



فصلنامه پرستاری داخلی - جراحی

ISSN : 2322-178X

دوره: ۳ شماره: ۴ زمستان ۱۳۹۳

مقالات پژوهشی

- حضور التیام بخش: تجارب و درک بیماران مراقبت ویژه قلبی از حضور پرستار ۱۷۷
ویدا شفیعی پور
- تأثیر مدل مراقبت پیگیر بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد در کنترل عوارض مرتبط با بیماری ۱۸۵
ام البنین اکبری، سید ابوالفضل وقار سیدین، سید علیرضا سعادت جو، طوبی کاظمی
- مقایسه تأثیر دو روش آموزش خانواده محور و بیمار محور بر نگرش و تبعیت رژیم غذایی و محدودیت مصرف مایعات در بیماران تحت همودیالیز ۱۹۵
پروانه عسکری، فاطمه بهرام نژاد، میترا ذوالفقاری، پویا فرخ نژاد افشار
- تأثیر موسیقی بر اضطراب و درد بیماران تحت عمل جراحی کوله سیستکتومی ۲۰۳
وحید زمان زاده، الهه سیدرسولی، کبری پرون، مهدی آقا کشی زاده
- تأثیر ارایه مراقبت های جامع نگر با مشارکت خانواده بر نگرش و اضطراب قبل از جراحی بیماران ۲۱۰
فرح مادرشاهیان، محسن حسن آبادی، سهیلا خزاعی
- تأثیر بازآموزی پرستاران در موفقیت احیای قلبی - ریوی و بقای کوتاه مدت و بلند مدت آن در بیماران احیا شده ۲۱۹
مستانه داهی، نوشین خزایی، فریده یغمایی
- بررسی ارتباط جوایمی و موانع گزارش خطا در خدمات مراقبتی پرستاران بیمارستان های تأمین اجتماعی استان کرمان ۲۲۶
عصمت نوحی، مهدی محمدی راوری، عباس عباس زاده
- بررسی عوامل تأثیرگذار بر عود حملات بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزیس ۲۳۳
فرزانه حسن زاده، حمیدرضا بهنام وشانی، الهه رمضان زاده تبریز، اکرم گازرانی



انجمن علمی پرستاری ایران

فصلنامه پرستاری داخلی و جراحی



دوره ۳، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۳

آدرس سایت مجله: <http://www.ijmsn.ir>

صاحب امتیاز: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان، دانشکده پرستاری و مامایی

دارای رتبه علمی پژوهشی از یکصد و دهمین جلسه کمیسیون نشریات علوم پزشکی کشور به شماره ۱۰۰/۵۰۷ مورخ ۹۲/۳/۲۷

مدیر اجرایی و جانشین سردبیر: فتیحه کرمان ساروی (استادیار پرستاری)

امور نشر (ویراستاری فارسی و انگلیسی، صفحه آرایی، طراحی):

شرکت فرزندگان راداندیش

کارشناس مجله: تکتیم کیانیان (کارشناس ارشد پرستاری)

کارشناس اجرایی و مدیر پایگاه: مهدیه رضایی

شماره استاندارد بین المللی نشریه: ۲۳۲۲-۱۷۸۸

شماره شاپا الکترونیکی: ۲۳۲۲-۴۱۶۹

شماره مجوز ارشاد اسلامی: ۹۰/۷/۲۴، ۱۹۱۹۱/۹۰

مدیر مسئول و سردبیر: دکتر علی نویدیان (دانشیار راهنمایی و مشاوره)

اسامی هیئت تحریریه

دکتر ملیحه متانت: دانشیار بیماری های عفونی و طب گرمسیری دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

دکتر عیسی محمدی: استاد پرستاری دانشگاه تربیت مدرس تهران

دکتر زهرا مودی: استادیار مامایی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

دکتر ندا مهرداد: استادیار پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران

فرشته نجفی: مربی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

دکتر علی نویدیان: دانشیار راهنمایی و مشاوره دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

دکتر علیرضا نیکبخت نصرآبادی: استاد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر فریبا یعقوبی نیا: استادیار پرستاری دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

دکتر فریده یغمایی: دانشیار پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان

دکتر عزیزالله اربابی سرجو: استادیار پرستاری دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

دکتر فاطمه الحانی: دانشیار پرستاری دانشگاه تربیت مدرس تهران

دکتر محمود ایمانی: دانشیار بیماری های کودکان دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

دکتر فاطمه رخشانی: استاد آموزش بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر مسعود رودباری: دانشیار آمار دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر هوشنگ سندگل: دانشیار بیماری های داخلی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

دکتر محسن طاهری: دانشیار ژنتیک پزشکی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

دکتر عباس عبادی: دانشیار پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه اله تهران

دکتر مسعود فلاحی خشکناپ: دانشیار پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران

فتیحه کرمان ساروی: استادیار پرستاری دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

اسامی داوران این شماره:

دکتر فروزان آتش زاده شوریده، دکتر سکینه سبزواری، دکتر رضا ضیغمی، دکتر مسعود فلاحی خشکناپ، دکتر محمدرضا فیروزکوهی، فتیحه کرمان ساروی، دکتر رضا مسعودی، دکتر زهرا مودی، فرشته نجفی، دکتر فریبا یعقوبی نیا.

زمینه موضوعی: تخصصی پرستاری

حمایت علمی و تأمین اعتبارات مالی مجله: معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان، با همکاری انجمن علمی پرستاری ایران.

استفاده از مطالب نشریه با ذکر منابع بلامانع می باشد.

این مجله در پایگاه اینترنتی پایگاه استنادی علوم جهان اسلام (ISC)، Iran Medex و Magiran نمایه شده است.

آدرس: زاهدان، میدان مشاهیر، دانشکده پرستاری و مامایی زاهدان، کدپستی: ۹۸۱۶۹۱۳۳۹۶

تلفن: ۲۴۳۸۴۷۳ - ۵۴۱ - ۲۴۴۲۴۸۱ - ۵۴۱ - ۲۴۴۲۴۸۱ Email: ijmsn@zaums.ac.ir

تأثیر مدل مراقبت پیگیر بر خودکارامدی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد در کنترل عوارض مرتبط با بیماری

ام البنین اکبری^۱، سید ابوالفضل وقار سیدین^۲، سید علیرضا سعادت جو^۳، طوبی کاظمی^۴

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

۲. استادیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

۳. مربی، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

۴. استاد، گروه قلب و عروق، مرکز تحقیقات آترواسکلروز و عروق کرونر، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

مقاله پژوهشی

فصلنامه پرستاری داخلی - جراحی، سال سوم، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۳، صفحات ۱۹۴-۱۸۵

چکیده

زمینه و هدف: یکی از عوامل مهم جهت ایجاد تغییرات رفتاری در بیماران مزمن، افزایش خودکارامدی این بیماران است. بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر مدل مراقبت پیگیر بر خودکارامدی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد در کنترل عوارض مرتبط با بیماری انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه نیمه تجربی بر روی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد مراجعه کننده به بیمارستان ولیعصر (عج) بیرجند در سال ۱۳۹۳ انجام گردید. ۷۰ بیمار به روش در دسترس انتخاب شدند و به روش تصادفی طبقه‌بندی شده در دو گروه کنترل و مداخله قرار گرفتند. در نهایت به دلیل ریزش نمونه، مطالعه بر روی ۶۰ بیمار (دو گروه ۳۰ نفره) انجام و مدل مراقبت پیگیر در رابطه با گروه مداخله اجرا شد. بیماران گروه کنترل نیز مراقبت‌های معمول را دریافت کردند. خودکارامدی بیماران در هر دو گروه با استفاده از پرسش‌نامه خودکارامدی بیماران مزمن مورد بررسی قرار گرفت. داده‌ها توسط نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ و آزمون‌های تی مستقل، تی زوجی، آنالیز واریانس یک‌طرفه و کوواریانس در سطح معنی‌داری $P < 0.05$ تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: دو گروه کنترل و مداخله از نظر جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و مدت زمان گذشته از تشخیص بیماری با یکدیگر تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند. میانگین نمره خودکارامدی قبل و بعد از مداخله به ترتیب در گروه کنترل 1.79 ± 0.90 و 1.79 ± 0.27 و در گروه مداخله 1.36 ± 0.98 و 1.19 ± 0.81 محاسبه شد. بعد از انجام مداخله، میانگین نمرات خودکارامدی در گروه مداخله به طور معنی‌داری بالاتر از گروه کنترل بود ($P < 0.01$).

نتیجه‌گیری: آموزش به بیمار بر اساس مدل مراقبت پیگیر می‌تواند باعث تغییرات خودکارامدی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد در کنترل عوارض مربوط به بیماری شود. با توجه به نتایج پژوهش، توصیه می‌شود از این مدل جهت افزایش خودکارامدی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد استفاده گردد.

کلید واژه‌ها: انفارکتوس میوکارد، خودکارامدی، مدل مراقبت پیگیر

نویسنده مسؤول:

سید ابوالفضل وقار سیدین
دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

پست الکترونیک:
waghars@bums.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۹۳/۷/۶

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۳/۱۰/۲۰

مقدمه

بیماری قلبی - عروقی از بیماری‌های مزمن و یکی از اصلی‌ترین علل مرگ و میر در جهان محسوب می‌گردد.^{۱،۲} در میان بیماری‌های ایسکمیک قلب، انفارکتوس میوکارد یا حمله قلبی از شایع‌ترین و خطرناک‌ترین بیماری‌های کشورهای صنعتی است.^۳ در ایالات متحده آمریکا هر سال حدود ۵ میلیون نفر دچار بیماری‌های قلبی - عروقی می‌شوند که سالانه ۲۸۵ هزار نفر را به کام مرگ می‌کشاند.^۴ انتظار می‌رود بیماری‌های قلبی - عروقی تا سال ۲۰۳۰ موجب مرگ ۲۳/۶ میلیون نفر شود.^۵

اولین علت مرگ و میر در ایران نیز بیماری‌های قلبی - عروقی می‌باشد؛ به نحوی که این بیماری‌ها در ایران ۴۵ درصد مرگ و میر را به خود اختصاص می‌دهد.^۶ بر اساس آمار، ۱۹/۵ درصد علت مرگ و میر مردم ایران در سال‌های ۲۰۰۴ و ۲۰۰۵ مربوط به بیماری‌های ایسکمیک قلب بوده است.^۷ با وجود این که مدیریت عوامل خطر بعد از سکته قلبی نیازمند تغییر رفتار و تبعیت از درمان‌های دارویی طولانی مدت است، اما بخش قابل توجهی از بیماران به این هدف درمانی دست پیدا نمی‌کنند. بنابراین پزشکان و پرستاران باید بیماران را

مواد و روش‌ها

مطالعه نیمه تجربی حاضر بر روی بیماران بستری در بیمارستان ولیعصر (عج) بیرجند در سال ۱۳۹۳ انجام شد. با توجه به اطلاعات مطالعه بالینی و همکاران ($S_1 = 0/76$ ، $S_2 = 0/44$ ، $m_1 = 3/35$ و $m_2 = 4/06$ ، اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۹۰ درصد)،^۹ حجم نمونه برای هر گروه ۱۷ نفر محاسبه گردید. جهت افزایش دقت آزمون و با احتمال ریزش، برای هر گروه ۳۵ نفر و در مجموع ۷۰ نفر در نظر گرفته شد که ۲ نفر از بیماران گروه مداخله تنها در دو جلسه آموزشی شرکت کردند و ۳ نفر از بیماران این گروه نیز جهت تکمیل پرسش‌نامه بعد از مداخله مراجعه نکردند. از میان بیماران گروه کنترل نیز ۵ نفر پرسش‌نامه‌های پس آزمون را تکمیل نکردند، در نتیجه این بیماران از مداخله خارج شدند و تجزیه و تحلیل نهایی با ۶۰ نفر بیمار (۳۰ نفر در هر گروه) صورت گرفت.

نمونه‌گیری بر روش در دسترس از پرونده بیمارانی که طی ۳-۶ ماه گذشته با تشخیص سکته قلبی در بیمارستان ولیعصر (عج) بستری شده بودند، انجام گردید. در واقع لیست این بیماران از پرونده‌های بیمارستان استخراج و از نظر شرایط ورود به مطالعه بررسی شدند. سپس با بیماران واجد شرایط تماس گرفته شد و پس از نشان دادن تمایل برای شرکت در مطالعه، به روش تصادفی طبقه‌بندی شده در دو گروه کنترل و مداخله تقسیم‌بندی شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل سن کمتر از ۷۵ سال، حداقل سواد در مقطع ابتدایی، تشخیص انفارکتوس میوکارد حداقل سه ماه و حداکثر ۶ ماه قبل،^{۲۵} دسترسی به تلفن و توانایی استفاده از آن، عدم انجام عمل جراحی قلب، عدم وجود بیماری محدود کننده حرکات، نارسایی قلب یا آریتمی (بی‌نظمی ضربان قلب) و بیماری که باعث اختلال مراقبت از خود شود و آموزش‌پذیری را تحت تأثیر قرار دهد، بود. همچنین خود بیمار یا اقوام درجه یک او از کارکنان بهداشت و درمان نباشند. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل عدم شرکت در جلسات آموزشی و هر گونه وضعیت یا شرایط پیش آمده برای بیمار که با معیارهای ورود به مطالعه در تناقض باشد (عمل جراحی قلب شود، دچار نارسایی قلبی گردد و یا دچار انفارکتوس میوکارد مجدد گردد).

ابزار جمع‌آوری داده‌ها دو پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک و خودکارآمدی بیماران مزمن (Lorig (Chronic disease self-efficacy scale) و همکاران^{۲۶} بود. این پرسش‌نامه شامل ۳۳ سؤال با مقیاس لیکرت ۱۰ درجه‌ای است (اصلاً اطمینان ندارم = ۱ و کاملاً اطمینان دارم = ۱۰). عدد علامت زده شده به منزله نمره هر گویه بود و نمره بیشتر نشانگر خودکارآمدی بالاتر در نظر گرفته شد. از کل سؤالات پرسش‌نامه، ورزش منظم ۳ سؤال، کسب اطلاعات در مورد بیماری ۱ سؤال، کمک از اجتماع، خانواده و دوستان ۴ سؤال، ارتباط با پزشک ۳ سؤال، اداره کردن بیماری ۵ سؤال، انجام فعالیت‌های معمول ۳ سؤال، فعالیت‌های اجتماعی - تفریحی ۲ سؤال، اداره کردن علایم ۵ سؤال، اداره کردن تنگی نفس ۱ سؤال و کنترل و اداره افسردگی ۶ سؤال را به خود اختصاص داد. در هر سؤال بالاترین نمره ۱۰ و پایین‌ترین نمره ۱ بود.

ترغیب کنند تا با روش‌های مناسب توانایی تغییر عوامل خطر را کسب نمایند و اتخاذ این رویکرد مستلزم ارتقای خودکارآمدی خواهد بود.^{۸،۹}

طبق تعریف Bandura، خودکارآمدی اعتماد و اطمینان فرد به توانایی‌های خود در جهت انجام یک رفتار مشخص است. باورهای خودکارآمدی تعیین‌کننده احساس، طرز فکر، انگیزه و چگونگی رفتار فرد می‌باشد.^{۱۱} محققین معتقد هستند احساس خودکارآمدی در اثر تحمل چالش‌ها و انجام متوالی و گام به گام رفتار در افراد شکل می‌گیرد^{۱۱} و می‌توان با اجرای برنامه‌هایی که بر اساس نیازهای بیماران طراحی می‌گردد، خودکارآمدی را در آنان ارتقا داد.^{۱۲،۱۳}

پرستاران به عنوان بزرگترین گروه حرفه‌ای سیستم مراقبت‌های بهداشتی با ارائه خدمات می‌توانند منجر به پیگیری درمان، کاهش دفعات و دوره بستری و همچنین کاهش هزینه‌های درمانی و بیمارستانی شوند؛ در واقع بیمار و خانواده‌اش نیاز به مشاوره پیگیر و آموزش دارند.^{۱۴،۱۵} و با توجه به این که نظریه‌ها و مدل‌های پرستاری به فعالیت‌های بالینی و آموزش و تحقیقات این رشته جهت می‌دهد، استفاده از مدل‌های پرستاری یکی از گام‌های مهم و اساسی برای حصول به این هدف است.^{۱۶}

تاکنون مدل‌های متعددی جهت استفاده در بالین و رفع نیاز مددجویان طراحی شده است. در این راستا مدل مراقبت پیگیر (Continuous care model) یکی از مدل‌های مطرحی می‌باشد که توسط احمدی در خصوص بیماران مزمن عروق کرونر طراحی شد.^{۱۶} در واقع مراقبت پیگیر بر اساس تعامل و پذیرش مستمر بنا شده است. به عبارت دیگر این مدل بر نقش مؤثر، متعامل و متبادل پرستار، مددجو و خانواده او تمرکز دارد. همچنین در این مدل صلاحیت و توانایی افراد در فرایند مراقبت حائلی مساوی دارند.^{۱۶}

هدف اصلی در مدل مراقبت پیگیر، طراحی و تدوین برنامه‌ای جهت افزایش پذیرش، بینش و عملکرد مناسب برای مراقبت می‌باشد تا بدین وسیله بیماری و عوارض احتمالی آن کنترل گردد.^{۱۷} مطالعات نشان داده‌اند که به کارگیری این مدل بر شاخص‌هایی مانند دفعات بستری شدن، روند دفعات ویزیت پزشک، سطح چربی خون، اصلاح رژیم غذایی، دفعات استفاده از قرص‌های نیتروگلیسرین زیرزبانی و نیز کیفیت زندگی بیماران کرونری مؤثر است.^{۱۴} همچنین به کارگیری این مدل در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت،^{۱۸} مبتلایان به نارسایی قلبی،^{۱۹} بیماران دارای اختلال اسکیزوفرنی،^{۲۰} بیماران تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر،^{۲۱} مصدومین شیمیایی مبتلا به برونشیت انسدادی^{۲۲} و بیماران تحت دیالیز^{۲۳} نیز مؤثر بوده و سبب کاهش عوامل خطر و بهبود سبک زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد نیز شده است.^{۲۴}

همان‌طور که گفته شد هدف از مدل مراقبت پیگیر، ایجاد و حفظ یک رابطه مراقبتی پویا، انعطاف‌پذیر و پیوسته بین پرستار و بیمار می‌باشد که سبب بهبود خودکارآمدی بیماران خواهد شد، اما این مدل تاکنون در زمینه ارتقای خودکارآمدی مورد استفاده قرار نگرفته است. با در نظر گرفتن اهمیت ارتقای خودکارآمدی در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد، این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مدل مراقبت پیگیر بر خودکارآمدی این بیماران در کنترل عوارض مرتبط با بیماری انجام شد.

جهت تعیین روایی ابتدا پرسش‌نامه‌ها به زبان فارسی ترجمه گردید و سپس توسط دو فرد مسلط، به زبان انگلیسی برگردانده و مجدداً لحاظ محتوا با اصل پرسش‌نامه تطبیق داده شد. سپس در اختیار ۱۰ نفر از استادان دانشکده پرستاری و مامایی بیرجند قرار گرفت و به دلیل سطح بالای سوالات، طبق نظر آنان برای هر سؤال مثالی ذکر گردید اما در اصل سوالات تغییری ایجاد نشد. جهت تعیین پایایی پرسش‌نامه توسط ۲۰ نفر بیمار مبتلا به سکت قلبی که معیارهای ورود را دارا بودند، تکمیل شد و ضریب آلفای کرونباخ آن برابر با ۰/۹۳ به دست آمد. لازم به ذکر است که این افراد به مطالعه وارد نشدند و در نمونه‌گیری از آن‌ها استفاده نگردید. در مطالعه Yoo و همکاران نیز پایایی پرسش‌نامه توسط ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۲ گزارش شد.^{۲۷}

پس از معرفی و توجیه اهداف و کسب رضایت‌نامه کتبی از همه بیماران، پرسش‌نامه‌های اطلاعات دموگرافیک و خودکارآمدی ابتدا برای گروه مداخله و سپس در گروه کنترل تکمیل و سپس مدل مراقبت پیگیر بر روی گروه مداخله به مدت سه ماه اجرا شد و گروه کنترل درمان‌های معمول دریافت کردند. پرسش‌نامه‌ها دوباره در پایان هفته دوازدهم بعد از مداخله در دو گروه در شرایط یکسان و زمان متفاوت تکمیل شد.

مدل مراقبت پیگیر شامل چهار مرحله آشناسازی (Orientation)، حساس‌سازی (Sensitization)، کنترل (Control) و ارزشیابی (Evaluation) است. هدف از آشناسازی، شناخت کلی بیمار و محقق و یکی از اعضای خانواده بیمار که در امر مراقبت از وی سهم است با یکدیگر و همچنین توجیه اهداف، شناخت امکانات، محدودیت‌ها و نوع انتظارات از یکدیگر و شروع درگیر کردن هرچه بیشتر مددجو و خانواده در جهت بروز رفتارهای پیوسته مراقبتی بود.^{۱۶} بدین منظور جلسه‌ای به مدت ۳۰ دقیقه با این هدف برگزار شد. در این مرحله، فرم‌های رضایت کتبی و پرسش‌نامه‌های اطلاعات دموگرافیک و خودکارآمدی جهت بیماران گروه مداخله تکمیل گردید.

مرحله حساس‌سازی با هدف درگیر کردن بیمار و خانواده در خصوص بروز رفتارهای مراقبتی مستمر به اجرا درآمد و هم‌زمان با مرحله آشناسازی شروع شد.^{۱۶} مهم‌ترین اقدامات برای بیماران مبتلا به سکت قلبی در این مرحله

به شکل مشاوره‌های مراقبتی بود که بیماران گروه مداخله به همراه یک نفر از اعضای خانواده در شش جلسه آموزش گروهی در محل دارالشفاء امام حسین^(ع) شرکت کردند. در ضمن عضوی از خانواده که در جلسات شرکت می‌کرد یکی از نزدیک‌ترین افراد به بیمار بود. بیماران گروه مداخله که بر اساس توانایی شرکت در کلاس‌ها در ساعات مختلف به سه گروه ۹ نفره و یک گروه ۸ نفره تقسیم شده بودند به مدت دو روز در هفته تحت آموزش قرار گرفتند. جلسات به شکل پرسش و پاسخ (در ابتدای جلسه) و سپس ارایه مطلب توسط پژوهشگر با کمک اسلاید و سخنرانی هدایت می‌شد. در انتهای هر جلسه جزوه آموزشی در اختیار بیماران قرار می‌گرفت و سؤالانی در زمینه مباحث جلسه گذشته از آنان پرسیده می‌شد و در صورت نیاز مطلب تا زمان رفع مشکلات و یادگیری کامل بیماران مجدد مرور می‌گردید. لازم به ذکر است که محتوای آموزشی کلی و جزوه‌های آموزشی قبل از اجرای مداخله به تأیید دو نفر از متخصصین قلب رسیده بود. مراحل آشناسازی و حساس‌سازی در مدت زمان سه هفته اول از کل مدت زمان اجرای مدل (۱۲ هفته) انجام شد. چک‌لیست خودگزارش‌دهی و شماره تماس محقق در پایان مرحله حساس‌سازی در اختیار بیماران قرار گرفت. موارد مهم و محورهای مشاوره مراقبتی در جدول ۱ ارایه شده است.

در مرحله کنترل، رفتار بیماران و چگونگی به کارگیری آموزش‌های داده شده توسط آنان طی سه مرحله تماس تلفنی کنترل و در نهایت روند مراقبت (موفقیت‌ها و عدم موفقیت‌ها) اندازه‌گیری شد و مقایسه شاخص‌های کنترلی مورد ارزشیابی قرار گرفت.^{۱۶} داده‌های به دست آمده توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون کوواریانس جهت حذف مخدوش کنندگی سن، آزمون تی مستقل جهت مقایسه مؤلفه‌های خودکارآمدی بین گروه‌های مداخله و کنترل و مقایسه نمره خودکارآمدی با برخی مشخصات فردی مانند جنس و وضعیت تأهل، آزمون تی زوجی جهت مقایسه پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌ها و آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه جهت مقایسه برخی مشخصات فردی (سن، سطح تحصیلات و مدت زمان ابتلا به بیماری) با نمره خودکارآمدی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. $P < 0/05$ به عنوان سطح معنی‌داری داده‌ها در نظر گرفته شد.

جدول ۱: مراحل اجرای مدل در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد

آشناسازی	تکمیل فرم‌های رضایت آگاهانه، اطلاعات دموگرافیک و پرسش‌نامه خودکارآمدی قبل از مداخله در گروه مداخله	
	هفته اول	جلسه اول
		جلسه دوم
		جلسه سوم
حساس‌سازی	هفته دوم	جلسه چهارم
		جلسه پنجم
مراحل مدل	هفته سوم	جلسه ششم
		تماس تلفنی اول
		۱۵ روز پس از پایان مداخله
کنترل	بررسی چک‌لیست‌ها	تماس تلفنی دوم
		۳۰ روز پس از پایان مداخله
		تماس تلفنی سوم
		۴۵ روز پس از پایان مداخله
ارزشیابی	در تمام مراحل مدل	

یافته‌ها

جزییات اطلاعات دموگرافیک مشارکت کنندگان در جدول ۲ آمده است. بر اساس یافته‌ها، تفاوت آماری معنی‌داری بین متغیرهای جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و مدت زمان گذشته از تشخیص بیماری در بیماران دو گروه مشاهده نشد. با وجود توزیع تصادفی واحدهای پژوهش، نتیجه آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه نشان داد که میانگین سن گروه‌ها متفاوت و در گروه کنترل و مداخله به ترتیب $10/37 \pm 59/00$ و $53/63 \pm 6/59$ سال بود ($P = 0/020$). بنابراین جهت حذف مخدوش کنندگی سن و برای مقایسه میانگین‌ها در دو گروه از آزمون کوواریانس استفاده گردید و میانگین سن بیماران تعدیل و $56/32$ سال در نظر گرفته شد.

با توجه به جدول ۳ و مطابق با آزمون تی زوجی، میانگین نمره خودکارآمدی در بیماران گروه مداخله در تمام مؤلفه‌ها به جز مؤلفه‌های کمک از اجتماع، خانواده و دوستان و ارتباط با پزشک بعد از مداخله نسبت به قبل از آن به طور معنی‌داری افزایش یافت ($P < 0/050$). از طرف دیگر، کاهش معنی‌داری در میانگین نمره خودکارآمدی کل و مؤلفه‌های ورزش منظم، ارتباط با پزشک، اداره کردن بیماری، اداره کردن علائم، اداره کردن تنگی نفس و کنترل و اداره افسردگی بعد از مداخله نسبت به قبل از آن در گروه کنترل مشاهده شد ($P < 0/050$).

میانگین نمره خودکارآمدی کل و مؤلفه‌های ورزش منظم، کسب اطلاعات در مورد بیماری، کمک از اجتماع، خانواده و دوستان، ارتباط با پزشک، اداره کردن بیماری، انجام فعالیت‌های معمول، اداره کردن علائم، اداره کردن تنگی نفس و کنترل و اداره افسردگی پس از تعدیل در گروه

مداخله نسبت به گروه کنترل بیشتر بود. نتیجه آزمون کوواریانس نشان داد که بعد از تعدیل، میانگین نمره فعالیت‌های اجتماعی-تفریحی در دو گروه کنترل و مداخله تفاوت معنی‌داری نداشت.

بحث

نتایج نشان داد که در اثر اجرای مدل مراقبت پیگیر، خودکارآمدی در گروه مداخله ارتقا یافت؛ بدین معنی که آموزش گروهی به بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد و اعضای خانواده آن‌ها بر خودکارآمدی این بیماران مؤثر بود. نتایج مطالعه حاضر با مطالعه بالجانی و همکاران که بیانگر تأثیر مثبت آموزش بر امتیازات کلی و زیرگروه‌های خودکارآمدی می‌باشد،^{۲۸} همخوانی داشت. با توجه به این که مطالعه بالجانی و همکاران غیر تصادفی و تک گروهی بود و تأثیر آموزش فقط در یک گروه قبل و بعد مقایسه شد، در نتیجه از قابلیت تعمیم نتایج کاسته شده است.

در مطالعه Kapykcy و Ünsal نیز اجرای سه هفته برنامه آموزشی بر روی بیماران مبتلا به آرتریت نشان دهنده افزایش خودکارآمدی بیماران گروه مداخله نسبت به گروه کنترل بود که با نتایج مطالعه حاضر مطابقت دارد؛ با این تفاوت که در مطالعه Kapykcy و Ünsal فقط به بیماران آموزش داده شد و خانواده آنان در نظر گرفته نشد.^{۲۹} بنابراین انتظار می‌رود آموزش‌ها تأثیر طولانی مدت بر روی خودکارآمدی بیماران نداشته باشد. در مطالعه Farrell و همکاران شش هفته برنامه آموزشی بر روی ۴۸ نفر بیمار (مبتلا به بیماری‌های آرتریت، هیپرلیپیدمی، ریوی، قلبی، افسردگی و سرطان) انجام شد و نتایج افزایش خودکارآمدی بیماران گروه مداخله نسبت به گروه کنترل را نشان داد.^{۱۲}

جدول ۲: مقایسه توزیع فراوانی بیماران بر حسب مشخصات فردی

P	مداخله		کنترل	گروه	مشخصات فردی
	تعداد (درصد)	جمع کل	تعداد (درصد)		
* / ۷۴۰	۱۱ (۱۸/۳)	۴۹ (۸۱/۷)	۶ (۲۰/۰)	مؤنث	جنس
	۴۹ (۸۱/۷)		۲۴ (۸۰/۰)	مذکر	
** / ۰۰۲۰	۱۷ (۲۸/۳)	۱۵ (۲۵/۰)	۷ (۲۳/۳)	≤ 50	سن (سال)
	۲۸ (۴۶/۷)		۴ (۱۳/۳)	۵۱-۵۵	
	۲۸ (۴۶/۷)		۹ (۳۰/۰)	> 55	
	۵۶ (۹۳/۳)		۲۷ (۹۰/۰)	متأهل	وضعیت تأهل
* / ۶۲۰	۴ (۶/۷)	۲۳ (۳۸/۳)	۳ (۱۰/۰)	همسر فوت شده	
	۲۳ (۳۸/۳)		۱۵ (۵۰/۰)	ابتدایی	
	۲۷ (۴۵/۰)		۱۰ (۳۳/۳)	زیر دیپلم و دیپلم	سطح تحصیلات
** / ۱۶۰	۱۰ (۱۶/۷)	۱۰ (۱۶/۷)	۵ (۱۶/۷)	فوق دیپلم و بالاتر	
	۱۶ (۲۶/۷)		۷ (۲۳/۳)	۳	
	۱۰ (۱۶/۷)		۵ (۱۶/۷)	۴	
	۱۰ (۱۶/۷)		۴ (۱۳/۳)	۵	مدت ابتلا به بیماری (ماه)
** / ۸۹۰	۲۴ (۴۰/۰)	۱۲ (۴۰/۰)	۱۲ (۴۰/۰)	۶	

*آزمون تی مستقل؛ **آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه

جدول ۳: مقایسه میانگین نمره خودکارآمدی کل و مؤلفه‌های آن قبل و بعد از مداخله در بیماران دو گروه

مؤلفه‌های خودکارآمدی	گروه	قبل از مداخله	بعد از مداخله	P^{**}	بعد از مداخله (پس از تعدیل)
		میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار		میانگین $\pm$ انحراف معیار
ورزش منظم	کنترل	۵/۴۱ $\pm$ ۲/۹۸	۴/۶۳ $\pm$ ۳/۱۰	۰/۰۲	۴/۷۴ $\pm$ ۰/۳۰
	مداخله	۵/۶۷ $\pm$ ۲/۴۹	۷/۰۶ $\pm$ ۱/۷۲	< ۰/۰۰۱	۶/۹۵ $\pm$ ۰/۳۰
	P^{**}	۰/۷۲	< ۰/۰۰۱		< ۰/۰۰۱
کسب اطلاعات در مورد بیماری	کنترل	۵/۳۷ $\pm$ ۳/۵۲	۵/۰۳ $\pm$ ۳/۴۴	۰/۳۷	۵/۰۴ $\pm$ ۰/۳۳
	مداخله	۵/۲۷ $\pm$ ۳/۱۹	۶/۸۳ $\pm$ ۲/۴۰	< ۰/۰۰۱	۶/۸۲ $\pm$ ۰/۳۳
	P^{**}	۰/۹۱	۰/۰۲		< ۰/۰۰۱
کمک از اجتماع، خانواده و دوستان	کنترل	۶/۱۴ $\pm$ ۲/۰۴	۵/۷۹ $\pm$ ۱/۹۱	۰/۲۵	۵/۶۸ $\pm$ ۰/۲۴
	مداخله	۵/۸۳ $\pm$ ۱/۹۱	۶/۲۶ $\pm$ ۱/۶۱	۰/۰۸	۶/۳۷ $\pm$ ۰/۲۴
	P^{**}	۰/۵۵	۰/۳۱		۰/۰۵
ارتباط با پزشک	کنترل	۶/۵۹ $\pm$ ۲/۴۱	۵/۳۱ $\pm$ ۲/۵۴	۰/۰۰۳	۵/۵۲ $\pm$ ۰/۳۳
	مداخله	۷/۱۹ $\pm$ ۱/۹۲	۷/۲۴ $\pm$ ۱/۸۵	۰/۸۵	۷/۰۳ $\pm$ ۰/۳۳
	P^{**}	۰/۲۹	< ۰/۰۰۱		۰/۰۰۳
اداره کردن بیماری	کنترل	۲/۰۸ $\pm$ ۵/۷۷	۲/۱۹ $\pm$ ۴/۸۱	< ۰/۰۰۱	۰/۱۹ $\pm$ ۴/۹۲
	مداخله	۱/۸۳ $\pm$ ۶/۰۷	۱/۶۶ $\pm$ ۷/۱۳	< ۰/۰۰۱	۰/۱۹ $\pm$ ۷/۰۲
	P^{**}	۰/۵۶	< ۰/۰۰۱		< ۰/۰۰۱
انجام فعالیت‌های معمولی	کنترل	۶/۱۲ $\pm$ ۳/۰۲	۶/۶۷ $\pm$ ۲/۷۷	۰/۰۷	۷/۰۱ $\pm$ ۰/۲۵
	مداخله	۷/۰۲ $\pm$ ۲/۵۱	۸/۳۰ $\pm$ ۱/۵۸	< ۰/۰۰۱	۷/۹۶ $\pm$ ۰/۲۵
	P^{**}	۰/۲۲	۰/۰۰۷		۰/۰۱
فعالیت‌های اجتماعی و تفریحی	کنترل	۶/۹۵ $\pm$ ۲/۵۶	۶/۸۰ $\pm$ ۲/۵۷	۰/۶۷	۶/۹۰ $\pm$ ۰/۲۷
	مداخله	۶/۸۸ $\pm$ ۱/۹۵	۷/۶۸ $\pm$ ۱/۶۴	۰/۰۰۲	۷/۵۸ $\pm$ ۰/۲۷
	P^{**}	۰/۹۱	۰/۱۲		۰/۰۹
اداره کردن علائم	کنترل	۵/۳۹ $\pm$ ۲/۳۶	۴/۵۹ $\pm$ ۲/۰۲	< ۰/۰۰۱	۴/۴۹ $\pm$ ۰/۱۸
	مداخله	۵/۱۱ $\pm$ ۱/۸۸	۶/۲۲ $\pm$ ۱/۵۸	< ۰/۰۰۱	۶/۳۲ $\pm$ ۰/۱۸
	P^{**}	۰/۶۱	۰/۰۰۱		< ۰/۰۰۱
اداره کردن تنگی نفس	کنترل	۵/۲۰ $\pm$ ۳/۱۴	۴/۳۷ $\pm$ ۳/۳۴	۰/۰۲	۴/۰۷ $\pm$ ۰/۳۹
	مداخله	۳/۹۷ $\pm$ ۳/۱۳	۶/۱۳ $\pm$ ۲/۲۶	< ۰/۰۰۱	۶/۴۳ $\pm$ ۰/۳۹
	P^{**}	۰/۱۳	۰/۰۲		< ۰/۰۰۱
کنترل و اداره افسردگی	کنترل	۵/۹۰ $\pm$ ۲/۰۲	۵/۱۶ $\pm$ ۱/۷۹	< ۰/۰۰۱	۵/۱۵ $\pm$ ۰/۱۸
	مداخله	۵/۹۴ $\pm$ ۲/۰۲	۶/۵۸ $\pm$ ۲/۰۲	۰/۰۰۱	۶/۵۹ $\pm$ ۰/۱۸
	P^{**}	۰/۹۴	۰/۰۰۵		< ۰/۰۰۱
خودکارآمدی کل	کنترل	۵/۹۰ $\pm$ ۱/۷۹	۵/۲۷ $\pm$ ۱/۷۹	۰/۰۰۱	۵/۳۰ $\pm$ ۰/۱۲
	مداخله	۵/۹۸ $\pm$ ۱/۳۶	۶/۸۱ $\pm$ ۱/۱۹	< ۰/۰۰۱	۶/۸۶ $\pm$ ۰/۱۲
	P^{**}	۰/۸۳	< ۰/۰۰۱		< ۰/۰۰۱

آزمون تی مستقل؛ **آزمون تی زوجی

پزشک معالج و کیفیت زندگی این بیماران مؤثر بوده است. با توجه به این که در مطالعه احمدی و همکاران همه بیماران عروق کرونر مورد بررسی قرار گرفتند و این بیماران دامنه‌ای از آنژین قلبی تا سکنه قلبی را دربرمی‌گیرند و هر یک از این بیماری‌ها از لحاظ شدت علائم با یکدیگر متفاوت هستند، پس به نظر می‌رسد نتایج به دست آمده اختصاصی نمی‌باشد.

در مطالعه Nazil و همکاران نیز اجرای برنامه آموزشی بر روی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو نشان دهنده افزایش معنی‌دار مؤلفه ورزش منظم در این بیماران بود. در مطالعه آنان به ۴۰ نفر بیمار گروه مداخله آموزش داده شد و

به دلیل این که بیماران با بیماری‌های متفاوتی در پژوهش Farrell و همکاران^{۱۲} حضور داشتند، می‌تواند بر دقت نتایج تأثیر منفی داشته باشد؛ در حالی که در مطالعه حاضر این نقایص وجود نداشت.

در مطالعه حاضر میانگین نمره توانایی انجام ورزش منظم پس از مداخله نسبت به گروه کنترل بیشتر بود که با مطالعه احمدی و همکاران^{۱۴} همخوانی دارد. آنان تأثیر مدل مراقبت پیگیر را در کنترل بیماران عروق کرونر بررسی کردند و نشان دادند که به کارگیری این مدل در مدت سه ماه پیگیری، بر شاخص‌های متعددی مانند دفعات بستری، روند فعالیت فیزیکی، ویزیت

تأثیر آموزش بر خودکارآمدی بیماران پس از دو هفته مورد ارزیابی قرار گرفت که نتایج بیانگر افزایش معنی‌دار میانگین نمرات گروه مداخله نسبت به گروه کنترل بود.^{۳۰} با توجه به این که لازمه ارتقای خودکارآمدی تغییر رفتار است، به نظر می‌رسد با توجه به زمان کم پیگیری مطالعه Nazil و همکاران،^{۳۰} نتایج گذرا بود و تأثیر عمیقی بر رفتار بیماران در درازمدت نخواهد داشت.

از سوی دیگر آموزش سبب ارتقای دانش، نگرش و عملکرد بیماران می‌شود.^{۳۱} مطالعه حاضر نیز از این قاعده مستثنی نبود و میانگین نمره کسب اطلاعات در مورد بیماری پس از مداخله نسبت به گروه کنترل افزایش معنی‌داری را نشان داد که با مطالعه Lavery و همکاران^{۳۲} همسو می‌باشد. در مطالعه Lavery و همکاران اجرای دو هفته برنامه آموزشی بر روی بیماران مبتلا به برونشکتازی (Bronchiectasis) و پیگیری شش هفته‌ای این بیماران موجب افزایش معنی‌دار مؤلفه کسب اطلاعات در مورد بیماری گردید.^{۳۳}

بدیهی است که رعایت بسیاری از موارد آموزشی از سوی بیماران، همکاری و مساعدت خانواده آنان را نیز می‌طلبد. با توجه به ساختار سنتی و روابط قوی بین اعضای خانواده در جامعه ما، در مطالعه حاضر با مشارکت دادن خانواده بیمار تلاش شد انگیزه بیماران جهت مشارکت در مداخله و رعایت نکات آموزش داده شده افزایش یابد. بنابراین ضمن آموزش به بیمار، به خانواده وی نیز آموزش داده شد و این افراد با اهمیت بیماری و ماهیت مزمن آن آشنا شدند. با این وجود قبل از تعدیل بر اساس سن، تفاوت معنی‌داری در میانگین نمره کمک از اجتماع، خانواده و دوستان بعد از مداخله نسبت به قبل از آن مشاهده نشد؛ در حالی که پس از تعدیل بر اساس سن، میانگین نمره در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل بیشتر بود.

در مطالعه Lavery و همکاران،^{۳۳} اجرای دو هفته برنامه آموزشی بر روی بیماران مبتلا به برونشکتازی و پیگیری شش هفته‌ای این بیماران موجب افزایش معنی‌دار مؤلفه کمک از اجتماع، خانواده و دوستان گردید. نتایج به دست آمده قبل از تعدیل را می‌توان ناشی از فقدان سیستم‌های حمایتی پویا در جامعه دانست؛ چرا که سیستم‌های حمایتی نه تنها می‌تواند بیمار را از لحاظ مالی مورد حمایت قرار دهند و سبب کاهش دغدغه‌های وی شوند، بلکه با انجام برنامه‌های مشاوره‌ای با بیمار و خانواده او خواهند توانست سبب کمک و حمایت بیشتر بیماران گردند.

اگرچه در مطالعه حاضر سعی شد مشارکت خانواده سبب ایجاد انگیزش در بیماران گردد (که با توجه به ساختار جامعه نقطه قوت محسوب می‌شود)، اما با توجه به نتایج حاصل شده مشارکت و کمک بیشتر اجتماع، خانواده و دوستان مورد نیاز می‌باشد. در این راستا مطالعه Kristofferzon و همکاران با بررسی سازگاری، حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی زنان و مردان یک ماه پس از سکت قلبی تأیید کننده این مطلب است که حمایت و کمک سیستم‌های حمایتی عامل مهمی در بهبود هرچه بیشتر بیماران به شمار می‌رود.^{۳۳}

نتایج به دست آمده در مؤلفه ارتباط با پزشک نشان دهنده عدم تفاوت معنی‌دار قبل و بعد از اجرای مدل می‌باشد که با نتایج به دست آمده از مطالعه

Lavery و همکاران^{۳۳} همخوانی دارد. در بررسی Lavery و همکاران اجرای برنامه آموزشی تأثیری بر روی خودکارآمدی در ارتباط با پزشک نداشت؛^{۳۲} در حالی که در مطالعه Damush و همکاران اجرای برنامه خودمدیریتی بر روی بیماران مبتلا به سکت مغزی سبب شد که خودکارآمدی این بیماران در ارتباط با پزشک افزایش یابد.^{۳۴} شاید این اختلاف به دلیل فرهنگ و عرف جامعه ما باشد؛ چرا که هنوز بسیاری از بیماران در پرسیدن سؤالات خود بدون خجالت از پزشک مشکل دارند و به گفته خودشان از پرسیدن سؤالاتی همچون زمان شروع و میزان فعالیت جنسی پس از سکت قلبی شرم دارند که این خود فرهنگ‌سازی بیشتری را می‌طلبد. لازم به ذکر است که پس از تعدیل سازی بر اساس سن، تفاوت بین دو گروه در این مؤلفه نیز معنی‌دار بود. تفاوت آماری معنی‌دار گروه مداخله در مؤلفه اداره کردن بیماری نسبت به قبل با نتایج به دست آمده از مطالعات Fu و همکاران^{۳۵} و Lavery و همکاران^{۳۳} مطابقت دارد. در مطالعات ذکر شده^{۳۳، ۳۵} نیز اجرای برنامه آموزشی بر روی بیماران مزمن موجب افزایش خودکارآمدی آنان در این مؤلفه شد.

در مطالعه حاضر میانگین نمره پس از مداخله در مؤلفه انجام فعالیت‌های معمولی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل بیشتر بود که این یافته با نتایج مطالعات احمدی و همکاران^{۱۴} و Nazil و همکاران^{۳۳} همخوانی دارد. احمدی و همکاران تأثیر مدل مراقبت پیگیر را در کنترل بیماران مزمن عروق کرونری بررسی نمودند و نتیجه گرفتند که به کارگیری این مدل در مدت سه ماه پیگیری بر شاخص‌های متعددی مانند دفعات بستری، انجام فعالیت‌های معمولی، ویزیت پزشک معالج، سطح چربی خون، اصلاح رژیم غذایی، دفعات استفاده از قرص نیتروگلیسرین زیرزبانی و کیفیت زندگی این بیماران مؤثر بود.

میانگین نمره مؤلفه فعالیت‌های اجتماعی - تفریحی بعد از اجرای مداخله نسبت به قبل از آن تفاوت معنی‌داری داشت. نتایج این مؤلفه با نتایج مطالعه Kristofferzon و همکاران^{۳۶} همخوانی داشت. بر اساس مطالعه آنان بیماران در فاصله زمانی یک سال بعد از سکت قلبی از جانب گروه‌های رسمی و غیر رسمی مورد حمایت قرار گرفتند و این حمایت سبب افزایش فعالیت‌های اجتماعی آن‌ها گردید.^{۳۶} به بیان دیگر برای انجام فعالیت‌های اجتماعی بیشتر از سوی بیماران، باید علاوه بر خانواده و دوستان، گروه‌های اجتماعی نیز این بیماران را مورد حمایت قرار دهند.

سؤالات مطرح شده در مؤلفه اداره کردن علائم مربوط به درد قفسه سینه و ناراحتی‌های جسمی بود. نتایج نشان داد که میانگین نمره اداره کردن علائم پس از مداخله نسبت به گروه کنترل بیشتر بود. نتایج مطالعه احمدی و همکاران نیز حاکی از کاهش دفعات درد قفسه سینه در بیماران کرونری بود.^{۱۴} همچنین اجرای برنامه آموزشی در مطالعه Fu و همکاران سبب اداره علائم بیماری در بیماران مزمن شد.^{۳۵}

خودکارآمدی در اداره کردن تنگی نفس پس از اجرای مدل در گروه مداخله افزایش یافت که با مطالعه Davis و همکاران^{۳۷} مغایر بود. در مطالعه

جهت افزایش تمایل افراد برای ادامه مطالعه استفاده گردد. در مدل مطرح شده جزوه آموزشی نیز مورد استفاده قرار گرفت که سبب انتخاب بیماران باسواد گردید، پس این نتایج قابل تعمیم به بیماران بی سواد نمی باشد.

نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که آموزش به بیمار و نهادینه ساختن آن با تکرار، نظارت و مدیریت پرستاران بر اساس مدل مراقبت پیگیر می تواند سبب تغییرات خودکارآمدی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد در کنترل عوارض مربوط به بیماری گردد. بنابراین توصیه می شود مدل مراقبت پیگیر برای افزایش خودکارآمدی این بیماران مورد استفاده قرار گیرد.

تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

سهم نویسندگان

ام‌البنین اکبری: طراحی و اجرای پژوهش، استخراج نتایج و نگارش مقاله
سید ابوالفضل وقار سیدین: طراحی پژوهش و تأیید نهایی مقاله
سید علیرضا سعادت جو: مشاور آمار و مشارکت در نگارش مقاله
طوبی کاظمی: مشارکت در نگارش و ویراستاری علمی مقاله

سپاسگزاری

مقاله حاضر قسمتی از پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش پرستاری به شماره ۹۳/۰۳ و کد اخلاقی ۱۳۹۳-۰۴-۰۱ بود. بدین وسیله از بیماران و خانواده های آنان، مسئولین بیمارستان ولیعصر (عج)، مسئولین و کارکنان محترم دارالشفاء امام حسین (ع) و مسئولین محترم دانشگاه علوم پزشکی بیرجند که بدون همکاری و مساعدت آن ها انجام این پژوهش امکان پذیر نبود، تشکر و قدردانی می گردد.

Davis و همکاران پس از اجرای برنامه آموزشی بر روی بیماران مبتلا به COPD (Chronic obstructive pulmonary disease)، تفاوت معنی داری در این مؤلفه مشاهده نشد.^{۳۷} شاید دلیل اختلاف این باشد که تنگی نفس در این بیماران بسیار شدیدتر از بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد است و اقدامات بیشتری را می طلبد.

میانگین نمره کنترل و اداره افسردگی پس از مداخله نسبت به گروه کنترل بیشتر بود. یافته حاصل شده با مطالعه آقاخانی و همکاران مبنی بر کاهش میزان اضطراب و افسردگی پس از آموزش،^{۳۸} همسو می باشد.

از آن جا که یکی از کلیدی ترین اصول مدل، پیگیری بیماران پس از ترخیص و برگزاری کلاس های آموزشی است؛ می توان نتیجه گرفت شاید دلیل اصلی افزایش نمره خودکارآمدی کل بیماران گروه مداخله نسبت به گروه کنترل به سبب همین پیگیری باشد که نقطه قوت این مدل نیز محسوب می گردد. برنامه های مشاوره ای پرستاران و پیگیری آنان پس از آموزش، فرصتی را برای حفظ و ارتقای خودکارآمدی بیماران فراهم می کند که با پژوهش Primdahl و همکاران^{۳۹} مطابقت دارد. از این رو می توان نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر را با یافته های مطالعات کاوه سوادکوه و همکاران،^{۴۰} پورتنقی و همکاران^{۴۱} و Song^{۴۲} همخوان دانست. در تمام مطالعات ذکر شده،^{۴۰-۴۲} پژوهشگران با اجرای برنامه آموزشی و پیگیری بیماران توانسته بودند خودکارآمدی بیماران را ارتقا بخشند که از این جهت با مطالعه حاضر هم جهت می باشد. در مطالعه حاضر با توجه به این که علاوه بر بیمار به خانواده وی نیز آموزش داده شد، امید است تغییرات رفتاری تا مدت زمان طولانی تری باقی بماند که نقطه قوت مطالعه حاضر در مقایسه با سایر مطالعات محسوب می شود.

لازم به ذکر است که دانش، تجربیات قبلی، علاقه مددجویان در قبول مدل و زمینه های فرهنگی بیماران و خانواده های آنان بر سطح یادگیری بیماران تأثیر گذار است و از جمله محدودیت های مطالعه حاضر بود که در برخی از موارد کنترل آن از عهده پژوهشگر خارج گردید و منجر به انصراف ۱۰ نفر از بیماران در ادامه همکاری شد. بنابراین پیشنهاد می شود از شیوه هایی

References

- Williams AM, Bloomfield L, Milthorpe E, Aspinall D, Filocamo K, Wellsmore T, et al. Effectiveness of moving on: an Australian designed generic self-management program for people with a chronic illness. BMC Health Services Research 2013; 13: 90.
- Ahyana S, Kritpracha C, Thaniwattananon P. Cardiac rehabilitation enhancing programs in patients with myocardial infarction: a literature review. Nurse Media Journal of Nursing 2013; 3(1): 541-56.
- Davoodvand S, Elahi N, Haghighizadeh M. Effectiveness of short-term cardiac rehabilitation on clinical manifestations in post-mi patients. Hayat 2009; 15(3): 66-73. [Persian].
- Vahedian Azimi A, Alhani F, Ahmadi F, Kazemnejad A. Effect of family-centered empowerment model on the life style of myocardial infarction patients. Iran J Crit Care Nurs 2010; 2(4): 1-2. [Persian].
- Kazemi T, Sharifzadeh GR, Zarban A, Fesharakinia A, Rezvani MR, Moezy SA. Risk factors for premature myocardial infarction: a matched case-control study. J Res Health Sci 2011; 11(2): 77-82.
- World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles. [Online]. [cited 2011 Sep]; Available from: URL: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles2011/en/
- Khosravi A, Rao C, Naghavi M, Taylor R, Jafari N, Lopez AD. Impact of misclassification on measures of cardiovascular disease mortality in the Islamic Republic of Iran: a cross-sectional study. Bull World Health Organ 2008; 86(9): 688-96.

8. Sol BG, van der Graaf Y, van der Bijl JJ, Goessens NB, Visseren FL. Self-efficacy in patients with clinical manifestations of vascular diseases. *Patient Educ Couns* 2006; 61(3): 443-8.
9. Baljani E, Rahimi J, Amanpour E, Salimi S, Parkhashjoo M. Effects of a nursing intervention on improving self-efficacy and reducing cardiovascular risk factors in patients with cardiovascular diseases. *Hayat* 2011; 17(1): 45-54. [Persian].
10. Bandura A. Guide for constructing self-efficacy scales. In: Pajares F, Urdan TC, Editors. *Self-efficacy beliefs of adolescents*. Charlotte, NC: Information Age Publishing; 2006. p. 307-37.
11. Masoudi R, Soleimany MA, Moghadasi J, Qorbani M, Mehralian H, Bahrami N. Effect of progressive muscle relaxation program on self-efficacy and quality of life in caregivers of patients with multiple sclerosis. *J Qazvin Univ Med Sci* 2011; 15(2): 41-7. [Persian].
12. Farrell K, Wicks MN, Martin JC. Chronic disease self-management improved with enhanced self-efficacy. *Clin Nurs Res* 2004; 13(4): 289-308.
13. Katch H, Mead H. The role of self-efficacy in cardiovascular disease self-management: a review of effective programs. *Patient Intelligence* 2010; 2010(2): 33-44.
14. Ahmadi F, Ghofranipour F, Abedi HA, Abedi HA, Faghihizadeh S. Effect of continuous consultation care model on rehospitalization and chest pain in patients with coronary artery disease. *J Qazvin Univ Med Sci* 2005; 9(2): 99-103. [Persian].
15. Mazaheri E, Sezavar SH, Hosseini A, Fouladi N. The effect of follow up on physical- emotional status of the patients with myocardial infarction in Ardabil, 2000-2001. *J Ardabil Univ Med Sci* 2003; 2(6): 53-60. [Persian].
16. Ahmadi F. Developing and evaluating continuous care model in controlling patients with coronary artery disease [Thesis]. Tehran, Iran: Tarbiat Modares University 2015. [Persian].
17. Ghavami H, Ahmadi F, Entezami H, Meamarian R. The effect of continuous care model on diabetic patients' blood pressure. *Iran J Med Educ* 2006; 6(2): 87-95. [Persian].
18. Ghavami H, Ahmadi F, Entezami H, Memarian R. The effect of continuous care model on quality of life in patients with diabetes. *Urmia Med J* 2005; 16(1): 22-7. [Persian].
19. Sadeghi Shermeh M, Alavi Zerang F, Ahmadi F, Karimizarchi A, Babatabar HD, Ebadi A. Effect of applying continuous care model on quality of life in heart failure patients. *Journal of Behavioral Sciences* 2009; 3(1): 3-4. [Persian].
20. Khankeh HR, Anjomanin V, Ahmadi F, Falahi Khoshknab M, Rahgozar M, Ranjbar M. Evaluating the effectiveness of continuous care model on quality of life in discharged schizophrenic patients from Sina educational and medical center, Hamedan, 2007. *Iran J Nurs Res* 2009; 4(15): 60-70. [Persian].
21. Sadeghi Shermeh M, Razmjooei N, Ebadi A, Najafi Mehri S, Asadi-Lari M. Effect of applying continuous care model on quality of life of patients after coronary artery bypass graft. *Iran J Crit Care Nurs* 2009; 2(1): 1-6. [Persian].
22. Salaree MM, Mahdizadeh S, Ebadi A, Aslani J, Naderi Z. Effect of applying continuous care model on quality of life in chemical warfare victims with bronchiolitis obliterans. *Kowsar Medical Journal* 2009; 14(2): 101-8. [Persian].
23. Rahimi A, Ahmadi F, Gholyaf M. Effects of applying continuous care model on quality of life in hemodialysis patients. *Razi j Med Sci* 2006; 13(52): 123-34. [Persian].
24. Molazem Z, Rezaei S, Mohebbi Z, Ostovan MA, Keshavarzi S. Effect of continuous care model on lifestyle of patients with myocardial infarction. *ARYA Atheroscler* 2013; 9(3): 186-91.
25. Coyle MK. The relationship of depressive symptoms over time on self-care behavior in patients who experience a myocardial infarction. *Ann Arbor, MI: ProQuest*; 2009.
26. Lorig K, Stewart A, Ritter P, González V, Laurent D, Lynch J. Chronic disease self-efficacy scales [Online]. [cited 1996]; Available from: URL: <http://patienteducation.stanford.edu/research/secd32.pdf>
27. Yoo H, Kim CJ, Jang Y, You MA. Self-efficacy associated with self-management behaviours and health status of South Koreans with chronic diseases. *Int J Nurs Pract* 2011; 17(6): 599-606.
28. Baljani E, Salimi S, Rahimi J, Amanpour E, Parkhashjou M, Sharifnejad A, et al. The effect of education on promoting self-efficacy in patients with cardiovascular disease. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences* 2012; 16(3): 227-35. [Persian].
29. Ünsal A, Kapykcy MK. Effect of education on perceived self-efficacy for individuals with arthritis. *International Journal of Caring Sciences* 2010; 3(1): 3-11.
30. Nazli A, Tanju G, Kenan K. The effect of education on knowledge, self-management behaviours and self efficacy of patients with type 2 diabetes. *Australian Journal of Advanced Nursing* 2008; 26(2): 66-74.
31. Goodarzi M, Ebrahimzadeh I, Rabi A, Saedipoor B, Asghari Jafarabadi M. Impact of distance education via mobile phone text messaging on knowledge, attitude, practice and self-efficacy of patients with type 2 diabetes mellitus in Iran. *J Diabetes Metab Disord* 2012; 11: 10.
32. Lavery KA, O'Neill B, Parker M, Elborn JS, Bradley JM. Expert patient self-management program versus usual care in bronchiectasis: a randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil* 2011; 92(8): 1194-201.
33. Kristofferzon ML, Lofmark R, Carlsson M. Perceived coping, social support, and quality of life 1 month after myocardial infarction: a comparison between Swedish women and men. *Heart Lung* 2005; 34(1): 39-50.
34. Damush TM, Ofner S, Yu Z, Plue L, Nicholas G, Williams LS. Implementation of a stroke self-management program: A randomized controlled pilot study of veterans with stroke. *Transl Behav Med* 2011; 1(4): 561-72.
35. Fu D, Fu H, McGowan P, Shen YE, Zhu L, Yang H, et al. Implementation and quantitative evaluation of chronic disease self-management programme in Shanghai, China: randomized controlled trial. *Bull World Health Organ* 2003; 81(3): 174-82.
36. Kristofferzon ML, Lofmark R, Carlsson M. Coping, social support and quality of life over time after myocardial infarction. *J Adv Nurs* 2005; 52(2): 113-24.
37. Davis AH, Carrieri-Kohlman V, Janson SL, Gold WM, Stulbarg MS. Effects of treatment on two types of self-efficacy in people with chronic obstructive pulmonary disease. *J Pain Symptom Manage* 2006; 32(1): 60-70.
38. Aghakhani N, Khademvatan K, Habibzadeh H, Jasemi M, Eghtedar S, Rahbar N, et al. The effect of education on anxiety and depression in patients with myocardial infarction in selected hospitals, Iran. *Urmia Med J* 2011;

- 32(2): 105-14. [Persian].
39. Primdahl J, Wagner L, Holst R, Horslev-Petersen K. The impact on self-efficacy of different types of follow-up care and disease status in patients with rheumatoid arthritis--a randomized trial. *Patient Educ Couns* 2012; 88(1): 121-8.
 40. Kaveh Savadkooh O, Zakerimoghadam M, Gheyasvandian S, Kazemnejad A. Effect of self-management program on self-efficacy in hypertensive patients. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2012; 22(92): 19-28. [Persian].
 41. Poortaghi S, Baghernia A, Golzari SEJ, Safayian A, Atri SB. The effect of home-based cardiac rehabilitation program on self-efficacy of patients referred to cardiac rehabilitation center. *BMC Research Notes* 2013; 6: 287.
 42. Song KJ. The effects of self-efficacy promoting cardiac rehabilitation program on self-efficacy, health behavior, and quality of life. *Taehan Kanho Hakhoe Chi* 2003; 33(4): 510-8.

Effect of continuous care model on the self-efficacy of patients with myocardial infarction in controlling disease complications

**Omolbanin Akbari¹, Seyyed Abolfazl Vagharseyyedin², Seyed Alireza Saadatjoo³,
Tooba Kazemi⁴**

1. MSc Student of Nursing, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Nursing, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.
3. Instructor, Department of Nursing, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.
4. Professor, Department of Cardiology, Birjand Cardiovascular Research Center, School of Medicine, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.

Original Article

Medical - Surgical Nursing Journal, 2015; 3(4): 185-194

ABSTRACT

Background and Objective: Improving the self-efficacy of chronic patients is necessary to achieve self-management and behavioral changes. Thus, the present study was aimed to evaluate the effect of the continuous care model on the self-efficacy of patients with myocardial infarction.

Materials and Method: This quasi-experimental study was conducted in 2014 on patients with myocardial infarction referring to Valiasr Hospital of Birjand, Iran. The 70 participants were selected using convenient sampling method and randomly assigned to two groups of control and intervention. Due to loss of subjects, the study was performed on 60 subjects. The continuous care model was implemented in intervention group. The control group received routine care. Patients' self-efficacy was assessed using the Chronic Disease Self-Efficacy Scale. The obtained data were analyzed using paired t-test, Student's independent t-test, analysis of covariance (ANCOVA), one-way ANOVA, and SPSS software version 16. All P values below 0.05 were considered statistically significant.

Results: The 2 groups showed no significant differences in terms of gender, marital status, education, and time since diagnosis of illness. The mean self-efficacy scores of control group subjects before and after the intervention were 5.90 ± 1.79 and 5.27 ± 1.79 , respectively. The mean self-efficacy scores of the intervention group subjects were 5.98 ± 1.36 and 6.81 ± 0.19 before and after the intervention, respectively. The intervention group subjects reported higher mean scores of self-efficacy than control group subjects after the intervention ($P < 0.001$).

Conclusion: Regarding the chronic nature of myocardial infarction and its complications, continuous care model is an important step to enhancing self-efficacy and making behavioral changes among patients with myocardial infarction. Therefore, patient education by nurses can be an effective factor in improvement of patients' performance and community health and indicative of the importance of nurses' role. Thus, the use of this model in order to increase self-efficacy in patients with myocardial infarction is recommended.

Keywords: Myocardial infarction, self-efficacy, continuous care model

Correspondence:

Seyyed Abolfazl Vagharseyyedin
Birjand University of
Medical Sciences

Email:

waghars@bums.ac.ir

Received: 28/9/2014
Accepted: 10/1/2015

Please cite this article as: Akbari O, Vagharseyyedin SA, Saadatjoo SA, Kazemi T. Effect of continuous care model on the self-efficacy of patients with myocardial infarction in controlling disease complications. *Medical - Surgical Nursing Journal* 2015; 3(4): 185-194.



Medical & Surgical Nursing Journal

Vol. 3, No. 4, 2015



Iranian Nursing Association

Owned and Published by: Zahedan University of Medical Sciences and Health Services, Nursing and Midwifery School

ISSN: 2322-178X

Online ISSN: 2322-4169

Ministry of Health and Medical Education License

No: 19191/90, 90.7.24

Executive Manager and Successor as Editor-in-Chief:

Fatihe Kermansaravi, MSc (Assistant Professor of Nursing)

Copy edit, Layout edit and Design:

Farzanegan Radandish Co.

Journal Coordinator: Toktam Kianian (MSc of Nursing)

Journal manager & Executive coordinator:

Mahdiye Rezaei

Chairman & Editor-in-Chief:

Ali Navidian, PhD (Associate Professor of Family Counseling)

Editorial Board

Alhani F. (PhD), Associate Professor of Nursing, Tarbiat Modares Tehran.

Arbabi-Sarjoo AA. (PhD), Assistant Professor of Nursing, Zahedan University of Medical Sciences.

Ebadi A. (PhD), Associate Professor of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences.

Fallahi Khoshknab M. (PhD), Associate Professor of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation.

Imani M. (MD), Associate Professor of Pediatrics Diseases, Zahedan University of Medical Sciences.

Kermansaravi F. (MSc), Assistant Professor of Nursing, Zahedan University of Medical Sciences.

Metanat M. (MD), Associate Professor of Infectious Diseases, Zahedan University of Medical Sciences.

Mehrdad N. (PhD), Assistant Professor of Nursing, Tehran University of Medical Sciences.

Mohammadi I. (PhD), Professor of Nursing, Tarbiat Modares Tehran.

Moodi Z. (PhD), Assistant Professor of Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences.

Najafi F. (MSc), Instructor of Nursing, Zahedan University of Medical Sciences.

Navidian A. (PhD), Associate Professor of Family Counseling, Zahedan University of Medical Sciences.

Nikbakht Nasrabadi AR. (PhD), Professor of Nursing, Tehran University of Medical Sciences.

Rakhshani F. (PhD), Professor of Health Education, Zahedan University of Medical Sciences

Roodbari M. (PhD), Associate Professor of Statistic, Tehran University of Medical Sciences.

Sanadgol H. (MD), Associate Professor of Internal Medicine, Zahedan University of Medical Sciences.

Taheri M. (PhD), Associate Professor of Medical Genetic, Zahedan University of Medical Sciences.

Yaghmaei F. (PhD), Associate professor of nursing, Islamic Azad university Zanjan branch.

Yaghoobinia F. (PhD), Assistant Professor of Nursing, Zahedan University of Medical Sciences.

The referee of this edition

Atashzade Shourideh F. (PhD), Falahi Khoshknab M. (PhD), Firozkohi MR. (PhD), Kerman Saravi F, Masoudi R. (PhD), Modi Z. (PhD), Najafi F, Sabzevari S. (PhD), Yaghoobinia F. (PhD), Zeighami R. (PhD).

Background and Fields: Nursing

Funded By: Undersecretary for Research at Zahedan University of Medical Sciences with Cooperative by Iranian Nursing Association.

Reprinting of this publication is subject to citing the references, and all rights reserved.

This journal is indexed in Islamic World Science Citation (ISC), Iran Medex and Magiran.

Address: Medical & Surgical Nursing Journal, Mashahir Square, Zahedan Nursing and Midwifery University. P.O. Box: 98169-13396.

Tel: +98 541 2438473 fax: +98 541 2442481, email: ijmsn@zaums.ac.ir

Medical— Surgical Nursing Journal

No 3 , Volume 4 , January 2015 , ISSN : 2322-178X



ORIGINAL ARTICLES

- **Healing presence: Experiences and perceptions of cardiac intensive care patients concerning the nurse presence** 184
Vida Shafipour
- **Effect of Continuous Care Model on the Self-Efficacy of Patients with Myocardial Infarction in Controlling Disease Complications**194
Omolbanin Akbari, Seyyed Abolfazl Vagharseyyedin, Seyed Alireza Saadatjoo, Tooba Kazemi
- **A Comparison of the impact of family-centered and patient-centered education methods on attitude toward and adherence to diet and fluid restriction in hemodialysis patients** 202
Parvaneh Asgari, Fatemeh Bahramnezhad, Mitra Zolfaghari, Pouya Farokhnezhad Afshar
- **The effect of music on anxiety and pain in patients undergoing cholecystectomy** 209
Vahid Zamanzadeh, Alehe Seyyedrasooli, Kobra Parvan, Mehdi Aghakeshizadeh
- **Effect of holistic cares with family participation on attitude and preoperative anxiety of patients** 218
Farah Madarshahian, Mohsen Hassanabadi, Soheyla Khazaei
- **The effect of retraining of nurses on cardiopulmonary resuscitation success rate and short-term and long-term survival in patients revived.....** 225
Mastaneh Dahi, Noushin Khazaei, Farideh Yaghmaei
- **An investigation of the relationship between patient safety climate and barriers to nursing error reporting in Social Security Hospitals of Kerman Province, Iran** 232
Esmat Noohi, Mehdi Mohamadi Ravari, Abbas Abbaszadeh
- **An investigation of factors affecting the recurrence of multiple sclerosis attacks** 240
Farzaneh Hasanzadeh, Hamidreza Behnam Vashani, Elaheh Ramezanzade Tabriz, Akram Gazerani