

قرنطینه، بود. در تعریف ادراک بیماری، افراد هنگام برخورد با بیماری یا عامل تهدیدکننده حیات، تصویری کلی و باوری خاص از بیماری و درمان آن در ذهن خود ایجاد کردند؛ چنانچه درک از بیماری، در نحوه رفتار فرد، تطابق وی با بیماری، کنترل بیماری توسط خود فرد و در نتیجه بیماری، تأثیرگذار بود (۶).

در بیماری کووید ۱۹ نیز شناخت و آگاهی بیماران از رعایت اصول بهداشتی، مصرف غذاهای سالم و مفید، رعایت دقیق الگوی درمان، انجام ورزش و فعالیت بدنی مناسب، همراه با تغییر شیوه زندگی و مراقبت‌های بهداشتی - روانی، از جمله مواردی است که در کنترل بیماری و عوارض آن نقش دارد (۷). افزایش آگاهی و ایجاد درک از بیماری، نیازمند آموزش پویا، مستمر و جلب مشارکت بیمار در امر مراقبت از خود، می‌باشد (۸).

کووید ۱۹، ضرورت شیوه‌های مراقبت از خود را به محل ظهور رساند و توانایی ما را برای استفاده از آن‌ها، بیشتر در هنگام کار و زندگی در یک فضا، آزمایش کرد. دستورالعمل استاندارد وقت گذاشتن برای خود، حفظ ارتباط‌های اجتماعی، جستجوی حمایت، تعیین مرزها، خوداندیشی، دریافت تدابیری برای جلوگیری از فرسودگی شغلی، می‌تواند در بهترین شرایط و به سختی، کسب یا حفظ شود (۹). مفهوم «مراقبت از خود»، برای اولین بار در سال ۱۹۵۹، توسط اورم، تحت عنوان نظریه پرستاری نقص مراقبت از خود، ارائه شده است (۱۰). سازمان جهانی بهداشت، خود مراقبتی را به صورت توانایی افراد، خانواده‌ها و جوامع، در ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری، حفظ سلامت و تطابق با بیماری و ناتوانی با و یا بدون کمک ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، تعریف کرده‌اند. خودمراقبتی، از مهم‌ترین اشکال مراقبت اولیه است و تقریباً ۶۵ تا ۸۵ درصد از فعالیت‌های مراقبتی، توسط خود فرد یا اعضای خانواده و بدون کمک پزشکان، انجام می‌گیرد (۱۱). فعالیت‌های خودمراقبتی در بیماران، نقش مهمی در استقلال بیماران و ارتقای شیوه زندگی، همراه با تغییر مثبت رفتار، دارد. نتایج مطالعه احمدی و همکاران (۱۳۹۷)، نشان داد که آموزش رفتارهای ارتقا دهنده سلامت، موجب بهبود خودمراقبتی در مبتلایان به پرفشاری خون اولیه، شد (۱۲). نتایج تحقیق موسی‌پور و همکاران (۱۴۰۰)، نشان داد که برنامه آموزش خود مراقبتی با خودمدیریتی درد، بر ماهیت درد و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آنمی داسی شکل، مؤثر بوده است (۱۰). نتایج پژوهش جیسون وارقی (Jaison Varghese) (۲۰۲۱)، دلالت دارد بر آنکه استراتژی‌های خودمراقبتی و پیشگیرانه، برای افراد مبتلا به لارنژکتومی، در طول همه‌گیری COVID19، به شرح زیر بود: ۱. فاصله گذاری فیزیکی؛ ۲. استفاده از ماسک سه لایه یا ماسک جراحی برای پوشاندن دهان و بینی؛ ۳. استفاده از دستگاه تبادل رطوبت حرارتی استوما. توانبخشی از راه دور، ترجیحی در میان این جمعیت قبل از همه‌گیری نبود؛ اما

در طول وضعیت COVID19، محبوبیت و مقبولیت خاصی پیدا کرد (۱۳). مطالعات نشان داد که پرستاران در زمینه مراقبت اولیه، بهتر از پزشکان، پاسخگوی امر آموزش بیماران بودند؛ زیرا بیشتر از دیگر اعضای کادر درمان، در کنار بیماران هستند. آن‌ها زمان بیشتری را با بیماران گذراندند و بیماران هم احساس نزدیکی بیشتری به آن‌ها دارند. مددجویان به راحتی سؤال‌ها و احساس‌های خود را با آن‌ها مطرح کردند و پرستاران هم اطلاعات لازم و درست را در اختیار بیماران، قرار دادند (۱۴).

اگر بیمار از مراقبت‌ها و آموزش خودمراقبتی نظام درمان، رضایت داشته باشد، این موضوع نه تنها برای فرد، بلکه برای پرستار و کل سازمان مراقبت‌های بهداشتی نیز نتیجه مثبتی خواهد داشت (۱۵). امروزه بیان می‌شود که بهترین نتایج مراقبت بهداشتی، زمانی به دست می‌آید که بیماران به‌طور فعال، در مراقبت خود درگیر شوند؛ از این رو هدف از آموزش خودمراقبتی به بیماران، کمک به آن‌ها برای کسب مسئولیت بیشتر، در جهت مراقبت از خود است و از آنجایی که خودمراقبتی، مهم‌ترین استراتژی‌های کنترل بیماری و کلید موفقیت درمان، در بیماران مبتلا به کووید ۱۹ بود؛ بنابراین لازم است که به بیماران، در زمینه بیماری کرونا و عوارض آن، آگاهی داده شود؛ البته از زمان آغاز همه‌گیری کووید ۱۹، مطالعات زیادی در ارتباط با خودمراقبتی، جهت پیشگیری از ابتلا به این بیماری، انجام شده است و کمتر به موضوع خودمراقبتی هنگام ابتلا به بیماری و پس از آن پرداخته‌اند؛ همچنین پژوهش‌های مختلفی در زمینه خودمراقبتی، تک بعدی بوده و فقط یک بُعد، مورد توجه قرار گرفته است؛ در حالی که همه ابعاد، بر کنترل بیماری و کاهش عوارض، مؤثر هستند؛ پس محقق، در این پژوهش، تأثیر آموزش ابعاد مختلف خودمراقبتی بر ادراک از بیماری و کنترل عوارض، در بیماران مبتلا به کووید ۱۹، را مورد ارزیابی قرار داد.

روش کار

این پژوهش نیمه تجربی، بر روی بیماران مبتلا به کووید ۱۹ که مراجعه‌کننده به بیمارستان رازی اهواز، (خرداد تا شهریور ۱۴۰۱)، بودند، انجام شد. با توجه به اهداف مطالعه و تحقیق‌های پیشین (۱۰) و در نظر گرفتن توان ۸۰ درصد، $\alpha=0/05$ و فرمول ذیل

$$N = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z\beta)^2 (Sd1^2 + Sd2^2)}{(\mu1 - \mu2)^2}$$

و با احتساب ۱۰ درصد ریزش، حجم نمونه در هر گروه ۲۷ نفر (در کل ۵۴ نفر) محاسبه گردید. نمونه‌های پژوهش، براساس معیارهای ورود انتخاب شدند؛ سپس به صورت تصادفی و به روش بلوک‌های جایگشتی تصادفی شده، با سایز بلوک ۶ (با استفاده

از جدول مربوط به جایگشت‌های تصادفی) به دو گروه مداخله و کنترل (در هر گروه ۲۷ بیمار)، تخصیص پیدا کردند.

معیارهای ورود به پژوهش، شامل؛ تست واکنش زنجیره‌ای پلی مرز مثبت برای کرونا ویروس ۲۰۱۹ و تأیید پزشک، اخذ مجوز پزشک مبنی بر شرکت در مطالعه، محدوده سنی ۱۸ تا ۶۰ سال، توانایی برقراری ارتباط و آموزش پذیری مددجو، نداشتن بیماری زمینه‌ای مانند؛ دیابت، اسکیزوفرنی، فشار خون و -عدم سابقه شرکت در کلاس‌های آموزش خودمراقبتی مربوط به کووید-۱۹، بود. معیارهای خروج، مشتمل بر: عدم شرکت در دو جلسه از جلسات آموزشی، پر کردن ناقص پرسشنامه و ترخیص زودتر از ۵ روز، تشکیل داد.

ابزار گردآوری داده‌ها، شامل: پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و بیماری (سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، سابقه بیماری زمینه‌ای و مدت زمان ابتلا به بیماری) و پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری (Brief Illness Perception Questionnaire) جهت سنجش ادراک شناختی و عاطفی بیماری، بود. این پرسشنامه، ۹ گویه را برای ارزیابی ادراک عاطفی و شناختی بیماری، نشان داد. ۵ سؤال اول، در حیطه تجسم شناختی بیماری، شامل: پیامدها (سؤال ۱)، طول مدت (سؤال ۲)، کنترل فردی (سؤال ۳)، کنترل درمان (سؤال ۴) و ماهیت بیماری (سؤال ۵)، بود. دو سؤال دیگر نیز مرتبط با تجسم عاطفی بیماری، حاوی نگرانی (سؤال ۶) و پاسخ عاطفی و احساسات (سؤال ۸) را تشکیل داد و یک آیتم دیگر، قابلیت درک بیماری (سؤال ۷) را ارزیابی کرد. باید متذکر شد که سؤال ۹، قابل پاسخ بود؛ اما به علت بیماری، از دیدگاه خود شخص بیمار، پرداخت و وارد فرآیند تحلیل نشد (۱۶).

نمره‌دهی سؤالات از ۰ تا ۱۰، بود. در تفسیر نتایج، هر چقدر نمره به ۱۰ نزدیک‌تر شد، درک بالایی فرد از بیماری را نشان داد. نمره‌دهی سؤالات ۷-۳-۴، به صورت معکوس، بود. پایایی این ابزار در جمعیت ایرانی در پژوهش سیدرسولی و همکاران (۲۰۱۴)، با آلفای کرونباخ ۸۶ درصد، تعیین شد (۱۷). برای روایی این پرسشنامه در پژوهش مسائلی و همکاران، از ۱۰ نفر، کارشناس با تجربه استفاده گردید؛ درحالی‌که پایایی با آلفای کرونباخ ۸۵ درصد، تعیین شد (۱۸).

ابزار سوم مورد استفاده، چک‌لیست عوارض بیماری کرونا بود. این چک‌لیست، شامل ۱۲ سؤال، به‌صورت بله و خیر، نشان داد و عوارض زودرس و شایع در بیماران کووید، طبق مطالعات، حاوی تنگی نفس، سرفه، خستگی و تب را شامل، شد (۱۹).

پس از تصویب طرح، توسط دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز و همچنین کسب مجوزهای لازم، برای ورود به عرصه تحقیق، هر بیمار از نظر شرایط ورود به مطالعه بررسی و در صورت واجد شرایط بودن و کسب رضایت آگاهانه شرکت در پژوهش، وارد تحقیق شدند. در گروه مداخله، آموزش خودمراقبتی طی ۴ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای (روزانه) و به‌صورت فردی (جهت رفاه حال بیماران، راحتی هنگام آموزش و به منظور جلوگیری از انتشار بیماری) توسط پژوهشگر، برای بیماران اجرا گردید. آموزش‌ها برگرفته از دستورالعمل‌های سازمان بهداشت جهانی و به روز ترین مقالات معتبر فارسی و انگلیسی، در زمینه بیماری کووید-۱۹، بود (۲۰، ۲۱). جلسات آموزشی به شکل خلاصه، در جدول ۱، بیان شده است.

جدول ۱: برنامه آموزشی خودمراقبتی در بیماران کووید ۱۹

جلسات	محتوای آموزشی
اول	معارفه، بیان اهداف، ارائه توضیحات لازم درباره بیماری کووید و رفتارهای خودمراقبتی، آموزش فرآیند بیماری، علایم و عوارض آن و لزوم انجام رفتارهای خودمراقبتی، شامل: رژیم غذایی، استراحت، خواب، تمرین‌های تنفسی، تمرین‌های ورزشی، تأکید بر استفاده صحیح و کامل داروها در زمان بستری و پس از ترخیص، بود.
دوم	مدیریت عوارض بیماری و بیان عوارض شایع برای بیمار، آموزش رفتارهای خودمراقبتی در هنگام وقوع عوارضی مانند: سردرد، خستگی، تنگی نفس و اختلالات گوارشی، تشکیل داد.
سوم	آموزش کنترل، مدیریت تظاهرات، عوارض روانی بیماری و اقدامات لازم هنگام مواجهه با آن‌ها، آموزش در ارتباط با کنترل و مدیریت نگرانی‌ها، اضطراب و استرس با استفاده از رفتارهای خودمراقبتی، شامل شد.
چهارم	آموزش‌های خودمراقبتی معنوی، شامل: توکل کردن، انجام فعالیت‌های مذهبی، مانند: دعا کردن، خواندن کتاب مقدس (قرآن یا سایر کتاب‌ها، با توجه به دین بیمار)، آموزش به‌کارگیری رفتارهای اجتماعی، مانند: ارتباط با دوستان و خویشاوندان از طریق تماس تلفنی در زمان قرنطینه و استفاده از شبکه‌های اجتماعی کارآمد، بود.

محقق، در پایان هر جلسه پرسش و پاسخ، به مدت ۱۰ دقیقه، از بیماران و همراهان آن‌ها در رابطه با مطالب و در صورت نیاز، دوباره توضیح داد. افرادی که جواب صحیح را دادند از طرف محقق، مورد تشویق قرار گرفتند. در پایان جلسات آموزشی،

کتابچه آموزشی به گروه مداخله داده شد تا در فاصله سه هفته‌ای، مطالعه کنند؛ همچنین شماره تماس محقق نیز در اختیار بیماران قرار داده شد تا اگر لازم باشد، تماس بگیرند. طی سه هفته، بعد از آخرین جلسه آموزش، پرسشنامه‌ها توسط بیماران هر دو گروه،

تکمیل شد. در این پژوهش، محقق برای گروه کنترل، هیچ مداخله آموزشی انجام نداد و جهت رعایت معیارهای اخلاق در پژوهش، پس از اجرای پس آزمون، کتابچه آموزشی به گروه کنترل، داده شد. داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم‌افزار آماری spss ۲۳، مورد تجزیه و تحلیل، قرار گرفت. داده‌های این مطالعه از نوع رتبه‌ای بود که برای بررسی نرمال بودن داده‌ها، از سطح چولگی استفاده شد. سطح چولگی، شامل نرمال نبودن داده‌ها بود؛ همچنین از آزمون‌های آماری کای اسکوتر، تست دقیق فیشر و من ویتنی، برای تحلیل داده‌ها استفاده گردید.

یافته‌ها

در این پژوهش، ۶۰ بیمار شرکت داشتند که ۵ بیمار به دلیل عدم همکاری در تکمیل پرسشنامه و یک نفر به علت مرگ، از مطالعه خارج شدند. سرانجام، داده‌های حاصل از ۵۴ بیمار مبتلا به کووید ۱۹، تحلیل شد. ۵۱/۹ درصد بیماران، در گروه مداخله مرد و ۷۴/۱ درصد در گروه کنترل، زن و ۹۲/۶ درصد گروه مداخله و ۸۵/۲ درصد گروه کنترل، متأهل بودند. ۴۴/۵ درصد گروه مداخله خانه‌دار و ۴۰/۷ درصد گروه کنترل، شاغل و بیشتر بیمارها در هر دو گروه، از نظر تحصیلات بی‌سواد و زیردیپلم، تشکیل دادند (جدول ۲).

همچنین نتایج آزمون دقیق فیشر، نشان‌دهنده اثربخشی مداخله، از نظر کاهش عوارض بیماری بوده است؛ همان‌طور که جدول ۳، نشان داد، عوارض بیماری در هر دو گروه قبل از مداخله، در حد شدید قرار داشته است؛ اما در هنگام انجام جلسات مداخله، در گروه مداخله این عوارض، روند کاهشی پیدا کرد؛ به گونه‌ای که عوارض بیماری در گروه مداخله از سطح شدید به سطح خفیف، بهبود یافته و این در حالی است که عوارض بیماری در گروه کنترل که هیچ‌گونه مداخله آموزشی دریافت نکردند، از ابتدای مطالعه تا پایان و پیگیری آن همچنان بالا و در حد شدید و متوسط، گزارش شده است.

همچنین نتایج آزمون من ویتنی، نشان‌دهنده اثربخشی بالینی مداخله آموزشی، از نظر درک بیماری بوده است؛ آن گونه که رتبه درک از بیماری، در گروه کنترل ۲۴/۶۷ و در گروه مداخله ۳۰/۳۳، نشان داد؛ اگرچه از نظر آماری این اختلاف، معنادار گزارش نشد (جدول ۴).

در آنالیز ابعاد پرسشنامه، درک از بیماری براساس آزمون من ویتنی یافته‌ها، نشان داد که رتبه کنترل درمان ($p=0/010$) در گروه مداخله، بالاتر از گروه کنترل، به دست آمده و این اختلاف از نظر آماری، معنادار نشان داد؛ همچنین رتبه شناخت بیماری در گروه مداخله، بالاتر از گروه کنترل، تشکیل داد ($p=0/029$). در بقیه آیت‌ها، اختلاف معنادار آماری، مشاهده نشد (جدول ۵).

جدول ۲: توزیع فراوانی و درصد فراوانی مشخصات فردی بیماران کووید ۱۹ در دو گروه مداخله و کنترل

مشخصات فردی	گروه مداخله (تعداد(درصد))	گروه کنترل (تعداد(درصد))	*P-Value
جنس			
مرد	۱۴ (۵۱/۹)	۷ (۲۵/۹)	۰/۰۵۱
زن	۱۳ (۴۸/۱)	۲۰ (۷۴/۱)	
وضعیت تاهل			
مجرد	۲ (۷/۴)	۴ (۱۴/۸)	۰/۶۷
متاهل	۳۵ (۹۲/۶)	۲۳ (۸۵/۲)	
تحصیلات			
بی‌سواد و زیر دیپلم	۱۲ (۴۴/۵)	۱۳ (۴۸/۱)	۰/۶۷
دیپلم	۸ (۲۹/۶)	۵ (۱۸/۵)	
دانشگاهی	۷ (۲۵/۹)	۹ (۳۳/۴)	
شغل			
خانه دار	۱۲ (۴۴/۵)	۱۰ (۳۷)	۰/۵۶
شاغل	۸ (۲۹/۶)	۱۱ (۴۰/۷)	
بیکار	۷ (۲۵/۹)	۶ (۲۲/۳)	
سن	۴۸/۵۱ (۱۱/۶۹)	۵۰/۳۸ (۱۰/۸۷)	**P-Value
			۰/۴۹

*آزمون کای اسکوتر **آزمون من ویتنی

جدول ۳: توزیع فراوانی و درصد عوارض بیماری در دو گروه مداخله و کنترل

مشخصات فردی	گروه مداخله تعداد (درصد)	گروه کنترل تعداد (درصد)	*P-Value
تنگی نفس	خفیف	—	—
	متوسط	۴ (۸۰)	۱ (۲۰)
	شدید	۱ (۳۳/۳)	۲ (۶۶/۷)
سرفه	خفیف	۴ (۸۰)	۱ (۲۰)
	متوسط	۱ (۲۵)	۳ (۷۵)
	شدید	۰	۲ (۱۰۰)
خستگی	خفیف	۲ (۶۶/۷)	۱ (۳۳/۳)
	متوسط	۰	۵ (۱۰۰)
	شدید	—	—
تب	خفیف	۰	۱ (۱۰۰)
	متوسط	۱ (۲۵)	۳ (۷۵)
	شدید	۱ (۵۰)	۱ (۵۰)

*تست دقیق فیشر

جدول ۴: مقایسه رتبه کل درک از بیماری در دو گروه مداخله و کنترل

گروه مداخله	گروه کنترل	آماره آزمون (Z)	*P-Value
۳۰/۳۳	۲۴/۶۷	-۱/۳۲۵	۰/۱۸۵

*آزمون من ویتنی

مقایسه نسبت درک بیماری در گروه مداخله و کنترل نشان داد که اختلاف معنادار آماری در دو گروه مشاهده نشد.

جدول ۵: مقایسه رتبه های ادراک از بیماری به تفکیک گروه مداخله و کنترل

متغیر	گروه مداخله میانگین رتبه ها	گروه کنترل میانگین رتبه ها	آماره آزمون Z	*P-Value
پیامد	۲۸/۵۷	۲۶/۴۳	-۰/۵۰۹	۰/۶۱۱
طول مدت	۲۹/۹۶	۲۵/۰۴	-۱/۱۷	۰/۳۴۲
کنترل شخصی	۲۳/۷۸	۳۱/۲۲	-۱/۷۶	۰/۰۷۷
کنترل درمان	۳۲/۸۹	۲۲/۱۱	-۲/۵۶	**۰/۰۱۰
ماهیت	۲۸/۶۹	۲۶/۳۱	-۰/۵۷۱	۰/۵۶۸
نگرانی	۲۹/۹۶	۲۵/۰۴	-۱/۱۶	۰/۳۴۲
شناخت بیماری	۲۲/۹۳	۳۲/۰۷	-۲/۱۷	**۰/۰۲۹
پاسخ عاطفی	۳۱/۳۹	۲۳/۶۱	-۱/۸۴	۰/۰۶۵

** معناداری آماری

*آزمون من ویتنی

بحث

نتایج پژوهش حاضر، نشان داد که آموزش خودمراقبتی، باعث افزایش درک از بیماری و کاهش عوارض بیماری شده است. این نتایج، با یافته‌های پژوهش‌های پیشین، درباره رابطه سطح ادراک از بیماری و میزان تبعیت آن‌ها از درمان، هم‌پوشانی دارد (۲۲، ۱۰). بیماران کووید ۱۹ بستری شده در بخش‌های ویژه، در مطالعه والین و همکاران (۲۰۲۲)، انواع مختلفی از علایم جسمی و روحی

را گزارش و خاطراتی را از ICU و آگاهی خاصی از سلامت سایر بیماران، آشکار کردند. این نیاز به غربالگری بیماران، برای علایم باقیمانده پس از بیماری کووید ۱۹ و مراقبت‌های ICU را نشان داد و بر ادامه زندگی روزمره بیماران، تأثیر گذاشت (۲۳)؛ همچنین در تحقیق طاهری خرامه و همکاران (۱۳۹۵)، در زمینه مطالعه‌ای که با هدف بررسی ارتباط بین ادراک بیماری و تبعیت از رژیم درمانی

کرونا و عدم تأیید داروهای ضد ویروسی در درمان این بیماری، بهترین راه حل برای کنترل کووید ۱۹، بود (۲۹، ۳۰). نتایج تحقیق مولایی و همکاران (۲۰۲۳)، بیان کرد که در بیماران مبتلا به افسردگی و استرس که رفتارهای خودمراقبتی با اهداف کنترل و مدیریت بیماری، مدیریت دارو، مدیریت تغذیه و رژیم غذایی، ثبت سوابق بالینی، ارتباط با پزشک و سایر بیماران، یادآوری نوبت‌ها، نحوه اصلاح سبک زندگی، ترک سیگار، کاهش مصرف الکل، محتوای آموزشی، دستورالعمل آرام‌بخش، معرفی مراکز بهداشتی- درمانی، درمان افسردگی و اضطراب و ثبت فعالیت‌ها، داشتند توانستند، بیماران را به انجام فرآیندهای مراقبت از خود و دسترسی به اطلاعات لازم، بدون جستجو در اینترنت، تشویق کنند (۳۱). نتایج مطالعه مهرآیین و همکاران (۲۰۱۹)، نشان داد که پیشگیری و مدیریت بیماری با استفاده از دستورالعمل‌های خودمراقبتی، توانست راه‌حلی امیدوارکننده، برای پیشگیری یا غلبه بر بیماری‌های تنفسی، به‌ویژه COVID19، باشد (۲۱). دستورالعمل‌های خودمراقبتی، قادر بودند که راه‌های عملی را برای کاهش احتمال ابتلا به ویروس کرونا و کاهش استرس ناشی از آن، بهبود کیفیت زندگی زنان باردار، کاهش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی مرتبط با بارداری و کاهش تعداد مرگ و میرها، مؤثر باشند (۳۲).

نتیجه‌گیری

نتایج و یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که آموزش خودمراقبتی، باعث افزایش درک از بیماری و کاهش عوارض بیماری در بیماران مبتلا به کووید ۱۹، شده است. اجرای برنامه‌های خودمراقبتی که متأثر از نیازهای بیماران و با تکیه بر اصول خودمراقبتی باشد، نتایج مثبت و بهتری بر جای خواهد گذاشت؛ آن‌گونه‌که چنین برنامه‌هایی ایمن، ارزان و راحت بوده و زمینه پذیرش بیمار را بیشتر می‌کند؛ همچنین افزایش سطح آگاهی بیماران، در زمینه مراقبت از خود، یکی از مهم‌ترین روش‌ها برای کنترل این بیماری، است. با آموزش خودمراقبتی به جای تکیه بر ناتوانی‌های بیمار، می‌توان بر توانایی‌های بالقوه وی، تأکید کرد و باعث کاهش هزینه‌های نامحسوس، بهبود کیفیت زندگی و ارتقای سطح فعالیت‌های روزمره، شد. در نهایت پرستاران، به عنوان مخاطبان اصلی این مطالعه می‌توانند؛ پس از ارزیابی‌های مورد نیاز، جهت عملکرد مبتنی بر شواهد، روش‌های خود مراقبتی مبتنی بر درک از بیماری را با روش ارزان، مؤثر و بدون آسیب، در برنامه مراقبتی روزانه خود استفاده کنند.

در بیماران مبتلا به پرفشاری خون، انجام دادند، یافته‌ها نشان داد که کم‌ترین نمره میانگین، مربوط به بعد کنترل شخصی و بیشترین نمره میانگین، مرتبط با بعد کنترل، از طریق درمان، بود (۲۴) که با نتایج پژوهش حاضر، مغایرت داشت و یکی از دلایل این اختلاف، عدم تشابه محیط و جامعه پژوهش، در دو مطالعه بود؛ همچنین در این تحقیق، مشخص شد، در بیماران گروه مداخله، پس از آموزش خود مراقبتی و رعایت اصول بهداشتی - درمانی، عوارضی مانند: تنگی نفس، سرفه، خستگی، تب به مراتب کمتر از گروه کنترل، بوده است؛ به طور کلی نتایج پژوهش حاضر، نشان‌دهنده تأثیر قابل توجه آموزش خودمراقبتی، در کنترل عوارض بالینی بیماری کووید ۱۹، نشان داد؛ به عنوان مثال، نتایج مطالعه توکلی ثانی و همکاران، بیان کرد که آموزش توانست، باعث کاهش نمرات عوارض در مبتلایان به دیابت نوع دو، شود (۲۲). میرزاییان و همکاران (۱۴۰۱)، معتقدند که آموزش مجازی خودمراقبتی معنوی، به طور معناداری در کاهش سطح اضطراب دانشجویان مشغول به تحصیل، در مقطع کارآموزی عرصه پرستاری، مؤثر بود (۲۵). بررسی خوش روش و همکاران (۱۴۰۱)، با عنوان ارتباط مسئولیت‌پذیری اجتماعی و رفتارهای خود مراقبتی مربوط به کووید ۱۹ در شهروندان کردستان، نشان داد که درصد بیشتری از زنان، در مقایسه با مردان، در رتبه خوب مسئولیت‌پذیری سلامتی و رفتارهای خودمراقبتی، قرار داشتند (۲۶). پژوهش سعیدینا و همکاران (۲۰۲۲) که با عنوان برنامه خودمراقبتی مبتنی بر موبایل برای COVID19، انجام گرفت، نشان داد که پیام‌رسان‌های طراحی شده مبتنی بر موبایل، یادگیری مهارت‌های مراقبت از خود را در خانه، حتی در دوران قرنطینه، آسان و کسب اطلاعات را افزایش داد. نویسندگان بیان داشتند که این برنامه‌ها توانستند، در کشورهای توسعه نیافته مفید باشند؛ بنابراین کشورهای کم‌درآمد که اغلب فاقد ابزارهای دیگر هستند، توانستند از این برنامه، به عنوان ابزاری مؤثر برای مبارزه با کووید ۱۹، استفاده کنند (۲۷). حیدری و همکاران (۲۰۲۳)، یک مطالعه با هدف طراحی، توسعه و ارزیابی یک اپلیکیشن موبایل خودمراقبتی برای افراد مبتلا به کووید-۱۹ که در خانه قرنطینه شده بودند، انجام داد. طراحی اپلیکیشن موبایل، از دو بخش اصلی تشکیل شده بود: ۱. صفحه ثبت نام کاربر؛ ۲. صفحه اصلی اصلی. منوی اصلی، شامل: ۱. موضوعات آموزشی COVID19؛ ۲. دستورالعمل‌های خود مراقبتی COVID19؛ ۳. مدیریت علائم COVID19؛ ۴. یادآوری‌ها و هشدارهای داروها. از طریق محتوای آموزشی، در طراحی برنامه‌های کاربردی خودمراقبتی، بیماران دانش و مهارت‌های مورد نیاز، برای خودمراقبتی بیماری خود را کسب کردند (۲۸). نتایج پژوهش‌های دیگر نشان دادند که رفتارهای خودمراقبتی در منزل، با توجه به رفتارهای ناشناخته

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش، برآمده از پایان نامه دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری داخلی- جراحی مریم غزی، شماره U-01329، بود. آگاهی‌های لازم در ارتباط با موضوع تحقیق و هدف از آن به مشارکت‌کنندگان داده شد و از آن‌ها رضایت‌نامه کتبی، جهت شرکت در مطالعه، دریافت گردید؛ این مطالعه در کمیته اخلاق معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، با کد اخلاق "IR.AJUMS.REC.1401.569"، به تصویب رسیده است.

مشارکت نویسندگان

۱. غزی م، ایده، مفهوم پردازی، طراحی طرح، جمع آوری داده‌ها، نگارش مقاله؛
۲. مولوی نژاد ش، ایده، مفهوم پردازی، طراحی طرح، کنترل و نظارت، تأیید نهایی داده‌ها، ویرایش مقاله؛
۳. الهی ن، ایده، مفهوم پردازی، طراحی طرح، کنترل و نظارت، ویرایش مقاله؛
۴. قنبری س. ایده/مفهوم پردازی، طراحی طرح، آنالیز داده‌ها، تأیید نهایی داده‌ها.

تعارض منافع

در این پژوهش، هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

محققان، از بیماران محترمی که در اجرای این پژوهش، با آن‌ها همکاری لازم را داشتند، تشکر و قدردانی می‌کنند.

References

1. Davoodi M, Heydari A. Review of towards the Ethical Challenges Experienced by Nurses providing care to patients with COVID-19. Education and Ethics In Nursing. 2021;10(1-2):43-53.
2. World Health O. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected: interim guidance, 13 March 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 2020. Contract No.: WHO/2019-nCoV/clinical/2020.4.
3. Labaf A, Jalili M, Jaafari Pooyan E, Mazinani M. Management of Covid-19 Crisis in Tehran University of Medical Sciences Hospitals: Challenges and Strategies. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2021;18(4):355-72.
4. Yang X, Yu Y, Xu J, Shu H, Xia J, Liu H, et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. Lancet Respir Med. 2020;8(5):475-81.
5. Liu CY, Yang YZ, Zhang XM, Xu X, Dou QL, Zhang WW, et al. The prevalence and influencing factors in anxiety in medical workers fighting COVID-19 in China: a cross-sectional survey. Epidemiol Infect. 2020;148:e98.
6. Yang M, Qu C, Zhang Z, Guo H, Guo X, Yang L, et al. Relationships between Dark Triad and negative emotions during COVID-19 lockdown: The chain mediating roles of negative coping and state boredom. Curr Psychol. 2022;1-13.
7. Fiske A, Schneider A, McLennan S, Karapetyan S, Buyx A. Impact of COVID-19 on patient health and self-care practices: a mixed-methods survey with German patients. BMJ Open. 2021;11(9):e051167.
8. Yaraghchi A, Rezaei O, Mandegar MH, Bagherian R. The Relationship Between Illness Perception and Quality of life in Iranian Patients with Coronary Artery Bypass Graft. Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2012;46:3329-34.
9. Gupta SK, Lakshmi PVM, Kaur M, Rastogi A. Role of self-care in COVID-19 pandemic for people living with comorbidities of diabetes and hypertension. J Family Med Prim Care. 2020;9(11):5495-501.
10. Moosapour SA, Elahi N, Tahery N, Haghhighizadeh MH, Ehsanpour A. Comparing the effect of self-care education and pain self-management on the nature of pain and quality of life in patients with sickle cell disease. Journal of Hayat. 2022;27(4):431-45.
11. WHO. WHO guideline on self-care interventions for health and well-being, 2022 revision. Geneva: World Health Organization; 2022. Licensese. 2022.
12. Ahmadi Z, Bahmani L, Farahani Nia M, Haghani H. Effect of teaching health-promoting behaviors on self-care behaviors in people with hypertension. Cardiovascular Nursing Journal. 2018;7(1):42-9.
13. Varghese JJ, Aithal VU, Rajashekhar B. Self-care and clinical management of persons with laryngectomy during COVID-19 pandemic: a narrative review. Support Care Cancer. 2021;29(12):7183-94.
14. Luis E, Bermejo-Martins E, Martinez M, Sarrionandia A, Cortes C, Oliveros EY, et al. Relationship between self-care activities, stress and well-being during COVID-19 lockdown: a cross-cultural mediation model. BMJ Open. 2021;11(12):e048469.
15. Saffari M, vahedian-azimi A, Mahmoudi h. Nurses'™ Experiences on Self-Protection when caring for COVID-19 patients. Journal of Military Medicine. 2022;22(6):570-9.
16. Erisian, Z, Torkan, H, Mokarian, F. Simple and Multiple Relationships of Emotional Regulation, Pain Self-efficacy and Perception of Disease with Psychological Well-being in Breast Cancer Women. Journal of Clinical Psychology. 2019;11(1):49-59.
17. seyedrasooli a, parvan k, rahmani a, rahimi z. Effect of illness perception promoting interventions on treatment adherence in hemodialysis patients: A

- randomized controlled trial. *Critical Care Nursing*. 2013;6(2):81-90.
18. 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.
 19. Long B, Carius BM, Chavez S, Liang SY, Brady WJ, Koyfman A, et al. Clinical update on COVID-19 for the emergency clinician: Presentation and evaluation. *The American Journal of Emergency Medicine*. 2022;54:46-57.
 20. Farzaneh Maftoon, Mojgan sharifan, Fatemeh Naghizadeh Moghari. Self-care in health system: Prevention and management dimensions. *Payesh (Health Monitor) Journal*. 2018;17(4):361-70.
 21. Mehraeen E, Hayati B, Saeidi S, Heydari M, Seyedalinaghi S. Self-Care Instructions for People Not Requiring Hospitalization for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Arch Clin Infect Dis*. 2020;15(COVID-19):e102978.
 22. Tavakoly Sany SB, Esmaily A, Lael-Monfared E, Tehrani H, Ferns G, Jafari A. Organizing framework to investigate associations between diabetes knowledge, health literacy, and self-care behaviors in patients with type 2 diabetes based on the extended parallel process model. *J Diabetes Metab Disord*. 2020;19(2):1283-92.
 23. Wallin E, Hultström M, Lipcsey M, Frithiof R, Rubertsson S, Larsson IM. Intensive care-treated COVID-19 patients' perception of their illness and remaining symptoms. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2022;66(2):240-7.
 24. Taheri- Kharameh Z, Hazavehei Vahedi SMM, Ramezani T, Vahedi A, Khoshro M. 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.
 25. Mirzaian S, Madadkar Dehkordi S, Karimiankakolaki Z, Mohammadi P. The Effect of Spiritual Self-Care virtual Training on Anxiety Caused by Corona in Final Year Nursing Students. *Complementary Medicine Journal*. 2023;12(4):40-9.
 26. Khoshravesh S, Bahmani A, Taymoori P, Pakpour A. Relationship between Health Responsibility and Self-Care Behaviors related to COVID-19 in Citizens of Kurdistan Province. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2022;27(3):89-102.
 27. Saeidnia HR, Ausloos M, Mohammadzadeh Z, Babajani A, Hassanzadhh M. Mobile-Based Self-Care Application for COVID-19: Development Process Using the ADDIE Model. *Stud Health Technol Inform*. 2022;289:110-3.
 28. Heydari M, Mehraeen E, Javaherikiyan E, Mehrabi N, Langarizadeh M, Aghamohammadi V, et al. Design, development and evaluation of a mobile-based self-care application for patients with COVID-19 not requiring hospitalization; a study of Northwest of Iran. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2023;23(1):280.
 29. Holshue ML, DeBolt C, Lindquist S, Lofy KH, Wiesman J, Bruce H, et al. First Case of 2019 Novel Coronavirus in the United States. *N Engl J Med*. 2020;382(10):929-36.
 30. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *Jama*. 2020;323(13):1239-42.
 31. Moulai K, Bahaadinbeigy K, Mashoof E, Dinari F. Design and development of a mobile-based self-care application for patients with depression and anxiety disorders. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2023;23(1):199.
 32. Moulai K, Sheikhtaheri A, Ghafaripour Z, Bahaadinbeigy K. The Development and Usability Assessment of an mHealth Application to Encourage Self-Care in Pregnant Women against COVID-19. *J Healthc Eng*. 2021;2021:9968451.

Investigating the effect of self-care training on disease perception and control of disease complications in patients with covid-19

Maryam Ghezi¹, Shahram Molavynejad^{1*}, Nasrin Elahi¹, Saeed Ghanbarian²

Received: 2024.04.07

Accepted: 2024.07.12

1. Nursing Care Research Center in Chronic Diseases, School of Nursing and Midwifery, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

2. Department of Statistics and Epidemiology, School of Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

Journal of Education and Ethics in Nursing, Vol.13, No.1&2, Spring & Summer 2024

Abstract:

J Educ Ethics Nurs 2024;13(1&2):52-60

Introduction:

Due to the dangerous course of the disease, patients with covid-19 face problems in self-care behavior and quality of life, this study was conducted with the aim of investigating the effect of self-care training on the perception of the disease and controlling the complications of the disease in patients with covid-19.

Materials and Methods:

In this semi-experimental study, 54 patients with COVID-19 referred to Razi Ahvaz Hospital were selected based on the inclusion criteria, and then they were divided into two intervention and control groups as randomized replacement blocks. The intervention group received the self-care training program during four sessions of 30 minutes (daily) individually. The control group received routine care. Self-care behavior in two groups was compared before and after the intervention. The data collection tool included a demographic profile questionnaire and a short disease perception questionnaire. Data analysis was done using statistical tests in spss23 software.

Results:

The difference in the overall rank of disease perception in the intervention and control groups was 30.33 and 24.67, respectively, which was not statistically significant ($p=0.185$).

Conclusion:

Educational intervention effectively improves self-care behaviors and understanding of the disease of patients with COVID-19. Therefore, it is suggested that nurses should check the patient's engagement and beliefs about the disease to carry out nursing interventions and modify his beliefs based on the patient's needs.

Keywords: Self-Care, Critical Disease, Perception, COVID-19, Infectious Disease

* Corresponding author Email: shahrambaraz@ajums.ac.ir