

December-January 2021, Volume 10, Issue 6

The Effectiveness of Education Based on "Health Belief Model" on the Illness Perception and Respiratory Quality in Patients with Asthma

Leila Asani¹, Mehrdad Sabet^{2*}, Amin Rafiepoor³

1- Department of Health Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

Corresponding author: Mehrdad Sabet, Assistant Professor, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.

Email: mehrdadsabet@yahoo.com

Received: 5 June 2021

Accepted: 7 Nov 2021

Abstract

Introduction: Patients with asthma have a weak perception of their illness which seems to affect the respiratory quality in patients. This study aimed to determine the effectiveness of education based on the "Health Belief Model" on the illness perception and respiratory quality in patients with asthma.

Methods: The research method was quasi-experimental with pre-test, post-test, and follow-up design with the control group. The statistical population of this study included patients with asthma referred to Shahid Fayaz -Bakhsh Hospital in Tehran in 2020. Among them, 30 were selected by purposive sampling method and randomly assigned to two groups of intervention and control. The research instruments included a demographic questionnaire, the "Illness Perception Questionnaire", and the "St. George Respiratory Questionnaire". The content validity of the instruments was measured by qualitative method and the reliability by internal consistency method by calculating Cronbach's alpha coefficient. After performing 6 training sessions for the intervention group, the data were analyzed in SPSS. 24.

Results: The effect of group ($F=16.69$), time ($F=176.97$) and interactive effect of time * groups ($F=129.43$) were significant for the illness perception variable at the level of 0.01 ($P=0.001$). The effect of group ($F=20.19$) at the level of 0.05 ($P=0.013$) and time ($F=163.14$) and the interactive effect of time * groups ($F=104.65$) for the variable of respiratory quality in patients was significant at the level of 0.01 ($P=0.001$).

Conclusions: Education based on the "Health Belief Model" was effective in improving the illness perception and the respiratory quality in patients in patients with asthma. Therefore, health officials and specialists are recommended to provide behavioral interventions such as "Health Belief Model" for patients with asthma along with medical treatments.

Keywords: Asthma, Health Belief, Illness Perception, Respiratory Quality in Patients.

اثربخشی آموزش بر اساس «الگوی اعتقاد بهداشتی» بر ادراک بیماری و کیفیت تنفسی بیماران در بیماران مبتلا به آسم

لیلا آسانی^۱، مهرداد ثابت^{۲*}، امین رفیعی پور^۳

۱- گروه روانشناسی سلامت، واحد بین الملل کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران.

۲- استادیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

۳- استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: مهرداد ثابت، استادیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.
ایمیل: mehrdadsabet@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۸/۱۶

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۳/۱۵

چکیده

مقدمه: بیماران مبتلا به آسم ادراک ضعیفی از بیماری خود دارند که به نظر می رسد کیفیت تنفسی آن ها را نیز تحت تأثیر قرار می دهد. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش بر اساس "الگوی اعتقاد بهداشتی" بر ادراک بیماری و کیفیت تنفسی بیماران مبتلا به آسم بود.

روش کار: روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل بیماران مبتلا به آسم مراجعه کننده به بیمارستان شهید فیاض بخش تهران در سال ۱۳۹۹ بودند. از میان آن ها ۳۰ تن به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در ۲ گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه جمعیت شناختی، "پرسشنامه ادراک بیماری" (Illness Perception Questionnaire) و "پرسشنامه تنفسی سنت جورج" (St. George Respiratory Questionnaire) بود. روایی محتوای ابزارها به روش کیفی و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ اندازه گیری شد. پس از اجرای ۶ جلسه آموزش برای گروه مداخله، داده ها در نرم افزار اسپاس پی اس نسخه ۲۴ تحلیل شد.

یافته ها: اثر گروه ($F=16/69$)، زمان ($F=176/97$) و اثر تعاملی زمان*گروه ها ($F=129/43$) برای متغیر ادراک بیماری در سطح ۰/۰۱ معنادار بود ($P=0/001$). اثر گروه ($F=20/19$) در سطح ۰/۰۵ ($P=0/013$) و زمان ($F=163/14$) و اثر تعاملی زمان*گروه ها ($F=104/65$) برای متغیر کیفیت تنفسی بیماران در سطح ۰/۰۱ معنادار بود ($P=0/001$).

نتیجه گیری: آموزش بر اساس "الگوی اعتقاد بهداشتی" بر بهبود ادراک بیماری و کیفیت تنفسی بیماران در بیماران مبتلا به آسم مؤثر بود. لذا به مسئولین و متخصصان سلامت پیشنهاد می شود که در کنار درمان های پزشکی، زمینه آموزش مداخلات رفتاری نظیر استفاده از "الگوی اعتقاد بهداشتی" را برای بیماران مبتلا به آسم فراهم سازند.
کلیدواژه ها: ادراک بیماری، اعتقاد بهداشتی، آسم، کیفیت تنفسی بیماران.

مقدمه

درون ریز (endocrine) و جریان های فیزیولوژیکی بدن تأثیر می گذارند. این اختلال ها در ارتباط نزدیک با دستگاه سمپاتیک و پاراسمپاتیک بوده و با ضایعات بدنی آشکار همراه اند. از جمله بیماری های روان تنی می توان به آسم اشاره کرد. آسم یک بیماری التهابی دوره ای و مزمن راه های هوایی است که به دلیل افزایش حساسیت به

اختلال های روان تنی (psychosomatic disorders) اختلال هایی هستند که به صورت بدنی ظاهر می شوند، ولی علت آن ها مسائل هیجانی است که بر کارکرد «دستگاه عصبی خودکار» (automatic nervous system)، غدد

لیلا آسانی و همکاران

جسمی و ۵- مؤثر بودن درمان و بهبود (۸). در این راستا، سیدرسولی و همکاران (۹) بر ضرورت ارتقای ادراک بیماری و نقش مؤثر آن در پیروی از درمان اشاره داشته‌اند. در پژوهش امیری و همکاران (۱۰) ادراک بیماران از بیماری آسم سه‌م عمده‌ای در پیش بینی افسردگی بیماران مبتلا به آسم داشت.

لذا بیماران مبتلا به آسم به دلیل شرایط ویژه‌ای که دارند به آموزش سلامت نیاز دارند. هدف آموزش سلامت را در می‌توان ارتقاء سواد سلامتی، اتخاذ رفتار سالم توسط افراد، گروه‌ها و جوامع و گسترش فرهنگ سلامت در سطح جامعه دانست (۱۱). Evers و همکاران (۱۲) چنین مطرح کردند که مداخلات مناسب در این زمینه برای بیماران مبتلا به آسم از «نظریه‌های رفتاری» (Behavioral Theories) بهره گرفته‌اند. ارزش یک آموزش به اثرگذاری آن و تغییر یا ایجاد رفتارهای سلامتی بستگی دارد. تأثیرگذاری آموزشی به استفاده مناسب از نظریه‌های علوم رفتاری بستگی دارد. به این منظور پژوهشگران از الگوهای برای تغییر رفتار کمک گرفته‌اند که یکی از این الگوهای مؤثر در آموزش بهداشت، «الگوی اعتقاد بهداشتی» (Health Belief Model) است. که رفتار را تابعی از دانش و نگرش فرد می‌داند (۱۳).

«الگوی اعتقاد بهداشتی» بر اساس این اندیشه تدوین شده است که ادراک افراد از یک تهدید سلامتی نظیر بیماری موجب می‌شود، رفتارهای آن‌ها به سمت رفتارهای ارتقادهنده سلامت سوق پیدا کند (۱۴). براساس این الگو، بروز رفتار به پیامدهای مورد انتظار از یک عمل بستگی دارد. این الگو دارای ۶ سازه شامل حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده، خودکارآمدی و راهنماها برای عمل می‌باشد. بر اساس سازه‌های این الگو، رفتارهای سالم نتیجه درک حساسیت و شدت مشکل، درک منافع رفتاری مورد نیاز برای اجتناب یا مدیریت مشکل، مواجهه با محرک‌های ارتقادهنده عمل و اطمینان فرد به ظرفیت و توانایی انجام موفقیت‌آمیز رفتار دارد (۱۵). براین اساس اگر افراد باور داشته باشند که مستعد ابتلای به بیماری‌هایی همچون آسم هستند یا در صورت ابتلاء به عوارض آن آگاه باشند (حساسیت درک شده) همچنین، عمق این خطر و جدی بودن عوارض مختلف آن را در زندگی خود درک کنند (شدت درک شده)،

آلرژن‌های محیطی ایجاد می‌شود. نشانه‌های آسم شامل تنگی نفس، افزایش واکنش راه‌های هوایی، خس خس و سرفه است که می‌تواند به شکل یک بیماری خفیف تا شدید و متناوب تا مزمن متفاوت باشد. نگرش به این بیماری مزمن، براساس الگوی زیستی-روانی-اجتماعی، تلفیق ابعاد اجتماعی و روان شناختی آن را ایجاد می‌کند (۱). آسم اختلال رایجی و شایعی که تا سال ۲۰۱۷ زندگی حدود ۳۰۰ میلیون تن را تحت تأثیر قرار داده است و شیوع آن در سرتاسر جهان روبه افزایش است. شیوع آسم در جهان تا سال ۲۰۱۷ به طور متوسط ۴ تا ۷ درصد و میانگین شیوع آسم تا سال ۱۳۹۷ در کل کشور ایران ۸/۹ درصد گزارش شده است. به همین دلیل طی ۳۵ سال اخیر به عنوان مشکل بهداشت عمومی در سرتاسر جهان مورد توجه قرار گرفته و در حال حاضر به عنوان یک عامل مهم ناتوانی و مرگ قابل پیشگیری شناخته شده که از نظر پزشکی هزینه بر است (۲-۴). همچنین مطالعات نشان داده است که شیوع بیماری آسم و برونشیت مزمن در ایران ۴/۸ تا ۵/۶ درصد گزارش شده است (۵).

اخیراً نقش ادراک بیماری (illness perception) بر کیفیت زندگی مبتلایان به بیماری‌های مزمن در کانون توجه قرار گرفته است. ادراک بیماری به معنی باورهای شناختی و عاطفی فرد نسبت به بیماری و درمان آن و همچنین نحوه واکنش هیجانی فرد نسبت به علائم بیماری است (۶). از این رو دیدگاه شخصی افراد زمانی که سلامتی آن‌ها به وسیله بیماری تهدید می‌شود بر چگونگی برخورد فرد با بیماری و مراقبت از خود و همچنین بر پیامدهای روان شناختی و فیزیولوژیکی او مؤثر است (۷). براساس نظریه Leventhal و همکاران (۸) بیماران، رفتار و واکنش هیجانی خود را در برابر بیماری براساس ادراکات خویش از ماهیت، علل، پیامد، کنترل پذیری و درمان پذیری و مدت زمان بیماری، تنظیم می‌کنند. ادراک بیماری شامل اطلاعاتی در ۵ بُعد است، این ۵ بُعد شامل ۱- برچسب و علائم مربوط به بیماری مانند ماهیت یا باور فرد درباره علل بیماری، ۲- علت یا ادراک فرد در زمینه طول مدت بیماری ۳- مدت زمان بیماری، حاد و دوره‌ای یا مزمن بودن ۴- پیامدها و یافته‌های مورد انتظار فرد از بیماری برحسب عوامل کنترل کننده اقتصادی، اجتماعی، روانی و

رفتارهای پیشنهاد شده را در کاهش خطر یا وخامت بیماری مفید بدانند (منافع درک شده) و بتوانند بر عوامل بازدارنده از عمل همچون هزینه، زمان و غیره غلبه کنند (موانع درک شده) و اطمینان لازم به توانایی های خود جهت انجام رفتار به طریقی که به نتیجه مطلوب برسد (خودکارآمدی درک شده) داشته باشند، تمایل بیشتری به شرکت در رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت خواهند داشت (۱۶). در این راستا، محمدی پلارتی و همکاران (۱۷) از مطالعه خود چنین نتیجه گرفتند که مراقبت خانواده محور بر اساس «الگوی اعتقاد بهداشتی» منجر به ارتقای شاخص های بهبودی آسم در کودکان شده و در نتیجه از تحمیل هزینه های اضافی بر بیمار جلوگیری می شود. Naimi و همکاران (۱۸) چنین پیشنهاد کردند که براساس «الگوی اعتقاد بهداشتی» حساسیت ادراک شده نسبت به بیماری آسم و شدت آن در نوجوانان، مزایای انجام اقدامات توصیه شده به منظور جلوگیری و بهبود وضعیت بهداشتی مرتبط با بیماری، موانع موجود در انجام رفتار، راهنمای عمل و احتمال موفقیت آمیز بودن رفتار مرتبط با سلامتی، پیروی از درمان را در این بیماران افزایش می دهد. بشرپور و همکاران (۱۹) دریافتند که اعتقاد بهداشتی و باورهای مربوط به وضعیت و پیامدهای بیماری و چگونگی ادراک بیماری در بیماران مبتلا به بیماری مزمن، در تمایل آن ها به انجام رفتارهای ارتقاءدهنده سلامتی نقش دارد. از سویی، بابائی و همکاران (۲۰) چنین مطرح کردند که مداخله مبتنی بر الگوی تغییر رفتار فردی براساس «الگوی اعتقاد بهداشتی» منجر به بهبود ابعاد سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در بیماران می شود.

امروزه انتخاب یک الگوی آموزشی، برنامه را از آغاز تا پایان در جهت حرکت صحیح نگه می دارد (۲۱). شناخت و ادراک از بیماری، ارزش پیش بینی کننده ای در ارتقای رفتارهای بهداشتی و سلامتی بیماران مبتلا به آسم دارد (۲۲). در این راستا آموزش هایی جهت ارتقای شناخت و ادراک افراد از بیماری شان می تواند مفید باشد. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش بر اساس «الگوی اعتقاد بهداشتی» بر ادراک بیماری و کیفیت تنفسی بیماران مبتلا به آسم انجام شد.

روش کار

روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش آزمون-پس آزمون-پیگیری و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل بیماران مبتلا به آسم مراجعه کننده به بیمارستان شهید دکتر فیاض بخش در تهران در بهار و تابستان سال ۱۳۹۹ بودند که از میان آن ها ۳۰ تن به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در ۲ گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. با مراجعه به جدول Cohen، با توجه به تعداد گروه ها $U=2$ ، سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون $0/8$ و اندازه اثر $0/4$ تعداد نمونه معادل ۱۲ تن برای هر گروه بدست آمد که با در نظر گرفتن ۲۰٪ احتمال ریزش، ۱۵ تن برای هر گروه تعیین شد. از جمله ملاک های ورود به پژوهش حاضر شامل عدم دریافت همزمان مداخله روانشناختی و ابتلا به بیماری های مزمن، رضایت آگاهانه و تمایل به همکاری در این پژوهش و آشنایی با پلت فرم اسکایپ بود. معیارهای خروج از پژوهش حاضر شامل عدم همکاری و تعداد جلسه های غیبت بیشتر از ۲ جلسه بود. به منظور جمع آوری اطلاعات از ابزارهایی به شرح زیر استفاده شد: «پرسشنامه جمعیت شناختی» که شامل سن و جنس، طول ابتلا به بیماری بود.

«پرسشنامه ادراک بیماری» (Illness Perception Questionnaire) توسط Broadbent و همکاران در سال ۲۰۰۶ ساخته شده است (۲۳). در این ابزار به هر یک از عبارات ها یک مولفه تعلق می گیرد و شامل ۹ عبارت است که عبارت ۱ به صورت تشریحی ادراک از بیماری (illness perception) و ۸ عبارت پیامدها (consequences) شامل عبارت ۲، طول مدت بیماری (illness timeline) شامل عبارت ۳، کنترل شخصی (personal control) شامل عبارت ۴، کنترل درمان (treatment control) شامل عبارت ۵، هویت (identity) شامل عبارت ۶، نگرانی (concern) شامل عبارت ۷، پاسخدهی هیجانی (emotional response) شامل عبارت ۸ و درک بیماری (illness understanding) شامل عبارت ۹ را در یک مقیاس لیکرت ۱۰ درجه ای از ۱ تا ۱۰ مورد ارزیابی قرار می دهند.

در این ابزار مولفه های نگرانی و پاسخدهی هیجانی به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. در این ابزار حداقل نمره ۹ و حداکثر نمره ۹۰ و کسب نمره بالاتر در این ابزار به معنای میزان بالاتری از ادراک بیماری است.

لیلا آسانی و همکاران

نمره صفر تا ۲۰ نشانگر ادراک ضعیف از بیماری، نمره ۲۰ تا ۶۰ نشانگر ادراک متوسط و نمره ۶۱ به بالا نشانگر ادراک بالا از بیماری است (۲۳).

Broadbent و همکاران (۲۳) ویژگیهای روانسنجی «پرسشنامه ادراک بیماری» را بر روی نمونه ای شامل ۷۸۸ تن بیمار که در ۵ گروه بیماری کلیوی (۱۳۲ تن)، دیابت نوع ۲ (۱۱۹ تن)، آسم (۳۰۹ تن) بیماری های جزئی (آلرژی، سرماخوردگی، سردرد) (۱۶۶ تن)، درد قفسه سینه (۶۲ تن) و سکتته قلبی (۱۰۳ تن) ساکن شهر لندن مورد بررسی قرار دادند. روایی همگرایی «پرسشنامه ادراک بیماری» را با «شاخص بیماری آسم جونز» (Jones Asthma Morbidity Index) برای مولفه های پیامدها، طول مدت بیماری، کنترل شخصی، کنترل درمان، هویت، نگرانی، پاسخدهی هیجانی و درک بیماری به ترتیب ۰/۳۹، ۰/۰۲، ۰/۱۸، ۰/۱۳، ۰/۴۲، ۰/۳۲، ۰/۲۵ و ۰/۰۹ و با «پرسشنامه باورها در باره دارو» (Beliefs About Medication Questionnaire) به ترتیب ۰/۴۶، ۰/۲۴، ۰/۱۳، ۰/۱۲، ۰/۳۴، ۰/۴۰، ۰/۳۴ و ۰/۱۳ گزارش کردند. ضریب ثبات به روش بازآزمایی با فاصله زمانی ۳ هفته برای ۱۳۲ تن از بیماران کلیوی برای مولفه های پیامدها، طول مدت بیماری، کنترل شخصی، کنترل درمان، هویت، نگرانی، پاسخدهی هیجانی و درک بیماری به ترتیب ۰/۴۸، ۰/۶۷، ۰/۶۳، ۰/۵۵، ۰/۶۵، ۰/۶۶، ۰/۶۵ و ۰/۴۸ گزارش شد. Machado و همکاران (۲۴) ویژگیهای روانسنجی «پرسشنامه ادراک بیماری» را بر روی نمونه ای شامل ۵۷۱ تن بیمار مبتلا به بیماری های لته ساکن لیسبون پایتخت پرتغال مورد بررسی قرار دادند. روایی سازه با استفاده از روش تحلیل عاملی تأییدی ۱ عامل کلی تأیید شد و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای نمونه فوق برابر با ۰/۹۰ گزارش شد.

«پرسشنامه تنفسی سنت جورج» (St. George Respiratory Questionnaire) ساخته Jones و همکاران (۲۶) شامل ۵۰ عبارت است که کیفیت تنفسی بیماران را به وسیله ۳ مولفه علائم (symptoms) شامل ۸ عبارت از عبارت ۱ تا ۸، فعالیت (activity) شامل ۲۷ عبارت از عبارت ۹ تا ۳۵، و تأثیرگذاری (impact) شامل ۱۵ عبارت از عبارت ۳۶ تا ۵۰ در یک طیف لیکرت از صفر تا ۱۰۰ مورد ارزیابی قرار می دهد. در این ابزار حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۵۰۰۰ و کسب نمره بیشتر در این پرسشنامه به معنای میزان بالاتری از علائم، افول فعالیت ها و میزان تأثیرگذاری منفی بر کارکردهای فرد است. نمره صفر تا ۲۵ نشانگر کیفیت تنفسی بسیار خوب، نمره ۲۶ تا ۵۰ نشانگر کیفیت تنفسی خوب، نمره ۵۱ تا ۷۵ نشانگر کیفیت تنفسی متوسط، نمره ۷۶ تا ۱۰۰ نشانگر کیفیت تنفسی ضعیف و نمره بالاتر از ۱۰۰ نشانگر بیماری تنفسی است (۲۵).

در پژوهش Jones و همکاران (۲۶) ویژگیهای روانسنجی «پرسشنامه تنفسی سنت جورج» را بر روی نمونه ای شامل ۱۴۰ بیمار مبتلا به آسم از ۶ ملیت انگلیس، فنلاند،

نمره صفر تا ۲۰ نشانگر ادراک ضعیف از بیماری، نمره ۲۰ تا ۶۰ نشانگر ادراک متوسط و نمره ۶۱ به بالا نشانگر ادراک بالا از بیماری است (۲۳).

Broadbent و همکاران (۲۳) ویژگیهای روانسنجی «پرسشنامه ادراک بیماری» را بر روی نمونه ای شامل ۷۸۸ تن بیمار که در ۵ گروه بیماری کلیوی (۱۳۲ تن)، دیابت نوع ۲ (۱۱۹ تن)، آسم (۳۰۹ تن) بیماری های جزئی (آلرژی، سرماخوردگی، سردرد) (۱۶۶ تن)، درد قفسه سینه (۶۲ تن) و سکتته قلبی (۱۰۳ تن) ساکن شهر لندن مورد بررسی قرار دادند. روایی همگرایی «پرسشنامه ادراک بیماری» را با «شاخص بیماری آسم جونز» (Jones Asthma Morbidity Index) برای مولفه های پیامدها، طول مدت بیماری، کنترل شخصی، کنترل درمان، هویت، نگرانی، پاسخدهی هیجانی و درک بیماری به ترتیب ۰/۳۹، ۰/۰۲، ۰/۱۸، ۰/۱۳، ۰/۴۲، ۰/۳۲، ۰/۲۵ و ۰/۰۹ و با «پرسشنامه باورها در باره دارو» (Beliefs About Medication Questionnaire) به ترتیب ۰/۴۶، ۰/۲۴، ۰/۱۳، ۰/۱۲، ۰/۳۴، ۰/۴۰، ۰/۳۴ و ۰/۱۳ گزارش کردند. ضریب ثبات به روش بازآزمایی با فاصله زمانی ۳ هفته برای ۱۳۲ تن از بیماران کلیوی برای مولفه های پیامدها، طول مدت بیماری، کنترل شخصی، کنترل درمان، هویت، نگرانی، پاسخدهی هیجانی و درک بیماری به ترتیب ۰/۴۸، ۰/۶۷، ۰/۶۳، ۰/۵۵، ۰/۶۵، ۰/۶۶، ۰/۶۵ و ۰/۴۸ گزارش شد. Machado و همکاران (۲۴) ویژگیهای روانسنجی «پرسشنامه ادراک بیماری» را بر روی نمونه ای شامل ۵۷۱ تن بیمار مبتلا به بیماری های لته ساکن لیسبون پایتخت پرتغال مورد بررسی قرار دادند. روایی سازه با استفاده از روش تحلیل عاملی تأییدی ۱ عامل کلی تأیید شد و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای نمونه فوق برابر با ۰/۹۰ گزارش شد.

بزازیان و بشارت ویژگیهای روانسنجی «پرسشنامه ادراک بیماری» را بر روی نمونه ای شامل ۳۰۰ تن بیمار مبتلا به دیابت نوع ۱ عضو انجمن بیماران دیابتی ایران مورد بررسی قرار دادند. روایی همگرایی «پرسشنامه ادراک بیماری» را با «سیاه سلامت روان» (Mental Health Inventory) برای مولفه های پیامدها، طول مدت بیماری، کنترل شخصی، کنترل درمان، هویت، نگرانی در مورد بیماری، پاسخدهی هیجانی و درک بیماری به ترتیب ۰/۶۷، ۰/۱۰، ۰/۶۰، ۰/۱۱، ۰/۵۹، ۰/۱۶، ۰/۲۴ و ۰/۶۷ گزارش کردند.

هلند، ایتالیا، تایلند و آمریکا مورد بررسی قرار دادند. روایی سازه با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی ۳ عامل تأیید شد و ضریب ثبات به روش بازآزمایی بر روی نمونه فوق با فاصله زمانی ۲ هفته ۰/۹۱ گزارش شده است. Wilson و همکاران (۲۷) ویژگیهای روانسنجی «پرسشنامه تنفسی سنت جورج» را بر روی نمونه ای شامل ۱۲۰ بیمار انگلیسی مبتلا به برونشکتازی مورد بررسی قرار دادند. روایی همگرا را با «مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستان» (Hospital Anxiety and Depression Scale) برابر با ۰/۵۵ گزارش کردند. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی نمونه فوق برای مولفه های علائم، فعالیت و تأثیرگذاری به ترتیب برابر با ۰/۸۹، ۰/۹۰ و ۰/۹۲ گزارش شد. ضریب ثبات به روش بازآزمایی بر روی نمونه ای شامل ۲۳ بیمار انگلیسی مبتلا به برونشکتازی با فاصله زمانی ۲ هفته ۰/۹۱ گزارش شده است.

فلاح تفتی و همکاران (۲۸) ویژگیهای روانسنجی «پرسشنامه تنفسی سنت جورج» را بر روی نمونه ای شامل ۵۵ بیمار مبتلا به آسم مراجعه کننده به بیمارستان مسیح دانشوری مورد بررسی قرار دادند. روایی سازه با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی ۳ عامل تأیید شد و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی نمونه فوق برابر با ۰/۹۳ گزارش شد. فلاح تفتی و همکاران (۲۹) در پژوهش دیگری، ویژگیهای روانسنجی «پرسشنامه تنفسی سنت جورج» را بر روی نمونه ای شامل ۳۰۱ بیمار مبتلا به آسم مراجعه کننده به بیمارستان مسیح دانشوری مورد بررسی قرار دادند. روایی همگرایی «پرسشنامه تنفسی سنت جورج» را با شاخص ریوی «حجم بازدمی اجباری» (Forced Expiratory Volume) برابر با ۰/۴۲ گزارش کردند. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی نمونه فوق برابر با ۰/۹۱ گزارش شد.

در پژوهش حاضر روایی محتوا به روش کیفی «پرسشنامه ادراک بیماری» و «پرسشنامه تنفسی سنت جورج» برای تمام عبارت ها مورد تأیید ۶ تن از مدرسین روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین المللی کیش قرار گرفت. نتایج حاکی از روایی محتوا مطلوب بود. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ «پرسشنامه ادراک بیماری» و «پرسشنامه تنفسی سنت جورج» بر روی ۳۰ تن بیماران مبتلا به آسم به ترتیب برابر با ۰/۷۶ و ۰/۷۳

به دست آمد.

در مطالعه حاضر جلسات آموزش «الگوی اعتقاد بهداشتی» براساس مداخله ارائه شده توسط Abraham & Sheeran در طی ۶ جلسه در روزهای دوشنبه بعد از ظهر به مدت ۹۰ دقیقه برگزار شد (۳۰). به منظور بررسی بهبود ادراک بیماری در بیماران و کیفیت تنفسی شان، به آن ها تکالیف خانگی ارائه و در هر جلسه تکالیف خانگی جلسه قبل اعم از مرور مطالب کلاسی بررسی می شد.

همچنین به گروه کنترل اطمینان داده شد که بعد از پایان دوره برای گروه مداخله، این دوره برای آن ها نیز برگزار خواهد شد. شرح مطالب آموزشی هر جلسه به تفصیل در ذیل مطرح می شود.

از گروه مداخله درخواست شد که تا پایان دوره گروه مداخله در مورد جلسات گروه کنترل را در جریان نگذارند آموزش بر اساس «الگوی اعتقاد بهداشتی»

جلسه اول: در این جلسه شرکت کننده ها آموختند که براساس اطلاعاتی که افراد از بیماری و علائم شان دریافت کردند، میزان حساسیت بیماری و اهمیت انجام رفتار سلامت و پیشگیری کننده و خودمراقبتی را درک نمایند. جلسه دوم: در این جلسه برای شرکت کنندگان عنوان شد که ادراک فرد از شدت علائم بیماری آسم و پیامدهای ناشی از آن که سبب می شود، فرد رفتار پیشگیری و خودمراقبتی را از عوارض و پیامدهای فردی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی اتخاذ کند.

جلسه سوم: در این جلسه درباره بعد موانع ادراک شده شده برای شرکت کنندگان صحبت شد. بعد موانع ادراک شده شامل آن چیزی است که مانع از انجام رفتارهای پیشگیری کننده از علائم آسم توسط بیمار می گردد.

جلسه چهارم: در این جلسه بعد منافع ادراک شده مورد بحث قرار گرفت، بعد منافع ادراک شده مزایا و سودی است که فرد به دلیل رفتارهای پیشگیری کننده به دست می آورد، به عبارتی دیگر، تجزیه و تحلیل فواید حاصل از انجام رفتارهای پیشگیری کننده است.

جلسه پنجم: در این جلسه راهنما برای عمل به شرکت کنندگان معرفی شد. راهنما برای عمل شامل محرک هایی که بر فرد تأثیر گذاشته و سبب می شود که رفتار پیشگیری از علائم بیماری و رفتارهای خودمراقبتی را جهت پیشگیری و بهبود از عوارض متعدد ناشی از بیماری اتخاذ

دو» (chi-square) و تحلیل واریانس با طرح اندازه گیری مکرر (Analysis of variance with repeated measures) و آماره فیشر (Fisher statistic) و برای آزمون پیش فرض های آزمون از آزمون شاپیرو- ویلک (Shapiro-Wilk test)، آزمون لوین (Levene's test)، آماره ام باکس (M.Box) و آزمون کرویت موخلی و سطوح معناداری ۰/۰۵ و ۰/۰۱ استفاده شد. داده ها در نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۴ تحلیل شد.

یافته ها

در پژوهش حاضر در هر گروه ۷ زن (۴۶/۶۷ درصد) و ۸ مرد (۵۳/۳۳ درصد) حضور داشتند. میانگین و انحراف معیار سن در گروه مداخله $39/66 \pm 5/23$ سال و در گروه کنترل $40/20 \pm$ بود. مقایسه میانگین گروه ها با استفاده از آزمون تی مستقل نشان داد بین ۲ گروه به لحاظ سن تفاوت معناداری وجود ندارد ($P=0/778$). میانگین طول مدت بیماری در گروه مداخله $2/40 \pm 1/12$ سال و در گروه کنترل $3/00 \pm$ بود و مقایسه میانگین گروه ها با استفاده از آزمون تی مستقل نشان داد بین ۲ گروه به لحاظ سن تفاوت معناداری وجود ندارد ($P=0/218$).

در ادامه پیش فرض های تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر مورد بررسی قرار گرفت. آزمون ام. باکس و لوین برای هیچ یک از مراحل پژوهش معنادار نبود، بنابراین، شرط همگنی ماتریس های واریانس- کوواریانس و مفروضه همگنی واریانس برای متغیرهای ادراک بیماری و کیفیت تنفسی بیماران در ۳ مرحله رعایت شده بود. بررسی نتایج آزمون کرویت موخلی در (جدول ۲) نشان داد فرض برابری واریانس های درون آزمودنی ها برای متغیر ادراک بیماری برقرار بود اما برای کیفیت تنفسی بیماران برقرار نبود. (جدول ۱) میانگین، انحراف استاندارد و شاخص شاپیرو- ویلک متغیرهای ادراک بیماری و کیفیت تنفسی بیماران در شرکت کنندگان گروه های مداخله و کنترل، در ۳ مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری را نشان می دهد.

نماید.

جلسه ششم: در جلسه ششم بر پیشگیری و ارتقای خودکارآمدی تمرکز و بحث شد که ارتقای خودکارآمدی و ایجاد اطمینان برای بیمار در مورد توانایی هایش در پیشگیری استفاده می شود.

نحوه اجرای پژوهش به این شکل بود که پس از اخذ مجوز لازم از دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین المللی کیش بیمارستان شهید فیاض بخش، فراخوان شرکت در این پژوهش به همراه شماره تلفن تماس با پژوهشگر در بیمارستان پخش شد. پس از تماس بیماران و اعلام همکاری و رضایت آگاهانه شفاهی، پرسشنامه جمعیت شناختی برای آن ها به صورت «برخط» (online) ارسال شد. بدین ترتیب ملاک های ورود و خروج براساس پاسخ های افراد به پرسشنامه جمعیت شناختی بررسی شد و در نهایت ۳۰ تن انتخاب شدند. لازم به ذکر است که برای رعایت ملاحظات اخلاقی به تمام شرکت کننده ها این اطمینان داده شد که تمام اطلاعات حاصل از این مطالعه تنها به منظور ارائه نتایج در رساله است و تمام اطلاعات آن ها تا آخر محرمانه باقی خواهد ماند. همچنین، به آن ها یادآور شد که هر زمان که مایل بودند می توانند از مطالعه خارج شوند.

پس از گمارش تصادفی شرکت کننده ها، در مرحله بعد، ابزارها به عنوان پیش آزمون بر روی شرکت کننده های گروه مداخله و کنترل قبل از شروع مداخله به اجرا درآمد. سپس، افراد گروه مداخله تحت جلسات آنلاین با پلت فرم اسکایپ آموزش «الگوی اعتقاد بهداشتی» را دریافت کردند و گروه کنترل هیچ نوع مداخله آموزشی دریافت نکرد. در پایان مداخله نیز تمامی شرکت کننده های ۲ گروه، جهت پس آزمون و پس از گذشت ۱ ماه جهت پیگیری پرسشنامه ها را تکمیل کردند. کل مدت دوره ۲ ماه به طول انجامید. به جهت رعایت اصول اخلاقی گروه کنترل نیز از مداخله پس از پایان مطالعه بهره مند شدند.

در پژوهش حاضر جهت توصیف داده ها از میانگین و انحراف معیار و تحلیل داده ها از روش های آماری تی برای گروه های مستقل (independent sample T test) و آزمون کای

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار و آزمون شاپیرو-ویلک مربوط به متغیر ادراک بیماری در گروه‌های مداخله و کنترل در ۳ مرحله پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار	آزمون شاپیرو ویلک	
					آماره	مقدار احتمال
ادراک بیماری	پیش آزمون	مداخله	۳۵/۳۹	۳/۱۷	۰/۸۴۱	۲۸
		کنترل	۳۵/۶۰	۲/۲۳	۰/۹۲۸	۲۸
	پس آزمون	مداخله	۳۹/۶۰	۲/۷۳	۰/۸۹۴	۲۸
		کنترل	۳۵/۹۶	۲/۱۱	۰/۹۲۲	۲۸
		مداخله	۳۹/۸۲	۲/۹۵	۰/۹۳۲	۲۸
		کنترل	۳۵/۹۲	۲/۲۵	۰/۹۴۵	۲۸
کیفیت تنفسی بیماران	پیش آزمون	مداخله	۱۴/۴۶	۱/۸۸	۰/۹۴۱	۲۸
		کنترل	۱۳/۹۲	۲/۷۶	۰/۸۸۷	۲۸
	پس آزمون	مداخله	۹/۳۹	۱/۴۲	۰/۹۳۵	۲۸
		کنترل	۱۳/۳۲	۲/۵۵	۰/۹۱۷	۲۸
		مداخله	۹/۲۵	۱/۴۸	۰/۹۳۸	۲۸
		کنترل	۱۳/۳۵	۲/۶۱	۰/۹۳۶	۲۸

آزمون شاپیرو-ویلک مورد بررسی قرار گرفت نشان داد که متغیرهای ادراک بیماری و کیفیت تنفسی بیماران در هر ۳ گروه و هر ۳ مرحله پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری دارای توزیع نرمال بود و فرض نرمال بودن رد نشد.

(جدول ۱) نشان می‌دهد که میانگین نمره ادراک بیماری و علائم بیماری در گروه‌های مداخله و گروه کنترل در پس آزمون و پیگیری متفاوت شده است. براساس (جدول ۱) نتایج بررسی پیش فرض نرمال بودن که به وسیله

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در تبیین اثرات درون گروهی، بین گروهی و تعاملی

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	آماره فیشر	مقدار احتمال	مجذور اتا
ادراک بیماری	گروه	۲۲۴/۰۲	۱	۲۲۴/۰۲	۱۹/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۱۹۳
	زمان	۲۰۲/۹۶	۲	۱۰۴/۴۸	۱۷۶/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۷۶۶
کیفیت تنفسی بیماران	زمان * گروهها	۱۴۸/۴۴	۲	۷۴/۲۲	۱۲۹/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۷۰۶
	گروه	۲۵۰/۱۴	۱	۲۵۰/۱۴	۲۰/۱۹	۰/۰۱۳	۰/۲۷۲
	زمان	۳۲۶/۱۵	۱/۶۳	۱۹۹/۶۲	۱۶۳/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۷۵۱
	زمان * گروهها	۲۰۹/۲۲	۱/۶۳	۱۲۸/۰۵	۱۰۴/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۶۶۰

(جدول ۲) نشان می‌دهد اثر گروه ($F=163/14, P=0/001, \eta^2=0/193$) و اثر تعاملی زمان*گروهها ($F=129/43, P=0/001, \eta^2=0/706$) و اثر زمان ($F=176/97, P=0/001, \eta^2=0/766$) برای متغیر ادراک بیماری معنادار بود. بنابراین، چنین نتیجه گیری شد که آموزش بر ادراک بیماری و کیفیت تنفسی بیماران آسم اثر بخش است و اثربخشی آن در یک دوره پیگیری ۳ ماهه تداوم دارد.

(جدول ۲) نشان می‌دهد اثر گروه ($F=163/14, P=0/001, \eta^2=0/193$) و اثر زمان ($F=176/97, P=0/001, \eta^2=0/766$) و اثر تعاملی زمان*گروهها ($F=129/43, P=0/001, \eta^2=0/706$) برای متغیر ادراک بیماری معنادار بود. اثر گروه ($F=20/19, P=0/013, \eta^2=0/272$) و اثر زمان ($F=326/15, P=0/001, \eta^2=0/751$) برای متغیر کیفیت تنفسی بیماران معنادار بود.

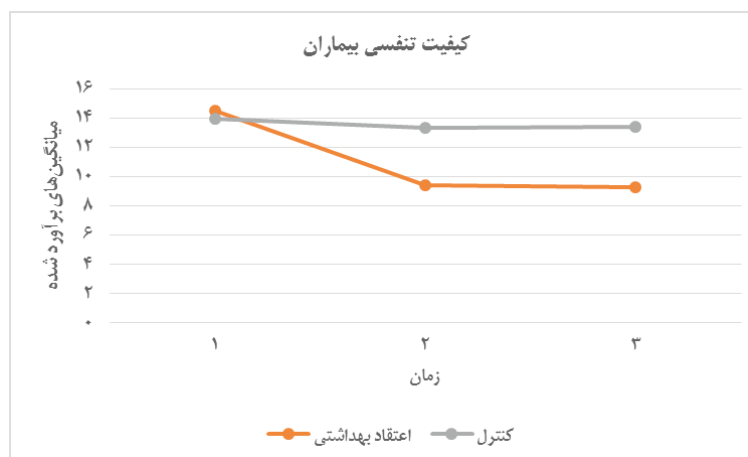
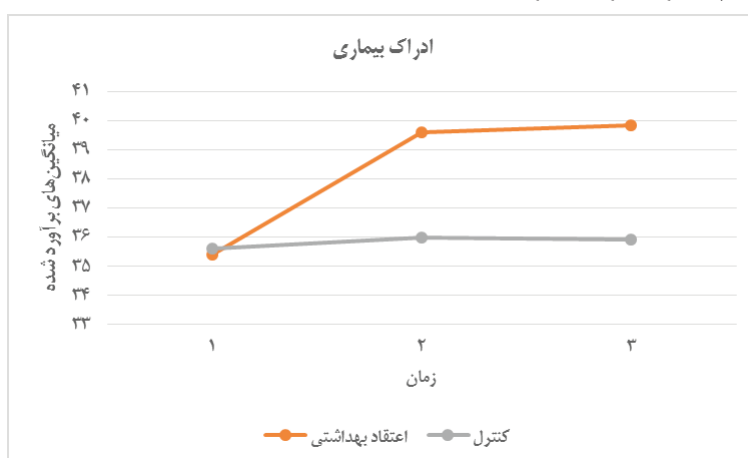
لیلا آسانی و همکاران

جدول ۳: نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه‌های زوجی اثر زمان ها

متغیر	تفاوت زمانها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
ادراک بیماری	پیش آزمون	-۲/۱۷	۰/۱۴۱	۰/۰۰۱
	پس آزمون	-۲/۲۶	۰/۱۳۵	۰/۰۰۱
کیفیت تنفسی بیماران	پس آزمون	-۰/۰۸۹	۰/۱۴۰	۱/۰۰۰
	پیش آزمون	۲/۹۲	۰/۲۰۱	۰/۰۰۱
	پیگیری	۲/۹۸	۰/۲۱۸	۰/۰۰۱
	پس آزمون	-۰/۰۵۴	۰/۱۳۹	۱/۰۰۰

بیماری و کیفیت تنفسی بیماران در گروه مداخله و ماندگاری این تأثیر در مرحله پیگیری بود.

(جدول ۳) نشان می دهد نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی حاکی از تفاوت معنادار میانگین‌های مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری برای متغیرهای ادراک



شکل ۱. اثربخشی مداخله الگوی اعتقاد بهداشتی بر میانگین‌های ادراک بیماری و کیفیت تنفسی بیماران در ۳ مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

بهداشتی“ بر کیفیت تنفسی بیماران مبتلا به آسم اثربخش بود. این نتایج با نتایج حاصل از پژوهش های Evers و همکاران (۱۲)؛ محمد پلارتنی و همکاران (۱۷)؛ Naimi و همکاران (۱۸)؛ بشرپور و همکاران (۱۹) و بابائی و همکاران (۲۰) همسو بود و مداخله ناهمسویی یافت نشد و پژوهش

بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش “الگوی اعتقاد بهداشتی“ بر ادراک بیماری و کیفیت تنفسی بیماران مبتلا به آسم بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد آموزش “الگوی اعتقاد

فوق به بررسی بیماری‌های غیر از بیماران مبتلا به آسم یا به بررسی این مداخله در سنین کودکی و نوجوانی پرداخته اند. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت بر اساس مفروضه اصلی "الگوی اعتقاد بهداشتی"، ادراک افراد در رابطه با مشکلات سلامت و میزان ارزیابی‌های وی، بیشترین تأثیر را بر حالات و پیامدهای سلامتی او خواهد داشت و باورهای بیمار در مورد وضعیت سلامتی و احتمال بروز بیماری، اثر مهمی در انجام فعالیت‌های مرتبط با پیشگیری از بیماری دارد و وجود باورهای غیرمنطقی سلامت عامل خطر مهمی برای پیدایش بیماری‌ها است (۳۱)؛ همچنانکه محمدی پلارتی و همکاران (۱۷) اشاره داشته‌اند که "الگوی اعتقاد بهداشتی" موجب بهبود شاخص‌های سلامت در بیماران می‌شود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد آموزش "الگوی اعتقاد بهداشتی" بر ادراک بیماری، بیماران مبتلا به آسم اثربخش بود. این نتایج با نتایج حاصل از پژوهش‌های Evers و همکاران (۱۲)؛ محمدی پلارتی و همکاران (۱۷)؛ Naimi و همکاران (۱۸)؛ بشرپور و همکاران (۱۹) و بابائی و همکاران (۲۰) همسو بود و مداخله ناهمسویی یافت نشد. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت این الگو بر پایه نظریه رفتار طرح ریزی شده قرار دارد که رابطه بین نگرش و اعمال را مورد بررسی قرار می‌دهد. عقاید افراد درباره پیامدهای رفتارشان باورهای آن‌ها را شکل می‌دهد که بر اساس احتمالات ذهنی در ذهن افراد درباره نتایج احتمالی یک رفتار شکل گرفته است. بدین ترتیب نگرش‌های رفتاری آن‌ها بر اساس ارزیابی‌هایشان از اعمال و رفتارها شکل گرفته که می‌توانند مثبت یا منفی باشند. باورهای رفتاری بین انجام یا عدم انجام یک رفتار و پیامدهای رفتار، پل ارتباطی برقرار می‌کنند. در اینجا قصد انجام رفتار و طرح ریزی آن مهمترین عاملی است که موجب انجام رفتار می‌شود (۳۲). بدین ترتیب، براساس رویکرد رفتار طرح ریزی شده قصدمندی برای رفتارهایی که برای فرد سود و منفعت به همراه دارند موجب بروز رفتار می‌شود. براین اساس می‌توان احتمال وقوع رفتار را پیش بینی کرد چنانچه قصد فرد برای انجام رفتار به طور مستقیم بر انجام یا عدم انجام آن تأثیر می‌گذارد. براین اساس "الگوی اعتقاد بهداشتی" تلاش‌های افراد برای شناخت و سازمان‌دهی فرایندهای مؤثر بر وقوع رفتار و تحقق هدف را در برمی‌گیرد (۳۳). نظریه‌های رفتاری سلامت در حوزه متغیرهای اجتماعی - شناختی چنین

پیشنهاد می‌کنند که قصد افراد برای تغییر بهترین پیش بینی کننده تغییرات واقعی است. این نظریه‌ها ادراک خطر به معنای ادراک آسیب‌پذیری خود در مقایسه با دیگران، انتظارات مرتبط با پیامدهای رفتاری به معنای انتظارات فرد از رفتار سالم و باورهای خودکارآمدی را در مواجهه با موانع تغییر را تعیین کننده رفتارهای سلامت می‌دانند. طبق "الگوی اعتقاد بهداشتی" باور فرد در مورد وجود خطر و نیز باور وی مبنی بر اثربخشی یا اجتناب از یک رفتار، احتمال انجام آن رفتار را پیش بینی می‌کند (۳۴). بر این اساس بیماران مبتلا به آسم که خود را بیشتر در معرض خطر می‌بینند، تأثیرات سلامتی را جدی می‌پندارند و منافع اقدامات پیشگیرانه را بیش از موانع آن برآورد می‌کنند و از آنجاکه براساس آموزش‌هایی که دریافت کردند از ادراک خودکارآمدی بالایی نیز برخوردارند، به احتمال بیشتری رفتارهای سلامتی را انجام می‌دهند (۳۵). همسو با این نتایج، بشرپور و همکاران (۱۹) و بابائی و همکاران (۲۰) چنین نتیجه گرفتند که "الگوی اعتقاد بهداشتی" موجب ارتقای رفتارهای سلامت در بیماران دچار بیماری‌های مزمن می‌شود و بدین ترتیب ادراک کنترل‌پذیری آن‌ها نسبت به بیماری‌شان افزایش خواهد یافت. به طور کلی می‌توان گفت آسم به عنوان یک بیماری مزمن به شدت کیفیت زندگی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳۵) و "الگوی اعتقاد بهداشتی" بر شناخت باورها و درک فرد از شدت و حساسیت بیماری آسم و تأثیر آن بر کیفیت زندگی، راهبردهای موجود برای کاهش پیامدها، همچنین موانع و فواید انجام آن‌ها برای کاهش احتمال ابتلا به بیماری استوار است. از آنجا که بیشتر مردم آسیب‌پذیری خود را برای ابتلا به یک بیماری پایین می‌دانند و دارای یک خوش بینی غیرواقعی نسبت به ابتلا به بیماری و خطرات آن هستند، بررسی چگونگی ادراک خطر نسبت به بیماری براساس این الگو در اولویت قرار دارد (۳۶). الگوی اعتقاد بهداشتی با تمرکز بر باورها و نگرش‌های فرد موجب تغییر ادراک فرد نسبت به بیماری می‌شوند (۳۷).

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد آموزش "الگوی اعتقاد بهداشتی" بر بهبود ادراک بیماری و کیفیت تنفسی بیماران در بیماران مبتلا به آسم مؤثر است. لذا به مسئولین و متخصصان سلامت پیشنهاد می‌شود که در کنار درمان‌های پزشکی زمینه

لیلا آسانی و همکاران

آموزش مداخلات رفتاری نظیر "الگوی اعتقاد بهداشتی" را برای بیماران مبتلا به آسم فراهم سازند. در این پژوهش از ابزار خودگزارشی برای اندازه گیری ادراک از بیماری استفاده شد که ممکن است افراد به صورت آگاهانه و ناآگاهانه سعی در مطلوب جلوه دادن خود و انکار کرده باشند و لذا جانب احتیاط باید رعایت شود.

REC.1398.321 در سامانه ملی اخلاق در پژوهش های زیست پزشکی به نشانی <https://ethics.research.ac.ir> و در تاریخ ۱۳۹۹/۱/۲۴ با کد IRCT20200317046802N1 در سامانه مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران به نشانی <https://fa.irct.ir/trial/46696> ثبت شده است. بدین وسیله از همه بیماران بیمارستان شهید فیاض بخش که در این پژوهش شرکت کردند، همچنین مسئولین دانشگاه آزاد اسلامی واحد کیش که با همکاری خود امکان این پژوهش را فراهم آوردند تشکر و قدردانی می نمایم.

تضاد منافع

در این پژوهش هیچگونه تضاد منافی وجود ندارد.

References

1. Amiri Seifaddini Kouhbanani F, Saber S. Comparison of life anxiety and the meaning of life between asthmatic and diabetic patients. *Health Research Journal*. 2019;4(19):120-8. <http://hrjbaq.ir/article-1-269-en.html> <https://doi.org/10.29252/hrjbaq.4.2.120>
2. Rajabi R, Sabzevari S, Borhani F, Haghdoost A, Bazargan N. The effect of family-centered Empowerment Model on quality of life school age children with asthma. *Journal of Health Promotion Management*. 2013;2(4):7-15. <https://sites.kowsarpub.com/mcj/articles/9602.html>
3. Nunes C, Pereira AM, Morais-Almeida M. Asthma costs and social impact. *Asthma Research and Practice*. 2017;3(1):1. <https://doi.org/10.1186/s40733-016-0029-3>
4. Fazlollahi MR, Najmi M, Fallahnezhad M, Sabetkish N, Kazemnejad A, Bidad K, et al. The prevalence of asthma in Iranian adults: The first national survey and the most recent updates. *Clinical Respiratory Journal*. 2018;12(5):1872-81. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog?term=%22Clin+Respir+J%22%5BTitle+Abbreviation%5D> <https://doi.org/10.1111/crj.12750>
5. Varmaghani M, Farzadfar F, Sharifi F, Rashidian A, Moin M, Moradi-Lakeh M, et al. Prevalence of Asthma, COPD, and chronic bronchitis in Iran: A systematic review and meta-analysis. *Iranian Journal of Allergy, Asthma and Immunology*. 2016;15(2):93-104. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27090362/>
6. Petrie KJ, Jago LA, Devcich DA. The role of

illness perceptions in patients with medical conditions. *Current Opinion in Psychiatry*. 2007;20(2):163-7. https://www.fmhs.auckland.ac.nz/assets/fmhs/som/psychmed/petrie/docs/2007_IPsPetrieCurrOpinPsy.pdf <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328014a871>

7. Kim S, Kim E, Ryu E. Illness perceptions, self-care management, and clinical outcomes according to age-group in Korean hemodialysis patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019;16(22):4459. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6888085/> <https://doi.org/10.3390/ijerph16224459>
8. Leventhal H, Leventhal EA, Contrada RJ. Self-regulation, health, and behavior: A perceptual-cognitive approach. *Psychology & Health*. 1998;13(4):717-33. <https://doi.org/10.1080/08870449808407425>
9. Seyyedrasooli A, Parvan K, Rahmani A, Rahimi Z. Effect of illness perception promoting interventions on treatment adherence in hemodialysis patients: A randomized controlled trial. *Iranian Journal of Critical Care Nursing (IJCCN)*. 2013;6(2):77-86. <https://jccnursing.com/article-1-248-en.pdf>
10. Amiri M, Pourhosein R, Merajifar L, Hosseini Z. The relationship between neuroticism, deficit cognitive emotion regulation, illness perception and social support with depression symptoms in patient with asthma. *The Journal Of Psychological Science*. 2018;16(64):462-77. http://psychologicalscience.ir/browse.php?a_id=96&sid=1&slc_lang=en

سپاسگزاری

این مطالعه بخشی از نتایج رساله دکتری خانم لیلا آسانی نویسنده اول مقاله، رشته روان شناسی سلامت، با راهنمایی آقای دکتر مهرداد ثابت در دانشگاه آزاد اسلامی واحد IR.HUMS. با کد ۱۳۹۸/۹/۱۶ در تاریخ ۱۳۹۸/۹/۱۶ با کد IR.HUMS.

11. Khodavasi M, Eskandarlou T, Amini R, Tapak L. The Correlation between knowledge of standard precautions control infection and “Health Belief Model’s” construct with performance standard precautions control infection in nursing students of Hamadan University of Medical Sciences. *Journal of Health Promotion Management*. 2019;8(1):45-52. <http://jhpm.ir/article-1-960-fa.html&sw=%D8%A7%D8%B9%D8%AA%D9%82%D8%A7%D8%AF+%D8%A8%D9%87%D8%AF%D8%A7%D8%B4%D8%AA%DB%8C>
12. Evers U, Jones SC, Caputi P, Iverson D. Asthma in older adults: The need for asthma health promotion interventions. *Journal of Asthma & Allergy Educators*. 2013;4(4):183-90. <https://doi.org/10.1177/2150129713476951>
13. Sadeghi R, Mazloomi SS, Hashemi M, Rezaeian M. The effects of an educational intervention based on the health belief model to enhance HIV-preventive behaviors among male barbers in Sirjan. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2016;15(3):235-46. <https://www.sid.ir/en/Journal/ViewPaper.aspx?ID=526881>
14. Sadeghi R, Rezaeian M, Khanjani N, Iranpour A. The applied of Health Belief Model in knowledge, attitude and practice in people referred for diabetes screening program: An educational trial. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2015;13(11):1061-72. http://journal.rums.ac.ir/browse.php?a_id=2233&sid=1&slc_lang=en
15. Jones CL, Jensen JD, Scherr CL, Brown NR, Christy K, Weaver J. The Health Belief Model as an explanatory framework in communication research: exploring parallel, serial, and moderated mediation. *Health Communication*. 2015;30(6):566-76. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25010519/> <https://doi.org/10.1080/10410236.2013.873363>
16. Sari LA. The health belief model of asthma control among adult asthmatic patients in Yogyakarta Indonesia. *Belitung Nursing Journal*. 2018;4(5):469-75. <https://belitungraya.org/BRP/index.php/bnj/article/view/462> <https://doi.org/10.33546/bnj.462>
17. Mohammadi Pelarti A, Eidani E, Hatefnia E, Bagheri M, Alijani Renani H. The effects of family-centered education based on the Health Belief Model on knowledge and attitude among the parents of children with asthma: A randomized controlled clinical trial. *Nursing and Midwifery Journal*. 2019;8(4):420-9. <https://sites.kowsarpub.com/jjcdc/articles/95909.html> <https://doi.org/10.5812/jjcdc.95909>
18. Naimi DR, Freedman TG, Ginsburg KR, Bogen D, Rand CS, Apter AJ. Adolescents and asthma: why bother with our meds? *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2009;123(6):1335-41. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19395075/> <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2009.02.022>
19. Basharpour S, NasriNasrabadi B, Heidari F, Molavi P. The role of health beliefs and illness perceptions in predicting health-promoting behaviors in cancer patients. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2018;6(2):102-13. http://journal.ihepsa.ir/browse.php?a_id=673&sid=1&slc_lang=en <https://doi.org/10.30699/acadpub.ijhehp.6.2.102>
20. Babaei S, Shakibazadeh E, Shojaeizadeh D, Yaseri M, Mohamadzadeh A. Effectiveness the theory-based intervention based on health belief model on health promotion lifestyle in individuals susceptible to cardiovascular diseases. *Journal of Health Education and Health Promotion*. 2020;8(3):224-39. http://journal.ihepsa.ir/browse.php?a_code=A-10-1690-1&sid=1&slc_lang=en <https://doi.org/10.29252/ijhehp.8.3.224>
21. Rahbar A, Seyedi andi SJ, Ahmadzadeh Tori N, Ahmadzadeh Tori B, Darkhor S, Yosefi Roshan H, Gholinia ahangar H. Assessment of health promoting life style and its relationship with socio-demographic variables in students. *Current Research in Medical Sciences*. 2018;2(2):3-9. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?ID=715836>
22. Khosroshahi H, Mirzaian B, Hasanzadeh R. Acceptance and commitment therapy on illness perception in patients with coronary heart disease. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2019;9(0):85-. <https://jdisabilstud.org/article-1-945-en.html>
23. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*. 2006;60(6):631-7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16731240/> <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020>
24. Machado V, Botelho J, Ramos C, Proença L, Alves R, Cavacas MA, et al. Psychometric properties

- of the Brief Illness Perception Questionnaire (Brief-IPQ) in periodontal diseases. *Journal of Clinical Periodontology*. 2019;46(12):1183-91. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31446628/> <https://doi.org/10.1111/jcpe.13186>
25. Masaeli N, Bagherian R, Kheirabadi G, Khedri A, Mahaki B. Psychometric properties of the Persian version of the Brief Illness Perception Questionnaire in chronic diseases. *Journal of Research in Rehabilitation Sciences*. 2019;14(6):332-7. <http://jrirs.mui.ac.ir/index.php/jrirs/article/view/3266>
 26. Jones PW, Quirk FH, Baveystock CM. The St George's Respiratory Questionnaire. *Respiratory Medicine*. 1991;85:25-31. [https://doi.org/10.1016/S0954-6111\(06\)80166-6](https://doi.org/10.1016/S0954-6111(06)80166-6)
 27. Wilson CB, Jones PW, O'Leary CJ, Cole PJ, Wilson R. Validation of the St. George's Respiratory Questionnaire in bronchiectasis. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 1997;156 (2 Pt 1):536-41. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9279236/> <https://doi.org/10.1164/ajrccm.156.2.9607083>
 28. Fallah Tafti S, Marashian SM, Cheraghvandi A, Emami H. Investigation of validity and reliability of Persian version of the "St. George Respiratory Questionnaire". *Researcher*. 2007;12(1):43-50. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=243250>
 29. Fallahtafti S, Cheraghondi A, Mokri B, Talischi F. Determining the validity and specificity of the Persian version of St. George's Respiratory Questionnaire (SGRO). *Nafas Journal*. 2017;1(1):11-6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21668320/>
 30. Abraham C, Sheeran P. The Health Belief Model. In: S. Ayers AB, C. McManus, S. Newman, K. Wallston J. Weinman, et al, editor. *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press; 2007. <https://www.cambridge.org/core/books/cambridge-handbook-of-psychology-health-and-medicine/health-belief-model/785E55B196CA7846CBD4EE1B42C63CBD>
 31. Fathabadi J, Izaddost M, Taghavi D, Shalani B, Sadeghi S. The role of irrational health beliefs, health locus of control and health-oriented lifestyle in predicting the risk of diabetes. *Health Monitor Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research*. 2018;17(2):169-78. http://payeshjournal.ir/browse.php?a_id=56&sid=1&slc_lang=en
 32. Ajzen I. The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 1991;50(2):179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
 33. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. San Francisco, California, United States: Jossey-Bass Professional Learning; 2008. http://ssu.ac.ir/cms/fileadmin/user_upload/Daneshkadaha/dbehdasht/Asadeghi/kar_dar_khane/1_Karen_Glanz_Barbara_K_Rimer_K_Viswanath_Heal_BookFi.org_.pdf
 34. Schwarzer R. Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied Psychology*. 2008;57(1):1-29. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00325.x>
 35. Quaranta JE, Spencer GA. Using the Health Belief Model to understand school nurse asthma management. *Journal of School Nursing*. 2015;31(6):430-40. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26324467/> <https://doi.org/10.1177/1059840515601885>
 36. Yaghmaei F, Aminzadeh S, Noorian M, Alavimajd H. Development and psychometric evaluation of "Quality of Life Scale for Asthmatic Children" (QOLSAC). *Advances in Nursing and Midwifery (Faculty of Nursing of Midwifery Quarterly)*. 2010;20(68):32-36. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?ID=327293>
 37. Evans D. Chapter 25 - Teaching patients to manage their Asthma. In: Castro M, Kraft M, editors. *Clinical Asthma*. Philadelphia: Mosby; 2008. <https://doi.org/10.1016/B978-032304289-5.10025-6>