

بررسی تأثیر آموزش خود مراقبتی بر خودکارآمدی بیماران بستری مبتلا به انفارکتوس میوکارد در مرکز آموزشی درمانی سیدالشهدا ارومیه سال ۱۳۹۶

نادر آقاخانی^۱، فریبا گل محمدی^{۲*}، کمال خادم وطن^۳، وحید علی نژاد^۴

تاریخ دریافت ۱۳۹۷/۰۱/۲۱ تاریخ پذیرش ۱۳۹۷/۰۴/۳۱

چکیده

پیش زمینه و هدف: شیوع بیماری انفارکتوس در کشورهای جهان از جمله در ایران، در حال افزایش و بار اقتصادی و عواقب ناشی از آن نیز قابل توجه است. مشخص شده که علاوه بر روش های درمانی رایج، مواردی چون آموزش به بیمار می تواند در بهبود حال بیماران مؤثر باشد. بر این اساس، از پرستاران به عنوان اعضای مهم و تأثیرگذار تیم درمانی انتظار می رود با استفاده از روش های مختلف از جمله آموزش به بیمار به ارتقای خود کارآمدی در بیماران بپردازند. این مطالعه باهدف بررسی تأثیر آموزش خود مراقبتی بر خودکارآمدی بیماران بستری مبتلا به انفارکتوس میوکارد در مرکز آموزشی درمانی سیدالشهدا ارومیه سال ۱۳۹۶ موردنظر قرار گرفت تا بر اساس نتایج حاصل از مطالعه بتوان در کاهش مشکلات ناشی از این بیماری مرگ بار و پرهزینه اقدام نمود.

مواد و روش کار: جامعه آماری پژوهش شبه تجربی حاضر را ۷۰ نفر از بیماران زن و مرد مبتلا به انفارکتوس میوکارد در سنین زیر ۷۵ سال تشکیل می دادند. از این تعداد ۳۵ نفر به صورت نمونه گیری در دسترس از جامعه موردنظر انتخاب شدند و به صورت تخصیص تصادفی در گروه مداخله و ۳۵ نفر بعدی نیز به همین صورت در گروه کنترل قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه مربوط به خصوصیات دموگرافیکی و پرسشنامه خودکارآمدی بیماران مزمن بود. **یافته ها:** نتایج نشان داد که میانگین نمرات خودکارآمدی بین دو گروه مداخله و کنترل بعد از آموزش برنامه خودمراقبتی در بیماران متفاوت است ($p \leq 0/001$). همچنین مشخص شد که میانگین نمرات خودکارآمدی درون گروه مداخله قبل و بعد از آموزش برنامه خودمراقبتی در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد بستری در مرکز آموزشی درمانی سیدالشهدای ارومیه در سال ۱۳۹۶ متفاوت است ($p \leq 0/001$). به طوری که میانگین خودکارآمدی بعد از آموزش نسبت به قبل از آموزش خودمراقبتی به طور قابل توجهی ارتقاء پیدا کرده است.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به افزایش میزان خودکارآمدی بعد از آموزش خودمراقبتی در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد به نظر می رسد بهتر است آموزش های مناسب در مورد رفتارهای مراقبت از خود و اهمیت تداوم انجام این مراقبت ها ارائه گردد.

کلیدواژه ها: خودمراقبتی، آموزش، خودکارآمدی، انفارکتوس میوکارد

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره شانزدهم، شماره ششم، پی در پی ۱۰۷، شهریور ۱۳۹۷، ص ۴۲۲-۴۱۲

آدرس مکاتبه: کیلومتر ۱۱ جاده نازلو - پردیس دانشگاه علوم پزشکی - دانشکده پرستاری و مامایی، گروه پرستاری، تلفن: ۰۹۱۴۱۰۰۷۲۴۹

Email: golmohamadifariba@gmail.com

مقدمه

رایج، مواردی چون آموزش به بیمار می تواند در بهبود حال بیماران مؤثر باشد و بر این اساس، از پرستاران به عنوان اعضای مهم و تأثیرگذار تیم درمانی انتظار می رود با استفاده از روش های مختلف از جمله آموزش به بیمار به ارتقای خود کارآمدی در بیماران بپردازند. بیماری های ایسکمیک قلبی، با افزایش شیوع و میزان مرگ و میر ناشی از آن، به صورت یکی از موضوع های مهم در حیطه بهداشت و

بیماری عروق کرونر مهم ترین اختلال قلبی - عروقی و عارضه ی سلامتی مهمی در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته است. شیوع این بیماری در کشورهای در حال توسعه از جمله در ایران، در حال افزایش و بار ناشی از بیمارهای قلبی عروقی و عواقب ناشی از آن نیز قابل توجه است. مشخص شده که علاوه بر روش های درمانی

^۱ استادیار، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت های ویژه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ دانشیار، متخصص قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۴ دانشجوی دکتری آمار زیستی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

درمان درآمده است (۱). بیماری‌های عروق کرونر مهم‌ترین اختلال قلبی - عروقی و عارضه‌ی سلامتی مهمی در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته است. در شروع قرن بیستم، این بیماری کم‌تر از ۱۰ درصد کل مرگ‌ومیر جهان را شامل می‌شد، این در حالی است که در سال‌های اخیر بیماری‌های قلبی نزدیک به نیمی از کل مرگ‌ومیر کشورهای پیشرفته و حدود ۲۵ درصد مرگ‌ومیر کشورهای در حال توسعه را شامل می‌شود (۲). طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، سالانه حدود ۱/۷ میلیون مرگ ناشی از بیماری‌های عروق کرونر رخ می‌دهد و پیش‌بینی می‌شود که در سال ۲۰۲۰ این میزان به ۱۱/۱ میلیون مورد افزایش یابد (۳). و همچنین تا سال ۲۰۲۰ بیماری‌های قلبی - عروقی اولین علت ناتوانی، در فهرست حال گسترش است به طوری که در سال ۱۳۸۸ با ۲۵/۶ درصد مهم‌ترین علت مرگ‌ومیر بوده است (۵) میزان مرگ‌ومیر سالیانه به علت این بیماری‌ها در جمعیت بالای ۴۰ سال کشور، ۱۴ در هزار نفر، تعداد تخت‌های لازم در بخش‌های مراقبت ویژه قلبی ۱۴۲۸۰ تخت و تعداد تخت‌های لازم برای مراقبت بعد از اعمال جراحی ۸۲۴۰ تخت برآورد شده است (۱). همچنین برآوردها نشان می‌دهد که بار بیماری در یک سال به علت بیمارهای قلبی - عروقی در کشور بالغ بر ۱/۵ میلیون سال است، یعنی در مجموع ۱/۵ میلیون سال (۱۰/۴ درصد از کل) از سال‌های زندگی در کشور به علت مرگ‌ومیر و ناتوانی حاصل از بیماری‌های قلبی-عروقی از دست می‌رود. بنابراین نتیجه‌گیری می‌شود که بیماری‌های قلبی - عروقی اولین علت مرگ در کشور را با ۴۵ درصد مرگ‌ها و ۲۶ درصد سال‌های ازدست‌رفته عمر و ۱۰/۴ درصد بار بیماری به خود اختصاص می‌دهند (۶). از نظر اقتصادی سالیانه هزینه‌های زیادی صرف درمان، پیشگیری و بازتوانی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر می‌شود (۳). انفارکتوس حاد میوکارد یکی از شایع‌ترین فرم‌های بیماری ایسکمی قلبی می‌باشد. از آنجایی که این بیماری افراد را در سال‌هایی از زندگی درگیر می‌کند که مولد هستند، می‌تواند اثرات مخرب روانی - اجتماعی و اقتصادی شدیدی ایجاد کند (۷). از طرفی در میان بیماری‌های ایسکمیک قلبی انفارکتوس میوکارد خطرناک‌ترین حالت است زیرا مرگ‌ومیر آن بسیار بالا می‌باشد (۸). شیوع این بیماری‌ها در کشورهای در حال توسعه از جمله ایران، در حال افزایش و بار ناشی از بیمارهای قلبی عروقی و عواقب ناشی از آن قابل توجه است (۹). یکی از نگرانی‌ها و دغدغه‌های بیماران مبتلا، سرانجام این بیماری یعنی نارسایی قلبی یا مرگ است. مهم‌ترین علت مرگ‌ومیر در ایران و دنیا را انفارکتوس میوکارد

گزارش کرده‌اند (۱۰). میزان مرگ‌ومیر استاندارد شده برحسب سن بیش از ۴۰۰ در صد هزار نفر است و این میزان در ایران در سال ۲۰۱۵ نسبت به سال ۲۰۰۶ حدود ۱۶۷ درصد افزایش داشته است (۱۱) همچنین در حال حاضر بیماری‌های عروق کرونر، اولین علت مرگ‌ومیر در افراد بالای ۳۵ سال می‌باشد (۱۲).

با توجه به شیوع مرگ‌ومیر و پیامدهای ناشی از بیماری، نیاز بیمار به دریافت مراقبت و توانایی برای خود مراقبتی بسیار بارز می‌باشد، زیرا یادگیری رفتارهای خودمراقبتی می‌تواند فرد را به سمت حفظ سلامتی و خوب بودن سوق دهد و سازگاری فرد را با بیماری و توان مراقبت از خود را در فرد افزایش دهد (۱۳). موضوع خود مراقبتی^۱ به‌عنوان یکی از مهم‌ترین رویکردهای مناسب جهت کاهش هزینه‌های درمان و مراقبت از بیماران به‌خصوص افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن است و سیاست‌گذاران سلامت تأکید زیادی بر گسترش و ارتقای مهارت‌های خودمراقبتی دارند. خودمراقبتی از مهم‌ترین اشکال مراقبت اولیه است و تقریباً ۶۵ تا ۸۵ درصد از فعالیت‌های مراقبتی توسط خود فرد یا اعضای خانواده و بدون کمک پزشک انجام می‌گیرد (۱۴). تبعیت از رفتارهای خود مراقبتی در مبتلایان به بیماری‌های مزمن از اهمیت به‌سزایی برخوردار است و بیماران می‌توانند با کسب مهارت‌های مراقبت از خود، بر آسایش، توانایی‌های عملکردی و فرایندهای بیماری خود تأثیرگذار باشند (۱۳). خودمراقبتی، به‌عنوان یک استراتژی برای تطابق با رویدادها و تنش‌های زندگی تعریف می‌شود که باعث افزایش روند و عدم وابستگی می‌گردد و مشتمل بر فعالیت‌های ویژه‌ای است که به‌وسیله آن، علائم بیماری تخفیف می‌یابد و سلامت بیماران مبتلا به نارسایی قلبی را حفظ و ارتقا می‌دهد. با انجام اقدامات پیشگیری و رفتارهای خودمراقبتی مناسب، می‌توان از پیشرفت این بیماری تا حدودی جلوگیری نمود (۱۵). فعالیت‌های خود مراقبتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی شامل متعهد کردن بیمار به پذیرفتن مسئولیت و تنظیم فعالیت‌های مرتبط با سلامتی خود از قبیل چگونگی مصرف مایعات، رژیم غذایی و دارویی و انجام اقدامات درمانی هنگام تشدید علائم بیماری است (۱۶) و مشخص شده که مراقبت‌های مبتنی بر خودمراقبتی، نتایج مثبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در پی دارد و باعث کاهش بستری مجدد بیمارستانی می‌شود؛ بدین منظور، آموزش به بیمار و خانواده او، بهترین رویکرد درمانی بوده و آموزش به بیمار، قسمتی از طرح جامع مراقبت از بیماران است (۱۷) متأسفانه آموزش بیمار در مقایسه‌ی با دیگر اعمال کلینیکی، کم‌اهمیت‌تر شمرده می‌شود و مداخلات آموزشی انجام شده برای بیماران در بیشتر موارد بدون برنامه‌ریزی و اتفاقی می‌باشد (۱۸)

^۱ Self-care

اثر بخش ساماندهی می‌شود. داشتن دانش، مهارت‌ها و دستاوردهای قبلی افراد پیش‌بینی کننده‌های مناسبی برای عملکرد آینده افراد نیستند، بلکه باور انسان درباره توانایی‌های خود در انجام آن‌ها بر چگونگی عملکرد خویش مؤثر است. بین داشتن مهارت‌های مختلف با توان ترکیب آن‌ها به روش‌های مناسب برای انجام وظایف در شرایط گوناگون، تفاوت آشکار وجود دارد (۲۹).

برخی مطالعات، خودکارآمدی را به‌عنوان یک عامل مؤثر در بهبود مراقبت از خود و تعدیل‌کننده خطر بیماری عروق کرونر مورد بررسی قرار داده‌اند (۳۰).

بیمارانی که به توانایی‌های خود جهت کنترل وضعیت قلبی اعتقاد دارند با احتمال بیشتری برنامه‌های فعالیت جسمانی و رژیم غذایی را دنبال می‌کنند (۳۱) که در نتیجه به تعدیل رفتارهای پرخطر آنان کمک نموده و حتی می‌تواند موجب به تعویق افتادن عمل جراحی پیوند عروق کرونر شود (۳۲).

با توجه به اینکه از پرستاران انتظار می‌رود از روش‌های مختلف از جمله آموزش به بیمار به ارتقای خود کارآمدی در بیماران بپردازند و اینکه انفارکتوس میوکارد یکی از بیماری‌هایی است که سهم عمده مراقبت بعد آن به رعایت آموزش‌های دریافتی توسط بیمار وابسته است، توجه به چگونگی آموزش و به‌کارگیری روش‌های مؤثر برای این‌گونه بیماران در زمینه مراقبت از خود ضروری به نظر می‌رسد. در همین راستا این مطالعه به‌منظور به‌کارگیری رفتارهای خود مراقبتی بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد در مرکز آموزشی درمانی سیدالشهدای ارومیه در سال ۱۳۹۶ انجام شده است.

مواد و روش کار

با توجه به موضوع و ماهیت آن، روش تحقیق این مطالعه برحسب هدف، کاربردی و طرح آن از نوع تجربی و روش آن بر اساس نحوه گردآوری داده‌ها، توصیفی و از نوع پس رویدادی است. جامعه آماری در این بررسی عبارت است از کلیه بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد ساکن شهر ارومیه که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند و هرکدام بنا به دلایلی به مرکز درمانی قلب سیدالشهدای ارومیه مراجعه کرده‌اند. جهت برآورد نمونه آماری پژوهش حاضر، اطلاعات اولیه به‌منظور محاسبه اندازه اثر برای نمره خودکارآمدی کل از مطالعه نجفی و همکاران (۳۳) به دست آمد؛ با در نظر گرفتن اطمینان ۹۵٪، توان آزمون ۸۰٪ و با در نظر گرفتن معیارهای (۶۶/۵۸=μ_۱، ۵۱/۷۵=۰μ، ۳۵۵/۱۲=sd) با استفاده از فرمول حداقل حجم نمونه در هر گروه، ۳۱ مورد برآورد شد. با احتساب ۱۵٪ ریزش، حجم نمونه به ۳۵ مورد در هر گروه افزایش

تدارک برنامه‌ی آموزشی متناسب با نیازها، تجارب و علایق بیماران هنوز به‌عنوان یک چالش بزرگ برای کارکنان مراقبت‌های بهداشتی -درمانی شناخته می‌شود (۱۹). در مطالعه‌ای که در ایران با هدف تعیین نیازهای آموزشی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد انجام شد؛ نشان داد که بیشترین اولویت به دانستن کنترل علائم بیماری ۶۷/۴ داده شده بود، سپس به ترتیب اطلاعات دارویی، عوامل سبک زندگی، آناتومی و فیزیولوژی را رتبه‌بندی نموده بودند. کم‌ترین اهمیت به فعالیت فیزیکی داده شده بود (۲۰).

مطالعاتی دیگر در ایران با هدف تعیین نیازهای آموزشی در بیماران مبتلا به نارسایی قلب نشان داد که بیماران به میزان ۸۵ درصد در زمینه شناخت ماهیت بیماری، ۹۲/۵ درصد زمینه رژیم غذایی، ۹۵ درصد در رابطه با رژیم دارویی، ۸۲/۵ درصد در رابطه با استراحت و فعالیت جنسی و ۸۵ درصد در زمینه پی‌گیری درمان نیاز به آموزش داشتند و هیچ‌یک از آنان در مورد کنترل صحیح نبض آگاهی نداشتند (۲۱). از این‌رو باید شرایطی را فراهم کرد تا این بیماران بتوانند از خودشان مراقبت نمایند چراکه بر اساس نتایج مطالعه‌ای با اجرای یک طرح خودمراقبتی، زمان متوسط تا بستری مجدد طولانی‌تر شده، میزان بقای یک‌ساله افزایش یافته، هزینه‌های درمانی کاهش یافته و در نهایت کیفیت زندگی آن‌ها ارتقا یافته بود (۲۲) لذا به نظر می‌رسد که آموزش مراقبت از خود به‌طور قابل‌توجهی باعث افزایش رضایت‌مندی، تداوم مراقبت، ایجاد استقلال در انجام کارهای روزانه، کاهش تنش و در نهایت کاهش ناتوانی بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی می‌شود (۲۳). اصل مهم در خودمراقبتی، مشارکت و قبول مسئولیت از طرف بیمار است تا با انجام صحیح رفتارهای مربوط به آن، بسیاری از عوارض بیماری کنترل شود (۲۴). خودکارآمدی به معنای توانایی فرد برای ایجاد یک اثر یا نتیجه مطلوب بوده و به‌صورت درک یا قضاوت فرد در مورد توانایی انجام یک عمل خاص به‌طور موفقیت‌آمیز با کنترل عوامل پیرامون خود تعریف می‌شود و توانمندسازی، راهکار عملی جهت ایجاد این توانایی در افراد محسوب می‌شود (۲۵) بر اساس نظریه بندورا خودکارآمدی شامل اعتماد و اطمینان فرد به توانایی در انجام کارهای خودمراقبتی به‌طور مطلوب است به‌طوری‌که فرد از این طریق به نتایج مناسب دست یابد (۲۶).

افراد با خودکارآمدی بالاتر موانع کم‌تری بر سر راه خودمراقبتی احساس می‌کنند و لذا فعالیت‌های خودمراقبتی بیشتری هم دارند (۲۷). افراد دارای سطح بالای خودکارآمدی، معمولاً وظایف سخت را به‌عنوان چالش‌هایی برای تسلط یافتن بر شرایط پیش‌آمده می‌شناسند و از آن اجتناب نمی‌کنند (۲۸) خود کارآمدی، توان سازنده‌ای است که بدان وسیله، مهارت‌های شناختی، اجتماعی، عاطفی و رفتاری انسان برای تحقق اهداف مختلف، به‌گونه‌ای

پیدا کرده است و با روش نمونه‌گیری در دسترس نمونه‌ها انتخاب شده‌اند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه مربوط به برخی اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه خودکارآمدی بیماری‌های مزمن بود که پرسشنامه مربوط به مشخصات دموگرافیک حاوی ۱۴ سؤال است که اطلاعاتی در رابطه با سن، جنسیت، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، سطح تحصیلات، وجود فرد تحصیل کرده با مدرک دانشگاهی در خانواده، نحوه زندگی، میزان تقریبی درآمد ماهیانه، وجود مشکلاتی حاد و سؤالاتی نظیر وزن، قد، BMI، نوع انفارکتوس میوکارد و عوامل خطر و عادات رفتاری می‌باشد و پرسشنامه دوم شامل پرسشنامه خودکارآمدی بیماری‌های مزمن که حاوی ۳۳ سؤال است که خودکارآمدی بیماران را در ۱۰ حیطه موردبررسی قرار می‌دهد. ۳ سؤال اول مربوط به ورزش منظم، سؤال ۴ مربوط به اطلاعات در زمینه بیماری، سؤال ۵ تا ۸ مربوط به کمک از اجتماع، خانواده و دوستان، سؤال ۹ تا ۱۱ مربوط به ارتباط با پزشک، سؤالات ۱۲ تا ۱۶ مربوط به اداره کردن بیماری، سؤالات ۱۷ تا ۱۹ مربوط به انجام فعالیت‌های معمول، سؤالات ۲۰ تا ۲۱ مربوط به فعالیت‌های اجتماعی و تفریحی، سؤالات ۲۲ تا ۲۶ مربوط به حیطه اداره کردن علائم، سؤال ۲۷ مربوط به حیطه اداره کردن تنگی نفس و سؤال ۶ سؤال آخر مربوط به حیطه کنترل و اداره افسردگی می‌باشد. پاسخ هر گویه بر روی یک طیف لیکرت ۱۰ گزینه‌ای می‌باشد که برای نمره‌گذاری گزینه "من مطمئن نیستم" امتیاز = یک تا گزینه برای "کاملاً مطمئنم" امتیاز = ده تعلق می‌گیرد و نمره بیشتر نشانگر خودکارآمدی بالاتر در نظر گرفته شده است. که با جمع نمره‌های سؤال‌های مربوط به هر شیوه و تقسیم آن بر تعداد سؤالات نمره مجزا به دست می‌آید.

روایی ابزار این تحقیق در مطالعه اکبری و همکاران (۱۳۹۳) مورد تأیید ۱۰ نفر از استادان دانشکده پرستاری و مامایی بیرجند قرار گرفته است همچنین در این مطالعه به منظور اندازه‌گیری قابلیت اعتماد ابزار، از روش آلفای کرونباخ استفاده شده است که مقدار آن برابر با ۰/۹۹۶ برآورد شد که نشانگر پایایی قابل قبول پرسشنامه‌ی مذکور می‌باشد.

روش اجرا در این پژوهش بدین صورت بود که پژوهشگر پس از اخذ مجوز از کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ارومیه به مرکز آموزشی و درمانی سیدالشهدای ارومیه که بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد در آنجا بستری هستند، مراجعه نموده و تعداد ۷۰ نمونه از بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد از طریق روش در دسترس را انتخاب و وارد مطالعه کرده است. نمونه‌گیری با استفاده از روش در دسترس از میان بیماران بستری دارای معیارهای ورود به مطالعه توسط محقق انجام شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل سن کمتر از ۷۵ سال، داشتن حداقل سواد در مقطع ابتدایی، تشخیص انفارکتوس میوکارد ۶-۳ ماه قبل، عدم انجام عمل جراحی قلب، عدم وجود بیماری محدود کننده حرکات، نارسایی قلب یا آریتمی و بیماری که باعث اختلال مراقبت از خود شود و آموزش پذیری را تحت تأثیر قرار دهد، خواهد بود. 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) می‌باشد.

این مطالعه یک مطالعه کارآزمایی بالینی تجربی از نوع کاربردی بود. بعد از بستری بیمار در بخش‌های بستری بیمارستان سیدالشهدا، محقق بیماران را شناسایی نموده و با در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج، بر اساس تخصیص تصادفی بیماران را در گروه کنترل یا مداخله قرار داد. سپس محقق بعد از معرفی خود به بیمار و توضیح فرایند کار، مزایای اجرای طرح را توضیح داده و از بیمار رضایت‌نامه کتبی آگاهانه اخذ نمود. بعد از اخذ رضایت‌نامه کتبی آگاهانه محقق در هر دو گروه کنترل و مداخله ۲۴ ساعت بعد از بستری در بیمارستان و ثابت بودن وضعیت بیمار پیش‌آزمون بر اساس فرم دموگرافیک و پرسشنامه خودکارآمدی بیماران مزمن انجام داد. سپس بیماران در گروه کنترل مراقبت‌های روتین بخش را دریافت نمودند و در گروه آزمون شروع به انجام مداخله نمود. به این گونه که با هر بیمار در گروه مداخله ۳ جلسه اختصاصی ۳۰ دقیقه‌ای در سه فاصله زمانی، ۲۴ ساعت بعد از بستری در صورت ثابت بودن وضعیت بیمار و ۷۲ ساعت بعد از بستری و قبل از ترخیص از بیمارستان برگزار گردید. جلسه ابتدایی با محوریت معارفه، ایجاد ارتباط با بیمار و ایجاد یک جو اطمینان بخش و بازگویی هدف از مطالعه و روند اجرای جلسات، بود. بسته آموزشی به صورت کتابچه ارائه شد و یک مبحث از موارد آموزشی که برای جلسه اول برنامه‌ریزی شده است آموزش داده شد و زمان تشکیل جلسات بعدی با بیمار هماهنگ شد. طی جلسه اول پس از تکمیل پرسشنامه‌ها مطالبی در مورد فیزیولوژی و آناتومی قلب، تعریف انفارکتوس میوکارد، علائم بیماری، عوامل تشدید کننده و تسکین دهنده این علائم آموزش داده شد. جلسه دوم با موضوع مرور موارد آموزش داده شده در جلسه قبل و پاسخ گویی به سؤالات بیمار و یک مبحث از موارد آموزشی که برای جلسه دوم برنامه‌ریزی شده است، آموزش داده شد. در این جلسه در مورد رژیم غذایی و اصول مصرف داروها و مراقبت لازم و عوارض مصرف داروها، اهمیت ورزش، عدم استعمال دخانیات، کنترل استرس، رعایت مسائل جنسی و لزوم پیگیری آموزش‌های داده شده مطرح شد.

قبل انجام مداخله و دوماه بعد از ترخیص در هر دو گروه آزمون و کنترل انجام شد.

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی این پژوهش با کد IR.UMSU.REC.1396.32 در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ارومیه مورد تأیید قرار گرفت. داده‌ها با دقت و صحت کامل جمع‌آوری شدند. به پاسخگویان اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه خواهد ماند.

بعد از اتمام کار پژوهش و تجزیه و تحلیل داده‌ها و نتیجه‌گیری، نتایج حاصل از پژوهش در اختیار هردو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شد و کتابچه آموزش تحویل بیماران گروه کنترل داده شد و از آن‌ها خواسته شد با توجه به نتایج پژوهش استفاده از این کتابچه می‌تواند برای آن‌ها مفید باشد و همچنین خانواده آن‌ها نیز با شرایط مذکور تحت آموزش حمایت اجتماعی جهت حمایت از بیمار خود قرار گرفتند و از آن‌ها خواسته شد که در صورت هر گونه سؤال با در اختیار داشتن شماره تلفن پژوهشگر سؤال خود را مطرح نمایند.

جلسه سوم و پایانی همانند جلسات قبل با محوریت آموزش و پاسخ‌گویی به سؤالات بیماران در مورد آموزش‌های مطرح شده و نکات مندرج در کتابچه آموزشی و جمع‌بندی موارد آموزش داده شده و تأکید بر موارد مهم و حیاتی بود.

به این صورت که محقق اطلاعاتی به روش آموزش چهره به چهره و بر اساس محتوای کتابچه آموزشی که ضمیمه این طرح تحقیق است به زبان ساده و قابل فهم توضیح داده شد. این مطالب ذکر شده علاوه بر بیمار برای یکی از افراد با سواد خانواده (سوادخواندن و نوشتن) به صورت شفاهی نیز توضیح داده شد.

در بیماران گروه مداخله بعد از ترخیص از بیمارستان تا دو ماه بعد از تکمیل مجدد پرسشنامه خودکارآمدی بیماران مزمن، پیگیری برحسب درخواست و نیاز بیمار یا خانواده بیمار به صورت حضوری یا تلفنی انجام شد. شماره تلفن پژوهش‌گر جهت سؤالات احتمالی در اختیار بیمار و اعضای خانواده قرار داده شد. قابل ذکر است که دو ماه بعد از ترخیص مجدد پرسشنامه توسط هر دو گروه تکمیل شد. به‌طور کلی تکمیل پرسشنامه در دو نوبت: ۲۴ ساعت بعد از ابتلا به بیماری

جدول (۱): نتایج بررسی توصیفی جمعیت شناختی نمونه

متغیر	طبقات	مداخله	کنترل		
جنسیت	مرد	تعداد ۲۷	تعداد ۲۴	درصد ۶۸/۶	$X^2=۰/۶۵۰$ $DF=۱$ $p=۰/۴۲۰$
	زن	۸	۱۱	۳۱/۴	
	مجرد	۰	۰	۰	
تاهل	متاهل	۳۵	۳۵	۱۰۰	-
	۳۲ تا ۳۹	۲	۵/۷	۰	
	۳۹/۱ تا ۴۶	۴	۱۱/۴	۱۷/۱	$X^2=۷/۰۴$ $DF=۵$ $p=۰/۲۱۷$
تخصصیات	۵۳ تا ۴۶/۱	۶	۱۷/۱	۲۲/۹	
	۶۰ تا ۵۳/۱	۱۰	۲۸/۶	۴۲/۹	
	۶۰/۱ تا ۶۷	۸	۲۲/۹	۱۴/۳	
تخصصیات در خانواده وجود فرد	۶۷/۱ تا ۷۳	۵	۱۴/۳	۲/۹	
	زیر دیپلم	۲۶	۷۴/۳	۱۹	$X^2=۳/۸۸۹$ $DF=۳$ $p=۰/۲۷۴$
	دیپلم	۶	۱۷/۱	۲۸/۶	
تخصصیات در خانواده	فوق دیپلم	۱	۲/۹	۱۱/۴	
	لیسانس و بالاتر	۲	۵/۷	۵/۷	
	بلی	۲۱	۶۰	۷۴/۳	$X^2=۱/۶۱۹$ $DF=۱$ $p=۰/۲۰۳$
	ندارد	۱۴	۴۰	۲۵/۷	

متغیر	طبقات	مداخله	کنترل			
تعداد فرزندان	عدم وجود فرزند	۱	۱/۴	۳	۸/۶	$X^2=۳/۲۴۴$
	۱-۳ فرزند	۲۰	۵۷/۱	۱۳	۳۷/۱	DF=۳
	۴-۵ فرزند	۸	۲۲/۹	۱۱	۳۱/۴	p=۰/۳۵۵
	بیش از ۵ فرزند	۶	۱۷/۱	۸	۲۲/۹	
نحوه زندگی	با خانواده	۲۵	۷۱/۴	۲۷	۷۷/۱	$X^2=۰/۶۱۰$
	با همسر	۵	۱۴/۳	۵	۱۴/۳	DF=۳
	با فرزند	۳	۸/۶	۲	۵/۷	p=۰/۸۹۴
	تنها	۲	۵/۷	۱	۲/۹	
صورت بروز حادثه بیمارستان در دسترسى به نحوه	به راحتی	۲۶	۷۴/۳	۲۸	۸۰	$X^2=۰/۴۸۴$
	با کمی مشکل	۷	۲۰	۶	۱۷/۱	DF=۲
	به سختی	۲	۵/۷	۱	۲/۹	p=۰/۷۸۵
ماهیهانه درآمد	دخل بیش از خرج	۴	۱۱/۴	۷	۲۰	$X^2=۴/۱۳۳$
	دخل برابر خرج	۴	۱۱/۴	۹	۲۵/۷	DF=۲
	دخل کم تر از خرج	۲۷	۷۷/۱	۱۹	۵۴/۳	p=۰/۱۲۷
نوع انفارکتوس میوکارد	قدامی	۸	۲۲/۹	۵	۱۴/۳	$X^2=۵/۷۹۳$
	تحتانی	۱۶	۴۵/۷	۱۰	۲۸/۶	DF=۴
	خلفی	۷	۲۰	۱۲	۳۴/۳	p=۰/۲۱۵
	لنترال یا جانبی	۴	۱۱/۴	۶	۱۷/۱	
عوامل خطر و عادات رفتاری مددجو	بطن راست	۰	۰	۲	۵/۷	$X^2=۰/۰۵۷$
	فشارخون بالا	۱۷	۴۸/۶	۱۶	۴۵/۷	DF=۱
	سیگار	۱۸	۵۱/۴	۱۹	۵۴/۳	p=۰/۸۱۱

درمانگاه در صورت بروز حادثه، درآمد ماهیهانه، نوع انفارکتوس میوکارد و عوامل خطر و عادات رفتاری مددجو در دو گروه کنترل و مداخله هیچ گونه تفاوت معنی داری را نشان نداد.

آزمون آماری کای دو تفاوت آماری معنی داری در مشخصات جنسیت، سن، تحصیلات، وجود فرد تحصیل کرده دانشگاهی در خانواده، تعداد فرزندان، نحوه زندگی، دسترسی به بیمارستان و یا

جدول (۲): نتایج آزمون کوواریانس تفاوت دو گروه کنترل و مداخله در متغیر خودکارآمدی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذور اِتا
خودکارآمدی پیش آزمون	۲۷۹/۰۷۸	۱	۲۷۹/۰۷۸	۵۲۰/۹۴۱	۰/۰۰۰۱	۰/۸۸۶
گروه	۷۳/۲۸۷	۱	۷۳/۲۸۷	۱۳۶/۸۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷۱
میزان خطا	۳۵/۸۹۳	۶۷	۰/۵۳۶			
مجموع	۱۹۹۷/۳۹۵	۷۰				

بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد بستری در مرکز آموزشی درمانی سیدالشهدای ارومیه تفاوت معنی داری مشاهده شده است.

بر اساس یافته‌های جدول شماره ۲، بین میزان خودکارآمدی در دو گروه مداخله و کنترل بعد از آموزش برنامه خودمراقبتی در

بحث و نتیجه گیری

نتایج این فرضیه منطبق با نتایج تحقیقات سیام و همکاران^۱ (۱۳۹۰)، نادریان و همکاران^۲ (۱۳۸۹)، بالجانی و همکاران^۳ (۱۳۹۴) می باشد، زیرا نتایج همگی تحقیقات مذکور حاکی از تأثیر مثبت آموزش های خودمراقبتی بر افزایش خودکارآمدی بیماران بوده است. سیام و همکاران (۱۳۹۰) در تحقیقی با عنوان تأثیر آموزش خودمراقبتی در به کارگیری روش های مقابله در بیماران پس از جراحی قلب نشان داد که استفاده از آموزش های خودمراقبتی در بیماران قلبی پس از جراحی قلب می تواند باعث افزایش استفاده از روش های مقابله مشکل مدار و کاهش استفاده از روش های مقابله ای هیجان مدار در افراد تحت آموزش شود (۳).

بالجانی و همکاران (۱۳۹۱) در مطالعه ای نیمه تجربی تحت عنوان "تأثیر آموزش در ارتقای خودکارآمدی بیماران قلبی عروقی" درمانگاه سرپایی بیمارستان طالقانی ارومیه، میزان خودکارآمدی با استفاده از پرسشنامه قبل آموزش، بعد از آموزش و یک ماه بعد از آموزش را مورد سنجش قرار دادند و نشان دادند که آموزش در ارتقای خودکارآمدی بیماران قلبی عروقی مؤثر است ($P < 0.05$) (۳۴).

دستوم و همکاران (۱۳۹۴) نیز در یک مطالعه کارآزمایی بالینی تأثیر آموزش خودمراقبتی را بر میزان بستری مجدد در ۱۰۰ بیمار دچار نارسایی قلبی بررسی کردند و نشان دادند که میزان بستری مجدد در گروه مداخله ۵۶/۲ درصد کاهش یافته است (۳۵).

مبانی نظری تحقیق نیز بیانگر این نکته مهم است هنگامی که بیماران در رفع مشکلات مربوط به بیماری های خود موفق می شوند خودکارآمدی آنان افزایش می یابد. زیرا افرادی که از نظر خودکارآمدی در سطح بالایی قرار دارند بر این باورند که می توانند به طور مؤثری از عهده کنترل رویدادها و حوادث مهم زندگی خود برآیند، چراکه دارا بودن چنین بینش و عقیده ای به آن ها دیدگاهی متفاوت از کسانی می دهد که از نظر خودکارآمدی ضعیف هستند. مراقبت از خود، پیوند نزدیکی با مفهوم خودکارآمدی دارد فرآیندی است که مستلزم پیشرفت فرد به سمت استقلال و توانایی او برای انجام فعالیت های روزانه تا حد امکان است.

اعتقد بر این است که افراد می توانند از راه ترغیب و تشویق دیگران متقاعد شوند که دارای مهارت ها و قابلیت های لازم برای موفقیت (افزایش خودکارآمدی) می باشند. تشویق کلامی دیگران به فرد کمک می کند که شک و تردید نسبت به توانایی های خود را کنار بگذارد و تمرکز خود را بر تلاش جهت انجام کار مورد نظر معطوف

نماید و آموزش با رویکرد مدون می تواند در ایجاد انگیزه و پرورش این مهارت ها و استعدادها در بیماران تأثیر بسزایی داشته باشد. نتایج تحقیق سیتی و همکاران (۲۰۱۲) نیز حاکی از آن بود که سطح خودکارآمدی بیماران با میزان آموزش دریافت شده ارتباط معنی داری دارد، لذا ارتقاء سطح آگاهی می تواند توانایی بیماران را در مدیریت بیماری افزایش دهد که یکی از اهداف آموزش برنامه خودمراقبتی نیز همین است که به نوبه خود باعث کاهش اشغال تخت بستری، کاهش هزینه برای بیمار و بیمارستان و در نهایت رسیدن به بالاترین سطح سلامت جامعه می باشد.

در خصوص نتیجه فرضیه دو پژوهش مبنی بر "میانگین نمرات خودکارآمدی درون گروه مداخله قبل و بعد از آموزش برنامه خودمراقبتی در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد بستری در مرکز آموزشی درمانی سیدالشهدای ارومیه در سال ۱۳۹۵ متفاوت است." نتایج آزمون آماری تی همبسته نشان داد که میانگین نمرات خودکارآمدی درون گروه مداخله قبل و بعد از آموزش برنامه خودمراقبتی مدون در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد متفاوت است ($P \leq 0.001$)، بطوری که میانگین خودکارآمدی بعد از آموزش نسبت به قبل از آموزش خودمراقبتی ارتقاء پیدا کرده است. این نتیجه بیانگر این مطلب مهم است که با آموزش مراقبت از خود به بیمار، درک و آگاهی وی نسبت به مفهوم کیفیت مراقبت های بهداشتی افزایش می یابد و در نتیجه با ارزش خدمات بهداشتی آشناتر می شود.

نتیجه این پژوهش با نتایج پژوهش های سول و همکاران^۴ (۲۰۱۰)، بالجانی و همکاران (۱۳۹۰)، محمدی نژاد و همکاران (۱۳۹۳) هم خوانی دارد زیرا آن ها در پژوهش های گوناگونی نشان داده اند که میزان خودکارآمدی گروه مداخله در قبل از آموزش و پس از آموزش برنامه خودمراقبتی، تفاوت چشمگیری داشته است ولی با نتیجه پژوهش میری و همکاران (۱۳۹۳) مغایرت دارد. محقق دلیل عدم مغایرت را تفاوت در روش های اجرا و ابزارهای اندازه گیری تحقیق می داند که ممکن است نتایج متفاوت را به دنبال داشته باشد. مهم ترین نکته در خودکارآمدی بیمار، مشارکت او در آماده ساختن خویش برای مراقبت از خود می باشد. اگر به بیماران مزمن آموزش داده شود که مراقبت از خود را به طور مستقل انجام دهند نسبت به اینکه دیگران این مراقبت ها را برایشان انجام دهند، بیشتر باعث پیشرفت بهبودی شان خواهد شد.

امروزه بسیاری از بیماران قلبی پس از مراجعه به درمانگاه ها و کلینیک ها به علت عدم بهبودی مناسب یا تبعات ناشی از آن مثل کاهش اعتماد به نفس در انجام کارهای روزانه و اضطراب و

3. baljani & et al

4. soul & et al

1. seyam & et al

2. naderian & et al

- یافته‌های حاصل از این مطالعه نشان داد که بین دو گروه تفاوت قابل ملاحظه‌ای در میزان رفتارهای خودمراقبتی وجود داشت به همین دلیل آموزش مددجو و خانواده‌ها، برقراری دوره‌های آموزشی برای پرستاران و ارتقای کیفیت ارتباط بین درمانگران و بیماران ضروری به نظر می‌رسد.

- جهت کاهش میزان بستری مجدد بیماران و افزایش بهبودی و سلامتی، طول عمر و کیفیت زندگی آنان، پیشنهاد می‌شود حمایت‌های آموزشی پس از ترخیص در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد ارائه گردد.

- پیشنهاد می‌شود در بیمارستان‌ها، برنامه‌های آموزشی برای بیماران و خانواده آن‌ها تدوین گردد. در مورد استفاده صحیح از داروهای قلبی، مزایای استفاده از این داروها، اطلاع از عوارض جانبی داروهای قلبی و پیشگیری به موقع از بروز عوارض شدید این داروها، رعایت رژیم غذایی ایده آل مخصوص بیماران قلبی و مزایای استفاده از ماهی، میوه و سبزیجات تازه، داشتن فعالیت فیزیکی منظم و مزایای آن، یادگیری شمارش نبض و کنترل آن در حین ورزش و فعالیت، یادگیری دوره‌های ورزش و افزایش تدریجی فعالیت، تقویت آگاهی در مورد عوارض سیگار کشیدن، آموزش داده شود، تا از عود بیماری عروق قلبی و بستری مجدد پیشگیری گردد. نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس بیانگر آنست که بین میزان نمرات خودکارآمدی بیماران در دو گروه کنترل و مداخله بعد از آموزش برنامه خودمراقبتی در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد تفاوت معنی‌داری مشاهده شده است به طوری که نمرات میانگین تعدیل شده میزان خودکارآمدی در بیماران گروه مداخله (۵/۸۷) بالاتر از میزان خودکارآمدی در بیماران گروه کنترل (۳/۸۱) به دست آمده است. به بیانی دیگر آموزش برنامه خودمراقبتی بر افزایش خودکارآمدی در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد بستری در مرکز آموزشی درمانی سیدالشهدا ارومیه تأثیر داشته است.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد مراقبت‌های ویژه با کد A-10-2485-1 می‌باشد. لذا بدین وسیله از زحمات اساتید گرامی، بیماران مشارکت کننده و خانواده‌های آنان، کارکنان بخش‌های مراقبت ویژه و مسئولین بیمارستان سیدالشهدا که ما را در انجام تحقیق و نگارش این مطالعه یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

References:

1. Talebizadeh N, Haghdoost AA, Mirzazadeh A. An epidemiological model (Markov Chain) of

افسردگی، با کاهش شدید کیفیت زندگی مواجه می‌شوند، به طوری که می‌توان گفت دوره بهبودی بیماران قلبی عروقی نیز بدون بهره مندی از مراقبت مستمر تیم درمانی در خانه سپری می‌شود و از طرف دیگر به علت استرس ناراحتی قلبی بحث توانمندسازی بیماران جهت انجام فعالیت‌های روزانه اهمیت زیادی پیدا می‌کند. دانش پرستاری در زمینه بیماری‌های قلبی در طی دهه اخیر بسیار تغییر یافته و تأکید اصلی آن بر خودمراقبتی و توانمندسازی بیماران به عنوان یک راهکار عملی اصلی در ارتقای سلامتی است، از این رو آموزش روش‌های مراقبت از خود می‌تواند در توانمندسازی آنان تأثیر بسزایی داشته باشد، زیرا که توانمندسازی یک استراتژی عملکردی در ارتقاء سلامت محسوب می‌گردد.

این پژوهش بعد از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ارومیه با کد IR.UMSU.REC1396.32 و کسب مجوز از مسئولین مرکز آموزشی _ درمانی سیدالشهدا ارومیه شروع به کار شد. قبل از شروع پژوهش در هر دو گروه کنترل و مداخله رضایت‌نامه کتبی اخذ گردید. اطلاعات دقیق به نمونه‌های گروه مداخله داده شد و بعد از اتمام مداخله، بسته آموزشی به نمونه‌های گروه کنترل نیز داده شد.

از مشکلات حین اجرای طرح می‌توان به عدم همکاری افراد مورد پژوهش اشاره کرد که این مشکل با برقراری ارتباط بیشتر با بیماران و اطمینان به محرمانه بودن و اهمیت و سودمندی آموزش اطلاعات تا حد امکان مفید واقع گردید.

این پژوهش نیز مانند هر پژوهش دیگری با محدودیت‌هایی همراه بود بطوریکه پژوهش حاضر از نظر مکانی صرفاً محدود به بخش خاصی از ایران می‌باشد؛ آشکار است که، میزان خودکارآمدی بیماران قلبی بستری در بیمارستان سیدالشهدا ارومیه نمی‌تواند نماینده کاملی از سطح خودکارآمدی بیماران قلبی در بیمارستان‌های کل کشور باشد؛

با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش، تقویت توان مراقبت از خود در زمینه‌هایی همچون تغذیه صحیح، کنترل بیماری، پیشگیری از عوارض احتمالی و کاهش هزینه‌های بستری و درمان و بهبود کیفیت زندگی افراد، نقش مؤثری دارد. تشکیل دوره‌های آموزش ضمن خدمت و ارائه اطلاعات جامع و دقیق در زمینه انجام رفتارهای مراقبت از خود، می‌تواند در بالین بیمار موجب ارتقا کیفیت مراقبت‌های پرستاری را موجب شود. در راستای یافته‌های حاصله پیشنهادات زیر ارائه می‌گردد:

cardiovascular disease in Iran. Payesh
2009;8(2):163-70. (Persian)

2. Zipes DP, Libby P, Bonow RO, Braunwald E. Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine. 7th Edition. 2004 [cited 2018 Nov 13]; Available from: <https://www.scholars.northwestern.edu/en/publications/heart-disease-a-textbook-of-cardiovascular-medicine-7th-edition-2> 1-2.
3. Seyam S, Hidarnia AR, Tavafian SS. Self-care Education through Coping Style for Patients after Heart Surgery. JIMS 2011;29(135): 435-44. (Persian)
4. Phipps WJ. Medical-surgical nursing: Health and illness perspectives: Mosby; 2003.
5. Yalfani A, Nazem F, Safiarian R, Jargeh M. The effects of exercise cardiac rehabilitation on anxiety, depression and quality of life in coronary artery bypass grafting patients. SJH 2012;19(1): 39-44. (Persian)
6. Beyranvand M-R, Lorvand A, Parsa SA, Motamedi M-R, Kolahi A-A. The quality of life after first acute myocardial infarction. Pajoohandeh J 2011; 15(6): 264-72. (Persian)
7. Antman EM, Van de Werf F. Pharmaco-invasive therapy: the future of treatment for ST-elevation myocardial infarction. Circulation 2004; 109: 2480-6.
8. Bucholz EM, Rathore SS, Gosch K, Schoenfeld A, Jones PG, Buchanan DM, et al. Effect of living alone on patient outcomes after hospitalization for acute myocardial infarction. AJC. 2011; 108(7): 943-8.
9. Maleki A, Miri M, Ghanavati R, Bayat M, Montazeri M, Rashidi N, et al. The Prevalence of Risk Factors of Coronary Artery Diseases in CCU Ward. JARCM 2014; 3: 7-14. (Persian)
10. McManus DD, Gore J, Yarzebski J, Spencer F, Lessard D, Goldberg RJ. Recent trends in the incidence, treatment and outcomes of patients with STEMI and NSTEMI. Am J Med 2011; 124(1): 40-7.
11. Ghajarieh Sepanlou S, Kamangr F, Postchi H, Malekzadeh R. Reducing the burden of chronic disease: A neglected agenda in Iranian health care system, requiring a plan action. A IMJ 2010; 13: 340-50. (Persian)
12. Dehkordi hassanpour A, Delaram M, Fourozandeh N, Gangeh F, Asadi A, Baksha F, et al. Patients' quality of life under myocardial infarction in Hajar hospital in Shahrekord University of Medical Science in 2005. J Shahrekord Univ Med Sci 2007;9(3): 78-84.
13. Tolijamo M, Hentinen M. Adherence to self-care and social support. JCN 2001; 10: 618-27.
14. Eftekhari H, Mohammad K, Tavafian S, Mirkarimi K, Ramezan Zadeh A. The Perceived of Self Care among General People Living in South of Tehran, Iran. IrJE 2009; 5 (1): 33-9. (Persian)
15. Smeltzer SC, Bara B, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing. 12th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010. p.562-4.
16. Cameron J, Worrall-Carter L, Page K, Stewart S. Self-care behaviours and heart failure: Does experience with symptoms really make a difference? EJCN 2010; 9: 92-100.
17. Goldman L, Ausiello DA. Goldman Cecil Medicine. 23rd ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2007; P. 124-9.
18. Deyirmenjian M, Karam N, Salameh P. Preoperative patient education for open-heart patients: a source of anxiety? Patient Educ Couns 2006; 62(1): 111-7.
19. Van Hecke A, Verhaeghe S, Grypdonck M, Beele H, Flour M, Defloor T. Systematic development and validation of a nursing intervention: the case of lifestyle adherence promotion in patients with leg ulcers. JAN 2011 Mar 1;67(3): 662-76
20. Golchin M, Rostami H, Ghahramanian A. Educational needs of myocardial infarction

- patients. *J. Urmia Nurs Midwifery Fac* 2011; 9(3): 157-64.
21. Mangolian Shahre Babaki P, Mohammadzadeh SH. Assessment of educational needs of patient with heart failure. The second biannual international heart failure summit. Tehran: 2009. P. 15. (Persian)
22. Krumholz H, Chen Y, Wang Y, Vaccarino V, Radford M, Horwitz R. Predictors of readmission among elderly survivors of admission with heart failure. *Am Heart J* 2000; 139 (1 Pt 1): 72-7.
23. Klimm F, Campbell S, Schellberg D, Gelbrich G, Herzog W. Primary care-based multifaceted, interdisciplinary medical educational intervention for patients with systolic heart failure: lessons learned from a cluster randomised controlled trial. *J Adv Nurs* 2009;65(10):2239-48.
24. Schreurs KM, Colland VT, Kuijter RG, de Ridder DT, van Elderen T. Development, content, and process evaluation of a short self-management intervention in patients with chronic diseases requiring self-care behaviours. *Patient Educ Counsel* 2003;51(2):133-41.
25. Clary P. Patient empowerment and motivational interviewing: Engaging patients to self-manage their own care. *Nephrol Nurs J* 2009; 36(4): 410-12.
26. Marks R, Allegrante JP. A review and synthesis of research evidence for self-efficacy enhancing interventions for reducing chronic disability: implications for health education practice (part I). *Health Promot Pract* 2005; 6(2): 148-56.
27. Shakibazadeh E, Rashidian A, Larijani B, Shojaezadeh D, Forouzanfar MH, Karimi Shahanjarini A. Perceived barriers and self-efficacy: Impact on self-care behaviors in adults with Type 2 diabetes. *Hayat* 2010; 15(4): 69-78 (Persian)
28. Deniz I, Sema S, Lutfi C, Hulya A. Factors determining self-efficacy in chronic obstructive pulmonary disease. *SMJ* 2005; 26(4): 542-7.
29. Bandura, Albert. "Cultivate self-efficacy for personal and organizational effectiveness". *Handbook of principles of organization behavior*. Oxford, UK: Blachwell; 2000. P. 2.
30. Barnason S, Zimmerman L, Nieveen J, Schmaderer M, Carranza B, Reilly S. Impact of a home communication intervention for coronary artery bypass graft patients with ischemic heart failure on self-efficacy, coronary disease risk factor modification, and functioning. *Heart & Lung: J Acute Critical Care* 2003;32(3):147-58.
31. Newman S P, Hirani S. Patients' Beliefs about Their Cardiovascular Disease. *BMJ* 2005;91(9): 1235-9.
32. Watson HE, Holloway A. Role of Self-efficacy and Behaviour Change. *Int J Nurs Pract* 2002;8(2): 106-15.
33. Najafi SM, Vahedparast H, Hafezi S, Saghafi A, Farsi Z, Vahabi S. Effect of self-care education on quality of life in patients suffering from myocardial infarction. *JCCN* 2008; 1(1): 35-9. (Persian)
34. 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. *J Kermanshah Univ Med Sci* 2012;16(3): 227-35. (Persian)
35. Dastoom M, Elahi N, Baraz S, Latifi SM. The Effects of Group Education With the Teach-Back Method on Hospital Readmission Rates of Heart Failure Patients. *Jundishapur J Chronic Dis Care* 2016;5(1). (Persian)

THE EFFECT OF SELF-CARE EDUCATION ON THE SELF EFFICACY IN MYOCARDIAL INFARCTION HOSPITALIZED PATIENTS IN SEYEID AL-SHOHADA EDUCATIONAL & TREATMENT CENTER, URMIA, 2017

Nader Aghakhani¹, Fariba Golmohamadi², Kamal Khademvatan³, Vahid Alinejad⁴

Received: 09 Apr, 2018; Accepted: 22 Jul, 2018

Abstract

Background & Aims: The prevalence of myocardial infarction in the countries of the world, including Iran, is increasing, and the economic burden and consequences of it are also significant. It has been pointed out that in addition to common therapies, some methods such as patient education can be effective in improving patients' health. Accordingly, it is expected from the nurses as important and influential members of the treatment team to use a variety of methods, including patient education to improve self-efficacy in patients. The aim of this study was to determine the effect of self-care education on the self efficacy in myocardial infarction hospitalized patients in Seyeid Al-Shohada educational & treatment center, Urmia, 2017, in order to reduce the problems caused by this lethal and costly disease.

Materials & Methods: In this quasi-experimental study, the statistical population of was consisted of 70 myocardial infarction patients admitted to the educational and treatment center of the city of Urmia by a random sampling from the target population and randomly assigned to the intervention and control group. Self-care education was done in intervention group during three 30-minute sessions by presenting a self-care educational booklet by face to face educational method. Two months after discharge, the self-efficacy questionnaire was completed again for both groups by telephone contact. Chi-square and independent t-test were used to analyze the data by using SPSS-21 software.

Results: The results showed that the mean scores of self-efficacy between intervention and control groups after self-care education program was increased in myocardial infarction patients ($P < 0.05$). It was also found that the mean of self-efficacy scores within the intervention group before and after the self-care program was increased in myocardial infarction patients in intervention group ($P < 0.05$).

Conclusion: The findings of the study indicated that self-care education program is effective in increasing the self-efficacy of patients with myocardial infarction admitted to Seyed al-Shohada Hospital

Key words: self-care, education, self efficacy, myocardial infarction

Address: 11 Nazlou-Pardis Road, University of Medical Sciences, Nursing and Midwifery Faculty, Nursing Department

Tel: (+98) 9141007249

Email: golmohamadifariba@gmail.com

¹Assistant Professor, Patient Safety Research Center, Urmia University of Medical Sciences

²Student in MScN. Patient Safety Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

³Associate professor, Patient Safety Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁴Candidate of PhD in Bio statistics, Tarbiat Modaress University, Tehran, Iran