

تأثیر آموزش مبتنی بر الگوی خودمراقبتی اورم بر توان خودمراقبتی بیماران دارای دفیبریلاتور قلبی قابل کاشت (ICD)

خدایار عشونودی* خداداد کشمیری** محسن صلواتی*** زهرا امکان جو**** سعید موسوی*****

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به این که عمده‌ترین علل مرگ و میر و کاهش توان خودمراقبتی بیماران دارای ICD، ریشه در رفتار خودمراقبتی نادرست دارد، لذا این مطالعه با هدف بررسی تأثیر به‌کارگیری الگوی خودمراقبتی اورم بر توان خودمراقبتی این بیماران انجام شد.

روش بررسی: این کارآزمایی بالینی با شرکت ۶۶ بیمار دارای ICD انجام شد. ۴ جلسه آموزش براساس نیازهای آموزشی بیماران و مبتنی بر الگوی اورم در طول یک ماه اجرا گردید. توان خودمراقبتی بیماران گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از اجرای برنامه توسط چک لیست‌های خودگزارش‌دهی ارزیابی شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری استنباطی (کای‌دو، تی، تی‌زوجی) تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: بین نمرات شرکت‌کنندگان دو گروه قبل از مداخله در زمینه آگاهی از خودمراقبتی، تمایل به خودمراقبتی، مهارت خودمراقبتی و توان خودمراقبتی تفاوت آماری معناداری وجود نداشت ($p > 0.05$). اما بعد از مداخله در میانگین آگاهی از خودمراقبتی $22/06 \pm 3/26$ در گروه کنترل و $28/69 \pm 1/51$ در گروه آزمون ($p = 0.000$)، میانگین تمایل به خودمراقبتی $25 \pm 3/31$ در گروه کنترل و $28/9 \pm 1/23$ در گروه آزمون ($p = 0.000$)، میانگین مهارت خودمراقبتی $14/9 \pm 3/06$ در گروه کنترل و $29/02 \pm 1/15$ در گروه آزمون ($p = 0.000$)، و میانگین توان خودمراقبتی $61/96 \pm 1/06$ در گروه کنترل و $86/63 \pm 2/93$ در گروه آزمون ($p = 0.000$) تفاوت آماری معناداری بین دو گروه مشاهده گردید.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد، به‌کارگیری الگوی خودمراقبتی اورم باعث افزایش توان خودمراقبتی بیماران دارای ICD می‌گردد. لذا پیشنهاد می‌شود از برنامه‌های خودمراقبتی مبتنی بر الگوی اورم برای افزایش توان خودمراقبتی این بیماران به عنوان یک مداخله پرستاری در سایر مراکز جهت ارتقاء سطح سلامت بیماران استفاده گردد.

نویسنده مسئول:
محسن صلواتی؛
دانشکده پرستاری و
مامایی دانشگاه علوم
پزشکی همدان

e-mail:
salavati@umsha.ac.ir

واژه‌های کلیدی: الگوی خودمراقبتی اورم، توان خودمراقبتی، بیماران دارای ICD

- دریافت مقاله: مرداد ماه ۱۳۹۲ - پذیرش مقاله: آبان ماه ۱۳۹۲

مقدمه

در طی ۳۰ سال گذشته پیشرفت‌های عمده‌ای در پیشگیری، تشخیص و درمان و

بازتوانی بیماری‌های قلبی-عروقی صورت گرفته است. علی‌رغم کاهش مرگ و میر بیماری‌های قلبی، هنوز هم این بیماری‌ها سهم عمده‌ای در مرگ و میر دارند (۱). در سال ۱۹۱۰ تنها ۱۰٪ از مرگ و میرها در دنیا به علت بیماری‌های قلبی عروقی بوده است، اما این میزان در سال ۲۰۰۰ به ۳۶، ۴۰٪ رسیده و

* عضو مرکز مراقبت‌های مادر و کودک، استادیار گروه آموزشی پرستاری داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
** کارشناس ارشد پرستاری
*** عضو مرکز مراقبت‌های مادر و کودک، مربی گروه آموزشی پرستاری داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
**** دانشیار گروه آموزشی داخلی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
***** دانشجوی دکتری آمار زیستی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

آموزش خودمراقبتی به بیمار و پیگیری وی پس از ترخیص، نقش مهمی در بازتوانی وی داشته و در مرحله بعد از ترخیص، بیشتر این آموزش‌ها می‌تواند شامل تأکید بر جنبه‌های مراقبت از محل تعبیه، فعالیت، علایم و نشانه‌هایی که باید به پزشک گزارش شود، دانش و آگاهی در خصوص علایم عفونت، عوامل خطر و کاربرد عملی مطالب آموخته شده باشد (۸). نتایج مطالعه‌ای در مورد بیماران دارای ICD نشان داد که ۹۷٪ بیماران اطلاعات دقیق و کاملی در زمینه‌های مراقبت از دستگاه نداشتند و این موضوع مشکلات مهمی از نظر درمانی، اجتماعی و مالی برای آن‌ها به وجود آورده بود (۹). براساس مطالعه Schron و همکاران، مراقبت صحیح از خود تا اندازه زیادی عود مکرر بیماری و تعداد دفعات بستری را کاهش می‌دهد و همین امر سبب افزایش کیفیت زندگی و کاهش هزینه‌های زندگی می‌شود (۱۰). از این رو آموزش مناسب بیمار با افزایش توانایی آن در تصمیم‌گیری و مراقبت از خود (۱۱) از موارد بستری شدن مجدد بیمار می‌کاهد (۱۲).

برای آموزش مناسب توجه به نیازهای آموزشی بیماران و بهره‌گیری از الگوهای مراقبت پرستاری مؤثر است (۱۳). بنابراین در این تحقیق از الگوی خودمراقبتی اورم استفاده گردید. اورم معتقد است که انسان‌ها موجوداتی هستند که توانایی مراقبت از خود را دارند و پرستاری هر زمان که این توانایی در فردی مخدوش شود، با ارایه مراقبت‌های مستقیم جبرانی و آموزشی - حمایتی به فرد کمک می‌کند، تا توان از دست رفته را باز یابد (۱۴).

پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۲۰۲۰ به حدود ۷۵٪ مرگ و میرهای شایع در جهان برسد (۲). بیماری ایسکیمی قلبی علت حدود ۳۵٪ مرگ‌ها در کشورهای در حال توسعه و حدود ۳۰٪ تمام مرگ‌ها در سراسر جهان است. در این بین حدود ۵۰٪ آریتمی‌های کشنده قلبی (فیبریلاسیون بطنی) مربوط به بیماری ایسکیمی قلبی است. برآورد می‌شود که بیماری‌های ایسکیمی قلبی در رأس ۱۵ علت اول بار جهانی بیماری‌ها در سال ۲۰۲۰ باشد (۳). یکی از روش‌های تشخیص سریع و درمان آریتمی‌های خطرناک بطنی (تاکیکاردی بطنی که باعث اختلال همودینامیکی شده یا فیبریلاسیون بطنی مقاوم به درمان دارویی) استفاده از دفیبریلاتور قابل کاشت در بدن (ICD) می‌باشد (۴).

ICD یک مولد الکتریکی است که حدود ۵ سانتی‌متر پهنا و نزدیک به ۸۵ گرم وزن دارد و زیر پوست قفسه سینه کاشته می‌شود. دو یا سه لید به این ژنراتور وصل شده است. در نوک هر سیم یک الکترود قرار دارد که شوک الکتریکی ضروری را به قلب می‌رساند (۵). مداخلات الکتریکی که توسط مولدهای قابل حمل جهت درمان آریتمی و مشکلات قلبی مورد استفاده قرار می‌گیرد، بدون عارضه نیست و ICD نیز از این قاعده مستثنی نبوده و عوارضی از جمله عفونت محل عمل، قرمزی، حساسیت، جدایی سیم‌ها و غیره را در بردارد که مطمئناً آگاه کردن بیمار در مورد علایم و ضرورت گزارش سریع آن به پزشک بسیار مهم است (۷ و ۶).

در بیش از یک جلسه آموزشی و فوت بیمار در طی پژوهش به روش در دسترس انتخاب و با قرعه‌کشی به دو گروه آزمون و شاهد تقسیم شدند. ابزار گردآوری داده‌ها عبارتند از: پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و پرسشنامه محقق ساخته سنجش توان خودمراقبتی خاص بیماران دارای ICD ابتدا پرسشنامه سنجش توان خودمراقبتی خاص بیماران ICD توسط شرکت‌کنندگان دو گروه تکمیل گردید، سپس گروه شاهد طبق روش معمول بخش (یک جلسه آموزش گروهی ۱۵ دقیقه‌ای همراه با پمفلت آموزشی) تحت آموزش قرار گرفتند. برای گروه آزمون (سه دسته ۸ نفره و یک دسته ۹ نفره) آموزش خودمراقبتی طبق الگوی اورم در قالب ۴ جلسه ۲۰-۳۰ دقیقه‌ای هر هفته یک جلسه اجرا شد. در جلسه اول: فیزیولوژی قلب و دلایل کاربرد ICD آموزش داده شد. در جلسه دوم درباره روش‌های پیشگیری از عفونت و اهمیت خودمراقبتی در این بیماران صحبت شد. در پایان چک لیست خودمراقبتی درباره کنترل عفونت به آنان داده شد. در جلسه سوم پس از اخذ بازخوردی درباره کنترل عفونت، راجع به اهمیت بلند نکردن اجسام سنگین (بیش از kg ۶-۴) در حین انجام فعالیت‌های روزمره و چگونگی انجام فعالیت‌های ورزشی آنها صحبت شد و چک لیست کنترل روزانه بلند نکردن اجسام سنگین در حین انجام فعالیت‌ها به بیماران داده شد. در جلسه چهارم پس از اخذ بازخوردی درباره بلند نکردن اجسام سنگین در مورد اهمیت رعایت نکات ایمنی هنگام مسافرت هوایی، نزدیک شدن به مراکز

همچون سایر مدل‌های پرستاری، اورم نیز به نقش پرستار به عنوان یک تسهیل‌کننده و عامل ایجاد تغییر تأکید کرده است (۱۵). با توجه به این که ضرورت شناسایی و اتخاذ تدابیری در زمینه کنترل مشکلات ناتوان‌کننده و عوارض بالقوه بعد از کاشت دستگاه ICD در این بیماران و ارتقای توان خودمراقبتی آنان به دلیل نیاز به مراقبت همیشگی از خود ضرورت دارد، لذا روش‌های مؤثر در افزایش توان خودمراقبتی این بیماران اهمیت زیادی دارد. از آن جایی که تحقیقات انجام شده درباره خودمراقبتی در این بیماران اندک می‌باشد (۱۶)، در نتیجه نیاز به تحقیق در مورد طراحی و اجرای برنامه آموزش خودمراقبتی براساس نیاز این بیماران جهت افزایش توان خودمراقبتی آنها ضروری به نظر می‌رسد. لذا این پژوهش با هدف تعیین تأثیر آموزش مبتنی بر الگوی خودمراقبتی اورم بر توان خودمراقبتی بیماران دارای ICD انجام گرفته است.

روش بررسی

این مطالعه یک کارآزمایی بالینی است که با شرکت ۶۶ بیمار قلبی دارای ICD در سال ۱۳۹۱ در بیمارستان قلب و عروق شهید رجایی تهران انجام یافته است. پس از توضیح هدف از انجام پژوهش و کسب رضایت آنها، نمونه‌های دارای معیارهای ورود: توانایی درک و تکلم به زبان فارسی، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، کاشت ICD در طی دو هفته اخیر، نیاز به آموزش و معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش، غیبت

ICD داده شد و سپس میزان همبستگی بین نتایج حاصل از دو مرحله محاسبه گردید ($r=0/91$).

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی شامل درصد فراوانی‌ها، میانگین و انحراف معیار و آزمون‌های مجذور کای، تی مستقل و تی زوجی در نرم‌افزار SPSS استفاده شده است.

جهت حمایت و پیگیری بیماران در گروه آزمون، چک‌لیست‌های کنترل رفتار خودمراقبتی (خودگزارش‌دهی) در اختیار آن‌ها قرار داده شد تا نمره رفتار خودمراقبتی خود را تعیین کنند. بدین ترتیب که در هر روز اگر رفتار خودمراقبتی را انجام داد، زیر گزینه انجام شد را علامت بزنند (۲ امتیاز) در غیر این صورت زیر گزینه انجام نشد را علامت بزنند (۱ امتیاز). در نتیجه نمره رفتار خودمراقبتی بین ۳۰ تا ۶۰ نمره می‌باشد. سطح معنادار بودن آزمون‌ها $p < 0/05$ در نظر گرفته شده است.

یافته‌ها

۶۹/۷٪ شرکت‌کنندگان در گروه آزمون و ۶۳/۶٪ در گروه شاهد منکر بودند. بیشترین درصد افراد مورد پژوهش در گروه آزمون (۲۷/۳٪) و گروه شاهد (۳۰/۳٪) کارمند و دارای تحصیلات ابتدایی (۴۲/۴٪ در هر دو گروه) و متأهل (۷۵/۸٪ گروه آزمون و ۸۱/۸٪ گروه شاهد) بودند. اکثر شرکت‌کنندگان در گروه آزمون (۶۹/۷٪) و در گروه شاهد (۷۵/۸٪) از وضعیت اقتصادی خود رضایت متوسطی داشتند. ۲۷/۳٪ در گروه آزمون و ۳۰/۳٪ در گروه شاهد، بعد خانواده‌شان ۴ نفر بود. ۴۸/۵٪

دارای شارژ مغناطیسی و عکس‌برداری با MRI آموزش داده شد. همچنین جزوه و CD آموزشی جلسات یاد شده به بیماران داده شد. یک ماه پس از آموزش چک لیست‌های کنترل خودمراقبتی تکمیل شده توسط بیماران گروه آزمون تحویل گرفته شد و پرسشنامه سنجش توان خودمراقبتی توسط هر دو گروه تکمیل گردید. این پرسشنامه سطوح آگاهی، تمایل به خودمراقبتی (نگرش) و مهارت (رفتار) خودمراقبتی را که معرف توان خودمراقبتی بیماران قلبی دارای ICD می‌باشد مورد سنجش قرار می‌داد. بدین ترتیب که برای هر سطح ۱۰ گزاره و برای هر گزاره سه امتیاز در نظر گرفته شده است: برای گزینه خیر: یک امتیاز، برای نمی‌دانم: ۲ امتیاز و برای بلی ۳ امتیاز در نظر گرفته شد. در نتیجه برای هر سطح حداقل نمره ۱۰ و حداکثر نمره ۳۰ در نظر گرفته شده است. توان خودمراقبتی در این پژوهش نمره‌ای است که شرکت‌کنندگان از آگاهی (حداقل ۱۰ و حداکثر ۳۰)، تمایل به خودمراقبتی (حداقل ۱۰ و حداکثر ۳۰) و مهارت خودمراقبتی (حداقل ۱۰ و حداکثر ۳۰) کسب می‌نمایند. دامنه نمرات قابل کسب ۳۰-۹۰ است. برای تعیین اعتبار علمی ابزار از روش اعتبار محتوا استفاده شده است. بدین منظور با مطالعه کتب و مقالات و در نظر گرفتن اهداف پژوهش، پرسشنامه تهیه شده و با استفاده از نظرات اصلاحی تعدادی از اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری همدان، ابزار این تحقیق نهایی شد. برای تعیین پایایی ابزار، از روش آزمون بازآزمون استفاده شد. پرسشنامه در دو مرحله به فاصله ۱۰ روز، به ۱۰ بیمار دارای

را نشان نداد. اما بعد از مداخله، میانگین نمره آگاهی، تمایل، مهارت خودمراقبتی، همچنین میانگین نمره توان خودمراقبتی در گروه شاهد و آزمون اختلاف آماری معناداری نشان داد (جدول شماره ۱).

مقایسه میانگین نمره آگاهی، تمایل، مهارت و همچنین میانگین نمره توان خودمراقبتی بیماران قبل و بعد از مداخله به تفکیک دو گروه در جدول شماره ۲ آمده است. یافته‌های حاصل از این پژوهش، نشان داد که میانگین امتیاز نمرات در گروه آزمون بعد از آموزش، نسبت به گروه شاهد به طور معناداری بیشتر بوده است هرچند نظر به این که در هر دو گروه تغییرات معناداری مشاهده شد، به همین دلیل میانگین تفاضل بین دو گروه مورد مقایسه قرار گرفت که نشان داد متوسط تغییرات در گروه آزمون به طور معناداری بیش از گروه شاهد بوده است.

گروه آزمون و ۴۵/۵٪ گروه شاهد چهار بار و یا بیشتر سابقه بستری در بیمارستان داشتند. در کلیه موارد بالا آزمون کای دو اختلاف آماری معناداری بین دو گروه نشان نداد ($p > 0/05$). آزمون t مستقل بین میانگین سن افراد در گروه شاهد $63/33 \pm 6/08$ و در گروه آزمون $64/42 \pm 6/43$ سال بود آزمون t مستقل بین میانگین سن دو گروه اختلاف معناداری نشان نداد ($p = 0/482$)، و همچنین بین میانگین وزن افراد در گروه شاهد ($71/33 \pm 9/12$) و در گروه آزمون ($72/02 \pm 8/96$) کیلوگرم بود براساس آزمون t مستقل اختلاف معناداری مشاهده نشد ($p = 0/755$) بنابراین می‌توان گفت دو گروه از نظر متغیرهای یاد شده همگن بودند.

میانگین نمره آگاهی، تمایل، مهارت خودمراقبتی و همچنین میانگین نمره توان خودمراقبتی در گروه شاهد و گروه آزمون در مرحله قبل از مداخله، اختلاف آماری معناداری

جدول ۱- مقایسه میانگین نمره آگاهی، تمایل، مهارت و توان خودمراقبتی قبل و بعد از مداخله بین دو گروه آزمون و شاهد از بیماران دارای ICD مراجعه‌کننده به بیمارستان قلب و عروق شهید رجایی تهران در سال ۱۳۹۱

p-value	گروه شاهد		گروه آزمون		متغیر	زمان
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
0/949	1/89	19/72	1/92	19/69	آگاهی خودمراقبتی	قبل از مداخله
0/662	2/61	24/30	2/42	24/57	تمایل خودمراقبتی	
0/827	1/84	12/66	1/71	12/75	مهارت خودمراقبتی	
0/759	4/33	56/69	4/44	57/02	توان خودمراقبتی	
<0/0001	2/26	22/06	1/51	28/69	آگاهی خودمراقبتی	بعد از مداخله
<0/0001	2/31	25	1/33	28/90	تمایل خودمراقبتی	
<0/0001	2/06	14/9	1/15	29/02	مهارت خودمراقبتی	
<0/0001	8/06	61/96	2/93	81/62	توان خودمراقبتی	

جدول ۲- مقایسه میانگین نمره آگاهی، تمایل، مهارت و توان خودمراقبتی قبل و بعد از مداخله به تفکیک دو گروه شاهد و آزمون در بیماران دارای ICD مراجعه‌کننده به بیمارستان قلب شهید رجایی تهران در سال ۱۳۹۱

p-value	متغیر		گروه
	قبل از مداخله میانگین (انحراف معیار)	بعد از مداخله میانگین (انحراف معیار)	
<۰/۰۰۰۱	۱۹/۷۲±۱/۸۹	۲۲/۰۶±۳/۲۶	شاهد
	۱۹/۶۹±۱/۹۲	۲۸/۶۹±۱/۵۱	آزمون
۰/۰۲۸	۲۴/۳۰±۲/۶۱	۲۵±۳/۳۱	شاهد
	۲۴/۵۷±۲/۴۲	۲۸/۰۹±۱/۳۳	آزمون
<۰/۰۰۰۱	۱۲/۶۶±۱/۸۴	۱۴/۰۹±۳/۰۶	شاهد
	۱۲/۷۵±۱/۷۱	۲۹/۰۳±۱/۱۵	آزمون
<۰/۰۰۰۱	۵۶/۶۹±۴/۳۳	۶۱/۹۶±۸/۰۶	شاهد
	۵۷/۰۳±۴/۴۴	۸۶/۶۳±۲/۹۳	آزمون

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که میانگین نمرات گروه آزمون نسبت به گروه شاهد بیشتر بوده است. این یافته همسو با پژوهش‌های مشابه است مانند مطالعه منگیان و همکاران در بررسی تأثیر برنامه آموزش خودمراقبتی بر آگاهی و عملکرد بیماران مبتلا به نارسایی قلبی نشان داد که در یک هفته بعد از آموزش، میانگین نمرات آگاهی بیماران به طور قابل توجهی بالاتر از قبل از آموزش شده است و این افزایش آگاهی تا ۱۲ ماه بعد از آموزش همچنان بالا بوده است به طوری که این آگاهی بالا در نمونه‌های مورد بررسی منجر به بهبود رفتارهای مراقبت از خود نیز شده بود (۱۷).

مطالعه Edelman و همکاران متوسط آگاهی بیماران دارای ICD بعد از مداخله به طور معناداری نسبت به قبل از مداخله افزایش داشته است (۳). به نظر می‌رسد برای این که بیمار دارای رفتارهای صحیحی جهت مراقبت از خود باشد در درجه اول باید آگاهی مناسبی در مورد این رفتارها داشته باشد. تحقیق صاحب‌الزمانی و

همکاران در بررسی تأثیر آموزش خودمراقبتی بر میزان آگاهی و نحوه عملکرد بیماران مبتلا به صرع نشان داد که بهبود رفتارهای مراقبت از خود بدون آگاهی از این رفتارها و درک اهمیت آن‌ها امکان‌پذیر نمی‌باشد (۱۸).

در مطالعه حاضر عملکرد گروه آزمون به طور معناداری نسبت به گروه شاهد بهتر شد. به نظر می‌رسد این ارتقا، نتیجه اجرای جلسات آموزشی منظم، هدفمند و همچنین ساده، گویا باشد.

این یافته‌ها نشان می‌دهد که با آموزش به بیماران می‌توان تغییرات رفتاری قابل توجهی در آن‌ها به وجود آورد که نتایج به دست آمده از این مطالعه بیانگر همین مطلب است. نتایج مطالعه‌ای مشابه در کالیفرنیا آمریکا توسط Gehi و همکاران نشان داد که یک ماه بعد از آموزش مراقبت از خود، مهارت مراقبت از خود بیماران دارای ICD، به طور معناداری در گروه آزمون و شاهد افزایش یافته ولی بهبود عملکرد و میزان ماندگاری رفتارهای مراقبت از خود در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد بیشتر بود. پژوهشگران چنین نتیجه گرفتند که بستری در

آموزشی و پاسخ‌گویی به سؤالات در یک محیط آرام و در شرایط روحی و جسمی مناسب اجرا شود. ولی بعضی از تفاوت‌های فردی بیماران بر نحوه پاسخ‌گویی به سؤالات و میزان آموزش‌پذیری و رعایت نکات آموزش داده شده تأثیر داشت، که از نظر پژوهشگر قابل کنترل نبود و به عنوان محدودیت مطالعه می‌باشد.

تأثیر شرایط محیطی نظیر سروصدا، وضعیت جسمی و روانی بیماران بر میزان یادگیری آن‌ها و نتایج تحقیق جزو محدودیت‌های این مطالعه است.

به طور کلی آموزش مبتنی بر الگوی خودمراقبتی اورم بر توان خودمراقبتی بیماران دارای ICD تأثیر داشته است و می‌تواند به عنوان الگویی برای مداخلات پرستاری در زمینه مراقبت از خود در این بیماران باشد. بنابراین به مسئولان و برنامه‌ریزان آموزش علوم پزشکی پیشنهاد می‌شود که در آموزش بیماران، از این الگوی پرستاری استفاده کنند.

تشکر و قدردانی

از همکاری کارکنان محترم بیمارستان قلب و عروق شهید رجایی تهران و بیماران دارای ICD مراجعه‌کننده به این بیمارستان، همچنین از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان در جهت تأمین اعتبار مالی این پژوهش تشکر و قدردانی می‌گردد. این مقاله منتج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری گرایش داخلی جراحی مصوب شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان بوده و با کد IRCT2012090710772N1 در مرکز کارآزمایی بالینی ایران ثبت شده است.

بیمارستان و ایجاد انگیزه پس از شرکت در پژوهش عاملی در افزایش آگاهی و عملکرد بیماران در گروه آزمون بوده است (۴). در مطالعه دیگری که توسط Passman و همکاران تحت عنوان تأثیر آموزش مراقبت از خود بر کیفیت زندگی بیماران دارای ICD انجام گرفت. نشان داده شد رفتارهای مراقبت از خود به تدریج ۱ و ۲ ماه بعد از اجرای برنامه آموزشی در گروه آزمون بهتر شده است به طوری که ۱ ماه بعد از آموزش بیماران گروه آزمون نسبت به گروه شاهد دارای کیفیت زندگی بهتری شده بودند (۱۹).

هدف مهم در آموزش ایجاد رفتارهای بهداشتی، درست و ماندگار است و این تداوم مراقبت است که برای بیمار ارزشمند است (۲۰). اگر فعالیت‌های مربوط به مراقبت از خود با روش‌های آموزشی فعال و با شناخت نگرش‌ها و عقاید بیمار و با فراهم کردن محیطی مساعد با ایجاد اعتقاد و اطمینان و راحتی برای مددجو اجرا شود، می‌تواند در جهت ارتقای رفتارهای مطلوب بهداشتی نقش مؤثری را ایفا نماید (۲۱). از طرفی دیگر ارایه مطالب به صورت قابل فهم و براساس نیازهای فردی و با استفاده از آموزش گروه‌های کوچک، همراه با پرسش و پاسخ در چند جلسه کوتاه می‌تواند در دستیابی به نتایج بهتر، مفید واقع گردد و از همه مهم‌تر در تداوم رفتارهای بهداشتی مؤثر باشد (۲۲).

در مسیر اجرای پژوهش مشکلاتی وجود داشت که بعضی از آن‌ها مثل سر و صدا در محیط و شرایط روحی و جسمی که بر آموزش‌پذیری و رعایت نکات آموزش داده شده تأثیر دارند، کنترل شد و سعی شد برنامه

منابع

- 1 - Ali-Akbari F, Khalifehzadeh A, Parvin N. [The effect of short time telephone follow-up on physical conditions and quality of life in patients after pacemaker implantation]. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. Autumn 2009; 11(3): 23-29. (Persian)
- 2 - Haghjoo M. [Translation of Cardiac pacing and icds]. Ellenbogen KA, Wood MA (Authors). 3rd. Tehran: Mahtab Publications; 2010. P. 531-540. (Persian)
- 3 - Edelman S, Lemon J, Kirkness A. Educational intervention for patients with automatic implantable cardioverter defibrillators. *Aust J Adv Nurs*. 2007 Mar-May; 24(3): 26-32.
- 4 - Gehi AK, Mehta D, Gomes JA. Evaluation and management of patients after implantable cardioverter-defibrillator shock. *JAMA*. 2006 Dec 20; 296(23): 2839-47.
- 5 - Glikson M, Friedman PA. The implantable cardioverter defibrillator. *Lancet*. 2001 Apr 7; 357(9262): 1107-17.
- 6 - Grubb BP. Driving and implantable cardioverter-defibrillators a clearer view. *J Am Coll Cardiol*. 2007 Dec 4; 50(23): 2241-2.
- 7 - Johansen JB, Pedersen SS, Spindler H, Andersen K, Nielsen JC, Mortensen PT. Symptomatic heart failure is the most important clinical correlate of impaired quality of life, anxiety, and depression in implantable cardioverter-defibrillator patients: a single-centre, cross-sectional study in 610 patients. *Europace*. 2008 May; 10(5): 545-51.
- 8 - Sola CL, Bostwick JM. Implantable cardioverter-defibrillators, induced anxiety, and quality of life. *Mayo Clin Proc*. 2005 Feb; 80(2): 232-7.
- 9 - Gimbel JR. When should patients be allowed to drive after ICD implantation? *Cleve Clin J Med*. 2004 Feb; 71(2): 125-8.
- 10 - Schron EB, Exner DV, Yao Q, Jenkins LS, Steinberg JS, Cook JR, et al. Quality of life in the antiarrhythmics versus implantable defibrillators trial: impact of therapy and influence of adverse symptoms and defibrillator shocks. *Circulation*. 2002 Feb 5; 105(5): 589-94.
- 11 - Vinker S, Yogev Y, Kitai E, Ben-Haroush A, Kaplan B. Awareness of personal healthcare and menopause in menopausal women in Israel. *Isr Med Assoc J*. 2003 Jan; 5(1): 31-4.
- 12 - Porterfield JG, Porterfield LM. *A patient's guide to understanding Implantable Cardioverter Defibrillators (ICDs)*. CA: ST. Jude Medical; February 2006.
- 13 - Alligood MR, Tomey AM. *Nursing theory: Utilization and application*. 2nd ed. St. Louis: Mosby; 2002.
- 14 - Shokati Ahmad Abad M. [Translation of Theoretical nursing]. Meleis AI (Author). 4th ed. Tehran: Jame Negar Publications; 2008. P. 370-387. (Persian)
- 15 - Memarian R. [Application of nursing concepts and theories]. 2nd ed. Tehran: Tarbiat Modares University; 2011. P. 81-100. (Persian)
- 16 - Zepeda SJ. Classroom-based assessments of teaching and learning. In Strange JH. *Evaluating teaching: A guide to current thinking and best practice*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Corwin Press; 2006.
- 17 - Mangolian Shahrbabaki P, Shahnazari J, Mahmoodi M, Farokhzadian J. [The effect of an educational self-care program on knowledge and performance in patients with heart failure]. *Iranian Journal of Medical Education*. 2011; 6(11): 609-619. (Persian)
- 18 - Sahebolzamani M, Shakuri A, Aliloo L, Rashidi A. [The efficacy of self-care education on knowledge and performance of epileptic patients who referred to selected educational hospitals of Tehran University of medical sciences in 2008]. *Urmia Medical Journal*. Winter 2010; 20(4): 284-289. (Persian)
- 19 - Passman R, Subacius H, Ruo B, Schaechter A, Howard A, Sears SF, et al. Implantable cardioverter defibrillators and quality of life: results from the defibrillators in nonischemic cardiomyopathy treatment evaluation study. *Arch Intern Med*. 2007 Nov 12; 167(20): 2226-32.
- 20 - Mohammad Hassani MR, Farahani B, Zohour AR, Panahi Azar Sh. Self-care ability based on orem's theory in individuals with coronary artery disease. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*. Summer 2010; 3(2): 87-91.
- 21 - Rostami M, Baraz Pordanjani Sh, Farzianpour F, Rasekh A. [Effect of Orem Self Care Model on ederies' quality of life in health care centers of Masjed Solaiman in 2007-2008]. *Journal of Arak University of Medical Sciences*. Summer 2009; 12(2): 51-59. (Persian)
- 22 - Abotalebi G. [The study of self care agency based on Orem's theory in individuals with hypertension admitted to the selected hospitals of Ardebil in 2009]. *Dissertation, Islamic Azad University of Tehran, 2009-2010*. (Persian)

Effectiveness of Education based on Orem's Self-Care Model in Self-Care Activity of Patients with Implantable Cardioverter Defibrillators

Khodayar Oshvandi* (Ph.D) - Khodadad Keshmiri** (MSc.) - Mohsen Salavati*** (MSc.) - Zahra Emkanjoo**** (MD) - Saeid Musavi***** (MSc.).

Abstract

Received: Jul. 2013
Accepted: Oct. 2013

Background & Aim: Several studies have shown that the self-care activity of patients with implantable cardioverter defibrillator is inadequate. This study was conducted to assess the effect of an educational program based on the Orem's self-care model in self-care ability of the patients.

Methods & Materials: This clinical trial was conducted among 66 patients with implantable cardioverter defibrillator. Four educational sessions were held based on the patient's needs and Orem's self-care model. Data was collected using a self-report questionnaire at baseline and one month after the intervention. Data were analyzed using statistical tests (χ^2 , t -test, paired t -test) in the SPSS-18.

Results: There were no significant differences in the self-care awareness, tendency to self-care, self-care skills, and self-care ability between the control and intervention groups. After the intervention, the self-care awareness score remained 22.06 ± 3.26 in the control group and increased (28.69 ± 1.51) in the intervention group ($P < 0.000$). There was also significant difference in the tendency to self-care between the control (25 ± 3.31) and intervention (28.9 ± 1.33) groups ($P < 0.000$). The self-care skills differed significantly between the control (14.9 ± 3.06) and intervention (29.03 ± 1.15) groups after the intervention ($P < 0.000$). After the intervention, the self-care ability was also significantly different among the control (61.96 ± 8.06) and intervention (86.63 ± 2.93) groups ($P < 0.000$).

Conclusion: The results of this study showed that implementing educational programs based on the Orem's self-care model can improve self-care ability in patients with implantable cardioverter defibrillator. Applying this method is recommended in nursing interventions to promote health status of the patients.

Corresponding author:
Mohsen Salavati
e-mail:
salavati@umsha.ac.ir

Key words: Orem's self-care model, self-care ability, implantable cardioverter defibrillator

Please cite this article as:

- Oshvandi Kh, Keshmiri Kh, Salavati M, Emkanjoo Z, Musavi S. [Effectiveness of Education based on Orem's Self-Care Model in Self-Care Activity of Patients with Implantable Cardioverter Defibrillators]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2013; 19(3): 47-55. (Persian)

* Mother and Child Care Research Center, Dept. of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

** MSc. in Nursing

*** Mother and Child Care Research Center, Dept. of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

**** Dept. of Internal Medicine, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

***** Ph.D Student in Biostatistics, School of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran