

مقایسه شیوه آموزشی فردی و همتا بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلب

سیدرضا برزو، محسن صلواتی*، زهرا بیات علیرضا سلطانیان، شهرام همایون‌فر

چکیده

مقدمه: نارسایی قلبی یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن است که با کاهش کیفیت زندگی همراه است. با توجه به نقش مثبت آموزش در ارتقای کیفیت زندگی، یافتن یک روش آموزشی مناسب در بهبود کیفیت زندگی این بیماران حائز اهمیت است. این مطالعه باهدف مقایسه دو شیوه آموزشی فردی و همتا بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلب انجام یافته است.

روش‌ها: این مطالعه نیمه تجربی در سال ۹۲ در بیمارستان اکباتان دانشگاه علوم پزشکی همدان انجام گرفت. ۶۴ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی به صورت تصادفی به دو گروه آموزش فردی و همتا (هر گروه ۳۲ نفر) تقسیم شدند. بعد از آماده کردن گروه همتا، ۴ جلسه آموزشی توسط افراد همتا برای گروه همتا در طول یک ماه اجرا شد. آموزش فردی توسط پژوهشگر به مدت ۱۵ تا ۲۰ دقیقه صورت گرفت. ابزار جمع‌آوری داده‌ها از ترجمه پرسشنامه فرانس و پاورس بود که جهت کیفیت زندگی بیماران قبل، بلافاصله بعد، یک ماه بعد از مداخله توسط هر دو گروه تکمیل گردید. جهت تحلیل یافته‌ها از آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی (تی مستقل، من ویتنی، کای دو) استفاده شد.

نتایج: میانگین نمره کیفیت زندگی قبل از مداخله در هر دو گروه همتا و فردی تفاوت معناداری نداشت ($p=0/12$). بلافاصله بعد از اجرای مداخله میانگین کل کیفیت زندگی در هر دو گروه همتا و فردی به ترتیب $10/1 \pm 1/1$ و $10/9 \pm 1/9$ از مجموع ۲۰ بود و تفاوت میانگین‌ها معنادار بود ($t=2/10$, $p=0/039$). نتایج یک ماه بعد از مداخله در هر دو گروه همتا و فردی به ترتیب $17/6 \pm 7/6$ ، $10/8 \pm 1/8$ که این تفاوت نیز معنادار بود ($t=16/11$, $p=0/001$) بود.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که هر دو شیوه آموزشی منجر به افزایش کیفیت زندگی می‌گردد اما تأثیر شیوه آموزش همتا در طولانی مدت بیش‌تر است.

واژه‌های کلیدی: آموزش همتا، آموزش فردی، بیماران نارسایی قلب، کیفیت زندگی.

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی آذر ۱۳۹۳؛ ۱۴(۸): ۷۶۷ تا ۷۷۶

مقدمه

نارسایی قلب یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن است که منجر به کاهش کیفیت زندگی و محدودیت در سبک زندگی بیماران می‌گردد (۱). آموزش در بیماران نارسایی قلب یکی از اجزای اصلی خود مراقبتی است و شامل اطلاعاتی از علائم و نشانه‌های بیماری، تغییر در شیوه زندگی و پای‌بندی به درمان است (۲).

بیماران مبتلا به نارسایی قلبی نیازمند آموزش و حمایت در ارتباط با رژیم دارویی، نحوه مصرف داروها، رژیم غذایی،

*نویسنده مسؤل: محسن صلواتی (مربی)، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران. salavatiMohsen42@yahoo.com

سید رضا برزو (مربی)، گروه داخلی - جراحی، عضو مرکز تحقیقات بیماری‌های مزمن در منزل، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران. borzou@umsha.ac.ir؛ زهرا بیات، دانشجوی کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران. z.bayat200090@yahoo.com؛ دکتر علیرضا سلطانیان (استادیار)، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران. soltanian@umsha.ac.ir؛ دکتر شهرام همایون‌فر (دانشیار)، گروه قلب و عروق، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران. homayonfar23@yahoo.com تاریخ دریافت مقاله: ۹۳/۴/۳۱، تاریخ اصلاحیه: ۹۳/۶/۱۹، تاریخ پذیرش: ۹۳/۸/۱۷

فعالیت و انجام اقدام مناسب در هنگام بروز علائم هستند(۳). در مطالعاتی که بر روی مبتلایان به نارسایی قلبی صورت گرفت نشان داده شد که مداخلات آموزشی بر اساس استفاده درست از داروهای تجویز شده، خود مدیریت کردن علائم بیماری و دادن آگاهی در زمینه تغییرات شیوه زندگی، باعث کاهش میزان مرگ و میر، کاهش پذیرش بیمارستانی و همچنین ارتقای کیفیت زندگی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل شده است(۴). نتایج مطالعه ویکفیلد (Wakefield) نشان داد که مداخلات آموزشی شامل پیگیری درمان از طریق تلفن و دریافت آموزش از طریق ویدئو باعث افزایش کیفیت زندگی در هر دو گروه شده است(۵). عصاره (Assareh) و همکاران پس از آموزش حین ترخیص به بیماران گروه آزمون گزارش نمودند که میزان بستری مجدد قبل از مداخله در ۶ ماه گذشته حدود ۳/۹ بار بود که در گروه مداخله پس از سه ماه ۰/۹۷ و پس از شش ماه به ۱/۹۸ رسید(۶).

آموزش به بیمار فرایندی است که فرصت‌های یادگیری را برای بیمار و خانواده در زمینه بیماری، درمان، مکانیسم‌های سازگاری و افزایش مهارت‌ها فراهم می‌کند. هدف از آموزش به بیمار دستیابی به تغییرات رفتاری از طریق ارائه دانش مناسب است(۷). از جمله روش‌های آموزشی انجام شده در ایران و جهان که بر روی بیماران مبتلا به نارسایی قلب صورت گرفته می‌توان به آموزش از طریق اینترنت، کامپیوتر، آموزش پیگیری مراقبت‌ها از طریق تلفن، آموزش گروهی و فردی اشاره کرد(۸). آموزش چهره به چهره (فردی)؛ آموزشی است که آموزش، توسط آموزش‌دهنده به صورت فردی ارائه می‌شود و فرصتی را فراهم می‌کند تا ایده‌ها و احساسات به صورت کلامی و غیرکلامی بین یادگیرنده و یاددهنده تبادل شود و روابط بین افراد را ارتقا دهد. در این روش، آموزش‌دهنده می‌تواند فرصت یادگیری فعال را در شرایط واقعی در حالی که الگوهای مطلوب و متناسب با خصوصیات فردی ارائه می‌دهد، مهیا سازد(۹). علی‌رغم مزایایی متعدد روش

انفرادی، وجود محدودیت‌هایی چون صرف وقت، هزینه و نیروی پرسنلی قابل توجه، عدم دستیابی به ساعات خالی، ضرورت اطلاعات زیاد در زمان محدود و اشکال در پیدا کردن محیط نسبتاً آرام از معایب این روش است(۱۰). در این بین یکی از انواع روش‌های آموزش به بیماران آموزش همتا است که در تسهیل و پیشرفت بهداشت و ایجاد محیط مناسب برای یادگیری تأثیر دارد(۱۱). هدف این نوع آموزش توسعه دانش، نگرش و ایجاد رفتارهای بهداشتی سالم به وسیله کسانی است که به طور تخصصی در آن مورد تربیت نشده باشند اما تجارب مشترکی دارند. نوعی حمایت بشر دوستانه و نوع دوستانه است و می‌توان از آن به عنوان یک رویکرد مکمل در کنار سایر استراتژی‌های ارتقای سلامت استفاده کرد(۱۲ و ۱۳).

در آموزش همتا، به علت عضویت همتا و بیمار در یک گروه، حس همدلی و هویت اجتماعی بالاتر رفته و موجب ارتقای دانش می‌گردد(۱۴). مداخلات مبتنی بر همتا در بیماران با رویدادهای قلبی موجب ارتقای خودکارآمدی، رعایت رژیم غذایی، کاهش اضطراب، کاهش مصرف سیگار، تعدیل استرس و نیز افزایش انگیزه برای بازتوانی قلب شده است(۱۵). اخیراً از این رویکرد در موارد گسترده‌تری مانند آرتروز، بیماری‌های قلبی، ایدز، سرطان پستان، سوختگی و دیابت و بسیاری از بیماری‌ها استفاده می‌شود. مطالعات متعددی تأثیر گروه همتا را تأیید کرده است از جمله مطالعه شریف و همکاران که تأثیر آموزش گروه همتا بر کیفیت زندگی بیماران ماستکتومی را بررسی کردند، نتایج، ارتقای معناداری را در همه جنبه‌های عملکردی کیفیت زندگی و کاهش علائم در گروه آزمون نشان داد(۱۶). با توجه به این که بیماری نارسایی قلبی به عنوان یک بیماری مزمن و وضعیت ناتوان کننده در مراحل اولیه بیماری بر جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد. غالباً بیماران مبتلا به نارسایی قلبی آگاهی کافی در مورد رژیم درمانی، تشخیص و کنترل به موقع علائم بیماری ندارند(۸). لذا با توجه به کمبود پرستار در بخش‌های بیمارستان کشور، که به نظر

بیماران رضایت آگاهانه اخذ و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات مربوط به آنها محرمانه باقی می ماند و به اطلاع آنان رسانده شد که در صورت عدم تمایل می توانند هر زمان که بخواهند از مطالعه خارج شوند.

این پژوهش در دو مرحله صورت گرفت، مرحله اول انتخاب گروه همتا و آموزش آنان و مرحله دوم انجام مداخله و جمع آوری داده ها در سه مرحله قبل، بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله بود. ۴ نفر بیمار مبتلا به نارسایی قلبی به عنوان همتا انتخاب شدند. انتخاب این بیماران بر اساس ویژگی هایی شامل: توانایی اداره جلسات و میل و رغبت درونی برای همکاری با محقق بود، داشتن کلاس ۳ و ۲ نارسایی قلب طبق تشخیص پزشک متخصص، برخورداری از کیفیت زندگی مطلوب که توسط پرسشنامه کیفیت زندگی فرانس و پاورس سنجیده شد و علاقمند به رهبری گروه بود. سه جلسه یک ساعته آموزشی توسط پژوهشگر برای بیماران گروه همتا جهت آمادگی آنها برای آموزش بیماران گروه مداخله (همتا) اجرا گردید. به منظور اطمینان از آمادگی همتایان و یکسان سازی شیوه آموزش آنان، پژوهشگر با استفاده از چکلیست خود ساخته ای مراحل آموزش آنان را، شامل مقدمه و آشنایی، رفتارهای محتوا، ارزشیابی، رفتارهای مشاوره ای و آموزشی را بعد از گرفتن آموزش بررسی کرد. چکلیست ۲۰ آیتم بود. در مرحله مقدماتی همتایان به بیماران معرفی می شدند و اهداف جلسه و مقررات آن ارائه می شد. محتوای آموزشی در ارتباط با بیماری نارسایی قلب بود. در بررسی رفتارهای آموزشی استفاده از وسایل سمعی بصری مناسب، بحث و تبادل نظر فراگیران بررسی می شد و مرحله ای ارزشیابی شامل جمع بندی مطالب و پرسش و پاسخ، درون گروهی بود. مقیاس چکلیست به صورت بلی، خیر و تا حدودی بود. و به هر یک از آیتم ها یک نمره اختصاص داده شد نمره کل چکلیست بیست بود در صورتی که همتا نمره اش کمتر از پانزده بود از آموزش دادن به همتایان خود برکنار می شد. پژوهشگر موارد را بررسی کرده و در صورتی که فرد همتا

می رسد وقت کافی برای برقراری ارتباط و آموزش به بیماران را ندارند، تربیت کردن همتایان در رفع این مشکل می تواند مفید باشد از طرف دیگر گروه همتا بهتر قادر هستند با همتایان خود ارتباط برقرار کنند و آنها را به انتخاب رفتارهای بهداشتی مناسب تشویق کنند. بنابراین با توجه به اهمیت آموزش، این مطالعه با هدف مقایسه تأثیر دو شیوه آموزشی فردی و همتا برای ارتقای کیفیت زندگی این بیماران طراحی گردید. امید است این پژوهش راهگشای مطالعات بعدی در زمینه شناسایی و رفع مشکلات بیماران مبتلا به نارسایی قلبی باشد.

روش ها

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی است که با هدف مقایسه دو شیوه آموزشی (همتا و فردی) بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بیمارستان اکباتان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی همدان در سال ۱۳۹۲ انجام شده است. جامعه آماری این پژوهش کلیه بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بستری در بخش قلب بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل تشخیص نارسایی قلبی مرحله (۳ و ۲) توسط پزشک متخصص، هوشیاری کامل و آگاه به زمان و مکان، داشتن سواد خواندن و نوشتن، عدم ابتلا به بیماری روان، آمادگی جسمی برای پاسخگویی به سؤالات، عدم ابتلا به بیماری هایی جسمی دیگر مانند صرع و سرطان (به جز دیابت و فشار خون) بود. معیار خروج شامل تمایل بیمار به خروج از مطالعه، بدتر شدن حال بالینی بود. برای تعیین حجم نمونه، با لحاظ نمودن خطای اول $\alpha=0/05$ و خطای نوع دوم $\beta=0/02$ تعداد نمونه در هر گروه ۲۹ نفر مشخص گردید و با توجه به ریزش احتمالی تعداد نمونه، نمونه ها در هر یک از گروه های فردی و همتا ۳۲ نفر در نظر گرفته شدند. انتخاب بیماران به صورت در دسترس بود و سپس به صورت تصادفی ساده در دو گروه مداخله و کنترل تخصیص داده شدند. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی بعد از ارائه مجوز از مدیریت پژوهشی دانشگاه همدان، از کلیه

نیز کتابچه داده شد. پرسشنامه کیفیت زندگی قبل، پس از انجام مداخله و یک ماه بعد از مداخله در هر دو گروه تکمیل شد. تکمیل پرسشنامه یک ماه بعد از مداخله توسط پیگیری تلفنی صورت گرفت.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها دو قسمت بود، بخش اول پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک (سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، شغل، طول مدت ابتلا به بیماری، داشتن بیماری‌های دیگرمانند دیابت و فشار خون، سابقه آموزشی و منبع آموزشی) و قسمت دوم از ترجمه پرسشنامه کیفیت زندگی که توسط فرانس و پاورس در سال ۱۹۹۹ طراحی شده بود، استفاده شد. در این پرسشنامه سؤالات در دو بخش اهمیت و رضایت از ابعاد سلامت جسمانی، روانی-معنوی، اقتصادی-اجتماعی و خانوادگی به صورت مقیاس لیکرت ۶ گزینه (۱ تا ۶) تنظیم شده است. هر قسمت حاوی ۳۵ سؤال و سؤالات مربوط به اهمیت و رضایت شبیه به هم است. بعد اهمیت شامل ۳۵ سؤال و بعد رضایت نیز شامل ۳۵ سؤال است که جمعاً ۷۰ تا سؤال است که سؤالات هر دو بعد شبیه به هم است. در هر قسمت ۱۵ سؤال مربوط به سنجش بعد سلامت جسمانی، ۸ سؤال مربوط به سنجش بعد اقتصادی-اجتماعی، ۷ سؤال مربوط به سنجش بعد روانی-معنوی و ۵ سؤال مربوط به بعد روابط خانوادگی است جهت تعیین امتیاز کیفیت زندگی، عدد ثابت ۲/۵ از نمره هر یک از گزینه‌ها در بخش رضایت کسر می‌شود. به این ترتیب اعداد ۲/۵، ۱/۵، ۰/۵، ۰، ۱/۵، ۲/۵- به دست می‌آید. در هر مرحله اعداد به دست آمده، در نمره هر یک از گزینه‌های سنجش اهمیت ضرب می‌شود. سپس اعداد به دست آمده با هم جمع می‌شود. در هر مرحله برای جلوگیری از تأثیر سؤالات پاسخ داده نشده جمع حاصل ضرب بر تعداد سؤالات پاسخ داده شده تقسیم می‌شود که طبقه نمرات بین ۱۵- تا ۱۵+ است، سپس برای حذف نمرات عدد ثابت ۱۵ به هر یک از اعداد محاسبه شده اضافه می‌شود. محدوده امتیازات بین ۰-۳۰ تعیین می‌گردد که کل کیفیت زندگی را مشخص می‌کند. سطح زندگی افراد بر اساس به سه گروه

موارد آموزش دیده را رعایت کند و نمره بالا پانزده کسب کند به او اجازه آموزش به گروه همتا خود داده می‌شود. در خاتمه از کلیه مطالب عنوان شده در کلاس، کتابچه‌ای با محتوای مفاهیم و مزایای آموزش همتا و نیازهای آموزشی بیماران نارسایی قلب شامل تعریف نارسایی قلب، مکانیسم و علت ایجاد علائم در نارسایی قلبی، عوامل افزایش‌دهنده خطر، اصول کلی درمان نارسایی قلبی، درمان دارویی، مدیریت غیر دارویی، چگونگی کنترل وزن روزانه، رژیم غذایی و غیره تهیه و در اختیار همتایان قرار داده شد. سپس بیماران گروه مداخله همتا به ۴ گروه ۸ نفره جهت سهولت آموزش تقسیم شدند و سپس به طور تصادفی ساده به ۸ نفر از بیماران جهت آموزش اختصاص به فرد آموزش‌دهنده همتا معرفی شد. محتوای جلسات در همه گروه‌ها یکسان بود و تعداد جلسات، ۴ جلسه ۳۵ دقیقه‌ای بود. شروع هر جلسه با پذیرایی مختصری صورت گرفت و محتوای جلسات (آشنایی بیماران با یکدیگر و افراد همتا، اهداف جلسه، نیازهای بیماران نارسایی قلبی و به اشتراک گذاشتن تجربیات در زمینه علایم و مشکلات بیماری) بود و در پایان همتایان به سؤالاتی که در مورد بیماری نارسایی قلب پرسیده می‌شد پاسخ می‌دادند و در صورت قادر نبودن پاسخ‌گویی به سؤالات پژوهشگر پاسخ می‌داد. چهار گروه در زمان‌های مختلف آموزش می‌دیدند، بنابراین پژوهشگر امکان حضور در کلیه جلسات آموزشی را داشت. در پایان جلسات کتابچه آموزشی شامل نیازهای آموزشی بیماران نارسایی قلب در اختیار بیماران قرار گرفت.

در گروه آموزش فردی، پس از اعلام آمادگی از سوی بیمار و فراهم نمودن یک محیط راحت و آرام، پژوهشگر هدف از جلسه آموزشی را مطرح کرده، سپس آموزش فردی که شامل توضیحاتی در رابطه با بیماری است توسط پژوهشگر بر حسب یادگیری افراد به مدت ۱۵-۲۰ طی ۴ جلسه ارائه شد. حین آموزش پرسش و پاسخ بین پژوهشگر و بیمار صورت گرفت. محتوای جلسات آموزشی همانند آموزش در گروه همتا بود. بعد از آموزش به گروه فردی

۳۴/۴ درصد (۱۱ نفر) در گروه همتا شغل آزاد و ۳۴/۴ درصد (۱۱ نفر) در گروه فردی خانه‌دار بودند. ۵۲/۸ درصد (۵ نفر) در گروه همتا و ۴۷/۸ درصد (۱۳ نفر) در گروه فردی بین ۳-۵ سال سابقه ابتلا به بیماری داشتند. ۴۳/۸ درصد (۱۴ نفر) در گروه همتا و ۳۸/۶ درصد (۱۳ نفر) در گروه فردی بین ۲-۴ بار بستری شدند. ۶۶/۲ درصد (۱۷ نفر) در گروه همتا و ۶۳/۲ درصد (۱۵ نفر) در هر گروه مبتلا به فشار خون بودند. ۶۸/۸ درصد (۲۲ نفر) در گروه همتا و ۶۵/۷ درصد (۱۹ نفر) در گروه فردی آموزش ندیده بودند. منبع آموزش ۴۷/۱ درصد (۱۵) در گروه همتا و ۵۳/۳ درصد (۱۷ نفر) در گروه فردی پزشک بود.

آزمون آماری تی تفاوت معناداری بین نمرات دو گروه قبل از مداخله نشان نداد (جدول ۱).

نتایج مقایسه نمره کیفیت زندگی بلافاصله بعد از اجرای برنامه آموزشی در هر دو گروه نشان داد که میانگین نمره کیفیت زندگی در هر دو گروه افزایش داشته است، اما اختلاف آماری معناداری در گروه فردی نسبت به همتا مشاهده شد (جدول ۲).

مقایسه میانگین کیفیت زندگی در هر دو گروه همتا و فردی یک ماه بعد از مداخله نشان داد که میانگین نمره کیفیت زندگی در گروه همتا نسبت به فردی افزایش آماری معناداری داشته است (جدول ۳).

نامطلوب (۹-۰) نسبتاً مطلوب (۱۹-۱۰) و مطلوب (۳۰-۲۰) تقسیم می‌شود (۱۷).

روایی محتوای پرسشنامه توسط ده نفر از اساتید دانشگاه علوم پزشکی انجام گرفته است و در مطالعه شجاعتی اعتماد آن با آلفای کرونباخ ۰/۸۶ مورد تأیید قرار گرفته است (۱۷). در مطالعه حاضر نیز پایایی ابزار مورد سنجش قرار گرفت و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS-16 و آزمون آماری تی مستقل برای مقایسه میانگین متغیر کمی در دو گروه مستقل و شاخص‌های مانند میانگین، انحراف معیار استفاده شد. از آزمون‌های آزمون کای دو، تی مستقل برای مقایسه روابط بین متغیرهای کیفی در دو گروه استفاده شد.

نتایج

تمامی افراد دو گروه این پژوهش تا پایان بررسی در مطالعه باقی ماندند و پرسشنامه‌ها در گروه آموزش همتا و فردی پاسخ داده شد و تجزیه و تحلیل شد. در مطالعه حاضر، ۵۳/۱ درصد نمونه‌های پژوهش (۱۷ نفر) در گروه همتا مردان و در گروه فردی ۵۳/۱ درصد افراد مورد پژوهش (۱۷ نفر) زنان بودند. ۹۲/۷ درصد (۲۹ نفر) در گروه همتا و ۹۳/۸ درصد (۳۰ نفر) در گروه فردی متأهل بودند. درصد افراد با تحصیلات زیر دیپلم در گروه آموزش فردی و همتا به ترتیب ۴۳/۸ (۱۴ نفر) و ۵۳/۱ درصد (۱۷ نفر) بود.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمره‌ی کیفیت زندگی در دو گروه آموزش به روش فردی و همتا به تفکیک حیطه‌های مورد بررسی قبل از مداخله

حیطه‌ها	گروه همتا	گروه فردی	P	t
بعد جسمانی	۳۴/۴±۴/۶	۳۲/۴±۳/۷	۰/۰۵۵	۱/۹۵
بعد روانی	۳۴/۶±۵/۴	۳۲/۵±۴/۳	۰/۰۹۲	۱/۷۱
بعد اقتصادی	۳۲/۴±۳/۹	۳۱/۲±۳/۵	۰/۲۱۲	۱/۲۶
بعد خانوادگی	۳۱/۲±۳/۵	۳۹/۱±۶/۹	۰/۰۲۵	۲/۱۵
میانگین کل کیفیت زندگی	۱۴۰/۸±۱۵/۹	۱۳۴/۶±۱۵/۸	۰/۱۲۱	۱/۵۷

جدول ۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره‌ی کیفیت زندگی و ابعاد کیفیت زندگی در دو گروه همتا و فردی به تفکیک حیطه‌های بررسی شده بلافاصله بعد از مداخله

حیطه‌ها	گروه همتا	گروه فردی	P	t
بعد جسمانی	۳۴/۷۱±۲/۳	۳۴/۶±۳/۱	۰/۸۶۰	۰/۱۷۷
بعد روانی	۳۴/۱±۲/۷	۳۵/۵±۳/۱	۰/۰۷۸	-۱/۷۹
بعد اقتصادی	۳۲/۹±۳/۱۴	۳۴/۳±۳/۶	۰/۷۰۷	۰/۷۰۷
بعد خانوادگی	۳۳/۵±۳/۱	۳۶/۶±۳/۱۵	-۳/۹۹	-۳/۹۹
میانگین کل کیفیت زندگی	۱۴۲/۱±۱۰/۱	۱۴۷/۶±۱۰/۹	۰/۰۳۹	-۲/۱۰

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمره‌ی کیفیت زندگی و ابعاد کیفیت زندگی در دو گروه همتا و فردی به تفکیک حیطه‌های بررسی شده یک ماه بعد از مداخله

حیطه‌ها	گروه همتا	گروه فردی	P	t
بعد جسمانی	۴۲/۵۶±۱/۸	۳۲/۷±۳/۱	p=۰/۰۰۰۱	t=۱۵/۱۱
بعد روانی	۴۴/۶±۴/۵	۳۲/۶±۳/۰۲	p=۰/۰۰۰۱	t=۱۲/۳۶
بعد اقتصادی	۳۷/۶±۳/۱	۳۲/۹±۳/۳	p=۰/۰۰۰۱	t=۵/۸۹
بعد خانوادگی	۴۵/۷±۴/۰۲	۳۴/۵±۳/۸	p=۰/۰۰۰۱	t=۱۱/۴۷
میانگین کل کیفیت زندگی	۱۷۰/۶±۷/۶	۱۳۲/۸±۱۰/۸	p=۰/۰۰۰۱	t=۱۶/۱۱

بحث

هدف مطالعه پژوهش حاضر مقایسه دو روش آموزشی چهره به چهره (فردی) و آموزش همتا بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بود. نتایج این مطالعه نشان داد که قبل از اجرای برنامه آموزش، میانگین نمره کل کیفیت زندگی، در گروه همتا و فردی تفاوت معنادار نداشت، حال آن که بعد از اجرای برنامه مداخله، نمره کل میانگین کیفیت زندگی در هر دو گروه نسبت به قبل از مداخله تغییر یافت. نتایج مطالعه زنده‌طلب تحت عنوان مقایسه دو شیوه آموزشی فردی و گروهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس نشان داد که میانگین کیفیت زندگی در گروه فردی نسبت به آموزش گروهی افزایش معناداری داشته (۱۸)، در حالی که نتایج مطالعه توفیق‌یان در سبزواری تحت عنوان تأثیر مشاوره فردی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد نشان داد که نمره کیفیت زندگی پس از مشاوره آموزشی در گروه مداخله و شاهد تفاوت

معناداری نداشته است که با مطالعه حاضر همخوانی ندارد. علت این امر می‌تواند این باشد که بیماران سکتة قلبی دارای اضطراب چندگانه‌ای در ارتباط با بیماری خود هستند که این اضطراب مانع یادگیری مطالب آموزشی در مرحله حاد بیماری شده است و مانع از تأثیر آموزش به شیوه فردی، پس از مداخله شده است (۱۹). در خصوص یافته به دست آمده، از نتایج یک ماه بعد از اجرای برنامه مداخله، نمره کل میانگین کیفیت زندگی، در گروه همتا نسبت به فردی افزایش آماری معناداری داشت. نتایج مطالعه شریف همکاران که با هدف ارزیابی تأثیر آموزش همتا بر کیفیت زندگی بیماران ماستکتومی در شیراز طی سه مرحله (قبل، بلافاصله و دو ماه بعد) انجام شد، حاکی از تأثیر آموزش گروه همتا، به عنوان یک روش آموزشی مؤثر بر ارتقای سطح کیفیت زندگی بیماران ماستکتومی است (۱۶). نتایج مطالعه‌ای که توسط شاه و همکاران به منظور بررسی تأثیر برنامه آموزشی همتا بر کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به آسم در

رفتارهای بهداشتی دختران با دیسمنوره در کرمانشاه صورت گرفت نشان داد که دانش قاعدگی در گروه آموزش مراقبت از خود توسط همتا ۲/۱ تا ۲/۵ برابر بیش‌تر از گروه آموزش مراقبت از خود توسط افراد ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی بود (۲۵). نتایج مطالعات انجام شده فوق در این زمینه می‌تواند پیشنهاددهنده استفاده از گروه همتا به جای استفاده از متخصصین حرفه‌های مراقبت بهداشتی از جمله پزشک، پرستار و غیره در جهت تغییر رفتار بیماران به خصوص بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن باشد (۲۶).

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان از خصوصیات شخصی افراد در پذیرش موارد آموزشی، نوع شخصیت و فرهنگ فرد در پذیرش محتوای آموزشی نام برد.

ارائه تحقیقات با محوریت آموزش همتا به دانشکده‌های پرستاری و مسئولین آموزشی بیمارستان‌ها جهت انتقال یافته‌ها و نحوه به کارگیری ابعاد این نوع آموزش و الگوها به دانشجویان و پرستاران می‌تواند شرایط مناسب را برای نهادینه شدن این مفاهیم و سپس کاربردی شدن این مراقبت‌ها در بیماران قلبی و سایر بیماران مبتلا به بیماری مزمن را فراهم آورد. آگاهی پرستاران از اهمیت این گونه آموزش‌ها، می‌تواند نتایج مطلوبی را در بهبود خدمات پرستاری ارائه شده در پی داشته باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که هر دو شیوه آموزشی منجر به افزایش نمره میانگین کیفیت زندگی بعد از مداخله می‌گردد، اما نمره میانگین کیفیت زندگی یک ماه بعد از مداخله در گروه همتا نسبت به گروه آموزش فردی افزایش بسزایی داشته است و مؤید این است که در آموزش گروهی توسط گروه همتا، بیماران با یکدیگر ارتباط برقرار می‌کنند و اطلاعات خود را با دیگر افراد گروه که داری شرایط مشابهی هستند، به اشتراک می‌گذارند و از تجارب یکدیگر بهره می‌گیرند. لذا استفاده از تجربیات افراد همتا به عنوان یک روش آموزشی آسان، کم هزینه، مبتنی بر

استرلیا صورت گرفت، حاکی از تأثیر مثبت گروه همتا سه ماه بعد از مداخله بر کیفیت زندگی، میزان غیبت از مدرسه و عملکرد ریه نوجوانان مبتلا به آسم است (۲۰). نتایج مطالعه‌ای در آمریکا با عنوان تأثیر حمایت هم‌تایان در خود مراقبتی بیماران مبتلا به دیابت، نشان داد که آموزش هم‌تایان در گروه مداخله منجر به افزایش رفتارهای خود مراقبتی، استفاده درست از داروها و کاهش نیاز به انسولین در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد شده است (۲۱).

مطالعات فوق نشان می‌دهد که برنامه‌های آموزش که توسط گروه همتا ارائه می‌شود می‌تواند به طور مؤثری افراد را در جهت افزایش رفتارهای بهداشتی مناسب تشویق نماید (۲۲). نتایج مطالعه عزیزی و همکاران که به منظور مقایسه اثر آموزش پیشگیری از آلودگی به ویروس ایدز توسط گروه همتا، پزشک و توزیع پمفلت بر آگاهی دانش آموزان دختران دبیرستانی در کرمانشاه صورت گرفت نشان داد که تغییر نمرات قبل و بعد از مداخله در گروه آموزش توسط پزشک بیش‌تر از همتا و پمفلت بود (۲۳). از دلایل احتمالی مؤثر بودن آموزش توسط پزشک می‌توان به این اشاره داشت که پزشک یک منبع موثق و معتبری برای رفع ابهامات دانش‌آموزان بوده است که با پژوهش حاضر مغایرت دارد. نتایج مطالعه گورسوی و همکاران نیز که با هدف ارزیابی تأثیر آموزش گروه همتا به دو شیوه فردی و گروهی بر دانش خودآزمایی پستان و اعتقادات بهداشتی دانشجویان در ترکیه انجام شد، حاکی از تأثیر این روش بر افزایش دانش دانشجویان در این زمینه است در این مطالعه همچنین آموزش به شیوه گروهی توسط همتا (همتا با گروه) تأثیری بهتری نسبت به آموزش به شیوه فردی توسط همتا (همتا با فرد) داشته است (۲۴). که هم‌سو با مطالعه فوق است.

در آموزش به شیوه همتا محیط یادگیری ساده و مطمئنی ایجاد می‌شود و بیماران می‌توانند از تجربیات افراد هم‌تای خودشان جهت بهبود علائم بهره گیرند. نتایج مطالعه عابدیان و همکاران که به منظور تأثیر آموزش همتا بر

همدان تصویب شده است. لذا از حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه، ریاست و معاونت آموزشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی همدان، کارکنان محترم بیمارستان اکباتان همدان و کلیه بیماران که با وجود مشکلات ناشی از بیماری در انجام پژوهش به ما یاری رساندند، کمال سپاس‌گزاری به عمل می‌آید.

تجربیات و عدم نیاز به تجهیزات ویژه، جهت آموزش و به کارگیری در بیماران مبتلا به سایر بیماری‌های مزمن پیشنهاد می‌شود.

قدردانی

این مطالعه بخشی از نتایج پایان‌نامه دانشجویی کارشناس ارشد آموزش پرستاری است که در دانشگاه علوم پزشکی

منابع

1. Morgan K, McGee H, Shelley E. Quality of life assessment in heart failure interventions: a 10-year (1996–2005) review. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2007; 14(5): 589-607.
2. Ditewig JB, Blok H, Havers J, van Veenendaal H. Effectiveness of self-management interventions on mortality, hospital readmissions, chronic heart failure hospitalization rate and quality of life in patients with chronic heart failure: a systematic review. *Patient Educ Couns.* 2010; 78(3): 297-315.
3. Macabasco-O'Connell A, DeWalt DA, Broucksou KA, Hawk V, Baker DW, Schillinger D, et al. Relationship between literacy, knowledge, self-care behaviors, and heart failure-related quality of life among patients with heart failure. *J Gen Intern Med.* 2011; 26(9): 979-86.
4. Albert NM, Buchsbaum R, Li J. Randomized study of the effect of video education on heart failure healthcare utilization, symptoms, and self-care behaviors. *Patient Educ Couns.* 2007; 69(1): 129-139.
5. Wakefield BJ, Ward MM, Holman JE, Ray A, Scherubel M, Burns TL, et al. Evaluation of home telehealth following hospitalization for heart failure: a randomized trial. *Telemed J E Health.* 2008; 14(8): 753-761.
6. Assareh AR, Alasti M, Beigi S, Fayyazi S. Effect of Discharge Education on Quality of Life and Hospital Readmission in Patients with Heart Failure: Is It Effective?. *The Journal of Tehran University Heart Center.* 2008; 3(1): 17-20.
7. Wingard R. Patient education and the nursing process: meeting the patient's needs. *Nephrol Nurs J.* 2009; 32(2): 211-14.
8. Stromberg A. The crucial role of patient education in heart failure. *Eur J Heart Fail.* 2005; 7(3): 363-369.
9. Bastable SB. Nurse as educator: Principles of teaching and learning for nursing practice. 3rd ed. Jones & Bartlett Learning; 2008.
10. Wofford JL, Wells MD, Singh S. Best strategies for patient education about anticoagulation with warfarin: a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2008; 8(1): 40.
11. Varae SH, Chraghi MA, SyedFatem N, et al. The effect on anxiety in surgical patients with coronary artery disease. *Education Nursing.* Volume 2013; 23(5): 28-37.
12. Van der Maas F, Otte WM. Evaluation of HIV/AIDS secondary school peer education in rural Nigeria. *Health Educ Res.* 2009; 24(4): 547-57.
13. Carrico AR, Riemer M. Motivating energy conservation in the workplace: An evaluation of the use of group-level feedback and peer education. *Journal of Environmental Psychology.* 2011; 31(1): 1-13.
14. Van Rom Pay K et al. Empowering the people. Development of an HIV peer education Model for Low Literacy rural Communities in India. *Hum Resour Health.* 2008; 6: 6.
15. Colella TJ, King KM. Peer support. An under-recognized resource in cardiac recovery. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2004; 3(3): 211-17.
16. Sharif F, Abshorshori N, Tahmasebi S, Hazrati M, Zare N, Masoumi S. The effect on the life of peer-led education quality of mastectomy patients referred to breast cancer-clinics in Shiraz, Iran 2009. *HealthQual Life Outcomes.* 2010; 8: 74.
17. Shojaei F. Quality of life in patients with heart failure. *Hayat.* 2009; 14(2): 5-13
18. Zendhtalab H. [Comparing the Effect of Face to Face and Group Discussion Teaching Methods on Quality of Life. Improvement among Patients Suffering from Multiple Sclerosis]. *Iranian Journal of Medical*

- Education.2013; 13(9): 711-720. [Persian]
19. Tofighiyan T, Najjar L, Akabery A, Shegarf Nakhae M. [the effect of individual counseling on the quality of life in patients with myocardial infection]. Quarterly journal of sabzevar university of medical education. 2010; 16(4): 206-212. [Persian]
 20. Al-sheyab N, Gallagher R, Crisp J, Shah S. Peer-led education for adolescents with asthma in Jordan: a cluster-randomized controlled trial. Pediatrics.2012; 129(1): 106-112.
 21. Heisler M, Vijan S, Makki F, Piette JD. Diabetes Control With Reciprocal Peer Support Versus Nurse Care Management A Randomized Trial. Ann Intern Med. 2010; 153(8): 507-15.
 22. Gillespie P, O'Shea E, Paul G, O'Dowd T, Smith SM. Cost effectiveness of peer support for type 2 diabetes. Int J Technol Assess Health Care. 2012; 28(1): 3-11.
 23. Azizi A, Amirian F, Amirian M. [To Compare the Evaluation of HIV/AIDS Female High School Peer Education with Lecture by Physician and Pamphlets in Kermanshah]. Iranian Journal of Epidemiology.2009; 4(3): 71-76. [Persian]
 24. Gürsoy AA, Yiğitbaş C, Yılmaz F, Erdöl H, Bulut HK, Mumcu HK, et al. The Effects of Peer Education on University Students' Knowledge of Breast Self-Examination and Health Beliefs. J Cancer Educ.2009; 24(4): 331-3.
 25. Abedian Z, Kabirian M, Mazlom SR, Mahram B. The effects of peer education on health behaviors in girls with dysmenorrhea. Journal of American science.2011; 7(1): 431-438.
 26. Fisher EB, Boothroyd RI, Coufal MM, Baumann LC, Mbanya JC, Rotheram-Borus MJ, et al. Peer support for self-management of diabetes improved outcomes in international settings. Health Aff (Millwood). 2012; 31(1): 130-9.

A comparison of Individual and Peer Educational Methods on Quality of life in patients with heart failure

Sayed Reza Borzou¹, Mohsen Salavati², Zahra Bayat³, Ali Reza Soltanian⁴, Shahram Homayounfar⁵

Abstract

Introduction: Heart failure is one of the most common chronic diseases associated with reduced quality of life. Given the positive role of education in improving quality of life, finding a suitable educational method to improve the quality of life of these patients is important. This study aimed to compare two methods of individual and peer education on quality of life in patients with heart failure.

Methods: This quasi-experimental study was performed on 64 patients with heart failure in Ekbatan Hospital in 2013. The participants were randomly assigned to individual educational and peer educational groups (each, $n = 32$). After preparing the peer group, 4 peer-to-peer educational sessions were held during a month. Individual education was conducted by the researcher for 15 to 20 minutes. The data collection tool was the translation of Ferrans and Powers' quality of life questionnaire. The questionnaire was completed by both groups before, immediately after, and one month after the intervention. Data were analyzed using descriptive and inferential statistical tests (independent t-test, Mann-Whitney, chi-square test).

Results: There was no significant difference between mean scores of quality of life before the intervention in both peer and individual groups ($p=0.12$). The mean scores of quality of life, immediately after the intervention, were 142.1 ± 10.1 and 147 ± 10.9 (out of 200), in the peer and individual groups respectively showing a significant difference ($p=0.039$, $t=2.10$). Results of one month after the intervention were 170.6 ± 7.6 and 132.8 ± 10.8 in the peer and individual groups respectively which also showed a significant difference ($p=0.0001$, $t=16.11$).

Conclusion: The results showed that both of educational methods lead to the promotion of quality of life. However the impact of peer educational method is stronger in the long term.

Keywords: Peer education, individual education, heart failure, quality of life.

Addresses:

¹ Instructor, Department of Medical-surgical Nursing, Chronic Diseases (home care) Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. E-mail: (borzou@umsha.ac.ir)

² (✉) Instructor, Department of Medical-surgical Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. E-mail: SalavatiMohsen42@yahoo.com

³ MSc Student of Medical-surgical Nursing, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. E-mail: Z.bayat200090@yahoo.com

⁴ Assistant Professor, Department of Biostatistics, School of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. E-mail: Soltanian@umsha.ac.ir

⁵ Associate Professor, Department of Cardiology, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. E-mail: homayonfar23@yahoo.com