



پژوهش پرستاری

دوره یازدهم شماره ۱ (پیاپی ۴۰) فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۵ - شماره استاندارد بین المللی ۷۰۱۲-۱۷۳۵

- ۱..... ارزیابی وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان سیدالشهداء سمیرم
عاطفه افشاری، مریم پیروزی، سمیه افشاری، کاوک حجاب
- ۹..... مقایسه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت افراد مبتلا به بتاتالاسمی ماژور و سالم در شهرستان دزفول در سال ۱۳۹۳
یعقوب مدملی، رضا بیرانوند، نسرين کرکینی، حمیده مشعلچی، مرضیه بیگم بیگدلی شاملو، حمید کریمی
- ۱۷..... تاثیر برنامه خودتدبیری پس از ترخیص بر تبعیت از رژیم درمانی بیماران مبتلا به بیماری ایسکمیک قلب
معصومه ذاکری مقدم، سجاد ابراهیمی، هومن شهسواری، حمید حقانی
- ۲۵..... بررسی ارتباط حس انسجام، خوددلسوزی و هوش شخصی با افسردگی پس از زایمان زنان
محمد نریمانی، مظفر غفاری
- ۳۴..... کیفیت زندگی و ارتباط آن با ویژگیهای فردی، اجتماعی، اقتصادی و سلامتی بازنشستگان شهر تبریز
معصومه مالک، هادی حسنجانی، علی درویش پور کاخکی، محمد اصغری جعفرآبادی، محمد رضا منصور آرنی، سارا محمدنژاد
- بررسی تاثیر آموزش مدیریت خطرات اتاق عمل بر میزان دانش و نحوه عملکرد پرسنل اتاق عمل در بیمارستان های وابسته به دانشگاه آزاد اسلامی
واحد علوم پزشکی تهران سال ۱۳۹۲
۴۲..... لیلا صالحی زاهد، منیره اسدی، کامران کردمیر
- ۵۱..... بررسی ارتباط بین هوش هیجانی و سبک های مقابله با استرس در پرستاران بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر کرمانشاه
معصومه رستمی، محمد رضا موقری، ترانه تقوی لاریجانی، عباس مهران
- ۶۲..... تجربه زندگی با همسر معتاد: یک مطالعه پدیدار شناسی
علیرضا نیکبخت نصرآبادی، فاطمه پاشایی ثابت، علیرضا بستامی
- ۷۶..... تأثیر عوامل زمینه‌ای بر رفتار اطلاع‌یابی سلامت بیماران مبتلا به دیابت شهر اصفهان
فیروزه زارع فراشبندی، آناسیک لاله زاریان، علی رضا رحیمی، اکبر حسن زاده
- بررسی میزان مطابقت مراقبت های پرستاری مرتبط با سیستم تنفسی در نوزادان تحت تهویه مکانیکی با استانداردها در بخش های مراقبت ویژه
نوزادان
۸۶..... زهرا جعفری، لیلا خانعلی مجن، مریم رسولی، احمدرضا باغستانی، علیرضا قهری سرابی، اعظم شیرین آبادی فراهانی، حسین شیری

به نام خداوند جان و خرد
مجله پژوهش پرستاری
فصلنامه علمی - پژوهشی انجمن علمی پرستاری ایران
دوره یازدهم - شماره ۱ (پیاپی ۴۰) - فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۵

- صاحب امتیاز: انجمن علمی پرستاری ایران
- مدیر مسؤول: دکتر علیرضا نیکبخت نصرآبادی
- سردبیر: دکتر زهره پارسا یکتا
- معاون سردبیر: دکتر افسانه صدوقی اصل - دکتر شهرزاد پاشایی پور
- شماره پروانه انتشار: ۱۳۴/۲۶۱۵ مورخ ۸۵/۵/۱۸
- شماره بین المللی منبع: ۱۷۳۵-۷۰۱۲
- شماره بین المللی نشریه الکترونیکی: e-ISSN ۱۷۳۵-۹۰۷۴

• شورای نویسندگان (به ترتیب حروف الفبا):

- دکتر فضل ا... احمدی، استاد دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر فاطمه الحانی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر زهره پارسا یکتا، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر مهرانوش بازارگادی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر حمیدرضا خانکه، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر مهدی رهگذر، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر سادات سیدباقر مداح، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر نعیمه سید فاطمی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران
- دکتر عباس عبادی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله
- دکتر مسعود فالاحی خشکناب، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر علی محمدپور، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی گناباد
- دکتر عیسی محمدی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر ندا مهرداد، استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران
- دکتر علیرضا نیکبخت نصرآبادی، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر فریده یغمایی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر رضا نگارنده، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران

• ویراستار انگلیسی: دکتر منیر مظاهری

• ویراستار فارسی: دکتر زهره پارسا یکتا

• حروفچینی و صفحه‌آرایی: اکرم پورولی

• طراح جلد: اکرم پورولی

• ناشر: انجمن علمی پرستاری ایران

• نشانی: تهران - میدان توحید - دانشکده پرستاری و مامایی تهران

• کدپستی: ۱۴۱۹۷۳۳۱۷۱، صندوق پستی: ۱۴۱۹۵/۳۹۸، تلفن و نمابر: ۶۶۵۹۲۵۳۵

E-mail: info@ijnr.ir , Website: www.ijnr.ir

تأثیر برنامه خودتدبیری پس از ترخیص بر تبعیت از رژیم درمانی بیماران مبتلا به بیماری ایسکمیک قلب

معصومه ذاکری مقدم^۱، *سجاد ابراهیمی^۲، هومن شهسوار^۳، حمید حقانی^۴

۱- استادیار، گروه مراقبت های ویژه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۲- دانشجوی کارشناسی ارشد مراقبت های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)
پست الکترونیکی: sajjadebrahimiv8@yahoo.com
۳- استادیار، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۴- مربی، گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

نشریه پژوهش پرستاری دوره یازدهم، شماره ۱، فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۵، ۱۷-۲۴

چکیده

مقدمه: بیماران مبتلا به بیماری ایسکمیک قلبی همیشه با خطر بروز حمله مجدد قلبی مواجه هستند و برای مقابله با این تهدید نیازمند تدابیر مراقبتی درمانی بلند مدت هستند. برنامه های طولانی مدت مراقبتی نیازمند مشارکت فعال بیمار است و بیماران لازم است برای ایفای نقش فعال خود آمادگی لازم را کسب نمایند. هدف این پژوهش بررسی تاثیر آموزش و اجرای برنامه خودتدبیری بر تبعیت از رژیم درمانی بیماران مبتلا به بیماری ایسکمیک قلب می باشد.

روش: این پژوهش یک کارآزمایی تصادفی کنترل شده (RCT) است که در آن ۶۰ نفر از بیماران بستری در بخش های مراقبت ویژه قلبی به روش آسان به مطالعه وارد شدند و بصورت تصادفی در یکی از دو گروه کنترل یا آزمون قرار گرفتند. در ابتدا پرسشنامه های دموگرافیک و تبعیت از رژیم درمانی توسط همه نمونه ها تکمیل گردید. گروه آزمون علاوه بر دریافت مراقبت معمول، در هفته اول بعد از ترخیص در کارگاه برنامه خودتدبیری شرکت نمودند. پس از آن پیگیری تلفنی به مدت ۸ هفته انجام گردید. ۴ هفته پس از انجام آخرین پی گیری تلفنی پرسشنامه تبعیت از رژیم درمانی مجدداً توسط همه نمونه ها تکمیل گردید و برای تجزیه و تحلیل از آزمون های آماری کای دو، آزمون دقیق فیشر، تی مستقل و تی زوجی استفاده شد.

یافته ها: بر اساس یافته های پژوهش، قبل از مداخله، بین دو گروه از نظر مشخصات دموگرافیک و تبعیت از رژیم درمانی اختلاف آماری معناداری وجود نداشت اما پس از اجرای مداخله و آموزش برنامه خودتدبیری، تبعیت از رژیم درمانی بیماران گروه آزمون به صورت معناداری افزایش پیدا کرده بود ($p < 0.001$) در حالی که تغییرات تبعیت از رژیم درمانی در گروه کنترل از نظر آماری معنا دار نبود. ($p > 0.05$).
نتیجه گیری: اجرای برنامه خودتدبیری سبب بهبود تبعیت از رژیم درمانی در بیماران مبتلا به بیماری ایسکمیک قلب می شود.

کلید واژه ها: برنامه خودتدبیری، تبعیت از رژیم درمانی، بیماری ایسکمیک قلب.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۱/۱۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۹/۳

مقدمه

بیماری قلبی و عروقی مهمترین عامل مرگ و میر در جهان امروز بشمار می آید (۱). طبق آمار انجمن قلب آمریکا در سال ۲۰۱۰ میزان کلی مرگ و میر به علت بیماری قلبی عروقی ۲۳۵ نفر به ازاء ۱۰۰۰۰۰ نفر بوده است (۲) و در ایران نیز بیماری قلبی عروقی مهمترین علل مرگ و میر را به خود اختصاص داده است، به طوری که ۴۶ درصد از کل مرگ و میرها در کشور را شامل می شود (۳). بیماری های ایسکمیک قلب طیفی از بیماری ها هستند که آنژین صدری پایدار، آنژین صدری ناپایدار و انفارکتوس میوکارد را شامل می شوند که با داشتن عوارض بسیار و طولانی مدت بار مالی زیادی را بر فرد و جامعه تحمیل می کنند (۴). بیماران مبتلا به بیماری ایسکمیک قلب همچنین در معرض خطر حمله قلبی مجدد می باشند و همیشه با بیماری درگیرند به همین دلیل باید تحت درمان بلند مدت قرار گیرند که احتمال بروز حمله مجدد قلبی را کاهش دهد [۵] و رعایت رژیم درمانی در این بیماران جهت جلوگیری از پیشرفت بیماری و حملات مجدد حائز اهمیت بسیار می باشد (۱). تبعیت از رژیم درمانی در بیماران مبتلا به بیماری های قلبی شامل پابندی به روش های دارویی و غیر دارویی است که بیمار باید آن را اجرا کند. با این حال زمانی که بیماران مبتلا به بیماری ایسکمیک قلب بیمارستان را ترک می کنند و به جامعه باز می گردند، مشکل عمده ی پیش رو ترک زود هنگام مصرف داروها می باشد و قطع زود هنگام داروها علت اصلی مرگ و میر پس از ترخیص را به خود اختصاص داده است (۶). بیماران مبتلا به بیماری ایسکمیک قلبی علاوه بر رعایت رژیم دارویی باید در مورد رژیم غذایی، نحوه فعالیت فیزیکی، کنترل علائم و نشانه ها اطلاعات لازم را کسب نمایند. این امر لزوم توانمندسازی بیمار برای انتخاب رفتار مناسب جهت حفظ ثبات فیزیولوژیکی را نشان می دهد که می تواند در بر دارنده نظارت بر علائم بیماری، پابندی به درمان و همچنین واکنش مناسب در صورت بروز علائم باشد. روش های مختلفی برای رسیدن به اهداف فوق وجود دارد که یکی از آنان رسیدن بیمار به خودتدبیری است. در فرایند خودتدبیری تمرکز بیشتر بر قدرت تصمیم گیری است تا با استفاده از نتایج حاصل از آن، اشخاص توانایی تصمیم گیری بر اساس شرایط موجود را کسب نمایند (۷).

سعی می شود افراد مبتلا به بیماری های مزمن مانند دیابت، فشارخون و نارسایی مزمن قلبی از طریق برنامه خودتدبیری مدیریت بر فعالیت های خود را بیاموزند و از این طریق مهارت خود را در انجام امور روزمره از جمله نحوه فعالیت فیزیکی، رژیم غذایی، نحوه مصرف

دارو هارا افزایش دهند (۷، ۸). این امر ممکن است موجب بهبود ارتباط با افراد جامعه، مراقبین بهداشتی و همچنین قدرت حل مساله و تصمیم گیری این بیماران می شود (۹) خودتدبیری یک برنامه عمومی است که به مدیریت مشکلات در جهت کنترل بر زندگی روزمره می پردازد و سه حیطه اصلی دارد که شامل حیطه مدیریت درمانی، مدیریت نقش و مدیریت عاطفی است. مدیریت درمانی بر اجرای جنبه های طبی بیماری مانند رعایت رژیم دارویی و غذایی تاکید دارد. دومین حیطه مدیریت نقش است که به انجام معمول فعالیت های اجتماعی اشاره دارد و سومین حیطه مدیریت عاطفی است. بیمار بدلیل داشتن بیماری مزمن نوسانات عاطفی زیادی را تجربه می کند و توانایی کنترل بر این تغییرات عاطفی و تطابق با آن یک اصل محسوب می گردد (۱۰).

در واقع اساس برنامه خودتدبیری تسلط بر مهارت هاست، به این معنی که بیمار می آموزد در برخورد با موقعیت های مختلف، برنامه ریزی نموده و از شیوه های مختلف برای حل مساله و مدیریت آنها استفاده کند (۸) هدف از اجرای برنامه خودتدبیری این است که شخص با مدیریت بر کلیه علائم، نشانه ها و عوارض جسمی و روانی آنها بوسیله تغییر رفتار در شیوه زندگی، بتواند بازخورد اساسی لازم برای حفظ کیفیت زندگی رضایت بخش را بدست آورد و زندگی پویا و مستمر خود را مدیریت کند (۱۱).

تاکنون نتایج متفاوتی از اجرای برنامه خودتدبیری بدست آمده است (۱۲، ۱۳) در اکثر مطالعات خودتدبیری، تاثیر این برنامه را بر روی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن قلبی که مراحل پایانی بیماری خود را سپری می کنند انجام گرفته و کمتر به بیماری ایسکمیک قلبی توجه شده است (۱۴، ۱۵). با توجه به وخامت بیماری در مراحل انتهایی، این امر می تواند علت تناقض در یافته های این مطالعات باشد (۱۴). از طرف دیگر اخیراً محققان بررسی روش هایی چون وسایل کمک آموزشی مانند کتابچه آموزشی و پیگیری های تلفنی پس از ترخیص که می تواند موجب یادگیری آسان تر و کوتاه تر گردند را توصیه نموده اند (۱۳). از این رو به نظر می رسد که آموزش به بیماران ایسکمیک قلبی نیازمند توجه بیشتر است. همچنین به مراقبت های پس از ترخیص این بیماران در ایران کمتر پرداخته شده است و نیاز به وجود پژوهش هایی در این زمینه احساس می شود. بنابراین پژوهشگر بر آن شد که در این پژوهش برنامه خودتدبیری را اجرا نموده و از کتابچه آموزشی و پیگیری تلفنی بعد از ترخیص به عنوان وسایل کمک آموزشی استفاده کند و نتیجه آن را بر روی تبعیت از رژیم درمانی بیماران دچار بیماری ایسکمیک قلبی بررسی نماید.

روش مطالعه

این پژوهش یک کارآزمایی تصادفی کنترل شده است. نمونه‌های پژوهش شامل ۶۰ بیمار مبتلا به بیماری ایسکمیک قلبی بودند که پس از یک دوره بستری در بخش CCU و POST بیمارستان‌های منتخب شهر تهران، پزشک معالج دستور ترخیص آن‌ها را صادر کرده بود. این مطالعه پس از کسب مجوز اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی تهران و دریافت کد از مرکز ثبت کارآزمایی بالینی انجام گرفته است. پس از تکمیل فرم رضایت نامه کتبی توسط بیماران نمونه‌ها بطور تصادفی (قرعه کشی) در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن سواد خواندن و نوشتن، محدوده سنی بین ۳۰ تا ۶۵ سال، تشخیص بیماری ایسکمیک قلبی توسط پزشک، گذشتن حداقل یکسال از تشخیص بیماری ایسکمیک قلبی و عدم وجود بیماری زمینه‌ای مزمن دیگر، شرکت نداشتن بیمار در دیگر طرح‌های آموزشی روشهای مراقبت از خود و معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل: فوت بیمار در طول مطالعه، ورود بیمار به مرحله حاد بیماری، شرکت نکردن بیمار در مداخله تلفنی بود. به منظور گردآوری داده‌ها از دو پرسشنامه استفاده گردید، پرسشنامه اول از دو بخش اطلاعات دموگرافیک (سن، جنس، وضعیت تاهل و غیره) و بخش مشخصات بیماری (سابقه ابتلا به بیماری‌های فشارخون، چربی خون، دیابت و غیره) و پرسشنامه دوم پرسشنامه تبعیت از رژیم دارویی بود که توسط فتح الله بیگی در سال ۱۳۹۱ (۱۶) ساخته و جهت ارزیابی تبعیت از رژیم درمانی در بیماران مبتلا به بیماری ایسکمیک قلبی تدوین و پایایی آن بر اساس ضریب آلفای کرونباخ در سه حیطه تبعیت از رژیم غذایی، فعالیت بدنی و رژیم دارویی به ترتیب، ۰/۹۶، ۰/۹۴ و ۰/۸۹ بوده است. این پرسشنامه شامل سه حیطه رژیم غذایی (۲۸ سوال)، ورزش / فعالیت‌های بدنی (۱۴ سوال) و رژیم دارویی (۶ سوال) بود. نحوه نمره دهی در هر بعد به این صورت بود که حیطه رژیم غذایی شامل یک سوال ۴ گزینه‌ای در رابطه با تعداد وعده‌های غذایی بیمار، یک سوال ۱۱ موردی شامل عادات غذایی بیمار و یک سوال ۱۷ موردی شامل نوع مواد غذایی مصرفی که برای هر سوال از ۴-۰ امتیاز گرفته و مجموع امتیازات در این حیطه ۱۱۲-۰ بود. در حیطه ورزش / فعالیت‌های بدنی شامل ۱۴ سوال در رابطه با الگوی ورزش / فعالیت بدنی فرد که بر اساس پاسخ فرد به سوالات با نمره ۴-۰ امتیاز دهی شد و مجموع نمرات در حیطه فعالیت‌های بدنی ۵۴-۰ بود. حیطه رژیم دارویی شامل ۶ سوال در رابطه با الگوی مصرف داروهای بیمار بوده که بر اساس پاسخ فرد به سوالات با نمره

۴-۰ امتیازدهی شد و مجموع نمرات در این حیطه ۲۴-۰ بود. سپس بر حسب مجموع نمرات کسب شده توسط بیماران از سوالات در هر یک از حیطه‌ها، میزان تبعیت بیماران از رژیم درمانی محاسبه گردید، بنابراین کسب نمره بالاتر در هر حیطه نشانگر تبعیت مطلوب از رژیم درمانی بود.

در مطالعه حاضر گروه کنترل صرفاً مراقبت معمول شامل توصیه به مصرف غذای کم نمک و کم چربی را دریافت کردند و گروه آزمون علاوه بر دریافت مراقبت معمول، در هفته اول بعد از ترخیص در برنامه خودتدبیری شرکت نمودند. این برنامه به صورت کارگاه با شرکت ۱۵ بیمار در هر دوره کارگاه انجام شد. کارگاه به مدت دو روز متوالی و هر روز به مدت ۴ ساعت برگزار گردید. روش اداره کارگاه سخنرانی آموزشی توسط پژوهشگر، بحث و گفتگو بین بیماران و پژوهشگر، تبادل تجربیات بین بیماران در کارگاه و اصلاح آموزه‌های نادرست قبلی، ارائه سناریو جهت روبرویی صحیح با مشکلات احتمالی و پاسخ به سوالات بود. محتوای جلسات آموزش ماهیت بیماری، عوارض آن، عوامل خطر، اصول دارودرمانی، روش‌های کاهش استرس و حل مشکل بود. تاکید مداخله بر افزایش پذیرش رژیم دارویی، الگوی تغذیه، کاهش وزن در صورت نیاز، فعالیت فیزیکی منظم در حد متوسط و ترک سیگار بود. سپس کتابچه‌ی آموزشی در زمینه مسائل مورد بحث و نحوه خودتدبیری در اختیار بیماران قرار داده شد. پس از آن پیگیری تلفنی به مدت ۸ هفته با محتوای تشویق کلامی، پرسش و پاسخ و تقویت آموزه‌ها و قدرت اداره بیماری به صورت هفته‌ای یک بار به مدت حدود ۱۰ دقیقه براساس نیاز بیمار توسط محقق انجام گرفت. تماسهای تلفنی بین ساعت ۸ صبح تا ۸ شب در تاریخ و ساعت معین طبق توافق پژوهشگر و واحد‌های مورد پژوهش انجام می‌شد. پس از مداخله هشت هفته‌ای به مدت چهار هفته مداخله تعریف شده‌ای برای بیماران صورت نگرفته و فقط در صورت نیاز و تماس تلفنی راهنمایی‌های لازم ارائه شد. در نهایت دوازده هفته پس از شروع مداخله، پرسشنامه‌ها مجدداً توسط هر دو گروه کنترل و آزمون تکمیل و با استفاده از آزمون‌های آماری تفاوت‌های دو گروه قبل و بعد از مداخله ارزیابی گردید. لازم به ذکر است که جهت رعایت اصول اخلاقی در پایان تحقیق کتابچه آموزشی در اختیار گروه کنترل نیز قرار گرفت. به منظور بررسی همگنی دو گروه کنترل و آزمون در مورد متغیرهای دموگرافیک کیفی (تاهل، شغل و غیره) از آزمون‌های کای دو و در مورد آزمون‌های دموگرافیک کمی (سن، شاخص توده بدنی و غیره) از آزمون‌های تی مستقل، کای دو و تست دقیق فیشر استفاده شد. همچنین جهت تعیین تأثیر مداخله بعد از اجرای برنامه خودتدبیری به وسیله نرم افزار SPSS ویرایش

۲۱ و با استفاده از آزمون های تی مستقل و تی زوجی تفاوت بین دو گروه تجزیه و تحلیل گردید.

یافته ها

آزمون های آماری کای دو، تست دقیق فیشر و تی مستقل نشان دادند که دو گروه کنترل و آزمون از نظر متغیرهای دموگرافیک و مشخصات بیماری در ابتدای مطالعه همگن بودند (جدول ۱). نتایج آزمون آماری تی زوجی نشان داد که میانگین میزان تبعیت از رژیم غذایی در طی گذشت ۱۲ هفته از شروع مطالعه، در گروه کنترل تغییر معنی دار ($P > 0.05$) آماری نداشت (جدول ۲). در مقایسه، نتایج آزمون های آماری تی زوجی در گروه آزمون نشان داد که پس از ۱۲ هفته اجرای برنامه خودتدبیری میانگین میزان تبعیت از رژیم غذایی قبل و بعد از مداخله به میزان معناداری ($P < 0.001$)

افزایش داشته است (جدول ۳). در حیطه فعالیت جسمی در گروه کنترل در اندازه گیری اول و دوم تفاوت معناداری بین میانگین فعالیت جسمی وجود نداشت ($P > 0.05$) اما نتایج آزمون های آماری تی زوجی در گروه آزمون نشان داد که پس از ۱۲ هفته اجرای برنامه خودتدبیری میانگین میزان فعالیت جسمی به میزان معناداری ($P < 0.001$) در جهت بهبود فعالیت جسمی تغییر داشته است (جدول ۳-۲). در حیطه تبعیت از رژیم دارویی، تغییرات میانگین در گروه کنترل در اندازه گیری به فاصله ۱۲ هفته معنادار نبود ($P > 0.05$). در طرف مقابل و در گروه آزمون نتایج آزمون های آماری تی زوجی نشان داد که پس از ۱۲ هفته اجرای برنامه خودتدبیری میانگین تبعیت از رژیم دارویی بصورت معناداری ($P < 0.001$) در جهت مثبت افزایش داشته است (جدول ۳-۲).

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک گروه کنترل و آزمون

گروه	سن (۶۰-۵۰سال)	جنسیت (درصد مردان)	تاہل (درصد متاہلین)	درآمد (درصد کفایت)	BMI (درصد اضافه وزن)	مدت زمان تشخیص (سال)	سابقه دریافت اطلاعات
کنترل	۴۷ ± ۱۱/۵	۳۰٪	۸۰٪	۸۳/۳٪	۲۶/۶۳ ± ۳/۶۰	۴/۹ ± ۴/۱۳	۸۶/۷٪
آزمون	۵۰/۶۶ ± ۸/۷	۴۰٪	۸۳/۳٪	۸۰٪	۲۶/۶۳ ± ۳/۶۳	۵/۴ ± ۴/۳۲	۹۰٪

جدول ۲: میزان تبعیت از رژیم درمانی بیماران پیش و پس از اجرای برنامه خودتدبیری در گروه کنترل

شاخص	مرحله	میانگین	انحراف معیار	نتیجه آزمون تی
تبعیت از رژیم غذایی	قبل از مداخله	۲/۹۴	۰/۴۵۷	df=۲۸ p-value=۰/۱
	بعد از مداخله	۲/۸۲	۰/۵۲	
میزان فعالیت جسمی	قبل از مداخله	۱/۹۹	۰/۵۶	df=۵۸ p-value=۰/۸
	بعد از مداخله	۲/۰۲	۰/۵۲	
تبعیت از رژیم دارویی	قبل از مداخله	۲/۲۰	۰/۵۹	df=۲۸ p-value=۰/۴
	بعد از مداخله	۲/۱۰	۰/۶۸	

جدول ۳: میزان تبعیت از رژیم درمانی بیماران پیش و پس از اجرای برنامه خودتدبیری در گروه آزمون

شاخص	مرحله	میانگین	انحراف معیار	نتیجه آزمون تی
تبعیت از رژیم غذایی	قبل از مداخله	۳/۰۲	۰/۴۹۷	df=۲۸ P-value < ۰/۰۰۱
	بعد از مداخله	۳/۵۴	۰/۴۳	
میزان فعالیت جسمی	قبل از مداخله	۲/۰۱	۰/۴۹	df=۵۸ P-value < ۰/۰۰۱
	بعد از مداخله	۲/۴۵	۰/۵۴	
تبعیت از رژیم دارویی	قبل از مداخله	۲/۱۲	۰/۵۷	df=۲۸ P-value < ۰/۰۰۱
	بعد از مداخله	۲/۶۵	۰/۴۵	

بحث

در ارتباط با تاثیر برنامه خودتدبیری بر تبعیت از رژیم درمانی، تاثیر برنامه در سه زیر مجموعه تبعیت از رژیم غذایی، فعالیت جسمی و رعایت رژیم دارویی قابل بحث است

بر اساس نتایج این مطالعه، اجرای برنامه خودتدبیری باعث بهبود تبعیت از رژیم غذایی در بیماران ایسکمیک قلبی می شود. نتایج مطالعه کاوه و همکاران در سال (۲۰۱۲) با عنوان بررسی تاثیر اجرای برنامه خودتدبیری بر کنترل بیماری و خودکارآمدی مبتلایان به پرفشاری خون نشان داد که اجرای برنامه خودتدبیری موجب تبعیت بهتر از رژیم غذایی می شود ($P=0.00$) (۱۵). نتایج مطالعه شاپولی و همکاران در سال ۲۰۱۳ که پژوهشی تحت عنوان "اثر فعال سازی بیمار به روش خودتدبیری در بیماران با نارسایی قلبی" در ایالات متحده آمریکا انجام گرفت، نشان داد که انجام برنامه خودتدبیری بر بهبود تبعیت از رژیم غذایی بیماران تاثیر مثبت دارد ولی این تاثیر به گونه ایی نیست که اختلاف آماری معنی داری را ایجاد کند (۱۲) تفاوت این مطالعه با پژوهش حاضر یکی در مدت زمان پیگیری بیماران بوده است. به این گونه که در پژوهش شاپولی و همکاران مدت زمان پیگیری طی دو دوره سه و شش ماهه بوده ولی در پژوهش حاضر به مدت دوازده هفته پیگیری صورت گرفته است که ممکن است موجب تفاوت در نتایج مطالعه شده است و دیگر اینکه در مطالعه حاضر از چندین روش آموزشی مانند کارگاه، کتابچه و پیگیری تلفنی استفاده شده که همین امر موجب تقویت آموزه های ارائه شده به بیماران می گردد. مطالعه ریچارد و جانانان در انگلستان که تاثیر برنامه خودتدبیری و نظارت از راه دور بیماران را در کنترل فشار خون بررسی می کرد نشان داد که پس از اجرای برنامه خودتدبیری، تبعیت از رژیم غذایی در بیماران گروه آزمون بطور معنی داری افزایش داشته است ($P=0.022$) (۱۳). مطالعه بروس و همکاران در سال ۲۰۰۹ تحت عنوان دو مداخله خودتدبیری در جهت بهبود کنترل فشار خون بالا در ایالات متحده آمریکا بیانگر این است که پس از گذشت ۲۴ ماه از اجرای برنامه خودتدبیری، پایداری به رژیم غذایی گروه آزمون بهبود یافته است (۱۷). کاترین و استان در سال (۲۰۰۷) بر اساس تحقیقی که در هلند انجام دادند بیان داشتند که پس از طی دوره های برنامه خودتدبیری و با مشارکت دادن همسر بیماران، تبعیت از رژیم غذایی در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد بهبود یافته است (۱۸) در این پژوهش نشان داده شد پس از طی دوره های شش و نه ماهه تبعیت از رژیم غذایی بوسیله برنامه خودتدبیری و با مشارکت دادن همسر بیماران در برنامه بهبود یافته و

با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد. این پژوهش از نظر نوع برنامه (خودتدبیری) و نوع بیماری (ایسکمیک قلب) مشابه ولی از نظر مدت زمان پیگیری و استفاده از روش های کمک آموزشی با مطالعه حاضر متفاوت می باشد.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، اجرای برنامه خودتدبیری باعث بهبود فعالیت جسمی در بیماران ایسکمیک قلب می شود. شاپولی و همکاران نیز در مطالعه خود پس از اجرای برنامه خودتدبیری با افزایش معنادار وضعیت فعالیت جسمی در گروه آزمون مواجه شدند (۱۲). مطالعه کاوه و همکاران نشان داد که اجرای برنامه خودتدبیری در گروه آزمون به طور معناداری ($P=0.00$) سبب بهبود فعالیت جسمی بیماران می گردد (۱۵). در مطالعه استر و جانانان تحت عنوان "اجرای گروهی برنامه خودتدبیری با هدایت پرستار بر روی بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب" انجام گرفت نشان داد که بلافاصله پس از اجرای برنامه خودتدبیری بهبودی در بعد فعالیت جسمی به طور معنی دار وجود دارد ($P=0.052$) ولی در بررسی های شش و دوازده ماهه پس از اجرای برنامه نتایج معنی داری مشاهده نگردید (۱۴) نتایج مطالعه فوق در مرحله نخست پیگیری که بلافاصله پس از اجرای برنامه خودتدبیری بدست آمده با پژوهش حاضر همسو بوده ولی در مراحل بعدی پیگیری همخوانی نداشته است. تفاوت نتایج این مطالعه با پژوهش حاضر می تواند به دلیل مدت زمان پیگیری یا نوع بیماری مورد مطالعه باشد. در این پژوهش طول مدت زمان پیگیری دوازده هفته است و بیماران مبتلا به بیماری ایسکمیک قلبی مورد مطالعه قرار گرفتند. همچنین در پژوهش حاضر از چندین روش آموزشی مانند کارگاه، کتابچه و پیگیری تلفنی استفاده شده که همین امر موجب تقویت آموزه های ارائه شده به بیماران می گردد.

نتایج مطالعه هایدن که در زمینه "دو مداخله خودتدبیری در جهت بهبود کنترل فشار خون بالا" انجام شد، نشان می دهد که مداخلات رفتاری برنامه خودتدبیری پس از گذشت ۲۴ ماه از اجرای برنامه بطور معناداری (۴,۵٪) سبب بهبود فعالیت جسمی در گروه آزمون می شود (۱۷). کاترین و استان در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که اجرای برنامه خودتدبیری بعد از انفارکتوس میوکارد، تاثیر معناداری بر فعالیت جسمی بیماران دارد (۱۸).

برای مقایسه تبعیت از رژیم درمانی بیماران مبتلا به بیماری ایسکمیک قلبی "تبعیت از رژیم دارویی" مورد بررسی قرار گرفت که بر اساس نتایج بدست آمده، اجرای برنامه خودتدبیری بمدت ۱۲ هفته باعث بهبود تبعیت از رژیم دارویی در بیماران می شود. نتایج مطالعه کاوه و همکاران نشان داد که اختلاف آماری معنی داری بین گروه کنترل و آزمون از نظر میزان تبعیت از رژیم دارویی بعد از اجرای

برنامه خودتدبیری وجود دارد و گروه آزمون در مقایسه با گروه کنترل افزایش قابل توجهی در بهبود تبعیت از رژیم دارویی داشته است ($p=0.000$) (۱۵). استر و جاناتان در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که ارتباط آماری معنی داری از نظر رعایت رژیم دارویی ($p=0.008$) بلافاصله پس از پایان دوره آموزش برنامه خودتدبیری وجود دارد. در حالی که در دوره های شش و دوازده ماهه این تاثیر دیده نشد (۱۴) که علت آن می تواند مدت زمان پیگیری (۱۲ هفته)، نوع بیماری (بیماری ایسکمیک قلبی) و استفاده از وسایل کمک آموزشی (کارگاه، کتابچه و پیگیری تلفنی) برای بیماران باشد، چرا که در مطالعه حاضر مدت زمان پیگیری بیماران ۱۲ هفته ولی در مطالعه فوق بمدت ۱۲ ماه به طول می انجامد. نتایج بدست آمده از مطالعه ریچارد و جاناتان بیانگر این بود که استفاده از برنامه خودتدبیری بطور معنا داری موجب بهبود تبعیت از رژیم دارویی بیماران شده است (۱۳).

برنامه خودتدبیری وجود دارد و گروه آزمون در مقایسه با گروه کنترل افزایش قابل توجهی در بهبود تبعیت از رژیم دارویی داشته است ($p=0.000$) (۱۵). استر و جاناتان در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که ارتباط آماری معنی داری از نظر رعایت رژیم دارویی ($p=0.008$) بلافاصله پس از پایان دوره آموزش برنامه خودتدبیری وجود دارد. در حالی که در دوره های شش و دوازده ماهه این تاثیر دیده نشد (۱۴) که علت آن می تواند مدت زمان پیگیری (۱۲ هفته)، نوع بیماری (بیماری ایسکمیک قلبی) و استفاده از وسایل کمک آموزشی (کارگاه، کتابچه و پیگیری تلفنی) برای بیماران باشد، چرا که در مطالعه حاضر مدت زمان پیگیری بیماران ۱۲ هفته ولی در مطالعه فوق بمدت ۱۲ ماه به طول می انجامد. نتایج بدست آمده از مطالعه ریچارد و جاناتان بیانگر این بود که استفاده از برنامه خودتدبیری بطور معنا داری موجب بهبود تبعیت از رژیم دارویی بیماران شده است (۱۳).

تشکر و قدردانی

از کلیه بیمارانی که در این پژوهش شرکت کردند تشکر می گردد. این پژوهش با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد که به این وسیله از ایشان قدردانی می گردد. بعلاوه از تمامی پرسنل بخش های مراقبت های ویژه و مسولین بیمارستان محل انجام پژوهش که ما را در این طرح یاری نمودند، تشکر می گردد.

نتیجه گیری

نهایتا با توجه به تاثیر معنادار اجرای برنامه خودتدبیری بر تمامی ابعاد تبعیت از رژیم درمانی در بیماران مبتلا به بیماری ایسکمیک قلبی و با توجه به همگن بودن دو گروه کنترل و آزمون قبل از مطالعه و بهبود تبعیت از رژیم درمانی پس اجرای برنامه در هر سه بعد (تبعیت از رژیم غذایی، فعالیت جسمی و رعایت رژیم دارویی) می توان گفت که اجرا و پی گیری برنامه خودتدبیری بمدت دوازده هفته باعث بهبود تبعیت از رژیم درمانی در بیماران ایسکمیک قلب می گردد ($p<0.000$). این امر نشان دهنده تاثیر مثبت برنامه

References

1. Venkitachalam, L., et al., Global variation in the prevalence of elevated cholesterol in outpatients with established vascular disease or 3 cardiovascular risk factors according to national indices of economic development and health system performance. *Circulation*, 2012. 125(15): p. 1858-1869.
2. Go, A.S., et al., Heart disease and stroke statistics--2014 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 2014. 129(3): p. e28.
3. Shabani, R., et al., Effect of cardiac rehabilitation program on exercise capacity in women undergoing coronary artery bypass graft in Hamadan-Iran. *International journal of preventive medicine*, 2010. 1(4): p. 247.
4. Kim, J., et al., Economic burden of acute coronary syndrome in South Korea: a national survey. *BMC cardiovascular disorders*, 2013. 13(1): p. 1-8.
5. Mega, J.L., et al., Rivaroxaban in patients with a recent acute coronary syndrome. *New England Journal of Medicine*, 2012. 366(1): p. 9-19.

6. Bernal, D.D., et al., Home medicines reviews following acute coronary syndrome: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 2012. 13(1): p. 30.
7. Riegel, B., et al., State of the science promoting self-care in persons with heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 2009. 120(12): p. 1141-1163.
8. Lorig, K., et al., Effectiveness of the Chronic Disease Self-Management Program for Persons with a Serious Mental Illness: A Translation Study. *Community mental health journal*, 2014. 50(1): p. 96-103.
9. Mead, H., et al., Barriers to effective self-management in cardiac patients: The patient's experience. *Patient education and counseling*, 2010. 79(1): p. 69-76.
10. Smeulders, E.S., et al., Heart failure patients with a lower educational level and better cognitive status benefit most from a self-management group programme. *Patient education and counseling*, 2010. 81(2): p. 214-221.
11. McCahon, D., et al., Does self-management of oral anticoagulation therapy improve quality of life and anxiety? *Family practice*, 2011. 28(2): p. 134-140.
12. Shively, M.J., et al., Effect of patient activation on self-management in patients with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2013. 28(1): p. 20-34.
13. McManus, R.J., et al., Telemonitoring and self-management in the control of hypertension (TASMINH2): a randomised controlled trial. *The Lancet*, 2010. 376(9736): p. 163-172.
14. Smeulders, E.S., et al., Nurse-led self-management group programme for patients with congestive heart failure: randomized controlled trial. *Journal of advanced nursing*, 2010. 66(7): p. 1487-1499.
15. Savadkooch, K., A Survey of the Effect of Self Management program on Self efficacy and Control of Disease in Hypertensive Patients. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 2012.
16. Fathollahbeigi, F., Co-supervisors, Tehran University of Medical Sciences.
17. Bosworth, H.B., et al., Two self-management interventions to improve hypertension control: a randomized trial. *Annals of internal medicine*, 2009. 151(10): p. 687-695.
18. Joekes, K., S. Maes, and M. Warrens, Predicting quality of life and self-management from dyadic support and overprotection after myocardial infarction. *British journal of health psychology*, 2007. 12(4): p. 473-489.

The effect of self-management program after discharging on therapeutic adherence in patient with ischemic heart disease

Zakerimoghadam M¹, *Ebrahimi S², shahsavari H³, Haghani H⁴

1-Assistant Professor, School of Nursing and Midwifery, Tehran university of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2-School of Nursing and Midwifery, Tehran university of Medical Sciences, Tehran, Iran (**Corresponding author**)

E-mail: sajjadebrahimi78@yahoo.com

3-Assistant Professor, School of Nursing and Midwifery, Tehran university of Medical Sciences, Tehran, Iran

4-Lecturer. Department of Biostatistics, School of Medical Sciences, Iran university of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Introduction: Patients with ischemic heart disease always face to risk of another heart attack, so they must endure long term medical treatment. This kind of treatment is possible due to active cooperation of the patients themselves. To play an active role, the patients must be well prepared. The purpose of this research is the study of the effect of instruction and performance of self management program on therapeutic adherence in patient with ischemic heart disease.

Method: The study is a randomized controlled trial (RCT) which contains 60 patients who are admitted in Critical Care Unit wards. Who entered in the study very easily, then divided randomly into two equal control and experimental groups. All samples were examined with pretest demographic and therapeutic adherence questionnaire at first and then in addition to receive the usual care, the experimental group will participate in the workshop of self management program, during the first week after discharging. Then, it was followed up by phone once a week for 8 weeks. Finally 4 weeks after the last call, the questionnaire of therapeutic adherence were fulfilled again by all samples and it was used statistical test Chi-square test, Fisher exact test, Independent t test and paired t test for analysis.

Results: According to findings, there is no meaningful statistical difference due to demographic characteristic and therapeutic adherence between two groups of examination before interference. But after that, based on instructions of self management program, adherence of therapy increased in a meaningful way ($p\text{-value} < 0.001$).

Conclusion: The result shows that the instruction of self management programs make better adherence of therapy in patients with ischemic heart disease.

key words: Self management program, therapeutic adherence, ischemic heart disease.

Received: 24 November 2015

Accepted: 8 February 2016



Iranian Nursing
Scientific Association

Iranian Journal of Nursing Research

Vol. 11 No.1 (Serial 40) March-April 2016 ISSN:1735-7012

- Patient safety culture assessment in Seidolshohada hospital of Semirom8**
Afshari A, Piruzi M, Afshari S, Hejab K
- Comparison of health-related quality of life in beta thalassemia major and healthy people in Dezful in 201516**
Madmoli Y, Beiranvand R, Korkini N, Mashalchi H, Beigom Bigdeli shamloo M, Karimi H
- The effect of self-management program after discharging on therapeutic adherence in patient with ischemic heart disease24**
Zakerimoghadam M, Ebrahimi S. shahsavari H, Haghani H
- The relationship between senses of coherence, self-compassion and personal intelligence with postpartum depression in women33**
Narimani M, Ghaffari M
- Investigating of quality of life and it's correlation with individual, social, economic, and health variables of retirees of Tabriz41**
Malek M, Hassankhani H, Darvishpur Kakhki A, Asghari Jafarabadi M, Mansouri arani M, Mohammad nejad S
- The effect of risk management education on the knowledge and performance of Operating room personnel at hospitals affiliated with Islamic Azad University Tehran Medical Sciences Branch in 139250**
Salehi Zahed L, Asadi M, kordmir K
- The relationship between emotional intelligence and coping styles of nurses in hospitals in Kermanshah University of Medical Sciences61**
Rostami M, Movaghari MR, Taghavi T, Mehran A
- Life experiences of addicted wife:A qualitative study75**
Nikbakht Nasrabadi AR. pashaei sabet F, Bastami AR
- The Effect of Contextual Factors on Health Information Seeking Behavior of Isfahan Diabetic Patients86**
Zare-Farashbandi F, Lalazaryan A, Rahimi AR, Hassanzadeh A
- The determining of conformity rate of nursing cares regarding to respiratory system in neonates under mechanical ventilation in NICU94**
Jafari Z, Khanali Mojen L, Rassouli M, Baghestani A.R, Gahri Sarabi A.R, Shirinabady Farahani A, Shiri H