مجله پرستاری مراقبت ویژه
دوره ۲، شماره ٤، زمستان ۱۳۸۸
صفحات: ۱۲۷ تا ۱۳۲

تاثیر الگوی توانمندسازی خانواده‌محور بر سبک زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی

امیر واحدیان عظیمی[۱] *MSc*، فاطمه الحانی[*] *PhD*، فضل‌ا... احمدی[۱] *PhD*، انوشیروان کاظم‌نژاد[۲] *PhD*

[*]گروه پرستاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

[۱] گروه پرستاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

[۲] گروه آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

چکیده

اهداف: امروزه بیماری‌های غیرواگیر به‌علت پدیده نوسازی جوامع، پیشرفت فناوری و تراکم جمعیت در مناطق شهری، تغییر سبک و شیوه زندگی و گرایش افراد به عادات نامناسب شیوع گسترده‌ای پیدا نموده‌اند. بیماری‌های قلبی و عروقی از این نوع اختلالات و شایع‌ترین علت مرگ در بیشتر کشورهای جهان و همچنین ایران و مهم‌ترین عامل ازکارافتادگی است. هدف از این مطالعه، بررسی تاثیر الگوی توانمندسازی خانواده‌محور بر سبک زندگی بیماران انفارکتوس قلبی بود.

روش‌ها: این پژوهش کارآزمایی بالینی از شهریور تا آذر ۱۳۸۷ روی کلیه بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی بستری در بخش سی‌سی‌یو بیمارستان شریعتی تهران انجام شد. پس از نمونه‌گیری به‌روش خوشه‌ای تصادفی، نمونه‌ها (۷۰ بیمار) به‌صورت تصادفی به دو گروه آزمون و شاهد تقسیم شدند. برای گروه آزمون، الگوی توانمندسازی خانواده‌محور با چهار بعد تهدید درک‌شده (شدت و حساسیت)، خودکارآمدی، مشارکت آموزشی و ارزشیابی و برای گروه شاهد مراقبت رایج اجرا شد. ابزارهای پژوهش پرسش‌نامه‌های اطلاعات دموگرافیک، سبک زندگی و چهار بعد توانمندسازی بودند. از آزمون‌های آماری مجذور کای، فیشر، تی‌مستقل و من- ویتنی برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: هر دو گروه آزمون و شاهد از نظر اطلاعات دموگرافیک همسان بودند (p>۰/۰۵). قبل از مداخله در ابعاد سبک زندگی، تمامی مقادیر دو گروه همسان بود (p>۰/۰۵)؛ اما بعد از مداخله، به غیر از بعد سلامت جسمی (p>۰/۰۵)، اختلاف تمامی ابعاد از نظر آماری به‌شدت معنی‌دار بودند (p<۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: اجرای الگوی توانمندسازی خانواده‌محور برای بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی از نظر عملی امکان‌پذیر و با بهبود یا اصلاح سبک زندگی خود و خانواده‌شان همراه است.

کلیدواژه‌ها: الگوی توانمندسازی خانواده‌محور، انفارکتوس قلبی، سبک زندگی

Effect of family-centered empowerment model on the life style of myocardial infarction patients

Vahedian Azimi A.[1] *MSc*, Alhani F.* *PhD*, Ahmadi F.[1] *PhD*, Kazemnejad A.[2] *PhD*

[*]Nursing Department, Medicine Faculty, Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran

[1]Nursing Department, Medicine Faculty, Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran

[2]Biostatistics Department, Faculty of Medicine, Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran

Abstract

Aims: Nowadays, noncontiguous diseases have been extended due to the renovation of societies, technology promotion and density of population on urban zones, life and style changes and tendency of population to unsuitable habits. Cardiovascular diseases are from these failures and are the most widespread death cause in the most nations of universe and also Iran and the most important cause of unhealthy. The aim of this study was to evaluate the effect of family-centered empowerment model on the life style of the myocardial infarction patients.

Methods: This clinical trial study accomplished from August to December 2007 on all of myocardial infarction patients hospitalized in Shari'ati Hospital coronary care unit. After sampling by randomized clustering, subjects (70 patients) were randomly assigned to experimental and control group. For experimental group, family-centered empowerment model was implemented with four dimensions of perceived threat (severity and sensitivity), self-efficacy, educational partnership and evaluation; and usual care was done for control group members. The research tools were demographic, lifestyle and four empowerment dimensional questionnaires.

Results: There were no significant difference between two groups in demographic data (p>0.05). In lifestyle dimension, tests revealed no significant difference between two groups before the intervention (p>0.05); but after the intervention, all modes differences were deeply significant (p<0.001) except physical healthy (p>0.05).

Conclusion: Performing family-centered empowerment model for patients with myocardial infarction is practically feasible and associated with improvement or modification of patients and his or her families' lifestyle.

Keywords: Family-Centered Empowerment Model, Myocardial Infarction, Lifestyle

نویسنده مسئول: فاطمه الحانی. تمام درخواست‌ها باید به نشانی alhani_f@modares.ac.ir فرستاده شوند.

دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۱۰/۲۷ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۱۱/۱۴

[Downloaded from jccnursing.com on 2025-09-01]

مقدمه

امروزه بیماری‌های غیرواگیر به‌علت پدیده نوسازی جوامع، پیشرفت فناوری و تراکم جمعیت در مناطق شهری، تغییر سبک و شیوه زندگی و گرایش افراد به عادات نامناسب شیوع گسترده‌ای پیدا نموده‌اند [۱]. بیماری‌های قلبی- عروقی شایع‌ترین علت مرگ در بیشتر کشورهای جهان و همچنین ایران و مهم‌ترین عامل ازکارافتادگی است [۱]. بیماری‌های قلبی- عروقی هرساله تقریبا پنج‌میلیون نفر را در ایالات متحده تحت تاثیر قرار می‌دهند و باعث مرگ ۲۸۵هزار نفر می‌شوند [۲]. در ایالات متحده آمریکا، در هر سی ثانیه یک نفر دچار سکته قلبی می‌شود و در هر دقیقه یک نفر به علت سکته قلبی فوت می‌کند و به دنبال سکته قلبی، بیش از ۵۰٪ بیماران نیازمند اقدامات بازتوانی و غیره می‌شوند [۱]. در حقیقت، بیماری‌های قلبی- عروقی از اختلالات غیرعفونی هستند و به‌واسطه تعداد زیادی از عوامل که مهم‌ترین آنها سبک زندگی ناسالم است ایجاد می‌شوند [۳]. با توجه به وجود انبوهی از شواهد نشانگر وجود رابطه میان سبک زندگی افراد و ابتلا به بیماری قلبی، ضرورت تاکید بر تعدیل سبک زندگی به‌عنوان عامل مهمی در تعیین پیش‌آگهی و عوارض این بیماری کاملا برجسته و قابل‌توجیه است. برای مثال، ترک سیگار بعد از انفارکتوس میوکارد، خطر حمله قلبی را به نصف و کاهش کلسترول بعد از حمله قلبی، خطر مجدد آن را تا ۳۵٪ کاهش می‌دهد [۴]. نتایج مطالعه *هاسکل* در ایالات متحده آمریکا در مورد پیشگیری از بیماری‌های قلبی- عروقی و کارآیی مداخلات دخیل در سبک زندگی حاکی از آن است که نه‌تنها ترک سیگار بلکه فعالیت فیزیکی متوالی، تغذیه با رژیم سالم، حفظ وزن متعادل و اجتناب از استرس از اجزای مهم برنامه پیشگیری از بیماری‌های قلبی- عروقی هستند. افرادی که در معرض خطر بالای ابتلا به بیماری قلبی قرار دارند (افراد با فشار خون، چربی و قند بالا)، علاوه بر استفاده از دارو باید سبک زندگی خود را نیز تغییر دهند [۵].

با عنایت به اینکه بیماری قلبی می‌تواند در تمام طول عمر همراه فرد باشد و علاوه بر مددجو، سایر افراد خانواده و حتی جامعه را نیز متاثر کند، لازم است تا مددجو برای کنترل بهتر بیماری و برخورداری از سبک زندگی بهتر توانمند شود. مفهوم توانمندسازی از سال ۱۳۸۳ در مراقبت از بیماران مزمن به‌کاررفته [۶] و اولین بار در بیماری دیابت به‌عنوان فرآیند کشف و توسعه ظرفیت ذاتی فرد برای قبول مسئولیت زندگی به‌واسطه برخورداری از دانش و منابع کافی برای اخذ و اجرای تصمیمات منطقی و تجربه کافی برای ارزشیابی اثربخشی تصمیمات اخذشده تعریف شده است [۷]. بسیاری از صاحب‌نظران معتقدند که توانمندی فرآیندی پویا، مثبت [۸، ۹]، تعاملی و اجتماعی است [۱۰، ۱۱]. فرآیندی که در ارتباط با دیگران شکل گرفته [۱۰] و به بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری مزمن، مسئولیت‌پذیری، تعامل بهتر با مسئولان بهداشتی، رضایت [۱۲]، پاسخ بهتر به درمان [۱۳، ۱۴]، پیشگیری از عوارض [۱۵]، کاهش هزینه‌های درمانی [۱۶] و نگاه مثبت به بیماری [۱۷] منجر می‌شود. به همین دلیل، در سال‌های اخیر مفهوم توانمندی بیمار در پژوهش‌های پرستاری و پزشکی از جایگاه ویژه‌ای برخوردار شده و از آن به‌عنوان ضرورت حرفه پرستاری نام برده می‌شود [۱۸].

الگوی توانمندسازی خانواده‌محور با تأکید بر موثربودن نقش فرد و سایر اعضای خانواده در سه بعد انگیزشی، روان‌شناختی (خودباوری، خودکنترلی و خودکارآمدی) و ویژگی‌های خودمشکل (دانش، نگرش و تهدید درک‌شده) طراحی شده است [۱۹] . این الگو حاصل تحقیقی کیفی از نوع "نظریه بنیادی" است که پس از طی مراحل تشکیل مفاهیم، توسعه مفاهیم، مشخص کردن فرآیند روانی- اجتماعی مسأله و استنتاج متغیر مرکزی (توانمندسازی خانواده‌محور)، مراحل ایجاد الگوی کاربردی را طی نموده و تاکنون برای ارتقای کیفیت زندگی بیماران مزمن (کم‌خونی فقر آهن، تالاسمی، هموفیلی، دیابت، آسم و صرع) اجرا شده است. هدف اصلی الگوی توانمندسازی خانواده‌محور، توانمندکردن سیستم خانواده (بیمار و سایر اعضای خانواده) به‌منظور ارتقای سطح سلامت است. با عنایت به شیوع گسترده بیماری‌های قلبی- عروقی، پیشگیری امری ضروری و حیاتی است؛ هدف از این مطالعه، بررسی تاثیر به‌کارگیری الگوی توانمندسازی خانواده‌محور بر اصلاح سبک زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی بود.

روش‌ها

این پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی است که در دو گروه آزمون و شاهد در سه مرحله قبل، حین و بعد از مداخله انجام شد. جامعه پژوهش کلیه بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی بستری و دارای پرونده در بخش سی‌سی‌یو بیمارستان شریعتی تهران از شهریور ۸۷ تا آذر ۸۷ بودند. معیارهای ورود به مطالعه قرارگیری در حیطه سنی ۲۵ تا ۸۵ سال، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، بستری‌شدن به‌دلیل انفارکتوس قلبی برای اولین بار، تایید انفارکتوس به‌وسیله علایم کلینیکی، آزمایشات آنزیمی سرم و تغییرات نوار قلبی، تمایل بیمار و یکی از اعضای خانواده‌اش به شرکت در پژوهش، نداشتن بیماری روحی و روانی خاص، توانایی تکمیل پرسش‌نامه و شرکت در برنامه توانمندسازی و معیارهای خروج از مطالعه، عدم تمایل یا امکان بیمار برای بازگشت به بیمارستان برای مرحله بعد از مداخله بعد از ترخیص، عدم توانایی یادگیری بیمار به‌دلیل کهولت، شرکت در دوره آموزشی در خصوص بیماری قلبی در دوره تحت مطالعه، عدم تمایل بیمار یا عضو خانواده وی به ادامه همکاری در برنامه توانمندسازی، عدم تمایل به ادامه تکمیل ابزارهای پژوهش، عدم شرکت در جلسات حل‌مساله و برنامه مشارکت آموزشی بودند. از کلیه شرکت‌کنندگان موافقت کتبی اخذ شد.

با استفاده از فرمول *پوکاک*، جدول *گیگی* و نتایج حاصل از مطالعه پایلوت، تعداد نمونه‌های لازم ۳۵ بیمار (با اطمینان ۹۵٪؛ توان آزمون ۸۰٪؛ و احتساب ۱۰٪ ریزش) به‌عنوان گروه آزمون و همین تعداد به‌عنوان گروه شاهد تعیین شد.

[Downloaded from jccnursing.com on 2025-09-01]

ابزارهای به‌کاررفته در این پژوهش شامل دو قسمت عمومی (پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک مخصوص بیمار و عضو فعال خانواده بیمار و پرسش‌نامه سبک زندگی) و اختصاصی (ابزار هشت‌بعدی توانمندسازی) بود. با مطالعه کتب، مقالات جدید، تحقیقات متفاوت، تجربه پژوهشگر و نظرات ارزنده استاد راهنما و اساتید مشاور، ابزارهای گردآوری داده‌ها تهیه شد و روایی صوری و محتوایی آن توسط ده نفر از اعضای هیات علمی دانشگاه‌های تربیت مدرس و علوم پزشکی مشهد مورد تایید قرار گرفت. لازم به ذکر است که در زمینه روایی ابزارهای گردآوری داده‌ها از نظرات مفید ده نفر از بیماران و عضو فعال خانواده آنها که مدرک دیپلم به بالا داشتند و سه تن از متخصصان قلب و عروق بیمارستان دکتر شریعتی و یک متخصص تغذیه نیز استفاده شد. پایایی پرسش‌نامه‌ها با آزمون/آزمون‌مجدد مورد تایید قرار گرفت (سبک زندگی=۰/۸۲؛ توانمندسازی=۰/۸۹).

با دریافت معرفی‌نامه از معاونت پژوهش دانشگاه تربیت مدرس و انتخاب تصادفی یکی از بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی برای انتخاب نمونه‌ها مورد استفاده قرار گرفت و برای تقسیم افراد به دو گروه از پرتاب سکه استفاده شد. در این مرحله، سه هفته اول به‌طور تصادفی به گروه شاهد اختصاص یافت؛ در این مدت، آزمون/آزمون‌مجدد با ۲۳ بیمار که معیارهای مطالعه را داشتند صورت گرفت. پس از طی این مراحل، پیش‌آزمون در هر دو گروه، ابتدا گروه شاهد و پس از اتمام گروه شاهد برای گروه آزمون از طریق تکمیل پرسش‌نامه‌هایی انجام شد.

الف) پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک مربوط به بیمار که شامل سه قسمت بود (قسمت اول، ۱۸ سئوال؛ قسمت دوم که مربوط به خانم‌ها بود، ۴ سئوال؛ و قسمت سوم، ۲ سئوال). لازم به ذکر است که پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک مربوط به عضو فعال خانواده بیمار یک‌قسمتی و شامل ۷ سئوال بود.

ب) پرسش‌نامه سنجش سبک زندگی مربوط به بیمار شامل شش بعد تغذیه، ۱۱ سئوال (۵۲ امتیاز)؛ خواب، ۱۰ سئوال (۳۸ امتیاز)؛ فعالیت جسمانی، ۵ سئوال (۱۱ امتیاز)؛ سلامت جسمی، ۸ سئوال (۶ امتیاز)؛ دخانیات، ۳ سئوال (۶ امتیاز)؛ و استرس، ۱۴ سئوال (۷۰ امتیاز) و مربوط به عضو فعال خانواده بیمار شامل پنج بعد (تغذیه، ۱۱ سئوال؛ خواب، ۱۰ سئوال؛ فعالیت جسمانی، ۵ سئوال؛ دخانیات، ۳ سئوال؛ و استرس، ۱۴ سئوال) بود. مجموع ابعاد شش‌گانه سبک زندگی بیمار ۱۸۳ امتیاز داشت که به چهار دسته ضعیف (کمتر از ۴۵)، متوسط (۹۰-۴۶)، خوب (۱۳۵-۹۱) و عالی (۱۸۳-۱۳۶) تقسیم شد. بیمارانی که نمره حاصل از ابعاد شش‌گانه سبک زندگی آنها زیر ۱۰۰ قرار گرفت، در گروه‌های شاهد و آزمون به‌طور همسان قرار گرفتند.

ج) پرسش‌نامه سنجش ابعاد توانمندسازی مربوط به بیمار شامل هشت بعد محور کنترل (۶ امتیاز)، شدت درک‌شده (۹۰ امتیاز)، حساسیت درک‌شده (۱۲۶ امتیاز)، احساس خودکارآمدی (۹۱ امتیاز)، خودکارآمدی به‌صورت خودگزارش‌دهی (۵۷ امتیاز)، مشاهده پژوهشگر از خودکارآمدی بیمار (۱۸ امتیاز)، عزت‌نفس (۱۴۰ امتیاز) و خودکنترلی (۸ امتیاز) بود. ابعاد هشت‌گانه پرسش‌نامه الگوی توانمندسازی خانواده‌محور توسط پژوهشگر و با راهنمایی استاد راهنما و اساتید مشاور طراحی شدند. مجموع ابعاد هشت‌گانه پرسش‌نامه الگوی توانمندسازی خانواده‌محور ۵۳۶ امتیاز داشت که به پنج دسته بسیار ضعیف (کمتر از ۱۱۰)، ضعیف (۲۲۰-۱۱۱)، متوسط (۳۳۰-۲۲۱)، خوب (۴۴۰-۳۳۱) و عالی (۵۳۶-۴۴۱) تقسیم شدند. بیمارانی که نمره حاصل از ابعاد هشت‌گانه پرسش‌نامه الگوی توانمندسازی خانواده‌محور آنها زیر ۲۶۰ قرار گرفت در گروه‌های شاهد و آزمون به‌طور همسان قرار گرفتند.

در این مرحله، پژوهشگر ابزارهای پژوهش را طی جلسات متناوب و بنا به شرایط روحی و روانی واحدهای پژوهش و آمادگی در اختیار آنان قرار داد. طی تکمیل پرسش‌نامه‌ها، در صورت داشتن مشکل در سئوالات پرسش‌نامه، واحدهای پژوهش راهنمایی شدند. پس از تکمیل پرسش‌نامه‌ها توسط واحدهای پژوهش، داده‌ها جمع‌آوری و مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت و بر این اساس، برنامه پیش‌بینی‌شده توانمندسازی برای اجرا بازنگری شد.

پس از تجزیه و تحلیل داده‌های مرحله قبل از مداخله که منجر به شناسایی منابع، محدودیت‌ها، نیازها و نقاط قوت و ضعف بیمار در زمینه‌های مختلف شد، تغییراتی در برنامه توانمندسازی که از قبل برای این بیماران طراحی شده بود داده شد تا الگوی توانمندسازی خانواده‌محور متناسب با نیازها و خواسته‌های نمونه‌های پژوهش باشد. پس از انجام پیش‌آزمون، مرحله مداخله فقط برای گروه آزمون انجام شد و گروه شاهد هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. در گروه آزمون، مداخله یعنی اجرای الگوی توانمندسازی خانواده‌محور براساس گام‌های الگو به ترتیب زیر اجرا شد:

گام اول (درک تهدید): اولین مرحله در الگوی توانمندسازی خانواده‌محور افزایش تهدید درک‌شده (شدت و حساسیت درک‌شده) بیمار از طریق جلسات بحث گروهی به‌منظور افزایش شدت و حساسیت درک‌شده است. بدین منظور، درمان از طریق ارتقای سطح دانش و آگاهی در مورد ماهیت و احتمال ایجاد عوارض ناشی از بیماری در جلسات بحث گروهی اقدام شد.

گام دوم (خودکارآمدی): مشکل‌گشایی یا حل‌مساله به‌روش گروهی به اجرا درآمد و سبب افزایش خودکارآمدی، عزت‌نفس و در نتیجه خودکنترلی در نمونه‌های پژوهش شد. برای این منظور، جلسات حل‌مساله به‌روش گروهی در گروه‌های ۳ تا ۵نفره برای بیماران برگزار شد و بیماران عملا با مشکلات‌شان و فرآیند حل مشکل مواجه شدند و با یکدیگر تحت نظر پژوهشگر با ذکر مثال‌های عینی از وضعیت خود و اینکه برای بهبود مشکل مشابه با دیگران چه اقدامی انجام داده‌اند، به بحث و گفت‌وگو پرداختند؛ به این ترتیب در انتخاب راه‌حل‌ها عملا مشارکت نمودند.

گام سوم (خودباوری): مطالب بحث‌شده در جلسات قبلی براساس

[Downloaded from jccnursing.com on 2025-09-01]

مشارکت آموزشی به‌وسیله کارت‌های آموزشی از طریق بیمار به عضو فعال خانواده وی منتقل شد. در پشت این کارت‌ها و جزوات، سه سئوال باز در مورد بیمار از عضو فعال خانواده وی و هر دوی آنها از پژوهشگر در مواردی که به تنهایی قادر به پاسخ‌گویی به آن سئوالات نبودند، نوشته شده بود.

گام چهارم (ارزشیابی): ارزشیابی فرآیند، در تمامی گام‌های مرحله مداخله انجام شد؛ به این ترتیب با ابزارهای ویژه سنجش توانمندسازی، میزان توانمندی بیمار در حدود یک هفته بعد از اجرای برنامه بررسی شد. بعد از اینکه پژوهشگر اطمینان حاصل کرد که بیمار توانمند شده است، یک‌ماه‌ونیم به بیمار برای اجرای الگوی توانمندسازی خانواده‌محور فرصت داده شد. طی مداخله، خودکنترلی، عزت‌نفس و میزان رفتارهای پیشگیرانه اتخاذشده توسط پژوهشگر در هر جلسه مورد ارزیابی قرار گرفت.

در گروه آزمون، یک‌ماه‌ونیم پس از مداخله و در گروه شاهد یک‌ماه‌ونیم پس از انجام پیش‌آزمون، مرحله پس از مداخله آغاز شد و در واقع گام چهارم الگو در این مرحله به اجرا در آمد و ابزارهای سبک زندگی توسط نمونه‌های پژوهش برای انجام پس‌آزمون مجددا تکمیل شدند. داده‌های حاصل از پرسش‌نامه‌ها جمع‌آوری شد و مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت و تاثیر الگوی توانمندسازی خانواده‌محور بر ارتقای سبک زندگی بیمار محاسبه و در هر دو گروه مقایسه شد.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 15 و آزمون‌های آماری مجذور کای، فیشر، تی‌مستقل و U من- ویتنی تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج

میانگین و انحراف‌معیار سن در دو گروه آزمون و شاهد به‌ترتیب ۱۴/۱۷±۶۲/۰۰ و ۱۱/۵۰±۶۰/۸۰ و شاخص توده بدنی ۳/۰۰±۲۴/۰۰ و ۴/۰۰±۲۵/۰۰ بود. آزمون آماری تی‌مستقل ارتباط معنی‌داری بین این متغیرها نشان نداد (p>۰/۰۵).

جدول ۱) ابعاد تغذیه، خواب و استرس دو گروه آزمون و شاهد

مراحل ← / ابعاد و گروه‌ها ↓		قبل		بعد		Tزوجی
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
تغذیه	آزمون	۲۲/۹۱	۳/۹۱	۴۵/۷۴	۴۱/۳	p<۰/۰۰۰۱
	شاهد	۲۴/۲۸	۴/۲۱	۲۴/۹۷	۴/۰۱	p=۰/۰۲۸
	Tمستقل	p=۰/۷۰۴		p<۰/۰۰۰۱		
خواب	آزمون	۲۲/۳۷	۳۰/۳۰	۳۰/۱۷	۳/۴۲	p<۰/۰۰۰۱
	شاهد	۲۲/۷۷	۳/۲۰	۲۲/۵۴	۲/۷۰	p=۰/۵۷۱
	Tمستقل	p=۰/۶۰۹		p<۰/۰۰۰۱		
استرس	آزمون	۳۴/۵۷	۳/۸۲	۸۲/۰۵	۶/۹۵	p<۰/۰۰۰۱
	شاهد	۳۳/۴۸	۲/۷۰	۳۴/۴۸	۳/۲۴	p=۰/۰۸۱
	Tمستقل	p=۰/۱۷۶		p<۰/۰۰۰۱		

بیشترین درصد فراوانی جنسیتی در هر دو گروه آزمون (۶۲/۹٪) و شاهد (۶۸/۶٪) مربوط به مردان بود. ۳۴ نفر (۹۷/۱٪) از افراد گروه آزمون و همه افراد گروه شاهد متأهل بودند. در گروه آزمون و شاهد به‌ترتیب ۵۷/۱٪ و ۴۵/۷٪ افراد شهرنشین بودند. دو گروه آزمون و شاهد به‌ترتیب ۸۰/۰۰٪ و ۷۷/۱٪ افراد از آرام‌بخش استفاده می‌کردند. در متغیر وضعیت خلق، ۸۸/۶٪ افراد گروه آزمون و ۸۲/۹٪ افراد گروه شاهد دارای خلق زودرنج بودند. بیشترین نوع دخانیات مصرف‌شده در هر دو گروه آزمون (۵۱/۴٪) و شاهد (۴۸/۶٪) مربوط به سیگارکشیدن بود. آزمون آماری مجذور کای در زمینه متغیرهای محل سکونت، جنس و مصرف داروی آرام‌بخش و آزمون آماری فیشر در زمینه متغیرهای مصرف دخانیات و وضعیت خلق ارتباط معنی‌داری بین دو گروه آزمون و شاهد نشان نداد (p>۰/۰۵). نتایج مقایسه دو گروه آزمون و شاهد در ابعاد تغذیه، خواب، استرس، فعالیت فیزیکی، سلامت جسمی و مصرف دخانیات در جداول ۱ و ۲ آمده است.

جدول ۲) ابعاد فعالیت فیزیکی، دخانیات و سلامت جسمی دو گروه آزمون و شاهد

مراحل ← / ابعاد و گروه‌ها ↓		قبل		بعد		Tزوجی
		میانه	دامنه میان چارکی	میانه	دامنه میان چارکی	
فعالیت فیزیکی	آزمون	۷/۰۰	۲	۹/۰۰	۱	p<۰/۰۰۰۱
	شاهد	۷/۰۰	۱	۷/۰۰	۱	p=۰/۰۰۱
	من- ویتنی	p=۰/۹۲۶		p<۰/۰۰۰۱		
سلامت جسمی	آزمون	۳/۰۰	۲	۳/۰۰	۲	p=۰/۰۰۱
	شاهد	۳/۰۰	۲	۳/۰۰	۲	p=۰/۲۱۹
	من- ویتنی	p=۰/۶۲۲		p=۰/۱۹۴		
دخانیات	آزمون	۴/۰۰	۲	۶/۰۰	۱	p<۰/۰۰۰۱
	شاهد	۳/۰۰	۲	۳/۰۰	۲	p=۰/۰۰۱
	من- ویتنی	p=۰/۱۸۷		p<۰/۰۰۰۱		

بحث

سن (r=۰/۲۵) در میان سایر متغیرهای دموگرافیک، همبستگی بسیار بیشتری با ارتقای سلامت کلی دخیل در سبک زندگی (r=۰/۲۷)، خودشکوفایی (r=۰/۲۱)، قبول مسئولیت سلامتی خود (r=۰/۳۱)، کنترل استرس (r=۰/۲۲) و رفتارهای تغذیه‌ای (r=۰/۲۷) دارد [۲۰]. در مطالعه *رویجر* و همکاران، میانگین و انحراف‌معیار سنی افراد ۸/۱±۶۳/۲ سال و میانگین و انحراف‌معیار شاخص توده بدنی ۴/۴±۲۷/۸ کیلوگرم برمترمربع گزارش شده است (p=۰/۹۸) [۲۱]. با توجه به یافته‌های این مطالعه اکثریت بیماران مبتلا به بیماری های قلبی دارای سن بالا هستند و تغییر و اصلاح سبک زندگی افراد مسن‌تر جامعه در مقایسه با افراد جوان‌تر به‌دلیل مشکلات جسمی و سایر موارد مورد بحث در سالمندی دشوارتر است. پژوهشگران معتقدند که اگر سیستم بهداشتی جامعه از دوران کودکی یا حتی نوجوانی در مورد رفتارهای صحیح دخیل در سبک زندگی و الگوهای رفتاری افراد

[Downloaded from jccnursing.com on 2025-09-01]

توجه و دقت ویژه به‌خرج دهد، هزینه‌های بهداشتی و حتی بسیاری از مشکلات و ناراحتی‌های دوران سالمندی قابل اصلاح و کاهش است. به‌عنوان مثال، در انجام این تحقیق پژوهشگران در روند توانمندساختن واحدهای مورد پژوهش به کرات با مشکل سالمندبودن و عدم توانایی آنها در بیشتر و صحیح‌تر فراگرفتن مهارت‌های آموزش داده شده مواجه شدند.

طبق نتایج این مطالعه، جنس با رفتارهای حمایت‌کننده سلامتی مرتبط است. همچنین، جنس در توضیح تفاوت ارتقای کلی سلامتی در سبک زندگی زنان نسبت به مردان در ابعاد قبول مسئولیت سلامتی خود، ورزش، تغذیه و حمایت‌های بین‌فردی کمک‌کننده است و نقش قابل‌توجهی دارد [۲۰]. در مطالعه حاضر، اگر چه تعداد زنان شرکت‌کننده در پژوهش کمتر از مردان بود، پیروی از روند برنامه‌های توانمندسازی در آنها بیشتر از مردان گزارش شد.

یکی از جالب‌ترین بررسی‌ها در زمینه سبک زندگی، پژوهش کیفی *گالانیک* و همکاران است. در این پژوهش اولین درون‌مایه حاصل از مصاحبه‌های عمیق با بیماران، "جست‌وجو و کنترل بیماری از طریق اصلاح موفقیت‌آمیز سبک زندگی است" [۲۲]. یکی از درون‌دادهای منجر به این درون‌مایه آن است که تمامی شرکت‌کنندگان معتقد بودند که برای تغییر شرایط، مسئولیت‌پذیری فرد در قبال سلامتی خود جزء لاینفک و ضروری هر برنامه تغییر است. با کمی دقت می‌توان این درون‌مایه که نکته کلیدی الگوی توانمندسازی خانواده‌محور است را درک نمود؛ چراکه در این الگو، اصل و اساس توانمند نمودن بیمار، خود او است و نه پژوهشگر. پژوهشگر در تمام مراحل همراه بیمار است و وظایف و مراقبت‌های مورد نیاز برای دسترسی به شرایط مطلوب توسط خود بیمار انجام می‌شود. به‌طور کلی در مداخله توانمندسازی، نقش اصلی صحنه شخص بیمار است.

سبک زندگی دارای شش بعد تغذیه، خواب، استرس، فعالیت فیزیکی، سلامت جسمی و دخانیات است. اختلاف بعد تغذیه براساس آزمون آماری تی‌زوجی قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه معنی‌دار بود؛ تفاوت بعد سلامت جسمی براساس آزمون‌های آماری U من- ویتنی و آزمون علامت ($p<۰/۰۵$) قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه معنی‌دار نبود. در سایر ابعاد، اختلاف قبل و بعد از مداخله معنی‌دار بود ($p<۰/۰۰۰۱$). اگرچه اختلاف گروه شاهد قبل و بعد از اجرای مداخله معنی‌دار بود، ولی باید توجه کرد که این اختلاف در گروه آزمون ($p<۰/۰۰۰۱$) درجه معنی‌داری بیشتری نسبت به گروه شاهد ($p=۰/۰۲۸$) داشت.

می‌توان معنی‌داری اختلاف بعد تغذیه را با توصیه‌های پزشک و پرستار در موقع ترخیص، چکاپ‌های مشخص برای تعیین میزان بهبود بیمار و اصرار تیم درمانی مبنی بر رعایت موارد تذکرداده‌شده مرتبط دانست. محدودیت‌های قایل‌شده تنها مربوط به دوره‌های کنترل بعد از بیماری نیستند و با تمام‌شدن این دوره‌ها، محدودیت‌ها تمام نمی‌شوند. تجربیات پژوهشگر در دوره انجام این پژوهش نشان می‌دهد که بارها بیماران به این دلیل مجددا بستری شدند. بسیاری از بیماران در مورد اینکه فقط تا زمان بهبود علایم بیماری باید موارد آموزش‌دیده را رعایت کنند تصور غلطی دارند. از طرفی، ۸۵٪ افراد گروه شاهد تاریخچه مثبتی از نظر بیماری قلبی در افراد درجه یک و سایر بستگان خود داشتند که این می‌تواند عاملی بسیار قوی برای رعایت موارد تذکرداده‌شده باشد. خصوصا در بعضی موارد بیماران بیان کردند که چون برای عضو خانواده آنها عارضه‌ای به‌وجود آمده است سعی می‌کنند تا تمامی موارد آموزش‌داده‌شده را اجرا نمایند تا برای آنها عارضه‌ای حاصل نشود.

بعد سلامت جسمی شامل دو زیر مجموعه دیابت و فشار خون است. از آنجاکه هر دو این عوامل از خطرات بزرگ بیماری قلبی هستند، هم در دوره بستری بیمار و هم در دوره ترخیص مورد تاکید فراوان تیم درمانی قرار گرفتند. این اهمیت و مورد تذکر قراردادن موارد یادشده، می‌تواند دلیلی برای معنی‌دار نشدن دو گروه آزمون و شاهد در مرحله قبل و بعد از مداخله باشد. از طرفی میانگین و انحراف‌معیار دو گروه از نظر دو متغیر یادشده با هم اختلاف معنی‌داری نداشته و افراد هر دو گروه در زمان مداخله تحت درمان مشابهی برای فشار خون، دیابت یا هر دو قرار داشتند.

محققانی مانند *کوئرتج*، مهم‌ترین بعد سبک زندگی افراد مبتلا به بیماری های قلبی- عروقی را فعالیت فیزیکی می‌دانند. وی در بعد فعالیت فیزیکی، توانایی ورزش در مردان (۱۲/۲±۲/۸) و زنان (۹/۴±۳/۰)، ساعات ورزش در هفته در مردان (۳/۷±۲/۲) و زنان (۳/۰±۱/۶)، عملکرد فیزیکی در مردان (۸۷/۸±۱۵/۶) و زنان (۷۸/۱±۱۸/۳) و نقش فیزیکی (محدودیت در فعالیت‌های معمول فرد به‌دلیل مشکلات سلامت جسمی) در مردان (۸۱/۴±۳۱/۷) و زنان (۷۷/۷±۳۴/۳) را تعریف و محاسبه می‌نماید. به‌غیر از تعداد ساعات ورزش در هفته ($p=۰/۶۲$)، اختلاف سایر مقادیر در زنان و مردان از لحاظ آماری معنی‌دار است ($p<۰/۰۵$) [۲۳].

آدانا و همکاران تاثیر بعد تغذیه به‌عنوان تنها بعد موثر سبک زندگی بر بیماری قلبی را مورد مطالعه قرار داده‌اند. اختلاف درصد مصرف کربوهیدرات (۵۹/۸۳±۱۲/۵۴)، میزان مصرف فیبر موجود در میوه و سبزیجات (۱۳/۳۷±۶/۶۲)، مصرف سبزیجات (۴/۹۵±۴/۷۴)، مصرف میوه‌جات (۲/۶۲±۱/۴۶)، مصرف غلات کامل (۶/۵۶±۲/۹۳) و مصرف گوشت (۱/۵۹±۱/۳۹) در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد از نظر آماری معنی‌دار است ($p<۰/۰۵$) [۲۴].

در مطالعه *سانتوز*، بعد خواب براساس ساعت در شبانه‌روز مورد بررسی قرار گرفت. افراد مبتلا به سندروم متابولیک ساعات خواب شبانه‌روز کمتری نسبت به افراد سالم دارند ($p<۰/۰۵$). افزایش ساعت خواب در شبانه‌روز با وجود سندروم متابولیک رابطه معنی‌داری دارد. *سانتوز* معتقد است که مشکلات به‌وجودآمده حین خواب از قبیل آپنهآ انسدادی خواب (OSA) می‌تواند به‌طور قابل‌توجهی منجر به افزایش خطر فاکتورهای قلبی- عروقی و در نهایت بروز بیماری قلبی- عروقی و

[Downloaded from jccnursing.com on 2025-09-01]

شوک شود [۲۵].

در بعد استرس، در گروه شاهد در مرحله پس آزمون، آماره‌ای نزدیک به حد معنی‌دار نمایان شد (p=۰/۰۸). در این خصوص باید توجه کرد که تمام افراد مورد پژوهش در هر دو گروه، مرتبه اول بستری شدن خود را در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی را تجربه می‌کردند. نداشتن سابقه بستری در بیمارستان به‌دلیل جدایی از خانواده، بار سنگین هزینه‌های درمانی، عدم توانایی کار در دوره بیماری و بعد از آن تا زمان برطرف شدن مشکل و سایر علل دیگر که از فردی به فرد دیگر می‌تواند متفاوت باشد، خود باعث ایجاد استرس در بیمار است. جدایی بیمار از خانواده و بستری‌شدن در محیطی بیگانه می‌تواند سبب بروز استرس جدایی در فرد شده، بیمار علایم رفتاری، شناختی، عاطفی و ذهنی آن را به درجات مختلف نشان دهد. از طرفی، بخش ویژه علاوه بر تمام موارد ذکرشده، استرس‌های اضافی از قبیل محدودیت در ملاقات، عدم توانایی پایین‌آمدن از تخت (استراحت مطلق با توجه به تشخیص پزشک)، مشاهده رویدادهای ناخوشایند از قبیل فرآیند احیای قلبی- ریوی سایر بیماران و در بعضی موارد مشاهده فوت را به بیماران وارد می‌کنند. تمامی موارد ذکرشده خود می‌تواند دلیلی برای نزدیک به حد معنی‌دارشدن این بعد در گروه شاهد باشد.

نتیجه‌گیری

اجرای الگوی توانمندسازی خانواده‌محور برای بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی از نظر عملی امکان پذیر و با بهبود یا اصلاح سبک زندگی خود و خانواده آنها همراه است. از طرفی، اجرای سبک زندگی در مطالعات مختلف دارای ابعاد گوناگون است. مهم‌ترین جزء سبک زندگی بعد تغذیه و ورزش است و با اجرای کامل و گسترده این دو بعد می‌توان سایر ابعاد را تحت پوشش قرار داد.

تشکر و قدردانی: پژوهشگر بر خود لازم می‌داند که از تمام بیماران و خانواده‌های محترم که باوجود رنجور بودن و مشکلات فراوان در اجرای این تحقیق صمیمانه و جامع همکاری نمودند تقدیر و تشکر کند. از کلیه کادر پرستاری بیمارستان شریعتی، به‌خصوص کارکنان زحمت‌کش بخش سی‌سی‌یو صمیمانه تقدیر و تشکر می‌شود. از کلیه اساتید محترم دانشگاه‌های تربیت مدرس و علوم پزشکی مشهد به‌خاطر همکاری با پژوهشگر قدردانی می‌شود.

منابع

1- Mashhad University of Medical Sciences Portal, Health & Food Security Council [hompage on internet]. Prevention of cardiovascular diseases [updated 2008, 26 Jan; cited 2008, 1 Feb]. Available from: https://www.mums.ac.ir/CHFS/fa/index.
2- Thom T, Haase N, Rosamond W. Heart disease and stroke statistics. Circulation. 2006;113:85-151.
3- Agustin F. Influence on lifestyle measures and five-year coronary risk by a comprehensive lifestyle intervention program in-patient with coronary heart disease. J Cardiovasc Risk. 2003;10(16):429-37.
4- Shidfar MR, Shojaeeizadeh D, Hosayni M, Asasi N, Majlesi F, Nazemi S. Survey of knowledge, attitude and life style of patients with unstable angina pectoris in university hospitals in Mashhad. Payesh J. 2002;2(1):49-61. [Persian]
5- Haskell WL. Cardiovascular disease prevention and lifestyle intervention: Effectiveness and efficacy. J Cardiovascular Nurs. 2003;18(4):245-55.
6- Fazekas C, Semlitsch B, Pieringer W. Empowerment in diabetes mellitus: Theory and practice. Wein Med Wochenshr. 2003;153(2):459-63.
7- Funnell MM, Anderson RM. Empowerment and self-management of diabetes. Clin Diabetes. 2004;2(23):123-7.
8- Mok E, Martinson I, Wong TK. Individual empowerment among Chinese cancer patients in Hong Kong. West J Nurs Res. 2004;26(1):59-75.
9- Wahlin I, Idvall E. Patient empowerment in intensive care: An interview study. Intensive Crit Care Nurs. 2006;22(6):370-7.
10- Gibson CH. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. J Adv Nurs. 1995;21(6):1201-10.
11- Arvidsson SB, Petersson A, Nilsson I, Andersson B, Arvidsson BI, Petersson IF, et al. A nurse-led rheumatoid arthritis: A qualitative study. Nurs Health Sci. 2006;8(3):133-9.
12- Roberts KJ. Patient empowerment in the united state: A critical commentary. Health Expect. 1999;2(2):82-92.
13- Ghavasse BG, Strauss AL. New dimensions of empowerment in nursing and challenge. J Adv Nurs. 1992;17(1):1-2.
14- Nute R. Standard empowering people with diabetes. Prim Health Care. 2004;14(3):35-7.
15- Shiu A, Wong R, Thompson D. Development of a reliable and valid Chinese version of the diabetes empowerment scale. Diabtes Care. 2003;26(10):2817-21.
16- Koch T, Enkin P, Kralik D. Chronic illness self-management: Locating the self. J Adv Nurs. 2004;48(5):484-92.
17- Anderson RM, Funnell MM. Patient empowerment reflections on the challenge of fostering: The adopting of a new paradigm. Patient Educ Couns. 2005;5(2):153-7.
18- Hewitt-Taylor J. Challenging the balance of power: Patient empowerment. Nurs Stand. 2004;18(22):33-7.
19- Alhani F. Design and evaluation of the family-oriented prevention of iron deficiency anemia [dissertation]. Tehran: Tarbiyat Modarres University; 2003. [Persian]
20- Hui W. The Health-promoting lifestyles of undergraduate nurses in Hong Kong. J Prof Nurs. 2002;18(2):101-11.
21- Alam-Roijer C, Stagmo M, Uden G, Erhardt L. Better knowledge improves adherence to lifestyle changes and medication in patients with coronary heart disease. Eur J Cardiovasc Nurs. 2004;12(3):321-30.
22- Gulanick M, Bliley A, Perino B, Keough V. Recovery patterns and lifestyle changes after coronary angioplasty: The patient perspective. Heart Lung. 1998;27(4):253-62.
23- Koertge J, Weidner G, Elliott-Eller M, Scheiwaitz L, Merritt-Worden T, Marlin R, et al. Improvement in medical risk factors and quality of life in women and men with coronary artery disease in the multicenter lifestyle demonstrations project. Am J Cardiol. 2003;91:1316-22.
24- Aldana S, Whitmer W, Greenlaw R, Avins A, Salberg A, Barnhurst M, et al. Cardiovascular risk reductions associated with aggressive lifestyle modification and cardiac rehabilitation. Heart Lung. 2003;32:374-82.
25- Santos A, Ebrahim S, Barros H. Alcohol intake, smoking, sleeping hours, physical activity and the metabolic syndrome. Prev Med. 2007;44:328-34.

[Downloaded from jccnursing.com on 2025-09-01]