مقاله پژوهشی اصیل

تاثیر برنامه توانمندسازی بر رضایت از زندگی در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر

زینب قاسم‌زاده کوچی[1]، کارشناس ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه
*** معصومه ذاکری‌مقدم[2]، دکترای پرستاری**
مریم اسماعیلی[3]، دکترای پرستاری

خلاصه

هدف. این مطالعه با هدف بررسی تاثیر برنامه توانمندسازی بر رضایت از زندگی افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر انجام شد.

زمینه. افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر به دلیل ماهیت مزمن و پیشرونده بیماری در معرض مشکلات متعدد و عود مجدد بیماری قرار دارند. بیماری قلبی یکی از بیماری‌های ناتوان‌کننده محسوب می‌شود، و بنابراین، اثر نامطلوبی بر خودمراقبتی، کیفیت زندگی و همچنین، وضعیت سلامت بیمار دارد.

روش کار. پژوهش حاضر یک کارآزمایی بالینی تصادفی است که با شرکت ۸۴ فرد مبتلا به بیماری عروق کرونر در سال ۱۳۹۶ در بخش‌های پست سی‌سی‌یو در مرکز قلب تهران انجام شد. نمونه‌های پژوهش براساس معیارهای ورود به مطالعه انتخاب و وارد مطالعه شدند. پس از توضیح در مورد اهداف و اخذ رضایت کتبی، تخصیص بیماران در دو گروه آزمون و کنترل به روش تخصیص تصادفی بلوکی صورت گرفت. سپس پرسشنامه‌های اطلاعات دموگرافیک و سوابق بیماری، و رضایت از زندگی در دو گروه تکمیل گردید. در گروه مداخله، برنامه توانمندسازی مؤثر به‌صورت سه جلسه کارگاهی در سه روز متوالی اجرا گردید. ادامه مداخله پس از ترخیص بیماران از بیمارستان، به مدت ۸ هفته پیگیری به‌صورت تماس تلفنی یک‌بار در هفته انجام شد. پس از آن، پرسشنامه رضایت از زندگی در دو گروه کنترل و مداخله تکمیل شد. داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی بررسی شدند.

یافته‌ها. براساس یافته‌های پژوهش، قبل از مداخله، بین دو گروه از نظر مشخصات دموگرافیک و سوابق بیماری اختلاف آماری معناداری وجود نداشت. بین میانگین نمره رضایت از زندگی گروه آزمون و کنترل قبل از اجرای مداخله تفاوت آماری معناداری یافت نشد و دو گروه همگن بودند، درحالی‌که پس از اجرای مداخله اختلاف معنی‌داری بین نمره رضایت از زندگی در دو گروه آزمون و کنترل مشاهده شد ($P\leq ۰/۰۰۰۱$). رضایت از زندگی گروه آزمون قبل و بعد از اجرای مداخله تفاوت آماری معنادار داشت ($P\leq ۰/۰۰۰۱$)، اما در گروه کنترل این‌گونه نبود.

نتیجه‌گیری. نتایج این مطالعه نشان‌دهنده تاثیر برنامه توانمندسازی بر رضایت از زندگی افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر است و نشان می‌دهد که برنامه توانمندسازی باعث افزایش رضایت از زندگی در این افراد شده است. بنابراین، پرستاران می توانند از برنامه توانمندسازی برای بهبود رضایت از زندگی که یکی از ابعاد سلامت روانی- اجتماعی است، در این افراد استفاده کنند.

کلیدواژه‌ها: برنامه توانمندسازی، رضایت از زندگی، بیماری عروق کرونر

۱ کارشناس ارشد، گروه مراقبت‌های ویژه و مدیریت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲ دانشیار، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (*نویسنده مسئول) پست الکترونیک: zakerimo@tums.ac.ir
۳ دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، گروه مراقبت‌های ویژه و مدیریت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

مقدمه

بیماری قلبی‌عروقی علت اصلی مرگ در سراسر جهان و عامل مرگ یک مورد از هر چهار مرگ است؛ تخمین زده شده است سالانه ۱۷/۹ میلیون نفر جان خود را به دلیل بیماری قلبی از دست می دهند (سازمان جهانی بهداشت ، ۲۰۲۲). در ایران نیز اولین علت مرگ، بیماری‌های قلبی است (رایلی و همکاران، ۲۰۱۴)، به‌طوری‌که تا سال ۲۰۰۸ بیماری‌های ایسکمیک قلبی اولین عامل مرگ افراد بالای ۳۵ سال را تشکیل می‌دادند (هروی و همکاران، ۲۰۱۵).

بیماری عروق کرونر رایج‌ترین نوع بیماری قلبی است که حدود ۲ مورد از هر ۱۰ مرگ ناشی از آن در بزرگسالان کمتر از ۶۵ سال اتفاق می‌افتد (مرکز کنترل بیماری‌ها، ۲۰۲۱). عدم کنترل بیماری‌های عروق کرونر باعث بروز اختلالات جبران‌ناپذیر و عوارض متعددی همچون درد قلبی، نارسایی قلبی و ناتوانی جسمی می‌گردد و کیفیت زندگی را به شدت کاهش می‌دهد (احمدی، ۲۰۰۲). امروزه شیوع بیماری عروق کرونر به علت تغییر سبک زندگی و گرایش افراد به عادات نامناسب گسترش یافته است (سوایا و همکاران، ۲۰۰۹). با توجه به اینکه بیماری قلبی می‌تواند در طول عمر، همراه فرد باشد و علاوه بر مددجو، سایر افراد خانواده و حتی جامعه را نیز متاثر کند، برای کنترل بهتر بیماری و برخورداری از سبک زندگی بهتر، لازم است مددجو توانمند شود (فازاکاس و همکاران، ۲۰۰۳).

توانمندسازی یک فرآیند کنترل فعالیت‌ها و مسئولیت‌پذیری انسان بر اعمال هدفمند است که می‌تواند منجر به ارتقای توانایی‌های افراد شود و بر توسعه ظرفیت‌ها و منابعی که آن را تقویت می‌کند تمرکز دارد. توانمندسازی افراد به منظور افزایش استقلال، تسلط بر فرآیندهای تصمیم‌گیری وکسب اعتماد به نفس بالا در نظر گرفته شده است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۶). توانمندی در ارتباط با دیگران شکل می‌گیرد (عظیمی و همکاران، ۲۰۱۰) و منجر به تعامل بهتر با مسئولان بهداشتی، رضایت، پاسخ بهتر به درمان (نوت، ۲۰۰۴)، پیشگیری عوارض (شیوا و همکاران، ۲۰۰۳)، نگاه مثبت به بیماری (آندرسون و همکاران، ۲۰۰۵) و بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری مزمن می‌گردد (نوت، ۲۰۰۴). فرآیند توانمندسازی بیمار به وی کمک می کند تا عوامل موثر بر وضعیت سلامت خود را کنترل کند (هریس و همکاران، ۲۰۰۴). به گفته سازمان بهداشت جهانی، سلامت وضعیتی است که فرد در رفاه کامل جسمی، اجتماعی و روانی قرار دارد و سلامت روان بخش مهمی از مفهوم سلامت عمومی محسوب می‌شود (کرمی و همکاران، ۲۰۰۱). سلامت روان به عنوان یک وضعیت رفاه که فرد توانایی‌های خود را درک می‌کند، توانایی سازگاری با استرس‌های طبیعی زندگی را دارد، می‌تواند به‌صورت سود آور کار کند، و قادر است به اجتماع خود کمک کند، تعریف شده است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۱).

در مطالعات متعدد ارتباط قابل توجهی بین سلامت روان و رضایت از زندگی مشاهده شده است (راتور و همکاران، ۲۰۱۵؛ مایرز و همکاران، ۱۹۹۵). محققان نشان داده‌اند که رضایت از زندگی یکی از عوامل پیش‌بینی‌کننده ابتلا به بیماری‌های روان‌پزشکی و طول عمر است (کویووما هونکنن و همکاران، ۲۰۰۰). رضایت از زندگی، ارزیابی شناختی فرد از زندگی است و بر اساس تناسب بین اهداف و دستاوردهای شخصی در نظر گرفته شده است (ریسانن، ۲۰۱۵). بر اساس یک مطالعه، افراد با رضایت زندگی بالاتر راهبردهای سازگاری مناسب تر و موثرتری را به کار می‌گیرند و همچنین، عواطف و احساسات مثبت عمیق‌تری را تجربه می‌کنند (ماروتا و همکاران، ۲۰۰۴)، و دارای روابط سالم‌تر، شکایت جسمی کمتر و سلامت روان‌شناختی مثبت هستند. وجود افسردگی، عزت نفس پایین، مشکلات سازگاری، مصرف الکل و سایر آسیب‌های روان‌پزشکی در کاهش رضایت از زندگی موثر است (هوبنر، ۲۰۰۴).

دانش و اقدامات پرستاری در حیطه بیماری‌های قلبی در دهه اخیر تغییر یافته است و تاکید اصلی آن بر خودمراقبتی و توانمندسازی بیمار به عنوان یک راهکار عملی اصلی در ارتقای سلامت است (بلک و همکاران، ۲۰۰۹). توانمندسازی، فرآیندی برای تسهیل تغییرات رفتاری و سبک زندگی است که با ایجاد خودآگاهی و ارائه دانش در مورد بیماری و در نهایت، با فراهم کردن خودمراقبتی، بیماران را در مدیریت بیماری خود مشارکت می‌دهد (کمپبل، ۲۰۱۵). توانمندسازی از طریق آموزش بیماران، باعث ایجاد درک بهتر از بیماری و افزایش انگیزه خودمراقبتی در آنها می‌شود (مین کیم و همکاران، ۲۰۱۴؛ یونگ و همکاران، ۲۰۱۴). لذا نقش پرستاران در این زمینه متقاعد کردن، حمایت و تشویق مددجویان است (حیدری و همکاران، ۲۰۰۷).

افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر به دلیل ماهیت مزمن و پیشرونده بیماری در معرض مشکلات متعدد و عود مجدد بیماری قرار دارند. بیماری قلبی در تمام طول عمر، همراه فرد است و یکی از بیماری‌های ناتوان‌کننده محسوب می شود. نیازهای متنوع مراقبتی و آموزشی و ناتوانی در برآورده کردن آنها باعث شده است که بیماران با نگرانی و چالش‌های زیادی در زمینه برآورده نمودن نیازهای

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

سلامتی خود و عوارض بیماری مواجه شوند. این عوامل منجر به کاهش انگیزه، خودباوری و در نهایت، ایجاد احساس ضعف و ناتوانی در بیمار می‌شود و اثر نامطلوبی بر خودمراقبتی،کیفیت زندگی، سلامت و رضایت از زندگی بیمار خواهد داشت. با توجه به اینکه پرستاران نزدیک‌ترین ارتباط را با بیماران دارند و نقش کلیدی و مهمی در زمینه متقاعد کردن، حمایت و تشویق مددجویان ایفا می‌کنند، در این مطالعه، پژوهشگر قصد داشت با ارایه برنامه توانمندسازی به بیماران، تاثیر آن را بر رضایت از زندگی که جزئی از سلامت روانی–اجتماعی افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر است را مورد بررسی قرار دهد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک کارآزمایی بالینی تصادفی است که با شرکت ۸۴ فرد مبتلا به بیماری عروق کرونر در سال ۱۳۹۶ در بخش‌های پست سی‌سی‌یو مرکز قلب تهران انجام شد. نمونه‌های پژوهش بر اساس معیار های ورود (بزرگسالان بین ۱۸ تا ۶۵ سال، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، تشخیص بیماری ایسکمیک قلبی از طریق تست‌های تشخیصی و تایید پزشک متخصص، توانایی برقراری ارتباط، عدم وجود مشکلات روان‌شناختی، عدم شرکت در برنامه توانمندسازی مشابه، و قرار داشتن در وضعیت پایدار بیماری) و معیارهای خروج (وارد شدن به مرحله حاد بیماری، فوت بیمار، شرکت نکردن در یکی از جلسات کارگاه یا عدم شرکت در پیگیری تلفنی) از بین بیماران بستری انتخاب و وارد مطالعه شدند. پس از توضیح در مورد اهداف، با ارایه فرم رضایت‌نامه، از نمونه‌های پژوهش رضایت کتبی برای شرکت در پژوهش کسب شد. سپس تخصیص بیماران در دو گروه آزمون و کنترل به روش تخصیص تصادفی بلوکی (در هر بلوک، ۴ نمونه) صورت گرفت.

ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌های اطلاعات دموگرافیک و سوابق بیماری و پرسشنامه رضایت از زندگی (LET) بودند. ابتدا پرسشنامه‌های اطلاعات دموگرافیک و سوابق بیماری و رضایت از زندگی در هر دو گروه کنترل و مداخله تکمیل گردید. پس از آن، برنامه توانمندسازی به‌صورت سه جلسه کارگاهی با حضور حداقل ۵ و حداکثر ۷ بیمار واجد شرایط ورود به پژوهش در اتاق کنفرانس بخش در ساعات بعد از ظهر در سه روز متوالی اجرا شد. مدت هر جلسه کارگاه حداقل ۶۰ دقیقه و بنا به ترجیح بیماران تعدیل یافت. پس از ترخیص بیماران از بیمارستان؛ بیماران در گروه توانمندسازی شبکه اجتماعی تلگرام به منظور آموزش‌های بیشتر در حیطه روش‌های کنترل عوامل خطر، پیشگیری از ابتلا مجدد بیماری و بحث گروهی عضو شدند و ادامه مداخله به مدت ۸ هفته پیگیری به‌صورت تماس تلفنی با محتوای مرور بر اطلاعات داده‌شده، ارزشیابی مستمر دستیابی به اهداف، توصیه‌هایی برای اصلاح عملکرد، تشویق بیمار جهت به‌کارگیری روش‌های پیشگیری از حملات و اصلاح سبک زندگی، و پاسخ به سئوالات بیمار ادامه یافت. تماس تلفنی هفته‌ای یک بار در زمان ترجیحی بیمار بین ساعات ۱۰ صبح تا ۸ شب و حداقل به مدت ده دقیقه بر اساس نیاز بیمار توسط پژوهشگر صورت گرفت. در پایان مداخله، پرسشنامه رضایت از زندگی توسط بیماران در هر دو گروه تکمیل گردید.

برنامه توانمندسازی مژیک شامل ۵ مرحله تحریک خودآگاهی بیمار، بررسی علل مشکلات، تنظیم اهداف، توسعه طرح خودمراقبتی فردی، و ارزشیابی دستیابی به اهداف است. برنامه توانمندسازی در این پژوهش با آموزش به بیمار توسط پژوهشگر آغاز و به مشارکت فعال در اتخاذ تصمیمات بیمار در مورد فرآیند بیماری ختم شد. در مرحله تحریک خودآگاهی بیمار، پس از برقراری ارتباط پژوهشگر با نمونه‌ها و گرم شدن جلسه، طرح سئوال و ارائه توضیحاتی در مورد ماهیت بیماری، عوامل موثر بر تشدید یا بهبود علایم، روش‌های پیشگیری از حمله مجدد قلبی با اصلاح روش زندگی، تغذیه صحیح، روش‌های کنترل استرس (مانند استفاده از دعا، موسیقی و روش‌های آرام‌سازی) داده شد. در این مرحله، پژوهشگر بیماران را ترغیب کرد به مشکلات ناشی از بیماری عروق کرونر و موانع خودمراقبتی فکر کنند و آنها را مطرح نمایند. سپس پژوهشگر بیماران را به بحث گروهی و تبادل تجربیات خودمراقبتی و اینکه چگونه این رفتارها بر آزمایشات (چربی، فشارخون و ...) و عوارض اثر می‌گذارد تشویق کرد. در پایان جلسه اول، کتابچه آموزشی به بیماران داده شد تا آن را مطالعه کنند و سئوالاتی را که به ذهنشان می‌رسد در یک برگه بنویسند و در جلسه بعد به پژوهشگر تحویل دهند. این مرحله در جلسه اول کارگاه انجام گردید و در صورت لزوم، براساس نیاز بیماران در جلسات بعدی تکرار شد.

در مرحله دوم (بررسی علل مشکلات)، بیماران به کشف موانع و مشکلات در انجام رفتارهای خودمراقبتی و راه‌های غلبه بر آن تشویق شدند. در این مرحله موانع ذکرشده توسط بیماران مورد بررسی قرار گرفت، علل و راه‌های مقابله با آن به بحث گذاشته شد و پژوهشگر بیماران را به‌طرف حل مشکل هدایت کرد. راه‌های غلبه بر مشکلات و موانع خودمراقبتی پس از بحث گروهی با طرح چند

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

سناریو مانند طرح بیمار مشابه، طرح مشکلات عمومی بیماران و روش برخورد با این مشکلات ادامه یافت و سعی شد توانمندی بیماران در این زمینه تقویت گردد. این مرحله در صورت لزوم و براساس نیاز بیماران در جلسه بعدی تکرار شد. در مرحله سوم (تنظیم اهداف) اهداف مربوط به کنترل بیماری عروق کرونر، عوامل خطر بیماری و پیشگیری از عود مجدد بیماری مورد بررسی و بحث قرار گرفت، و پژوهشگر بیماران را به بحث در مورد اهداف دست‌یافتنی تشویق کرد. در این مرحله نیز برنامه‌ریزی برای دستیابی به اهداف تمرین شد و مورد بحث قرار گرفت. این مرحله در صورت لزوم و براساس نیاز بیماران تکرار شد. در مرحله چهارم (تدوین طرح خودمراقبتی فردی) بیماران در انتخاب برنامه مناسب برای دستیابی به اهداف و گنجاندن طرح‌های خودمراقبتی در فعالیت‌های زندگی روزانه اختصاصی خود تشویق و آموزش داده شدند. این مرحله در صورت لزوم و براساس نیاز بیماران تکرار شد. مرحله پنجم (ارزشیابی دستیابی به اهداف) که در دو بخش انجام شد؛ بخش اول شامل پرسیدن دو سئوال شفاهی در ابتدای هر جلسه آموزش حضوری برای برنامه‌ریزی حل مشکل بود و در بخش دوم، تماس‌های تلفنی با بیمار برای راهنمایی در زمینه مشکلات اختصاصی هر بیمار صورت گرفت. این مرحله در کل مدت زمان مداخله انجام شد. این پنج مرحله در همه جلسات کارگاه توانمندسازی بیمار که در یکی از اتاق‌های بخش برگزار شد مورد استفاده قرار گرفت. در پایان دوره مداخله و پس از تکمیل پرسشنامه‌ها توسط هر دو گروه کنترل و آزمون، به جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، کتابچه آموزشی در اختیار گروه کنترل نیز قرار گرفت.

پرسشنامه رضایت از زندگی برای اولین بار در سال ۲۰۰۶ توسط شایر و همکاران طراحی و استاندارد گردیده است، همچنین، شایر و همکاران در سال ۲۰۰۶ در مطالعه دیگری به منظور بررسی روایی و پایایی این پرسشنامه، آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۰ گزارش کردند. با توجه به اینکه تا به حال از این ابزار در ایران استفاده نشده است، پژوهشگر ابتدا ابزار را به زبان فارسی ترجمه کرد و نقاط مبهم و نارسا در متن تصحیح گردید تا متناسب با درک بیماران متعادل شود. سپس توسط فردی که مسلط به هر دو زبان فارسی و انگلیسی بود و از موضوع مطلع نبود، دوباره به زبان انگلیسی ترجمه و با متن اصلی انطباق داده شد. هدف از این کار بررسی میزان دقت و درستی ترجمه انگلیسی به زبان فارسی بود. با استفاده از نظرات اصلاحی دو نفر از استادان رشته روانشناسی و ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی صاحب نظر در گروه پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران، نقایص و تفاوت‌ها بررسی و تصحیح گردید. سپس با مشاوره استاد آمار مطالعه آزمایشی بر روی افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر مشابه با گروه هدف صورت گرفت. پایایی درونی ابزار از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ در یک نمونه ۳۰ تایی برابر با ۰/۷۰ تعیین گردید. این پرسشنامه شامل شش سئوال بر اساس طیف لیکرت از محدوده ۱ (کاملا مخالف) تا ۵ (کاملا موافق) نمره‌گذاری شده است که نمره دهی در دو مرحله صورت می گیرد؛ در مرحله اول، نمره سئوالات منفی معکوس می‌شود و در مرحله دوم، جهت محاسبه نمره کل، نمرات کل سئوالات با هم جمع می‌گردد. حداقل و حداکثر امتیاز کسب‌شده به ترتیب ۶ و ۳۰ است که بالاترین نمره به معنی بالاترین میزان رضایت از زندگی است.

داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی بررسی شدند. این مطالعه دارای کد IR.TUMS.FNM.REC.1396.2691 از کمیته اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی تهران است و در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی با کد IRCT2016072544443N22 ثبت شده است.

یافته‌ها

قبل از مداخله، بین دو گروه از نظر مشخصات دموگرافیک و سوابق بیماری اختلاف آماری معناداری وجود نداشت و دو گروه همگن بودند. میانگین سن در گروه کنترل، ۵۵/۹۲ سال با انحراف معیار ۷/۸۱ و در گروه آزمون، ۵۴/۵۹ سال با انحراف معیار ۷/۹۳ بود. سایر مشخصات دموگرافیک و سوابق بیماری در جدول شماره ۱ آمده است. بر اساس نتایج این مطالعه، بین میانگین نمره رضایت از زندگی گروه آزمون و کنترل قبل از اجرای مداخله تفاوت آماری معناداری یافت نشد، اما میانگین نمره رضایت از زندگی دو گروه آزمون و کنترل بعد از اجرای مداخله، اختلاف آماری معناداری را نشان داد ($P\leq ۰/۰۰۰۱$). میانگین نمره رضایت از زندگی گروه آزمون قبل و بعد از اجرای مداخله تفاوت آماری معنادار داشت ($P\leq ۰/۰۰۰۱$)، درحالی‌که در گروه کنترل این‌گونه نبود (جدول شماره ۲).

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

جدول شماره ۱: برخی ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان به تفکیک گروه آزمون و کنترل

گروه	آزمون	کنترل	
متغیر	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	مقدار p
جنس			
زن	۱۶ (۳۸/۱)	۱۴ (۳۳/۳)	۰/۶۴۹
مرد	۲۶ (۶۱/۹)	۲۸ (۶۶/۷)	
تحصیلات			
ابتدایی	۱۴ (۳۳/۳)	۱۱ (۲۶/۲)	
راهنمایی	۳ (۷/۱)	۷ (۱۶/۷)	
متوسطه	۲ (۴/۸)	۴ (۹/۵)	۰/۶۳۲
دیپلم	۱۳ (۳۱/۰)	۱۲ (۲۸/۶)	
لیسانس	۷ (۱۶/۷)	۴ (۹/۵)	
فوق لیسانس و بالاتر	۳ (۷/۱)	۴ (۹/۵)	
سابقه بیماری			
پرفشاری خون	۱۶ (۳۸/۱)	۱۸ (۴۲/۹)	
هایپرلیپیدمی	۹ (۲۱/۴)	۸ (۱۹/۰)	
دیابت ملیتوس	۴ (۹/۵)	۴ (۹/۵)	۰/۸۴۲
سایر	۳ (۷/۱)	۲ (۴/۸)	
فاقد سابقه بیماری	۱۰ (۲۳/۸)	۱۰ (۲۳/۸)	

جدول شماره ۲: مقایسه رضایت از زندگی، قبل و بعد از مداخله، در گروه آزمون و کنترل

گروه	آزمون	کنترل	
مرحله	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	نتیجه آزمون تی مستقل
قبل از مداخله	۲۳/۴ (۳/۳۷)	۲۳/۷ (۳/۹۶)	df=۸۲, t=-۰/۶۵۸, P=۰/۹۷۶
پس از مداخله	۲۶/۴ (۲/۳۳)	۲۲/۸ (۳/۴)	df=۸۱, t=-۲/۳۹۳, P≤۰/۰۰۰۱
نتیجه آزمون تی زوجی	df=۴۰, t=-۰/۹۲۵, P≤۰/۰۰۰۱	df=۴۱, t=۰/۶۱۶, P=۰/۵۴۲	

بحث

با توجه به شیوع بالای بیماری عروق کرونر و ناتوانی بیماران در کنترل و برطرف کردن نیازهای متعاقب آن، پژوهش حاضر با هدف مقایسه رضایت از زندگی (بُعد سلامت روانی- اجتماعی) قبل و بعد از اجرای برنامه توانمندسازی در گروه کنترل و آزمون انجام شد. یافته‌های این پژوهش نشان داد در گروه آزمون، نمره رضایت از زندگی بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله افزایش معنی‌دار داشته است؛ به عبارتی می‌توان بیان کرد که اجرای برنامه توانمندسازی در گروه آزمون منجر به افزایش رضایت از زندگی نسبت به گروه کنترل شده است. این یافته با یافته‌های مطالعه چونگ و همکاران (۲۰۰۵) همسو بود که یافته‌ها ارتباط قابل ملاحظه و مثبتی را بین توانمندسازی و رضایت از زندگی نشان دادند. در مطالعه فرانسیسکاتو و همکاران (۲۰۱۷) گزارش شد که برنامه‌های مداخله‌ای موجب افزایش رضایت از زندگی سالمندان می‌شود و سالمندانی که رفاه ارتباطی بیشتری داشتند توانمندتر بودند و رضایت از زندگی بیشتری داشتند؛ از وجود همزمان دو ویژگی توانمندتر بودن و رضایت از زندگی بیشتر در سالمندان، به‌طور غیر مستقیم می‌توان نتیجه گرفت که افراد توانمندتر دارای رضایت بیشتری از زندگی هستند. همچنین، بر اساس مطالعه رئوس و همکاران (۲۰۱۶) که در سوئد مرکزی انجام شد، نتایج نشان داد که مداخله مراقبتی منجر به بهبود توانمندسازی و رضایت از زندگی افراد گردید و توانمندشدن افراد نیز منجر به افزایش رفاه شد. با توجه به اینکه رضایت از زندگی جزئی از رفاه افراد است، بنابراین، می‌توان بیان کرد که افراد توانمندتر دارای رضایت بیشتری از زندگی هستند.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

مطالعه سانگ (۲۰۱۲) نشان داد که توانمندسازی به‌طور مستقیم با رضایت از زندگی همبستگی دارد. بر اساس مطالعات سانجوان و همکاران (۲۰۱۱)، کوپنس و همکاران (۲۰۰۸)، و شیمک و همکاران (۲۰۰۴)، رضایت از زندگی، افراد را از اضطراب عاطفی در هنگام مواجهه با موقعیت‌های مشکل، مانند بیماری قلبی محافظت می‌کند. در مطالعه استلار و همکاران (۲۰۱۵) و کتی بوسیک (۲۰۱۷) مشخص شد که رضایت از زندگی مانند عامل بافری بر التهاب و استرس تاثیر دارد و با کاهش سطح اینترلوکین ۶ و کورتیزول، التهاب سیستماتیک را کاهش می‌دهد و اثر ضد التهابی دارد. همچنین، در مطالعات سانجوان و همکاران (۲۰۱۱) و رویز و همکاران (۲۰۱۱) مشاهده شد که رضایت بیشتر از زندگی با علایم کمتر اضطراب و افسردگی در بیماران عروق کرونر مرتبط است؛ مطالعه راتور و همکاران (۲۰۱۵)، میتال و همکاران (۲۰۱۱)، عرفا و همکاران (۲۰۰۳)، و دمیر باتیر و همکاران (۲۰۱۳) نشان داده است که رضایت از زندگی منجر به رفاه روانی می‌شود و مطالعات مایرز و همکاران (۱۹۹۵)، ماروتا و همکاران (۲۰۰۴) و آقایی و همکاران (۲۰۱۳) نیز نشان دادند که رضایت از زندگی منجر به سلامت عمومی بیشتر می‌گردد.

در مطالعات لاولس و همکاران (۲۰۱۱) و چیدا همکاران (۲۰۰۸) مشخص شد که رضایت از زندگی با کاهش مرگ ناشی از بیماری قلبی مرتبط است. مطالعه گرنت و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد که سطح بالاتر رضایت از زندگی با ورزش جسمی، رژیم غذایی سالم‌تر، و عدم مصرف سیگار مرتبط است؛ مطالعه بوهم و همکاران (۲۰۱۶) نیز نشان داد که رضایت از زندگی با سطوح پایین‌تر کلسترول LDL و تری‌گلیسرید ارتباط دارد، به‌طوری‌که سطح پایین رضایت از زندگی ممکن است هشدار اولیه برای پیشرفت بیماری قلبی باشد. همچنین، مطالعات فوترمن و همکاران (۱۹۹۲) و میکالسن و همکاران (۲۰۰۵) نشان دادند که رضایت از زندگی پیش‌بینی‌کننده اضطراب، افسردگی و رفتارهای عصبی است که این عوامل روانی می‌توانند خطر بیماری عروق کرونر را افزایش دهند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، نیاز مداوم تعدادی از بیماران به پایش قلبی یا خونریزی از محل کاتتریسم بود که دستور استراحت کامل در بستر از جانب پزشک داشتند و امکان تحرک و نشستن در جلسات را نداشتند؛ بنابراین، پژوهشگر جهت غلبه بر این محدودیت، جلسات گروهی را در اتاق این بیماران تشکیل داد. با توجه به اندک بودن مطالعات در زمینه توانمندسازی افراد با بیماری عروق کرونر و عدم توجه کافی به بعد سلامت روانی–اجتماعی این بیماران، پیشنهاد می‌شود مطالعات مداخله‌ای بیشتری در این زمینه فوق انجام گردد.

نتیجه‌گیری

برنامه توانمندسازی با تحریک خودآگاهی، ارایه دانش، تشویق و ترغیب بیماران باعث افزایش انگیزه مشارکت در مدیریت و کنترل عوامل موثر بر سلامت در بیماران می‌شود. توانمندسازی بیماران در زمینه کنترل بیماری، توانایی حل مسئله و رفع نیازهای خود، موجب کاهش احساسات منفی، ترس و اضطراب مربوط به بیماری و مشکلات ناشی از آن می‌گردد و به دنبال آن، رضایت از زندگی به عنوان جزئی از سلامت روانی–اجتماعی در بیماران افزایش می‌یابد.

تقدیر و تشکر

پژوهشگران از تمام بیمارانی که انجام این پژوهش را امکان‌پذیر نمودند و نیز از همکاری پرسنل بیمارستان مرکز قلب تهران تقدیر و تشکر می‌کنند.

منابع فارسی

احمدی، فضل الله؛ غفرانی پور، فضل الله؛ عابدی، حیدر علی؛ عارفی، سیدحسن؛ فقیه زاده، سقراط.(۱۳۸۰).طراحی مدل مراقبت پیگیر بر کنترل اختلال عروق کرونر. مجله پژوهش های آسیب شناسی زیستی(تربیت مدرس).۲.(۴)،۱۰۳-۹۷

واحدیان عظیمی، امیر؛ الحانی، فاطمه؛ احمدی، فضل الله؛ کاظم نژاد، انوشیروان.(۱۳۸۸). تاثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر سبک زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی. مجله پرستاری مراقبت ویژه.۴(۲)،۱۳۲-۱۲۷

کرمی، صغری؛ پیراسته، اشرف.(۱۳۸۰). بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی زنجان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی زنجان.۳۵(۹)،۷۳-۶۶

حیدری، مهری؛ الحانی، فاطمه؛ کاظم نژاد، انوشیروان؛ معزی، فرزانه.(۱۳۸۶). بررسی تاثیر الگوی توانمندسازی بر کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به دیابت. مجله بیماری های کودکان ایران.۱(۱۷)،۹۴-۸۷.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

منابع انگلیسی

World Health Organization (WHO). 2022.
Riley L, Cowan M. World Health Organization noncommunicable diseases country profiles. Geneva, Switzerland: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. 2014.
Heravi, M A Y, Yaghubi M & ,Joharinia S .Effect of change in patient's bed angles on pain after coronary angiography according to vital signals. Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences. 2015, 20(10): 937.
CDC. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion ,Disease for Health Disease and Stroke .Prevention . Heart disease facts. September [online] 2021.
Suaya A, Jose S, William B, Ades A, Normand T, Sharon S. Donald Cardiac Rehabilitation and Survival in Older Coronary Patients. Journal of the American College of Cardiology. Published by Elsevier Inc. 2009;54(1): 53-33.
Fazekas C, Semlitsch B, Pieringer W. Empowerment in diabetes mellitus: Theory and practice. Wein Med Wochenshr. 2003;153(2):459-63.
Gaining Health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunnicable Diseases. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.2006.
Nute R. Standard empowering people with diabetes. Prim Health Care. 2004;14(3):35-7.
Shiu A, Wong R, Thompson D. Development of a reliable and valid Chinese version of the diabetes empowerment scale. Diabtes Care. 2003;26(10):2817-21.
Anderson RM, Funnell MM. Patient empowerment reflections on the challenge of fostering: The adopting of a new paradigm.Patient Educ Couns. 2005;5(2):153-7.
Harris R, Veinot T. The empowerment model and using e-health to distribute information. Action for Health. 2004. 1-28
World Health Organization(WHO). 2011.
Rathore, A Kumar, A Gautam. Life Satisfaction and Life Orientation as predictors of Psychological Well Being. The International Journal of Indian Psychology. 2015;3(1):20-27.
Myers DG, & Diener E. Who is happy? Psychological Science. 1995;6(1):10-19.
Koivumaa-Honkanen H, Honkanen R, Viinamaki H, Heikkila K, Kaprio J, & Koskenvuo M. Self-reported life satisfaction and 20-year mortality in healthy Finnish adults. American Journal of Epidemiology. 2000;152(10):983–991.
Rissanen T. Studies on factors related to life satisfaction. Eastern Finland: Faculty of Health Sciences. 2015.
Maruta T, Colligan RC, Malinchoc M, &Offord KP. Optimism-pessimism assessed in the 1960s and self-reported health status 30 years later. Mayo Clinic Proccdings. 2004;77:748-53.
Huebner SE. Research on assessment of life satisfaction of children and adolescents. Social Indicators Research. 2004;66(1-2):3–33.
Black M, Hokason Hawks J. Medical Surgical nursing, clinical management for positive outcomes.Eighth editions. Elsevier Publications. 2009.
Campbell KR. Women and Cardiovascular Disease: Addressing Disparities in Care, 1st edition. London: Imperial College Press.2015.
Min Kim J, Won Hong J, Chul Won J, Hyun Noh J, SooKo K, Doo Rhee B. Glycated Hemoglobin Value for Fasting Plasma Glucose of 126 mg/dL in Korean: The 2011 Korea National Health and Nutrition Examination Survey. Diabetes Metab J. 2014; 38(6): 480–3.
Yeung RO, Oh M, Tang TS. Does a 2.5-year self-management education and support intervention change patterns of healthcare use in African-American adults with Type 2 diabetes? Diabet Med. 2014 ;31(4):472 -6.
Cheung YW, Mok BH, & Cheung TS. Personal empowerment and life satisfaction among self-help group members in Hong Kong. Small group research. 2005;36(3):354-377.
Francescato D, Pezzuti L, Mebane M, Tomai M, Benedetti M, & Moro A. Dispositional characteristics, relational well-being and perceived life satisfaction and empowerment of elders. Aging & mental health. 2017;21(10):1052-1057.
Roos C, Silén M, Skytt B, & Engstr◌m M. An intervention targeting fundamental values among caregivers at residential facilities: effects of a cluster-randomized controlled trial on residents' self-reported empowerment, person-centered climate and life satisfaction. BMC geriatrics. 2016;16(1):130.
Song LY. Service utilization, perceived changes of self, and life satisfaction among women who experienced intimate partner abuse: The mediation effect of empowerment. Journal of interpersonal violence. 2012;27(6):1112-1136.
Sanjuan P, Ruiz & ,ہPérez A. Life satisfaction and positive adjustment as predictors of emotional distress in men with coronary heart disease. Journal of Happiness Studies. 2011; 12(6):1035-1047.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

Kuppens P, Realo A, & Diener E. The role of positive and negative emotions in life satisfaction judgment across nations. Journal of Personality and Social Psychology. 2008; 95(1): 66–75.
Schimmack U, Oishi S, Furr R, & Funder D. Personality and life satisfaction: A facet-level analysis. Personality ans Social Psychology Bulletin. 2004;30(8):1062–1075
Stellar J, & Henderson JN. Positive Affect and Markers of Inflammation: Discrete Positive Emotions Predict Lower Levels of Inflammatory Cytokines. Emotion. 2015;15(2): 129–133.
Catibusic SW. Subjective Well-Being and Biomarkers of Health: The Relationship between Subjective Well-Being, The immune system and Hypothalamic-Pituitary Adrenal Axis Activation. 2017.
Ruiz MA, Sanjua´n P, Pe´rez A & Rueda B. Relationships between life satisfaction, adjustment to illness, and emotional distress in a sample of men with ischemic heart disease. Spanish Journal of Psychology. 2011;14(1):356-365.
Rathore S, Kumar A, & Gautam A. Life Satisfaction and Life Orientation as predictors of Psychological Well Being. The International Journal of Indian Psychology. 2015;3(1): 20-27.
Mittal D, & Mathur M. Positive forces of life and psychological well being among Corporate Professionals. Journal of Management & Public Policy. 2011;3(1):36-48.
Arafa MA, Nazel MW, Ibrahim NK, & Attia A. Predictors of psychological well-being of nurses in Alexandria, Egypt. Int J Nurs Pract. 2003;9(5):313-20.
Demirbatir E, Helvaci A, Yilmaz N, Gul G, Senol A, & Bilgel N. The Psychological Well-Being, Happiness and Life Satisfaction of Music Students. Psychology. 2013;4(11):16.
Aghaei A, Khayyamnekouei Z, & Yousefy A. General health prediction based on life orientation, quality of life, life satisfaction and age. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2013;84:569-573.
Lawless NM & Lucas RE. Predictors of regional well-being: A county level analysis. Social Indicator Research. 2011;10(1):341-357.
Chida Y, & Steptoe A. Positive psychological well-being and mortality: A quantitative review of prospective observational studies. Psychosomatic Medicine. 2008;70(7):741–756.
Grant N, Wardle J, & Steptoe A. The relationship between life satisfaction and health behavior: A cross-cultural analysis of young adults. International Journal of Behavioral Medicine. 2009;16(3):259-268.
Boehm JK, Chen Y, Williams DR, Ryff CD, & Kubzansky LD. Subjective well-being and cardiometabolic health: An 8–11 year study of midlife adults. Journal of psychosomatic research. 2016;85:1-8.
Futterman AD, Kemeny ME, Shapiro D, Fahey J. Immunological Variability associated With experimentally induced positive and negative states. Psychological Medicine. 1992; 22(1): 231- 8.
Michalsen A, Grossman P, Lehmann N, Knoblauch NT, Paul A. Psychological and quality of life outcomes from a comprehensive stress reduction and lifestyle program in patients with coronary artery disease: results of randomized trial and psychosomatics. 2005; 74 (6):344-352.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

Original Article

The effect of empowerment program on life satisfaction of people with coronary artery disease

Zeinab Ghasemzadeh Kuchi[1], MSc
*** Masoumeh Zakerimoghadam[2], PhD**
Maryam Esmaeili[3], PhD

Abstract

Aim. The present study was conducted to examine the effect of an empowerment program on the life satisfaction of patients with coronary artery disease.

Background. Because of the chronic and progressive nature of coronary artery disease, patients suffer frequent problems and relapses. Heart disease is considered as one of the debilitating diseases, and as such adversely affects the patient's self-care, quality of life, and health status.

Method. In this randomized clinical trial, 84 people with coronary artery disease, admitted to post-CCU wards in Tehran's Center for Heart diseases, were recruited in 2017. The study subjects were selected based on inclusion criteria. After explaining the study objectives and obtaining written signed consents, patients were assigned to experimental and control groups by blocking random allocation. Both groups completed questionnaires for demographic data and disease history, and Life Engagement Test. The Magic Empowerment Program was performed for experimental group as three workshop sessions for three consecutive days. Intervention continued after patients' discharge from the hospital through phone calls once a week for eight weeks. The Life Engagement Test was completed by the researcher for both groups, data were analyzed in SPSS-16 using descriptive and inferential statistics.

Findings. The results showed no statistically significant difference between groups in terms of demographic variables and disease history. Before intervention, there was no statistically significant difference between the mean scores of life satisfaction of experimental and control group and the two groups were homogeneous. After intervention, a statistically significant difference was observed between the groups in mean score of Life Engagement ($P \leq 0.0001$). The mean score of life satisfaction in experimental group, before and after the intervention was statistically significant ($P \leq 0.0001$), while in the control group there was no statistically significant difference.

Conclusion. The empowerment program increased life satisfaction of patients with coronary artery disease. Nurses can benefit from the empowerment program to improve life satisfaction, which is one of the dimensions of psychosocial health, in these patients.

Keywords: Empowerment program, Life satisfaction, Coronary artery disease

1 MSc in Nursing, Critical care and Management Department, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2 Associate Professor, Medical-Surgical Nursing Department, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding Author) email: zakerimo@tums.ac.ir
3 Associate professor, Nursing and Midwifery Care Research Center, Critical care and Management Department, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]