

بررسی تأثیر برنامه برنامه خود مدیریتی مبتنی بر مدل پنج ۵ بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به سندرم حاد کرونری

زهرا جوانوش^۱، مریم مؤذکانلو^۲، صدیقه رستاقی^۳، مصطفی راد^{۴*}

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت سالمندان، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران
 ۲. استادیار قلب، بیمارستان امام رضا (ع)، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
 ۳. مربی، کارشناس ارشد آمار زیستی، گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران
 ۴. استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت سالمندان، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

چکیده

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۶/۱۰
 تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۸/۱۷

اهداف: بهبود کیفیت زندگی در بیماران قلبی مهم‌ترین هدف در برنامه‌های ارتقای سطح سلامت است. آموزش برنامه خودمدیریتی، از مهم‌ترین روش‌های بهبود و ارتقای سطح سلامت است. هدف این مطالعه بررسی تأثیر مدل خودمدیریتی ۵ بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به سندرم حاد کرونری است.
مواد و روش‌ها: این مطالعه کارآزمایی بالینی دوگروهه است که ۵۴ بیمار سالمند مبتلا به بیماری سندرم حاد کرونری از بین بیماران بستری در بخش قلب و سی‌سی‌یو بیمارستان امام رضا، بجنورد به‌صورت در دسترس انتخاب و به روش بلوک‌های جای‌گشتی به دو گروه آزمون (۲۷ نفره) و کنترل (۲۷ نفره) تقسیم شدند. گروه مداخله تحت اجرای برنامه خودمدیریتی بر اساس روش ۵ قرار گرفتند و گروه کنترل برنامه روتین بیمارستان را دریافت کردند. ابزار پژوهش در این مطالعه، پرسشنامه ۳۱ سؤالی کیفیت زندگی لیپاد بود که در ابتدا و دو ماه بعد از مطالعه در دو گروه تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 20 و آزمون‌های آماری کای اسکوئر و آزمون ویلکاکسون و تحلیل اندازه‌های تکراری تجزیه و تحلیل شد.
یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد اکثر واحدهای پژوهش زن، متأهل و بیسواد بودند. میانگین سنی واحدهای پژوهش ۶۶/۱۸±۴/۶۸ سال بود. میانگین نمرات، در تمامی ابعاد کیفیت زندگی در گروه مداخله بعد از اتمام مطالعه بالاتر رفت. ولی از نظر آماری تفاوت معناداری مشاهده نشد ($P=0/78$).
نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان‌دهنده اثربخشی برنامه خودمدیریتی مبتنی بر مدل ۵ بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به سندرم حاد کرونری در مدت مطالعه نبود.

کلیدواژه‌ها:

بیماری سندرم حاد کرونری، خودمدیریتی ۵، سالمندان، کیفیت زندگی.

مقدمه

قلبی-عروقی، اسکلتی و عضلانی و دیابت افزایش می‌یابد. بیماری‌های مزمن باعث ایجاد مشکلات جسمی، اجتماعی، اقتصادی و روانی فراوانی برای سالمندان می‌شود که نتیجه آن

با افزایش سن، بیماری‌های مزمنی مانند بیماری‌های

* نویسنده مسئول: مصطفی راد

نشانی: گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت سالمندان، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار
 تلفن: ۰۵۱۴۴۰۱۸۳۱۴، دورنگار: ۰۵۱۴۴۰۱۸۴۲۴
 رایانه: mostafarad633@yahoo.com
 شناسه ORCID: 0000-0002-8590-5348، زهرا جوانوش 0000-0003-3221-812X

مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دوره ۲۵، شماره ۱، فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۷، ص ۷۵-۸۲
 آدرس سایت: <http://jsums.medsab.ac.ir> رایانه: journal@medsab.ac.ir
 شاپای چاپی: ۱۶۰۶-۷۴۸۷

این بیماران را کاهش می‌دهد و به دنبال آن خود و حتی سیستم مراقبت بهداشتی دچار مشکل می‌شود [۱۴]. اکثر این بیماران به دنبال بی‌حرکی و در نتیجه کاهش قدرت عضلانی و کاهش تحمل، با ناتوانی در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی همراه می‌شوند [۱۲، ۱۵].

سندرم حاد کرونر از موارد تهدیدکننده سلامتی در سنین سالمندی و یکی از اختلال‌های مهم و بسیار شایع و از علل اصلی بروز مرگ در افراد بالای ۶۵ سال است [۱۶]. در صورتی که بیماران آگاهی لازم در زمینه مراقبت از خود نداشته باشند، قادر به تصمیم‌گیری درباره سلامتی و بهداشت خود نخواهند بود [۱۷].

افراد مبتلا به بیماری قلبی نیز، به علت عوارض بیماری و درمان، به تدریج تغییر در نیازهای خودمراقبتی را احساس می‌کنند [۱۸].

امروزه، به درمان‌های حمایتی و آموزشی در بهبود کیفیت زندگی بیماران توجه زیادی شده است و بیشتر بر پذیرش درمان و مراقبت از خود تأکید می‌شود [۱۹]. در این میان روش‌های مختلف آموزشی، روش‌های خودمدیریتی در بهبود کیفیت زندگی استفاده شده و نتایج متناقضی به دست آمده است.

در مطالعه نادری پور و همکاران با عنوان «تأثیر آموزش برنامه خودمدیریتی بیماری‌های مزمن بر خودکارآمدی بیماران تحت عمل جراحی پیوند کনার گذر عروق کرونر»، نتایج نشان‌دهنده عدم اثربخشی برنامه خودمدیریتی در بیماری‌های مزمن بر خودکارآمدی بیماران بود [۲۰].

مطالعه بالجانی و همکاران با عنوان «تأثیر مداخلات خودمدیریتی بر تبعیت از رژیم دارویی و سبک زندگی در بیماران قلبی-عروقی»، نشان‌دهنده تأثیر مثبت مداخلات خودمدیریتی بود [۲۱].

برنامه خودمدیریتی مبتنی بر مدل ۵ رویکردی مبتنی بر شواهد است و به منظور تغییر رفتار و تأمین سلامت به کار می‌رود و شامل پنج مرحله است: بررسی (Assess)، راهنمایی (Advise)، توافق (Agree)، کمک (Assist) و پیگیری (Arrange) [۲۲]. این مدل برنامه خودمدیریتی کوتاه و ساده‌ای است [۲۳]. خودمدیریتی به این معناست که بیماران در امر مراقبت از خود مشارکت فعال داشته باشند و تا حد امکان مدیریت بیماری به خود بیماران واگذار شود [۲۴]. لذا، هدف اصلی برنامه خودمدیریتی دستیابی بیماران به حداکثر استقلال، خودتصمیم‌گیری، تکیه بر توانایی‌ها و در نتیجه افزایش کیفیت زندگی آنان است [۲۵].

محدودیت فعالیت جسمانی و روانی سالمندان و کاهش کیفیت زندگی این گروه سنی است [۱]. سندرم کرونری حاد جزء بیماری‌های قلبی-عروقی کرونری است، شامل انفارکتوس میوکارد با و بدون قطعه ST بالا رفته و آنژین ناپایدار [۲]. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، در سال ۲۰۱۲ حدود ۱۷/۵ میلیون مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی-عروقی گزارش شده است که از این میان حدود ۷/۴ میلیون مرگ ناشی از بیماری‌های عروق کرونر و ۶/۷ میلیون به علت سکته قلبی بوده است [۳].

سندرم حاد کرونری با افزایش سن بیشتر اتفاق می‌افتد. حتی با کاهش مرگ ناشی از این بیماری‌ها در سال‌های اخیر، ۸۵ درصد کسانی که از بیماری‌های عروق کرونری قلب فوت کرده‌اند بیش از ۶۵ سال سن داشته‌اند [۴]. میزان مرگ این بیماری سالیانه در جمعیت بالای ۴۰ سال کشور، ۱۴ در هزار نفر گزارش شده است [۵].

بیماری‌های عروق کرونر یکی از مشکلات اصلی حوزه سلامت در کشورهای توسعه یافته است. در سال ۲۰۰۴ در کشور آمریکا ۱۵/۸ میلیون نفر مبتلا به بیماری‌های عروق کرونر بودند [۶]. طبق گزارش بنیاد قلب بریتانیا، در حال حاضر از هر شش مورد مرگ در زنان و از هر پنج مورد مرگ در مردان یک مورد به علت بیماری عروق کرونر است [۷].

شیوع بیماری‌های قلبی-عروقی، به خصوص بیماری‌های کرونری، در کشورهای در حال توسعه به شدت در حال افزایش است و مشکل مهم بهداشتی و اجتماعی به شمار می‌رود [۸]. سالیانه هزینه‌های زیادی برای درمان، پیشگیری و توانبخشی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر صرف می‌شود [۹]. این بیماری بر توانایی انجام فعالیت‌های معمول زندگی تأثیر منفی دارد. بیماران مبتلا کیفیت زندگی پایینی دارند. کمبود آگاهی از رفتارهای خودمراقبتی به بستری شدن‌های مجدد این بیماران می‌انجامد [۱۰].

با وجود روش‌های درمانی جدید، ابتلا به و مرگ ناشی از سندرم حاد کرونری در ایران همچنان روند صعودی دارد [۱۱]. سالانه بیماران زیادی در بخش‌های مراقبت ویژه بستری می‌شوند و با توجه به صرف هزینه‌های بالا و برخورداری از درمان‌های تخصصی بعد از ترخیص از کیفیت زندگی پایینی برخوردارند [۱۲] و اغلب به دنبال دوره طولانی بستری و داروهای مصرفی دچار عوارضی همچون ضعف عضلانی، ناتوانی در بالا رفتن از پله، اضطراب، افسردگی، و اختلال در خواب و اشتها می‌شوند [۱۳]. بسیاری از بیماران قلبی دچار مشکلات فیزیکی، روحی و روانی و اجتماعی هستند که کیفیت زندگی

پزشکان متخصص قلب و عروق، و پرسنل پرستاری باسابقه در بخش سی‌سی‌یو.

پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی لیپاد با استفاده از آزمون همسانی درونی آلفای کرونباخ ۰/۹۵ درصد تأیید شد. پرسشنامه کیفیت زندگی لیپاد شامل ۳۱ سؤال است که هفت بعد کیفیت زندگی را می‌سنجد، شامل ابعاد فیزیکی (۵ سؤال)، خودمراقبتی (۶ سؤال)، افسردگی و اضطراب (۴ سؤال)، شناختی (۵ سؤال)، اجتماعی (۳ سؤال)، رضایت از زندگی (۶ سؤال)، و مسائل جنسی (۲ سؤال).

نمره‌دهی پرسشنامه به صورت لیکرتی و هر پرسش دارای چهار گزینه است که از صفر (بدترین حالت) تا سه (بهترین حالت) امتیازبندی و دامنه نمره‌دهی بین ۰ تا ۹۳ را شامل می‌شود. این پرسشنامه ابزاری بین‌المللی و فاقد بار فرهنگی در همه گروه‌های سالمند و قابل استفاده در جوامع مختلف است [۲۶].

مدت زمان مداخله در مطالعاتی مانند مطالعه رضایی‌لویه و همکاران [۲۷] و امینیان و همکاران [۲۸] یک ماه بوده است. با در نظر گرفتن این مطالعات، پرسشنامه کیفیت زندگی لیپاد در مطالعه حاضر نخست و دو ماه بعد از مطالعه در دو گروه تکمیل شد. گروه کنترل برنامه روتین بیمارستان را دریافت کردند. اما، گروه مداخله تحت اجرای برنامه خودمدیریتی بر اساس مدل ۵ آ قرار گرفتند. این برنامه طی پنج مرحله و در دو ماه به اجرا درآمد که در ادامه روش اجرا با جزئیات گفته شده است:

۱. مرحله بررسی. در این مرحله بیمار از نظر عوامل خطر، تاریخچه بیماری، مشکلات قلبی، استفاده از داروها، وضعیت خواب، تغذیه، فعالیت و اطلاعات موجود در پرونده از طریق مصاحبه حضوری بررسی شد.

۲. مرحله راهنمایی. در این مرحله با توجه به نتایج بررسی‌های مرحله قبل، خطرات سلامتی تشخیص داده شده به اطلاع بیمار رسید و بر فواید تغییر رفتار تأکید شد.

۳. مرحله توافق با بیمار در تنظیم اهداف. بین بیمار و پژوهشگر توافقی در مورد عملکرد بیمار صورت گرفت. با توجه به مشکلات تشخیص داده شده، اهداف رفتاری مناسب و مورد توافق با بیمار تعیین و برای هر یک از اهداف، برنامه عملی طرح‌ریزی شد. برای هر یک از اهداف رفتاری نیز معیاری بین صفر تا ۱۰ مشخص گردید. این موارد در فرم اهداف رفتاری ثبت و از بیمار نیز درخواست شد که وضعیت عملکرد خود را در مورد هر یک از اهداف رفتاری به صورت روزانه و به مدت دو ماه ثبت کنند.

۴. مرحله کمک. آموزش‌هایی مانند گرفتن فشارخون، کنترل نبض، کنترل قند خون، به صورت چهره‌به‌چهره انجام و از

مطالعات اندکی در مقوله خودمدیریتی به روش مدل ۵ در بیماران قلبی انجام شده است. از آنجا که دستیابی به ارتقای کیفیت زندگی مشارکت فعال بیماران در امر مراقبت از خود را می‌طلبد، اجرای برنامه‌های آموزش خودمدیریتی در این بیماران در برنامه ریزی در سطح کلان استفاده می‌شود و به پرستاران در مداخلات گسترده‌تر کمک می‌کند. لذا، این مطالعه با هدف تأثیر برنامه خودمدیریتی بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به سندرم حاد کرونری انجام شد، با امید به اینکه راهکاری باشد تا پرستاران بتوانند از آن در آموزش و مشاوره به بیماران استفاده کنند و میزان بستری در بیمارستان را کاهش و کیفیت زندگی بیماران را ارتقا دهند.

روش شناسی

این پژوهش کارآزمایی بالینی دو گروهه بود. ۵۴ بیمار سالمند مبتلا به بیماری سندرم حاد کرونری از بین بیماران بستری در بخش قلب و سی‌سی‌یوی بیمارستان امام رضا، شهر بجنورد به صورت در دسترس انتخاب و با در نظر گرفتن احتمال ریزش به روش بلوک‌های جای‌گشتی به دو گروه آزمون (۲۷ نفره) و کنترل (۲۷ نفره) تقسیم شدند. تعداد نمونه مورد نیاز در انجام پژوهش با سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد تعیین شدند.

معیارهای ورود و عدم ورود عبارت بود از رضایت داشتن بیمار از همکاری، سن بالای ۶۰ سال، تأیید تشخیص پزشک متخصص مبنی بر ابتلا به سندرم حاد کرونری (آنژین ناپایدار-MI یا بدون بالا رفتن قطعه ST)، صحبت کردن به زبان فارسی یا فهمیدن زبان فارسی، عدم ابتلا به اختلال شناختی مانند آلزایمر و فراموشی، عدم ابتلا به بیماری روحی-روانی یا افسردگی شدید نیازمند بستری در بیمارستان، نداشتن نقص عضو یا معلولیت، سواد خواندن و نوشتن خود یا همراه او، نداشتن رویداد یا واقعه استرس‌زا در ۶ ماه گذشته، داشتن زندگی خانوادگی، سکونت در شهر بجنورد.

معیار خروج حین پژوهش عبارت بود از ابتلا به بیماری حاد مانند سکته مغزی در طول مطالعه، ابتلا به بیماری دیگری در طول مطالعه که منجر به بستری شدن سالمند در بیمارستان شود، عدم شرکت در جلسات، تمایل به خروج از مطالعه، فوت بیمار، و رویداد و شرایط استرس‌زای ناگهانی زندگی در هر مرحله از تحقیق (مرگ عزیزان، مهاجرت، طلاق).

ابزار پژوهش در این مطالعه، فرم پرسشنامه دموگرافیکی و پرسشنامه ۳۱ سؤالی کیفیت زندگی لیپاد بود که ده نفر از صاحب‌نظران روایی محتوای آن را تأیید کردند، شامل اعضای هیئت علمی صاحب‌نظر در دانشکده پرستاری و مامایی،

نرم افزار spss 20 استفاده شد. سطح معناداری $P < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته ها

در مطالعه حاضر، ۵۳ نفر (۲۷ نفر در گروه کنترل و ۲۶ نفر در گروه مداخله) بررسی شدند. طی مطالعه یک نفر از گروه مداخله فوت و از مطالعه خارج شد. میانگین سنی واحدهای پژوهش $66/18 \pm 4/68$ سال بود. اکثر واحدهای پژوهش زن (۵۸/۵ درصد)، متأهل (۸۳ درصد) و بیسواد (۶۴/۲ درصد) بودند. از نظر وضعیت شغلی ۵۲/۸ درصد بیماران خانه دار بودند. میانگین طول مدت ابتلا به بیماری قلبی $90/11 \pm 97/0$ سال است.

نتایج مطالعه نشان داد که میانگین کیفیت زندگی قبل از مداخله ($54/42 \pm 11/26$) و بعد مداخله به ($62 \pm 11/62$) در گروه مداخله تغییر یافته است. نتایج آزمون ویلکاکسون نشان دهنده وجود تفاوت معنادار آماری بین میانگین نمره کیفیت زندگی در ابعاد مختلف قبل و بعد از اجرای برنامه است ($P = 0/00$ ؛ جدول ۱). آزمون آماری آنالیز واریانس با اندازه گیری تکراری، بین میانگین نمرات کیفیت زندگی شرکت کنندگان، در ابعاد مختلف در دو مقطع زمانی از نظر آماری تفاوت معناداری نشان نداد ($P = 0/78$).

بیماران درخواست شد که این تمرینات را روزانه انجام دهند و عملکرد خود را ثبت کنند. علاوه بر این، متناسب با نیاز بیماران، یک جلسه آموزش فردی بر حسب تمایل بیمار (حضور یا تلفنی) به منظور تکرار و تأکید بر موارد آموزش داده شده برای بیماران ترتیب داده شد.

۵. پیگیری عملکرد. در این مرحله عملکرد بیماران به مدت دو ماه پیگیری شد. در حقیقت، برای اطمینان از اجرای برنامه های عملی توسط بیماران، در دو هفته نخست، به صورت تماس تلفنی روزانه، بعد از دو هفته، هفته ای دوبار و بعد از یک ماه هفته ای یکبار تا پایان مدت زمان مداخله پیگیری صورت گرفت، تا انجام برنامه عملی یادآوری شود. علاوه بر این، وضعیت پیشرفت بیمار هر چهار هفته یکبار نیز طی یک جلسه حضوری پیگیری شد. در این جلسه، برنامه عملی و اهداف رفتاری توافق شده بررسی شد، تا در صورتی که نیاز به ایجاد تغییر در اهداف یا برنامه عملی باشد با توافق مجدد، تغییرات لازم اعمال شود.

برای تعیین تفاوت های درون گروهی و بین گروهی موجود در توزیع متغیرهای اندازه گیری شده، به ترتیب از آزمون های ویلکاکسون (Wilcoxon) و تحلیل اندازه های تکراری (Repeated measures) استفاده شد. برای آزمون معناداری متغیرهای دموگرافیکی و بالینی در دو گروه کنترل و مداخله از آزمون کای-اسکوئر (۲٪) و برای محاسبات آماری از

جدول ۱. مقایسه ابعاد هفت گانه کیفیت زندگی بیماران قبل و بعد از مداخله خودمدیریتی در دو گروه کنترل و مداخله

متغیر	گروه	قبل از مداخله	بعد از مداخله	نتیجه آزمون ویلکاکسون	آزمون آنالیز واریانس با اندازه گیری های تکراری
بعد افسردگی و اضطراب	مداخله	$5/42 \pm 2/24$	$6/63 \pm 1/94$	$P = 0/00$	$P = 0/88$
	کنترل	$5/96 \pm 2/82$	$6/26 \pm 2/69$	$P = 0/23$	
بعد فیزیکی	مداخله	$8/23 \pm 2/83$	$9/5 \pm 2/5$	$P = 0/00$	$P = 0/45$
	کنترل	$9/41 \pm 2/46$	$9/41 \pm 2/5$	$P = 0/78$	
بعد شناختی	مداخله	$11/58 \pm 2/81$	$12/35 \pm 2/44$	$P = 0/01$	$P = 0/17$
	کنترل	$12/78 \pm 1/94$	$12/81 \pm 1/94$	$P = 0/31$	
بعد جنسی	مداخله	$0/69 \pm 1/12$	$1/27 \pm 1/28$	$P = 0/001$	$P = 0/89$
	کنترل	$0/89 \pm 0/96$	$0/93 \pm 0/91$	$P = 0/73$	
بعد اجتماعی	مداخله	$5/15 \pm 1/19$	$6/5 \pm 1/17$	$P = 0/00$	$P = 0/78$
	کنترل	$5/59 \pm 1/82$	$5/85 \pm 1/58$	$P = 0/09$	
بعد رضایت از زندگی	مداخله	$9/81 \pm 2/49$	$11/5 \pm 2/12$	$P = 0/00$	$P = 0/12$
	کنترل	$9/56 \pm 2/6$	$9/67 \pm 2/6$	$P = 0/33$	
بعد خود مراقبتی	مداخله	$13/38 \pm 3/33$	$14/27 \pm 2/94$	$P = 0/001$	$P = 0/29$
	کنترل	$14/78 \pm 3/16$	$14/7 \pm 3/13$	$P = 0/58$	

مقاله پژوهشی

در مطالعه حاضر، میانگین کلی کیفیت زندگی در پایان مطالعه نسبت به قبل مطالعه افزایش و میانگین تمامی ابعاد کیفیت زندگی در پایان مطالعه افزایش داشت. با وجود این، آزمون آماری آنالیز واریانس با اندازه‌گیری‌های تکراری نشان داد که تغییرات کیفیت زندگی در این دو مقطع زمانی بین دو گروه از نظر آماری معنادار نبود.

مطالعات اندکی در زمینه اجرای برنامه خودمدیریتی به‌روش مذکور به‌خصوص در بیماران قلبی انجام و با هم مقایسه شده است. همچنین، از مطالعات روش‌های خودمدیریتی و توانبخشی و توانمندسازی و روش‌های خودمراقبتی نیز استفاده شد. تا حدودی از تمامی این روش‌ها برای اینکه بیمار بتواند بیماری خود را مدیریت کند، در مطالعه حاضر استفاده شده است.

مطالعه رضایی‌لوپه و همکاران با عنوان «تأثیر آموزش خودمراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی» روی ۱۲۶ نفر از بیماران نارسایی قلبی انجام شد. نتایج نشان داد میانگین خودمراقبتی بین گروه کنترل و مداخله بعد از مداخله تفاوت معناداری داشته است. ۴ تا ۶ جلسه ۳۰ الی ۴۵ دقیقه‌ای برای گروه‌های ۱۰ نفره گذاشته و در پایان بسته آموزشی به بیماران داده شد. پرسشنامه قبل و یک ماه بعد از مداخله تکمیل شد. اکثر بیماران مرد با میانگین سنی ۵۷ سال و متأهل و دیپلمه بودند [۲۷].

با توجه به اینکه حجم نمونه این مطالعه بالاتر از مطالعه حاضر بوده و تعداد جلسات حضوری بیشتر و تحصیلات شرکت‌کنندگان بالاتر بوده است، ممکن است دلیلی بر تفاوت نتایج با مطالعه حاضر باشد.

مطالعه آجریز و کفایی با عنوان «تأثیر آموزش مراقبت از خود بر کیفیت زندگی بیماران آنژین صدری ناپایدار» با مطالعه حاضر همسو نیست. در این مطالعه ۸۰ بیمار در دو گروه ۴۰ نفری کنترل و آزمون شرکت کردند. دو جلسه آموزشی هنگام بستری و ترخیص برای گروه آزمون برگزار شد. قبل از آموزش و یک ماه بعد از آموزش، کیفیت زندگی سنجیده شد. نتایج نشان داد تفاوت معناداری بین دو گروه در بعد سلامت جسمی وجود دارد [۲۹].

تفاوت این مطالعه با مطالعه حاضر ممکن است به دلیل این باشد که اکثر نمونه‌ها مرد با میانگین سنی ۴۰ سال بودند. همچنین، تمامی آموزش‌ها از هنگام بستری تا ترخیص با پژوهشگر بوده است، اما در مطالعه حاضر چندین ماه از بستری بیماران می‌گذشت و هر دو گروه به یک نسبت از آموزش‌های بیمارستان بهره‌برده‌اند که ممکن است در نتایج تأثیرگذار باشد.

نتایج مطالعه اگرین با مطالعه ما همسوست. در این مطالعه سه جلسه آموزشی به‌صورت چهره‌به‌چهره برای بیماران نارسایی قلب و همسرانشان برگزار شد. سه و دوازده ماه بعد از مداخله کیفیت زندگی سنجیده شد. اما، مداخله نتوانست سبب بهبود بعد عملکرد جسمی گردد [۳۰].

معماریان و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان «تأثیر آموزش جنسی بر رضایت مندی بیماران و همسران بعد از سکته قلبی» که روی ۶۰ بیمار و همسرانشان انجام شد، به این نتیجه رسیدند که میانگین رضایت جنسی در گروه آزمون در بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله افزایش یافته است. مدت مداخله ۶ هفته بود [۳۱].

دلیل اینکه در مطالعه حاضر در مقایسه دو گروه رابطه معناداری وجود نداشته ممکن است این باشد که فرهنگ هر جامعه بر بعد جنسی تأثیر می‌گذارد. علاوه‌بر این، در این مطالعه شرکت‌کنندگان تمایلی به آموزش و یادگیری نشان ندادند و فقط پمفلت آموزشی در این زمینه ارائه شد.

نتایج مطالعه نورالدینی و همکاران با مطالعه حاضر همسوست. این مطالعه توصیفی-مقطعی، با عنوان «بررسی سلامت عمومی، رضایت از زندگی و کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به اختلالات عروق کرونر»، که روی ۳۰۰ سالمند انجام شد، نتایج نشان داد بیش از نیمی از سالمندان مبتلا به بیماری عروق کرونر از سلامت عمومی و کیفیت زندگی و رضایت از زندگی خوبی برخوردار نیستند [۳۲].

مطالعاتی که در زمینه اجرای برنامه خودمدیریتی در بیماری‌های مزمن انجام شده است نتایج مثبت این برنامه را گزارش کرده‌اند که می‌توان مطالعات محمدی و همکاران [۳۳]، کفعمی و همکاران [۳۴]، سلیمی و همکاران [۳۵] و کریمی و همکاران [۳۶] را نام برد.

تفاوت مطالعه حاضر ممکن است به دلایلی ناشی از عواملی مانند وضعیت اقتصادی و سن بالا و اضطراب به دلیل بیماری قلبی و بیسواد بودن اکثر نمونه‌ها و حضور زنان سالمند، و تفاوت‌های فرهنگی و مذهبی باشد.

از محدودیت‌های این مطالعه عبارت است از غیرهم‌زمان بودن سالمندان از قومیت‌های مختلف، عدم پوشش بیمه کامل اکثر شرکت‌کنندگان، عدم همکاری برخی واحدهای پژوهش به علت ناتوانی ناشی از بیماری، تفاوت‌های فردی، عوامل محیطی و سطح فرهنگ درک از سلامت. بنابراین از آنجا که کیفیت زندگی سالمندان متأثر از وضعیت عملکرد فیزیکی، خودمراقبتی، افسردگی و اضطراب، عملکرد اجتماعی-شناختی و رضایت از زندگی آن‌هاست، نقص در هر یک از ابعاد ذکرشده ممکن است در وضعیت کلی کیفیت

واحدهای پژوهش بررسی و برای ارتقای سطح سلامت بیماران راهکارهای افزایش میزان کیفیت زندگی در نظر گرفته شود.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی سبزوار است با کد اخلاق IR.MEDSAB.REC.1395.79. از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار و خراسان شمالی، مسئولان محترم بیمارستان امام رضا (ع) و پرسنل محترم واحد مدارک پزشکی آن بیمارستان و بیماران عزیزی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند صمیمانه تشکر و قدردانی می‌کنیم.

زندگی سالمندان تأثیر داشته باشد، به طوری که نتایج پژوهش حاضر نیز بیانگر این موضوع است. بدیهی است که تعمیم نتایج پژوهش حاضر به علت محدودبودن نمونه‌ها و بالابودن سن آزمودنی‌ها و کم‌حوصله بودن آن‌ها هنگام تکمیل پرسشنامه باید با احتیاط صورت پذیرد.

نتیجه گیری

در این مطالعه آثار برنامه خودمدیریتی مبتنی بر مدل ۵آ بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به بیماری سندرم حاد کرونری در فاصله زمانی دو ماهه ارزیابی شد. نتایج بیانگر این است که آموزش این برنامه بر کیفیت زندگی شرکت‌کنندگان تأثیر معنادار آماری نداشت. با توجه به نتایج پژوهش ضروری به نظر می‌رسد دلایل نامطلوب بودن نتایج میزان کیفیت زندگی

References

- [1] Statistical Center of Iran, General Population and Housing Census. 2014 [cited 7/10/2014]; Available from: <http://www.amar.org.ir/Default.aspx?tabid=133>.
- [2] Longo and others. Harrison Principles of Internal Medicine / cardiovascular diseases. Translate Hamid Reza Goudarzi Nejad, Masud Khodaii, Sarah Razaghi. Tehran: arjmand; 2012.
- [3] Tavakoli-Ghochani H, Armat M. Successful aging, Mashhad: Mashhad University of Medical Sciences Publication. 2003. [In Persian]
- [4] Karimi M. The effect of age on heart disease. 2017. Available at: URL: <http://drmehdikarimi.com/>. Accessed Apr 2, 2017.
- [5] Conger SA, Moore KD. Chronic illness and Quality of life: the social workers role. TSAO Foundation. 2002; 10
- [6] Coats AJ. Quality of life and choice in an ageing society. Int J Cardiol. 2001 Mar; 78(1): 1-3.
- [7] Lam CL, Leuder K. The impact of chronic disease on the Health related quality of life (HRQoL). Family Practice. 2000; 17(2): 159-66.
- [8] Canbaz S, Sunter AT, Dabak S, Peksen Y. The prevalence of chronic disease and quality of life in elderly people in Samsun. Turk J Med Sci. 2003 Oct; 33(5): 335-40
- [9] Tofighian T, Rad M, Taghizadeh A, Rakhshani MH. Prevalence of cardiac arrhythmia disorders in patients with myocardial infarction admitted to CCU ward in the Vasei Hospital of Sabzevar. Jundishapur Journal of Chronic Disease Care. 2012; 1(2): 38-44.
- [10] Rittger H, Hochadel M, Behrens S, et al. Age-related differences in diagnosis, treatment and outcome of acute coronary syndromes: results from the German ALKK registry. EuroIntervention. 2012; 7(10): 1197-1205.
- [11] Tofighian T, Rad M, Heydari A. Comparison of signs and symptoms Presentation in mens and womens with myocardial infarction in mashhad hospitals. Medical-Surgical Nursing Journal. 2012; 1(1):2 6-30.
- [12] Seyam S, Hidarnia A, Tavafian S. Self-care education through coping style for patients after heart surgery. J Isfahan Med Sci. 2011; 29(135): 433-444
- [13] Tan T, Brett S, Stokes T. Rehabilitation after critical illness: summary of NICE guidance. BMJ, 2009; 338
- [14] Phipps WJ, Cassmeyer VL. Medical-surgical nursing. 6th ed. Mosby, Incorporated; 1999.
- [15] Cuthbertson B, Scott J, Strachan M, Kilonzo M, Vale L. Quality of life before and after intensive care. Anaesthesia. 2005; 60(4): 332-339
- [16] Norouzzadeh R, Heidari MR. Predicting the risk of acute coronary syndrome in the elderly based on reported symptoms. Journal of Kashan University of Medical Sciences January. 2013; 16(6): 553-559. [in Persian]
- [17] Adler J, Malone D. Early mobilization in the intensive care unit: a systematic review. Cardiopulmonary Physical Therapy Journal. 2013; 23(1): 5.
- [18] Volk B, Grassi F. Treatment of the post-ICU patient in an outpatient setting. American Family Physician. 2009; 79(6): 459.
- [19] Kato N, Kinugawa K, Iti N, Yao A, Kazuma K. Factors associated with self-care behavior of heart failure patients assessed with the european heart failure self-care behavior scale Japanese version. J Card Fail. 2007; 13(6): 76.
- [20] Naderipour A, Ashtryan H, Miri J, Hashemian A, heidarpour B, Saeidi M. The effect Education of chronic disease self-management program on efficacy in patients under medicin coronary artery bypass graft surgery. Journal of Clinical Investigation in Kermanshah Medical Sciences. 2014; 3(4): 271-277. [in Persian]
- [21] Baljany A, Rahimi ZH, Heidari SH, Azimpour A. The effect of self-management program in Medication Adherence and lifestyle in cardiovascular patients. Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery. 2012; 20(3). [in Persian]
- [22] Witham MD, Crighton LJ, Mc Murdo ME. Using an individualized quality of life measure in older heart failure patient. Int J Cardiol. 2006 Jun; 24.
- [23] Lissolo S, Cavallo E, Ronchetto F. The problem of the chronic recurrent pain among older inpatient. Minerva Med. 2006 Apr; 97(2): 205-215.
- [24] Apolone G, Mosconi P. Review of the concept of quality of life assessment and discussion of the present trend in clinical research. Nephrol Dial Transplant. 1998; 13 Suppl: 65-9.
- [25] Andrews GA. Promoting health and functioning in an aging population. British Medical Journal. 2001; 322: 728-729.
- [26] Bailey C. Designing a life of wellness: evaluation of the demonstration program of the wilder Humboldt campus. Wilder Research Center. 2003.
- [27] Rezai Loye H, Dalvandi A, Hosseini M, Rahgozar N. The effect of self-care education on quality of life in patients with heart failure. Journal of Rehabilitation Medicine. 2009; 10(2): 22-6. [in Persian]
- [28] Aminian Z, Mohammad Zadeh SH, Eslami M, Fesharaki M. The effect of education how to cope with stress on quality of life in patients with acute coronary syndrome in selected hospitals of Tehran University of Medical Sciences in 2013. Journal of Medical Sciences, Islamic Azad University. 2014; 24(3): 168-174. [in Persian]
- [29] Mirbagher Ajorpaz N, Kafaei Atrian M. The effect of self-care education on quality of life in unstable angina patients in Kashan Shahid Behashti Hospital. 2011; 11(1): 1-

- 7.
- [30] Agren S, Evangelista A, Hjelm C, StRomberg A. Dyads affected by chronic heart failure: A randomized study evaluating effects of education and psychosocial support to patients with heart failure and their partners. *J Card Fail.* 2012; 18(5): 359-66.
- [31] Bagheri I, Memarian R, Hajizadeh E, Pakcheshm B. The effect of sex education on patients and their spouses satisfaction after myocardial infarction. *Hakim Jorjani J.* 2015; 2(1): 40-46.
- [32] Nourdini A, Jouybari L, Sanagoo A, Kavosi A. Public health, life satisfaction and quality of life of elderly patients with coronary artery disease admitted to hospitals in Gonbad-e Qabus. *Nursing Development in Health.* 2015; 7(1): 32-40
- [33] Mirzaei N, Mohammadi Shahboulaghi F, Nourozi K, Biglarian A, Hosseiny GH. Effect of self - management program on knee pain among older adult with osteoarthritis referred to orthopedic. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing.* 2015; 1(4): 1-10
- [34] Kafami F, Mohammadi F, Norouzi K, Rahgozar M. The effect of self-management program on the health status of multiple sclerosis patients. *Journal of Research Development in Nursing & Midwifery.* 2012; 9(1): 24-33
- [35] Salimi A. The effect self-management education on quality of life in patients with diabetes mellitus type 2. Master Thesis Medical-Surgical Nursing. Tehran: School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, 2015.
- [36] Karimi M. The effect of self-management program on self-management stastus and general health of hemodialysis patiemnts. Master Thesis Medical-Surgical Nursing Education. Iran: University of Welfare and Rehabilitation, 2010.

The effect of model-based self-management program 5A on quality of life of elderly patients with acute coronary syndrome

Zahra Javanvash¹, Maryam Mojdekanlu², Seddiqeh Rastaqhi³, Mostafa rad*⁴

- i. Master of Science Student in Nursing, Nursing Department, School of Nursing and Midwifery, Iranian Research Center on Healthy Aging, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran
2. Assistant Professor in Cardiology, Imam Reza Hospital, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnord, Iran
3. Master of Statistics .Department of Biostatistics, School of public health, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran
4. Nursing Department, School of Nursing and Midwifery, Iranian Research Center on Healthy Aging, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran

Abstract

Background: Improving the quality of life in heart patients is the main objective of health improvement programs. Self-management education programs are the most important ways to improve and improving health. The aim of this study was to evaluate the effect of self-management 5A on the quality of life of elderly patients with acute coronary syndrom.

Materials and Methods: This clinical trial, two groups that 54 elderly patients with acute coronary syndrome patients admitted patients in the cardiology ward and CCU Imam Reza Hospital in Bojnourd for available selected. The method of permutation blocks into two groups (27 patients) and control (27), respectively. The intervention group self-management programs was based 5A. The control group received routine hospital. The instrument used in this study is lipad quality of life questionnaire. In the first and two months after the study was completed in two groups. Data using SPSS 20 software and Chi-square and Wilcoxon tests were analyzed with repeated measures analysis ($P= 0.78$).

Results: The findings showed that the most of patients were female, married and uneducated. The mean age of patients was 66.18 ± 4.68 years. The mean scores in all aspects of quality of life was higher in the intervention group after completion of the study. But, statistically significant difference was not observed.

Conclusion: This study demonstrated that self-management program 5A model on quality of life of elderly patients with acute coronary syndrome in the study period has no effectiveness.

Received:2017/07/17
Accepted:2017/09/08

Keyword: acute coronary syndrome, elderly, quality of life, 5A self-management.