۵	
سابقه بستری	دارد	۳۲	۸۰	۳۷	۹۲/۵	p=۰/۱۹۳
	ندارد	۸	۲۰	۳	۷/۵	
بیماری زمینه‌ای	دارد	۳۵	۸۷/۵	۳۱	۷۷/۵	p=۰/۳۷۸
	ندارد	۵	۱۲/۵	۹	۲۲/۵	
	سن (بر حسب سال)	۵۱/۳ ± ۹/۳۳		۵۴/۰۸ ± ۸/۷۹		p=۰/۱۷۹
	مدت زمان ابتلا (برحسب سال)	۲/۳۵ ± ۱/۶۰		۲/۱۰ ± ۱/۴۸		p=۰/۴۷۱

تجزیه و تحلیل نتایج نشان داد که قبل از مداخله، در گروه مداخله ۶۰٪ از بیماران درک از بیماری ضعیف و ۴۰٪ درک متوسط داشتند، در حالی که در گروه کنترل ۴۷/۵٪ درک ضعیف و ۵۲/۵٪ درک متوسط داشتند. پس از مداخله، درک از بیماری در گروه مداخله بهبود چشمگیری یافت؛ به‌طوری که تنها ۲/۵٪ بیماران درک ضعیف و ۹۷/۵٪ درک متوسط داشتند.

تمامی شرکت‌کنندگان گروه مداخله قبل و بعد از مداخله در سطح متوسط تبعیت از درمان قرار داشتند.

جدول ۳. مقایسه ی میانگین نمره ی ابعاد درک از بیماری قبل و بعد از مداخله در دو گروه کنترل و مداخله در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر

ابعاد درک از بیماری	قبل از مداخله/بعد از مداخله / تغییرات نتیجه آزمون تی‌زوجی	مداخله میانگین± انحراف معیار	کنترل میانگین ±انحراف معیار	نتیجه آزمون تی مستقل
درک از بیماری	قبل از مداخله	۱۹/۶۳ ± ۴/۶۱۷	۲۱/۴۵ ± ۴/۷۹۳	P =۰/۰۸۷
	بعد از مداخله	۲۶/۲۰ ± ۳/۳۴۵	۲۱/۳۸ ± ۴/۸۲۹	P<۰/۰۰۱
	تغییرات	۶/۵۷ ± ۱/۲۷۲	۰/۰۷ ± ۰/۰۳۴	p<۰/۰۰۱
	نتیجه آزمون تی‌زوجی	P<۰/۰۰۱	P=۰/۰۸۳	
پیامدها	قبل مداخله	۳/۱۳ ± ۱/۵۷۲	۳/۴۰ ± ۱/۷۹۵	P=۰/۴۶۸
	بعد مداخله	۴/۱۰ ± ۱/۱۹۴	۳/۴۰ ± ۱/۷۹۵	P=۰/۰۴۴
	تغییرات	۰/۹۷۵ ± ۰/۳۷۸	۰	p<۰/۰۰۱
	نتیجه آزمون تی‌زوجی	P<۰/۰۰۱	P=۱	
طول مدت	قبل مداخله	۲/۸۳ ± ۱/۵۵۱	۲/۶۵ ± ۱/۴۰۶	P=۰/۵۹۷
	بعد مداخله	۳/۵۵ ± ۱/۱۹۷	۲/۶۵ ± ۱/۴۰۶	P=۰/۰۰۳
	تغییرات	۰/۷۲۵ ± ۰/۳۵۴	۰	p<۰/۰۰۱
	نتیجه آزمون تی‌زوجی	P <۰/۰۰۱	P=۱	
کنترل شخصی	قبل مداخله	۲/۵۸ ± ۱/۱۷۸	۲/۵۸ ± ۱/۰۳۵	P=۱
	بعد مداخله	۳/۱۸ ± ۰/۹۵۱	۲/۵۸ ± ۱/۰۳۵	P=۰/۰۰۹
	تغییرات	۰/۶ ± ۰/۲۲۷	۰	p<۰/۰۰۱
	نتیجه آزمون تی‌زوجی	P <۰/۰۰۱	P=۱	
شناخت علائم	قبل مداخله	۲/۲۰ ± ۱/۰۹۱	۲/۵۳ ± ۱/۱۳۲	P=۰/۱۹۵
	بعد مداخله	۳/۰۵ ± ۰/۹۰۴	۲/۵۳ ± ۱/۱۳۲	P =۰/۰۲۵

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.22034/IJHEP.14.2.30]

	تغییرات	۰/۸۵۰ ± ۰/۱۸۷	۰	p<۰/۰۰۱
	نتیجه آزمون تی‌زوجی	P<۰/۰۰۱	P=۱	
کنترل درمان	قبل مداخله	۱/۹۸ ± ۱/۰۷۸	۲/۳۵ ± ۱/۱۲۲	P=۰/۱۳۱
	بعد مداخله	۲/۸۳ ± ۰/۸۷۴	۲/۳۰ ± ۱/۰۹۱	P=۰/۰۲
	تغییرات	۰/۸۵۰ ± ۰/۲۰۴	۰/۰۵۰ ± ۰/۰۳۱	p<۰/۰۰۱
	نتیجه آزمون تی‌زوجی	P <۰/۰۰۱	P=۰/۱۶۰	
نگرانی	قبل مداخله	۲/۳۸ ± ۱/۲۹۵	۲/۵۳ ± ۱/۲۱۹	P=۰/۵۹۵
	بعد مداخله	۳/۱۳ ± ۱/۱۵۹	۲/۵۰ ± ۱/۲۴۰	P=۰/۰۲۲
	تغییرات	۰/۸۷ ± ۰/۱۳۶	۰/۰۲۵ ± ۰/۱۵۸	p<۰/۰۰۱
	نتیجه آزمون تی‌زوجی	P<۰/۰۰۱	P=۰/۳۲۳	
شناخت بیماری	قبل مداخله	۲/۰۵ ± ۱/۱۹۷	۲/۴۵ ± ۱/۰۶۱	P=۰/۱۱۸
	بعد مداخله	۲/۹۳ ± ۰/۹۴۴	۲/۴۵ ± ۱/۰۶۱	P =۰/۰۳۸
	تغییرات	۰/۸۷۵ ± ۰/۲۵۳	۰	p<۰/۰۰۱
	نتیجه آزمون تی‌زوجی	P<۰/۰۰۱	P=۱	
پاسخ عاطفی	قبل مداخله	۲/۵۰ ± ۱/۱۹۸	۲/۹۸ ± ۱/۱۲۱	P =۰/۰۷۱
	بعد مداخله	۳/۴۵ ± ۰/۹۵۹	۲/۹۸ ± ۱/۱۲۱	P=۰/۰۴۵
	تغییرات	۰/۹۵۰ ± ۰/۲۳۹	۰	p<۰/۰۰۱
	نتیجه آزمون تی‌زوجی	P <۰/۰۰۱	P=۱	

جدول ۴. مقایسه ی میانگین نمره ی ابعاد تبعیت از درمان قبل و بعد از مداخله در دو گروه کنترل و مداخله در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر

ابعاد تبعیت از درمان	قبل از مداخله/بعد از مداخله نتیجه آزمون تی‌زوجی	مداخله میانگین± انحراف معیار	کنترل میانگین ±انحراف معیار	نتیجه آزمون تی-مستقل
تبعیت از درمان	قبل از مداخله	۷۰/۸۸ ± ۷/۶۲۶	۶۷/۵۵ ± ۷/۵۰۷	p=۰/۰۵۳
	بعد از مداخله	۷۶/۷۰ ± ۷/۵۵۲	۶۷/۵۰ ± ۷/۵۰۰	P<۰/۰۰۱
	تغییرات	۵/۸۲ ± ۰/۰۷۴	۰/۰۵ ± ۰/۲۶۷	P<۰/۰۰۱
	نتیجه آزمون تی‌زوجی	P<۰/۰۰۱	p=۰/۳۲۳	
اهتمام در درمان	قبل مداخله	۱۳/۸۸ ± ۲/۸۷۵	۱۲/۹۳ ± ۲/۶۹۳	p=۰/۱۳۱
	بعد مداخله	۱۴/۷۸ ± ۲/۶۳۶	۱۲/۹۰ ± ۲/۶۹۷	p=.۰/۰۰۲
	تغییرات	۰/۹ ± ۰/۴۹۶	۰/۰۲۵ ± ۰/۱۵۸	p <۰/۰۰۱
	نتیجه آزمون تی‌زوجی	p <۰/۰۰۱	p=۰/۳۲۳	
تمایل به مشارکت در درمان	قبل مداخله	۱۲/۷۸ ± ۳/۰۹۲	۱۱/۷۸ ± ۳/۰۷۶	p=۰/۱۵۱
	بعد مداخله	۱۳/۲۰ ± ۳/۰۴۸	۱۱/۸۰ ± ۳/۰۵۷	p=۰/۰۴۴
	تغییرات	۰/۰۷۵ ± ۰/۲۶۷	۰/۰۲ ± ۰/۰۱۹	p <۰/۰۰۱
	نتیجه آزمون تی‌زوجی	p=۰/۰۰۴	p=۰/۳۲۳	
توانایی تطابق	قبل مداخله	۱۴/۶۸ ± ۳/۴۵۲	۱۳/۴۸ ± ۳/۱۰۵	p=۰/۱۰۶
	بعد مداخله	۱۵/۴۵ ± ۳/۳۶۶	۱۳/۴۸ ± ۳/۱۰۵	p=۰/۰۰۸
	تغییرات	۰/۷۷۵ ± ۰/۴۲۳	۰	p <۰/۰۰۱
	نتیجه آزمون تی‌زوجی	p <۰/۰۰۱	p=۱	
تلفیق درمان با زندگی	قبل مداخله	۹/۲۰ ± ۱/۸۷۰	۹/۳۵ ± ۲/۲۴۸	p=۰/۷۴۷
	بعد مداخله	۱۰/۲۵ ± ۱/۸۰۸	۹/۳۲ ± ۲/۳۰۳	P=۰/۰۴۹
	تغییرات	۱/۰۵۰ ± ۰/۵۰۴	۰/۰۲۵ ± ۰/۱۵۸	p <۰/۰۰۱
	نتیجه آزمون تی‌زوجی	p <۰/۰۰۱	p=۰/۳۲۳	
چسبیدن به درمان	قبل مداخله	۷/۵۰ ± ۲/۳۹۷	۷/۲۵ ± ۱/۹۷۱	p=۰/۶۱۲
	بعد مداخله	۸/۴۰ ± ۲/۱۸۲	۷/۲۳ ± ۱/۹۱۵	p=۰/۰۱۲
	تغییرات	۰/۹ ± ۰/۴۴۱	۰/۰۲۵ ± ۰/۱۵۸	p <۰/۰۰۱
	نتیجه آزمون تی‌زوجی	p <۰/۰۰۱	p=۰/۳۲۳	
تعهد به درمان	قبل مداخله	۷/۲۳ ± ۲/۰۱۹	۷/۳۰ ± ۲/۱۳۹	p= ۰/۸۷۲
	بعد مداخله	۸/۲۸ ± ۱/۹۴۷	۷/۳۰ ± ۲/۱۳۹	p= ۰/۰۳۷
	تغییرات	۱/۰۵۰ ± ۰/۵۵۲	۰	p <۰/۰۰۱
	نتیجه آزمون تی‌زوجی	p <۰/۰۰۱	p=۱	
تردید در اجرای درمان	قبل مداخله	۵/۶۳ ± ۱/۵۴۷	۵/۴۸ ± ۱/۵۱۹	p=۰/۶۶۳
	بعد مداخله	۶/۳۵ ± ۱/۴۶۰	۵/۴۸ ± ۱/۵۱۹	p=۰/۰۱۰
	تغییرات	۰/۷۲۵ ± ۰/۵۵۴	۰	p <۰/۰۰۱
	نتیجه آزمون تی‌زوجی	p <۰/۰۰۱	p=۱	

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.22034/IJHEP.14.2.30]

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر مدل خودتنظیمی لونتال بر درک از بیماری و تبعیت از درمان بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر انجام شد. نتایج نشان داد که این آموزش موجب بهبود معنادار در هر دو متغیر مورد بررسی در گروه مداخله گردید به طوری‌که میانگین نمره‌ی کل درک از بیماری قبل از مداخله ۴/۶۱۷ ± ۱۹/۶۳ و دو ماه بعد از مداخله به ۳/۳۴۵ ± ۲۶/۲۰ افزایش یافته بود، هم چنین تغییرات میانگین نمره ی کل تبعیت از درمان نیز ۰/۰۷۴ ± ۵/۸۲ بود درحالی‌که در گروه کنترل تغییرات معناداری مشاهده نشد.

در حوزه ی درک از بیماری، بررسی ابعاد مختلف نشان داد که آموزش بیشترین تأثیر را در بعد پیامدها داشته است. هم چنین، توزیع سطوح درک بیمار پیش از مداخله بیانگر آن بود که ۶۰ درصد از بیماران در سطح ضعیف و ۴۰ درصد در سطح متوسط قرار داشتند، اما پس از مداخله این الگو به شکل قابل‌توجهی بهبود یافته و تنها ۲/۵ درصد از بیماران در سطح ضعیف باقی ماندند. این تغییرات تأییدکننده ی اثربخشی آموزش طراحی‌شده در بهبود ابعاد کلیدی درک از بیماری است. در زمینه تبعیت از درمان نیز یافته‌ها نشان داد که آموزش بیشترین اثر را بر بعد تعهد به درمان داشته است و بر اساس دسته‌بندی درصدی نمرات تبعیت از درمان، تمامی شرکت‌کنندگان گروه مداخله قبل و بعد از مداخله در سطح متوسط قرار داشتند. با این حال، تحلیل آماری تغییرات میانگین نمرات تبعیت از درمان نشان داد که بهبود نمرات پس از مداخله معنادار بوده است ($p<0/05$). این نتایج نشان می‌دهد که با وجود باقی ماندن افراد در همان دسته‌بندی کلی، سطح تبعیت از درمان آن ها به صورت قابل توجهی افزایش یافته است.

یافته‌های این مطالعه با نتایج پژوهش حسینی و همکاران (۲۰۲۳) هم‌راستاست. آن‌ها در مطالعه‌ای بر بیماران مبتلا به فشار خون دریافتند که آموزش‌های مبتنی بر مدل خودتنظیمی لونتال باعث بهبود درک از بیماری و ارتقاء سبک زندگی شد (۳۲) .هم چنین، رجبلو و همکاران (۲۰۲۱) نیز گزارش کردند که اجرای جلسات آموزشی و پیگیری تلفنی براساس همین مدل توانست پایبندی به درمان را در بیماران مبتلا به فشار خون افزایش دهد (۲۵). نتایج مشابهی نیز در مطالعه فال و همکاران (۲۰۲۱) بر بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مشاهده شد؛ آنان دریافتند که آموزش مبتنی بر مدل لونتال با اصلاح باورهای بیمار نسبت به بیماری، به بهبود تبعیت از درمان و کیفیت زندگی منجر شد (۲۴).

از آن جا که بیماری عروق کرونر یکی از شایع‌ترین علل مرگ‌ومیر در سراسر جهان به شمار می‌رود (۱)، درک صحیح بیماران از ماهیت بیماری و لزوم تبعیت از درمان، نقش کلیدی در کنترل و پیشگیری از عوارض آن ایفا می‌کند (۹). در این میان، مدل خودتنظیمی لونتال با تکیه بر شناسایی و اصلاح باورهای نادرست بیمار درباره بیماری، چارچوبی مؤثر برای مداخلات آموزشی فراهم می‌آورد (۳۳).

با این حال، برخی یافته‌ها در پژوهش‌های دیگر با نتایج مطالعه حاضر همسو نبوده‌اند. برای نمونه، مطالعه ی واس و همکاران (۲۰۱۸) که بر روی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ که اخیراً یک رویداد حاد عروق کرونر را تجربه کرده بودند انجام شد و هدف آن بررسی تأثیر مداخله ی آموزشی مبتنی بر مدل خودتنظیمی بر ابعاد مختلف ادراک بیماری بود، یافته‌هایی متفاوت با نتایج پژوهش حاضر نشان داد. بر اساس نتایج این پژوهش، مداخله تنها موجب بهبود دو بُعد از ادراک بیماری شامل شناخت بیماری و کنترل درمان شد، درحالی‌که سایر ابعاد مانند پیامدهای بیماری، هویت، نگرانی، کنترل شخصی و بُعد هیجانی تغییر معناداری نشان ندادند. افزون بر این، اگرچه بهبود فهم بیماری با وضعیت سلامت بهتر مرتبط بود، اما تغییرات ایجادشده در ادراک بیماری نتوانستند به‌عنوان یک میانجی قوی بین مداخله و وضعیت سلامت بیماران عمل کنند (۳۴). به نظر می‌رسد تفاوت در ویژگی‌های جمعیت مورد مطالعه، محتوا و مدت مداخله، و هم‌چنین تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی بین جوامع، از عوامل مؤثر در این تفاوت‌ها باشد.

نقاط قوت، محدودیت‌ها، پیشنهادات: از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به روش خودگزارشی برای جمع‌آوری داده‌ها از طریق پرسشنامه، حجم نمونه‌ی محدود و انجام پژوهش در یک منطقه‌ی جغرافیایی اشاره کرد: بنابراین نتایج قابل تعمیم تمامی افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر نیست، از این رو لازم است تا مطالعات با حجم نمونه بزرگتر انجام شود که قابل تعمیم به گروه بیشتری از این بیماران باشد. هم چنین لازم است در مطالعات آتی آموزش مبتنی بر مدل لونتال با سایر مداخلات آموزشی (مانند

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-14]
[DOI: 10.22034/IJHEP.14.2.30]

آموزش مبتنی بر خودکارآمدی، آموزش فردمحور، آموزش مبتنی بر پروژه) مقایسه شود تا بهترین استراتژی برای آموزش مشخص شود.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش فردی مبتنی بر مدل خودتنظیمی لونتال و با استفاده از کتابچه آموزشی توانست تمام ابعاد درک از بیماری شامل (پیامدها، طول مدت، کنترل شخصی، شناخت علائم، کنترل درمان، نگرانی، شناخت بیماری و پاسخ عاطفی) و هم چنین ابعاد تبعیت از درمان شامل (اهتمام در درمان، تمایل به مشارکت در درمان، توانایی تطابق، تلفیق درمان با زندگی، چسبیدن به درمان، تعهد به درمان، تردید در اجرای درمان) را بهبود دهد ($p<۰/۰۵$) این یافته‌ها نشان می‌دهد که استفاده از آموزش ساختاریافته فردی همراه با کتابچه راهنما می‌تواند هر یک از ابعاد مشخصی از ادراک و رفتار درمانی بیماران را به طور مؤثر تغییر دهد.

کاربرد این یافته‌ها در عمل، به تیم‌های درمانی، به‌ویژه پرستاران، روانشناسان سلامت و مربیان آموزش به بیمار، این امکان را می‌دهد که از چارچوب مدل لونتال در طراحی برنامه‌های آموزشی هدفمند استفاده کنند. استفاده از این مدل می‌تواند در ارتقاء تبعیت بیماران از درمان، کاهش عوارض ناشی از بیماری، کاهش نرخ بستری مجدد و در نهایت، بهبود کیفیت زندگی بیماران نقش مؤثری داشته باشد.

با توجه به شیوع بالای بیماری‌های قلبی-عروقی و اهمیت مداخلات غیردارویی در کنترل آن‌ها، توصیه می‌شود مدیران نظام سلامت، این مدل را به‌عنوان بخشی از برنامه‌های آموزشی بیماران در مراکز درمانی و کلینیک‌های تخصصی قلب مورد استفاده قرار دهند.

همچنین، طراحی بروشورها، کارگاه‌های آموزشی و جلسات مشاوره بر اساس اصول مدل خودتنظیمی، می‌تواند به‌عنوان رویکردی کم‌هزینه و مؤثر در مدیریت بیماری‌های مزمن گسترش یابد.

در نهایت، انجام مطالعات آینده‌نگر با حجم نمونه بیشتر و پیگیری‌های بلندمدت می‌تواند شواهد دقیق‌تری در مورد پایداری اثرات این نوع مداخله‌ی آموزشی فراهم آورد و به تصمیم‌گیری سیاست‌گذاران در زمینه‌ی ارتقاء سلامت عمومی کمک کند.

تشکر و قدردانی: این مطالعه حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی بوده است که دانشگاه علوم پزشکی زاهدان (کدطرح: ۱۱۴۰۸) آن را تصویب کرده است. بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان و دانشکده پرستاری مامایی زاهدان تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع: نویسندگان هیچ گونه تضاد منافعی در ارتباط با این مقاله ندارند.

حمایت مالی: مطالعه‌ی حاضر حاصل طرح پژوهشی به شماره‌ی ۱۱۴۰۸ در دانشگاه علوم پزشکی زاهدان است.

ملاحظات اخلاقی: مطالعه‌ی حاضر به تایید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زاهدان با کد IR.Zaums.REC.1403.330 رسیده و از شرکت‌کنندگان برای شرکت در مطالعه، رضایت‌نامه‌ی آگاهانه‌ی کتبی اخذ شده است.

سهم نویسندگان: تمام نویسندگان در نگارش مقاله سهیم بودند.

References

1. Unal E, Giakoumidakis K, Khan E, Patelarou E. Mobile phone text messaging for improving secondary prevention in cardiovascular diseases: A systematic review. Heart & Lung. 2018;47 (4):351-9. https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2018.05.009 PMid:29803297
2. Sacks FM, Lichtenstein AH, Wu JH, Appel LJ, Creager MA, Kris-Etherton PM, et al. Dietary fats and cardiovascular disease: a presidential advisory from the American Heart Association. Circulation. 2017;136 (3):e1-e23. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000510 PMid:28620111
3. Fahimfar N, Khalili D, Sepanlou SG, Malekzadeh R, Azizi F, Mansournia MA, et al. Cardiovascular mortality in a Western Asian country: results from the Iran Cohort Consortium. BMJ open. 2018;8 (7):e020303.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.22034/IJHEP.14.2.30]

https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020303 PMid:29980541 PMCid:PMC6042599

4. Benjamin IJ, Griggs R, Wing E, Fitz G. Cecil Essentials of Medicine. 9 edNinth ،editor. 2016.
5. Attaallah SA, Peters RM, Benkert R, Yarandi H, Oliver-McNeil S, Hopp F. Testing a middle-range theory of heart failure self-care. Nursing Science Quarterly. 2021;34 (4):378-91. https://doi.org/10.1177/08943184211031590 PMid:34538183
6. Kehler DS. Age-related disease burden as a measure of population ageing. The Lancet Public Health. 2019;4 (3):e123-e4. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30026-X PMid:30851865
7. Rogers J, Collins G, Husain M, Docherty M. Identifying and managing functional cardiac symptoms. Clinical Medicine. 2021;21 (1):37. https://doi.org/10.7861/clinmed.2020-0934 PMid:33479066 PMCid:PMC7850202
8. Staniute M, Brozaitiene J, Burkauskas J, Kazukauskiene N, Mickuviene N, Bunevicius R. Type D personality, mental distress, social support and health-related quality of life in coronary artery disease patients with heart failure: a longitudinal observational study. Health and quality of life outcomes. 2015;13 (1):1-11. https://doi.org/10.1186/s12955-014-0204-2 PMid:25608461 PMCid:PMC4311474
9. Poshtchaman Z, Jadid Milani M, Atashzadeh Shorideh F, Akbarzadeh Baghban A. Assessing patient adherence to treatment after coronary artery bypass graft. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2015;22 (4):668-75.
10. Mehdi HS, Salhehoddin B. Treatment adherence in diabetic patients: an important but forgotten issue. Journal of Diabetic Nursing. 2018;6 (1).
11. Dugunchi F, Mudgal SK, Marznaki ZH, Shirafkan H, Abrotan S, Jafarian F, Pourkia R. Levels of adherence to treatment, illness perception and acceptance of illness in patients with coronary artery disease-descriptive and correlational study. BMC Cardiovascular Disorders. 2024;24 (1):171. https://doi.org/10.1186/s12872-024-03827-w PMid:38509506 PMCid:PMC10953129
12. Zakeri MA, Tavan A, Nadimi AE, Bazmandegan G, Zakeri M, Sedri N. Relationship Between Health Literacy, Quality of Life, and Treatment Adherence in Patients with Acute Coronary Syndrome. HLRP: Health Literacy Research and Practice. 2023;7 (2):e71-e9. https://doi.org/10.3928/24748307-20230320-01 PMid:37053051 PMCid:PMC10104679
13. Rezai Asl H, Pishgooi SAH, 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. https://doi.org/10.29252/mcs.4.1.58
14. Almarwani AM, Almarwani BM. Factors predicting medication adherence among coronary artery disease patients in Saudi Arabia: A descriptive study. Saudi Medical Journal. 2023;44 (9):904. https://doi.org/10.15537/smj.2023.44.9.20230293 PMid:37717959 PMCid:PMC10505289
15. Anderson L, Brown JP, Clark AM, Dalal H, Rossau HKK, Bridges C, Taylor RS. Patient education in the management of coronary heart disease. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017 (6). https://doi.org/10.1002/14651858.CD008895.pub3 PMid:28658719 PMCid:PMC6481392
16. Miyazaki M, Nakashima A, Nakamura Y, Sakamoto Y, Matsuo K, Goto M, et al. Association between medication adherence and illness perceptions in atrial fibrillation patients treated with direct oral anticoagulants: an observational cross-sectional pilot study. PloS one. 2018;13 (9):e0204814.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.22034/IJHEP.14.2.30]

https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204814 PMid:30265710 PMCid:PMC6161891
17. Jayanti A, Foden P, Wearden A, Mitra S. Illness beliefs in end stage renal disease and associations with self-care modality choice. PloS one. 2016;11 (7):e0154299 https://doi.org/10.1371/journal.pone.0154299 PMid:27368055 PMCid:PMC4930164
18. Moghimian A, EbrahimiDaryani N, Yaraghchi A, Jomehrie F, Rezaei O. Predicting quality of life on the basis of illness perception in patients with irritable bowel syndrome. Govaresh. 2013;18 (3):164-71.
19. Eydi M, Najafi Ghezeljeh T, Haghani S. The prediction of self-care behaviors and quality of life based on disease perception in patients with heart failure. Iran J Nurs. 2020;33 (124):13-26
20. Maron DJ, Hochman JS, Reynolds HR, Bangalore S, O'Brien SM, Boden WE, et al. Initial invasive or conservative strategy for stable coronary disease. New England Journal of Medicine. 2020;382 (15):1395-407https://doi.org/10.1056/NEJMoa1915922 PMid:32227755 PMCid:PMC7263833
21. Choi ES, Lee J. Effects of a face-to-face self-management program on knowledge, self-care practice and kidney function in patients with chronic kidney disease before the renal replacement therapy. Journal of Korean Academy of Nursing. 2012;42 (7):1070-8. https://doi.org/10.4040/jkan.2012.42.7.1070 PMid:23377603
22. Khodaparast S, Soleimani MA, Bahrami N, Mafi M. Effect of Leventhal's Self-Regulatory Model on Illness Perception in Women with Gestational Diabetes: A Randomized Controlled Clinical Trial. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2019;29 (177):111-23.
23. Taheri-Kharameh Z, Hazavehei SMM, Ramezani T, Vahedi A, Khoshro M, Sharififard F. The assessment of illness perception and adherence to therapeutic regimens among patients with hypertension. Journal of Education and Community Health. 2016;3 (2):9-15. https://doi.org/10.21859/jech-03022
24. Fall E, Chakroun-Baggioni N, Böhme P, Maqdasy S, Izaute M, Tauveron I. Common sense model of self-regulation for understanding adherence and quality of life in type 2 diabetes with structural equation modeling. Patient Education and Counseling. 2021;104 (1):171-8. https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.06.023 PMid:32631647
25. Rajabloo M, Mohammadpour A, Sajjadi M. The effect of education based on Leventhal's model on adherence to treatment and control of blood pressure in patients with hypertension. Nursing Practice Today. 2021;8 (4):333-44. https://doi.org/10.18502/npt.v8i4.6709
26. Fernandes S. The Leventhal' s Self-regulatory Model in Breast Cancer. Análise Psicológica. 2020;38 (1):51-63. https://doi.org/10.14417/ap.1701
27. Marselin A, Amalia L, Dinarti LK. The interventions to improve medication adherence in coronary heart disease patient: A systematic review. Journal of the Saudi Heart Association. 2023;35 (4):259. https://doi.org/10.37616/2212-5043.1356 PMid:38116401 PMCid:PMC10727132
28. Seyrafidalir A, Azami H, Oshvandi K, Tapak L, Hosseini SK, Azizi A. The effects of education based on Leventhal's self-regulation model on self-, care and quality of life among patients with heart failure: A clinical trial. 2023.
29. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. Journal of psychosomatic research. 2006;60 (6):631-7. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020 PMid:16731240

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.22034/IJHEP.14.2.30]

30. Valipoor F, Rezaei F. Assessment of illness perception in the patients with diabetes mellitus and its association with control of blood sugar in the patients referring to Tohid Hospital in Sanandaj city. 2013.
31. Modanloo M. Development and psychometric tools adherence of treatment in patients with chronic (dissertation). Tehran: Iran University of Medical Sciences. 2013.
32. Saranjam F, Afrasiabifar A, Alamdari A, Hosseini N. Effect of Leventhal's self-regulatory intervention on the hypertensive patients' illness perception and lifestyle: a randomized controlled trial. BMC Cardiovascular Disorders. 2023;23 (1):50. https://doi.org/10.1186/s12872-023-03049-6 PMid:36703112 PMCid:PMC10127530
33. Ghiyasvandian S. The effect of education based on Leventhal's model on perception of disease in diabetic patients. Iranian Journal of Nursing Research. 2019;13 (6):76-82
34. Vos RC, Kasteleyn MJ, Heijmans MJ, de Leeuw E, Schellevis FG, Rijken M, et al. Disentangling the effect of illness perceptions on health status in people with type 2 diabetes after an acute coronary event. BMC family practice. 2018;19:1-10. https://doi.org/10.1186/s12875-018-0720-y PMid:29499658 PMCid:PMC5833109

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.22034/IJHEP.14.2.30]