

تأثیر یک بر نامه آموزشی خودمراقبتی بر آگاهی و عملکرد بیماران مبتلا به نارسایی قلب

پروین منگلیان شهربابکی، ژاسمن شاه‌نظری، محمد محمودی، جمیله فرخ‌زادیان

چکیده

مقدمه: با توجه به این که عمده‌ترین علل مرگ و میر و کاهش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلب، ریشه در عملکرد خودمراقبتی نادرست دارد و کافی نبودن آگاهی بیماران به این مسائل دامن می‌زند، لذا مطالعه‌ای با هدف بررسی تأثیر آموزش مراقبت از خود، بر آگاهی و عملکرد بیماران مبتلا به نارسایی قلب در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام گرفت.

روش‌ها: در یک مطالعه نیمه تجربی، ۸۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلب بستری در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر کرمان با روش نمونه‌گیری آسان و تدریجی انتخاب و در دو گروه تجربی و شاهد قرار گرفتند. ابتدا میزان آگاهی و نحوه عملکرد هر بیمار در مورد مراقبت از خود، از طریق پرسشنامه و چک‌لیست محقق‌ساخته و پایا و روا از طریق مصاحبه و مشاهده گرفته شد، سپس هر بیمار گروه تجربی یک برنامه آموزشی شامل ۴ جلسه آموزشی ۲۰ دقیقه‌ای همراه با ارائه جزوه آموزشی به صورت انفرادی و پرسش و پاسخ دریافت کرد. سپس یک ماه بعد از ترخیص از هر یک از بیماران در دو گروه، آزمون نهایی به عمل آمد. مقایسه آگاهی و عملکرد دو گروه از طریق آزمونهای آماری ناپارامتری ویلکاکسون و مان ویتنی یو انجام شد.

نتایج: رتبه آگاهی و عملکرد بیماران مبتلا به نارسایی قلب در کلیه حیطه‌های مراقبت از خود، قبل از مداخله بین دو گروه تجربی و شاهد، معنادار نبود. در حالی که این میانگین امتیازات بعد از مداخله در گروه تجربی و شاهد اختلاف معناداری داشت. به طوری که مقایسه تغییرات نشان داد که تغییرات آگاهی ($18/81 \pm 7/02$) و عملکرد ($29/5 \pm 11/57$) در گروه تجربی به طور معناداری بیش از تغییرات آگاهی ($1/81 \pm 2/79$) و عملکرد ($0/43 \pm 1/28$) در گروه شاهد بوده است که نشان‌دهنده تأثیر آموزش بر گروه تجربی بود.

نتیجه‌گیری: به کارگیری برنامه آموزشی خودمراقبتی طراحی شده بر آگاهی و عملکرد بیماران مبتلا به نارسایی قلب در نمونه‌های مورد مطالعه مؤثر بوده است و آموزش یکی از روش‌های مناسب و لازم برای ارتقای مراقبت از خود است.

واژه‌های کلیدی: آموزش، برنامه خودمراقبتی، آگاهی، عملکرد، نارسایی قلب، بیماران قلبی

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی / دی ۱۳۹۰؛ ۱۱(۶): ۶۰۹ تا ۶۱۹

مقدمه

بیماری‌های قلبی و عروقی و عوارض ناشی از آن، یکی از علل مهم مرگ و میر در کشورهای صنعتی و در حال توسعه از جمله کشور ماست (۱). نارسایی قلب یک مشکل مزمن و در حال رشد است که در حال حاضر شایع‌ترین دلیل بستری افراد بالاتر از ۶۰ سال می‌باشد (۲). این

* نویسنده مسؤول: پروین منگلیان شهربابکی (مری)، گروه داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد شهر بابک، کرمان، ایران.
mangolian167@yahoo.com
ژاسمن شاه‌نظری (استادیار)، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران؛ دکتر محمد محمودی (استادیار)، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران؛ جمیله فرخ‌زادیان، کارشناس ارشد پرستاری، بیمارستان ولیعصر شهر بابک، بندرعباس، ایران. (farokhzadian2010@yahoo.com)
تاریخ دریافت مقاله: ۸۹/۶/۱۲، تاریخ اصلاح: ۹۰/۶/۲۸، تاریخ پذیرش: ۹۰/۷/۱۱

آموزش بر میزان آگاهی و عملکرد بیماران مبتلا به نارسایی قلب گزارش نشده و یا لاقلاً در دسترس قرار نگرفته و با توجه به بروز و روند رو به افزایش مرگ و میر ناشی از نارسایی قلب به علت عدم مراقبت صحیح از خود، این تحقیق با هدف تعیین تأثیر برنامه خودمراقبتی بر آگاهی و عملکرد بیماران مبتلا به نارسایی قلب در سال ۱۳۸۷ در بیمارستان‌های وابسته دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام گرفت.

روش‌ها

این مطالعه نیمه تجربی با طرح دو گروهی در سال ۱۳۸۷ در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام شد. جامعه پژوهش را بیماران با تشخیص نارسایی قلب مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شهر کرمان تشکیل دادند. معیارهای ورود آنها به مطالعه عبارت بود از: افراد با سن بالای ۴۰ سال که طبق نظر پزشک متخصص قلب با تشخیص نارسایی قلب در بخش‌های داخلی قلب بستری و تحت درمان قرار داشتند؛ از هوشیاری کامل برخوردار بوده و در شرایط حاد بیماری نبودند و همچنین قبلاً یا همزمان با انجام مطالعه هیچ نوع آموزش رسمی در زمینه تحقیق حاضر ندیده باشند. علاوه بر این بیمارانی وارد این مطالعه می‌شدند که مبتلا به بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده دیگر نباشند و از اعضای تیم بهداشتی درمانی نباشند. به منظور تعیین تعداد نمونه با استفاده از مطالعات مشابه و با ضریب اطمینان ۹۵ درصد و قدرت آزمون ۸۰ و با در نظر گرفتن احتمال ریزش نمونه‌ها، تعداد ۴۰ نفر از بیماران مبتلا به نارسایی قلب برای هر یک از دو گروه تجربی و شاهد در نظر گرفته شدند.

در این پژوهش نمونه‌گیری به صورت آسان و تدریجی بود. برای تکمیل پرسشنامه و برگه مشاهده (چک‌لیست)، پژوهشگر به محیط‌های مورد مطالعه مراجعه و از بین بیماران بستری یک نفر را به گروه تجربی و یک نفر را به

بیماری اغلب باعث تغییراتی در شیوه زندگی و کاهش کیفیت زندگی آنها می‌گردد (۳). در زمینه مسائل رنج‌آوری که این بیماران تجربه می‌کنند نتایج مطالعه‌ای نشان داد که ۷۳/۳ درصد از بیماران احساس محدودیت و انزوا داشتند، ۶۳/۲ درصد امیدی به آینده نداشتند و پذیرفته بودند که هیچ مراقبتی از خودشان نمی‌توانند بکنند، ۶۶/۶ درصد دارای بستری‌های مکرر بودند و دلیل عمده این مسائل را عدم آگاهی کافی در زمینه مراقبت از خود عنوان کرده بودند (۴). این موضوع مشکلات مهمی از نظر درمانی، اجتماعی و مالی برای بیمار به وجود می‌آورد (۵). مطالعه‌ای دیگر در ایران با هدف تعیین نیازهای آموزشی در بیماران مبتلا به نارسایی قلب نشان داد که بیماران به میزان ۸۵ درصد در زمینه شناخت ماهیت بیماری، ۹۲/۵ درصد در زمینه رژیم غذایی، ۹۵ درصد در رابطه با رژیم دارویی، ۸۲/۵ درصد در رابطه با استراحت و فعالیت جنسی و ۸۵ درصد در زمینه پی‌گیری درمان نیاز به آموزش داشتند و هیچ یک از آنان در مورد کنترل صحیح نبض آگاهی نداشتند (۶). از این رو باید شرایطی را فراهم کرد تا این بیماران بتوانند از خودشان مراقبت نمایند چرا که بر اساس نتایج مطالعه‌ای با اجرای یک طرح خودمراقبتی، زمان متوسط تا بستری مجدد طولانی‌تر شده، میزان بقای یک ساله افزایش یافته، هزینه‌های درمانی کاهش یافته و در نهایت کیفیت زندگی آنها ارتقا یافته بود (۷). لذا به نظر می‌رسد که آموزش مراقبت از خود به طور قابل توجهی باعث افزایش رضایت‌مندی، تداوم مراقبت، ایجاد استقلال در انجام کارهای روزانه، کاهش تنش و در نهایت کاهش ناتوانی بیماران مبتلا به نارسایی قلب می‌شود (۸). از این رو ضرورت آموزش مراقبت از خود به این بیماران تأکید می‌شود؛ چرا که بر اساس مطالعات انجام شده بیماران مبتلا به نارسایی قلب در این زمینه آگاهی کافی ندارند و ممکن است با اعمال ناصحیح به بیماری خود دامن بزنند (۹ و ۱۰). با توجه به این که تا کنون تجربه‌ای از تأثیر

گروه شاهد تخصص می‌داد. نمونه‌گیری تا رسیدن به حجم مورد نظر ادامه یافت. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه و برگه مشاهده محقق ساخته بود. جهت تعیین اعتماد علمی ابزار گردآوری داده‌ها، از روش اعتبار محتوی استفاده شد. بدین ترتیب که با مطالعه کتب و مقالات و نشریات جدید و در نظر گرفتن اهداف پژوهش، موارد مندرج در پرسشنامه و برگه مشاهده تهیه شده و پس از تصحیح و تأیید اساتید راهنما و مشاور، جهت بررسی در اختیار تعدادی از اعضای هیأت علمی و متخصصین قلب و افراد صاحب نظر قرار گرفت. با به کارگیری نظریات و نکات اصلاحی، ابزار این تحقیق نهایی شد. جهت تأمین پایایی پرسشنامه، از روش آزمون مجدد استفاده شد. پرسشنامه اولیه در دو مرحله به فاصله ۱۰ روز به ۱۰ بیمار با نارسایی قلبی داده شد و سپس میزان همبستگی بین نتایج حاصله از دو مرحله مورد تأیید قرار گرفت ($r=0/85$). جهت تعیین پایایی برگه مشاهده از روش همبستگی بین مشاهده‌گران استفاده شد. بدین منظور چکالیست مذکور توسط پژوهشگر و یکی از همکاران که از نظر معلومات و تجربه در یک سطح بودند روی ۱۰ بیمار به طور همزمان تکمیل شد و میزان پایایی آن سنجیده شد و مورد تأیید قرار گرفت ($r=0/87$). پرسشنامه مورد استفاده دارای ۳ بخش با ۶۹ سؤال و ۴۸ عبارت خبری بود. بخش اول دارای ۱۲ سؤال مربوط به مشخصات دموگرافیک بیماران از قبیل سن، جنس، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، مدت ابتلا به بیماری نارسایی قلب، درجه بیماری، تعداد دفعات بستری، نظر آنان در زمینه توانایی مراقبت از خود، سابقه آموزش در رابطه با بیماری، منابع کسب اطلاعات و وجود کمک جهت مراقبت در منزل بود. بخش دوم مشتمل بر ۵۷ سؤال در رابطه با اهداف پژوهش و خود شامل ۳ قسمت بود، ۶ سؤال در مورد اطلاعات عمومی بیمار در زمینه نارسایی قلب، ۲۴ سؤال در رابطه با میزان آگاهی در مورد رژیم دارویی و ۲۷ سؤال در رابطه با میزان آگاهی در مورد

رژیم غیردارویی. پاسخ‌دهنده نظر خود را در مورد هر جمله در مقیاس ۳ درجه‌ای به صورت بلی و خیر و نمی‌دانم بیان می‌کرد. بیمار با پاسخ صحیح امتیاز ۲، پاسخ نمی‌دانم امتیاز ۱ و پاسخ نادرست امتیاز صفر می‌گرفت. بخش سوم مشتمل بر ۴۸ عبارت خبری در رابطه با اهداف پژوهش بود که شامل دو قسمت بود. قسمت اول در رابطه با نحوه عملکرد بیماران در زمینه رژیم دارویی مشتمل بر ۱۵ عبارت خبری و قسمت دوم در رابطه با عملکرد بیماران در زمینه رژیم غیردارویی مشتمل بر ۳۳ عبارت خبری تهیه شده که با مقیاس رتبه‌ای ۵ درجه‌ای همیشه (نمره ۴)، اغلب (نمره ۳)، گاهی (نمره ۲)، به ندرت (نمره ۱) و هرگز (نمره ۰) نمره‌گذاری شده بود. برگه مشاهده نیز مربوط به مشاهده توانایی بیماران در کنترل نبض بود که شامل ۳ مورد بود که توسط پژوهشگر به صورت بلی، خیر علامت زده می‌شد که پاسخ صحیح امتیاز ۱ و پاسخ نادرست امتیاز صفر می‌گرفت. پژوهشگر پس از کسب معرفی‌نامه و هماهنگی با مسئولین بیمارستان و بخش‌های مربوطه و کسب موافقت بیماران از بین بیماران بستری شده و به طور تدریجی یک نفر را در گروه تجربی و یک نفر را در گروه شاهد انتخاب می‌کرد. بعد از مشخص شدن نمونه واجد شرایط، در زمانی که بیمار در شرایط روحی و جسمی مناسبی قرار داشت در یک محیط آرام و با کسب اجازه و ارائه توضیحات لازم و فراهم کردن آمادگی مورد نظر در بیمار، میزان آگاهی و عملکرد او در مورد ماهیت بیماری، رژیم دارویی و رژیم غیردارویی را از طریق تکمیل پرسشنامه در مصاحبه، و توانایی بیمار در کنترل نبض را از طریق مشاهده می‌سنجید. سپس برنامه آموزشی اجرا می‌شد. منظور از برنامه آموزشی در این پژوهش یک برنامه مدون آموزشی به صورت ترکیبی از آموزش انفرادی، پرسش و پاسخ، بحث و گفتگو، ارائه نمایش، تمرین و در اختیار قرار دادن پمفلت آموزشی بود. این برنامه طی ۴ جلسه ۱۵ تا ۲۰ دقیقه‌ای در طول بستری و

زمینه کنترل صحیح نبض ۳ بود. برای همسان‌سازی نمرات، نمره به دست آمده در هر حیطه بر مبنای ۱۰۰ محاسبه گردید. میزان آگاهی و نحوه عملکرد در مجموع به ۳ سطح خوب (۷۵-۱۰۰) متوسط (۵۰-۷۵) و ضعیف (۵۰<) دسته‌بندی شد و برای مقایسه این رتبه‌ها از آزمون ناپارامتری ویلکاکسون و من ویتنی یو مورد استفاده گردید. بدین صورت که رتبه آگاهی و عملکرد، در کلیه حیطه‌های مراقبت از خود، قبل و بعد از مداخله در داخل گروه‌ها با آزمون ویلکاکسون و بین گروه‌ها با آزمون من ویتنی مورد قضاوت آماری قرار گرفت. برای مقایسه متغیرهای دموگرافیک مورد مطالعه در دو گروه از آزمون‌های مجذور کای و t مستقل استفاده شد. همچنین برای بررسی همبستگی بین متغیرهای مورد مطالعه از آزمون همبستگی پیرسون استفاده گردید. در کلیه آزمون‌ها مقدار $p < 0.05$ معنادار در نظر گرفته شد.

نتایج

در این پژوهش کلیه پرسشنامه‌ها و چکلیست‌ها بدون ریزش تکمیل شدند. ابتدا همسانی متغیرهای دموگرافیک مربوط به دو گروه تجربی و شاهد بررسی شد. میانگین سن افراد در گروه شاهد $63/3 \pm 11/6$ سال و در گروه تجربی $66/30 \pm 11$ بود و آزمون t مستقل نشان داد که افراد دو گروه مشابه بودند ($p = 0/52$). ۲۲ درصد ($n = 21$) واحدهای مورد پژوهش در گروه تجربی و ۵۰ درصد ($n = 20$) در گروه شاهد مرد بودند. از نظر وضعیت تأهل ۵۵ درصد نمونه‌های گروه تجربی ($n = 22$) و ۵۷/۵ درصد ($n = 23$) نمونه‌های گروه شاهد متأهل بودند. اکثریت نمونه‌های مورد پژوهش در هر دو گروه تجربه $42/5$ درصد ($n = 17$) و گروه شاهد 40 درصد ($n = 16$) بازنشسته بودند. از نظر درجه بیماری اکثریت واحدهای مورد پژوهش در گروه تجربی 50 درصد ($n = 20$) و در گروه شاهد $57/5$ درصد ($n = 23$) در درجه دو نارسایی قلب به سر می‌بردند. اکثریت در هر دو گروه تجربه 60

در زمانی که بیمار در شرایط مناسب روحی و جسمی قرار داشت و در یک محیط آرام توسط پژوهشگر برگزار می‌شد، تا اطلاعات و دانش بیمار در زمینه‌های موردنظر افزایش داده شود و امکان مشارکت فعال و تکرار رفتار برای یادگیرنده فراهم گردد. همچنین در حیطه عملکرد از روش‌های اصلاح رفتار و تقویت مثبت جهت مراقبت از خود استفاده شد. مفاد آموزشی مورد استفاده شامل مطالبی در مورد آناتومی و فیزیولوژی قلب، ماهیت نارسایی قلب، چگونگی مصرف داروها، مراقبت‌های لازم در زمینه داروها، رعایت رژیم غذایی، فعالیت و استراحت، کنترل اضطراب، عدم مصرف دخانیات و مراجعه منظم به پزشک بود که در پایان آموزش هم جزوه آموزشی مربوطه جهت پی‌گیری مراقبت از خود در اختیار آنان قرار گرفت. محتوای برنامه آموزشی بر اساس جدیدترین مقالات و کتب، و مشاوره با اساتید صاحب‌نظر تنظیم گردیده بود. در مرحله بعد به منظور تعیین اثربخشی برنامه آموزشی بر آگاهی و عملکرد بیماران، یک ماه بعد از آموزش در گروه تجربی و یک ماه بعد از آزمون مقدماتی در گروه شاهد مجدداً آگاهی و عملکرد هر یک از بیماران از طریق مصاحبه و مشاهده توسط پژوهشگر در یک محیط آرام و در شرایط مناسب جسمی و روحی، در درمانگاه قلب مورد سنجش قرار گرفت. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، در پایان دوره مطالعه به گروه شاهد نیز آموزش‌های لازم همراه با ارائه جزوه آموزشی داده شد. به منظور دقت در انجام تحقیق، کلیه مراحل مداخله و سنجش توسط پژوهشگر صورت گرفت.

داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرارگرفتند. فراوانی مطلق و نسبی متغیرهای دموگرافیک محاسبه شد. با توجه به نمراتی که در قسمت ابزار گردآوری اطلاعات ذکر شد در کلیه حیطه‌ها حداقل نمره صفر و حداکثر نمره در آگاهی از ماهیت بیماری ۱۲، آگاهی از رژیم دارویی ۴۸، آگاهی از رژیم غیردارویی ۵۴، عملکرد دارویی ۶۰، عملکرد غیردارویی ۱۳۲، و در

درصد، $n=24$) و شاهد (۷۰ درصد، $n=28$) معتقد بودند که می‌توانند از خودشان مراقبت کنند و اکثریت در هر دو گروه تجربه (۶۲/۵ درصد، $n=25$) و شاهد (۷۰ درصد، $n=28$) برای مراقبت در منزل به کمک نیاز داشتند. لازم به ذکر است که در کلیه موارد فوق آزمون مجذور کای اختلاف آماری معناداری بین دو گروه نشان نداد. میانگین تعداد دفعات بستری در گروه تجربه $5/13 \pm 4/79$ و در گروه شاهد $4/78 \pm 3/70$ بود، لیکن این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود. متوسط مدت ابتلا به نارسایی قلب در گروه تجربه ($33/68 \pm 33/38$ ماه) با گروه شاهد ($37/05 \pm 30/48$ ماه) تفاوت آماری معنادار نداشت. اکثریت واحدهای مورد پژوهش در گروه تجربه (۴۷/۵ درصد، $n=19$) و در گروه شاهد (۵۵ درصد، $n=22$) قبلاً در زمینه مراقبت از خود اطلاعاتی کسب نکرده بودند، تعدادی هم اطلاعاتی ناقص از پزشک خود دریافت کرده بودند.

میانگین و انحراف معیار نمرات آگاهی در حیطه‌های مختلف مراقبت از خود و تغییرات آن برحسب گروه‌های

مورد مطالعه در جدول یک ارائه شده است. میانگین تغییرات نمره کل آگاهی در مورد مراقبت از خود در بیماران گروه شاهد، برابر $1/81 \pm 2/79$ بوده و آزمون ویلکاکسون نشان داد که این تغییرات به لحاظ آماری معنادار بود ($p=0/002$) و در گروه تجربی تغییرات آن برابر $18/81 \pm 7/02$ بود و آزمون فوق نشان داد که این تأثیر در داخل گروه معنادار بود ($p<0/0001$). ولی آزمون من ویتنی یو نشان داد که این افزایش آگاهی مراقبت از خود در گروه تجربی به طور معناداری بیشتر است ($p<0/0001$). در ادامه تجزیه و تحلیل اطلاعات، میانگین و انحراف معیار نمرات عملکرد بیماران در مورد حیطه‌های مختلف مراقبت از خود بر حسب زمان‌های مورد بررسی و تغییرات آنها، به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه در جدول دو ارائه گردیده و نشان می‌دهد که میانگین نمرات عملکرد مراقبت از خود در گروه تجربی به میزان $29/5 \pm 11/75$ نمره افزایش یافت ($p<0/0001$) و نیز میزان بهبود عملکرد مراقبت از خود در گروه تجربی به طور معناداری بیشتر بود ($p<0/0001$).

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات آگاهی درحیطه‌های مختلف مراقبت از خود و تغییرات آن برحسب گروه‌های مورد مطالعه

حیطه‌های آگاهی	تجربه	شاهد		نتیجه آزمون بین گروه‌ها (من ویتنی)		
		تغییرات		P		
		آزمون نوبت اول	آزمون نوبت دوم	Z	P	
اطلاعات در مورد بیماری	۸۰/۶۷±۸/۳۲	۳۷/۰۴±۱۱/۸۴	۵۲/۹۹±۷/۳۷	۵۲/۱۳±۷/۵۱	۰/۰۰۰۱	۷/۳۲
رژیم دارویی	۷۴/۸۵±۶/۳۰	۶۲/۸۲±۹/۷۲	۶۶/۳۲±۹/۴۱	۶۳/۲۲±۹/۷۲	۰/۰۰۰۱	۵/۰۷
رژیم غیر دارویی	۸۳/۸۲±۵/۶۹	۱۸/۶۹±۶/۹۹	۶۶/۱۹±۶/۳۶	۶۵/۱۲±۷/۱۰	۰/۰۰۰۱	۷/۶۴
آگاهی کلی	۶۰/۹۷±۷/۶۹	۱۸/۸۱±۷/۰۲	۶۲/۱۷±۶/۳۱	۶۰/۳۵±۷/۶۸	۰/۰۰۰۱	۷/۵۶

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات عملکرد در مورد حیطه‌های مختلف مراقبت از خود و تغییرات آن برحسب گروه‌های مورد مطالعه

حیطه‌های عملکرد	تجربی		شاهد		آزمون بین گروه‌ها (من یو ویتی)	
	آزمون داخل گروه‌ها		آزمون نوبت اول		آزمون نوبت دوم	
	قبل از مداخله	بعد از مداخله	تغییرات	تغییرات	تغییرات	تغییرات
رژیم دارویی	۵۸/۴۵±۸/۷۷	۶۶/۰۲±۹/۸۸	۷/۵۷±۹/۵۱	۵/۵۱	۵/۵۱	<۰/۰۰۰۱
رژیم غیر دارویی	۶۱/۳۱±۶/۸۹	۷۷/۸۲±۷/۱۲	۱۶/۵۱±۷/۱۴	۵/۵۱	۵/۵۱	<۰/۰۰۰۱
توانایی کنترل نبض	۲۳/۳۳±۲۵/۳۷	۸۷/۷۶±۱۹/۸۸	۶۴/۴۳±۳۲/۲۵	۵/۳۵	۵/۳۵	<۰/۰۰۰۱
عملکرد کلی	۴۷/۷۰±۹/۶۰	۷۷/۲۰±۷/۸۲	۲۹/۵±۱۱/۵۷	۵/۵۰	۵/۵۰	<۰/۰۰۰۱

بحث

در این مطالعه تأثیر آموزش مراقبت از خود، بر آگاهی و عملکرد بیماران مبتلا به نارسایی قلب در سال ۱۳۸۰ در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان بررسی شد.

این تحقیق نشان داد که برنامه آموزش خودمراقبتی، موجب ارتقای آگاهی و عملکرد بیماران مبتلا به نارسایی قلب گردید. آموزش یک فرآیند تعاملی است که موجب یادگیری می‌شود و مجموعه‌ای از فعالیت‌هایی است که به افراد جهت کسب دانش جدید یا انجام یک مهارت جدید کمک می‌کند (۱۰ و ۱۱).

مراقبت از خود، فعالیت‌هایی است که انسان‌ها به طور مشخص برای ادامه حیات، عملکرد سالم، پیشرفت مداوم و احساس خوب بودن انجام می‌دهند (۱۲ و ۱۳). همچنین یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که میانگین

نمرات آگاهی در مورد بیماری و رژیم دارویی و غیردارویی در گروه تجربی نسبت به گروه شاهد افزایش قابل توجهی داشته است که یافته‌های مزبور در راستای پژوهش‌هایی هستند که مطالعات مشابهی را انجام داده‌اند. در تأیید یافته‌های فوق نتایج بررسی رنکالی (Roncalli) و همکاران بر روی ۱۱۵ بیمار مبتلا به نارسایی قلب نشان داد که دو هفته بعد از آموزش، میانگین نمرات آگاهی بیماران به طور قابل توجهی بالاتر از قبل از آموزش شده بود و این افزایش آگاهی تا ۱۲ ماه بعد از آموزش همچنان بالا بوده است. به طوری که این آگاهی بالا در نمونه‌های مورد بررسی منجر به بهبود رفتارهای مراقبت از خود نیز شده بود (۱۴). در مطالعه دیگری، یک مداخله آموزشی در مورد رژیم غیردارویی بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب، با افزایش ۹۰ درصد در میزان آگاهی نمونه‌های مورد پژوهش همراه شد و پژوهشگر

همچون خانه می‌تواند عاملی در ارتقای عملکرد مددجویان باشد.

در ارتباط با عملکرد کلی واحدهای مورد پژوهش، در مطالعه حاضر عملکرد گروه تجربی به طور معناداری نسبت به گروه شاهد بهتر شد. در مطالعه‌ای، آموزش مراقبت از خود سبب تفاوت معنادار در آگاهی و عملکرد ۱۵۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلب شد (۲۰). پژوهشگر احتمال می‌دهد این ارتقای عملکرد نتیجه اجرای جلسات منظم، هدف‌مند و همچنین ساده، گویا و قابل اجرا، حاصل شده باشد و و این نوع آموزش باعث بهبود وضعیت سلامتی بیماران می‌شود. لی (Lee) و همکاران دریافتند که بین رفتارهای مراقبت از خود و بهبود وضعیت سلامتی و کیفیت زندگی بیمار رابطه قوی و محکمی وجود دارد (۲۱).

در راستای اهداف اصلی پژوهش، یعنی بررسی تأثیر آموزش مراقبت از خود بر آگاهی و عملکرد بیماران مبتلا به نارسایی قلب، یافته‌های حاصل از این پژوهش، نشان داد که میانگین امتیاز نمرات در گروه تجربی بعد از آموزش، نسبت به گروه شاهد به طور معناداری بیشتر شده بود. هر چند در هر دو گروه تغییرات معناداری مشاهده شد، به همین دلیل میانگین تفاضل بین دو گروه مورد مقایسه قرار گرفت که نشان داد که متوسط تغییرات در گروه تجربی به طور معناداری بیش از گروه شاهد بوده است. با توجه به موارد فوق چنین می‌توان نتیجه‌گیری کرد که حتی با ایجاد انگیزه و توجه به بیماران نیز می‌توان تغییرات رفتاری قابل توجهی در آنها به وجود آورد که نتایج به دست آمده از این مطالعه بیانگر همین مطلب است و تغییر آگاهی و عملکرد بیماران حتی بدون مداخله نیز قابل توجه بوده است. نتایج مطالعه‌ای مشابه در هلند نشان داد که یک ماه بعد از آموزش مراقبت از خود، رفتارهای مراقبت از خود توسط بیماران مبتلا به نارسایی قلب، به طور معناداری در گروه تجربی و شاهد افزایش یافته ولی بهبود عملکرد و میزان

معتقد بود که این افزایش آگاهی انگیزه‌ای برای رعایت اصول مراقبت از خود شده، چرا که میزان بستری مجدد و مرگ و میر در بیماران گروه تجربه به طور قابل توجهی کاهش یافته بود (۱۵).

در این مطالعه، میانگین امتیازات آگاهی کلی واحدهای مورد پژوهش در مورد مراقبت از خود در گروه تجربی نسبت به شاهد به طور معناداری افزایش داشته است که با مطالعه ترا و همکارانش هم‌خوانی دارد که نشان داد متوسط آگاهی بیماران مبتلا به نارسایی قلب بعد از مداخله به طور معناداری نسبت به قبل از مداخله افزایش داشته است (۱۶). به نظر می‌رسد برای این که بیماران رفتارهای صحیحی جهت مراقبت از خود باشد در درجه اول باید آگاهی مناسبی در مورد این رفتارها داشته باشد، چرا که طبق تحقیق ریژل بهبود رفتارهای مراقبت از خود بدون آگاهی از این رفتارها و درک اهمیت آنها امکان‌پذیر نمی‌باشد (۱۷). در ارتباط با نحوه عملکرد واحدهای مورد پژوهش در زمینه رژیم دارویی و غیردارویی نتایج نشان داد که عملکرد گروه تجربی نسبت به شاهد به طور معناداری بهتر بوده به طوری که هیچ یک از واحدهای مورد پژوهش در گروه شاهد در این زمینه امتیاز خوب کسب نکرده بودند و بر اساس مطالعه‌ای مشابه، تومیتا (Tomita) و همکاران نشان دادند که بعد از اجرای یک برنامه آموزشی به بیماران مبتلا به نارسایی قلب، گروه تجربی نسبت به گروه شاهد دارای امتیاز بهتری در زمینه رعایت رژیم دارویی شده بودند و این اختلاف بین دو گروه معنادار بود (۱۸). در همین ارتباط در مطالعه‌ای دیگر که به بررسی تأثیر آموزش بر رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلب در شهر تهران ۱۳۸۷ پرداخته است، بعد از مداخله میزان رفتارهای خودمراقبتی در گروه تجربی به طور معناداری نسبت به گروه شاهد بهبود یافت (۱۹). بر پایه این مطالعات به نظر می‌رسد که آموزش به بیمار و نهادهای ساختمانی آن با تکرار و نظارت در محیطی مأنوس

این امکان را فراهم کند که بیماران بهترین وضعیت را با کمترین عوارض احتمالی روی زندگی‌شان برای خود بسازند و آگاهی از توانایی‌های موجود می‌تواند منجر به امید بیشتر به آینده، افزایش اعتماد به نفس، عدم انزوا، و نهایتاً افزایش کیفیت زندگی گردد (۲۶). پژوهشگر معتقد است که درمان بیماران مبتلا به نارسایی قلب بدون آموزش مراقبت از خود برای این بیماران مؤثر نیست.

پژوهشگر در مسیر اجرای پژوهش با مشکلاتی مواجه بود که بعضی از آنها مثل سر و صدا در محیط و شرایط روحی و جسمی که بر آموزش‌پذیری و رعایت نکات آموزش داده شده تأثیر داشت، کنترل شد و سعی شد برنامه آموزشی و پاسخ‌گویی به سؤالات در یک محیط آرام و در شرایط روحی و جسمی مناسب اجرا شود. ولی بعضی از تفاوت‌های فردی بیماران بر نحوه پاسخ‌گویی به سؤالات و میزان آموزش‌پذیری و رعایت نکات آموزش داده شده تأثیر داشت، که از نظر پژوهشگر قابل کنترل نبود که به عنوان محدودیتی در مطالعه محسوب می‌شود.

با توجه به اثربخش بودن برنامه آموزش خودمراقبتی بر آگاهی و عملکرد بیماران مبتلا به نارسایی قلب به مسئولین و برنامه‌ریزان آموزش علوم پزشکی پیشنهاد می‌شود که در آموزش بیماران، از روش‌های جدید طی جلسات کوتاه در حین بستری استفاده شود. همچنین با برگزاری دوره‌های آموزش ضمن خدمت برای پرسنل پرستاری و فراهم نمودن امکانات و شرایط اجرای برنامه‌های آموزشی، امکان اجرای آن در بالین و حین بستری فراهم شود و مراکز مشاوره در درمانگاه‌های قلب دایر شود تا بیماران بتوانند برای راهنمایی و رفع مشکل یا سؤال و آموزش در مورد مراقبت از خود، با این مرکز تماس بگیرند. در انتها پیشنهاد می‌شود تأثیر برنامه‌های طراحی شده مشابه، بر تعداد دفعات بستری مجدد، میزان هزینه‌های درمانی با پیگیری ۱ تا ۳ سال بر روی بیماران مبتلا به نارسایی قلب و حتی بیماری‌های

ماندگاری رفتارهای مراقبت از خود در گروه تجربه نسبت به گروه شاهد بیشتر بود؛ به طوری که ۹ ماه بعد از آموزش، رفتارهای مراقبت از خود در گروه تجربه همچنان خوب بود؛ در حالی که نحوه عملکرد در گروه شاهد افت کرده بود. پژوهشگران چنین نتیجه گرفتند که بستری در بیمارستان و ایجاد انگیزه پس از شرکت در پژوهش عاملی در افزایش آگاهی و عملکرد بیماران در گروه تجربی بوده است (۲۲). در مطالعه دیگری که توسط میچ (Miche) و همکاران تحت عنوان تأثیر آموزش مراقبت از خود در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن قلب انجام گرفت نتایج نشان داد که رفتارهای مراقبت از خود به تدریج ۱، ۲ و ۳ ماه بعد از اجرای برنامه آموزشی در گروه تجربه بهتر شده بود به طوری که ۳ ماه بعد از آموزش بیماران گروه تجربه نسبت به گروه شاهد دارای کیفیت زندگی بهتری شده بودند (۲۳). چنین به نظر می‌رسد که هدف مهم در امر آموزش ایجاد رفتارهای بهداشتی، درست و ماندگار است و این تداوم مراقبت است که برای بیمار ارزشمند است (۲۴ و ۴). اگر فعالیت‌های مربوط به مراقبت از خود با روش‌های آموزشی فعال و با شناخت نگرش‌ها و عقاید بیمار و با فراهم کردن محیطی مساعد با ایجاد اعتقاد و اطمینان و راحتی برای مددجو اجرا شود، می‌تواند در جهت ارتقای رفتارهای مطلوب بهداشتی نقش مؤثری را ایفا نماید. از طرفی دیگر ارائه مطالب به صورت قابل فهم و بر اساس نیازهای فردی و با استفاده از آموزش انفرادی همراه با پرسش و پاسخ در چند جلسه کوتاه می‌تواند در دستیابی به نتایج بهتر مفید واقع گردد و از همه مهم‌تر در تداوم رفتارهای بهداشتی مؤثر باشد. براساس مطالعه گاردتو (Gardetto) مراقبت صحیح از خود تا اندازه زیادی عود مکرر بیماری و تعداد دفعات بستری را کاهش می‌دهد و همین امر سبب افزایش کیفیت زندگی و کاهش هزینه‌های زندگی می‌گردد (۲۵). با توجه به موارد فوق به نظر می‌رسد که آموزش با تمرکز بر مراقبت از خود می‌تواند

مزمین دیگر انجام شود.

پرستاری حائز اهمیت خواهد بود.

نتیجه گیری

آموزش خودمراقبتی بر آگاهی و عملکرد بیماران مبتلا به نارسایی قلب تأثیر داشته است و می‌تواند به عنوان الگویی برای شروع مداخلات پرستاری در زمینه آموزش مراقبت از خود باشد. به نظر می‌رسد که نتایج حاصل از پژوهش در حیطه‌های آموزش، مدیریت و تحقیقات

قدردانی

از آقای دکتر ناصر ولایی عضو هیأت علمی دانشگاه شهید بهشتی که نهایت مساعدت را در مسیر انجام این پژوهش و تجزیه و تحلیل آماری مبذول داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

1. Alavi zarang F, Din beigloo M, Ahmadi FA, Sadeghi Sharmeh M. Effect of management programmed for heart failure on hospitalization and readmission. Proceedings of the regional conference on new researchers in nursing and obstetric. Islamic azad university varamin- pishva branch; dec 2008:22-39. [Persian]
2. Wu J, Terry A, Lynne A. Hall K. Testing the Psychometric Properties of the Medication Adherence Scale in Patients with Heart failure. Heart Lung. 2008; 37(5): 334-343.
3. Goebel JR, Doering LV, Shugarman LR, Asch SM, Sherbourne CD, Lanto AB and et al. Heart Failure: The Hidden Problem of Pain. J Pain Symptom Manage. 2009; 38(5): 698-707.
4. Jessup M. Guidelines for the Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults. Circulation. 2009; 119(14):1977-2016.
5. Kathryn E, Iieana L, David J, Li Lin, James A, Stephen J & et al . Effects of Exercise Training on Health Status in Patients With Chronic Heart Failure.JAMA. 2009; 301(14): 1451-1459.
6. Mangolian Shahre Babaki P, Mohammadzadeh SH. [Assessment of educational needs of patient with heart failure]. The second biannual international heart failure summit. Tehran, iran may 2009:15. [Persian]
7. Krumholz H, Chen Y, Wang Y, Vaccarino V, Radford M, Horwitz R. Predictors of readmission among elderly survivors of admission with heart failure. Am Heart J 2000; 139 (1 Pt 1): 72-7.
8. Klimm F, Campbell S, Schellberg D, Gelbrich G, Herzog W. Primary care-based multifaceted, interdisciplinary medical educational intervention for patients with systolic heart failure: lessons learned from a cluster randomised controlled trial. J Adv Nurs. 2009; 65(10): 2239-2248.
9. Steimle A. Clinical Evidence Review: Best Practice Heart Failure. Perm J. 2007; 11(2): 55-64.
10. Miller C, Higgins M, Smith A, Gary R, Robinson J, Patricia C & et al. Development, Psychometric Testing, and Revision of the Atlanta Heart Failure Knowledge Test. Journal of Cardiovascular Nursing. 2009; 24(6): 500-509.
11. Patel UD, Hernandez AF, Liang L, Peterson ED, LaBresh KA, Yancy CW, Albert NM, Ellrodt G, Fonarow GC. Quality of care and outcomes among patients with heart failure and chronic kidney disease: A Get With the Guidelines -- Heart Failure Program study. Am Heart J. 2008 Oct;156(4):674-81.
12. Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G. Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J 2008; 29(19):2388-442.
13. Rockwell J, Riegel B. Predictors of Self – Care in persons with heart Failure. Heart Lung 2001; 30 (1): 18 – 25.
14. Roncalli J, Perez L, Pathak A, Spinazze L, Mazon S, Lairez O & et al. Improvement of Young and Elderly Patient's Knowledge of Heart Failure after an Educational Session. Clin Med Cardiol 2009; 3: 45-52
15. Holland R, Battersby J, and Harvey I, Lenaghan E, Smith J. Systematic review of multidisciplinary interventions in heart failure. Heart. 2005; 91(7): 899-906.
16. Torcal J, Pinilla R. Rationale and design of a randomised controlled trial evaluating the effectiveness of

- an exercise program to improve the quality of life of patients with heart failure . BMC Public Health. 2010; 10: 33.
17. Riegel B, Driscoll A, Suwanno J, Moser DK, Lennie TA, Chung ML & et al. Heart Failure Self-care in Developed and Developing Countries. J Card Fail. 2009; 15(6): 508–516.
 18. Tomita R, Tsai B, Fisher N, Neeraj A Kumar N, Wilding G, et al. Effects of multidisciplinary Internet-based program on management of heart failure. J Multidiscip Health. 2009; 2: 13-22.
 19. Shojae fard J, nadrian H, baghiani Moghadam MH, Mazloomi SS, Sanati HR, Askarshahi M. Effect of education on self care patients with heart failure. Payavard Salamat 2008; 2(4):43-55. [Persian]
 20. Loghmani L, Abbaszadeh A. [Amouzeshe moraghebat az khoud bar Aghahi va Amalkarde Bimarane Mobtala be Narasaeiye Ghalb]. Teb va Tazkiyeh 2007; 15(64-۶۵):8-13. [Persian]
 21. Lee CS, Tkacs NC, Riegel B. the Influence of Heart Failure Self-Care on Health Outcomes: Hypothetical Cardioprotective Mechanisms. J Cardiovasc Nurs. 2009; 24(3): 179–189.
 22. Jaarsma T, Halfens R, Tan F, Huijjer H, Dracup K, Diederiks J. Self – Care and quality of life in patients with advanced heat failure: the effect of a supportive educational intervention. Heart & Lung. 2000; 29 (5): 319 – 30.
 23. Miche E, Herrmann G, Wirtz U, Laki H, Barth M, Radzewitz A. Effects of education, self-care instruction and physical exercise on patients with chronic heart failure. Z Kardiol. 2009; 92(12):985-93.
 24. Dunbar SB, Clark PC, Quinn C, Gary RA, Kaslow NJ. Family Influences on Heart Failure Self-care and Outcomes. J Cardiovasc Nurs. 2008; 23(3): 258-265.
 25. Gardetto, N. Self-management in heart failure: where have we been and where should we go? Journal of Multidiscip Healthc. 2011; 4: 39–51.
 26. Riegel B, Driscoll A, Suwanno J, Moser DK, Lennie TA, Chung ML & et al. Heart Failure Self-care in Developed and Developing Countries. J Card Fail. 2010; 15(6): 508–516.

The Effect of an Educational Self-Care Program on Knowledge and Performance in Patients with Heart Failure

Parvin Mangolian Shahrabaki¹, Jasman Shahnazari², Mohammad Mahmoodi³,
Jamileh Farokhzadian⁴

Abstract

Introduction: *The most important causes for mortality rate and poor quality of life in patients with heart failure arise from insufficient and inappropriate self-care. This study determines the effect of an educational self-care program on knowledge and performance in patients with heart failure.*

Methods: *This quazi-experimental study included 80 patients with heart failure hospitalized in Kerman University hospitals. Patients were randomly assigned to experimental (n=40) and control (n=40) groups. First, background demographic, knowledge and performance data were collected through interview and observation, by a researcher made questionnaire. Then the patients in experiment group received 4 educational sessions each lasting twenty minutes during the hospital stay, and also were given an educational booklet review, while control patients received routine care. Data on all patients' knowledge and performance was again collected at one month after discharge. The knowledge and performance of two groups were compared using Wilcoxon and Mann-Whitney U tests.*

Results: *There was no statistically significant differences between the two groups in self-care knowledge and performance before intervention. One month after discharge, patients from both groups reported better self care knowledge and performance compared with their baseline, but patients from experimental group reported a significantly more increase in self-care knowledge and performance than patients from the control group (increase in knowledge score= 18.81 vs. 1.81; $z= 7.56$, $p < 0.0001$, in performance score= 29.50 vs. 0.43; $z= 7.31$, $p 0.0001$).*

Conclusion: *This study demonstrated that the application of an instructional self-care program raises the awareness and improves the performance of the patients with heart failure.*

Keywords: Patient Education, self care, heart failure, heart diseases,

Addresses:

¹(✉)Instructor, Medical-Surgical Department, School of Nursing, Shahr-e-babak Azad University, Bandar Abbas, Iran, E-mail: mangolian167@yahoo.com

² Assistant, School of Nursing, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

³ Assistant, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

⁴ Master of Nursing, Vali-e- asr Hospital, Shahr-e-babak, Bandar Abbas, Iran,
E-mail: farokhzadian2010@yahoo.com