

## تأثیر کاربرد مدل خودمراقبتی اورم بر توانایی شناختی و عملکرد خود مراقبتی بیماران بستری در بخش داخلی قلب بیمارستان امام رضا (ع) سیرجان

عصمت نوحی\*<sup>۱</sup>، ایران خسروی<sup>۲</sup>، یونس جهانی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۴/۰۷/۱۷ تاریخ پذیرش ۱۳۹۴/۰۹/۲۰

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** با توجه به این‌که عمده‌ترین علل مرگ‌ومیر و بستری مجدد بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی ریشه در اجرای برنامه خودمراقبتی نادرست و کافی نبودن آموزش به این بیماران دارد، لذا پژوهش حاضر به منظور تعیین تأثیر کاربرد مدل خودمراقبتی اورم بر توانایی خود مراقبتی بیماران بستری در بخش داخلی قلب بیمارستان امام رضا (ع) سیرجان صورت گرفته است.

**مواد و روش کار:** در این پژوهش نیمه تجربی، تعداد ۸۰ نفر از بیماران با مورد شناخته‌شده قلبی، به صورت تصادفی انتخاب گردیدند و به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم شدند. ابتدا پیش‌آزمون از بیماران به عمل آمد، سپس هر بیمار گروه آزمون ضمن اجرای مدل اورم در بخش، یک برنامه آموزشی ۵ جلسه‌ای ۲۰ دقیقه‌ای همراه با ارائه پمفلت آموزشی به صورت انفرادی و پرسش و پاسخ دریافت نمود، درحالی‌که گروه کنترل مراقبت معمول را دریافت نمودند. پس‌آزمون زمان ترخیص از بیماران دو گروه به عمل آمد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری پارامتریک و غیر پارامتریک و به کمک نرم‌افزار آماری SPSS و پیرایش ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** میانگین نمره توانایی شناختی خودمراقبتی در گروه آزمون، قبل از انجام مداخله از  $2/03 \pm 0/15$  به  $2/03 \pm 0/01$  و بعد از مداخله افزایش پیدا کرد. میانگین نمره توانایی عملکردی در گروه آزمون قبل از انجام مداخله از  $32/28 \pm 9/51$  به  $32/28 \pm 3/96$  و بعد از انجام مداخله افزایش پیدا کرد. اختلاف معنی‌دار آماری بین افزایش توانایی خود مراقبتی قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون، دیده شد ( $P < 0/001$ ). درحالی‌که در گروه کنترل اختلاف معنی‌دار نبود. ( $P > 0/05$ ). **بحث و نتیجه‌گیری:** کاربرد مدل خودمراقبتی اورم و بکارگیری برنامه آموزش خودمراقبتی، تأثیر مثبتی در افزایش توانایی خودمراقبتی بیماران مورد مطالعه داشت و آموزش یکی از روش‌های مناسب و لازم برای ارتقای توانایی خودمراقبتی بود. لذا توصیه می‌شود که پرستاران با کاربرد برنامه خودمراقبتی اورم در برنامه مراقبتی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن خصوصاً بیماران قلبی موجبات افزایش توان خودمراقبتی این بیماران را فراهم نمایند.

**کلیدواژه‌ها:** توانایی خودمراقبتی، آموزش به بیمار، الگوی خود مراقبتی اورم، بیمار قلبی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره سیزدهم، شماره یازدهم، پی‌درپی ۷۶، بهمن ۱۳۹۴، ص ۹۴۵-۹۵۲

آدرس مکاتبه: ابتدای هفت باغ پردیز دانشگاه علوم پزشکی کرمان دانشکده پرستاری مامایی رازی کرمان، تلفن: ۰۳۴-۳۱۳۲۵۲۲۰

Email: e\_nuhi@kmu.ac.ir

### مقدمه

عروقی بوده است و با کمال تأسف پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ این میزان به ۴۴/۸ درصد برسد و تا سال ۲۰۲۰ بیماری‌های قلبی - عروقی اولین علت ناتوانی، در فهرست بیماری‌های ناتوان‌کننده خواهد بود (۱). تبعیت از رفتارهای خودمراقبتی در مبتلایان به بیماری‌های مزمن، از اهمیت بسزایی برخوردار است و بیماران

بیماری‌های قلبی و عروقی و عوارض ناشی از آن، یکی از عوامل مهم مرگ‌ومیر در کشورهای صنعتی و در حال توسعه از جمله کشور ماست. بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی ۴۱/۳ درصد کل مرگ‌ومیرهای سال ۲۰۰۵ در ایران ناشی از بیماری‌های قلبی -

<sup>۱</sup> استادیار، مرکز تحقیقات فیزیولوژی، گروه پرستاری داخلی جراحی دانشکده پرستاری مامایی رازی، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری داخلی، جراحی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان، کرمان، ایران

<sup>۳</sup> استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت و اپیدمیولوژی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

## مواد و روش کار

این مطالعه نیمه تجربی با طرح دو گروهی در سال ۱۳۹۲ در بخش داخلی قلب بیمارستان امام رضا (ع) سیرجان انجام شد. جامعه پژوهش را بیماران مراجعه‌کننده به بخش داخلی قلب بیمارستان امام رضا (ع) سیرجان با تشخیص بیماری قلبی شناخته‌شده توسط پزشک متخصص قلب، تشکیل می‌دادند.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از: بیمارانی که قادر به همکاری باشند، اختلال شناخته‌شده روانی نداشته باشند، مورد شناخته‌شده قلبی باشند، علاوه بر آن بیمارانی وارد این مطالعه شدند که مشکل حاد نداشته باشند. به‌منظور تعیین حجم نمونه با استفاده از مطالعات مشابه و با ضریب اطمینان ۹۵ درصد و قدرت آزمون ۹۰ درصد و با در نظر گرفتن احتمال ریزش نمونه‌ها برای هر گروه ۴۰ نفر برآورد شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه محقق ساخته بود که متشکل از اجزاء ذیل می‌باشد:

پرسشنامه متشکل از اجزاء ذیل ۱- ویژگی‌های دموگرافیک ۲- توانایی شناختی مراقبت از خود ۳- توانایی عملکرد مراقبت از خود بخش اول پرسشنامه توانایی شناختی خود مراقبتی شامل ۱۲ سؤال از نوع صحیح - غلط؛ که پاسخ صحیح نمره ۱ و پاسخ غلط نمره صفر منظور گردید. بخش دوم پرسشنامه توانایی عملکرد خود مراقبتی شامل ۲۲ سؤال، از نوع لیکرت ۵ درجه‌ای (از کاملاً می‌توانم نمره ۵ تا اصلاً قادر نیستم نمره ۱) درحالی‌که هیچ‌کدام از سؤالات بار منفی نداشتند طراحی گردید. به‌منظور اطمینان از بخش توانایی عملی چک‌لیست مشاهده رفتار نیز شامل ۱۰ مورد طراحی و بودونبود رفتارها مشاهده گردید و موارد وجود رفتار ۱ و عدم انجام رفتار صحیح صفر منظور گردید.

جهت تدوین پرسشنامه‌ها از روش اعتبار محتوی استفاده شد، بدین ترتیب که با استناد به منابع معتبر و مقالات و نشریات جدید و در نظر گرفتن اهداف پژوهش، موارد مندرج در پرسشنامه و برگه مشاهده تهیه شد و پس از تصحیح و تأیید اساتید صاحب‌نظر، جهت بررسی روایی پرسشنامه‌ها، در اختیار ۱۰ نفر از صاحب‌نظران قرار داده شد تا ارتباط سادگی، وضوح هر یک از عبارات آن را با اهداف موردپژوهش، بر روی یک مقیاس ۳ درجه‌ای شامل ساده و روان، وضوح، مربوط بودن مورد اظهارنظر قرار دهند که شاخص حاصل از روایی محتوا ۰/۸ بود و جهت پایایی پرسشنامه، یک مطالعه پایلوت بر روی ۲۰ بیمار انجام شد و میزان آلفای کرانباخ برای پرسشنامه توانایی شناختی  $\alpha = 0/9$  و برای پرسشنامه توانایی عملکردی  $\alpha = 0/7$  محاسبه شد.

در این پژوهش نمونه‌گیری در مرحله اول مبتنی بر هدف و بعد به‌صورت تخصیص تصادفی صورت گرفت. ۴۰ نفر از بیماران مراجعه‌کننده به بخش داخلی قلب، دارای شرایط ورود به مطالعه

می‌توانند با کسب مهارت‌های مراقبت از خود، بر آسایش، توانایی عملکردی و فرایندهای بیماری خود تأثیرگذار باشند (۲). هدف الگوی خود مراقبتی Orem تشویق مددجویان به مراقبت از خود و نقش پرستاران بررسی نیاز مراقبت از خوددرمانی، تعیین نیروی مراقبت از خود و وجود و عدم وجود نقص مراقبت از خود در بیماران مبتلا به بیماری مزمن است (۳).

در بیماری‌های مزمن آموزش، قسمت ویژه‌ای از برنامه مراقبتی می‌باشد که بیمار را به‌طور فعال در امر خودمراقبتی شرکت داده و باعث مقابله بهتر با وضعیت موجود می‌گردد. متأسفانه آموزش بیمار در مقایسه با دیگر اعمال کلینیکی، کم‌اهمیت‌تر شمرده می‌شود و مداخلات آموزشی انجام‌شده برای بیماران بدون برنامه‌ریزی و اتفاقی می‌باشد (۴). باید شرایطی را فراهم نمود تا این بیماران بتوانند از خودشان مراقبت نمایند چراکه بر اساس نتایج مطالعه‌ای با اجرای یک طرح خودمراقبتی، زمان متوسط تا بستری مجدد طولانی شده، میزان بقای یک‌ساله افزایش یافته بود، لذا به نظر می‌رسد که آموزش مراقبت از خود به‌طور قابل توجهی باعث افزایش رضایتمندی، تداوم مراقبت، ایجاد استقلال در انجام کارهای روزانه، کاهش تنش و درنهایت کاهش ناتوانی بیماران قلبی می‌شود (۵). آموزش مراقبت از خود برای بیمار و خانواده‌اش باید در برنامه پرستاری گنجانده شود و بیمار در زمان بستری بودن و قبل از ترخیص، باید آموزش و راهنمایی در مورد چگونگی و نحوه مراقبت از خود کسب نماید (۶). نمونه‌های مفهومی که عملکرد پرستاران را هدایت می‌کند، تأثیر مهمی در حمایت مراقبت از خود دارد. الگوی خودمراقبتی اورم به‌عنوان یکی از کامل‌ترین تئوری‌های خودمراقبتی، چارچوب مفهومی به‌منظور هدایت برنامه‌های مراقبتی در کار پرستاری فراهم می‌نماید. مفهوم مراقبت از خود به دلایل پیشرفت علوم پزشکی و تخصص‌ها و بالا رفتن هزینه‌ها، تأکید بر لزوم کنترل سلامتی به‌وسیله فرد و جامعه با توجه به نیازهای اساسی بشر، مسئولیت هر فرد در تأمین بهداشت و درمان خود، کاهش امکانات رفاهی و بهداشتی با توجه به رشد جمعیت و عدم دسترسی همه افراد جامعه به امکانات بهداشتی و درمانی اهمیت دارد (۷).

استفاده از برنامه‌های خود مراقبتی نظیر برنامه خودمراقبتی اورم که شیوه استاندارد برای ارائه مراقبت می‌باشد و یک روش ایمن غیر دارویی، غیرتهاجمی و کم‌هزینه در کنترل مشکلات جسمی و روان‌شناختی است و به‌راحتی قابل‌آموزش به مددجو می‌باشد و با توجه به بروز و روند رو به افزایش مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های قلبی به علت عدم مراقبت صحیح از خود، این تحقیق باهدف تعیین تأثیر کاربرد مدل خودمراقبتی اورم بر توانایی خودمراقبتی بیماران بستری در بخش داخلی قلب بیمارستان امام رضا (ع) سیرجان در سال ۱۳۹۳ انجام گرفت.

یک هفته درمیان در گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند و مداخله انجام شد و بیماران مورد مطالعه قرار گرفتند. نمونه‌گیری تا رسیدن به حجم مورد نظر ادامه یافت. جهت نمونه‌گیری پژوهشگر پس از کسب معرفی نامه و هماهنگی با مسئولین بیمارستان و بخش مربوطه، ضمن حفظ محرمانه بودن اطلاعات و کسب موافقت بیماران انجام شد.

برای اجرای مداخله و ایجاد شرایط اجرای مدل خودمراقبتی اورم، با کسب رضایت قبلی از مدیریت پرستاری بیمارستان با پرستاران بخش داخلی قلب، هماهنگ گردید و جلسه‌های آموزشی - توجیهی به مدت ۴ جلسه جهت شناخت مدل اورم و ۲ هفته جهت انجام مدل به صورت آزمایشی و رفع اشکالات پرستاران، برگزار شد. برای جمع‌آوری داده‌ها در گروه مورد پرستاری اورم در بخش اجرا شد. با توجه به تقسیم بندی سیستم پرستاری، بیماران در فاز آموزشی - حمایتی مشخص شدند سیستم پرستاری طبق مدل اورم به صورت سیستم پرستاری جبرانی کامل - جبرانی نسبی - و حمایتی آموزشی بود. لذا جمع‌آوری داده‌ها در گروه مورد که در سیستم حمایتی آموزشی اجرای مدل اورم بودند انجام شد. این الگو در سه مرحله انجام شد. مرحله اول (مرحله قبل از مداخله) پیش‌آزمون از بیماران گرفته شد برنامه آموزش بیماران در قالب ۵- ۶ جلسه ۲۰ دقیقه‌ای در حین بستری به صورت آموزش بر بالین و انفرادی از طریق پرسش و پاسخ و سخنرانی کوتاه همرا با ارائه پاورپوینت از طریق لپ‌تاپ شخصی، نشان دادن عکس و دادن پمفلت آموزشی و جزوه ارائه گردید محتوای آموزشی شامل آگاهی در مورد بیماری قلبی، علل ایجاد، علائم بیماری، راه‌های تشخیص و عوارض آن، اقدامات مراقبت از خود، رژیم غذایی، دارویی، آگاهی در مورد مراقبت‌های دارویی و عوارض جانبی دارو، فعالیت و استراحت، تمرینات ورزشی و... به سؤالات آنها در این زمینه پاسخ داده می‌شد. علاوه بر این اقدامات مشاوره‌ای، مراقبت‌های تسکینی و حمایت‌های روحی روانی اجرا گردید در ضمن بستری عملکرد بیماران نیز توسط ناظر پرستار، کنترل و ثبت شد. سپس داده‌های حاصله تجزیه و تحلیل گردید و نیازهای افراد که نیاز به آموزش را نشان می‌داد، تعیین گردید. حین ترخیص نیز در خصوص توانایی خود مراقبتی (شناختی و عملی)، از هر یک از بیماران در دو گروه (کنترل و آزمون) آزمون مجدد به عمل می‌آمد. در گروه کنترل نیز پیش‌آزمون از بیمار به عمل آمد، زمانیکه داده‌های گروه کنترل جمع‌آوری شدند، پرستاری به صورت معمول انجام می‌شد و سپس پس‌آزمون از گروه کنترل انجام شد. برای بیماران کم سواد و بی‌سواد و سالمندانی که به دلیل کهولت سن، وابسته بودند از طریق مصاحبه، اطلاعات جمع‌آوری گردید.

به منظور حفظ ملاحظات اخلاقی، در پایان دوره مطالعه به گروه کنترل نیز آموزش‌های لازم همراه با ارائه جزوه آموزشی داده شد. به منظور دقت در انجام تحقیق، کلیه مراحل مداخله و سنجش توسط پژوهش گر صورت گرفت. داده‌ها پس از جمع‌آوری توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و به صورت جداول توزیع فراوانی (تعداد و درصد) و بر اساس شاخص‌های مرکزی و پراکندگی (میانگین و انحراف معیار) گزارش گردید. برای مقایسه قبل و بعد از مداخله این متغیرها از آزمون غیر پارامتری ویلکاکسون و بین گروه‌ها با آزمون من ویتنی یو مورد قضاوت آماری قرار گرفت. برای مقایسه متغیرهای دموگرافیک مورد مطالعه در دو گروه از آزمون مجذور کای، t مستقل، من ویتنی یو استفاده شد. برای مقایسه ارتباط بین متغیر توانایی خودمراقبتی با متغیرهای دموگرافیک از آزمونهای غیر پارامتری ضریب همبستگی اسپیرمن، کروسکال والیس، من ویتنی یو، استفاده گردید. در کلیه آزمون‌ها مقدار  $p < 0/05$  معنی‌دار در نظر گرفته شد.

#### یافته‌ها

در این پژوهش کلیه پرسشنامه‌ها و چک‌لیست‌ها بدون ریزش تکمیل شدند. ابتدا همسانی متغیرهای دموگرافیک مربوط به دو گروه کنترل و آزمون بررسی شد. میانگین سن در گروه کنترل  $14/37 \pm 63/78$  سال و در گروه آزمون  $59/73 \pm 12/78$  بود نتایج نشان داد که افراد دو گروه مشابه بودند و بین دو گروه از نظر ویژگی‌های دموگرافیک اختلاف آماری وجود نداشت (جدول شماره ۱).

توزیع نمره متغیرهای اصلی (توانایی شناختی خودمراقبتی - توانایی عملکردی خود مراقبتی) با استفاده از آزمون شپروویلیک چک شد که نرمال نبودند. نتایج نشان داد که در گروه آزمون میانگین نمرات توانایی شناختی و توانایی عملکردی خودمراقبتی قبل و بعد از انجام برنامه خودمراقبتی اورم تفاوت معنی‌دار آماری وجود دارد ( $p < 0/001$ ). در حالی که در گروه کنترل (قبل و بعد از مراقبت‌های معمول پرستاری) میانگین نمرات توانایی شناختی و توانایی عملکردی خودمراقبتی اختلاف معنی‌دار آماری نشان نداد (جدول شماره ۲). نتایج آزمون یو من ویتنی نشان داد که توانایی شناختی خودمراقبتی و توانایی عملکردی خودمراقبتی بین دو گروه (کنترل و آزمون) بعد از مداخله متفاوت است و این تفاوت در گروه آزمون به طور معنی‌داری بیشتر بوده است ( $p < 0/001$ ) (جدول شماره ۳).

همچنین دو گروه از لحاظ متغیرهای دموگرافیک نوبت بستری، طول مدت بستری و مدت ابتلا به بیماری‌های قلبی یکسان بودند. میانگین طول مدت بستری در گروه کنترل  $4/30 \pm 0/88$  و در گروه

آزمون  $4/53 \pm 0/75$  بود. متوسط مدت ابتلا به بیماری قلبی در گروه کنترل  $11/55 \pm 7/77$  و در گروه آزمون  $9/18 \pm 6/97$  بود، لیکن این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود. در گروه آزمون بین متغیرهای اصلی بر حسب متغیرهای دموگرافیک ارتباط معنی داری یافت نشد و متغیرهای دموگرافیک تاثیری بر افزایش توانایی شناختی خودمراقبتی و توانایی عملکردی خودمراقبتی نداشته است.

**جدول (۱): مقایسه دو گروه کنترل و آزمون از لحاظ جنسیت، تأهل، تحصیلات، نوبت بستری، قبل از انجام مداخله**

P value	آزمون		کنترل		متغیر
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
0/2	47/5	19	22/5	9	زن
	52/5	21	77/5	31	مرد
0/06	0	0	10	4	مجرد
	75	30	77/5	31	متأهل
0/07	24	10	12/5	5	سایر
	45	18	40	16	بی سواد
0/07	40	16	40	16	تحصیلات سواد خواندن نوشتن
	2/5	1	17/5	7	دیپلم

**جدول (۲): مقایسه توانایی شناختی و توانایی عملکردی خودمراقبتی قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل و آزمون**

گروه	توانایی شناختی خودمراقبتی		توانایی عملکردی خودمراقبتی	
	قبل از مداخله	بعد از مداخله	قبل از مداخله	بعد از مداخله
کنترل	$1/90 \pm 0/81$	$2/78 \pm 2/89$	$29/90 \pm 4/46$	$32/15 \pm 13/20$
آزمون	$2/03 \pm 0/15$	$12 \pm 0/01$	$32/28 \pm 9/51$	$105/43 \pm 3/96$

نتیجه آزمون (ویلکاکسون) p=0/17  
نتیجه آزمون (ویلکاکسون) p=0/49  
P=0/001  
P=0/001

**جدول (۳): مقایسه توانایی شناختی و عملکردی بین دو گروه، بعد از مداخله**

گروه	نمره توانایی شناختی		نمره توانایی عملکردی	
	انحراف معیار $\pm$ میانگین*	نتایج آزمون (من ویتنی - یو)	انحراف معیار $\pm$ میانگین*	نتایج آزمون (من ویتنی - یو)
کنترل	$0/88 \pm 2/93$		$2/25 \pm 13/35$	
آزمون	$9/98 \pm 0/15$		$73/15 \pm 10/05$	

P=0/001  
P=0/001

\*منظور از میانگین، اختلاف (بعد منهای قبل) می باشد.

## بحث و نتیجه گیری

نتایج این مطالعه بیانگر تأثیر اجرای مدل خودمراقبتی اورم بر توانایی (شناختی و عملکردی) خودمراقبتی می باشد. نتایج نشان داد که میانگین نمرات توانایی شناختی خودمراقبتی گروه کنترل و آزمون بعد از اجرای مداخله (برنامه خودمراقبتی اورم) تفاوت آماری

آموزش خودمراقبتی یک فرایند تعاملی است که موجب یادگیری می شود و مجموعه ای از فعالیت هایی است که به افراد جهت کسب دانش جدید یا انجام یک مهارت جدید کمک می کند (۸،۹).

معنی داری داشته است بطوریکه توانایی شناختی خودمراقبتی گروه آزمون بعد از اجرای برنامه آموزش خودمراقبتی اورم نسبت به گروه کنترل دارای امتیاز بهتری بود و این اختلاف بین دو گروه معنی دار بوده است. در این رابطه مطالعه‌ای توسط smeulders در سال ۲۰۱۰؛ نشان داد که با آموزش منظم و تشویق این بیماران به شرکت در برنامه آموزشی خودمراقبتی، توانایی شناختی این بیماران افزایش می‌یابد؛ که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد (۱۰) نتایج مطالعه Zuazagoitia (۲۰۱۰) نیز نشان داد متوسط آگاهی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بعد از انجام مداخله به‌طور معنی‌داری نسبت به قبل از مداخله افزایش داشته است (۱۱) که با نتایج مطالعه حاضر همسو است. برای این که بیمار دارای رفتارهای صحیحی جهت مراقبت از خود باشد، در درجه اول باید آگاهی مناسبی در مورد این رفتارها داشته باشد چراکه طبق تحقیق Riegel (۲۰۰۹) بهبود در رفتارهای مراقبت از خود بدون آگاهی از این رفتارها و درک اهمیت آن‌ها امکان پذیر نمی‌باشد (۱۲).

همچنین یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمرات توانایی عملکرد خودمراقبتی در گروه کنترل  $13/35 \pm 2/25$  است که این نسبت در گروه آزمون بعد از انجام مداخله به  $10/05 \pm 73/15$  رسید. میانگین نمره توانایی عملکردی خود مراقبتی در گروه آزمون افزایش قابل ملاحظه‌ای داشته است و نتایج آزمون من ویتنی یو نشان داد که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بوده است ( $p < 0/01$ ). به عبارتی اجرای مدل خود مراقبتی اورم باعث افزایش توانایی عملکردی خودمراقبتی در بیماران گروه آزمون بوده است. نتایج مطالعه Tomita (۲۰۰۹) و همکاران که موید نتایج مطالعه حاضر است نشان داد بعد از اجرای یک برنامه آموزشی به بیماران مبتلا به نارسایی قلب، گروه تجربی نسبت به گروه شاهد دارای امتیاز بهتری در زمینه رعایت رژیم غذایی و دارویی شده بودند و این اختلاف بین دو گروه معنی‌دار بود (۱۳).

در مجموع میانگین نمرات توانایی خودمراقبتی (شناختی و عملکردی) در گروه آزمون نسبت به کنترل بعد از انجام مداخله، به‌طور معنی‌داری افزایش یافته و بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که در پژوهش حاضر آموزش به بیماران قلبی که مبتنی بر افزایش آگاهی و عملکرد و درک اهمیت خودمراقبتی بود، تأثیر مثبتی بر افزایش توانایی خودمراقبتی داشته است. در همین راستا Dickson و همکاران (۱۰۱۲) مطالعه‌ای باهدف تحلیل روش‌های مراقبت از خود در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن انجام دادند. نتایج نشان داد که افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن به دلیل نقص مراقبت از خود آسیب پذیرند و بر آموزش مراقبت از خود و توسعه مهارت‌های خودمراقبتی در این بیماران تأکید نموده است (۱۴). داشتن درک صحیح از منافع انجام رفتارهای خود مراقبتی و موانع انجام آن

می‌تواند بیماران را هر چه بیشتر به انجام این رفتارها برانگیزد. بسیار مهم است که بیماران و نیز فراهم کنندگان مراقبت‌های بهداشتی، اهمیت انجام صحیح و مناسب رفتارهای خود مراقبتی و منافع و موانع درک شده آن را بهتر بشناسند (۱۵). در بررسی ارتباط متغیرهای اصلی (توانایی شناختی و عملکردی) با متغیرهای دموگرافیکی در گروه آزمون تفاوتی مشاهده نشد؛ که احتمالاً ممکن است به دلیل محدود بودن تعداد افراد در گروه آزمون باشد. نتایج حاصل از آزمون من ویتنی یو برحسب متغیر جنس در گروه آزمون، تفاوت معنی‌داری نشان نداد. همچنین نتایج حاصل از آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن نشان داد که نمره توانایی شناختی و عملکردی بر حسب سن در گروه آزمون تفاوتی وجود نداشت. در مطالعه Unsar و همکاران در سال ۲۰۰۷، ارتباط معنی‌داری بین سن و توان خود مراقبتی بیماران دیالیزی مشاهده نشد (۱۶). Akyol و همکاران نیز ارتباط معنی‌داری بین سن و توان خودمراقبتی بیماران مبتلا به پر فشاری خون گزارش نکردند (۱۷)؛ که همسو با نتایج مطالعه حاضر است. احتمالاً به دلیل احساس نیاز بیماران و درک از منافع محتوای آموزشی واز طرفی آموزش دقیق و مناسب با نیاز آنها بوده است لذا تفاوتی از نظر توانایی شناختی و عملکردی بر حسب سن مشاهده نشده است. همچنین برحسب تحصیلات نیز اختلافی مشاهده نشد. Akyol همچنین گزارش نمود، تحصیلات بالا، با توجه به ارتباط آن با موقعیت‌های شغلی بهتر و درآمد بهتر، بر توان خودمراقبتی افراد تأثیر می‌گذارد (۱۷) که با نتایج مطالعه ما همخوانی ندارند. بین سایر متغیرهای دموگرافیک نوبت بستری، طول مدت بستری و مدت ابتلا به بیماری قلبی هم ارتباط آماری معنی‌داری یافت نشد. به نظر می‌رسد فرایند آموزش با توجه به تاثیراتی که بر سطوح آگاهی و عملکرد بیماران دارد، نقش تعیین کننده‌ای را بر سطوح توان خودمراقبتی بیماران دارد. تنظیم برنامه‌های آموزشی و حمایتی هدفدار، راه مهمی برای افزایش توان خودمراقبتی بیماران قلبی است (۱۸). در صورتی که برنامه خودمراقبتی بر اساس نیازهای آموزشی و متناسب با درک آن‌ها طراحی گردد به‌طوری که قابلیت اجرایی و مشارکت همه جانبه آن‌ها و افراد توانایی خانواده را در امر مراقبت به همراه داشته باشد، موجب دستیابی به نتایج مثبت در زمینه توانایی خود مراقبتی خواهد بود، پژوهش حاضر که تأثیر کاربرد مدل خود مراقبتی اورم بر توانایی خودمراقبتی بیماران بستری در بخش داخلی قلب بیمارستان امام رضا سیرجان را مورد بررسی قرار داد، یکی از مطالعاتی است که در زمینه کاربرد مدل خودمراقبتی اورم و آموزش خودمراقبتی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن قلبی انجام شده است. اجرای الگوی اورم در کار بالینی و آموزش خودمراقبتی به بیماران، تأثیر مثبتی بر توانایی خود مراقبتی در بیماران قلبی داشت و رویکرد حمایتی -

مدیریت و تحقیقات پرستاری حائز اهمیت خواهد بود.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح پژوهشی کد اخلاق K/۹۳/۰۵ است بدینوسیله پژوهشگران، از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان و همکاری ریاست بیمارستان و مدیر خدمات پرستاری و پرسنل بخش داخلی قلب بیمارستان امام رضا (ع) سیرجان و همچنین از بیماران محترم که در انجام این پژوهش شرکت کردند کمال تشکر و قدر دانی را دارند.

آموزشی موجبات افزایش توان خود مراقبتی بیماران را فراهم آورده است. همچنین تدارک برنامه آموزش خودمراقبتی بر اساس نیازهای بیماران و متناسب با سطح درک آنان مشارکت همه جانبه بیماران را در امر مراقبت از خودشان را به همراه داشت. از این رو بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر و شواهد حاصل از سایر مطالعات استفاده از نظریه‌های پرستاری در کار بالینی پیشنهاد می‌شود. نتایج این مطالعه می‌تواند به‌عنوان الگویی برای مداخلات پرستاری در زمینه آموزش مراقبت از خود باشد و همچنین در حیطه‌های آموزش،

### References:

1. Khodadadi A, Sayadi A, Smaeli H. Evolution of knowledge of the principles of Self care in acute coronary syndrome patation admitted to Aliebn abitaleb Rafsanjan university hospital during. J faculty Nurs para Med Sci Rafsangan 2009; 1: 8-16. (Persian)
2. Mohmmad Hassani MR, Farahani B, Zohour AR, Panahi Azar sh, Self care ability based on Orem's theory in individuals with coronary artery disease. Iran J Critical care Nurs 2010, 87-91. (Persian)
3. HabibZade H, Davar panah M, Khalkhali Hr. Evaluate the effectiveness of existing models on the efficacy of hemodialysis patients in teaching hospitals affiliated to Tehran University of medical sciences in year 2010. J school Nurs 2010; 2: 190-9. (Persian)
4. Seyam, Sh, Hidarnia Al, Tavafian S, Self care Education through coping style for patients after heart surgery. J Isfahan Med school 2012; 2(135): 433-44. (Persian)
5. Mangolian shahrbabaki P, Shahnazari J, Mahmoodi M, Farokhzadian J. The Effect of on educational self care program on knowledge and performance in patients with heart failure. Iran J Med Educ 2011; (6)11; 609-19. (Persian)
6. Nouhi E, Puraboli B. Educational requirements of the discharged patients and their satisfaction about nursing educational performance. Kerman Hormozgan Med J 2009; 3: 206-12. (Persian)
7. Hemmati maslarpak M, Hashemlo L, Khalkhali HR, The effect of implementing orem's self- care model on the self – esteem of elderlise resident of nursing home in uremia. Med Surg Nurs J 2012;1(1):18- 23. (Persian)
8. Reilly CM, Higgins M, Smith A, Gary RA, Robinson J, Clark PC, et al. Development, psychometric testing, and revision of the Atlanta Heart Failure Knowledge Test. J Cardiovasc Nurs 2009;24(6):500–9.
9. Patel UD, Hernandez AF, Liang L, Peterson ED, LaBresh KA, Yancy CW, et al. Quality of care and outcomes among patients with heart failure and chronic kidney disease: A Get With the Guidelines -- Heart Failure Program study. Am Heart J 2008;156(4):674–81.
10. Smeulders ESTF, van Haastregt JCM, Ambergen T, Stoffers HEJH, Janssen-Boyne JJJ, Uszko-Lencer NHKM, et al. Heart failure patients with a lower educational level and better cognitive status benefit most from a self-management group programme. Patient Educ Couns 2010;81(2):214–21.
11. Zuazagoitia A, Grandes G, Torcal J, Lekuona I, Echevarria P, Gómez MA, et al. Rationale and design of a randomised controlled trial evaluating the effectiveness of an exercise program to improve the quality of life of patients with heart failure in primary care: The EFICAR study protocol. BMC Public Health 2010;10:33.

12. Riegel B, Driscoll A, Suwanno J, Moser DK, Lennie TA, Chung ML, & et al, Heart failure self-care in Developed and Developing countries. *J Car Fail* 2009; 15 (6): 508-16.
13. Tomita MR, Tsai B-M, Fisher NM, Kumar NA, Wilding G, Stanton K, et al. Effects of multidisciplinary Internet-based program on management of heart failure. *J Multidiscip Healthc* 2008;2009(2):13-21.
14. Dickson VV, Howe A, Deal J, McCarthy MM. The relationship of work, self-care, and quality of life in a sample of older working adults with cardiovascular disease. *Heart Lung* 2012;41(1):5-14.
15. Cicutto. L, Brooks D, Henderson. Self care issues form the Perspective of individuals with chronic obstructive Pulmonary disease. *Patient Educ Couns* 2004; 55(2):168-76.
16. Unsar S, Erol O, Mollaoglu M. The self-care agency in dialyzed patients. *Dialysis Transplant* 2007;36(2):57-70.
17. Akyol AD, Cetinkaya Y, Bakan G, Yarali S, Akkuş S. Self-care agency and factors related to this agency among patients with hypertension. *J Clin Nurs* 2007;16(4):679-87.
18. Adib-Hajbaghery M, Maghaminejad F, Abbasi A. The role of continuous care in reducing readmission for patients with heart failure. *J Caring Sci* 2013;2(4):255-67.

## THE EFFECT OF APPLYING OREM SELF-CARE MODEL ON SELF CARE ABILITY IN PATIENTS HOSPITALIZED IN THE INTERNAL CARDIAC MEDICINE UNIT IN EMAM REZA HOSPITAL, SIRJAN

*Esmat Noohi<sup>1</sup>, Iran Khosravi<sup>2</sup>, Yunes Gahani<sup>3</sup>*

*Received: 9 Oct, 2015; Accepted: 11 Dec, 2015*

### Abstract

**Background& Aims:** The most important causes for mortality rate and re admission in patients with heart disease arise from insufficient education and inappropriate self care. This study determines the effect of applying Orem self-care model on self care ability in patients hospitalized in the internal cardiac unit in Emam Reza hospital of Sirjan.

**Materials and Methods:** In this clinical trial study, 80 patients with known heart disease were selected randomly, and they were divided in to two groups of experimental and control. A pre test was performed. The patients, in the experiment group, received 5 education sessions by implementing Orem's model, each lasting twenty minutes during the hospital stay, and also they were given an educational pamphlet. The control patients received routine care the patients in both groups. Post test was performed. The data were analyzed via SPSS soft ware version 16.

**Result:** The mean score for self care cognitive abilities in the experimental group before the intervention increased from  $2/03 \pm 0/15$  to  $12 \pm 0/001$  after the intervention. The mean score of self care performance ability in the experimental group, increased from  $32/28 \pm 9/51$  to  $105/43 \pm 3/96$  after the intervention. Significant differences between self care ability before and after the intervention were observed ( $p < 0/001$ ). The difference was not significant in the control group ( $p > 0/05$ ).

**Conclusion:** Applying of Orem's self care model had a positive influence on raising the self care ability of the patients with heart disease. Therefore, the application of Orem's model is suggested in the care of patients with chronic, especially heart patients.

**Keywords:** Self care ability, patient education, Orem self care model, Heart patient

**Address:** Iran - Kerman, School of Nursing & Midwifery, Kerman University of Medical Sciences

**Tel:** (+98) 3431325220

**Email:** e\_nuhi@kmu.ac.ir

<sup>1</sup> Corresponding Author. Assistant professor. physiology research center, Department of Medical- surgical nursing, Razi School of Nursing & Midwifery, Kerman university of medical sciences

<sup>2</sup> Ms nursing student, Razi School of Nursing and Midwifery, Kerman university of medical sciences

<sup>3</sup> Assistant Professor in the Department of Biostatistics, Kerman university of medical sciences