مقاله تحقیقاتی

اجرای مدل توانمندسازی خانواده محور بر شاخص‌های توانمندی بیماران با دریچه مصنوعی قلب در بیمارستان‌های نیروهای مسلح

فهیمه عابدینی[1]، *آرمین زارعیان[2]، فاطمه الحانی[3]، فاطمه تیموری[4]

چکیده

مقدمه: بیماران پس از جراحی قلب در معرض مشکلات و نگرانی‌های متعدد قرار دارند و ماهیت مزمن بیماری ایجاب می‌نماید که این بیماران، برای ادامه زندگی آمادگی‌های لازم را کسب نمایند. در این راستا، توانمندسازی یکی از روش‌های کاربردی و کم هزینه می‌باشد.

هدف: در این مطالعه به بررسی تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر شاخص‌های توانمندی بیماران با دریچه مصنوعی قلبی پرداخته شده است.

مواد و روش‌ها: این کارآزمایی بالینی در سال ۱۳۹۴ انجام شده است، پس از انتقال بیماران از واحد مراقبت‌های ویژه به بخش، به روش در دسترس، ابتدا گروه آزمون و سپس گروه کنترل انتخاب شدند. برای گروه آزمون الگوی توانمندسازی خانواده محور در چهار گام؛ تهدید درک شده، خودکارآمدی، عزت نفس و ارزشیابی، از طریق آموزش گروهی، حل مسئله گروهی و مشارکت آموزشی، در طی ۳-۵ جلسه صورت گرفت و کارت‌های آموزشی و کتابچه آموزشی در اختیار موارد پژوهش و عضو فعال خانواده آن‌ها قرار گرفت. گروه کنترل مراقبت‌های رایج را دریافت کردند. شاخص‌های توانمندی (تهدید درک شده، خودکارآمدی و عزت نفس) بیماران قبل از مداخله و پس از مداخله و یک و نیم ماه بعد ارزیابی شد ولی در گروه کنترل مداخله‌ای انجام نگرفت. سپس داده‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: هر دو گروه قبل از مداخله از نظر متغیرهای جمعیت شناسی مشابه بودند. قبل از مداخله میانگین نمرات توانمندی در دو گروه در هر سه حیطه تهدید درک شده، خودکارآمدی و عزت نفس تفاوت معنادار نداشت اما پس از مداخله، در گروه آزمون در هر سه حیطه ارتقاء توانمندی به طور معنادار وجود داشت ($P< ۰/۰۵$) و ارتقاء توانمندی پس از یک و نیم ماه نه تنها پایدار بلکه افزایش نیز داشت.

بحث و نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این مطالعه، اجرای الگو و مجموعه تدابیر پرستاری که در الگوی توانمندسازی خانواده محور به کار می‌رود موجب بهبود شاخص‌های توانمندی در بیماران با دریچه مصنوعی می‌شود.

کلمات کلیدی: الگوی توانمندسازی خانواده محور، دریچه مصنوعی قلب، شاخص‌های توانمندی و پرستاری.

مجله علوم مراقبتی نظامی ■ سال سوم ■ شماره ۳ ■ پاییز ۱۳۹۵ ■ شماره مسلسل ۹ ■ صفحات ۱۷۴-۱۸۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۴/۲۸
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۶/۱۶
تاریخ انتشار: ۱۳۹۵/۹/۱۷

مقدمه

مرگ و میر ناشی از بیماری‌های غیرواگیر، با تعداد ۱۷ میلیون مرگ و میر در سال ۲۰۰۸ و پیش بینی ۲۵ میلیون نفر در سال در سراسر جهان بیماری‌های قلبی عروقی بزرگ‌ترین سهم را در

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد مراقبت ویژه، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی آجا، دانشکده پرستاری.
۲- دکترای تخصصی آموزش پرستاری، استادیار، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی آجا، دانشکده پرستاری، گروه بهداشت (*نویسنده مسئول).
آدرس الکترونیک: a.zareian@ajaums.ac.ir
۳- دکترای آموزش بهداشت، دانشیار، ایران، تهران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، گروه پرستاری.
۴- کارشناسی ارشد پرستاری، مربی، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی آجا، دانشکده پرستاری، گروه کودکان.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-27]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.3.3.174]

۲۰۳۰ به خود اختصاص می‌دهد (۱). بیماری‌های قلبی عروقی از جمله بیماری‌های مزمن بوده و از علل اصلی مرگ و میر در جهان می‌باشد به طوری که تخمین زده شده از هر ۳ نفر آمریکایی ۱ نفر به بیماری قلبی عروقی مبتلا باشد و بعد از سن ۴۰ سالگی خطر این بیماری به ۴۹٪ در آقایان و ۳۲٪ در خانم‌ها برسد (۲). بیماری‌های دریچه قلب یکی از بیماری‌های مهم قلبی عروقی است و در رابطه با سن، جنس و جوامع شیوع متفاوت دارد. (۳). در جهان شیوع بیماری‌های دریچه قلب ۴۲ میلیون نفر پیش بینی شده است (۴). ۲۰-۱۰ درصد از همه پروسیجرهای جراحی قلب را در امریکا بیماری‌های دریچه قلب به خود اختصاص می‌دهد (۵). هر ساله بیش از ۲۹۰۰۰۰ بیمار در دنیا تحت تعویض دریچه قلب قرار می‌گیرند و این عدد به ۸۵۰۰۰۰ مورد در سال ۲۰۵۰ پیش بینی شده است (۶). در ایران، سالانه ۵۰-۳۵ هزار جراحی قلب انجام می‌شود و جراحی بای پس عروق کرونر در درجه اول و جراحی تعویض دریچه در درجه دوم می‌باشد (۷). بیماران پس از جراحی دریچه قلب در معرض مشکلات متعدد از قبیل فیبریلاسیون دهلیزی، خونریزی، ترومبوز، عوارض خونی و عوارض گوارشی قرار دارند که منجر به مرگ و میر و عوارض بالقوه خطرناک می‌شود (۸). به ویژه در شرایطی که زندگی نوسان پیدا می‌کند مثل مسافرت، تغییر رژیم غذایی، بارداری، مصرف داروها، بستری شدن و جراحی‌های که در طی زندگی اجتناب ناپذیر است و وقتی بیماران این موضوع را درک می‌کنند بیشتر دچار نگرانی می‌شوند. این نگرانی واقعی و جدی است. بهترین راه این است که بیماران برای شروع زندگی با دریچه مصنوعی، به وسیله آموزش، آمادگی لازم را دریافت کنند (۸). بدین منظور جهت مدیریت شرایط بیماری و بهبود ترخیص به منزل برنامه‌های ترخیص در نظر گرفته می‌شود که در ساختار این برنامه‌ها تمرکز بر آموزش بیماران و فعالیت فیزیکی آنان و حمایت عاطفی است. برنامه ترخیص توان درک بیماران را حفظ و منجر به اجرای توصیه‌های پس از ترخیص می‌شود. در برنامه ترخیص پرستاران نقش اساسی و جدایی ناپذیر در آموزش و مشاوره بیماران دارند. یکی از چالش‌های مهم، خودکفایی بیمار در منزل است و در صورت عدم تحقق موجب تشدید علائم و عوارض بعد از ترخیص و طولانی شدن دوران بهبودی خواهد شد (۹).

با وجود اینکه آموزش برنامه ریزی شده مسلماً اثرات کمک کننده پس از جراحی قلب به دنبال خواهد داشت و در حال حاضر هیچ دستورالعمل یا استانداردی برای چگونگی توانمندسازی بیماران پس از جراحی دریچه قلب وجود ندارد (۱۰). توانمندسازی از روش‌های کاربردی و قابل اجرا با هزینه کم است و مفهوم توانمندسازی اولین بار در بیماری دیابت به عنوان فرآیند کشف و توسعه ظرفیت ذاتی فرد برای قبول مسئولیت زندگی به واسطه برخورداری از دانش و منابع کافی برای اخذ و اجرای تصمیمات منطقی و تجربه کافی برای ارزشیابی اثربخشی تصمیمات اخذ شده تعریف شده است (۱۱). الگوی توانمندسازی خانواده محور یک الگوی ایرانی است، که الحانی برای پیشگیری از یک بیماری مزمن یعنی آنمی فقر آهن در دختران نوجوان ارائه کرده است (۱۲). در این الگو شاخص‌های توانمندسازی شامل تهدید درک شده که درک عوارض و مشکلات ناشی از یک بیماری یا وضعیت خاص بهداشتی و میزان احتمال ابتلا یا خطری که برای بیمار، انجام رفتارهای پیشگیرانه عکس العمل مناسب است (۱۳)، همچنین خودکارآمدی بر اساس تئوری بندورا خودکارآمدی شامل اعتماد و اطمینان فرد از توانا بودن در انجام کارهای خودمراقبتی به طور مطلوب است، به گونه‌ای که از این طریق به نتایج مطلوب دست یابد (۱۴) و عزت نفس به عنوان نگرش مثبت یا منفی فرد نسبت به خود و در مجموع ارزیابی فرد از حس ارزشمندی خود است (۱۵). تاکنون این الگو برای ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مزمن از قبیل کم خونی فقر آهن (۱۲، ۱۶)، تالاسمی (۱۷)، فشارخون (۱۸)، دیابت (۱۹)، آسم (۲۰)، مولتیپل اسکلروزیس (۲۱) بای پس عروق کرونر (۱۸) و سایر بیماری‌های مزمن اجرا شده است. هدف اصلی الگوی توانمندسازی خانواده محور توانمند کردن سیستم خانواده (بیمار و سایر اعضاء خانواده) به منظور ارتقاء سطح سلامت است (۱۱). در این مدل یکی از اعضای خانواده تحت عنوان «عضو فعال خانواده» (با ویژگی‌های تمایل، قدرت تصمیم‌گیری، توان همکاری و با اولویت همسر و فرزند) در تمامی مراحل کار مشارکت دارد (۱۳). مجموعه تدابیر پرستاری که در الگوی توانمندسازی خانواده محور جهت توانمندسازی خانواده به کار می‌رود در راستای ایجاد مشارکت پرستاری و خانواده با تأکید بر کاهش عوامل خطر و ارتقاء سلامت است و در اجرای این الگو توجه بیشتر به

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-27]
[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.3.3.174]

مسئولیت پذیری و همکاری با تمرکز بر ظرفیت‌های موجود است. این مدل با مراحل اصلی تهدید درک شده، خودکارآمدی، عزت نفس و ارزشیابی در بیمار و خانواده می‌تواند به عنوان یک راهکار عملی مناسب در ارتقاء بهداشت باشد (۲۲). اجرای این مدل در بیماران قلبی عروقی نقش قابل ملاحظه‌ای داشته است، لذا، این مطالعه با هدف تعیین تأثیر اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور بر شاخص‌های توانمندی (تهدید درک شده، خودکارآمدی و عزت نفس) بیماران با دریچه مصنوعی قلب در بیمارستان‌های نیروهای مسلح در سال ۱۳۹۴ انجام شده است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی است. جامعه مورد مطالعه بیماران مراجعه کننده به بیمارستان‌های نیروهای مسلح که دارای معیارهای ورود به مطالعه از جمله داشتن حداقل یک دریچه مصنوعی قلب، تعبیه دریچه مصنوعی قلبی برای اولین بار، سن ۸۵-۱۶ سال، حداقل ۴۸ ساعت بعد از جراحی قلب، بیمار یا عضو فعال خانواده جزء کادر پزشکی و پرستاری نباشد و معیارهای خروج شامل انصراف از ادامه شرکت در مطالعه یا فوت بیمار و در دسترس نبودن بیمار پس از ترخیص بوده است. حجم نمونه با استناد به مقاله مرتبط و استفاده از فرمول زیر محاسبه گردید (۱۷)؛ بنابراین حجم نمونه با فرمول $n=\frac{۲}{d^{۲}}\times C_{P.Power}$؛ ۴۰ نفر (۲۰ نفر گروه آزمون و ۲۰ نفر گروه کنترل) می‌باشد.

در این پژوهش جمع‌آوری نمونه‌ها به روش در دسترس بوده است و به منظور گردآوری اطلاعات از پرسشنامه‌ای محقق ساخته با سنجش روایی و پایایی استفاده شد. این ابزار در دو بخش؛ بخش اول مربوط به اطلاعات جمعیت شناختی که شامل ۱۵ گویه است و موارد جنس، سن، قد، وزن، شغل، محل زندگی، وضعیت تحصیلی، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی، وضعیت فعلی خانواده، سابقه جراحی قلب در بستگان نزدیک، همراه بودن جراحی دریچه قلب با عروق کرونر، محل تعبیه دریچه، نوع بیمه و زمانی که بیمار از اختلال دریچه قلب آگاه شده است را شامل می‌شود؛ و بخش دوم شامل پرسشنامه توانمندی بیمار است. این بخش سه حیطه دارد.

۱- حیطه تهدید درک شده، شامل ۱۰ سؤال و در مجموع ۴۰ امتیاز می‌باشد که عوامل خطرساز؛ ازجمله اقدامات دندانپزشکی و تهاجمی، فشارخون، ورزش‌های سنگین، علائم خونریزی، داروهای بدون نسخه، اختلال در مصرف داروها، رژیم غذایی نامناسب و کار با ابزار تیز و برنده پرداخته است؛ که با معیار لیکرت به صورت کاملاً موافقم نمره (۴)، موافقم نمره (۳)، مخالفم نمره (۲)، کاملاً مخالفم نمره (۱) و نظری ندارم (۰) نمره دهی شده است.

۲- حیطه خودکارآمدی، شامل ۱۰ سؤال و در مجموع ۴۰ امتیاز می‌باشد و مواردی مانند توانایی انجام صحیح مصرف داروها، توانایی اطلاع جواب آزمایش به پزشک، میزان پیاده‌روی، گزارش علائم خونریزی، توان شمارش نبض و گزارش آن، به عهده گرفتن مسئولیت بیماری، به کار بردن اسپیرومتری انگیزشی، تکنیک‌های آرام سازی، رعایت رژیم غذایی را شامل می‌شود که با معیار لیکرت به صورت که کاملاً موافقم نمره (۴)، موافقم نمره (۳)، مخالفم نمره (۲)، کاملاً مخالفم نمره (۱) و نظری ندارم (۰) نمره دهی انجام شده است.

۳- حیطه عزت نفس، در این حیطه مقیاس استاندارد روزنبرگ به کار رفته است. این ابزار اندازه‌گیری شامل ۱۰ ماده خودگزارشی و مجموع ۴۰ امتیاز می‌باشد که احساسات کلی ارزش یا پذیرش خود را به صورت مثبت بیان می‌کند. همچنین، هر گزاره این مقیاس شامل یک مقیاس چهارگزینه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم است که دامنهٔ آن از ۱ تا ۴ مرتب شده است. به علاوه، کمینه و بیشینه نمره این پرسشنامه ۱۰ و ۱۲۰ است.

روایی پرسشنامه توسط ۱۰ نفر از اساتید دانشگاه علوم پزشکی آجا، دانشگاه تربیت مدرس و دانشگاه بقیه‌الله تائید و پایایی پرسشنامه توسط ۱۰ نفر از بیماران با شرایط واحدهای پژوهش در بیمارستان انجام و پس از یک هفته مجدد تکمیل شد و ضریب آلفا کرونباخ پرسشنامه توانمندی بیمار ۰/۸۸ به دست آورده شد.

برای تکمیل پیش آزمون، محقق به صورت پرسیدن تک تک سؤال‌ها به صورت چهره به چهره از بیمار اقدام نمود؛ و در همان جلسه پرسشنامه توانمندسازی عضو فعال خانواده توسط خودشان در حضور محقق تکمیل و در صورت داشتن سؤال توسط محقق پاسخ داده شد. پس از تجزیه وتحلیل داده‌های مربوط به پیش آزمون، مداخله در سه گام برای گروه آزمون در گروه‌های ۵-۳ نفره

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-27]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.3.3.174]

اجرا شد. در گام اول (تهدید درک شده) جلساتی با هدف افزایش تهدید درک شده از طریق افزایش سطح دانش و شناخت آنان در مورد مشکلاتی که بیمار را تهدید می‌کند و مشکلات و شناخت عوارض بیماری تشکیل شد. در جلسات اول و دوم، پژوهشگر در مورد ماهیت و فرآیند بیماری و پیش آگهی، علائم و احتمال ایجاد عوارض و پیامدهای ناشی از آن و راهکارهای پیشگیری و درمانی و رژیم دارویی و پیگیری برنامه درمانی، توضیحاتی داد به گونه‌ای که خود مشارکت کنندگان بحث را ادامه داده و بحث و گفتگو کردند. به منظور تداوم یادگیری و اجرا خارج از این جلسات از کارت‌های آموزشی نیز استفاده شد. کارت‌های آموزشی دارای توضیح به زبان ساده و تصاویر گویا، در هر جلسه مرتبط با موضوع بحث به بیماران داده شد. زمان هر جلسه با توجه به تمایل و تحمل بیماران حدود ۴۰-۳۰ دقیقه بوده است. در گام دوم (خودکارآمدی به روش مشکل گشایی) بیمار ضمن آگاهی و شناخت عمیق نسبت به فرایند بیماری و عوارض آن با اعتماد به نفس و احساس اینکه «من می‌توانم در بهبود وضعیتم نقش داشته باشم» در برنامه مراقبتی مشارکت فعال داشت. برای این منظور جلسات حل مسئله برگزار گردید و به حل مسائل و مشکلات مرتبط با بیماری به روش بحث گروهی پرداخته شد. مثلاً تنفس عمیق به روش صحیح، استفاده صحیح از اسپیرومتری انگیزشی و انجام فعالیت‌ها و حرکات مناسب به صورت عملی انجام شد. هدف شناخت مشکل توسط افراد واحدهای پژوهش و ارائه راه حل توسط خودشان و اجرا همراه با ارتقاء سطح خودکار آمدی از طریق بحث و گفتگو بود. در گام سوم (عزت نفس) از بیمار خواسته شد که در آموزش به عضو فعال خانواده مشارکت کند به این ترتیب که مطالب بحث شده در هر جلسه را به عضو فعال خانواده به نمایندگی از طرف خانواده منتقل نماید و علاوه بر این برای هر جلسه کارت‌های آموزشی نیز توسط پژوهشگر برای عضو فعال خانواده که حاوی مطالب و تصاویر گویا به زبان ساده و در پشت کارت‌ها دو سؤال مرتبط با آن ارسال شد. جلسات تشکیل شده برای هر بیمار ۵-۳ جلسه بوده است. ارزشیابی در دو مرحله، ارزشیابی فرایند یک هفته پس از اجرای مداخله و ارزشیابی نهایی یک و نیم ماه پس از اجرای مداخله از طریق پرسشنامه اجرا شد. پس از جمع‌آوری داده‌ها، با استفاده از نرم‌افزار spss نسخه ۲۳، با استفاده از آزمون‌های توصیفی (تعداد، درصد، میانگین و انحراف معیار) و آزمون‌های تحلیلی (آزمون تی مستقل، آزمون دقیق فیشر، آزمون پیرسون کای اسکوئر، آزمون آنالیز واریانس با تکرار مشاهدات) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

طرح در دانشگاه علوم پزشکی آجا به شماره ۵۹۴۲۵۶ در تاریخ ۹۴/۷/۶ تصویب گردید و این پژوهش به تصویب کمیته اخلاق در دانشگاه علوم پزشکی آجا رسیده و دارای کد اخلاق IR.AJAUMS.REC۱۳۹۴,۴۰ می‌باشد. در ضمن این طرح در سامانه مرکز ثبت کارآزمایی بالینی به شماره IRCT ۲۰۱۵۰۸۳۱۲۰۰۴IN۲ ثبت شده است. محقق قبل از مداخله به واحدهای پژوهش در مورد طرح و مختار بودن آنان برای شرکت در طرح توضیح کامل داده و رضایت واحدهای پژوهش را به طور شفاهی جلب نمود.

یافته‌ها

در این پژوهش از هر گروه یک نفر به دلیل عدم دسترسی مجدد خارج شدند و در نهایت ۳۸ نفر شرکت نموده‌اند که ۱۹ نفر گروه آزمون و ۱۹ نفر گروه کنترل را تشکیل می‌دهند. میانگین سنی واحدهای پژوهش ۵۸ سال بوده است و اکثر واحدهای پژوهش مؤنث، خانه‌دار، متأهل و دارای تحصیلات زیر دیپلم بوده‌اند. سایر اطلاعات جمعیت شناختی هر دو گروه در جدول شماره ۱ آورده شده است.

مطابق جدول شماره ۲ توانمندی واحدهای پژوهش در هر سه حیطه؛ تهدید درک شده، خودکارآمدی و عزت نفس در زمان قبل از مداخله بر اساس آزمون تی مستقل در دو گروه آزمون و کنترل تفاوت معنادار وجود ندارد (P<۰/۰۵)؛ اما پس از مداخله در هر سه حیطه میان دو گروه تفاوت معنادار مشاهده می‌شود (P<۰/۰۵). جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که توانمندی گروه آزمون یک هفته پس از مداخله و یک و نیم ماه پس از مداخله نسبت به زمان قبل از مداخله افزایش یافته است و بر اساس آزمون آنالیز واریانس با تکرار مشاهدات تفاوت معنادار وجود دارد.

نمودار شماره ۱ نیز افزایش توانمندی بیماران گروه آزمون را در دو مرحله بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله تائید می‌کند.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-27]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.3.3.174]

جدول ۱- اطلاعات جمعیت شناختی افراد نمونه پژوهش

گروه		آزمون				کنترل				آماره
شاخص متغیر		میانگین	انحراف معیار	تعداد	درصد	میانگین تعداد	انحراف معیار	تعداد	درصد	
سن		۵۸/۵۸	۱۰/۸۰			۵۸/۱۱	۱۲/۷۴			آزمون تی مستقل: P= ۰/۲۶۱
توده بدنی (BMI)		۲۷/۲۷	۴/۷۹			۲۶/۴	۳/۸۳			آزمون تی مستقل: P= ۰/۴۶۶
جنس	مرد			۶	۳۱/۵۷			۱۱	۵۷/۸۹	آزمون دقیق فیشر: P= ۰/۰۹۶
	زن			۱۳	۶۸/۴۲			۸	۴۲/۱	
شغل	نظامی			۱	۵/۲۶			۲	۱۰/۵۲	آزمون پیرسون کای اسکوئر P= ۰/۳۶۹
	غیرنظامی			۱	۵/۲۶			۴	۲۱/۰۵	
	خانه‌دار			۱۲	۶۳/۱۵			۷	۳۶/۸۴	
	بازنشسته نظامی			۳	۱۵/۷۸			۵	۲۶/۳۱	
	بازنشسته غیرنظامی			۲	۱۰/۵۲			۱	۵/۲۶	
محل اقامت	شهر			۱۸	۹۴/۷۳			۱۷	۸۹/۴۷	آزمون دقیق فیشر: P= ۰/۵۰۰
	روستا			۱	۵/۲۶			۲	۱۰/۵۲	
میزان تحصیلات	بی‌سواد			۲	۱۰/۵۲			۳	۱۵/۷۸	آزمون پیرسون کای اسکوئر: P= ۰/۶۳۰
	زیر دیپلم			۱۱	۵۴/۸۹			۷	۳۶/۸۴	
	دیپلم			۳	۱۵/۷۸			۵	۲۶/۳۱	
	دانشگاهی			۳	۱۵/۷۸			۴	۲۱/۰۵	
وضعیت تأهل	متأهل			۱۷	۸۹/۴۷			۱۷	۸۹/۴۷	آزمون دقیق فیشر: P= ۰/۶۹۸
	فوت همسر			۲	۱۰/۵۲			۲	۱۰/۵۲	
نوع بیمه	نیروهای مسلح			۱۳	۶۸/۴۲			۱۲	۶۳/۱۵	آزمون پیرسون کای اسکوئر: P= ۰/۴۹۹
	تأمین اجتماعی			۳	۱۵/۷۸			۶	۳۱/۵۷	
	آزاد			۱	۵/۲۶			۰	۰	
	سایر بیمه‌ها			۲	۱۰/۵۲			۱	۵/۲۶	

بحث و نتیجه‌گیری

تمرکز بر بیماری‌های مزمن، از سیاست‌های کلیدی در سیستم‌های مراقبت درمانی است. بر این اساس، اولویت بیشتر به مشارکت بیماران در مراقبت‌های بهداشتی و خود مدیریتی، مورد تأکید قرار گرفته است. مشارکت در مراقبت‌های سلامتی به صورت ارتباط متقابل بین بیمار و سیستم مراقبتی یا کارکنان بهداشتی است، به گونه‌ای که بیمار در ارائه اطلاعات در کمک به تشخیص و حل مسئله، مشارکت در اولویت یا مدیریت درمان، سؤال پرسیدن، شرکت در مدیریت نیازها و اولویت یا ترجیحات، نقش خود را اعمال می‌کند (۲۳). همچنین مطالعات حاکی از این است که در دهه‌های اخیر رویکرد اصلی بهداشت درمان، به سوی فراهم نمودن آگاهی و اجرای آموزش‌های لازم به بیمار تغییر کرده

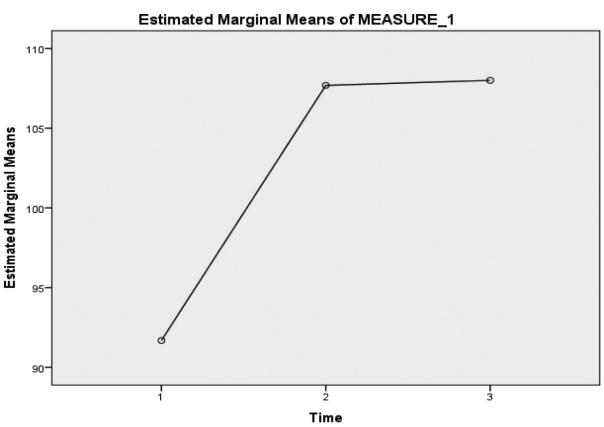
[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-27]
[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.3.3.174]

جدول ۲ – شاخص‌های مرکزی واحدهای پژوهش در سه حیطه تهدید درک شده، خودکارآمدی و عزت نفس قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل

حیطه	تهدید درک شده				خودکارآمدی				عزت نفس			
شاخص	قبل از مداخله		پس از مداخله		قبل از مداخله		پس از مداخله		قبل از مداخله		پس از مداخله	
گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمون	۳۱/۱۶	۵/۶۵	۳۸/۷۴	۲/۱۰	۲۶/۷۹	۵/۴۹	۳۳/۰۰	۴/۴۳	۳۳/۷۴	۵/۰۹	۳۶/۲۶	۳/۸۲
کنترل	۳۳/۹۵	۴/۸۲	۳۴/۱۶	۴/۴۸	۲۶/۶۸	۴/۷۹	۲۵/۴۲	۴/۵۸	۳۳/۱۱	۵/۴۴	۳۳/۰۰	۵/۵۷
آماره	آزمون تی مستقل: P= ۰/۱۱۱		آزمون تی مستقل: P= ۰/۰۲۵		آزمون تی مستقل: P= ۰/۲۹۸		آزمون تی مستقل: P< ۰/۰۰۱		آزمون تی مستقل: P= ۰/۷۶۲		آزمون تی مستقل: P= ۰/۰۴۳	

جدول ۳- شاخص‌های مرکزی و پراکندگی توانمندی بیماران در گروه آزمون

گروه	شاخص‌ها		آماره
	میانگین	انحراف معیار	
توانمندی بیماران قبل از مداخله (۱)	۹۱/۶۸	۱۳/۶۳	آزمون: آنالیز واریانس با تکرار مشاهدات
توانمندی بیماران یک هفته پس از مداخله (۲)	۱۰۷/۶۸	۱۰/۰۴	P= ۰/۰۱۶
توانمندی بیماران یک و نیم ماه پس از مداخله (۳)	۱۰۸/۰۰	۹/۲۸	



نمودار ۱- توانمندی بیماران در گروه آزمون در سه زمان

است. از آنجایی که آموزش برنامه‌ریزی شده و سیستماتیک، سطح اطلاعات، خودمراقبتی و رضایتمندی بیماران را افزایش و سطح اضطراب آنان را کاهش می‌دهد، از دست اندرکاران سیستم بهداشت و درمان انتظار می‌رود آگاهی کامل به بیمار و خانواده آن‌ها در رابطه با بیماری، عوارض آن، درمان و روش‌های خودمراقبتی ارائه دهند تا جایی که بیماران آگاهی لازم را در تمام جنبه‌ها داشته باشند و به علاوه قادر باشند یک نقش فعال و مستقل در تصمیمات مربوط به خود داشته باشند (۲۴). در حوزه درمانی و مراقبتی توانمند کردن خانواده به خصوص در بیماران در شرایط مزمن امری ضروری است. توجه به الگوی توانمندسازی با محوریت خانواده رکن اساسی در حوزه آموزش پزشکی و پرستاری است. حمایت و افزایش دانش اعضای خانواده در زمینه نیازهای خودمراقبتی بیماران مزمن بهترین منبع برای حمایت بیمار و تقویت سازگاری آن با شرایط موجود و حفظ کیفیت زندگی آن‌هاست لذا، پرستاران در فرآیند مراقبت و آموزش باید به این منبع مهم توجه ویژه کرده و در جهت ارتقاء دانش و توانمندسازی اعضای خانواده برنامه مناسب داشته باشند (۱۲) نتایج مطالعه حاضر نشان داد که اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور باعث افزایش شاخص‌های توانمندی بیماران دارای دریچه مصنوعی قلب می‌شود.

در رابطه با گام تهدید درک شده، پژوهشی در سال ۲۰۱۴ بر روی ۱۱۴۱ نفر بیمار مبتلا به دیابت نوع دو به منظور بررسی اثرات یک برنامه توانمندسازی بیماران بر نتایج بالینی و استفاده از سرویس‌های خدمات بهداشتی بیماران انجام شد. نتایج نشان داد که برنامه توانمندسازی منجر به بهبود نتایج بالینی مؤثر و استفاده کمتر از درمانگاه‌های عمومی در طی ۱۲ ماه در این گروه از بیماران شد (۲۵). همچنین در حیطه دانش و گام عزت نفس (خودباوری) پژوهشی دیگر با عنوان تأثیر آموزش گروهی و انفرادی بر پیگیری درمان و میزان بروز عوارض در بیماران مصرف کننده وارفارین بعد

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-27]
[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.3.3.174]

از تعویض دریچه قلب در سال ۱۳۹۱انجام شد. بعد از گذشت ۶ ماه، نتایج آزمایشات PTT (Partial Thromboplastin Time)، PT (Protrombin Time) و INR، تعداد آزمایشات انجام شده، فواصل آزمایش، و بروز عوارض در دو گروه مقایسه شد. نتایج حاکی از این بود در بیماران مصرف کننده وارفارین بعد از تعویض دریچه قلب، آموزش گروهی منجر به بهبود پیگیری درمان و کاهش بروز عوارض و مرگ و میر بیماران می‌شود. همچنین پیگیری درمان در ۶ ماه پس از انجام مداخله، در دو گروه تفاوت معنادار نشان داد (۲۶). از پژوهش‌های دیگر در حیطه خودکارآمدی و عزت نفس که در سال ۱۳۹۱ بر روی ۱۰۲ بیمار انجام شد، حاکی از آن بود که اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور در تبعیت از رژیم درمانی بیماران تحت عمل جراحی بای پس کرونر امکان پذیر بوده و با افزایش همکاری خانواده در تبعیت از رژیم درمانی همراه بوده است. و همچنین تأثیر توانمندسازی خانواده محور در این گروه از بیماران، بهبود و افزایش خودکارآمدی و عزت نفس را به همراه داشته است (۲۲، ۲۷). مطالعه دیگر در رابطه با اجرای این الگو در بیماری‌های قلبی، با عنوان تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر سبک زندگی بیماران با فشارخون بالا، در سال ۱۳۹۲ انجام شد. در این مطالعه طی ۶ جلسه به صورت بحث گروهی و بر اساس گام‌ها و مراحل الگوی توانمندسازی خانواده محور برای بیماران انجام شد. ارزشیابی نهایی ۱/۵ ماه بعد از مداخله، نتایج نشان داد میانگین نمره سبک زندگی در گروه مداخله پس از اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور افزایش داشته است و اجرای این الگو با مشارکت خانواده، سبک زندگی بیماران را درجاتی قابل قبول ارتقاء می‌دهد و بیماران را در بستر خانواده و در سایه چتر حمایت خانواده توانمند می‌کند (۱۸). مطالعه دیگر در سال ۲۰۱۵ با هدف ارزیابی اثربخشی خودمدیریتی در افراد مسن با بیماری مزمن و سطح سواد سلامت بالا یا پایین انجام شده است. در این مطالعه افراد با سن ۶۵ سال و بالاتر، به مدت ۶ جلسه و هر جلسه ۲/۵ ساعت توسط محقق در گروه‌های ۱۲-۱۰ نفر بود، با محتوای آموزش مدیریت علائم و نشانه‌ها، حل مسئله، مدیریت احساسات مرتبط با بیماری مزمن، ورزش، تغذیه، داروها و مهارت‌های ارتباطی آموزش داده شد. برنامه آموزش بر اساس خودمدیریتی، اجرای استراتژی برنامه‌ریزی و اقدام هفتگی، الگو و اجرای رفتارهای حل مسئله، تفسیر علائم و نشانه‌ها، روش‌های مدیریت مشکلات، گروه حل مسئله و تصمیم‌گیری‌های فردی بوده است. ارزیابی قبل از مداخله، هفته ۶ و هفته ۱۸ پیگیری انجام شد و نتایج حاکی از این بود که در گروه مداخله سطح خودکارآمدی و فعالیت فیزیکی به طور معنادار افزایش یافته است و همچنین شرکت کنندگان با سطح سواد سلامت پایین منافع و سود بیشتری از مداخله در مقایسه با افراد با سواد سلامت بالا برده‌اند (۲۸). همچنین در مطالعه دیگر نشان داده شد اجرای الگو توانمندسازی خانواده محور می‌تواند در بهبود سلامت فیزیکی و روانی بیماران پس از سکته قلبی مؤثر می‌باشد (۲۹). مطالعات فوق نشان می‌دهد اجرای الگوی توانمندسازی در بیماران با ماهیت مزمن بیماری موجب بهبود نتایج بالینی، افزایش همکاری خانواده‌ها، ارتقاء دانش، خودکارآمدی، عزت نفس، و کاهش عوارض و مرگ و میر ناشی از بیماری و کاهش هزینه‌ها را به دنبال دارد که با نتایج پژوهش اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور بر بیماران با دریچه قلب مصنوعی همسو می‌باشند. محدودیت‌های این پژوهش شامل تفاوت‌های فردی و وضعیت جسمی و روانی واحدهای پژوهش و امکان دریافت اطلاعات از منابع دیگر بوده است. در نهایت پیشنهاد می‌شود بیماران بعد از جراحی تعویض دریچه قلب از نتایج این پژوهش بهره‌مند شوند و همچنین مدیران خدمات پرستاری با کاربرد الگوهای توانمندسازی بیماران می‌توانند باعث جلب مشارکت و مسئولیت بیماران در امر مراقبت شوند و خدمات پرستاری را گسترش دهند.

تشکر و قدردانی

این مقاله بر گرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته پرستاری مراقبت‌های ویژه است. این طرح در دانشکده علوم پزشکی آجا به شماره ثبت ۵۹۴۲۵۶ در تاریخ ۹۴/۷/۶ به تصویب رسیده است. بدین وسیله از دانشگاه علوم پزشکی آجا و همکاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله به ویژه مسئولین بیمارستان جماران، کلیه همکاران، بیماران و خانوادهٔ آنان که ما را در این پژوهش یاری فرمودند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-27]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.3.3.174]

References

1- Wang LW, Ou SH, Tsai CS, Chang YC, Kao CW. Multimedia Exercise Training Program Improves Distance Walked, Heart Rate Recovery, and Self-efficacy in Cardiac Surgery Patients. J Cardiovasc Nurs. 2016;31 (4): 343-9. DOI: 10.1097/JCN.0000000000000246 PMID: 25774840

2- Dickson VV, Nocella J, Yoon HW, Hammer M, Melkus GD, Chyun D. Cardiovascular disease self-care interventions. Nurs Res Pract. 2013;2013: 407608. DOI: 10.1155/2013/407608 PMID: 24223305

3- Samiei N, Hakimi MR, Mirmesdagh Y, Peighambari MM, Alizadeh-Ghavidel A, Hosseini S. Surgical outcomes of heart valves replacement: A study of tertiary specialied cardiac center. ARYA Atheroscler. 2014;10 (5): 233-7. PMID: 25477979

4- Thomson Mangnall LJ, Gallagher RD, Sibbritt DW, Fry MM. Health-related quality of life of patients after mechanical valve replacement surgery: an integrative review. Eur J Cardiovasc Nurs. 2015;14 (1): 16-25. DOI: 10.1177/1474515114528126 PMID: 24634389

5- Mann DL, Zipes DP, Libby P, Bonow RO. Braunwald›s heart disease: a textbook of cardiovascular medicine: Elsevier Health Sciences; 2014.

6- Naso F, Gerosa G. Implications of alpha-gal epitopes in bioprosthetic heart valve degeneration. Exp Clin Cardiol. 2014;20 (6): 145-50.

7- Taghadosi M, Memarian R, Ahmadi F. The Experiences of "Difficult Life" in Heart Valve Replaced Patients. Iranian Red Crescent Medical Journal. 2014;16 (8). DOI: 10.5812/ircmj.19147

8- Taghadosi M, Memarian R, Ahmadi F. Experiences of warfarin use among cardiac valve-replaced patients in Iran. J Crit Care Nurs. 2014;6 (4): 207-16.

9- Lapum JL, Fredericks S, Liu L, Yau TM, Retta B, Jones VM, et al. Facilitators and Barriers of Heart Surgery Discharge: Patients› and Nurses› Narrative Accounts. J Cardiovasc Nurs. 2016;31 (4): 350-6. DOI: 10.1097/JCN.0000000000000253 PMID: 25774842

10- Veronovici NR, Lasiuk GC, Rempel GR, Norris CM. Discharge education to promote self-management following cardiovascular surgery: an integrative review. Eur J Cardiovasc Nurs. 2014;13 (1): 22-31. DOI: 10.1177/1474515113504863 PMID: 24042728

11- Vahedian Azimi A, Alhani F, Ahmadi F, Kazemnejad A. Effect of family-centered empowerment model on the life style of myocardial infarction patients. J Crit Care Nurs. 2010;2 (4): 1-2.

12- Roshan SN, Navipor H, Alhani F. Effect of family-centered empowerment model (FCEM) on quality of life of mothers having teenagers with iron deficiency anemia. J Nurs Educ. 2014;3 (2): 27-40.

13- Alhani F. Desining of family based empowering model and evaluation of its effect on prevention of Iron deficiency anemia in teenager garls Thran: Tarbiat Modarss University; 2003.

14- 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.

15- Sahebzamani M, Fesharaki M, Abdollahi Mofrad Z. Association of life style and self-esteem among adolescent girls of daily public high schools of Tehran. Med Sci J Islamic Azad Univ. 2010;20 (1): 45-51.

16- Alhani F, Niknami S-D, Kimiagar S, Anoushirvan k, AR H. Family-centered empowerment model and assess its effect on the prevention of iron deficiency anemia in adolescent girls. Pajoohandeh. 2003;8 (4): 9-15.

17- Allahyari A, Alhany F, Kazemnejad A. The effect of family-centered empowerment model on the quality of Life of school-age B-thalassemic children. Iranian J Pediatr. 2006;16 (4): 455-61.

18- Mhmmodi Rad G, Mohalli F, Alhani F. The impact of family-centered empowerment for patients with high blood pressure. Med Surg Nurs J. 2013;2 (3,4): 128-36.

19- Sadeghi M, Razi P, A NN, Ebrahimi H, Kazemnejad A. Comparison of the impact of education based on the empowerrment model and family-center e18-27mpowerrment model on knowledge and metabolic control of patients with type 2 diabetes mellitus. nurs educ. 2013;2 (3): 18-27.

20- Rajabi R, Sabzevari S, Borhani F, Haghdoost A, Bazargan N. The effect of family-centered Empowerment Model on quality of life school age children with asthma. J Health Promot Manage. 2013;2 (4): 7-15.

21- Masoodi R, Soleimani MA, Alhani F, Rabiei L, Bahrami N, Esmaeili SA. Effects of family-centered empowerment model on perceived satisfaction and self concept of multiple sclerosis patients care givers. Koomesh. 2013;14 (2): 240-8.

22- Sanaie N, Nejati S, Zolfaghari M, Alhani F, KazemNejad A. The effect of family-centered empowerment in self efficacy and self esteem in patients undergoing coronary bypass graft surgery. J Res Dev Nurs amp Midwifery. 2013;10 (2): 44-53.

23- Ferreira C, Marques RC, Nicola P. On evaluating health centers groups in Lisbon and Tagus Valley: efficiency, equity and quality. BMC Health Serv Res. 2013;13: 529. DOI: 10.1186/1472-6963-13-529 PMID: 24359014

24- Amirabadi T, Nasiri A, Kazemi T, Kardan M. Educational needs of patients with heart valve replacement surgery in birjand, 2012. J Surg Trauma. 2014;1 (4).

25- Wong C, Wong W, Lam C, Wan Y, Wong W, Chung K, et al. Effects of patient empowerment programme (pep) on clinical outcomes and health service utilization in type 2 diabetes mellitus in primary care: an observational matched cohort study. PLoS One. 2014;9 (5): e95328.

26- Borimnejad L, Asemi S, Samiei N, Haghani H. Comparison of group and individual training on the patients' compliance and incidence of warfarin side effects after cardiac valve replacement. Iran J Med Educ. 2012;12 (1): 10-8.

27- Sanaie N, Nejati S, Zolfaghari M, Alhani F, Kazemnezhad A. The

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-27]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.3.3.174]

effects of family-based empowerment on family cooperation in following patient treatment regime after coroner arteries bypass surgery. Mod Care J. 2014;11 (1): 19-27.

28- Kim SH, Youn CH. Efficacy of chronic disease self-management program in older Korean adults with low and high health literacy. Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci). 2015;9 (1): 42-6. DOI: 10.1016/j.anr.2014.10.008 PMID: 25829209

29- Vahedian-Azimi A, Miller AC, Hajiesmaieli M, Kangasniemi M, Alhani F, Jelvehmoghaddam H, et al. Cardiac rehabilitation using the Family-Centered Empowerment Model versus home-based cardiac rehabilitation in patients with myocardial infarction: a randomised controlled trial. Open Heart. 2016;3 (1): e000349. DOI: 10.1136/openhrt-2015-000349 PMID: 27110376

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-27]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.3.3.174]

The Implementation of Family-Centered Empowerment Model on the Empowerment Parameters of Patients With Prosthetic Heart Valves

Abedini. F[1], *Zareiyan. A[2], Alhani F[3], Teimouri. F[4]

Abstract

Introduction: After heart surgery, patients are at risk of multiple problems and concerns. It is essential to prepare them to continue living with the chronic nature of the disease. Empowerment is one of functional and low-cost methods.

Objectives: The aim of this study was to assess the effect of family-centered empowerment model on empowerment parameters in patients with artificial heart valves.

Materials and Methods: This clinical trial study was done during year 2015. After the patient was transferred from the Intensive Care Unit (ICU) , the test group and control group were selected by the available sampling method. For the test group, the family-centered empowerment model was performed in four steps: threat perceived, self-efficacy, self-esteem and evaluation through group training, group problem solving and educational participation during three to five sessions. Educational cards and booklets were provided for the cases and an active member of their family. The control group received routine care. Patient capability indexes (threat perceived, self-efficacy and self-esteem) was evaluated before, immediately after the intervention and one and half months after the intervention. The data was analyzed by SPSS version 23 software.

Results: Both groups were similar before the intervention in terms of demographic variables. The level of empowerment of the two groups before the intervention, in all three areas was not significantly different, but after the intervention, the test group's level of empowerment was significantly improved in all three areas ($P<0.05$). After one and half months the ability was not only stable but had also increased.

Discussion and Conclusion: Based on the findings, implementation of the model and nursing interventions as part of the family-centered empowerment model improved the empowerment parameters of patients with prosthetic heart valve.

Keywords: Artificial Heart Valves, Family-centered Empowerment Model, Indicators of Empowerment and Nursing.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-27]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.3.3.174]

Abedini F, Zareiyan A, Alhani F, Teimouri F. The Implementation of Family-Centered Empowerment Model on the Empowerment Parameters of Patients With Prosthetic Heart Valves. Military Caring Sciences. 2016; 3 (3). 174-183.
Submission: 18/7/2016 Accepted data: 6/9/2016 Published: 7/12/2016

1- MSc Student in Critical Care Nursing, Iran, Tehran, AJA University of Medical Sciences, Faculty of Nursing.
2- (* Corresponding author) PhD in Nursing Education, Assistant Professor, Iran, Tehran, AJA University of Medical Sciences, Faculty of Nursing, Health Department. Email: a.zareian@ajaums.ac.ir
3- PhD in Health Education, Associate Professor, Iran, Tehran, Tarbiat Modares University, Faculty Medical, Nursing Department.
4- MSc in Nursing, Instructor, Iran, Tehran, AJA University of Medical Sciences, Faculty of Nursing, Pediatric Department.