

تأثیر برنامه توانمندسازی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر فعالیت روزمره زندگی بیماران مبتلا به سندروم حاد کرونری: یک کار آزمایشی بالینی

رضا محمدی^۱ (M.Sc.)، فرشید رحیمی بشر^۲ (M.D.)، شهرام اعتمادی فر^۱ (Ph.D.)، محمود ثالثی^۳ (Ph.D.)، رضا مسعودی^۱ (Ph.D.)

۱- مرکز تحقیقات پرستاری مامایی جامعه نگر، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران

۲- گروه بی‌هوشی و مراقبت‌های ویژه، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

۳- مرکز تحقیقات آسیب‌های شیمیایی، انستیتو سیستم بیولوژی و مسمومیت‌ها، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۶/۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۲/۲۳

masoodi1383@yahoo.com

نویسنده مسئول، تلفن: ۰۹۱۳۰۸۷۵۱۰۵

چکیده

هدف: بیماری‌های قلبی عروقی علت عمده ناتوانی زودرس در نیروی کار جامعه بوده و علاوه بر بیمار سایر افراد خانواده و حتی جامعه را متأثر می‌کند. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر اجرای برنامه توانمندسازی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر فعالیت روزمره زندگی بیماران مبتلا به سندروم حاد کرونری انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده دو سویه کور حاضر در سال ۱۳۹۶-۱۳۹۵ با شرکت ۷۰ بیمار مبتلا به سندروم حاد کرونری انجام شد. بیماران با نمونه‌گیری در دسترس و سپس تخصیص تصادفی با بلوک‌های چهارتایی به دو گروه آزمون و شاهد تقسیم شدند. پرسش‌نامه فعالیت روزمره زندگی در دو گروه تکمیل و برای گروه آزمون برنامه توانمندسازی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی در ۷ جلسه و برای گروه شاهد مراقبت رایج اجرا شد. بلافاصله، یک‌ماه و سه‌ماه بعد مجدداً پرسش‌نامه در دو گروه تکمیل شد.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار تغییرات فعالیت روزانه بیماران بلافاصله بعد از مداخله در گروه آزمون $3/2 \pm 3/48$ و در گروه شاهد $0/3 \pm 1/47$ بود. دو گروه از نظر اطلاعات جمعیت‌شناختی همسان بودند ($P > 0/05$). مقایسه میزان تغییرات فعالیت روزمره زندگی در افراد دو گروه آزمون و شاهد نشان داد میزان تغییرات بعد از مداخله نسبت به قبل از آن در گروه آزمون به‌طور معنی‌داری بیش‌تر از گروه شاهد بود ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که توانمندسازی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی باعث افزایش میزان فعالیت روزمره زندگی در بیماران مبتلا به سندروم حاد کرونری می‌شود.

واژه‌های کلیدی: فعالیت روزمره زندگی، سندروم حاد کرونری، برنامه توانمندسازی، مدل اعتقاد بهداشتی

مقدمه

سندروم حاد کرونری اصطلاحی مورد استفاده برای توصیف طیف وسیعی از شرایط مرتبط با کاهش ناگهانی جریان خون به قلب بوده [۲،۱]؛ علی‌رغم پیشرفت چشمگیر در تشخیص و درمان بیماری‌های قلبی در سه دهه اخیر، این بیماری‌ها همچنان مشکل سلامتی عمومی در جهان صنعتی است و به‌طور پیش‌رونده‌ای در کشورهای در حال توسعه رو به افزایش است [۴،۳].

بیماری‌های عروق کرونر طیف وسیعی از بیماری‌ها از ایسکمی بدون علامت تا مرگ ناگهانی را شامل شده و موجب از کار افتادگی، کاهش تولید و عوارض قابل توجهی در بیماران

شده و با زیان‌های فراوانی برای جامعه و خانواده این بیماران همراه است [۶،۵].

در سال ۲۰۲۰ از هر ۳ آمریکایی ۱ نفر از نوعی بیماری قلبی رنج خواهد برد و در اروپا از هر ۴ میلیون مرگ در سال، ۲ میلیون مرگ در اثر بیماری قلبی خواهد بود [۱]. در انگلستان بیماری‌های قلبی و عروقی با ۱۶۰۰۰ مورد مرگ در سال به عنوان عامل شماره یک مرگ و میر در نظر گرفته شده؛ شیوع کلی این دسته از بیماری‌ها در مردان انگلیسی ۶٪ و در زنان این کشور ۴/۱٪ است که این میزان در مردان و زنان ۶۵ تا ۷۴ ساله به ترتیب ۲۱ و ۱۰/۵٪ است [۷]. آمارهای رسمی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نشان می‌دهد که درصد بالایی از مرگ و میرها در ایران ناشی از بیماری‌های قلبی و عروقی بوده [۸]؛

بر حسب تعریف، فعالیت‌های معمول روزانه فعالیت‌هایی هستند که افراد بدون کمک دیگران انجام می‌دهند و شامل غذا خوردن، حمام رفتن، لباس پوشیدن، مسافرت رفتن، دستشویی رفتن و پیاده‌روی کردن است [۱۹]. DeVriendt و همکاران فعالیت‌های معمول روزانه را در دو بخش فعالیت‌های روزانه (لباس پوشیدن و حمام رفتن) و فعالیت‌های مربوط به وسایل (انجام کارهای منزل) تقسیم کرده‌اند [۲۰].

با توجه به وجود محدودیت‌هایی که بیماران قلبی در انجام فعالیت‌های روزانه خود با آن مواجه هستند و از آنجایی که هر بیمار درجات متفاوتی از محدودیت و توانمندی در انجام فعالیت‌های روزانه خود دارد، درک روشن و درستی از این میزان محدودیت‌ها و شدت آن در بیماران قلبی وجود نداشته و نیاز به بررسی بیشتر و جامع‌تری در این زمینه احساس می‌شود. هم‌چنین، کمبود آگاهی بیماران قلبی در مورد علائم و سیر مزمن و پیش‌رونده بیماری ضرورت برنامه‌ریزی جهت حل این مشکلات را آشکارتر کرده، یکی از راه‌های کمک به این بیماران توانمندی‌سازی آن‌ها در برابر مشکلات است [۲۱] زیرا این احتمال وجود دارد که توانمندی‌سازی بتواند به طور هم‌زمان دانش، مهارت، ارزش‌ها و اعتقادات، خودکارآمدی و خودکنترلی بیمار را بالا ببرد تا وی باور کند که تغییر سطح فعالیت‌های روزانه خود به‌عنوان ارزش محسوب می‌شود و به حدی از خودباوری و خودکنترلی برسد که بدون حضور هیچ ناظری بتواند خود به خود و با توانمندی اوضاع خود را بهبود ببخشد و فعالیت بهتری داشته باشد [۱۳].

توانمندی‌سازی جهت توسعه، اصلاح و برگرداندن هر چه سریع‌تر بیمار به روش زندگی طبیعی و یا نزدیک به طبیعی ضروری است. اخیراً نقش و مسئولیت بیمار در فرآیند مراقبت از خود بسیار مورد توجه قرار گرفته و به حدی رسیده است که مدل‌های جدید مراقبتی بر پایه نقش و مسئولیت بیمار در مراقبت روزانه از خود بنا شده است [۲۲] زیرا تاثیرگذاری آموزش به استفاده مناسب از تئوری‌های علوم رفتاری بستگی دارد؛ یکی از این مدل‌های موثر در آموزش، مدل اعتقاد بهداشتی است که رفتار را تابعی از دانش و نگرش فرد می‌داند. مدل اعتقاد بهداشتی از اوایل دهه ۱۹۵۰ به‌طور گسترده در چهارچوب مفهومی پژوهش‌های رفتاری سلامت برای توصیف تغییر و تداوم رفتارهای مرتبط با سلامت به‌کار گرفته شد. این مدل بر اساس این اندیشه تدوین شده است که موجب ادراک افراد از یک تهدید سلامتی می‌شود که در نتیجه رفتارهای آن‌ها را به سمت سلامتی سوق می‌دهد. علت به‌کارگیری این مدل مطالعه علل عدم پذیرش مسایل بهداشتی توسط مردم و تبیین رفتار مردمانی بود که خود را از بیمار شدن مبرا می‌دانستند. این مدل، الگویی جامع بوده که

در میان بیماری‌های قلبی عروقی، سندروم حاد کرونری به‌عنوان اولین و شایع‌ترین علت مرگ‌ومیر در ایران معرفی شده است؛ سالانه ۱/۵ میلیون نفر دچار انفارکتوس میوکارد می‌شوند و در هر سال بیش از ۶۰۰ هزار نفر به علت عوارض مربوط به این بیماری می‌میرند [۹،۱۰]؛ شیوه زندگی و نوع تغذیه مردم خطر بروز این بیماری را به حداکثر رسانده است [۱۱].

از طرفی ماهیت بیماری قلبی ماهیتی درگیرکننده تمام بدن فرد بوده و تقریباً بر تمام ابعاد زندگی فرد تاثیرگذار است. مردان مبتلا به بیماری قلبی کمبود انرژی و کناره‌گیری از شغل و زنان علاوه بر اثرات جسمی منفی، فقدان و یا کاهش اعتماد به نفس، نگرانی و اضطراب را درک می‌کنند [۱۲]. هم‌چنین، بیماری قلبی اثرات بیش‌تری بر فرد نسبت به سایر بیماری‌های دیگر گذاشته و منجر به تغییر در سبک زندگی، عدم انجام فعالیت‌های روزانه و محدودیت‌هایی در عملکرد جنسی، شغلی، خانوادگی و زندگی اجتماعی افراد مبتلا می‌شود [۱۳]. در عرض ۵ سال بعد از یک حمله قلبی ۲۳٪ مردان و ۳۱٪ زنان مجدداً دچار از کار افتادگی می‌شوند. مرگ ناگهانی یکی دیگر از تظاهرات شایع گرفتاری عروق قلب بوده و بیش از ۵۰٪ بیماران که با مرگ ناگهانی فوت می‌کنند هیچ سابقه‌ای از علائم قلبی نداشته‌اند [۱۴].

مروری بر مطالعات حاکی از آن است که اختلال در زندگی اجتماعی، ناامیدی و وابستگی در انجام فعالیت‌های روزمره و شخصی سبب افزایش خطر بستری شدن مجدد و مرگ ناشی از بیماری قلبی می‌شود [۱۳]؛ زیرا بیماری قلبی توانایی فرد در انجام فعالیت‌های روزمره از قبیل غذا خوردن، آشامیدن و تحرک را تحت تاثیر قرار داده و باعث اختلال در آن می‌شود [۱۵]. به‌طور کلی ارتباط معکوسی بین فعالیت فیزیکی و بیماری عروق کرونر وجود دارد. تحقیقات نشان می‌دهند حتی فعالیت فیزیکی ناچیز با کاهش خطر بیماری‌های قلبی و عروقی در ارتباط است [۱۶]. در این خصوص ناتوانی‌های جسمانی همراه بیماری قلبی به‌طور مضاعف سبب جلوگیری از تحرک و توانایی در راه رفتن، از پله بالا رفتن، خم شدن، دولا شدن و زانو زدن شده و سبب تشدید و افزایش خطر بستری شدن مجدد ناشی از بیماری قلبی می‌شود [۱۷]؛ بنابراین، بررسی وضعیت توانایی انجام فعالیت‌های روزانه در این بیماران ضروری به نظر می‌رسد زیرا بررسی فعالیت‌های معمول روزانه می‌تواند اطلاعات مفیدی جهت بررسی درمان، آموزش و برنامه‌ریزی مناسب جهت حل مشکلات و توانمندی‌سازی در اختیار تیم درمانی مراقبتی قرار دهد و سبب سازگاری بهتر بیمار با بیماری قلبی، کاهش حملات درد در حین فعالیت، کمک جهت بهبود عملکرد فیزیکی، افزایش خشنودی و رضایت بیماران قلبی شود [۱۶-۱۸].

بیش تر در پیشگیری از بیماری نقش دارد و رابطه بین اعتقادات و رفتار را نشان می دهد [۲۳].

این مدل بر انگیزه افراد برای عمل تاکید داشته و نشان می دهد چگونه ادراک فرد ایجاد انگیزه و حرکت می کند و سبب تغییر رفتار در فرد می شود [۲۴]. مدل اعتقاد بهداشتی بر این فرض استوار است که انجام یک رفتار بهداشتی مبتنی بر اعتقادات شخص بوده؛ این اعتقادات شامل (۱) آسیب پذیری شخص نسبت به بیماری؛ (۲) تاثیر بیماری بر زندگی فرد و (۳) تاثیر اقدامات بهداشتی در کاهش حساسیت و شدت بیماری است [۲۵].

در پژوهش حاضر از مدل اعتقاد بهداشتی به عنوان راهنما و چهارچوبی برای تدوین برنامه مدون و جامع توانمندسازی بیماران قلبی با هدف افزایش فعالیت های معمول روزانه آن ها استفاده شد. مدل اعتقاد بهداشتی به عنوان یک مدل پیش بینی کننده ارزشمند در رابطه با رفتارهای سلامتی استفاده می شود. مدل اعتقاد بهداشتی یکی از مدل های تحلیل رفتار بوده که در مطالعات زیادی در زمینه رفتارهای بهداشتی استفاده شده است [۲۶]. این مدل تاکید می کند که چگونه ادراکات و باورهای فردی در زمینه ترس از مشکل بهداشتی و ارزشیابی منافع و موانع رفتار پیشگیری کننده سبب بروز چنین رفتاری می شود [۲۷]. نتایج مطالعات انجام گرفته در زمینه به کارگیری مدل اعتقاد بهداشتی در تغییر رفتار حاکی از موفقیت آمیز بودن این مدل است.

برجی و همکاران در سال ۱۳۹۵ مطالعه ای در ایلام با هدف تاثیر آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر نحوه آگاهی و نگرش بیماران دچار سکت قلبی انجام دادند. نتایج حاکی از آن بود که میانگین و انحراف معیار نمرات آگاهی و نگرش بیماران گروه آزمون نسبت به بیماران گروه شاهد معنی دار بود؛ آموزش اجرای مدل توانسته بود تاثیر مثبتی بر آگاهی و نگرش افراد گروه آزمون نسبت به گروه شاهد ایجاد کند [۲۸].

محمدی و همکاران در سال ۱۳۹۷ مطالعه ای در همدان با هدف تعیین تاثیر آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری های قلبی انجام دادند. نتایج حاکی از آن بود که بعد از مداخله میانگین نمرات آگاهی و سازه های حساسیت، منافع، خودکارآمدی، رفتار و عملکرد در گروه آزمون به طور معنی داری افزایش پیدا کرده بود اما در حیطه موانع درک شده در گروه آزمون به طور معنی داری کاهش پیدا کرده بود [۲۹].

در پایان و با توجه به موارد بیان شده در اهمیت بیماری قلبی و ضرورت استفاده از مدل های بهداشتی در بهینه سازی فعالیت های معمول روزانه این بیماران، می توان بیان نمود که مدل اعتقاد بهداشتی یک مدل فردگرا بوده و سعی در تغییر آگاهی، نگرش و عملکرد بیماران و به عبارتی سعی در توانمندسازی و توانمندساختن افراد داشته که با هدف مطالعه حاضر همسو است و به همین دلیل به عنوان چارچوب نظری این مطالعه انتخاب شده است. پژوهش حاضر با هدف تعیین تاثیر اجرای برنامه توانمندسازی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر فعالیت روزمره زندگی بیماران مبتلا به سندروم حاد کرونری انجام شد.

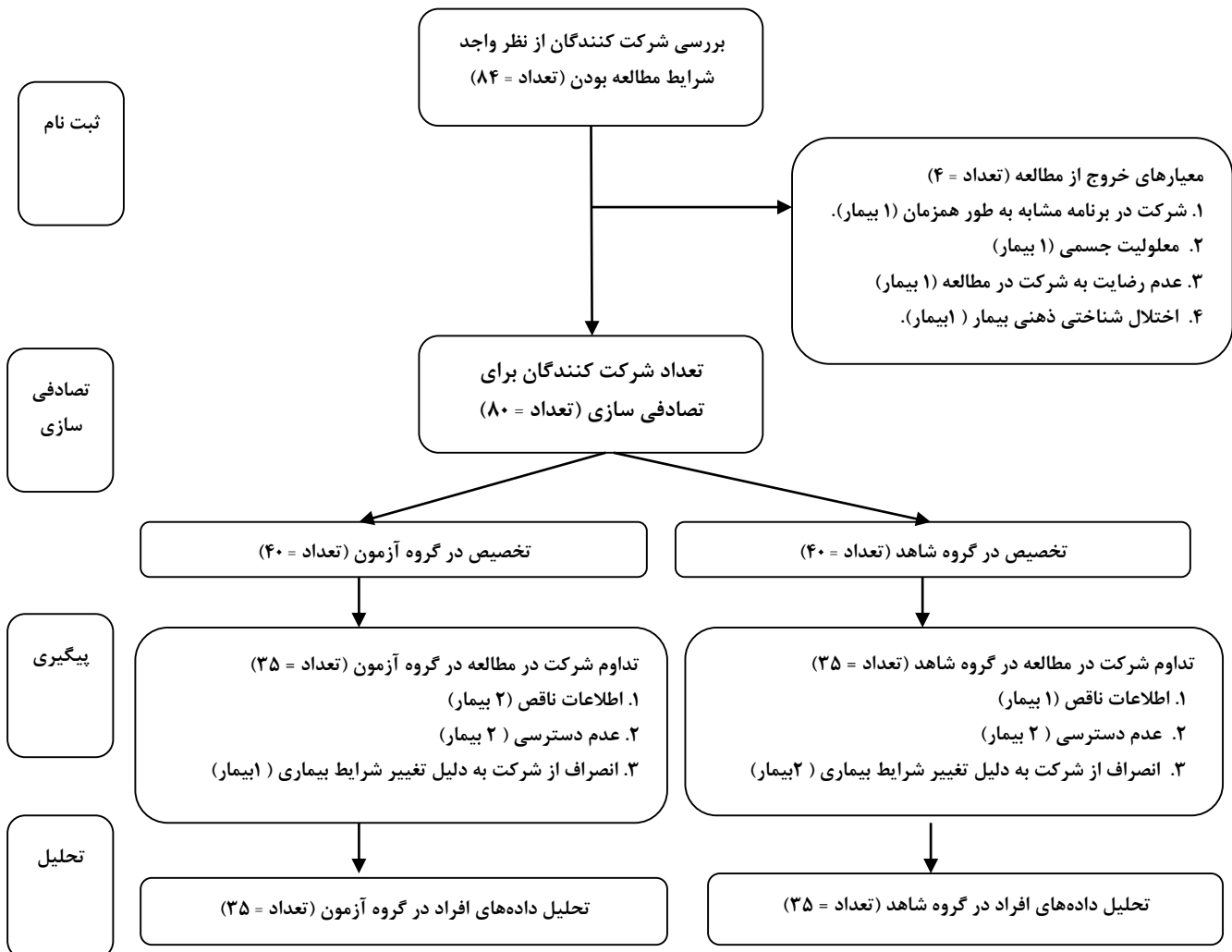
مواد و روش ها

کارآزمایی بالینی تصادفی شده دو سوکور حاضر در فاصله زمانی اسفند ۱۳۹۵ تا بهمن ماه ۱۳۹۶ در بیمارستان های هاجر و کاشانی شهرکرد در بخش های مراقبت ویژه قلبی انجام شد. بیمار و متخصص آمار از گروه بندی بیماران مطلع نبودند. دلیل انتخاب این نوع روش جلوگیری از تورش، عدم تاثیرگذاری حضور محقق بر رفتار فیزیکی و روانی بیمار به صرف حضور فردی بر بالین بیمار بود. در خصوص متخصص آماری چون فرد تحلیل گر مطالعه عضوی از تیم تحقیق بود، در تیم تحقیق چنین تصمیم گیری شد که ایشان تا نهایی شدن تحلیل داده ها از گروه بندی بیماران اطلاعی نداشته باشد.

در این مطالعه ۸۰ بیمار قلبی بستری در بخش های مراقبت ویژه قلبی بیمارستان های هاجر و کاشانی شهرکرد شرکت داشتند که در نهایت ۷۰ بیمار در قالب دو گروه آزمون و شاهد در مطالعه باقی ماندند و وارد تحلیل شدند.

حجم نمونه با احتساب آلفای برابر با ۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ با استفاده از اطلاعات کسب شده مطالعه راهنما برابر با ۲۹ بیمار در هر گروه و در مجموع ۶۰ نفر در هر دو گروه تعیین شد؛ با احتساب ۲۵٪ ریزش حجم نمونه و جلوگیری از کاهش روایی داخلی مطالعه، تعداد ۸۰ بیمار در قالب دو گروه آزمون و شاهد تحت مطالعه قرار گرفتند (نمودار شماره ۱).

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



شکل ۱. نحوه تخصیص افراد در دو گروه آزمون و شاهد

باید در کدام گروه قرار گیرد. انتخاب بیماران توسط مسئول هر شیفت که در روند ورود و خروج بیماران دخالت نداشت و عضوی از تیم پژوهش نبود، انجام شد [۳۰].

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: دامنه سنی ۲۵ تا ۶۵ سال، حداقل سواد خواندن و نوشتن، بستری به علت سندروم حاد کرونری، نمره بزرگتر و یا مساوی با ۲۰ از ابزار استقلال فعالیت روزمره زندگی و توانایی تکمیل پرسشنامه.

معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: شرکت در برنامه آموزشی مشابه همزمان با اجرای مداخله، داشتن نمره بزرگتر و یا مساوی با ۶۰ از ابزار استقلال فعالیت روزمره زندگی، داشتن بیماری روحی روانی (بر اساس اطلاعات پرونده پزشکی)، اختلالات ذهنی-روانی (آلزایمر و ... بر اساس اطلاعات پرونده پزشکی)، معلولیت‌های جسمی (قطع دست و پا و یا سایر مواردی که در یادگیری پیامد مطالعه ایجادکننده مشکل بود) و فوت.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی (سن، جنس، سطح تحصیلات، مدت ابتلا

روش نمونه‌گیری در ابتدا در دسترس و سپس تخصیص تصادفی با بلوک‌های چهارتایی در دو گروه آزمون و شاهد بود. روش تخصیص تصادفی با بلوک‌های چهارتایی بدین صورت بود که به گروه آزمون حرف A و به گروه شاهد حرف B اختصاص داده شد و در بلوک‌های چهارتایی با حروف A و B شش حالت در $BAAB$ ، $ABBA$ ، $BABA$ ، $ABAB$ ، $BBAA$ ، $AABB$ ، برگه‌های جداگانه نوشته شد و در داخل ظرفی انداخته شد. به صورت تصادفی یکی از این برگه‌ها را از ظرف بیرون آورده و ترکیب نوشته شده بر روی آن را یادداشت و مجدداً آن برگه به داخل ظرف انداخته شد. چون حجم نمونه در این مطالعه ۸۰ بیمار بود، این عمل ۲۰ بار تکرار و هر بار ترکیب نوشته شده بر روی برگه به دنبال ترکیب نوشته شده برگه قبلی یادداشت شد و سپس به هر یک از حروف یک عدد از ۱ تا ۸۰ به ترتیب حروف یادداشت شده پشت سرهم اختصاص داده شد. هر یک از حروف داخل یک پاکت مات گذاشته شد و روی پاکت اعداد ۱ تا ۸۰ نوشته شد. هر بار که بیماری انتخاب شد یکی از این پاکت‌ها به ترتیب عدد نوشته شده روی پاکت باز و مشخص شد که بیمار

مختلف شد؛ برنامه‌ی توانمندسازی مبتنی بر سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی متناسب با نیازها و خواسته‌های نمونه‌های پژوهش طراحی شد. در خصوص نیازها و محدودیت‌ها و به عبارتی در تعیین بسته آموزشی، نیازهای فردی هر فرد لحاظ شد و هر فردی به عنوان یک کل مستقل در نظر گرفته شد تا علاوه بر در نظر داشتن مجموع ابعاد، نیازهای فردی هر فرد در دوره آموزشی لحاظ و برطرف شده باشد.

در جلسه اول ضمن آشنایی با بیماران و شنیدن صحبت‌ها و مشکلات آن‌ها در مورد ماهیت بیماری سندروم حاد کرونری و مراقبت‌های مربوط توضیح داده شد. در این مرحله میزان آمادگی، آگاهی، مهارت‌ها و قابلیت‌های لازم برای موفقیت در تغییر رفتار به منظور تعدیل عوامل خطر قلبی عروقی بیماران ارزشیابی شد. جلسات به صورت گروه‌های ۲ تا ۳ نفری بر اساس شرایط بخش و امکان حضور بیماران در اتاق مطالعه بخش مراقبت ویژه قلبی و با نظارت پرسنل و پزشک مقیم برگزار شد. مدت جلسات ۱۵ تا ۳۰ دقیقه بر حسب پرسش و پاسخ بین بیماران و پژوهشگر بود. جلسات هر روز برگزار شد. به منظور راحتی بیماران برای بیان مشکلات و مسایلمان و گاهاً متفاوت بودن مسایل خصوصاً در زمینه کاری و جنسی، تفکیک جنسیتی برای برگزاری جلسات رعایت شد. قبل از شرکت بیماران در جلسات، پیش‌آزمونی از موارد قابل طرح شدن و رؤس مطالب جلسات از بیماران گرفته شد. بعد از اتمام جلسات، پس‌آزمون با همان محتوای پیش‌آزمون برای بیماران برگزار شد. بیماران که به حداقل ۷۰٪ از سؤالات پاسخ صحیح داده بودند به عنوان بیماران توانمند در نظر گرفته شدند. تنها ۳ بیمار در دفعه اول شرکت در جلسات توانستند به حد ۷۰ درصدی برسند که با شرکت در دوره مجدد جلسات، به این مهم رسیدند. عدد ۷۰٪ با مشورت با اعضاء تیم تحقیق و چهار نفر از اساتید رشته قلب و عروق و ۴ نفر از اساتید پرستاری رشته قلب و عروق تعیین شد. ملاک توانمند بودن و یا نبودن افراد در مورد نحوه عملیاتی نمودن سؤالات ابزار مورد استفاده یک ماه بعد از تکمیل پیش‌آزمون بود تا دوره حاد بیماری سپری شده باشد. مراحل اجرای برنامه توانمندسازی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی شامل چهار گام به شرح زیر است:

گام اول (تهدید درک شده): در جلسات دوم و سوم آگاهی و شناخت بیماران نسبت به شدت و عوارض بیماری سنجیده شد و در مورد میزان خطر، شدت و عواقب بیماری، عوارض کوتاه‌مدت و بلندمدت بیماری، هم‌چنین در مورد درد ناشی از بیماری و میزان مرگ‌ومیر ناشی از آن و نتایج اجتماعی بیماری (تأثیر روی کار، اثر روی زندگی خانوادگی، ارتباطات اجتماعی) بحث انجام گرفت و در نهایت تصویری از شدت بیماری برای

به بیماری قلبی... و جهت بررسی توانایی انجام فعالیت روزمره زندگی از پرسش‌نامه "ابزاراستقلال فعالیت روزمره زندگی" استفاده شد که مشتمل بر ۲۰ سوال بود. روایی و پایایی این ابزار در مطالعات داخلی تایید شده است [۳۱]. در این مطالعه پایایی ابزار به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۶ محاسبه شد. این ابزار مشتمل بر دو قسمت بود که عبارتند از: (۱) فعالیت‌های روزمره زندگی شامل غذا خوردن، پوشیدن و در آوردن لباس، راه رفتن، انجام دادن کارهای مربوط به وضعیت ظاهر، حمام کردن یا دوش گرفتن، به تخت یا رختخواب رفتن و بیرون آمدن و دستشویی رفتن؛ و (۲) فعالیت‌های ایزاری زندگی شامل: استفاده کردن از تلفن، طی کردن مسافت‌های نسبتاً طولانی با وسایل نقلیه، خرید مواد غذایی و پوشاک، آماده کردن غذا، انجام دادن کارهای منزل، شستن لباس‌های شخصی، مصرف کردن دارو و کنترل دخل و خرج. حداقل نمره ابزار صفر و حداکثر نمره ۸۰ بود. نمرات بالاتر نشان‌دهنده وضعیت مطلوب‌تر بودند به طوری که بر اساس نمرات حاصل شده بیماران به پنج دسته تقسیم شدند: مستقل مطلق (۶۰-۸۰)، مستقل نسبی (۴۰-۶۰)، وابسته نسبی (۲۰-۴۰)، وابسته مطلق (۲۰ و کم‌تر) و عدم انجام فعالیت به علت غیر از سلامتی [۳۱].

روش کار در گروه آزمون به این صورت بود که پس از اخذ مجوز از دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد و مراجعه به بیمارستان‌های کاشانی و هاجر شهرکرد بیماران که شرایط ورود به مطالعه را داشته به روش بیان شده انتخاب و در دو گروه آزمون و شاهد قرار گرفتند. پس از کسب رضایت و بیان اهداف پژوهش، پرسش‌نامه طی جلسات مختلف و بنا به شرایط روحی و روانی بیماران بعد از برگزاری جلسات توجیهی در اختیار آن‌ها قرار گرفت و پیش‌آزمون در تمام بیماران انتخاب شده انجام شد. جلسات توجیهی بعد از استراحت نسبی شدن بیمار و اجازه پزشک معالج صورت گرفت. هدف از جلسات توجیهی آشنایی بیماران با فرآیند انجام پژوهش و کسب رضایت آگاهانه کتبی آن‌ها بود. مدت این جلسات معمولاً بین ۱۵ تا ۳۰ دقیقه و در بخش مراقب ویژه قلبی بود. جلسات به صورت انفرادی و در زمانی برگزار شد که نه تنها مزاحمتی برای بیمار نداشت، بلکه مزاحمتی برای سایر بیماران، پرسنل و تیم درمانی مراقبتی ایجاد نکرد. تمام جلسات در شیفت صبح و یا شیفت عصر تا قبل از ساعت (۵) بنا بر دستور رئیس بخش) انجام شد. در ابتدا پرسش‌نامه فعالیت روزمره زندگی در دو گروه تکمیل شد. برای گروه آزمون برنامه توانمندسازی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی در هفت جلسه در چارچوب مدل اعتقاد بهداشتی اجرا شد. پس از تجزیه و تحلیل داده‌های مرحله قبل (قبل از مداخله) که منجر به شناسایی منابع، محدودیت‌ها، نیازها و نقاط قوت و ضعف بیمار در زمینه‌های

حذف موانع انجام داده‌اند بحث و تبادل نظر شد و بیماران جهت کاهش یا حذف موانع درک شده به بیان راه حل و تبادل نظر پرداختند و (۵) جهت مقابله با موانع و افزایش اعتماد به نفس در بیماران با ارائه راه حل توسط خود افراد حاضر در جلسه و تحت نظارت پژوهشگر تبادل اطلاعات جهت حل مشکلات و موانع انجام شد.

گام سوم (راهنمای عمل و خودکارآمدی): بعد از ایجاد حساسیت در بیماران و آشنایی با منافع و موانع پیش‌رو که طی جلسات قبلی بیماران در آن‌ها به بحث و تبادل نظر پرداخته بودند، اقدامات انجام شده در جلسات ششم و هفتم در مورد علائم بیماری مانند تنگی نفس، درد قفسه سینه، خستگی و تپش قلب که باعث احساس نیاز فرد به انجام عملی جهت کاهش آن‌ها می‌شود و راه‌های کاهش آن آموزش انجام گرفت. بعد از معرفی وسایل ارتباط جمعی و سایت‌های آموزشی و پیام‌های صوتی تصویری، بیماران عملاً با مشکلاتشان و فرآیند حل مشکل روبرو شدند؛ به طوری که مشکلات آنان شناسایی، تعریف و راه حل‌ها توسط خودشان ارائه، بحث و اولویت‌بندی شد. برای ارتقای سطح خودکارآمدی آموزش به روش حل مسئله گروهی برگزار شد؛ به طوری که مشکلات آنان شناسایی، تعریف و راه حل‌ها توسط خودشان ارائه، بحث و اولویت‌بندی شد. به این صورت که خود بیماران روش‌های افزایش خودکارآمدی (به‌عنوان مثال روش‌های انتخاب و تهیه تغذیه مناسب، شیوه کنترل صحیح استرس خود و ...) را با هم در میان گذاشتند. سپس مشکلات مهم و مهارتی به روش نمایش علمی عملاً با طی مراحل خودکارآمدی (شامل تعیین وظایف، تقسیم کردن رفتارهای پیچیده به کارها و وظایف کوچک‌تر به منظور قابل انجام بودن وظایف برای مددجو، تکرار رفتار با مهارت، تشویق و تقویت برای انجام وظیفه) آموزش داده شد.

گام چهارم (ارزشیابی فرآیند و برآیند بیماران جهت عمل به رفتارهای آموخته شده): ارزشیابی فرآیند در تمام طول اجرای برنامه توانمندسازی توسط پژوهشگر انجام شد. ارزشیابی به صورت پرسش و پاسخ و بحث در مورد ابهامات و سؤالات ایجاد شده در ذهن بیمار و شفاف‌سازی در مورد آموخته‌های قبلی در پایان هر جلسه انجام شد. پس از مداخله، یک ماه و سه ماه بعد از اتمام برنامه توانمندسازی، پرسش‌نامه فعالیت‌های معمول روزانه مجدداً در گروه آزمون تکمیل شد. ملاک یک ماه بعد از مداخله گذشت ۳۰ روز بعد از انجام مداخله در گروه آزمون و ملاک سه ماه بعد از مداخله گذشت ۹۰ روز بعد از انجام مداخله در گروه آزمون بود.

روش اجرا در گروه شاهد بدین صورت بود که گروه شاهد هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد و روند طبیعی درمانی مراقبتی

بیمار ایجاد شد. سعی شد تا فرد جدی بودن بیماری را درک نموده و این امر منجر به رفتاری پیشگیری‌کننده در وی شود و با شناخت خطرات یا عوارض ناشی از بیماری، نسبت به آن احساس خطر کند و احتمال ابتلاء مجدد به عوارض بیماری و تشدید شرایط حاضر را درک کند. اقدامات انجام شده در این مرحله عبارت بودند از: (۱) بحث در مورد خطرات تهدیدکننده بیمار شامل عوارض بیماری، تنگی نفس، خستگی و اختلالات رفتاری و روحی روانی؛ (۲) بحث گروهی و پرسش و پاسخ در مورد سؤالاتی از قبیل من چقدر در معرض بدتر شدن شرایط بیماری هستم؟ چه خطراتی مرا تهدید می‌کند؟؛ (۳) دعوت از یکی از بیماران تا در مورد بیماری خود و نحوه برخورد با مشکلاتش صحبت کند؛ (۴) ایجاد بحث عمومی در بین بیماران تا در مورد احساساتشان درباره توانایی یا عدم توانایی در درک شرایط جدید صحبت کنند؛ (۵) بحث در مورد آخرین آمار بیماران قلبی و روند افزایشی آن و در نهایت (۶) نمایش کلیپ و تصاویر بیماران قلبی و مشکلات آن‌ها و معرفی سایت‌ها و شبکه‌های اجتماعی که در آن بیماران قلبی را معرفی و مشکلات آن‌ها را نشان می‌دهند.

گام دوم (منافع و موانع درک شده): بعد از ایجاد حساسیت و درک شدت بیماری که در جلسات اول و دوم صورت گرفت، در جلسات سوم و چهارم درباره منافع رفتار صحیح و مقابله با موانع پیش رو، عواقب عدم کنترل و منافع کنترل مانند رعایت رژیم غذایی، ترک بعضی از عادات غلط، انجام ورزش و فعالیت منظم، ترک سیگار و مصرف نمک بحث شد. در مورد شک و تردیدهایی که بیماران نسبت به عملکرد خود داشتند بحث شد و بیماران جهت کاهش یا حذف موانع درک شده به بیان راه حل و تبادل نظر پرداختند. اقدامات انجام شده در این مرحله عبارت بودند از: (۱) جنبه‌های به ظاهر منفی رفتار که ممکن است به‌طور بالقوه برای بیمار ناخوشایند، دردناک، ناراحت‌کننده، نامناسب و یا وقت‌گیر باشند مانند رعایت رژیم غذایی، ترک بعضی از عادات غلط، انجام ورزش و فعالیت منظم و ترک سیگار، الکل و نمک بحث شد؛ (۲) در زمینه آترواسکلروز عواقب عدم کنترل و منافع کنترل، تغییرات سبک زندگی، داروهای مصرفی، روش ترک سیگار، انتخاب غذاهای کم چرب، انجام فعالیت ورزشی، کنترل استرس، خود اندازه‌گیری فشارخون، اندازه‌گیری دور کمر برای کنترل وزن، روش محاسبه شاخص توده بدنی و کنترل قند آموزش داده شد؛ (۳) در یک بحث گروهی از بیماران خواسته شد در مورد اقدامات مفیدی که تا کنون جهت پیش‌گیری و کنترل بیماری انجام داده‌اند و شک و تردیدهایی که نسبت به عملکرد خود داشته‌اند صحبت کنند؛ (۴) درباره موانع پیش روی بیماران قلبی و تجربیات بیماران در این زمینه و اقدامات مفیدی که برای

تحصیلات دانشگاهی بودند. ۸۲/۹٪ افراد در گروه آزمون و ۹۶/۸٪ از گروه شاهد متاهل بودند. نتایج مطالعه نشان داد ۷۱/۴٪ از افراد گروه آزمون و ۷۷/۴٪ از افراد گروه شاهد علاوه بر بیماری قلبی سابقه قبلی بیماری‌های دیگر مانند پرفشارخون، دیابت، کلسترول بالا را هم دارند. بیش‌ترین درصد فراوانی در هر دو گروه مربوط به ابتلا به فشار خون بود به طوری که ۳۴/۳٪ از افراد گروه آزمون و ۴۱/۹٪ از افراد گروه شاهد سابقه فشار خون داشتند.

مقایسه تغییرات میزان فعالیت روزانه در افراد دو گروه آزمون و شاهد در مقاطع زمانی مورد مطالعه نشان داد این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبوده است ($P=0/592$). در گروه آزمون نمره میزان فعالیت روزانه بلافاصله بعد از مداخله به طور معنی‌داری نسبت به قبل از مطالعه افزایش یافته است ($P<0/001$) اما در گروه شاهد در مرحله بلافاصله بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری با مرحله قبل از مطالعه نداشته است ($P=0/104$). (جدول ۱) هر چند یک روند کاهشی یک و سه ماه بعد از آموزش در میانگین نمرات فعالیت روزانه در گروه آزمون دیده می‌شود اما روند مثبت آن و مقایسه با گروه شاهد نشان از تأثیر برنامه توانمندسازی در گروه آزمون دارد. نتایج مطالعه نشان داد میزان فعالیت روزانه بیماران قلبی گروه آزمون در وضعیت مطلوبی قرار دارد (جدول ۱).

در مجموع و در مقایسه دو گروه آزمون و شاهد می‌توان بیان نمود که میزان فعالیت روزانه در مرحله قبل از مطالعه تفاوت آماری معنی‌داری نداشته است ($P=0/592$). میزان فعالیت روزانه در مرحله بلافاصله بعد از مداخله با زمان قبل از مطالعه در گروه آزمون به‌طور معنی‌داری بیش‌تر از گروه شاهد بوده است ($P<0/001$). میزان فعالیت روزانه در مرحله یک ماه بعد از مداخله با زمان قبل از مطالعه در گروه آزمون افزایشی و در گروه کنترل کاهشی بود به‌گونه‌ای که تغییرات در گروه آزمون به‌طور معنی‌داری بیش‌تر از گروه شاهد بوده است ($P<0/001$) و در نهایت میزان فعالیت روزانه در مرحله سه ماه بعد از مداخله با زمان قبل از مطالعه در گروه آزمون افزایشی و در گروه شاهد کاهشی بود به‌گونه‌ای که تغییرات در گروه شاهد به‌طور معنی‌داری بیش‌تر از گروه آزمون بوده است. ($P<0/001$) (جدول و شکل ۲).

خود را چه در دوران بستری در بیمارستان و چه بعد از ترخیص از بیمارستان طی نمود. تکمیل پرسش‌نامه‌ها در گروه شاهد همانند گروه آزمون بود (ابتدای مطالعه، یک ماه و سه ماه بعد از اجرای مداخله).

ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر بدین صورت بود که کارآزمایی بالینی تصادفی شده دو سوکور حاضر در تاریخ ۱۳۹۵/۱۱/۵ در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد با کد اخلاق IR.SKUMS.1395.144 و در تاریخ ۱۳۹۶/۰۹/۲۱ در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران با کد IRCT20160528028133N1 به ثبت رسیده است. قبل از اجرای مداخله پژوهشگر جلسه آشنایی با بیماران در مورد هدف و نحوه اجرای مداخله برگزار نمود. رضایت آگاهانه از واحدهای مورد پژوهش در جلسه آشنایی کسب شد. به بیماران اطمینان داده شد که عدم شرکت آن‌ها در مطالعه هیچ تأثیری بر روند درمانی مراقبتی آن‌ها ندارد. بیماران برای عدم ادامه همکاری و خروج از مطالعه در هر زمانی از انجام مطالعه کاملاً آزاد بودند.

به منظور بررسی همسانی اطلاعات جمعیت‌شناختی کیفی (جنس، تحصیلات و ...) از آزمون آماری کای دو و اطلاعات جمعیت‌شناختی کمی (سن) از آزمون آماری تی مستقل در دو گروه آزمون و شاهد استفاده شد. به منظور استفاده از آمار استنباطی از آزمون آماری کولموگروف اسمیرنوف با هدف بررسی نرمال بودن داده‌ها استفاده شد که در مورد داده‌های پژوهش حاضر مقدار معنی‌داری آزمون ذکر شده کم‌تر از $P<0/05$ بود؛ بنابراین از آزمون‌های غیر پارامتریک یو من ویتنی، ویلکاکسون و کای دو استفاده شد. از نرم‌افزار SPSS23 به منظور تحلیل داده‌ها استفاده شد. سطح معنی‌داری در آزمون‌های مورد استفاده به میزان کم‌تر از پنج صدم در نظر گرفته شد.

نتایج

نتایج به دست آمده از تحلیل داده‌های مربوط به مشخصات جمعیت‌شناختی نشان داد میانگین سنی بیماران در گروه آزمون ۵۱/۸ و در گروه شاهد ۵۳/۲ بوده است. از بین کل بیماران شرکت‌کننده در مطالعه ۴۲٪ بیماران را مرد و ۵۷٪ آن‌ها را زن تشکیل می‌دادند. از نظر سطح تحصیلات اکثر بیماران حاضر در مطالعه دارای تحصیلات زیر دیپلم بودند و فقط ۷ نفر دارای

جدول ۱. مقایسه تغییرات میزان فعالیت روزانه در افراد گروه آزمون و شاهد در مقاطع مختلف زمانی

گروه	میزان فعالیت روزانه	قبل از مطالعه	بلافاصله بعد از مداخله	یک ماه بعد از مداخله	سه ماه بعد از مداخله
آزمون	میانگین \pm انحراف معیار	۸/۴ \pm ۷۳/۱	۵/۶۶ \pm ۷۶/۳	۶/۱۱ \pm ۷۵/۹	۷/۰۷ \pm ۷۴/۲
شاهد	میانگین \pm انحراف معیار	۵/۸ \pm ۷۵/۶	۱/۴۷ \pm ۰/۰۳	۱/۱۲ \pm ۰/۰۵	۳/۰۲ \pm ۳/۹
تغییرات نسبت به مرحله قبل		-	-	-	-
سطح معنی داری		-	-	-	-

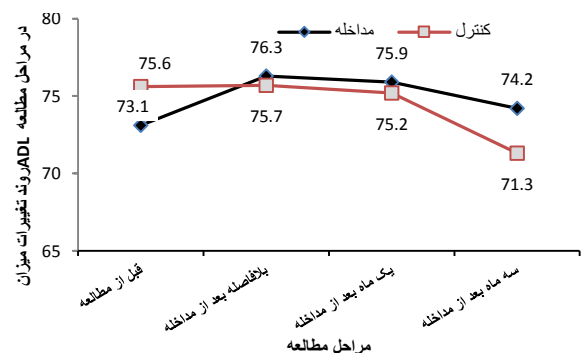
جدول ۲. مقایسه تغییرات میزان فعالیت روزانه در افراد دو گروه آزمون و شاهد در مقاطع مختلف زمانی

میزان فعالیت روزانه	میزان فعالیت روزانه قبل از مطالعه	میزان تغییرات بلافاصله بعد از مداخله	میزان تغییرات یک ماه بعد از مداخله	میزان تغییرات سه ماه بعد از مداخله
گروه آزمون	۸/۳۷ \pm ۷۳/۱	۳/۴۸ \pm ۳/۲	۳/۳۶ \pm ۲/۸۲	۳/۸ \pm ۱/۰۹
گروه شاهد	۵/۸ \pm ۷۵/۶	۱/۴۷ \pm ۰/۰۳	۱/۸۸ \pm ۰/۴۱	۳/۲ \pm ۰/۳۶
اختلاف دو گروه	۳/۲۹ \pm ۲/۵	۲/۰۱ \pm ۳/۱۷	۲/۵۲ \pm ۲/۴۱	۰/۶ \pm ۳/۲۷
سطح معنی داری	۰/۵۹۲	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱

روند کاهشی در میزان فعالیت معمول روزانه یک و سه ماه بعد از مطالعه در گروه شاهد نشان می‌دهد در صورت عدم پیگیری و توانمندسازی با گذشت زمان میزان فعالیت روزمره زندگی در بیماران کاهش خواهد یافت و ضرورت پیگیری مداوم و توانمندسازی بیش‌تر آشکار می‌شود که این یافته با گزارش مطالعه واحدیان و همکاران هم‌خوانی دارد؛ زیرا در مطالعه آن‌ها توانمندی بیماران گروه آزمون ماه‌ها بعد از اجرای مداخله پایدار باقی‌ماند و منجر به بهبود فعالیت روزمره زندگی آن‌ها شد و از طرفی اختلال و کاهش توانمندی بیماران گروه شاهد ماه‌ها بعد از ترخیص از بیمارستان پایین باقی‌ماند و حتی منجر به تشدید کاهش و تنزل فعالیت روزمره زندگی آن‌ها شد [۳۲].

به نظر می‌رسد عدم تداوم برنامه‌های آموزشی و توانمندسازی و رها کردن فرآیند درمان بعد از احساس بهبودی نسبی در بیماران از علل این کاهش باشد. علت احتمالی دیگر کاهش نمرات فعالیت معمول روزانه بیماران قلبی با گذشت زمان به سبب وجود علائم متعدد فیزیکی ناشی از بیماری است. شدت و تعدد علائم بیماری و احساس قریب‌الوقوع بودن مرگ، اضطراب، ترس، نگرانی و اختلالات خلقی عدم تحمل فعالیت و کاهش حس استقلال در این بیماران شایع است [۳۳].

توانمندسازی درگیر کردن آگاهانه بیمار در تصمیم‌گیری برای ارتقاء سطح سلامتی بوده تا با تصمیم‌گیری قدرتمندانه و آگاهانه به خودشان کمک کنند تا بر وضعیت سلامتی خود کنترل داشته و تغییرات مثبتی را در آن ایجاد کنند و به اهدافشان برای بهبود سلامتی دسترسی یابند [۳۴]. همین آگاهانه بودن درگیری بیمار در فرآیند درمانی مراقبتی یکی از عناصر اصلی تاثیر و ماندگاری



شکل ۲. مقایسه تغییرات میزان فعالیت روزانه در افراد دو گروه آزمون و شاهد در بازه‌های مختلف مطالعه

بحث و نتیجه‌گیری

کارآزمایی بالینی دو سوبیه کور حاضر با هدف تعیین تاثیر اجرای برنامه توانمندسازی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر فعالیت روزمره زندگی بیماران مبتلا به سندروم حاد کرونری انجام شد. نتایج این مطالعه نشان داد انجام برنامه توانمندسازی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی از نظر علمی و عملی امکان‌پذیر است و باعث تغییر در فعالیت روزمره زندگی در بیماران مبتلا به سندروم حاد کرونری می‌شود؛ همچنین، نتایج مطالعه نشان داد شروع توانمندسازی از دوران بستری در بیمارستان در بیماران قلبی باعث افزایش فعالیت بیماران در مقایسه با گروه شاهد که در برنامه توانمندسازی شرکت نکرده بودند می‌شود؛ هر چند یک روند کاهشی یک و سه ماه بعد از آموزش در میانگین نمرات هر دو گروه دیده شد اما این تغییرات در گروه آزمون مثبت و در گروه شاهد منفی است و میانگین نمرات به‌طور واضحی در گروه آزمون بیش‌تر از گروه شاهد است.

خصوصاً قلبی عروقی کافی نیست بلکه نگرش و طرز تفکر افراد در ارتباط با بیماری جهت انجام اقدامات پیشگیری‌کننده بسیار مهم و اساسی است.

همسو با نتایج مطالعه حاضر فیصل و همکاران در سال ۲۰۱۷ در امریکا نشان دادند بیماران مبتلا به نارسایی قلبی که خدمات بازتوانی و توان‌بخشی در منزل دریافت کرده بودند بهبودی قابل‌توجهی در عملکرد فعالیت‌های معمول روزانه و راه رفتن داشتند و کارایی آن‌ها افزایش یافته بود [۳۸]. افزایش میانگین نمره فعالیت‌های معمول روزانه و راه رفتن در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد بسیار باارزش و مهم تلقی می‌شود زیرا داشتن آگاهی در خصوص بیماری انفارکتوس قلبی و عوامل خطر این بیماری و همچنین راه‌های پیشگیری به عنوان پیش‌نیاز و ضروری جهت ایجاد نگرش صحیح در خصوص بیماری انفارکتوس میوکارد و اتخاذ رفتار مناسب در نظر گرفته شود. متأسفانه اغلب مردم علی‌رغم آگاهی از تأثیرات محافظت‌کننده رفتارهای ارتقاءدهنده سلامتی در برابر بیماری‌های مزمن از به کارگیری این رفتارها امتناع می‌ورزند [۳۹].

هم‌راستا با نتایج مطالعه حاضر شانون و همکاران در سال ۲۰۱۵ در امریکا در مطالعه خود بیان کردند بیماران قلبی با نمره پایین‌تر فعالیت‌های معمول روزانه در معرض خطر بیشتری برای بستری شدن قرار دارند و میزان مرگ و میر در آن‌ها افزایش می‌یابد [۴۰]؛ مهم‌ترین علت غلبه موانع درک شده بر منافع درک شده بیان شد زیرا عمل فرد به وسیله توازن و عدم توازن بین نیروهای مثبت و منفی درک شده فرد بر رفتار بهداشتی او تعیین می‌شود. عواملی چون محدودیت وقت برای انجام ورزش، عدم احساس نیاز به پیروی از رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت، کاهش ارتباط با اعضاء تیم پزشکی، حمایت اجتماعی ضعیف، خودکارآمدی پایین، سطح تحصیلات پایین، نداشتن همسر، سن بالا، خودکنترلی پایین، محدودیت حرکتی، ابتلا به بیماری‌های مزمن، عدم وجود کلاس‌های آموزشی و مشکلات مالی و موانع خانوادگی از موانع مهم عدم پیروی از رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت هستند [۳۹].

مظلومی و همکاران در سال ۲۰۱۴ در شهر یزد نشان دادند هم‌بستگی معکوس و معنی‌داری بین بیماری‌های مزمن و توانایی انجام فعالیت‌های روزانه زندگی دیده می‌شود [۳۱] زیرا وجود بیماری‌های مزمن به عنوان یکی از مهم‌ترین موانع پیشگیری‌کننده پیروی از رفتارهای ارتقاءدهنده سلامتی محسوب می‌شود که می‌تواند به طور موثری در کاهش ارتقاء کیفیت مراقبت از بیماران و چگونگی افت و کاهش دسترسی به برنامه‌ریزی خدمات آموزشی موثر باشد [۴۱].

توانمندسازی است [۳۳] زیرا مشکل این بیماران در نوع کمیت و کیفیت درمان و مراقبت نیست؛ بلکه بهترین درمان‌ها و مراقبت‌ها را دریافت می‌کنند. مشکل این بیماران در تداوم، استمرار و مستمر بودن اجرای درمان‌ها و مراقبت‌های آن‌ها است. بنابراین مفهوم اساسی و سرنوشت‌ساز پیگیری و استمرار مراقبتی واحد بیمار می‌تواند در فرآیند مراقبت پویا و متعامل بین پرستار، بیمار و خانواده او در کنترل بیماری و کاهش عوارض در این بیماران در نظر و به کار گرفته شود. آژانس مراقبت‌های تحقیقاتی بهداشتی، مشاوره و حمایت بیماران را به عنوان عاملی اساسی در بهبود و پیشگیری از عوارض احتمالی بیماری می‌داند و تأکید می‌کند تمام بیماران چه حاد و چه مزمن باید در جریان بیماری خود قرار گرفته و اطلاعات کافی در خصوص ماهیت بیماری، علائم و نشانه‌های خطر آفرین بیماری و پیش‌آگاهی عوارض بیماری را کسب نمایند [۳۵].

هر چند تاکنون مطالعه‌ای که به طور اختصاصی به بررسی فعالیت‌های روزانه بیماران قلبی در ایران پردازد، انجام نشده است و اکثر مطالعات به بررسی بیماران سالمند پرداخته‌اند، به نظر می‌رسد با افزایش سن و محدودیت‌های جسمی و آشکار شدن عوارض بیماری قلبی میزان فعالیت روزانه بیماران قلبی تحت تأثیر قرار گیرد. محمدی و همکاران در ایلام در سال ۲۰۰۶ نشان دادند بیماران بعد از ترخیص از بیمارستان توصیه‌های درمانی را فراموش می‌کنند و رفتارهای نامناسب بهداشتی در آن‌ها در صورت عدم پیگیری افزایش پیدا می‌کند. در مطالعه آن‌ها تغییر معناداری در کیفیت زندگی دو گروه آزمون و شاهد بعد از چهار ماه از برنامه مشاهده نشد [۳۶].

برجی و همکاران در سال ۱۳۹۵ در شهر ایلام مطالعه‌ای با هدف تعیین تأثیر آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر نحوه آگاهی و نگرش بیماران دچار سکته قلبی انجام دادند. نتایج حاکی از آن بود که میانگین نمرات آگاهی و نگرش در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد به طور معنی‌داری افزایش پیدا کرده بود که با نتایج مطالعه حاضر همسو است [۲۸].

نتایج مطالعه عباس‌زاده و همکاران در سال ۲۰۱۲ در شهر تهران نشان داد که آموزش چهره به چهره در چارچوب مدل اعتقاد بهداشتی به بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد اثرات مفید داشته و نه تنها سبب افزایش میزان آگاهی در این بیماران می‌شود، بلکه سبب بهبود وضعیت نگرش آن‌ها می‌گردد [۳۷] که با نتایج مطالعه حاضر همسو است و بر این نکته دلالت داد که آموزش به بیمار و مطلع ساختن وی از بیماری و روند درمان سبب افزایش آگاهی و در نتیجه کاهش عوارض ناشی از عدم آگاهی بیماران می‌شود. در واقع داشتن شناخت و آگاهی به تنهایی جهت کنترل رفتارهای خودمراقبتی در بیماری‌های

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی در دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد به شماره ۱۳۹۶۱۱ است. تیم تحقیق بر خود لازم می‌داند مراتب قدردانی را خدمت تمام اساتید دانشگاه و پرسنل بیمارستان‌های هاجر و کاشانی شهرکرد اعلام نماید.

منابع

- [1] Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, et al. Executive summary: heart disease and stroke statistics-2016 update: a report from the American heart association. *Circ* 2016; 133: 447-454.
- [2] Azimi VA, Alhani F, Goharimogaddam K, Madani S, Naderi A, Hajiesmaeili M. Effect of family-centered empowerment model on the quality of life in patients with myocardial infarction: A clinical trial study. *J Nurs Educ* 2015; 4: 8-22 (Persian).
- [3] Yusuf S, Rangarajan S, Teo K, Islam S, Li W, Liu L, et al. Cardiovascular risk and events in 17 low- middle- and high-income countries. *N Engl J Med* 2014; 371: 818-827.
- [4] Hajiesmaeili M, Amirsavadvkouhi A, Jamaati H, Izadi M, Madani SJ, Hashemian SM. Effect of the cardio first Angel™ device on CPR indices: a randomized controlled clinical trial. *Crit Care* 2016; 20: 147.
- [5] Sanaie N, Nejati S, Zolfaghari M, Alhani F, KazemNejad A. The effect of family-centered empowerment in self efficacy and self esteem in patients undergoing coronary bypass graft surgery. *J Res Dev Nurs Midwifery* 2013; 10: 44-53 (Persian).
- [6] Vahedian AV, Asghari JM, Payami B, Kashshafi M. The effect of progressive muscle relaxation on perceived stress of patients with myocardial infarction. *J Zanjan Univ Med Sci* 2012; 20: 18-27 (Persian).
- [7] Layland J, Oldroyd KG, Curzen N, Sood A, Balachandran K, Das R, et al. Fast Track: Editor's choice: Fractional flow reserve vs. angiography in guiding management to optimize outcomes in non-ST-segment elevation myocardial infarction: the British Heart Foundation FAMOUS-NSTEMI randomized trial. *Eur Heart J* 2015; 36: 100.
- [8] Bashar FR, Azimi VA, Mahmood Salehi SM, Zijoud H. The effect of progressive muscle relaxation on the outcomes of myocardial infarction: review study. *J Mil Med* 2017; 19: 326-335 (Persian).
- [9] Bashar FR, Farzanegan B, Goharani R, Shojaei S, Hatamian S, Mosavinasab SMM, et al. Comparison of non-invasive to invasive oxygenation ratios for diagnosing acute respiratory distress syndrome following coronary artery bypass graft surgery: A prospective derivation-validation cohort study. *J Cardiothorac Surg* 2018; 13: 123-129.
- [10] Vahedian-Azimi A, Bashar FR, Amini H, Salehi M, Alhani F. Effect of family-centered empowerment model on quality of life in adults with chronic diseases: A systematic review and meta-analysis study. *J Hayat* 2018; 24: 152-173 (Persian).
- [11] Salimi T, Tavangar H, Shokripour S, Ashrafi H. The effect of spiritual self-care group therapy on life expectancy in patients with coronary artery disease: an educational trial. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2017; 15: 917-928 (Persian).
- [12] Taghipour B, Nia HS, Soleimani MA, Afshar MH, Far SS. Comparison of the clinical symptoms of myocardial infarction in the middle-aged and elderly. *J Kermanshah Univ Med Sci* 2014; 18: 281-289 (Persian).
- [13] Vahedian-Azimi A, Hajiesmaeili M, Kangasniemi M, Fornés-Vives J, Hunsucker RL, Rahimibashar F, et al. Effects of stress on critical care nurses: a national cross-sectional study. *J Intensive Care Med* 2019; 34: 311-322.
- [14] Wissenberg M, Lippert FK, Folke F, Weeke P, Hansen CM, Christensen EF, et al. Association of national initiatives to improve cardiac arrest management with rates of bystander intervention and patient survival after out-of-hospital cardiac arrest. *Jama* 2013; 310: 1377-1384.
- [15] Vahedian-Azimi A, Sadeghi M, Movafegh A, Sorouri Zanjani R, Hasani D, Salehmoghaddam A, et al. The relationship between perceived stress and the top five heart disease characteristics in patients with myocardial infarction. *J Zanjan Univ Med Sci* 2012; 20: 100-112 (Persian).

نتایج این پژوهش تأثیر برنامه توانمندسازی در افزایش فعالیت روزانه بیماران قلبی را بیان نمود؛ بر این اساس، پرستاران بالینی با به‌کار بردن توانمندسازی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی جهت افزایش فعالیت روزانه در این بیماران می‌توانند گام‌های موثری در مراقبت، مشاوره و حل مشارکتی مشکلات این بیماران بردارند و وابستگی این بیماران را به پرستار و سایر کادر درمانی کم‌تر کنند و آن‌ها را قادر سازند که نیازهایشان را تا حد امکان برآورده سازند؛ زیرا مناسب‌ترین فردی که در تیم درمانی مراقبتی قادر به ایفاء این نقش می‌باشد، پرستار است؛ مداخله پرستار به عنوان فرد موثر و موفق می‌تواند در جهت حفظ سلامتی، پیشگیری از عوارض بیماری، کاهش مرگ و میر و افزایش پیامدهای بیماری تأثیر چشمگیری داشته باشد [۴۲].

از نقاط قوت مطالعه می‌توان به درگیری طولانی‌مدت بیمار در مطالعه، پیگیری مستمر و دقیق، آموزش چهره به چهره و بیان احساسات، نگرانی‌ها و مشکلات بیمار به طور فردی و گروهی با پژوهشگر و در نهایت طولانی بودن مدت زمان انجام پیگیری اشاره کرد.

از مشکلات و محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به محدودیت فضا و گاهی پر بودن کلاس مناسب و کمبود زمان آزاد بیماران اشاره نمود. تفاوت‌های شخصیتی و مسائل روحی و روانی بیماران ممکن بود بر نتایج تحقیق تأثیرگذار باشد که با استفاده از روش تخصیص تصادفی سعی شد این تفاوت‌ها به حداقل رسانده شود. دریافت اطلاعات از منابع دیگر هم ممکن بود بر نتایج تأثیرگذار باشد که با انتخاب گروه کنترل سعی شد این مشکل کنترل شود.

روند کاهشی یک و سه ماه بعد از آموزش در میانگین نمرات فعالیت روزانه در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد مثبت بوده و مقایسه آن با گروه شاهد نشان از تأثیر مطلوب اجرای برنامه توانمندسازی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد دارد. نتایج مطالعه نشان داد اجرای برنامه توانمندسازی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی سبب شد میزان فعالیت روزانه بیماران قلبی گروه آزمون در وضعیت مطلوبی قرار گیرد. با توجه به نتایج پژوهش حاضر که تأثیر برنامه توانمندسازی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی در افزایش فعالیت بیماران قلبی را نشان می‌دهد، در آموزش و بالین پرستاری نیز می‌توان نقش این مدل را در مراقبت‌ها مورد تأکید قرار داد و به دانشجویان پرستاری و پرستاران بالین به‌کارگیری برنامه توانمندسازی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی و به‌طور کلی ابعاد مراقبتی این مدل را آموزش داد که می‌تواند نقش مهمی در مراقبت از بیماران قلبی و سایر بیماری‌های مزمن داشته باشد.

تشکر و قدردانی

- towards cardiovascular disease. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac* 2018; 26: 227-236 (Persian).
- [30] Sepandi Mojtaba, Taghdir Maryam, Abbas R. Research methodology in medical sciences. Tehran: Sobhan. 3th edition; 2011 (Persian).
- [31] Mazloomi Ms, Soltani T, Morowatisharifabad M, Fallahzadeh H. Activities of daily living and prevalence of chronic diseases among elderly people in Yazd. *J Toloo-e-behdasht* 2014; 13: 42-53 (Persian).
- [32] Vahedian-Azimi A, Miller AC, Hajiesmaeili M, Kangasniemi M, Alhani F, Jelvehmoghaddam H, et al. Cardiac rehabilitation using the Family-Centered Empowerment Model versus home-based cardiac rehabilitation in patients with myocardial infarction: A randomised controlled trial. *Open Heart* 2016; 1: 23-29.
- [33] Bashar FR, Alhani F, Salehi M, vahedian-azimi A. A review of 15 years applicatin the family centered empowerment model on the consequences of acute and chronic diseases: describing and assessing the methodology quality of papers. *J Mil Med* 2018; 20: 27-55.
- [34] Seyed Nematollah Roshan F, Navipor H, Alhani F. Effect of family-centered empowerment model (FCEM) on quality of life of mothers having teenagers with iron deficiency anemia. *J Nurs Educ* 2014; 3: 27-40 (Persian).
- [35] Cline C, Israelsson B, Willenheimer R, Broms K, Erhardt L. Cost effective management programme for heart failure reduces hospitalisation. *Heart* 1998; 80: 442-446.
- [36] Mohammadi F, Rahgozar.M. Effect of home-based cardiac rehabilitation on quality of life of patients with Myocardial infraction. *Tavanbakhshi* 2006; 7: 11-19 (Persian).
- [37] Abbaszadeha A, Borhanib F, Asadi N. Effects of face-to-face health-belief oriented education about risk factors on knowledge and attitude of myocardial infarction patients after discharge. *Iran J Med Educ* 2012; 12: 45-51 (Persian).
- [38] Asiri FY, Marchetti GF, Ellis JL, Otis L, Sparto PJ, Watzlaf V, et al. Effect of home-based rehabilitation on activities of daily living and gait in older adults with heart failure at risk for falling: A retrospective cohort study. *Physiother Theory Pract* 2017; 33: 943-953.
- [39] Zainali M, Asadpour M, Aghamolaei T, Esmaeili Nadimi A, Farshidi H, Ghanbarnejad A. Effect of educational intervention based on health belief model to promote preventive behaviors of cardiovascular disease in people with normal angiographic results. *J Prev Med* 2015; 1: 1-12 (Persian).
- [40] Dunlay SM, Manemann SM, Chamberlain AM, Cheville AL, Jiang R, Weston SA, et al. Activities of daily living and outcomes in heart failure. *Circ Heart Fail* 2015; 8: 261-267.
- [41] Thanavaro JL. Barriers to coronary heart disease risk modification in women without prior history of coronary heart disease. *J Am Acad Nurse Pract* 2005; 17: 487-493.
- [42] Connolly K. New directions in heart failure management. *Nurse Pract* 2000; 25: 23-28.
- [16] Carnethon MR. Physical activity and cardiovascular disease: how much is enough? *Am J Lifestyle Med* 2009; 3: 44S-449S.
- [17] Billinger SA, Arena R, Bernhardt J, Eng JJ, Franklin BA, Johnson CM, et al. Physical activity and exercise recommendations for stroke survivors. *Stroke* 2014; 45: 2532-2553.
- [18] Bashar FR, Salehi M, Hajiesmaeili M, Shojaei S, Farzanegan B, Goharani R, et al. Spiritual health and outcomes in muslim ICU patients: a nationwide cross-sectional study. *J Relig Health* 2018; 12: 1-17.
- [19] Zahuranec DB, Skolarus LE, Feng C, Freedman VA, Burke JF. Are limitations in activities of daily living the best predictor of well-being after stroke? *Am Heart Assoc* 2016; 47: 180-187.
- [20] De Vriendt P, Mets T, Petrovic M, Gorus E. Discriminative power of the advanced activities of daily living (a-ADL) tool in the diagnosis of mild cognitive impairment in an older population. *Int Psychogeriatr* 2015; 27: 1419-1427.
- [21] Vahedian-Azimi A, Ebadi A, Saadat S, Ahmadi F. Intelligence care: a nursing care strategy in respiratory intensive care unit. *Iran Red Crescent Med J* 2015; 17: 132-137.
- [22] Goodman LA, Thomas K, Cattaneo LB, Heimel D, Woulfe J, Chong SK. Survivor-defined practice in domestic violence work: Measure development and preliminary evidence of link to empowerment. *J Interpers Violence* 2016; 31: 163-185.
- [23] 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. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2015; 13: 1061-1072 (Persian).
- [24] Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: theory, research, and practice: John Wiley & Sons; 4th edition; 2008.
- [25] Saunders GH, Frederick MT, Silverman SC, Nielsen C, Laplante-Lévesque A. Description of adults seeking hearing help for the first time according to two health behavior change approaches: Transtheoretical Model (stages of change) and Health Belief Model. *Ear Hear* 2016; 37: 324-333.
- [26] Komeili A, Jalili Z. The Effect of educational intervention based on the health belief model on improvement of preventive behaviors towards premenstrual syndrome (PMS) among girls of pre-university in Tehran. *Iran J Health Educ Health Promot* 2017; 5: 251-259 (Persian).
- [27] Tol A, Majlesi F, Shojaeizadeh D, Esmaelee Shahmirzadi S, Mahmoudi Majdabadi M, Moradian M. Effect of the educational intervention based on the health belief model on the continuation of breastfeeding behavior. *J Nurs Educ* 2013; 2: 39-47 (Persian).
- [28] Borji M, Azami M, Amirkhani M, Bastami MR, Salimi E, Sayehmiri K, et al. The effect of education about the risk factors of myocardial infarction based on Health Belief Model on knowledge and attitudes of patients with myocardial infarction in Shahid Mustafa Hospital in Ilam, 2014-2015. *Nurs Vulnerable J* 2016; 3: 37-47 (Persian).
- [29] Mohammadi N, Soltani N, Amini R, Tapal L. The effect of education based on health belief model on preventive behaviors

Effect of empowerment program based on the health belief model on the activity daily living of patients' with acute coronary syndrome: A clinical trial

Reza Mohammadi (M.Sc)¹, Farshid Rahimi Bashar (M.D)², Shahram Etemadifar (Ph.D)¹, Mahmood Salehi (Ph.D)³, Reza Masoudi (Ph.D)^{*1}

1- Community-Oriented Nursing Midwifery Research Center, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran

2- Dept. of Anesthesiology and Critical Care, School of medicine, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

3- Chemical injuries research center, systems biology and poisonings institute, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

* Corresponding author. +98 9125816621 masoodi1383@yahoo.com

Received: 27 Aug 2018; Accepted: 13 May 2019

Introduction: Cardiovascular diseases are major cause of early disability in the community workforces; in addition to the patient, it affects other family members and even the community. The aim of the study was to explore the effect of empowerment program according to the health belief model (HBM) on the activity daily living (ADL) of patients with acute coronary syndrome (PACS).

Materials and Methods: The double-blinded-randomized-controlled clinical-trial was conducted on the 70-PACS in the year 2016-2017. Patients were randomly assigned in the intervention and control groups by convenience sampling and random allocation with quadric-blocks. Considerably, at the first, the ADL questionnaire was filled-out in the two groups, then, for the intervention group, the empowerment program according to the HBM in 7-session and for the control group, the usual care was conducted. Immediately, one and three months later, the questionnaire was filed out in the two groups, again.

Results: The mean and standard deviation of ADL of patients immediately after intervention in the intervention were 3.2 ± 3.48 and in the control groups were 0.03 ± 1.47 . The two groups were matched according to the demographic information ($P > 0.05$). The comparison of changes in the ADL in the two intervention and control groups showed that the changes in the post-intervention than the pre-intervention were significantly higher in the intervention than the control group ($P < 0.001$).

Conclusion: The results of the study showed that the empowerment program according to the HBM could increase the ADL of patients with acute coronary syndrome.

Keywords: Activity Daily Living, Acute Coronary Syndrome, Empowerment Program, Health Belief Model.