

تأثیر آموزش مبتنی بر نیازهای خود مراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلب

منصوره فتحانی^۱، منور افضل آقایی^۲، موسی الرضا تدین فر^{۳*}

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران
^۲ استادیار، متخصص پزشکی اجتماعی، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
^۳ مربی و کارشناس ارشد آموزش پرستاری، گروه داخلی-جراحی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران.

* نشانی نویسنده مسئول: سبزوار، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دانشکده پرستاری و مامایی، موسی الرضا تدین فر
 E-mail: mtadayonfar@yahoo.com

وصول: ۹۳/۱۱/۲۲، اصلاح: ۹۴/۱/۱۷، پذیرش: ۹۴/۳/۳

چکیده

زمینه و هدف: نارسایی قلبی به عنوان یکی از بیماری‌های مزمن و پیشرونده، برای بیمار چالش جدی ایجاد کرده و کیفیت زندگی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. آموزش مبتنی بر نیازهای خود مراقبتی، سبب موفقیت در خود مراقبتی شده و تأثیر مثبت بر کیفیت زندگیانان دارد. مطالعه‌ی حاضر باهدف بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر نیازهای خود مراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلب انجام گرفته است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه‌ی تجربی ۱۲۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلب در بخش قلب بیمارستان قائم (عج) مشهد در سال ۹۳ به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه مساوی کنترل ($n=60$) و مداخله ($n=60$) تقسیم شدند. در گروه مداخله برنامه‌ی آموزشی مبتنی بر نیازهای خود مراقبتی برگزار گردید. هر دو گروه قبل و یک ماه پس از اجرای مداخله، پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی SF-36 را تکمیل کردند. در نهایت اطلاعات با استفاده از آزمون‌های آماری و نرم افزار spss (نسخه ۱۶) در سطح معنی داری $p < 0/05$ تجزیه، تحلیل و تفسیر گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بین نمره‌ی کیفیت زندگی دو گروه قبل از مداخله اختلاف آماری معنی دار نبود ($p=0/61$). اما، پس از مداخله میانگین و انحراف معیار نمره‌ی کلی کیفیت زندگی در گروه کنترل و مداخله به ترتیب $3/93 \pm 63/62$ و $3/51 \pm 72/62$ بود و آزمون تی مستقل بین دو گروه اختلاف آماری معنی داری نشان داد ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: آموزش مبتنی بر نیازهای خود مراقبتی سبب بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلب می‌گردد.

کلید واژه‌ها: آموزش، خود مراقبتی، کیفیت زندگی، نارسایی قلب.

مقدمه

کیفیت زندگی را چنین تعریف می‌کند: کیفیت زندگی عبارت است از تصورات افراد از موقعیت خود در زندگی با توجه به محتوای فرهنگی و ارزش‌های نظامی که در آن زندگی می‌کنند و در رابطه با اهداف، استانداردها و

با پیشرفت و ارتقای سطح بهداشت جوامع انسانی، توجه به مسائل ذهنی و عینی در مورد رفاه اهمیت زیادی پیدا کرده است (۱). سازمان جهانی بهداشت

نگرانی‌های آن‌ها. (۲). در حال حاضر کیفیت زندگی به‌عنوان شاخصی برای اندازه‌گیری وضعیت سلامت در تحقیقات بهداشتی، ارزیابی روش‌های مختلف درمانی و تغییرات دراز مدت در افراد و سیستم ارائه خدمات بهداشتی شناخته شده است (۳). در واقع کیفیت زندگی در افراد بیمار به حالتی از خوب بودن اطلاق می‌شود که شامل دو جزو است: توانایی انجام کار روزانه که منعکس کننده وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی فرد است و رضایت فرد از کنترل بیماری و عوارض درمان (۴). ابعاد کیفیت زندگی در بیماری‌های مزمن دستخوش تغییر فراوان می‌شود (۵). بیماری‌های قلبی- عروقی از جمله بیماری‌های مزمن و شایع‌ترین علت مرگ و میر در کشورهای صنعتی و در حال توسعه و همچنین، یکی از جدی‌ترین عوامل تهدید کننده‌ی حیات در کشورهای توسعه یافته است (۶). نارسایی مزمن قلب اختلال ساختاری و عملکردی قلب در حال استراحت است. (۷). در آمریکا نزدیک به پنج میلیون بیمار مبتلا به نارسایی قلب وجود دارد و سالانه حدود پانصد و پنجاه هزار مورد جدید گزارش می‌شود (۸). در ایران نیز طبق آمار مرکز مدیریت بیماری‌ها در سال ۱۳۸۸ تعداد مبتلایان به نارسایی قلب در ۱۸ استان کشور حدود ۳/۳ نفر در یک‌صد نفر جمعیت بوده است (۹). در ایالات متحده هزینه‌ی مستقیم و غیر مستقیم ناشی از این بیماری رقمی حدود ۳۴٫۸ بلیون دلار در یک سال تخمین زده شده است (۱۰). در ایران نیز ۲۵ درصد از بیماران بستری در بخش‌های قلب مبتلا به این بیماری می‌باشند که خود هزینه‌های بسیاری را در پی دارد (۱۱). درمان‌های انتخابی در بیماران مبتلا به نارسایی قلب بر اساس شرایط بیمار شامل تغییرات سبک زندگی، دارو درمانی و اقدامات جراحی مانند پیوند قلب می‌باشد (۱۲). به علت تعداد زیاد داروهای مورد نیاز در درمان نارسایی قلب و همچنین، عوارض جانبی داروها، این بیماران در پیگیری رژیم دارویی دچار مشکل می‌شوند (۱۳). رژیم غذایی کم

سدیم نیز یکی از جنبه‌های درمان غیر دارویی می‌باشد. یکی از علل شایع بستری شدن افزایش حجم مایعات در بدن است که در اغلب موارد ناشی از جذب زیاد سدیم از رژیم غذایی می‌باشد (۱۴). پارلیش (Parlish) و همکاران معتقدند تجربیات ورزشی منجر به بهبود علایم کلینیکی در مبتلایان به نارسایی قلب می‌شود که سهم مهمی در کاهش هزینه‌های بهداشتی، مرگ‌های زودرس و بهبود کیفیت زندگی دارد (۱۵). این بیماریه‌جز از پیش آگهی ضعیف، محدودیت در فعالیت جسمی، قطع تعاملات اجتماعی، دیسترس‌های روانی و کاهش نشاط، افزایش وابستگی، بازنشستگی زودرس و تأثیر منفی بر کیفیت زندگی را تحمیل می‌کند (۱۶). در بیشتر مطالعات که کیفیت زندگی هم توسط ابزارهای عمومی و هم ابزارهای اختصاصی اندازه‌گیری شده است، این بیماران نمرات پایین‌تری در تمام جنبه‌های کیفیت زندگی دست آوردند (۱۷). به منظور ارتقای کیفیت زندگی بیماران، یادگیری رفتارهای مراقبت از خود از جمله آموزش و حمایت در ارتباط با رژیم دارویی، نحوه‌ی مصرف داروها، رژیم غذایی، فعالیت‌ها، تشخیص علائم و بیماری و انجام اقدام مناسب در هنگام بروز علائم باید صورت گیرد (۱۸). همچنین، آموزش ناقص و عدم آگاهی بیماران و خانواده‌یان‌ها می‌تواند تأثیر منفی بر کیفیت زندگی آن‌ها بگذارد. حکمت پور و همکاران نشان دادند که آموزش ناقص از موانع کنترل بستری مجدد در بیماران نارسایی قلب می‌باشد (۱۹). پرستاران در جهت آموزش به بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، نیازمند کسب اطلاعات از بیماران هستند تا بتوانند مداخلات آموزشی اثر بخش متناسب با نیاز بیمار و خانواده طراحی کنند (۲۰). امروزه بحث درباره‌ی آموزش به بیمار و خانواده آن‌ها در جهت تقبل مراقبت از خود مطرح می‌باشد و باید شرایطی فراهم نمود تا بیماران بتوانند از خود مراقبت کنند (۲۱). لذا، با توجه به مزمن بودن این بیماری و ماهیت پیشرونده‌ی آن، این مطالعه باهدف تعیین تأثیر آموزش مبتنی بر نیازهای خود مراقبتی

بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلب انجام شده است.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی تجربی با طرح دو گروهی پیش‌آزمون- پس‌آزمون است. جامعه‌ی این پژوهش را بیماران نارسایی قلب در بخش قلب بیمارستان قائم (عج) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۱۳۹۳ تشکیل دادند. جهت تعیین حجم نمونه یلازم با سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰٪ و مطابق با تعداد نمونه در مطالعات مشابه، تعداد ۱۲۰ بیمار مشخص شد که پس از کسب مجوز و دریافت کد اخلاق از دانشگاه و اخذ رضایت نامه آگاهانه از بیماران، وارد مطالعه شدند. نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت مستمر و نمونه‌ها به روش در دسترس انتخاب و با تخصیص تصادفی با استفاده از جدول اعداد تصادفی در دو گروه کنترل ($n=60$) و مداخله ($n=60$) قرار گرفتند و اطلاعات مورد تجزیه و تحلیل نهایی قرار گرفت. از معیارهای ورود به مطالعه، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، محدوده‌ی سنی بین ۳۰ تا ۷۰ سال، تشخیص بیماری نارسایی قلب بر اساس تشخیص پزشک و اکوکاردیوگرافی و قرار گرفتن بیمار در کلاس دو و بالاتر نارسایی قلب، عدم شرکت بیمار در هیچ برنامه‌ی رسمی آموزش خود مراقبتی و عدم رویداد و شرایط استرس‌زای ناگهانی زندگی در ۶ ماه گذشته بود و بیمارانی که بیماری روانی، بیماری مزمن، معلولیت جسمی و سابقه‌ی عمل جراحی قلب در ۶ ماه گذشته را داشتند، از مطالعه خارج شدند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش مشتمل بر دو بخش است، بخش اول اطلاعات دموگرافیک و سوابق بیماری و بخش دوم سؤالات مربوط به کیفیت زندگی است. پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی SF-36 دارای هشت بعد و ۳۶ سؤالی می‌باشد. هشت بخش آن شامل: عملکرد جسمی، محدودیت ایفای نقش مربوط به مشکل جسمی،

محدودیت ایفای نقش مربوط به مشکل روحی، درد بدنی، عملکرد اجتماعی، سلامت عاطفی، انرژی و خستگی، سلامت عمومی می‌باشد. هر بخش بین ۰ تا ۱۰۰ نمره گذاری شده است. امتیاز صفر نشان دهنده پایین‌ترین سطح و صد بالاترین سطح کیفیت زندگی فرد می‌باشد. این پرسشنامه توسط ویر و شربورن در سال ۱۹۹۲ ساخته شده (۲۲) و اعتبار و پایایی آن در جمعیت ایرانی مورد تأیید قرار گرفته است (۲۳). هم‌چنین، جهت تعیین ثبات درونی این پرسشنامه نیز از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد ($\alpha=0.86$). پرسشنامه‌ی مذکور قبل از مداخله‌ی آموزشی توسط دو گروه به شیوه‌ی مصاحبه تکمیل گردید. سپس در بیماران گروه مداخله، ابتدا نیازسنجی آموزشی در زمینه‌ی خود مراقبتی صورت گرفت. سپس علاوه بر مراقبت معمول بخش، برنامه‌ی آموزشی مبتنی بر نیازهای خود مراقبتی برای بیمار تهیه شد که بین یک تا چهار جلسه و هر جلسه حدوداً نیم تا یک ساعت برگزار گردید. آموزش به صورت چهره به چهره، سخنرانی و همراه با پاسخگویی به سؤالات احتمالی انجام گرفت. محتوای کلی برنامه‌ی آموزشی شامل: ماهیت بیماری، نوع و میزان فعالیت و ورزش‌های مجاز، رژیم غذایی مناسب، عوامل تشدید کننده‌ی بیماری و راه‌های کنترل آن‌ها، داروها (نام دارو، زمان مصرف، مقدار مصرف، عوارض داروها، نحوه مصرف و ...)، ویزیت مجدد (پیگیری درمان)، کنترل استرس و اضطراب، زمان مناسب برای برگشت به کار. هنگام ترخیص، کتابچه آموزشی که شامل تمام مطالب آموزشی بود در اختیار بیماران قرار گرفت و از آن‌ها خواسته شد موارد آموزشی را در منزل به کار گیرند. بیماران گروه کنترل نیز در مدت بستری تحت مراقبت و آموزش معمول قرار گرفتند. به منظور ارزشیابی برنامه‌ی آموزش خود مراقبتی پس از یک ماه دوباره کیفیت زندگی هر دو گروه (کنترل و مداخله) به روش مصاحبه سنجیده شد و سپس مورد مقایسه و تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل از نرم افزار spss نسخه ۱۶

تحقیق از آزمون تی مستقل و من ویتنی استفاده شد. جهت تعیین رابطه‌ی بین تغییرات کیفیت زندگی بعد از مداخله‌ی آموزشی بر حسب مشخصات فردی مراقبین آزمون آنالیز واریانس دو طرفه انجام شد.

یافته‌ها

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل دادها نشان داد میانگین سنی بیماران $9/96 \pm 57/33$ بود. اکثریت آنها (64/15) درصد مذکر بودند. سایر مشخصات دموگرافیک

استفاده شد. جهت بررسی توزیع متغیرهای کمی آزمون کولموگروف-اسپیرونوف انجام شد. جهت بررسی دو گروه از نظر همگن بودن از آزمون‌های تی مستقل و کای دو، و جهت توصیف مشخصات واحدهای پژوهش از آمار توصیفی استفاده شد. برای مقایسه‌ی میانگین نمرات کیفیت زندگی بیماران در دو مرحله‌ی قبل و بعد از مداخله در هر یک از گروه‌های کنترل و مداخله از آزمون تی زوجی و ویلکاکسون و جهت مقایسه‌ی میانگین نمرات بین دو گروه کنترل و مداخله در هر مرحله از

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک و سوابق بیماران در دو گروه کنترل و مداخله

متغیر	گروه مداخله	گروه کنترل	سطح معنی داری
	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	
* سن	57/65 \pm 10/32	57/01 \pm 9/58	p**=0/72
* کسر تخلیه	35/28 \pm 8/30	34/7 \pm 8/66	p*=0/75
* مدت ابتلا به بیماری (ماه)	7/68 \pm 7/35	8/03 \pm 7/12	p*=0/18
* دفعات بستری	2/15 \pm 1/33	2/36 \pm 1/28	p*=0/30
* مدت بستری (روز)	9/36 \pm 3/57	8/50 \pm 2/64	p**=0/13
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
* درجه‌ی نارسایی قلب			
دو	33(55)	29(48/3)	p=0/49
سه	27(45)	30(50)	
چهار	1(1/7)	
* جنس			
زن	19(31/7)	24(40)	p=0/34
مرد	41(68/3)	36(60)	
* وضعیت تأهل			
مجرد	1(1/7)	
متأهل	53(88/3)	50(83/3)	p=0/34
مطلقه	2(3/3)	1(1/7)	
همسر فوت شده	4(6/7)	9(15)	
* تحصیلات			
ابتدایی	35(58/3)	33(55)	
زیر دیپلم	8(13/3)	4(6/7)	p=0/51
دیپلم	13(21/7)	18(30)	
بالتر از دیپلم	4(6/7)	5(8/3)	
* وضعیت شغلی			
خانه دار	17(28/3)	20(33/3)	
کارمند	2(3/3)	7(11/7)	p=0/22
آزاد	28(46/7)	20(33/3)	
بازنشسته یا بیکار	13(21/7)	13(21/7)	
* استعمال دخانیات			
بلی	22(36/7)	17(28/3)	p=0/33
خیر	38(63/3)	43(71/7)	

Chi-Square: p Mann Whitney U : p***:p Independent T Test

جدول ۲: مقایسه‌ی ابعاد هشتگانه کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلب، قبل و یک ماه بعد از مداخله‌ی آموزشی در دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	گروه	قبل از مداخله	یک ماه پس از مداخله	تی زوجی یا ویلکاکسون
		میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	
سلامت عمومی	مداخله	۴۷/۵۹ \pm ۱۰/۹۱	۵۴/۵۷ \pm ۷/۸۳	$p < ۰/۰۰۱$
	کنترل	۴۸/۲۸ \pm ۷/۵۳	۴۶/۴۹ \pm ۴/۵۳	$p = ۰/۱۶$
عملکرد اجتماعی	مداخله	۶۸/۸۳ \pm ۱۷/۴۷	۷۶/۱۱ \pm ۱۰/۸۸	$p = ۰/۰۳$
	کنترل	۷۰/۸۳ \pm ۱۳/۴۴	۶۸/۷۷ \pm ۱۰/۷۰	$p = ۰/۳۶$
سلامت عاطفی	مداخله	۶۳/۵۵ \pm ۸/۹۹	۷۰/۲۳ \pm ۷/۶۰	$p < ۰/۰۰۱$
	کنترل	۶۴/۴۴ \pm ۱۱/۳۱	۶۱/۱۱ \pm ۷/۹۲	$p = ۰/۰۴$
انرژی و خستگی	مداخله	۶۱/۰۴ \pm ۱۲/۲۹	۶۷/۰۲ \pm ۱۰/۳۶	$p < ۰/۰۰۱$
	کنترل	۵۹/۹۳ \pm ۱۱/۷۳	۵۸/۱۱ \pm ۸/۴۹	$p = ۰/۴۶$
عملکرد جسمی	مداخله	۶۱/۴۴ \pm ۱۶/۷۳	۶۷/۴۰ \pm ۶/۶۹	$p < ۰/۰۰۱$
	کنترل	۶۰/۵۰ \pm ۱۴/۶۸	۵۸/۸۹ \pm ۶/۹۱	$p = ۰/۳۱$
درد جسمی	مداخله	۶۰/۶۶ \pm ۲۳/۲۰	۶۸/۵۷ \pm ۱۳/۶۷	$p = ۰/۰۳۴$
	کنترل	۶۱/۵۰ \pm ۲۲/۱۵	۵۵/۸۹ \pm ۱۷/۴۵	$p = ۰/۱۵$
ایفای نقش جسمی	مداخله	۸۳/۷۵ \pm ۱۵/۴۸	۸۰/۴۵ \pm ۸/۵۰	$p = ۰/۴۳$
	کنترل	۸۳/۱۲ \pm ۱۶/۴۰	۷۶/۳۰ \pm ۱۰/۷۰	$p = ۰/۰۱$
ایفای نقش روحی	مداخله	۶۴/۲۲ \pm ۱۸/۱۲	۸۰/۹۵ \pm ۵/۹۰	$p < ۰/۰۰۱$
	کنترل	۶۹/۴۴ \pm ۱۸/۱۹	۷۴/۴۷ \pm ۱۰/۳۳	$p = ۰/۰۸$

* P: مقادیر P value است که توسط آزمون ویلکاکسون گزارش شده است.

جدول ۳: مقایسه‌ی نمره‌ی کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلب قبل و بعد از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل

گروه	نمره‌ی کیفیت زندگی	انحراف معیار \pm میانگین	نتیجه‌ی آزمون تی زوجی
		قبل از مداخله	بعد از مداخله
کنترل	۶۴/۷۵ \pm ۹/۴۵	۶۳/۶۲ \pm ۳/۹۳	$p = ۰/۴۴$
مداخله	۶۳/۸۸ \pm ۹/۶۷	۷۲/۶۲ \pm ۳/۵۱	$P < ۰/۰۰۱$
نتیجه‌ی آزمون تی مستقل			$p < ۰/۰۰۱$

دهنده‌ی افزایش میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی در گروه آزمون بود. نتایج آزمون ویلکاکسون نشان دهنده‌ی کاهش میانگین نمره‌ی بعد از ایفای نقش جسمی پس از انجام مداخله در دو گروه کنترل و مداخله می‌باشد. در گروه مداخله این تفاوت از نظر آماری معنی دار نیست ($p = ۰/۴۳$)؛ اما، در گروه کنترل تفاوت موجود معنی دار است ($p = ۰/۰۱$) (جدول ۲). در ضمن جهت سنجش ارتباط بین برخی مشخصه‌های فردی با میزان تغییرات کیفیت زندگی بعد از انجام مداخله در مراقبین آزمون آنالیز واریانس دو طرفه

افراد شرکت کننده در دو گروه در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. دو گروه از نظر این متغیرها همگن بودند. میانگین نمره‌ی ابعاد ۸ گانه کیفیت زندگی در بدو ورود به مطالعه تفاوت معنی دار آماری نداشت؛ اما، یک ماه پس از اجرای مداخله‌ی آموزشی جهت گروه آزمون، نتایج بیانگر آن بوده که در بعد سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی، سلامت عاطفی، درد بدنی، انرژی و خستگی، عملکرد جسمی، ایفای نقش روحی بین دو گروه اختلاف آماری معنی دار وجود داشت ($p < ۰/۰۰۱$). این امر نشان

انجام شد. نتایج نشان داد هیچ یک از متغیرها بر متغیر وابسته تأثیر نداشته و تنها اثر برنامه‌ی آموزشی مبتنی بر نیازهای خود مراقبتی بر متغیر وابسته اعمال شده است.

بحث

نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که سطح کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلب در گروه آموزش مبتنی بر نیازهای خود مراقبتی به طور معنی داری نسبت به گروه آموزش رایج افزایش یافته است.

رضایی لویه در مطالعه‌ی تأثیر آموزش خود مراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی را مورد بررسی قرار داد. او در این مطالعه نشان داد که پس از برگزاری جلسات آموزش گروهی افزایش قابل توجهی در سطح کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلب ایجاد شد که این تفاوت از لحاظ آماری معنی دار بود (۱۸). علاوه بر نارسایی قلب تأثیر مداخله‌ی آموزشی خود مراقبتی بر کیفیت زندگی دیگر بیماری‌های مزمن نیز دیده شده است؛ به طوری که در مطالعه‌ی سعیدپور و همکاران تأثیر آموزش خود مراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی مورد بررسی قرار گرفت و کیفیت زندگی بیماران به طور معنی داری نسبت به قبل از مداخله افزایش داشت (۲۴). همچنین، در مطالعه‌ی یامت رضا و همکاران نمره‌ی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن پس از مداخله‌ی آموزشی خود مراقبتی مبتنی بر الگوی خود مراقبتی اورم به طور معنی داری افزایش داشت (۲۵). میانگین نمره‌ی بعد ایفای نقش جسمی پس از اجرای مداخله در گروه مداخله نسبت به قبل از مداخله تفاوت آماری معنی داری نداشت. البته، با توجه به نوع آیت‌های تشکیل دهنده این بعد که به موضوعاتی مانند کاهش مدت زمان کار و یا کم‌تر و با دقت کم‌تر به دلیل مشکلات جسمی مربوط می‌شد. این موضوع تا حدی قابل تبیین است، به اینصورت که بسیاری از بیماران در این زمینه‌ها دچار مشکلات شدید نبودند و در نتیجه تغییر خاصی نیز مشاهده‌نشده. علاوه بر

این مداخله‌ی آموزشی از افت شدید میانگین نمره‌ی این بعد که در گروه کنترل رخ داده جلوگیری کرده است. آموزش و افزایش آگاهی بیماران و مراقبت کنندگان آن‌ها در جهت آشنایی با ماهیت بیماری، اقدامات درمانی و مراقبتی ایشان می‌تواند تا حد زیادی باعث بهبود کیفیت زندگی آن‌ها شود (۲۶). در همین راستا هالند (Holland) در مطالعه‌ی خود نشان داد که مداخله‌ی آموزشی در مورد رژیم غیر دارویی سبب افزایش ۹۰ درصدی میزان آگاهی بیماران نارسایی قلب شده و این افزایش آگاهی انگیزه‌ای برای رعایت اصول مراقبت از خود، کاهش بستری مجدد و مرگ و میر در بیماران گروه مداخله شده است (۲۷). همچنین، لی (Lee) نیز بیان کردند که موفقیت در مراقبت از خود سبب بهبود وضعیت سلامتی و کیفیت زندگی بیماران شده و ارتباط قوی بین آن دو وجود دارد (۲۸) که با مطالعه‌ی رودگرس (Rodgers) با عنوان تأثیر برنامه‌ی آموزشی بر دانش، رضایت از خدمات و کیفیت زندگی بیماران سکنه‌ی مغزی و مراقبین آن‌ها با مطالعه‌ی حاضر همسو نمی‌باشد. رودگرس شش جلسه آموزشی یک ساعته برای بیمار و مراقب در ارتباط با بیماری سکنه‌ی مغزی برگزار کرد. نتایج نشان داد که این مداخله‌ی آموزشی سبب افزایش دانش و رضایت از خدمات در بیماران و مراقبین آن‌ها شده؛ اما، تأثیر مثبت بر کیفیت زندگی آنان نداشته است (۲۹). در مطالعه‌ی رودگرس با توجه به این که جلسات به صورت گروهی برگزار شد امکان نیازسنجی آموزشی وجود نداشت. در مطالعه‌ی حاضر برنامه‌ی آموزش به صورت انفرادی و بر اساس نیازسنجی طراحی شد. در حالی که در مطالعه‌ی رودگرس سنجش کیفیت زندگی شش ماه پس از مداخله انجام شد. بنابراین، عوامل مخدوش کننده قطعاً توانسته بر نتایج مطالعه‌ی آنان تأثیر بگذارد. همچنین، نتایج مطالعه‌ی حاضر با مطالعه‌ی آگرن و همکاران همخوانی نداشت. در مطالعه‌ی آگرن که با هدف بررسی تأثیر آموزش و حمایت روانی به بیماران مبتلا به نارسایی قلب و همسران آن‌ها

بهترین وضعیت را با کمترین عوارض احتمالی بر زندگی خود بسازند و آگاهی از توانایی‌های موجود منجر به امید بیشتر به آینده، افزایش اعتماد به نفس، عدم انزوا، و نهایتاً بهبود کیفیت زندگی گردد. بنابراین، توصیه می‌شود پرستاران با در نظر گرفتن نیازهای آموزشی بیماران مزمن، آنان را جهت بهبود کیفیت زندگی شان یاری نمایند.

تشکر و قدردانی

مقاله‌ی حاضر بر گرفته از پایان نامه‌ی دوره‌ی کارشناسی ارشد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی سبزوار می‌باشد. کد ثبت در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران: IRCT2014072118552N1 و کد اخلاق معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار medsab.rec.93.22 می‌باشد. از مسئولین دانشگاه علوم پزشکی سبزوار و مشهد، پرسنل بیمارستان قائم (عج) و بیماران عزیز که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌کنیم.

انجام شد. مشخص گردید که مداخله‌ی آموزشی تأثیری بر کیفیت زندگی زوج ندارد. پس آزمون در مطالعه یاگرن سه و دوازده ماه پس از اتمام مداخله انجام گرفت (۳۰). طولانی شدن مرحله دو تکمیل پرسشنامه‌ها و تأثیر عوامل مداخله‌گر بر کیفیت زندگی بر نتایج مطالعه‌ی آگرن تأثیرگذار بوده است. در مطالعه‌ی حاضر با توجه به ماهیت پیشرونده‌ی بیماری نارسایی قلبی و تغییر در نیازهای آموزشی و حمایتی بیمار و تأثیرگذاری عوامل مختلفی بر کیفیت زندگی (به عنوان متغیر مخدوش کننده)، یک ماه پس از برگزاری برنامه و جلسات آموزشی مبتنی بر نیازهای خودمراقبتی مجدداً کیفیت زندگی بیماران سنجیده شد و سعی شد عوامل مخدوش کننده حذف شود و یا تحت کنترل قرار بگیرند.

نتیجه گیری

نتایج حاصل از این مطالعه اهمیت برگزاری مداخلات آموزشی با تمرکز بر نیازهای مراقبت از خود در بیماران را مطرح نموده است. تا بدین وسیله بیماران

References

- Nojoomi M, Afshar B. Quality of life of pulmonary chronic patients Admitted in Tehran Rasool akram hospital. Medical Journal. 2000;4:12. [Persian]
- Babae J, Keshavarz M, Haidarnia A, Shayegan M. Effect of a health education program on quality of life in patients undergoing coronary artery bypass surgery. Acta medi a Iranica. 2007;45(1):69-74. [Persian]
- Lall R, Campbell M, Walters S, Morgan K. A review of ordinal regression models applied on health related quality of life assessments. Statmethods Med Res. 2002;11(1):49-67.
- Shirsavar M, Amirtash A, Jalali S, Koushan M, Keavanlou F, Seyedahmadi M. Comparing the effectiveness of rehabilitation methods with and without exercise on quality of life and self-steam addicts. J Sabzevar Univ MedSci. 2013;20(3):292-301. [Persian]
- Rahnavard Z, Zolfaghari M, Kazemnejad A, Hatampour K. An investigation of quality of life and factors affecting it in the patients with congestive heart failure. hayat. 2006;12(1):77-86. [Persian]
- Fakhrizadeh H, Bandarian F, Adibi H, Samavat T, Malek H, Hojjatzadeh E, et al. The relationship between ischemic heart disease and coronary risk factors in population aged over 25 in Qazvin. Qazvin Univ of med sci. 2008;35:26-34. [Persian].
- Lofvenmark C, Saboonchi F, Edner M, Billing E, Mattiasson AC. Evaluation of an educational programme for family members of patients living with heart failure: a randomised controlled trial. J Clin Nurs. 2012;22(1-2):115-26.
- Radford M, Arnold M, Bennett S, Cinquegrani M, Cleland J, Havranek E, et al. ACC / AHA Key data elements and definitions for measure the clinical management and outcomes of patients with chronic heart failure. J AM Coll Cardiol. 2005;46(6):1179-207.
- Bagheri saveh M, AshkTorab T, Borz Abadi Farahani Z, Zayeri F, Zohari Anboohi S. The relationship between self-efficacy and self-care behaviours in chronic heart failure. J Nurs Midwifery Shahid Beheshti Univ Med Sci. 2012;22(78):17-26. [Persian]

10. Lloyd-Jones D, Adams R, Brown T, Carnethon M, Dai S, De Simone G, et al. Heart disease and stroke statistics-2010 update A report from the American Heart Association. *Circulation*. 2010;121(7):e46-e215.
11. Naeim Hossani S, Tabiee S, Saadatjoo SA, Kazemi T. The effect of an educational program based on Roy adaptation model on the psychological adaptation of patients with heart failure. *Modern Care, Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Midwifery Faculty*. 2014;10(4):231-40. [Persian]
12. Van Der Wal MH, Jaarsma T, van Veldhuisen DJ. Non-compliance in patients with Heart Failure; how can we manage it? *Eur J Heart fail*. 2005;7(1):5-17.
13. Hope C, Jingwei W, Wanzhu T, Young J, Murray M. Barriers to Adherence in elderly heart failure patients. *Clinical Drug development*. 2004;38(4):331-42.
14. Bently B, Jong M, Moser D, Peden A. Factors related to non adherence to low sodium diet recommendations in heart failure patients. *Eur J cardiovasc Nurs*. 2005;4(4):331-6.
15. Parlish T, Kosma M, Welsch M. Exercise training for the patient with heart failure: Is your patient ready? *Cardiopulmonary Physical Therapy Journal*; 2007;18(3):12-20.
16. Abedi H, Yasaman-Alipour M, Abdeyazdan G. Quality of Life in heart failure patients referred to the Kerman outpatient centers. *J Shahrekord Univ Med Sci*. 2011;13(5):55-63. [Persian]
17. Heidarzadeh M, Hasani P, Rahimzadeh A, Ghahramanian A, Kolahdouzi pour J, Yousefi I. Quality of life and social support in congestive heart failure patients and healthy people. *Holistic Nursing And Midwifery*. 2012;23(69):13-21. [Persian]
18. Rezai Loye H, Dalvandi A, Hosseini M, Rahgozar N. The effect of self-care education on quality of life in patients with heart failure *Journal of Rehabilitation. Rehabilitation Medicine*. 2009;10(2):22-6. [Persian]
19. Hekmatpour D, Mohammadi E, Ahmadi F, Arefi SH. Barriers of readmission control among patients with congestive heart failure: A qualitative study. *J Arak Univ Med Sci*. 2009;11(4):49-58. [Persian]
20. Rafii F, Shahpourian F, Naasher Z, Azaryad M, Hosseini F. The Importance of Learning Needs of CHF Patients from Patients' and Nurses' Perspective. *Iran J Nurs*. 2009;22(57):19-30. [Persian]
21. Shahriari M, Jalalvandi F, Yousefi H, Tavakol K, Sanei H. The effect of a self-care program on quality of life in patients with permanent pacemakers. *Iranian Journal of Medical Education*. 2005;5(1):45-52. [Persian]
22. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30(6):473 - 83.
23. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res*. 2005;14(3):875-82. [Persian]
24. Saeid Pour J, Jafari M, Ghazi Asgar M, Dayani Dardashti H, Teymoorzadeh E. The Impact of Self-care Education on Life Quality of Diabetic Patients. *Journal of Health Administration*. 2013;16(52):26-36. [Persian]
25. Omatreza S, Moshtagh Eshgh Z, Eshagh M, Hekmatafshar M, Naieni Mohamad K. Effect of educational program based on "Orem Self Care Model" on quality of life in patients with migraine. *Journal Of Health Promotion Management*. 2013;13(1):1-14. [Persian]
26. Mir M, Safavi M, Fesharaki M, Farhadi S. Determine of Association Quality of Life and Stress Coping Method Among the Caregiver of Patient with Multiple Sclerosis; *MS Society, Ahvaz. Medical Journal*. 2011;10(5):564-72. [Persian]
27. Holland R, Battersby J, Harvey I, Lenaghan E, Smith J, Hay L. Systematic review of multidisciplinary interventions in heart failure. *Heart*. 2005;91(7):899-906.
28. Lee C, Tkacs N, Riegel B. The Influence of Heart Failure Self-Care on Health Outcomes: Hypothetical Cardioprotective Mechanisms. *J Cardiovasc Nurs*. 2009;24(3):179-89.
29. Rodgers H, Atkinson C, Bond S, Suddes M, Dobson R, Curless R. Randomized Controlled Trial of a Comprehensive Stroke Education Program for Patients and Caregivers. *Stroke*. 1999;30(12):2585-91.
30. Agren S, Evangelista A, Hjelm C, StRomberg A. Dyads Affected by Chronic Heart Failure: A Randomized Study Evaluating Effects of Education and Psychosocial Support to Patients With Heart Failure and Their Partners. *J Card Fail*. 2012;18(5):359-66.

Effectiveness of Education Based on self-care Needs on Quality of Life of Patients with Heart Failure

Mansoorah fathani

Nursing graduate student, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran

Monavar Afzal Aghae

Assistant Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, Faculty of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

**Moosarreza Tadayonfar*

Preceptor, Medical-Surgical Group, School of Nursing and Midwifery, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran.

Received:11/02/2015, Revised:06/04/2015, Accepted:24/05/2015

Corresponding author:

Moosarreza Tadayonfar,
School of Nursing and Midwifery,
Sabzevar University of Medical
Sciences, Sabzevar, Iran.
E-mail: mtadayonfar@yahoo.com

Abstract

Background & Objectives: Heart failure is a chronic and progressive disease, which causes serious challenges for patients and affects on the quality of their life. Education based on self-care needs results in their success on the self-care and positive impact on the quality of their life. This study was conducted to assess the effect of a self-care needs - based educational program on the quality of life in heart failure patients.

Materials & Methods: In this experimental study, 120 patients with heart failure in Ghaem cardiac hospital of Mashhad in 2014 randomly selected and divided into two groups: control (n= 60) and intervention groups (n= 60). In intervention group training program based on self-care needs was performed, and the data were collected using the SF-36 quality of life questionnaire at baseline and one month after the intervention, which was completed by both groups. To analyze the obtained data, the software spss (version=16) and statistical tests (Chi-Square, Mann Whitney U, Independent T-Test, Paired T-Test and Wilcoxon) were used at 95 confidence interval percent.

Results: The results showed that there wasn't any statistical significant difference in the mean score of quality of life between the two groups before the intervention. But after the intervention the values of mean and standard deviation of quality of life were obtained 63.62 ± 3.93 and 72.62 ± 3.51 , respectively for control and intervention groups, and there was a significant difference between the two groups, which indicated by statistical test of independent T-Test ($p < 0/001$).

Conclusions: Self care needs-based training can improve the quality of life of patients with heart failure.

Keywords: Education; Self-care; Quality of life; Heart failure