

بررسی تأثیر الگوی توانمند سازی خانواده محور بر بهبود کیفیت زندگی در بیماران سالمند مبتلا به آنژین صدری

حسنعلی فرزاسی^۱، مجیده هروی کریموی^{۲*}، ناهید رژه^۳، فاطمه الحانی^۳، سید حمید شریف نیا^۴

۱. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

۲. مرکز تحقیقات مراقبتهای سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

۳. دانشکده علوم پزشکی تربیت مدرس، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۴. دانشکده پرستاری و مامایی آمل، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

نشریه پایش

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۷/۱۲

سال شانزدهم، شماره ششم، آذر - دی ۱۳۹۶ صص ۷۷۵-۷۸۳

انشر الکترونیک پیش از انتشار - ۹ آبان ۹۶

چکیده

مقدمه: بیماری‌های قلبی عروقی عامل اصلی مرگ در کشورهای در حال توسعه است. نداشتن آگاهی و دانش کافی بیمار و خانواده او در رابطه با بیماری، نحوه کنترل و مراقبت آن را مختل و در نتیجه باعث کاهش کیفیت زندگی می‌شود. هدف از مطالعه حاضر تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر بهبود کیفیت زندگی در بیماران سالمند مبتلا به آنژین بود.

مواد و روش کار: این مطالعه به صورت کارآزمایی بالینی بر روی ۹۰ بیمار ۶۰ سال به بالا مبتلا به آنژین صدری بستری در بخش‌های قلب بیمارستان بوعلی سینای شهر قزوین انجام شد. نمونه‌گیری به روش در دسترس و سپس تخصیص تصادفی انجام شد. برای گروه آزمون الگوی توانمندسازی خانواده محور با چهار مرحله تهدید درک شده به روش بحث گروهی، خودکارآمدی به روش مشکل‌گشایی، عزت نفس به روش مشارکت آموزشی و ارزشیابی فرآیندی و برآیندی و برای گروه کنترل مراقبت رایج اجرا شد. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل متغیرهای دموگرافیک، ابزارهای تخصصی الگوی توانمندسازی خانواده محور و پرسشنامه کیفیت زندگی آنژین سیاتل بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS 22 از طریق آزمونهای آماری کای دو، تی مستقل و زوجی و آزمون آنکووا انجام شد.

یافته‌ها: ابعاد مختلف کیفیت زندگی بعد از مداخله در گروه آزمون نسبت به قبل از مداخله و نیز نسبت به گروه کنترل تفاوت معنی‌دار داشت ($P < 0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری: الگوی توانمندسازی خانواده محور در بیماران مبتلا به آنژین صدری توانست کیفیت زندگی آنان را ارتقا بخشد.

کلیدواژه: آنژین صدری، الگوی توانمندسازی خانواده محور، کیفیت زندگی

کد اخلاق: IR.Shahed.RIC.1394.70

کد کارآزمایی بالینی: IRCT2016020326352N1

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان ولیعصر، تقاطع خیابان طالقانی، کوچه شهید رحمت رحیم زاده، پلاک ۶، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه شاهد

تلفن: ۶۶۴۱۸۵۹۰

E-mail: hearavi@shahed.ac.ir

مقدمه

گرچه با گسترش روش های تشخیصی، پیشگیرانه و درمانی به نظر می رسد شیوع بیماری عروق کرونر کاهش یافته است، اما همچنان این بیماری عامل اصلی مرگ و میر در کشورهای در حال توسعه است [۱،۲]. در ایران به علت جوان تر بودن جمعیت نرخ شیوع بیماری های ایسکمیک قلبی ۳ درصد برآورد شده است و حدود دو میلیون نفر در ایران مبتلا به این بیماری وجود دارد [۳]. در میان بیماری های ایسکمیک قلبی، آنژین صدری شایع ترین نوع است و بیشترین موارد پذیرش در بخش های عمومی، جراحی و اورژانس بیمارستانی را شامل می شود [۱،۴]: آنژین نوعی درد موقت، فشار یا ناراحتی قفسه سینه است که وقتی اکسیژن کافی به قلب نرسد روی می دهد. در افراد سالمند اغلب دردهای آنژینی به صورت تنگی نفس و درد در هردو بازو بروز می کند ولی در برخی اوقات به دلیل تغییرات فیزیولوژیکی بدن، بدون علامت است، که به آن آنژین صدری خاموش می گویند [۵،۶] و علت بستری شدن های مکرر در بخش مراقبت ویژه قلبی و احساس اضطراب و افسردگی در بیمار و خانواده او است [۷،۸]. کیفیت زندگی در افراد مبتلا به بیماری ایسکمیک قلبی، به دلیل اینکه این بیماری در تمام طول عمر همراه فرد است و با توجه به چرخش مراقبت از بیمارستان به جامعه نیاز و نیاز به وجود بستگان جهت مراقبت تحت تاثیر قرار گرفته است [۹،۱۰]؛ لذا باید برای کنترل بهتر بیماری و برخورداری از سبک زندگی بهتر بیمار و خانواده او توانمند شوند [۱۱]. توانمند سازی خانواده محور، مددجو و خانواده اش را در تصمیم گیری برای ارتقای سطح سلامت درگیر می کند تا با تصمیم گیری صحیح و قدرتمندانه به خودشان کمک کنند که بر وضعیت سلامتی خود کنترل داشته باشند و با مراقبت از خودشان به اهدافشان در جهت بهبود سلامتی دسترسی یابند [۱۲،۱۳]. در حال حاضر تأکید زیادی بر به کارگیری الگوهای توانمند سازی وضعیت سلامتی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در بیماران می شود [۱۱]. بنابراین این مطالعه با هدف تعیین تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر بهبود کیفیت زندگی مددجویان مبتلا به بیماری آنژین صدری انجام شد.

مواد و روش کار

این مطالعه به صورت کارآزمایی بالینی، بر روی ۹۰ بیمار ۶۰ سال به بالا مبتلا به آنژین صدری بستری در بخش های قلب بیمارستان بوعلی سینای شهر قزوین به روش یک سو کور و به صورت تصادفی

در دو گروه کنترل و آزمون انجام شد. ارزیابی مداخله در دو مرحله قبل و بعد از مداخله مورد بررسی قرار گرفت. معیار ورود به مطالعه شامل گذشت حداقل ۱ ماه از تشخیص قطعی بیماری، دارا بودن پرونده در بخش های قلب، تأیید سکت قلبی به وسیله علائم بالینی، آزمایشات آنژیومی سرم و تغییرات نوار قلبی، نداشتن بیماری روحی و روانی خاص، توانایی خواندن و نوشتن یا تکلم به زبان فارسی بیمار یا عضو فعال خانواده (یکی از اعضای خانواده که با بیمار زندگی کرده و در امور درمان به بیمار کمک می کند)، امکان تماس تلفنی با بیمار بعد از ترخیص و معیارهای خروج از مطالعه شامل وخامت حال بیمار (عدم ثبات در وضعیت جسمانی) و عدم همکاری در طی جلسات بود. ابزار جمع آوری داده ها شامل پرسش نامه دموگرافیک (مخصوص بیمار و عضو فعال خانواده او شامل ۲۰ پرسش) و پرسشنامه اختصاصی شامل پرسشنامه کیفیت زندگی آنژین سیاتل حاوی ۱۹ گویه بود که پنج بعد کیفیت زندگی را در بیماران مبتلا به آنژین صدری را اندازه گیری می کند. این ابعاد عبارتند از: محدودیت جسمانی (۹ گویه)، ثبات آنژین (یک گویه)، شدت آنژین (۲ گویه)، رضایت از درمان (۴ گویه) و درک از بیماری (۳ گویه). شایان ذکر است روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفته است [۱۴]. پرسشنامه ویژه سنجش پرستاری الگوی توانمند سازی خانواده محور نیز بکار گرفته شد. این پرسشنامه با تعداد ۱۲۱ سؤال به منظور بررسی تأثیر کاربرد الگوی توانمند سازی خانواده محور بر سبک زندگی تهیه و تنظیم شده و شامل هشت بعد محور کنترل، شدت درک شده، حساسیت درک شده، احساس خود کار آمدی، خو کار آمدی به صورت خود گزارش دهی، مشاهده پژوهشگر از خود کار آمدی، عزت نفس و خودکنترلی، بود. ابعاد هشت گانه الگوی توانمند سازی خانواده محور توسط پژوهشگر و استاد راهنما و اساتید مشاور طراحی شد. مجموع ابعاد هشت گانه پرسش نامه به ۵ دسته بسیار ضعیف، متوسط، خوب، و عالی تقسیم شده است [۱۱]. روایی و پایایی این پرسشنامه نیز مورد تأیید قرار گرفته است [۱۵،۱۶]. در مرحله اجرای مطالعه پژوهشگر پس از معرفی خود و بیان اهداف پژوهش و جلب مشارکت نمونه های پژوهش و دریافت فرم رضایت کتبی، پرسشنامه های پژوهش را بدون هیچ تغییر و تفسیری برای بیماران مشارکت کننده در پژوهش تکمیل کرد. قبل از مداخله پژوهشگر ابزارهای پژوهش را طی جلسات مختلف و بنا به شرایط روحی و روانی بیماران در اختیار آنان قرار داد. پس از تکمیل پرسشنامه ها،

پس از انجام پیش آزمون آغاز شد؛ به این ترتیب که مجدداً پرسشنامه ابعاد توانمندسازی، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آنژین صدری برای نمونه‌های پژوهش تکمیل شد. تکمیل پرسشنامه‌ها در پایان دوره یک ماه و نیم به صورت مراجعه به منازل بیماران سالمند با هماهنگی با آنان یا عضو فعال خانواده انجام شد. اطلاعات به دست آمده وارد نرم افزار SPSS 22 شده و با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و تحلیلی تحلیل شد. به منظور بررسی توزیع طبیعی داده‌ها از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد. برای بررسی توزیع متغیرهای زمینه‌ای در دو گروه از آزمون مجذور کای و برای مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی و نمرات تهدید درک شده، خودکارآمدی، عزت نفس قبل و بعد از مداخله و در بین دو گروه از آزمون تی تست مستقل و تی تست زوجی استفاده شد. از طرفی برای تعدیل اثر انتقالی نمره پیش آزمون بر پس آزمون در بین دو گروه از آزمون آنکووا استفاده شد. سطح معنی داری $P < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در کل ۹۰ سالمند در این مطالعه وارد شدند که ۶۳/۳ درصد (۵۷ نفر) از آنان در رده سنی ۷۰-۶۰ سال و ۳۶/۷ درصد (۳۳ نفر) در رده سنی ۸۵-۷۰ قرار داشتند. ۵۶/۶ درصد (۵۱ نفر) از سالمندان مرد و ۴۳/۴ درصد (۳۹ نفر) زن بودند. از نظر وضعیت تأهل، ۴/۴ درصد (۴ نفر) از سالمندان مجرد، ۸۳/۳ درصد (۷۵ نفر) متأهل بودند و ۱۲/۳ درصد (۱۱ نفر) از آنان نیز همسرانشان فوت کرده بودند. از نظر سطح تحصیلات، ۶۰ درصد (۵۴ نفر) درصد از سالمندان در رده بی سواد، ۲۶/۶ درصد (۲۴ نفر) در رده ابتدایی، ۷/۷ درصد (۷ نفر) در رده راهنمایی و ۵/۷ درصد (۴ نفر) در رده دبیرستان قرار داشتند. ۱۲ درصد (۱۱ نفر) از سالمندان کارمند، ۷/۷ درصد (۷ نفر) کارگر، ۲۷/۷ درصد (۲۵ نفر) شغل آزاد، ۴۰ درصد (۳۶ نفر) خانه دار بودند و ۱۱/۱ درصد (۱۰ نفر) نیز سایر شغل‌ها را داشتند. آزمون آنکووا تفاوت معنی داری را در تمام ابعاد کیفیت زندگی بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله در دو گروه کنترل و آزمون نشان داد ($P < 0/001$). آزمون آنکووا تفاوت معنی داری را در تمام ابعاد توانمندسازی بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله در دو گروه کنترل و آزمون نشان داد ($P < 0/001$).

داده‌ها جمع آوری و تجزیه و تحلیل شد تا بر این اساس الگوی توانمندسازی بر حسب نیاز و نقاط قوت و ضعف بیماران اجرا شود. پس از انجام این مرحله، مداخله فقط برای گروه آزمون انجام شد. مراحل اجرایی الگو توانمندسازی شامل چهار گام بود. که عبارت‌اند از: تهدید درک شده از طریق بحث گروهی، ارتقای خودکارآمدی از طریق حل مسأله گروهی و مراحل خودکارآمدی به صورت نمایش عمل، افزایش خودباوری عزت نفس (از طریق مشارکت آموزشی)، ارزشیابی به دو شیوه ارزشیابی فرآیندی و برآیندی (نهایی). در این مرحله از طریق جلسه گروهی ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای با توجه به شرایط جسمی، روحی و روانی شرکت کنندگان، دانش و نگرش بیماران در مورد ماهیت، تعریف، عوامل خطر، علایم، درمان، مراقبت‌های پزشکی و پرستاری، پیش آگهی و عوارض ناشی از آنژین صدری و همچنین شرایط مساعد کننده خود بیمار به بحث و بررسی و مرور پرداخته شد. تعداد جلسات براساس سطح توانمندی و استعداد بیمار برای دریافت و شرکت مؤثر در بحث و تبادل نظرات بود. مرحله دوم الگوی خودکارآمدی با این هدف بود که شخص اعتقاد پیدا کند که می‌تواند توانمند شود و به عبارتی خودکارآمدی به انتظار فرد از خودش و توان انجام کار اشاره دارد. برای این منظور جلسات حل مسأله به روش گروهی در گروه‌های ۳ تا ۵ نفره برای بیماران برگزار شد و بیماران عملاً با مشکلاتشان و فرآیند حل مشکل مواجه شدند. خودباوری به روش مشارکت آموزشی سومین مرحله اجرایی الگوی توانمندسازی خانواده محور است. در این مرحله خلاصه‌ای از مطالب بحث شده در هر جلسه به صورت کتبی به بیمار داده شد و از وی درخواست گردید تا هر آنچه آموخته را به عضو فعال خانواده آموزش دهد. مرحله چهارم ارزشیابی الگوی توانمندسازی خانواده محور شامل دو نوع ارزشیابی بود: ارزشیابی فرآیندی و ارزشیابی نهایی. هدف از ارزشیابی فرآیندی تشویق هر چه بیشتر بیماران به سمت درونی کردن محور کنترل خود است. ارزشیابی فرآیندی در فرآیند و سرتاسر اجرای الگو دخیل بوده و بیمار و عضو فعال خانواده وی در طول انجام مداخله ارزشیابی می‌شوند. بعد از اتمام مداخله، پرسشنامه‌های اختصاصی الگوی توانمندسازی خانواده محور مجدداً در گروه آزمون تکمیل شدند و مورد تحلیل قرار گرفتند. مرحله پس از مداخله در گروه آزمون یک ماه و نیم پس از مداخله و در گروه کنترل یک ماه و نیم

جدول ۱: توزیع فراوانی افراد در دو گروه کنترل و آزمون بر حسب اطلاعات دموگرافیک

سطح معنی داری °	آزمون		کنترل			
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
$\chi^2=37/662$ $P=0/171$	۶۲/۲	۲۸	۶۴/۴	۲۹	۶۰-۷۰	سن
	۳۷/۸	۱۷	۳۵/۶	۱۶	۷۰-۸۵	
$\chi^2=2/545$ $P=0/112$	۶۰	۲۷	۵۵/۵	۲۵	مرد	جنسیت
	۴۰	۱۸	۴۴/۵	۲۰	زن	
$\chi^2=154/408$ $P<0/100$	۲/۲	۱	۴/۴	۲	مجرد	تأهل
	۸۲/۸	۳۷	۸۶/۶	۳۹	متأهل	
	۱۵	۷	۹	۴	فوت شده	
Test=۱۵۶/۸۹۸Fisher Exact $P<0/100$	۵۷/۷	۲۶	۶۲/۲	۲۸	بی سواد	تحصیلات
	۲۸/۸	۱۳	۲۴/۴	۱۱	ابتدایی	
	۸/۸	۴	۶/۶	۳	راهنمایی	
	۴/۷	۲	۴/۴	۲	دبیرستان	
$\chi^2=49/096$ $P<0/100$	۰	۰	۲/۴	۱	دانشگاهی	شغل
	۱۱/۱	۵	۱۳/۳	۶	کارمند	
	۶/۶	۳	۱۱/۱	۵	کارگر	
	۲۶/۶	۱۲	۲۸/۸	۱۳	آزاد	
	۴۰	۱۸	۴۰	۱۸	خانه دار	
	۱۵/۷	۷	۶/۸	۳	سایر	

ط # آزمون مجذور کای

جدول ۲: مقایسه ابعاد مختلف کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در دو گروه کنترل و آزمون

سطح معنی داری °	آزمون		کنترل		کیفیت زندگی
	بعد	قبل	بعد	قبل	
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
$P<0/001$ $F=76/229$ $\eta^2=0/44$	۴۹/۷۰ (۳/۸)	۳۹/۱۲ (۸/۴)	۳۸/۲۳ (۸/۶)	۳۹/۲۳ (۸/۸)	محدودیت جسمانی
$P<0/001$ $F=86/110$ $\eta^2=0/395$	۴۴/۵۶ (۶/۸)	۳۷/۶۳ (۷/۲)	۳۳/۶۵ (۶/۳)	۳۴/۳۱ (۵/۲)	ثبات آتزی
$P<0/001$ $F=82/904$ $\eta^2=0/394$	۵۳/۲۳ (۳/۹)	۴۸/۷۹ (۳/۸)	۴۴/۳۹ (۶/۵)	۴۶/۲۹ (۴/۶)	شدت آتزی
$P<0/001$ $F=51/038$ $\eta^2=0/287$	۴۵/۱۷ (۶/۳)	۳۹/۸۹ (۴/۹)	۳۸/۶۲ (۶/۴)	۴۰/۷۹ (۶/۲)	رضایت از درمان
$P<0/001$ $F=132/395$ $\eta^2=0/411$	۳۷/۱۲ (۶/۵)	۲۷/۳۲ (۴/۳)	۲۸/۱۱ (۴/۶)	۲۷/۴۲ (۳/۸)	درک از بیماری

 η^2 اتا اسکوار

+ آزمون تی زوجی

داده‌ها به صورت میانگین و انحراف معیار نمایش داده شده است. * آزمون آنکووا

جدول ۳: مقایسه میانگین نمره تهدید درک شده قبل و بعد از مداخله در دو گروه کنترل و آزمون

سطح معنی داری [†]	سطح معنی داری [°]	کنترل		آزمون	
		میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
$t = -1/896$ $P = 0/053$	$P < 0/001$	۳۰/۵۴ (۴/۱)	۳۱/۸۶ (۲/۸)	قبل از آزمون	
$t = -3/612$ $P < 0/001$	$F = 14/198$ $\eta^2 = 0/092$	۳۰/۶۷ (۴/۵)	۴۲/۸۸ (۲/۷)	بعد از آزمون	
		$t = -0/225$ $P = 0/786$	$t = -2/742$ $P = 0/019$	سطح معنی داری ⁺	

جدول ۴: مقایسه میانگین نمره عزت نفس قبل و بعد از مداخله در دو گروه کنترل و آزمون

سطح معنی داری [†]	سطح معنی داری [°]	کنترل		آزمون	
		میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
$t = -2/342$ $P = 0/02$	$P = 0/000$	۵۷/۴۳ (۲/۳)	۵۸/۹۶ (۲/۶)	قبل از آزمون	
$t = -5/309$ $P < 0/001$	$F = 21/604$ $\eta^2 = 0/123$	۵۷/۶۷ (۲/۶)	۷۳/۲۹ (۴/۳)	بعد از آزمون	
		$t = -0/712$ $P = 0/523$	$t = -4/969$ $P < 0/001$	سطح معنی داری ⁺	

جدول ۵: مقایسه میانگین نمره خودکارآمدی قبل و بعد از مداخله در دو گروه کنترل و آزمون

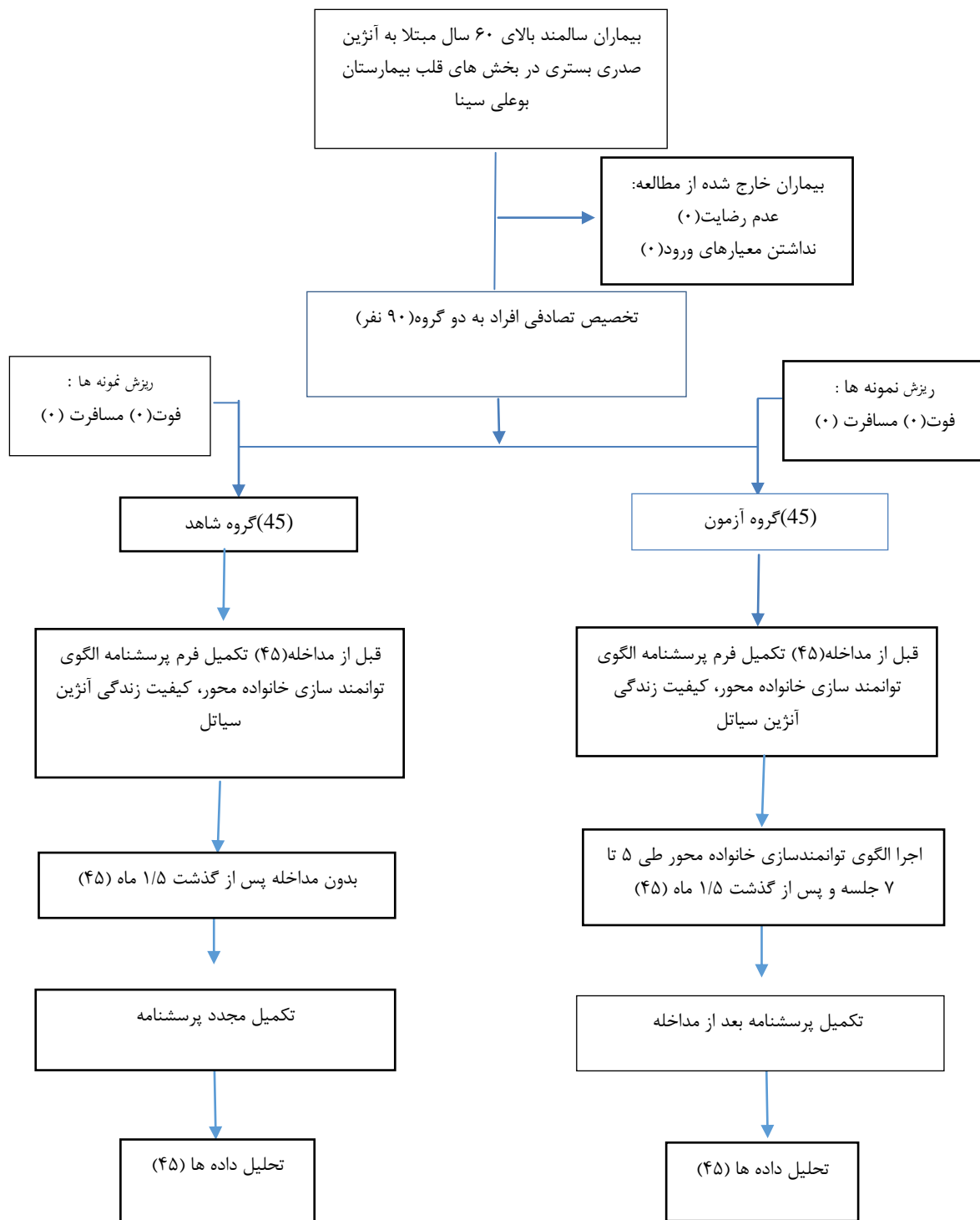
سطح معنی داری [†]	سطح معنی داری [°]	کنترل		آزمون	
		میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
$t = -0/608$ $P = 0/596$	$P = 0/001$	۲۲/۱۲ (۳/۴)	۲۲/۸۹ (۳/۵)	قبل از آزمون	
$t = -3/385$ $P = 0/001$	$F = 12/226$ $\eta^2 = 0/098$	۲۲/۴۳ (۳/۹)	۳۲/۳۳ (۴/۳)	بعد از آزمون	
		$t = -0/097$ $P = 0/839$	$t = -4/009$ $P < 0/001$	سطح معنی داری ⁺	

داده‌ها به صورت میانگین و انحراف معیار نمایش داده شده است.

* آزمون آنکوا † آزمون تی مستقل + آزمون تی زوجی

آزمون آنکوا تفاوت معنی دار را در تمام ابعاد توانمندسازی بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله در دو گروه کنترل و آزمون نشان داد ($P < 0/001$).

شکل ۱: دیاگرام پژوهش



بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه کیفیت زندگی بیماران سالمند مبتلا به آنژین صدری در گروه آزمون بعد از اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور نسبت به گروه کنترل در وضعیت بسیار مطلوبتری قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد که اجرای مداخله الگوی توانمندسازی خانواده محور در گروه آزمون تفاوت معنی دار را در ابعاد مختلف این الگو و همچنین سطوح مختلف اضطراب و افسردگی نسبت به قبل از مداخله ایجاد کرده است. همچنین این تفاوت در مقایسه با گروه کنترل نیز بعد از مداخله تفاوت معنی دار داشت؛ بنابراین بکارگیری الگوی توانمندسازی خانواده محور منجر به افزایش کیفیت زندگی بیمار خواهد شد؛ بنابراین باید سعی نمود تا با فراهم آوردن زمینه‌های مناسب و مستعد آموزش برای پیشگیری از تشدید بیماری، درمان به موقع و مطلوب با استفاده از امکانات و شرایط موجود شرایط را برای برخورداری بیماران مبتلا به بیماری آنژین صدری از کیفیت زندگی مطلوب و بهینه تر مهیا نماییم. در مطالعه واحدیان عظیمی و همکاران با هدف تعیین تاثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر سبک زندگی بیماران مبتلا به سکت قلبی، نیز اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور برای بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی از نظر عملی امکان پذیر و با بهبود یا اصلاح سبک زندگی بیمار و خانواده آنها همراه است گزارش شد [۱۷]. واحدیان عظیمی در مطالعه ای دیگر با عنوان تاثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی: یک مطالعه کارآزمایی بالینی نشان دادند اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور برای بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی از نظر عملی امکانپذیر و با اصلاح، بهبود و ارتقاء کیفیت زندگی آنها همراه است [۱۷]. در مطالعه ربیعی و همکاران نیز الگوی توانمندسازی خانواده محور در سالمندان منجر به ارتقای سطح خودکارآمدی، عزت نفس، تهدید درک شده و در نهایت کیفیت زندگی سالمندان شد [۱۸]. نتایج مطالعه روشن و همکاران تاثیر مثبت اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور در افزایش کیفیت زندگی مادران دارای نوجوان مبتلا به کم خونی فقر آهن را نشان داد [۱۹]. همچنین الله یاری و همکاران در مطالعه خود تاثیر آموزش با استفاده از این الگو در ارتقای سطح دانش و خودکارآمدی و در نتیجه کیفیت زندگی کودکان مبتلا به تالاسمی نشان داد [۱۵]. این یافته‌ها نمایانگر این حقیقت است که اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور

سطح نمره تهدید درک شده، عزت نفس و خودکارآمدی بیماران را افزایش و همچنین اضطراب و افسردگی آنان را نیز به طور قابل ملاحظه ای کاهش می دهد و به همین دلیل رویکرد خانواده محور، برای کودکان، والدین و خانواده‌ها و ارائه دهندگان خدمات مؤثر و باعث ارتقای خدمات درمانی و افزایش رضایت مندی خانواده‌ها از خدمات ارائه شده می‌گردد. یافته‌های مطالعه حاضر بیانگر این امر است که بیماران قلبی به طور کلی با توجه به مزمن بودن بیماری و عوارض بیماری دچار مشکلات روحی و روانی از جمله اضطراب و افسردگی می‌گردند؛ که این مشکلات در کنار محدودیت‌های دیگری که برای آنان در نظر گرفته می‌شود، ممکن است کیفیت زندگی آنان را تحت الشعاع قرار داده و باعث کاهش کیفیت زندگی گردد. الگوی توانمندسازی خانواده محور می‌تواند تاثیر مثبتی بر این مشکلات داشته باشد. با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر که با هدف بررسی تاثیر این الگو بر کیفیت زندگی و همچنین سطوح مختلف اضطراب و افسردگی انجام شد و نظر به اینکه اجرای این الگو تمامی فرضیات مطالعه را تایید کرد، می‌توان گفت که اجرای این الگو با محوریت خانواده می‌تواند تاثیر مثبت و موثری داشته باشد. با توجه به اینکه مطالعه حاضر با محوریت خانواده انجام شد و تاثیر مثبتی هم بر کیفیت زندگی بیماران داشت و باعث کاهش سطوح مختلف اضطراب و افسردگی آنان داشت، لذا پیشنهاد می‌گردد تا در پژوهش‌های آینده، الگوی توانمندسازی با محوریت خانواده در قالب بیماری‌های مزمن و حاد در جوامع مختلف و همچنین با در نظر گرفتن امکانات آموزشی، کمک آموزشی پیشرفته در مکان‌هایی جذاب تر انجام گردد. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به تفاوت در انگیزه و میزان اظهار نظر بیماران از ابعاد مختلف توانمندسازی با توجه به متفاوت بودن خصوصیات روحی و روانی و رفتارهای بین فردی بیماران و همچنین کمبود امکانات و عدم امکان استفاده از وسایل آموزش پیشرفته اشاره کرد.

سهم نویسندگان

حسنعلی فرزاسی: طراحی طرح نامه، جمع آوری داده ها، مداخله، تحلیل داده ها، تهیه و تدوین مقاله
مجیده هروی کریموی: مدیریت مشترک پایان نامه، تحلیل داده ها، مشارکت در تهیه مقاله
ناهید رژه: مدیریت مشترک پایان نامه
فاطمه الحانی: مدیریت مشترک پایان نامه
سید حمید شریف نیا: مدیریت مشترک پایان نامه، تحلیل داده ها

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت های ویژه بود. بدینوسیله از حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشکده

پرستاری- مامایی شاهد، کارکنان بخش قلب بیمارستان بوعلی شهر قزوین به جهت همکاری صمیمانه در اجرای طرح و بیماران و خانواده های شرکت کننده در مطالعه قدردانی میگردد.

منابع

- Allender S, Peto V, Scarborough P, Boxer A, Rayner M. Coronary heart disease statistics 2007;1:220
- American Heart Association. International Cardiovascular Disease Statistics, Cardiovascular Disease. Available at: http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/international_cardiovascular_disease_statistics.pdf. Assessed November 2, 2013
- Tabatabaei-Malazy O, Qorbani M, Samavat T, Sharifi F, Larijani B, Fakhrzadeh H. Prevalence of Dyslipidemia in Iran: A Systematic Review and Meta-Analysis Study. *International Journal of Preventive Medicine* 2014;5:373-93
- Mehta S, Kleiman N. Stable angina. *Essential Cardiology: Springer*; 2013: 419-38
- Taheri Kharam Z, Heravi-Karimooi M, Rejeh N, Montazeri A, Hajizadeh E. Quality of life in angina pectoris patients: Assessing with the Seattle Angina Questionnaire (SAQ). *Iranian Journal of Critical Care Nursing* 2014;7:124-131
- Thom T, Haase N, Rosamond W, Howard VJ, Rumsfeld J, Manolio T, et al. Heart disease and stroke statistics--2006 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation* 2006;113:85-98
- Baghcheghi N, Koohestani HR. Quality of life of caregivers of elderly people with stroke at the hospitalization time and after leaving hospital, and its association with patients disabilities 2011;7:56-120
- Pajak A, Jankowski P, Kotseva K, Heidrich J, De Smedt D, De Bacquer D. Depression, anxiety, and risk factor control in patients after hospitalization for coronary heart disease: the EUROASPIRE III Study. *European Journal of Preventive Cardiology* 2013;20:331-40
- Pavy B, Iliou M-C, Höfer S, Vergès-Patois B, Corone S, Aeberhard P, et al. Validation of the French version of the MacNew heart disease health-related quality of life questionnaire. *Archives of Cardiovascular Diseases* 2015;108:107-17
- Beyranvand M-R, Lorvand A, Parsa SA, Motamedi M-R, Kolahi A-A. The quality of life after first acute myocardial infarction. *Pajoohandeh Journal* 2011;15:264-72
- Alhani F, Niknami S, Kimiagar M, Kazemnezhad A, Heidarni A. Design and evaluation of the family-oriented prevention of iron deficiency anemia. *Tehran: Tarbiyat Modarres University* 2003;8:283-9
- Keshvari M, Hedayati B, Moeini M, Alhani F. A survey on the effect of implementation of a family-centered empowerment model on blood pressure and empowerment dimensions in the elderly people with hypertension. *Journal of Education and Health Promotion* 2015;4:94-103
- Khatiban M, Kheirollahi A, Oshvandi K, Alhani F, Feradm J, Fardmal J. The effect of family-based education on knowledge and self-esteem of caregivers of patients with stroke: a randomized controlled trial *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2014;23:244-50
- Taheri Kharam Z, Heravi Karimooi M, Rejeh N, Montazeri A, Hajizadeh E. Quality of life in angina pectoris patients: Assessing with the Seattle Angina Questionnaire (SAQ). *Journal of Critical Care Nursing* 2014;7:124-31
- 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 Journal of Pediatrics* 2006;16:455-61
- Vahedian-azimi A, Alhani F, Goharimogaddam K, Madani SJ, Naderi A, Hajiesmaeili M. Effect of family-centered empowerment model on the quality of life in patients with myocardial infarction: A clinical trial study. *Journal of Nursing Education* 2015;4:8-22
- Vahedian Azimi A, Alhani F, Ahmadi F, Kazemnezhad A. The effect of family-oriented model on the lifestyle of patients with myocardial infarction. *Critical Care Nursing Journal* 2009;2:127-32
- Rabiei L, Mostafavi F, Masoudi R, Hassanzadeh A. Effects of Family-Centered Interventions on Empowerment of the Elderly. *Health System Research Journal* 2012;8:301-13
- Roshan F, Navipor H, Alhani F. Effect of Family-Centered Empowerment Model (FCEM) on quality of life of mothers having teenagers with iron deficiency anemia. *Nursing Journal* 2014;3:27-40

ABSTRACT**The effect of family-centered empowerment model on quality of life in elderly patients with angina**

Hasan-Ali Farzami¹, Majideh Heravi-Karimooi^{2*}, Nahid Rejeh², Fatemeh Alhani³, Hamid Sharif Nia⁴

1. Nursing and Midwifery College, Shahed University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Elderly Care Research Center- Faculty of Nursing & Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran
3. Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
4. School of Nursing and Midwifery Amol, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

Payesh 2017; 6: 775- 783

Accepted for publication: 4 October 2017

[EPub a head of print-31 October 2017]

Objective (s): Cardiovascular diseases are the main cause of death in developed and developing countries. The aim of this study was to investigate the effect of a family-centered empowerment model (FCEM) on quality of life in elderly patients with angina.

Methods: This was a randomized trial on a convenient sample of patients 60 years and older with angina hospitalized in cardiology clinics of a teaching hospital in Qazvin, Iran. Patients were randomized to receive intervention or the usual care. The intervention group received a four dimensions program (perceived threat with group discussion method, self-efficacy with problem solving methods, self-esteem with educational partnership and outcome and process evaluations). To collect data we used an specific FCEM instrument, and the Seattle Angina Questionnaire.

Results: Following the implementation of the program the intervention in group showed better quality of life in all dimensions compared to their own baseline score and the control group ($p < 0.001$).

Conclusion: Family-centered empowerment model in patients with angina have improved their quality of life.

Key Words: Family-centered empowerment model, Angina, Quality of life

* Corresponding author: Shahed University, Faculty of Nursing & Midwifery, Tehran, Iran
Tel: 66418580
E-mail: heravi@shahed.ac.ir