

تأثیر برنامه خود مدیریتی سبک زندگی سلامت محور بر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت مبتلایان به بیماری ایسکمیک قلبی: یک مطالعه کار آزمایی بالینی

رویا امینی^۱، مریم رجبی^۲، افسر امید^{۳*}، علیرضا سلطانیان^۴، مهدی اسمعیلی^۵

^۱ مربی عضو هیات علمی، گروه بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۲ دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۳ مرکز تحقیقات بیمارهای مزمن (مراقبت در منزل)، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۴ دانشیار آمار زیستی، مرکز مدل سازی بیماری های غیر واگیر، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، ایران.

^۵ سرپرست واحد بازتوانی قلبی مرکز آموزشی درمانی قلب فرشچیان، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

* نویسنده مسئول: افسر امید، مرکز تحقیقات بیمارهای مزمن (مراقبت در منزل)، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران. تلفن: ۰۵۳۵-۸۱۳۸۳۸-۹۸+، ایمیل: omidi@umsha.ac.ir

DOI: 10.20286/nmj-24035

چکیده

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۱۰/۱۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۲/۲۲

واژگان کلیدی:

بیماری ایسکمیک قلبی

مداخله خودمدیریتی

رفتارهای ارتقاءدهنده سلامتی

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

مقدمه: بیماریهای قلبی عروقی عامل اصلی مرگ و ناتوانی بوده و پیشگیری و مدیریت بیماری نقش اساسی در کنترل این بیماریها دارد. هدف مطالعه حاضر تعیین تاثیر برنامه خود مدیریتی سبک زندگی سلامت محور بر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت مبتلایان به بیماری ایسکمیک قلبی بود. **روش کار:** مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده بر روی ۹۲ بیمار با روش نمونه گیری در دسترس انجام شد. داده ها توسط پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و رفتارهای ارتقا دهنده سلامت جمع آوری شد. در گروه مداخله برنامه خود مدیریتی سبک زندگی و در گروه کنترل آموزشهای معمول به مدت هشت هفته اجرا شد. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS ۱۶، آزمونهای کولموگوروف اسمیرنوف، کای اسکوئر، فیشر، تی مستقل و تی زوجی و آزمون های توصیفی استفاده گردید. **یافته ها:** بر اساس نتایج قبل از مداخله بین میانگین نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت اختلاف آماری معنی داری در دو گروه مشاهده نشد ($P < 0/05$) لیکن در گروه آزمون قبل و بعد از مداخله در همه ابعاد به جز حیطه مدیریت استرس ($P = 0/068$) اختلاف آماری معنی داری مشاهده شد ($P = 0/001$) همچنین بعد از مداخله، در چهار حیطه مسئولیت پذیری در رابطه با سلامت، فعالیت بدنی و تغذیه در دو گروه ($P = 0/001$) و روابط بین فردی ($P = 0/039$) اختلاف آماری معنی داری مشاهده شد.

نتیجه گیری: یافته ها نشان داد که برنامه مذکور بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامتی در بیماران قلبی تاثیر گذار بوده و با رویکردهای مداخله ای مناسب می توان در راستای ارتقاء سلامت بیماران اقدام نمود.

مقدمه

از بیماری های قلبی در کشورهای در حال توسعه مشاهده می شود. بر اساس گزارش سازمان مذکور در ایران، بیماری عروق کرونر با شیوع ۲۱٪ رتبه اول را بین بیماری های مزمن به خود اختصاص داده است [۲]. سالانه حدود ۹۰ هزار مرگ به دلیل این بیماری در ایران رخ می دهد [۵]. متأسفانه این میزان رو به افزایش بوده و حتی تا ۴۶٪ مرگ و میرها را نیز شامل میشود [۶، ۷]. در حال حاضر بیماری های عروق

طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی (WHO) بیماری های قلبی عروقی علت اصلی مرگ و میر زنان و مردان، در کل دنیا است [۱، ۲]. در آمریکا حدوداً ۷۹ میلیون نفر یا به عبارت دیگر یک سوم جمعیت بزرگسال این کشور (۲۰۱۲) از بیماریهای قلبی -عروقی رنج برده [۳] و این بیماری مسئول ۵۰٪ از مرگ و میرها است [۴]. بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۰، ۸۲٪ از مرگ و میرهای ناشی

می رسد این روش میتواند برای متقاعد کردن بیماران جهت تغییر در رفتار یا سبک زندگی کمک نماید [۱۰]. یکی از برنامه های خود مدیریتی، برنامه خودمدیریتی سبک زندگی مرتبط با سلامت (HELM) جهت بیماران عروق کرونری می باشد. این برنامه، یک برنامه مداخله ای سازمان یافته شناختی است که بر پایه مدل ترانس تئوریکال تغییر رفتار و حمایت انگیزشی قرار داشته و به مدت شش هفته اجرا می گردد. دادن بازخورد، واگذاری مسئولیت، توصیه های آموزشی، همدلی با بیمار و خودکارآمدی از ارکان اساسی این برنامه است. اجزای اصلی برنامه شامل هشت حیطه: تعیین هدف، تهیه دفترچه آموزشی خودمدیریتی، دادن بازخورد به بیمار در خصوص ریسک فاکتورهای مربوط به بیماری با توجه به آزمایشات و وضعیت فیزیکی بیمار، تشکیل تیم و ارتباط با پزشک بیمار، تماس تلفنی (سه تماس تلفنی حمایتی)، انجام مصاحبه، توصیه به بیمار جهت نصب نکات ضروری (از جمله: اتصال پیام های آموزشی روی یخچال) و یک دفترچه ثبت سلامت جهت ثبت آزمایش ها و فعالیتهای روزمره است [۱۵، ۱۶].

با توجه به افزایش شیوع بیماریهای عروق کرونر و لزوم بکارگیری رفتارهای ارتقاء دهنده بهداشتی و همچنین عدم وجود برنامه خاص خودمدیریتی پس از ترخیص بیماران، محققین بر آن شدند تا مطالعه حاضر را با هدف تعیین تاثیر آموزش خود مدیریتی بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در بیماران مبتلا به بیماریهای قلبی - عروقی انجام دهد.

روش کار

مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی سازی شده بود. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران ایسکمیک قلبی بستری در مرکز آموزشی درمانی فرشچیان قلب همدان بود. تعداد نمونه مورد نیاز جهت انجام پژوهش با سطح اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۹۰٪، ۹۲ نفر (۴۶ نفر در هر دو گروه مداخله و کنترل) تعیین شده و بیماران به روش نمونه گیری در دسترس از تیر ماه ۱۳۹۴ تا مهر ماه ۱۳۹۴ مورد انتخاب قرار گرفتند. در این مطالعه میزان تغییرات رفتارها در سبک زندگی ارتقاء سلامت در گروه آزمون و کنترل، بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله به ترتیب ۴۰٪ و ۱۰٪ در نظر گرفته شد و همچنین با در نظر گرفتن خطای نوع اول ۵٪ و توان آزمون ۹۰٪ و میزان ریزش نمونه ۱۰٪ حداقل ۴۶ نفر در هر گروه نیاز است [۱۵، ۱۶].

$$n = n_1 + (.10 \cdot n_1)$$

$$n_1 = [z_{1-\alpha/2} \sqrt{p_1(1-p_1) + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}}] / [p_1 - p_2]^2 = 46$$

کرونر اولین علت مرگ و میر در افراد بالای ۳۵ سال می باشد [۸]. مطالعات نشان داده است که جمعیت ایران با توجه به خصوصیات رفتاری، تغذیه ای و میزان فعالیت بدنی، در معرض ریسک بالاتری جهت بیماری های قلب و عروق و به خصوص ریسک فاکتور چربی خون می باشند [۴]. شیوع و بروز بیماری عروق کرونری قلب به طور جدی تحت تاثیر شیوه زندگی ناسالم بوده و سبک زندگی مدرن می تواند به طور مستقیم منجر به اتخاذ شیوه زندگی ناسالم شود [۹]. با توجه به وجود شواهد فراوان مبنی بر وجود رابطه میان سبک زندگی افراد و ابتلا به بیماریهای قلبی-عروقی، ضرورت تاکید بر تعدیل سبک زندگی به عنوان عامل مهمی در تعیین پیش آگهی و عوارض این بیماری کاملاً مشخص و قابل توجه است [۱۰]. ۹۰-۸۰٪ افراد دارای بیماری عروق کرونر، یک یا چند ریسک فاکتور در شیوه زندگی شان دارند [۱۱]. سازگاری با شیوه زندگی سالم در کاهش عوارض و مرگ و میر بیماری عروق کرونر ضروری است و برای داشتن یک زندگی سالم، افراد باید رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را برای تغییر سبک زندگی در فعالیتهای روزانه زندگی خود به کار گیرند [۹]. یک رویکرد جامع پیشنهاد میکند که رفتارهای حفاظت از سلامتی (کاهش خطر و پیشگیری) و رفتارهای ارتقاء سلامت ممکن است به عنوان دو جزء مکمل سبک زندگی سالم در نظر گرفته شوند [۱۲]. سازمان بهداشت جهانی بر اهمیت رفتارهای ارتقای سلامت، به عنوان یک استراتژی کلیدی برای حفظ کیفیت زندگی خوب تاکید کرده است. پندر و همکارانش سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت (HPL) را به شش حیطه تغذیه، فعالیت فیزیکی، مدیریت استرس، مسئولیت سلامت، روابط بین فردی و رشد معنوی طبقه بندی کردند [۱۳]. امروزه با توجه به هزینه بالای مراقبت های بهداشتی لزوم تغییر رویکرد درمانی به رویکرد پیشگیری بیشتر مورد تأکید قرار گرفته است [۱۲]. یکی از موانع پیشگیری و درمان مناسب بیماران قلبی-عروقی و جلوگیری از افزایش هزینه های درمان، عدم پایبندی بیماران به رژیم های دارویی و در کنار آن اصلاح شیوه زندگی است. خودمدیریتی یک استراتژی است که به کنترل تغییرات سبک زندگی اشاره دارد. خودمدیریتی روشی را برای مراقبت از سلامتی ارائه میکند که در آن بیمار در ارتقای سطح سلامتی، پیشگیری از بیماری و کنترل موفقیت آمیز بیماری خود نقش محوری ایفا کند [۱۰]. خودمدیریتی در بیماری های مزمن نظیر بیماری های قلبی، یک جزء مهم مراقبت محسوب شده و کاهش هزینه های بستری مجدد و عوارض مربوطه را به همراه خواهد داشت [۱۴]. به نظر

جداگانه محاسبه می شود. بدین ترتیب که نمره رشد معنوی و خودشکوفایی فردی (۳۶-۹)، مسؤولیت پذیری در باره سلامت (۳۶-۹)، روابط بین فردی (۳۶-۹)، مدیریت استرس (۳۲-۸)، فعالیت فیزیکی (۲۸-۷) و تغذیه (۴۰-۱۰) خواهد بود. در هر بعد و در نمره کلی پرسشنامه، نمرات بالاتر نشان دهنده انجام رفتارهای سلامتی بیشتر و شیوه زندگی سالم تر می باشد. برای مثال حداقل نمره کسب شده در نمره کلی ۵۲ و حداکثر نمره ۲۰۸ می باشد و هر چه نمره کسب شده توسط فرد به نمره حداکثر (۲۰۸) نزدیک تر باشد، نشان دهنده بیشتر بودن رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی است. از آنجایی که در این پژوهش هدف ارزیابی سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت در بیماران ایسکمیک قلبی بود؛ بالطبع تعدیلاتی به خصوص در حیطه فعالیت بدنی و تغذیه صورت گرفت. از این رو پرسشنامه حاضر جهت بررسی روایی محتوایی در اختیار ۱۰ نفر از متخصصین قلب، تغذیه، پزشک واحد باز توانی قلبی و اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری مامائی قرار گرفت. در این مطالعه روایی سوالات به شیوه محتوایی و با استفاده از نظر متخصصان بررسی شد. جهت بررسی میزان پایایی پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد و ثبات درونی حیطه های رشد معنوی و خودشکوفایی فردی، مسؤولیت پذیری در رابطه با سلامت، روابط بین فردی، مدیریت استرس، فعالیت بدنی و تغذیه به ترتیب برابر با ۰/۸۴۹، ۰/۶۰، ۰/۶۷۷، ۰/۷۵۷، ۰/۸۶۴ و ۰/۷۴۹ بدست آمد. طبق نظر اساتید در حیطه فعالیت بدنی و تغذیه متناسب با بیماران قلبی تغییراتی انجام شد. بعنوان مثال: سوال «حداقل ۳ بار در هفته به مدت ۲۰ دقیقه یا بیشتر ورزش شدید میکنم» حذف گردید زیرا بیمار قلبی نباید فعالیت سنگین انجام دهد. عباراتی مثل «استفاده از پله به جای آسانسور» و «فعالیت هایی مثل تنیس و دوچرخه سواری» که در بعضی سوالات به عنوان مثال ذکر شده بود حذف شد. سوال «هر روز ۱۱-۶ وعده نان غلات، برنج و ماکارونی استفاده میکنم» به «از نان و غلات سبوس دار استفاده می کنم» تغییر یافت. سوال «روزانه ۳-۲ وعده گوشت قرمز، مرغ، تخم مرغ، حبوبات خشک و آجیل مصرف میکنم» به دو سوال «گوشت قرمز و تخم مرغ فقط یک بار در هفته می خورم» و «روزانه ۳-۲ وعده، مرغ، حبوبات خشک، و آجیل مصرف می کنم» تبدیل شد. جهت تعیین پایایی، از روش آزمون مجدد استفاده شد، که ضریب آلفای کرونباخ برابر ۸۹٪ نشان دهنده این بود که پرسشنامه مذکور برای مطالعه حاضر از درجه مطلوبیت مناسبی برخوردار می باشد. روش کار بدین صورت بود که پس از انجام مراحل مقدماتی و

با جایگزینی مقادیر مختلف در فرمول $z_1 - \alpha/2 = 1/96$ ، $p = 0/1$ ، $p = 0/25$ ، $p = 0/1$ ، $z_1 - \beta = 1/28$ تعداد نمونه مورد نیاز در این تحقیق در هر دو گروه مداخله و کنترل ۴۶ نفر به دست آمد (فرض ریزش نمونه ها با میزان حدود ۱۰٪ و جهت مقابله با آن، در هر یک از گروه ها ۴۶ نفر مورد نیاز است). تخصیص نمونه ها در دو گروه به روش تصادفی بلوکی با بلوک چهار تایی (ABBA) انجام شد (نمودار ۱).



نمودار ۱: تخصیص نمونه ها در دو گروه به روش تصادفی بلوکی با بلوک چهار تایی

معیارهای ورود به این پژوهش شامل: سکونت در شهر همدان-سواد خواندن و نوشتن-تشخیص و بستری بیماری ایسکمیک قلبی با تأیید پزشک-داشتن حداقل یک ریسک فاکتور قلبی مثل: هیپرلیپیدمی، هیپرتانسیون، چاقی، فعالیت فیزیکی محدود، رژیم غذایی نامناسب، سیگار و دیابت -عدم وجود بیماری های زمینه ای و خاص دیگر (کلیوی، تنفسی، غددی و ارتوپدی و حرکتی) با تأیید پزشک بود. معیار خروج از مطالعه وجود بیماری هایی مانند سکنه مغزی و سرطان حین مطالعه بود.

به منظور جمع آوری اطلاعات از دو ابزار گردآوری داده استفاده شد. ۱-چک لیست اطلاعات دموگرافیک (شامل سن، جنس، سطح تحصیلات، شغل، سابقه مصرف سیگار، سابقه ابتلا به بیماری هایی نظیر دیابت) ۲-پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت والکر و پندر که شامل ارزیابی چند بعدی از رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در شش بعد رشد معنوی و خودشکوفایی فردی، مسؤولیت پذیری درباره سلامت، روابط بین فردی، مدیریت استرس، فعالیت فیزیکی و تغذیه بود. مجموع سوالات این پرسشنامه حاوی ۵۲ سوال است که به صورت لیکرت ۴ گزینه ای، (۱) هرگز، (۲) گاهی اوقات، (۳) معمولاً و (۴) همیشه، تنظیم شده است و نمره کسب شده در هر سوال دامنه ای از ۱-۴ دارد. محدوده نمره کل رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت ۲۰۸-۵۲ است که برای هر بعد، نمره

ثبت وقایع را کنترل نموده و به بیمار بازخورد مناسب را ارائه نمود. همچنین در این جلسه پزشک عمومی نیز حضور داشته و همراه با محقق به سوالات بیماران پاسخ داد. برای نوشتن نکات ضروری و نصب این نکات روی یخچال از پزشک کمک گرفته شد. لازم به ذکر است محل آموزش در بیمارستان و طول هر جلسه آموزش ۱۵ تا ۲۰ دقیقه بود. طی بررسی به عمل آمده مدت زمان بستری در بخش قلب از یک روز تا کمتر از یک هفته به طور معمول می باشد. جلسات آموزشی به صورت فردی بوده و مدت زمان بستری بیماران منافاتی با یکدیگر ندارد و چون آموزش بیماران به طور مستمر بوده و پس از آن پیگیری و تکرار میشود، تفاوت در مدت زمان بستری تأثیری در امر آموزش نخواهد داشت. پس از اتمام این سه جلسه، محقق با بیماران طی سه تماس تلفنی (هفته های ۲ و ۴ و ۶ پس از ترخیص) تماس گرفت و ضمن تاکید بر اهمیت کنترل عوامل موثر بر بیماری، به بیماران جهت رفع ابهامات توضیحات لازم را ارائه نمود. پس از گذشت دوره مداخله (هشت هفته) پرسشنامه سبک زندگی ارتقای سلامت مجدداً توسط بیماران، تکمیل گردید. در خصوص گروه کنترل، مراقبت های معمول بیماران بستری شده دریافت شد و بیماران حین بستری و هشت هفته بعد، پرسشنامه سبک زندگی ارتقای سلامت تکمیل نمودند. پس از جمع آوری اطلاعات گردآوری شده توسط پرسشنامه ها و استخراج داده ها، اطلاعات وارد نرم افزار SPSS ۱۶ شده با کمک شاخص های توصیف مرکزی و پراکندگی، جداول توافقی و نسبت ها به توصیف مشاهدات پرداخته شد. جهت مقایسه گروه ها از نظر خصوصیات فردی و بیماری از آزمون کای دو و دقیق فیشر استفاده گردید. آزمون کولوگراف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها به کار گرفته شد که بر این اساس از آزمون های من ویتنی، تی-تست و زوجی استفاده شد. لازم به ذکر است، سطح معنی داری، $P < 0.05$ در نظر گرفته شد.

یافته ها

میانگین سنی گروه مداخله $11/05 \pm 49/36$ و میانگین سنی گروه کنترل نیز $9/7 \pm 49/82$ سال بود. بیشتر شرکت کنندگان در گروه کنترل و مداخله به ترتیب، در محدوده سنی ۴۵-۵۵ و ۵۵-۶۵ سال قرار داشتند. اکثریت افراد در هر دو گروه مذکور بودند. سطح تحصیلات بیشتر افراد شرکت کننده در هر دو گروه دیپلم بوده و از نظر شغلی اکثر زنان خانه دار و مردان شغل آزاد داشتند. (جدول ۱).

کسب مجوز لازم از حوزه معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه، محقق به محیط پژوهش مراجعه نموده و بیماران بستری با تشخیص بیماری عروق کرونر که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند انتخاب و و ضمن معرفی خود و بیان اهداف و کسب رضایت آگاهانه از آنان، نمونه گیری را آغاز نمود. شرکت کنندگان با روش تصادفی ساده به دو گروه آزمون و کنترل تخصیص یافتند. گروه مداخله تحت آموزش برنامه خود مدیریتی سبک زندگی مرتبط با سلامت (HELM) و گروه کنترل تحت آموزش های معمول و روتین بخش قرار گرفتند. برنامه خود مدیریتی سبک زندگی مرتبط با سلامت اولین بار در استرالیا اجرا شده و یک برنامه مداخله ای سازمان یافته شناختی است که بر پایه مدل ترانس تئوریکال تغییر رفتار و حمایت انگیزشی قرار دارد. بر اساس این برنامه سه جلسه آموزش فردی در مراحل بستری (پس از تثبیت وضعیت بالینی بیمار)، حین ترخیص و یک هفته پس از ترخیص برای گروه مداخله انجام شد. در اولین جلسه، پرسشنامه سبک زندگی ارتقای سلامت توسط بیماران گروه مداخله، تکمیل گردیده و علاوه بر آن در خصوص آشنایی با بیماری عروق کرونر، شیوع بیماری، عوامل موثر در ایجاد بیماری (ریسک فاکتورها)، نقش فرد در پیشگیری از پیشرفت بیماری، چگونگی دریافت اطلاعات، لزوم دریافت اطلاعات و برقراری ارتباط، آموزش داده شد. در دومین جلسه، بر راهکارهای کنترل بیماری تاکید شده و در خصوص کلیات برنامه، وظایف بیمار و اهمیت کنترل بیماری توضیحاتی ارائه شده و به بیمار دفترچه ای که شامل دو بخش بود، داده شد. بخش اول: شامل آشنایی با بیماری عروق کرونر و ریسک فاکتورها و بخش دوم: شامل تغییر هر یک از ریسک فاکتورها، جنبه های مثبت و منفی آنها و همچنین سیر بیماری عروق کرونر و نقش خود مراقبتی در کنترل بیماری بود. حین ترخیص به بیمار در ریسک فاکتورها، جنبه های مثبت و منفی آنها و همچنین سیر بیماری عروق کرونر و نقش خود مراقبتی در کنترل بیماری بود. در این جلسه به بیمار در خصوص لزوم انجام فعالیت هایی نظیر تکمیل دفترچه ثبت وقایع، استفاده از نمادهای بصری (نظیر نصب نکات ضروری روی یخچال یا هر جایی که در دید بیمار باشد) آموزش داده شده و از وی خواسته شد تا فعالیتهای روزانه خود نظیر غذاهای مورد استفاده در طول یک هفته و فعالیت های بدنی را ثبت نماید. در همین جلسه، با کمک محقق اهداف بیمار تعیین شد و از بیماران خواسته شد تا اهداف را بصورت کتبی ثبت نمایند. در سومین جلسه (یک هفته پس از ترخیص)، محقق دفترچه

| جدول ۱: فراوانی مطلق و نسبی مشخصات دموگرافیکی افراد در دو گروه مداخله و کنترل | | | |
|---|----------------|-----------------|---------------------------------|
| مشخصات | کنترل، No. (%) | مداخله، No. (%) | آزمون آماری |
| سن، سال | | | $P = 0/899, df = 90, t = 0/127$ |
| ≤ ۲۵ | - | ۱ (۲/۲) | |
| ۲۵-۳۴ | ۲ (۴/۳) | ۳ (۶/۵) | |
| ۳۵-۴۴ | ۱۰ (۲۱/۷) | ۱۱ (۲۸/۳) | |
| ۴۵- ۵۴ | ۲۰ (۴۳/۵) | ۱۳ (۲۳/۹) | |
| ۵۵- ۶۴ | ۹ (۱۹/۶) | ۱۴ (۳۰/۴) | |
| ≥ ۶۵ | ۵ (۱۰/۹) | ۴ (۸/۷) | |
| میانگین ± انحراف معیار | ۴۹/۹۶ ± ۱۰/۳۶ | ۴۹/۶۷ ± ۱۱/۰۲ | |
| جنسیت | | | $P = 0/684, df = 3, X^2 = 1/49$ |
| مرد | ۳۱ (۶۷/۴) | ۲۷ (۵۸/۷) | |
| زن | ۱۵ (۳۲/۶) | ۱۹ (۴۱/۳) | |
| سطح تحصیلات | | | $P = 0/929, Fisher = 6/18$ |
| ابتدایی | ۷ (۱۵/۲) | ۱۰ (۲۱/۷) | |
| راهنمایی | ۸ (۱۷/۵) | ۷ (۱۵/۲) | |
| دیپلم | ۲۹ (۶۳) | ۲۴ (۵۲/۳) | |
| فوق دیپلم | - | ۲ (۴/۳) | |
| لیسانس | ۲ (۴/۳) | ۳ (۶/۵) | |
| شغل | | | $P = 0/515, Fisher = 1/70$ |
| بیکار | ۲۶ (۵۶/۵) | ۲۰ (۴۳/۵) | |
| آزاد | ۳ (۶/۵) | ۵ (۱۰/۹) | |
| کارمند | ۲ (۴/۳) | ۱ (۲/۲) | |
| وضعیت تاهل | | | $P = 0/709, Fisher = 1/35$ |
| مجرد | ۲ (۴/۳) | ۱ (۲/۲) | |
| متاهل | ۴۳ (۹۳/۵) | ۴۲ (۹۱/۳) | |
| مطلقه یا بیوه | ۱ (۲/۲) | ۳ (۶/۵) | |

شده است. (جدول ۳). همچنین مقایسه میانگین نمره کلی و نمره ابعاد شش گانه در گروه کنترل قبل و پس از برنامه تفاوت آماری معنی داری نداشته است ($P < 0/05$)؛ لیکن در گروه مداخله میانگین نمره کلی ارتقاء سلامت پس از اجرای برنامه افزایش یافته و تفاوت آماری معنی داری در نمره کلی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و کلیه ابعاد ($P < 0/001$)، به جز بعد مدیریت استرس ($P = 0/068$) در دو مرحله قبل و پس از اجرای برنامه در گروه مداخله وجود داشته است. (جدول ۴).

تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد: میانگین نمره کلی و نمره هر یک از ابعاد شش گانه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در هر دو گروه مداخله و کنترل در مرحله قبل از اجرای برنامه خودمدیریتی، از نظر آماری تفاوت معنی داری نداشته است ($P < 0/05$) (جدول ۲)؛ لیکن در مرحله پس از اجرای برنامه در میانگین نمره کلی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت ($P < 0/001$)، ابعاد مسئولیت در باره سلامت ($P < 0/001$)، روابط بین فردی ($P = 0/039$)، فعالیت بدنی ($P = 0/001$) و تغذیه ($P = 0/001$) در دو گروه تفاوت آماری معنی داری حاصل

جدول ۲: مقایسه میانگین نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در دو گروه مداخله و کنترل قبل از اجرای برنامه خودمدیریتی

| ابعد رفتارهای ارتقا دهنده سلامت | محدوده نمره | کنترل، Mean±SD | مداخله، Mean±SD | آزمون t مستقل | |
|---------------------------------|-------------|----------------|-----------------|---------------|---------|
| | | | | t | P-Value |
| رشد معنوی-خودشکوفایی | (۹-۳۶) | ۲۵/۷۵ ± ۵/۳۶ | ۲۴/۸۶ ± ۶/۴۹ | ۰/۷۳۵ | ۰/۴۶۴ |
| مسئولیت درباره سلامت | (۹-۳۶) | ۲۵/۷۳ ± ۵/۳۵ | ۲۵/۵۴ ± ۶/۷۳ | ۰/۰۸۶ | ۰/۹۳۲ |
| روابط بین فردی | (۹-۳۶) | ۲۷/۷۶ ± ۴/۵۳ | ۲۷/۵۸ ± ۴/۷۳ | ۰/۱۸۳ | ۰/۸۵۵ |
| مدیریت استرس | (۸-۳۲) | ۲۱/۰ ± ۴/۳ | ۲۰/۸۶ ± ۹/۰۴ | ۰/۱۰۲ | ۰/۹۱۹ |
| فعالیت بدنی | (۷-۲۸) | ۱۴/۱۵ ± ۵/۰۹ | ۱۲/۶۵ ± ۴/۷۰ | ۱/۴۶ | ۰/۱۴۶ |
| تغذیه | (۱۰-۴۰) | ۲۷/۷۰ ± ۵/۹ | ۲۶/۲۶ ± ۵/۵ | ۱/۲۳ | ۰/۲۱۹ |
| نمره کلی | (۵۲-۲۰۸) | ۱۴۲/۰۹ ± ۲۰/۵۷ | ۱۳۷/۷۸ ± ۲۵/۳۳ | ۰/۸۹۴ | ۰/۳۷۳ |

جدول ۳: مقایسه میانگین نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در دو گروه مداخله و کنترل بعد از اجرای برنامه خودمدیریتی

| ابعد رفتارهای ارتقادهنده سلامت | محدوده نمره | کنترل، Mean±SD | مداخله، Mean±SD | آزمون t مستقل | |
|--------------------------------|-------------|----------------|-----------------|---------------|---------|
| | | | | t | P-Value |
| رشد معنوی-خودشکوفایی | (۹-۳۶) | ۲۵/۹۱ ± ۵/۱ | ۲۷/۸۹ ± ۴/۹ | ۱/۸۸ | ۰/۰۶۳ |
| مسئولیت درباره سلامت | (۹-۳۶) | ۲۵/۵۰ ± ۵/۳ | ۳۰/۸۲ ± ۳/۲ | ۵/۷۶ | <۰/۰۰۱ |
| روابط بین فردی | (۹-۳۶) | ۲۷/۶۰ ± ۴/۵ | ۲۹/۳۹ ± ۳/۵ | ۲/۰۹ | ۰/۰۳۹ |
| مدیریت استرس | (۸-۳۲) | ۲۱/۵ ± ۴/۴ | ۲۳/۰۰ ± ۵/۵ | ۱/۸۹ | ۰/۰۶۱ |
| فعالیت بدنی | (۷-۲۸) | ۱۴/۰۸ ± ۵/۰ | ۱۹/۶۷ ± ۳/۸ | ۵/۹۳ | <۰/۰۰۱ |
| تغذیه | (۱۰-۴۰) | ۲۷/۴۳ ± ۵/۹ | ۳۱/۲۶ ± ۴/۱ | ۳/۵۷ | ۰/۰۰۱ |
| نمره کلی | (۵۲-۲۰۸) | ۱۴۴/۹۶ ± ۲۱/۵۶ | ۱۶۲/۵۴ ± ۱۵/۴۲ | ۴/۵۵ | <۰/۰۰۱ |

جدول ۴: مقایسه میانگین نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در دو گروه مداخله و کنترل قبل و پس از اجرای برنامه خودمدیریتی

| ابعد رفتارهای ارتقا دهنده سلامت | کنترل (میانگین نمرات) | | مداخله (میانگین نمرات) | | P-Value | قبل | بعد | t-زوجی | P-Value |
|---------------------------------|-----------------------|--------|------------------------|--------|---------|--------|--------|--------|---------|
| | قبل | بعد | قبل | بعد | | | | | |
| رشد معنوی-خودشکوفایی | ۲۵/۷ | ۲۶/۳ | ۲۴/۸ | ۲۷/۸ | ۰/۹۰۴ | ۲۴/۸ | ۲۷/۸ | ۷/۱۵ | <۰/۰۰۱ |
| مسئولیت درباره سلامت | ۲۵/۶ | ۲۵/۵ | ۲۵/۵ | ۳۰/۸ | ۰/۸۹۷ | ۲۵/۵ | ۳۰/۸ | ۷/۱۹ | <۰/۰۰۱ |
| روابط بین فردی | ۲۷/۷ | ۲۸/۰ | ۲۷/۵ | ۲۹/۳ | ۰/۸۷۸ | ۲۷/۵ | ۲۹/۳ | ۵/۴۲ | <۰/۰۰۱ |
| مدیریت استرس | ۲۱/۰ | ۲۱/۵ | ۲۰/۸ | ۲۳/۰ | ۰/۹۲۱ | ۲۰/۸ | ۲۳/۰ | ۱/۸۶ | ۰/۰۶۸ |
| فعالیت بدنی | ۱۴/۱ | ۱۴/۷ | ۱۲/۶ | ۱۹/۶ | ۰/۹۵۶ | ۱۲/۶ | ۱۹/۶ | ۱۰/۴۲ | <۰/۰۰۱ |
| تغذیه | ۲۷/۷ | ۲۷/۹ | ۲۶/۲ | ۳۱/۲ | ۰/۸۳۳ | ۲۶/۲ | ۳۱/۲ | ۸/۵۹ | <۰/۰۰۱ |
| نمره کلی | ۱۴۲/۰۹ | ۱۴۴/۰۲ | ۱۳۷/۷۸ | ۱۶۲/۵۴ | ۰/۵۹۷ | ۱۳۷/۷۸ | ۱۶۲/۵۴ | ۱۱/۱۷ | <۰/۰۰۱ |

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی تاثیر برنامه خود مدیریتی سبک زندگی سلامت محور بر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت مبتلایان به بیماری ایسکمیک قلبی در مرکز آموزشی درمانی قلب فرشچیان انجام گرفت. نتایج آزمون های آماری در پژوهش حاضر تفاوت معناداری در میانگین نمره کلی رفتارهای ارتقادهنده سلامتی در دو گروه مداخله و کنترل در

مرحله قبل از اجرای برنامه خودمدیریتی را نشان نداد (۰/۳۷۳)؛ لیکن پس از اجرای برنامه، نمره کل رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی در گروه مداخله افزایش یافته و تفاوت معنی داری در میانگین نمره، در دو گروه مشاهده شد (۰/۰۰۱) که نشان دهنده تاثیر برنامه خودمدیریتی بر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی می باشد. نتایج این مطالعه با مطالعه هاروی و همکاران (۲۰۰۸) که تاثیر آموزش خودمدیریتی بیماری مزمن بر رفتارها و پیامدهای مربوط به سلامتی را بررسی نموده و نشان دادند خودمدیریتی در بهبود سطح سلامتی تاثیر مثبت دارد، هم سو می باشد [۱۷]. همچنین نتایج مطالعه حاضر مشابه با نتایج مطالعه کارآزمایی بالینی تقدیسی و همکاران (۲۰۱۴) بود. در مطالعه مذکور نشان داده شد که آموزش مبتنی بر رویکرد سالمندی موفق، سبب بهبود رفتارهای ارتقاءدهنده سلامتی و همچنین شیوه زندگی بیماران قلبی شده است [۱۸].

برنامه خودمدیریتی سبک زندگی سلامت محور علاوه بر افزایش میانگین کل نمره رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی بر ابعاد آن نیز تاثیر داشته است. یکی از ابعاد رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی فعالیت فیزیکی است. پس از اجرای مداخله خودمدیریتی، نمرات گروه مداخله در این بعد بهبود یافته، در حالی که در گروه کنترل تغییری مشاهده نشد. آزمون های آماری نیز بین میانگین نمرات دو گروه مداخله و کنترل پس از اجرای برنامه خودمدیریتی، اختلاف معنی داری را نشان داد (P= ۰/۰۰۱) که بیانگر تاثیر مثبت برنامه خودمدیریتی بر بعد فعالیت فیزیکی رفتارهای ارتقاءدهنده سلامتی می باشد. این یافته با مطالعه حیدری (۲۰۱۳) همخوانی دارد. محقق مذکور تاثیر برنامه حمایتی ارتقاء سلامت را بر سبک زندگی دبیران در مرحله قبل از یائسگی مورد بررسی قرار داده و نتیجه گیری نمود که میانگین کل رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت و ابعاد شش گانه از جمله بعد فعالیت فیزیکی در گروه آزمون افزایش معنادار داشته است [۱۹]. نقش فعالیت فیزیکی به عنوان یک ریسک فاکتور مستقل در مطالعات مربوط به سبک زندگی و بیماران قلبی ذکر گردیده است. چنانچه استوارت (۲۰۱۳) در مطالعه خود تحت عنوان تاثیر فعالیت فیزیکی در بیمار با بیماری عروق کرونر [۲۰] و رولف (۲۰۱۲) در بررسی تاثیر فعالیت بدنی و تمرینات و الویت های ارتقای سلامت در زنان سالمند مبتلا به بیماری قلبی بر اهمیت این موضوع تاکید کردند [۲۱]. کول (۲۰۱۱) مطالعه ای بر بیماران قلبی انجام داد و نتیجه گیری نمود که مداخلات سبک زندگی بر رعایت رژیم غذایی و فعالیت فیزیکی بیماران موثر بوده است [۱۱]. در مطالعه حاضر نیز تغذیه به عنوان یکی از

ابعاد رفتارهای ارتقاءدهنده سلامتی بررسی شد و بعد از اجرای برنامه خودمدیریتی مرتبط با سلامت تغییر در عادات تغذیه ای بیماران ایسکمیک قلبی مشاهده گردید. بطوریکه رفتارهای تغذیه ای مطلوب در گروه مداخله نسبت به قبل از مداخله افزایش معنادار یافت، در حالی که در گروه کنترل تغییری مشاهده نگردید. یافته مطالعه حاضر هم سو با یافته مطالعه کول بوده است. نتایج مطالعه بالجانی و همکاران (۲۰۱۲) با عنوان تاثیر مداخلات خودمدیریتی بر تبعیت از رژیم دارویی و سبک زندگی در بیماران قلبی-عروقی نیز نشان داد که مداخلات خودمدیریتی در تبعیت از رژیم دارویی و تغییرات سبک زندگی در ابعاد انتخاب رژیم غذایی کم چرب می تواند کمک کننده باشد [۱۰]. علاوه بر این در مطالعه شان شان لی و همکاران (۲۰۱۳) نیز چنین نتیجه گیری شد که مداخله آنان سبب رعایت رژیم غذایی و همچنین افزایش کیفیت زندگی و کاهش مرگ و میر بیماران انفارکتوس میوکارد شده است [۲۲].

مسئولیت پذیری در رابطه با سلامت بعد دیگر از رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی در این پژوهش بود که مورد بررسی قرار گرفت. در مطالعه حاضر پس از اجرای مداخله خودمدیریتی، نمرات گروه آزمون نسبت به قبل از مداخله در این بعد بهبود یافت. در حالی که در گروه کنترل تغییری مشاهده نشد. این یافته پژوهش همسو با مطالعه آدالو (۲۰۱۰) بود که برنامه مداخله ای خودمدیریتی در بیماران قلبی را طراحی نموده و برنامه مذکور، سبب افزایش نقش مسئولیت پذیری بیماران و در نتیجه افزایش کنترل افراد بر بیماری خویش، شد [۲۳]. در پژوهش حاضر پس از اجرای برنامه خودمدیریتی، در بعد رشد معنوی و خودشکوفایی فردی نیز تغییر معنی دار آماری در گروه مداخله مشاهده شد. علی رغم این که این یافته هم سو با مطالعه حیدری و تقدیسی که ذکر شد، می باشد اما با مطالعه رادمهر و همکاران (۱۳۹۲)، با عنوان بررسی تاثیر اجرای برنامه آموزشی بر ارتقای سلامت بیماران وسواس جبری که نشان دادند میانگین نمره کسب شده در دو حیطة رشد روحی و معنوی و مسئولیت پذیری در رابطه با سلامت معنادار نیست، همخوانی ندارد [۲۴]. نتیجه کسب شده می تواند به علت کم بودن تعداد نمونه (۸ نفر) یا تاثیر خاص بیماری (بیماری وسواس جبری) بر تاثیر پذیری افراد شرکت کننده باشد. به علاوه در رابطه با حیطة روابط بین فردی، پس از اجرای برنامه خودمدیریتی، نتایج معنادار بود. اما نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه رخشانی و همکاران (۲۰۱۴) با عنوان بررسی تاثیر سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت بر کیفیت زندگی در سالمندان ایرانی، همسو نیست [۱۳]. ممکن

و زندگی مفید و هدفمند استفاده نمود. بکارگیری این برنامه جهت افزایش حس مسؤولیت پذیری در رابطه با بیماری، تغذیه مناسب، بهبود فعالیت فیزیکی و روابط بین فردی پیشنهاد داده می شود. به نظر می رسد جهت مدیریت استرس، ایجاد روابط بین فردی و رشد معنوی و خودشکوفایی بیمار به زمان بیشتری جهت مداخله نیاز دارد. همچنین دادن مشاوره هایی نظیر مشاوره روان پزشکی جهت تطابق بیشتر با بیماری مفید می باشد.

سپاسگزاری

مقاله حاضر بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری با شماره ۹۴/۵/۶/پ مورخ ۱۶/۳۵/۹/۲۴۳۹ در کمیته اخلاق حوزه معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی همدان با کد شناسه IRCT2015061422712N1 می باشد. محققین بر خود لازم می دانند از حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان جهت تصویب و حمایت از این پایان نامه قدردانی نمایند. همچنین محققین مراتب تقدیر و تشکر خود را نسبت به بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی تخصصی قلب شهر همدان اعلام می دارند.

تضاد منافع

در این مطالعه تضاد منافع وجود ندارد.

است عدم تاثیر گذاری برنامه بر بعد روابط بین فردی در مطالعه مذکور را مرتبط با ماهیت دوره سالمندی و نیاز فرد به استراحت بیشتر در منزل و کم نمودن فعالیت های اجتماعی در نظر گرفت.

در حیطه مدیریت استرس، پس از اجرای برنامه خودمدیریتی میانگین نمره کسب شده در گروه مداخله اندکی افزایش یافت، لیکن این افزایش معنی دار نبود ($P=0/068$) این یافته با نتایج مطالعه خیرجو (۲۰۱۲) همخوانی دارد. در مطالعه خیرجو نیز بعد از اجرای برنامه آموزشی سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت بیماران زن مبتلا به آرتریت روماتوئید مشخص گردید که میانگین نمره مدیریت استرس در گروه مداخله بعد از اجرای برنامه آموزشی تغییر معنادار آماری نداشته است [۲۵]. به نظر می رسد برنامه خود مدیریتی مطالعه حاضر، بیشتر روی بهبود فعالیت فیزیکی، تغذیه، مسؤولیت در باره سلامت و روابط بین فردی موثر بوده و جهت مدیریت استرس موثر، باید بصورت اختصاصی تمرکز نمود. همچنین ممکن است بیماران بدلیل شرایط خاص بیماری خود نیاز به زمان طولانی تر جهت تطابق با بیماری و در نتیجه مدیریت استرس خویش داشته باشند.

نتیجه گیری

برنامه خود مدیریتی سبک زندگی سلامت محور بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامتی تمرکز دارد؛ از این برنامه می توان در جهت کسب پیامدهای مطلوب بهداشتی، انجام شخصی کارها

REFERENCES

- Varaei S, Cheraghi MA, Seyedfatemi N, Talebi M, Bahrani N, Dehghani A. [Effect of peer education on anxiety in patients candidated for coronary artery bypass graft surgery: a randomized control trial]. *J Nurs Educ.* 2013 2(3):28-37.
- Varaei S, Shamsizadeh M, Kolahdozan S, Oshvandi K, Dehghani A, Parviniannasab AM, et al. Randomized Controlled Trial of a Peer Based Intervention on Cardiac Self-efficacy in Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft Surgery: a 3-year Follow-up Results. *Int J Health Stud.* 2016;2(1):14-9.
- Mirnosori R, Mokhtary G, Ebady fara MZM. [Effects of cardiac rehabilitation program on exercise capacity and risk factors for coronary artery bypass surgery patients 45-65 years]. *Q J Med Sci Lorestan.* 2013;15(5):72-80.
- Afzalaghaie E, Hadian MR, Attarbashi Moghadam B, Tavakol K, Zandparsa AF, Jalaei S. [The Effects Of Cardiac Rehabilitation On Changes In The Lipid Profile Of Iranian male and female With Coronary Artery Disease Referred To Emam Khomeini Hospital Complex]. *Modern Rehabil.* 2010;4(1):45-9.
- AA KZ, Naghie MR. [Prevalence of risk factors of coronary heart disease and effect of life-style modification guides]. *Truma Mon.* 2009;4(1):157-62.
- Esteki Ghashghaei F, Sadeghi M, Marandi SM, Ghashghaei SE. [Exercise-based cardiac rehabilitation improves hemodynamic responses after coronary artery bypass graft surgery]. *Arya Atheroscler J.* 2012;7(4):151-6.
- Shabani R, Gaeini AA, Nikoo MR, Nikback H, Sadegifar M. Effect of cardiac rehabilitation program on exercise capacity in women undergoing coronary artery bypass graft in hamadan-iran. *Int J Prev Med.* 2010;1(4):247-51. PMID: 21566780
- Shafipour V, Shafipour LHJ. [The effectof the Cardiac Rehabilitation Program on the quality of life in patients with myocardial infarction]. *Arak Med Univ J.* 2011;14(58):34-42.
- Eshah NF. Lifestyle and health promoting behaviours in Jordanian subjects without prior history of coronary heart disease. *Int J Nurs Pract.* 2011;17(1):27-35. DOI: 10.1111/j.1440-172X.2010.01902.x PMID: 21251151
- Baljani E, Rahimy ZH, Heidary SH. [Self-management and lifestyle intervention on medication adherence in patients with cardiovascular disease]. *J Nurs Midwife Hamadan.* 2012;20(3):58-67.
- Cole JA, Smith SM, Hart N, Cupples ME. Systematic review of the effect of diet and exercise lifestyle interventions in the secondary prevention of coronary heart disease. *Cardiol Res Pract.* 2011;2011:232351. DOI: 10.4061/2011/232351 PMID: 21197445
- Mohammadi Zeidi I, Pakpur Hajji A, Mohammadi Zeidi B. [Reliability and validity of the Persian version of the health-promoting lifestyle questionnaire]. *J Mazandaran Univ Med Sci.* 2012;21:156-62.
- Rakhshani T, Shojaiezhadeh D, Lankarani KB, Rakhshani F, Kaveh MH, Zare N. The association of health-promoting lifestyle with quality of life among the Iranian elderly. *Iran Red Crescent Med J.* 2014;16(9):e18404. DOI: 10.5812/ircmj.18404 PMID: 25593729
- Hosseini MA, Mohammadi F, Ahmadi F, Tabari R. [Self-management, the main strategy of patient's after Coronary Artery Bypass

- Graft (CABG): A Content analysis study]. *J Urmia Nurs Midwife Fac.* 2014;12(4):249-59.
15. Fernandez RS, Davidson P, Griffiths R, Juergens C, Salamonson Y. Development of a health-related lifestyle self-management intervention for patients with coronary heart disease. *Heart Lung.* 2009;38(6):491-8. DOI: [10.1016/j.hrtlng.2009.01.008](https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2009.01.008) PMID: [19944873](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19944873/)
 16. Fernandez RS, Davidson P, Griffiths R, Juergens C, Stafford B, Salamonson Y. A pilot randomised controlled trial comparing a health-related lifestyle self-management intervention with standard cardiac rehabilitation following an acute cardiac event: Implications for a larger clinical trial. *Aust Crit Care.* 2009;22(1):17-27. DOI: [10.1016/j.aucc.2008.10.003](https://doi.org/10.1016/j.aucc.2008.10.003) PMID: [19081265](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19081265/)
 17. Harvey PW, Petkov JN, Misan G, Fuller J, Battersby MW, Cayetano TN, et al. Self-management support and training for patients with chronic and complex conditions improves health-related behaviour and health outcomes. *Aust Health Rev.* 2008;32(2):330-8. PMID: [18447824](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18447824/)
 18. Taghdisi MH, Estebarsari F, Rahimi Foroushani A, Eftekhar Ardebili H, Shojaeizadeh D, Dastoorpoor M. [The educational program based on the successful aging approach on elders health-promoting behaviors: a clinical trial study]. *Razi J Med Sci.* 2014;21(12S):25-36.
 19. Heidari F, Mohammad Khan Kermanshahi S, Vanaki Z. [The effect of a supportive health promotion program on the lifestyle of premenopause teachers]. *J Kashan Univ Med Sci.* 2013;17(1):14-24.
 20. Stewart R, Held C, Brown R, Vedin O, Hagstrom E, Lonn E, et al. Physical activity in patients with stable coronary heart disease: an international perspective. *Eur Heart J.* 2013;34(42):3286-93. DOI: [10.1093/eurheartj/ehz258](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz258) PMID: [24014220](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24014220/)
 21. Rolfe DE. Meeting Women's Health Needs in the Community: Assessment of the physical activity and health promotion practices, preferences and priorities of older women living with cardiovascular disease. Toronto: University of Toronto; 2012.
 22. Li S, Chiuvè SE, Flint A, Pai JK, Forman JP, Hu FB, et al. Better diet quality and decreased mortality among myocardial infarction survivors. *JAMA Intern Med.* 2013;173(19):1808-18. DOI: [10.1001/jamainternmed.2013.9768](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.9768) PMID: [23999993](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23999993/)
 23. Auduly A, Asplund K, Norbergh KG. Who's in charge? The role of responsibility attribution in self-management among people with chronic illness. *Patient Educ Couns.* 2010;81(1):94-100. DOI: [10.1016/j.pec.2009.12.007](https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.12.007) PMID: [20060256](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20060256/)
 24. Radmehr M, Ashktorab T, Neisi L. Effect of the educational program based on Pender's theory on the health promotion in patients with obsessive compulsive disorder. 2012;2(2):56-63.
 25. Kheirjoo E, Jomehri F, Ahadi H, Farshbaf F. [Comparison of Health Promoting Lifestyle of Female Rheumatoid Arthritis Patients with Healthy Women and It's Relationship with Demographic Factors]. *Knowl Res Appl Psychol.* 2012;14(3):61-70.

The Effect of Health-Related Self-Management Lifestyle Intervention on Health Promotion Behaviors in Patients With Ischemic Heart Disease: A Randomized Control Trial

Roya Amini ¹, Maryam Rajabi ², Afsar Omid ^{3,*}, Alireza Soltanian ⁴, Mahdi Esmaili ⁵

¹ Instructor, Department of Community Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University and Medical Sciences, Hamadan, Iran

² Student Research Center School of Nursing and Midwifery, Hamadan University and Medical Sciences, Hamadan, Iran

³ Chronic Diseases (Home Care) Research Center and Child and Maternal Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

⁴ Associated Professor, Modeling of Noncommunicable Diseases Research Center, Department of Biostatistics, School of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

⁵ Administer of Rehabilitation Unit of Farshchian Heart Hospital, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

* Corresponding author: Afsar Omid, Chronic Diseases (Home Care) Research Center and Child and Maternal Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. Tel: +98-8138380535, E-mail: omid@umsha.ac.ir

DOI: 10.20286/nmj-24035

Received: 07.03.2016

Accepted: 23.04.2016

Keywords:

Ischemic Heart Disease
Self Care
Health Promotion

How to Cite this Article:

Amini R, Rajabi M, Omid A, Soltanian A, Esmaili M. The Effect of Health-Related Self-Management Lifestyle Intervention on Health Promotion Behaviors in Patients With Ischemic Heart Disease: A Randomized Control Trial. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac.* 2016;**24**(3):174-183. DOI: 10.20286/nmj-24035

© 2016 Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty

Abstract

Introduction: Cardiovascular diseases are the main cause of death and disability. Prevention and management programs of these diseases have a basic role in the control of these diseases. This study aimed to determine the effect of health-related lifestyle self-management intervention on health promotion behaviors in patients with ischemic heart disease. **Methods:** This clinical trial was performed on 92 patients with accessible sampling. Data were collected via demographic and health promotion behavior questionnaires. The intervention group took part in the self-management lifestyle program and the control group had regular training. Data analysis was done by descriptive statistics and Kolmogorov-Smirnov test, chi-square, independent sample t-test and paired sample t-test using the SPSS software version 16.

Results: Results showed significant statistical difference between mean scores of health promotion behaviors in both groups ($P < 0.05$), yet after the intervention in four areas of health responsibility, physical activity, interpersonal relation and nutrition, a significant difference was observed ($P = 0.0001$). Results also showed a significant difference ($P = 0.0001$) in both groups in all aspects except stress management ($P = 0.067$) before and after the intervention.

Conclusions: The results showed that the program was effective on health promotion behaviors of patients with heart disease and appropriate intervention strategies could be utilized to improve the health of patients.