تأثیر یک برنامه مدون آموزش خودمراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران دارای ضربان‌ساز دائم

محسن شهریاری، فرشته جلالوندی، حجت‌الله یوسفی، خسرو توکل، حمید صانعی

چکیده

مقدمه. امروزه بحث درباره آموزش به بیمار و خانواده آنها در جهت تقبل مراقبت از خود مطرح می‌باشد و باید شرایطی فراهم نمود که بیماران بتوانند از خود مراقبت کنند. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر یک برنامه مدون آموزش خودمراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران دارای ضربان‌ساز دائم انجام شده است.

روش‌ها. در این مطالعه نیمه تجربی با طرح دو گروهی و دو مرحله‌ای، با روش نمونه‌گیری آسان و تداومی، ۳۴ نفر از بیماران دارای ضربان‌ساز دائم در دو گروه ۱۷ نفره قرار گرفتند. یک هفته پس از تعبیه ضربان‌ساز، با استفاده از پرسشنامه پایا و روا و انجام مصاحبه، کیفیت زندگی هر دو گروه مطالعه و شاهد مورد بررسی قرار گرفت. سپس برنامه آموزش خودمراقبتی برای گروه مطالعه انجام شد و پس از گذشت دو ماه، مجدداً کیفیت زندگی هر دو گروه سنجیده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های مرکزی و آزمون‌های t زوج، t مستقل و مجذور کای و نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

نتایج. اختلاف میانگین امتیاز کیفیت زندگی قبل و پس از مداخله در دو گروه، و همچنین میانگین امتیاز کیفیت زندگی آنها دو ماه بعد از آموزش، دارای تفاوت آماری معنی‌داری بود.

نتیجه‌گیری. آموزش خودمراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران دارای ضربان‌ساز دائم تأثیر داشته است که با نتایج پژوهش‌های دیگر همخوانی دارد. توصیه می‌شود در مراقبت پس از عمل در بیماران دارای ضربان‌ساز دائم، از برنامه‌های آموزشی ترکیبی استفاده شود.

واژه‌های کلیدی. خودمراقبتی، کیفیت زندگی، آموزش بیمار، ضربان‌ساز دائم.

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی ۱۳۸٤؛ ٥(۱): ٤٥-٥٢

مقدمه

انسان در طول حیاتش، دائماً در حال تغییر و حرکت بین سلامت و بیماری است. برای مقابله با این تغییرات، نیاز به بکاربستن اقدامات خاص می‌باشد. در آمریکا، برآورد شده که ۸۰ درصد مشکلات و نیازهای بهداشتی در رابطه با نحوه رفتار فرد در منزل به وجود می‌آید(۱). انسان‌ها برای مراقبت از خودشان برای خوب‌ماندن و خوب‌شدن، نیاز به آموزش دارند و آموزش بیمار، عملکرد اصلی حرفه‌های بهداشتی است. فلسفه آموزش به بیمار این است که بیمار اطلاعات و مهارت‌های آموخته را برای اهداف مورد نظر به کار گیرد(۲). انسان‌ها می‌خواهند بدانند

آدرس مکاتبه. محسن شهریاری (مربی)، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، خیابان هزار جریب اصفهان.
e-mail: shahriari@nm.mui.ac.ir
فرشته جلال‌وندی، کارشناس ارشد دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، حجت‌اله یوسفی و خسرو توکل، مربی و دکتر حمید صانعی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.
این طرح با شماره ۸۲۰۰۵ در دفتر هماهنگی طرح‌های پژوهشی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به ثبت رسیده و هزینه آن از طرف این معاونت پرداخت شده است.
این مقاله در تاریخ ۸۳/۳/۱۸ به دفتر مجله رسیده، در تاریخ ۸۳/۱۱/٥ اصلاح شده و در تاریخ ۸٤/۲/۱۹ پذیرش گردیده است.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-03]

چه سبکی از زندگی و چه نوع رفتاری می‌تواند خطرات بیماری را کاهش دهد و باعث حفظ و بهبود سلامتی و ارتقای خوب‌بودن گردد(۳). در این راستا، کمک به مددجویان برای دست‌یابی یا بازیافتن استقلال در امر مراقبت از خود، از مهم‌ترین اهداف پرستاری است(٤).

بیماری‌های حاد قلبی، از جمله شایع‌ترین و خطرناک‌ترین مصائبی هستند که زندگی بشر را تهدید می‌کند. یکی از مانورهای درمانی و پیشگیری‌کننده در مراقبت از بیماران دچار مشکلات قلبی، استفاده از ضربان‌ساز الکتریکی قلب (Pace maker) می‌باشد(٥). حدود سه میلیون نفر در دنیا دارای ضربان‌ساز می‌باشند و سالیانه ٦۰۰ هزار مورد ضربان‌ساز تعبیه می‌شود(٦). بنا به گزارشات مجله انجمن قلب ایران، سالیانه حدود ٥٥۰ مورد تعبیه ضربان‌ساز دائم در ایران صورت می‌گیرد(۷). تعبیه ضربان‌ساز دائم و وارد کردن یک جسم خارجی به داخل قلب، یک حادثه مهم در زندگی در نظر گرفته می‌شود، بدین لحاظ تعبیه ضربان‌ساز یا دفیبریلاتور داخل قفسه سینه‌ای، ممکن است منجر به تغییراتی در تصویر ذهنی و موجب مشکلاتی در سازگاری روانی- اجتماعی و کیفیت زندگی شود و به بروز اختلالات عاطفی کمک نماید(۸).

در زمینه بررسی مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی این بیماران، نتایج مطالعه‌ای نشان داد که ٦۷ درصد افراد مورد مطالعه، تصور از کارافتادگی و ناتوانی در انجام ورزش‌ها و فعالیت‌های مورد علاقه، ٤۱/۰۸ درصد نگران امکان بروز اختلال در کار دستگاه هنگام نزدیک شدن به وسایل الکتریکی، ۱۱/٦۷ درصد مشکل عفونت و اختلال در پوست محل تعبیه ضربان‌ساز، ٤۸/۳٤ درصد مشکل در انجام پی‌گیری‌های مرتب و مادام‌العمر و ۱۷/۲٤ درصد مشکل در مورد ارتباط با اعضا خانواده را عنوان کردند و در صورت عدم تشخیص به موقع و درمان این مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی، ممکن است زندگی فرد به مخاطره بیفتد(۹). مطالعه‌ای دیگر نشان داد که بیشترین واحدهای مورد پژوهش، هیچ گونه اطلاعاتی در مورد نحوه مراقبت از دستگاه ضربان‌ساز دائم خود کسب نکرده بودند و اکثر این افراد نیاز به آموزش در مورد مراقبت از خود داشتند(۱۰). از این رو، باید شرایطی را فراهم کرد که این افراد بتوانند از خود مراقبت نمایند(۱۱). فراگیری فعالیت‌های خودمراقبتی می‌تواند فرد را به سمت حفظ سلامتی و خوب بودن سوق دهد، سازگاری فرد را با بیماری افزایش دهد، توان مراقبت از خود را در افراد بیشتر کند و میزان ناتوانی و از کارافتادگی بیماران و هزینه‌های درمانی را کاهش دهد(۱۲).

در حال حاضر، این بیماران در مراکز بیمارستانی دارای کلینیک ضربان‌ساز و همچنین از طرف شرکت‌های سازنده ضربان‌ساز آموزش غیر رسمی، در راستای نگه‌داری از ضربان‌ساز می‌بینند. از آنجا که توجه صرف روی طولانی کردن عمر بیماران بدون در نظر گرفتن کیفیت زندگی آنان، به فراموشی سپردن رفاه و سلامتی است، لازم است کیفیت زندگی این بیماران مورد توجه بیشتری قرار گیرد. از این رو، شناسایی و معرفی یک برنامه مناسب آموزشی در زمینه مراقبت از خود و بکارگیری راهبردهای مناسب می‌تواند در ارتقای بهداشت، سلامت و کیفیت زندگی این بیماران مفید واقع شود و روش‌های قابل کاربرد در آموزش بیماران را معرفی نماید. به علاوه، این برنامه‌ها می‌توانند جزو مراقبت‌ها و آموزش‌های روتین به این بیماران در آید و کیفیت زندگی ایشان را ارتقا بخشد. بنابراین، پژوهشی با هدف تعیین و مقایسه کیفیت زندگی در ابعاد فیزیکی، روانی، اجتماعی و سلامت- رضایت از زندگی، قبل و پس از اجرای برنامه آموزش خودمراقبتی در دو گروه بیماران مطالعه و شاهد دارای ضربان‌ساز دائم انجام شد.

روش‌ها

در یک مطالعه نیمه تجربی، با طرح دو گروهی، و دو مرحله‌ای قبل و بعد از مداخله، پژوهشگر تأثیر متغیر مستقل (برنامه آموزش خودمراقبتی) را بر متغیر وابسته (کیفیت زندگی) مورد بررسی قرار داد. در این پژوهش، افرادی که برای اولین مرتبه برای تعبیه ضربان‌ساز دائم به بیمارستان شهید چمران اصفهان

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-03]

مراجعه کرده بودند، جامعه پژوهش را تشکیل دادند. از طریق نمونه‌گیری آسان و تداومی، ۳٤ نمونه انتخاب و در دو گروه ۱۷ نفره قرار گرفتند. ابتدا نمونه‌گیری برای گروه کنترل و سپس برای گروه مطالعه انجام شد. شرایط ورود به مطالعه شامل: دارا بودن سن ۱۸ تا ۸۰ سال، داشتن هوشیاری کامل، توانایی برقراری ارتباط مناسب، گذشت یک هفته از تعبیه ضربان‌ساز و توانایی انجام خودمراقبتی بود. معیارهای عدم پذیرش در مطالعه، شامل انجام عمل جراحی همزمان با تعبیه ضربان‌ساز، تعبیه مجدد ضربان‌ساز، داشتن معلولیت ذهنی یا جسمی که مانع از انجام خودمراقبتی گردد و نیز عدم تمایل بیمار به شرکت در مطالعه بوده است.

جمع‌آوری اطلاعات در دو مرحله صورت گرفت. در مرحله اول، یک هفته پس از تعبیه ضربان‌ساز، کیفیت زندگی هر یک از افراد دو گروه مطالعه و شاهد از طریق مصاحبه مورد بررسی قرار گرفت. سپس برنامه آموزش خودمراقبتی اجرا گردید.

در مرحله دوم، پس از گذشت دو ماه از آموزش خودمراقبتی، مجدداً کیفیت زندگی هر دو گروه مورد سنجش قرار گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها، یک پرسشنامه دو قسمتی بود. قسمت اول، مربوط به اطلاعات دموگرافیک و قسمت دوم، حاوی ۵۵ سؤال در مورد چهار بُعد کیفیت زندگی، شامل: ابعاد فیزیکی، روانی، اجتماعی و سلامت- رضایت زندگی بود که به ترتیب با ۲۱، ۱۷، ۱۰ و ۷ سؤال مورد سنجش قرار گرفتند.

هر فرد می‌توانست از این چهار بُعد، ۵۵ تا ۲۲۰ امتیاز کسب نماید. در این پژوهش، پرسشنامه بررسی کیفیت زندگی با استفاده از پرسشنامه موجود در کتب مربوط به بررسی کیفیت زندگی بیماران دارای ضربان‌ساز دائم و نیز پرسشنامه‌های استاندارد: McNew و MIDAS (Myocardial Infarction Dimentional Assessment Scale) که به ترتیب مربوط به بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری قلبی و بیماران مبتلا به سکته قلبی می‌باشد، تهیه و اعتبار علمی آن از طریق اعتبار محتوا کسب گردید. برای ارزیابی پایایی پرسشنامه، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که برابر با ۰/۸۱ محاسبه گردید.

منظور از برنامه آموزش خودمراقبتی در این پژوهش، یک برنامه مدون آموزشی به صورت ترکیبی از آموزش انفرادی و ارائه نمایش و تمرین و در اختیار قرار دادن پمفلت آموزشی بود که طی دو جلسه ۳۰ دقیقه‌ای (که گاهی در صورت نیاز بیشتر طول می‌کشید)، در طی یک روز قبل از ترخیص نمونه‌های گروه مطالعه از بیمارستان، به اجرا درمی‌آمد.

در این برنامه، ابتدا مطالبی در باره آناتومی و فیزیولوژی قلب و نحوه عملکرد ضربان‌ساز ارائه شد، سپس مراقبت‌های لازم از محل برش جراحی و دستگاه ضربان‌ساز، محدودیت‌های ایجاد شده در انجام بعضی فعالیت‌ها و لزوم پی‌گیری مداوم آموزش داده شد. سپس نحوه انجام ورزش‌هایی در دامنه حرکتی بازوها، شانه‌ها، مچ و آرنج‌ها، پنج مرتبه در روز، هر نوبت سه بار، یک هفته پس از تعبیه ضربان‌ساز نشان داده شد. نحوه شمارش تعداد ضربان و ثبت تعداد آن در برگه مخصوص موجود در کتابچه آموزشی، علائم اختلال در عملکرد ضربان‌ساز (نظیر: تنگی نفس، درد قفسه سینه، ضعف جسمانی و ...) آموزش داده شد. همچنین درباره اقداماتی که نباید انجام دهند (نظیر: پوشیدن لباس چسبان، خوابیدن به سمت دارای ضربان‌ساز، بلند کردن اجسام سنگین ٤-۲ هفته بعد از عمل و قرار گرفتن در معرض جریانات الکتریکی و مغناطیسی شدید)، آموزش داده شد و در پایان، کتابچه آموزشی مربوطه در اختیار بیماران قرار می‌گرفت.

از کلیه بیماران برای شرکت در مداخله، کسب اجازه شد و انجام مطالعه توسط شورای پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی مورد تأیید قرار گرفت. گروه کنترل مراقبت‌های روتین بیمارستانی را دریافت می‌نمودند.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS، شاخص‌های مرکزی (میانگین و انحراف معیار) و آزمون‌های t زوج برای مقایسه میانگین امتیاز کیفیت زندگی قبل و پس از اجرای خودمراقبتی در هر گروه، t مستقل برای مقایسه میانگین امتیاز کیفیت زندگی قبل و پس از اجرای خودمراقبتی بین دو گروه مطالعه و شاهد و مجذور کای برای مقایسه دو گروه مطالعه و شاهد از نظر سواد استفاده شد.

نتایج

از نظر خصوصیات جمعیت شناختی، ۵۸/۸ درصد نمونه‌های مورد پژوهش مرد و ٤۷/۱ درصد نمونه‌های مورد پژوهش در هر دو گروه بی‌سواد بودند که با آزمون مجذور کای، اختلاف آماری معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت. چهل و یک و دو دهم درصد نمونه‌های مورد پژوهش،

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-03]

خانه‌دار و ۳۲/۳ درصد بازنشسته بودند. از نظر شغل، وضعیت تأهل، جنس و علت تعبیه ضربان‌ساز، اختلاف آماری معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد.

میانگین سن افراد در گروه مطالعه ۱۰/۵±۶۶/۳ و در گروه شاهد ۱۲/۸±۶۴/۷ سال بود و آزمون t مستقل اختلاف آماری معنی‌داری بین دو گروه نشان نداد. هفتاد و شش دهم درصد نمونه‌های مورد پژوهش در گروه مطالعه و ۸۸/۲ درصد آنها در گروه شاهد، متأهل بودند. در ۵۰ درصد موارد، علت تعبیه ضربان‌ساز، وجود بلوک کامل قلبی و در ۲۳/۵ درصد به دلیل بیماری گره سینوسی، و سابقه بیماری قلبی در ۳۲/۴ درصد نمونه‌ها بین یک تا پنج سال بود.

میانگین و انحراف معیار امتیاز کیفیت زندگی قبل از آموزش در دو گروه تجربی و شاهد به ترتیب ۱۶۴/۵۸ و ۱۵۵/۶۴ بود. آزمون t مستقل اختلاف آماری بین دو گروه نشان نداد.

در بررسی ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی نیز در ابعاد فیزیکی، روانی و سلامت- رضایت از زندگی نیز بین دو گروه، قبل از مطالعه تفاوتی وجود نداشته است ولی بُعد اجتماعی کیفیت زندگی دو گروه قبل از آموزش، تفاوت معنی‌داری داشته است (P=۰/۰۲ و t=۲/۴۴).

پس از گذشت دو ماه و اجرای مداخله در گروه تجربی، نتایج پژوهش نشان داد که امتیاز کیفیت زندگی در گروه تجربی و شاهد به ترتیب: ۱۸۱/۱۱ و ۱۶۷/۸۸ بود و آزمون آماری t مستقل با (P=۰/۰۳۸، df=۳۲ و t=۲/۱۶) اختلاف معنی‌داری را بین دو گروه نشان داد.

میانگین و انحراف معیار و سطح معنی‌دار بودن آزمون امتیازات ابعاد کیفیت زندگی قبل و بعد از اجرای آموزش خودمراقبتی در گروه تجربی و شاهد، در جدول یک ارائه شده است.

اجرای برنامه آموزش خودمراقبتی، باعث بهتر شدن ابعاد فیزیکی، روانی و سلامت- رضایت از زندگی در گروه تجربی شده بود و بر روی بُعد اجتماعی تأثیر نداشت. در گروه کنترل، پس از گذشت دو ماه، بُعد روانی و بُعد سلامت- رضایت از زندگی بهتر شده، ولی بعد فیزیکی و اجتماعی تغییر نکرده بود (جدول ۱).

در مقایسه دو گروه بعد از برنامه آموزشی، تفاوت معنی‌دار بین بعد فیزیکی (P=۰/۰۲۶ و t=۳/۳۳) و بعد اجتماعی (P=۰/۰۱۰ و t=۲/۷۴) در دو گروه وجود داشت ولی در ابعاد روانی و همچنین سلامت- رضایت از زندگی، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت. همچنین نتایج مطالعه نشان داد که میانگین امتیاز کیفیت زندگی قبل و پس از اجرای برنامه خودمراقبتی در هر یک از دو گروه مطالعه و شاهد، با آزمون t زوج تفاوت آماری معنی‌داری دارد (جدول ۱).

بحث

یافته‌های حاصل از این روش آموزش خودمراقبتی نشان داد که میانگین امتیاز بُعد فیزیکی کیفیت زندگی در گروه مطالعه افزایش یافته است. مطالعه‌ای بر روی بیماران مبتلا به نارسایی قلب نشان داد، پس از گذشت ۱۲ هفته

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار امتیاز ابعاد کیفیت زندگی قبل و پس از اجرای آموزش خودمراقبتی در دو گروه

ابعاد کیفیت زندگی	مطالعه		نتیجه		شاهد		نتیجه	
	قبل از مداخله	بعد از مداخله	t	P	قبل از مداخله	بعد از مداخله	t	P
فیزیکی	۵۹/۶۴±۱۱/۳۱	۶۸/۴۱±۸/۱۷	-۴/۵۹	۰/۰۰۰۱	۵۸/۷۰±۱۱/۶۴	۶۱/۶۴±۸/۶۸	-۱/۳۶	۰/۱۹۲
روانی	۵۳/۱۱±۷/۷۰	۵۶/۲۳±۶/۵۱	-۲/۲۶	۰/۰۳۸	۴۸/۹۴±۱۰/۰۷	۵۴/۲۳±۷/۷۲	-۴/۵۷	۰/۰۰۱
اجتماعی	۳۱/۵۲±۴/۰۳	۳۳/۱۷±۳/۶۶	-۱/۴۲	۰/۱۷۴	۲۷/۶۴±۵/۱۴	۲۹/۱۱±۴/۸۸	-۱/۰۴	۰/۳۱۰
سلامت-رضایت از زندگی	۲۰/۲۹± ۴/۴۶	۳۳/۲۹±۳/۳۶	-۳/۲	۰/۰۰۵	۲۰/۳۵±۵/۷۹	۲۲/۸۸±۳/۱۹	-۲/۲۳	۰/۰۴۰
کل کیفیت زندگی	۱۶۴/۵۸±۲۴/۰۷	۱۸۱/۱۱±۱۸/۱۲	-۴/۱۹	۰/۰۰۱	۱۵۵/۶۴±۲۶/۶۹	۱۶۷/۸۸±۱۷/۵۹	-۲/۸۹۵	۰/۰۱

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-03]

از شرکت در برنامه‌های ورزشی، به نظر اکثر نمونه‌های گروه مطالعه، جلسات ورزشی موجب افزایش اعتماد به نفس آنها در انجام سطح بالاتری از فعالیت فیزیکی طی زندگی روزمره شده بود(۱۳).

برنامه آموزشی موجب افزایش میانگین امتیاز بعد اجتماعی کیفیت زندگی در گروه مطالعه گردید. یک مطالعه مداخله‌ای- آموزشی به صورت آموزش انفرادی روی بیماران مبتلا به بیماری‌های انسدادی ریه COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) نشان داد که چهار ماه پس از اجرای اقدامات آموزشی مبتنی بر اصول خودمراقبتی ویژه بیماری COPD، امتیاز بعد عملکرد اجتماعی کیفیت زندگی در افراد مورد مطالعه به میزان قابل توجهی بهبود یافته بود(۱٤).

در این مطالعه، هر چند کیفیت زندگی در بعد روانی و بعد سلامت- رضایت زندگی، کیفیت زندگی قبل و بعد از دو ماه در هر دو گروه تفاوت معنی‌دار داشت که بیانگر آن بود که حتی بدون مداخله نیز، وضعیت روانی و بعد سلامت- رضایت کیفیت زندگی بیماران تغییر خواهد نمود زیرا دستگاه ضربان‌ساز وضعیت سلامتی مناسب‌تری را ایجاد می‌نماید، ولی بین کیفیت زندگی دو گروه، تفاوتی پس از برنامه آموزش دیده نشد. یعنی این روش آموزشی در مدت زمان سپری شده، نتوانسته در کیفیت زندگی ابعاد روانی و سلامت- رضایت از زندگی تغییری ایجاد کند و تنها بعد مورد تفاوت فعالیت فیزیکی بوده که در گروه تجربی بطور معنی‌داری وضعیت مطلوب‌تر بوده است و بعد اجتماعی نیز که قبل از مداخله تفاوت داشت، کماکان تفاوت آن محسوس بود. نکته قابل ذکر اینست که ابعاد روانی، اجتماعی و سلامت فرایندهای طولانی مدت داشته و با نگرش و عقاید و باورهای انسان‌ها در ارتباط است و تغییرات آنها منوط به فرایندهای شناختی، عاطفی عمیق و طولانی‌مدت می‌باشد. به نظر می‌رسد این شیوه آموزشی، در مدت کوتاه، نتوانسته موجب تغییر این فرایندها شود و لازم است برای این گونه تغییرات عمیق رفتاری، از شیوه‌های آموزشی مناسب و طولانی مدت بهره گرفت. مطالعه‌ای بر روی بیماران دارای ضربان‌ساز نشان داد که سه ماه پس از تعبیه ضربان‌ساز، ابعاد روانی و سلامتی کیفیت زندگی بهبود یافته بود(۱۵).

مطالعه‌ای دیگر بر روی بیماران با نارسایی شدید قلبی نشان داد که پس از یک ماه شرکت در برنامه آموزشی، به صورت آموزش متمرکز و ارائه جزوه آموزشی در بیمارستان و خانه، بعد سلامتی کیفیت زندگی افراد گروه مطالعه بهتر شده است(۱٦). عدم اثربخشی این برنامه آموزشی در ارتقای بعد روانی کیفیت زندگی ممکن است ناشی از مسن بودن نمونه‌ها باشد. همچنین برای تغییر در بعد روانی شاید به پی‌گیری طولانی‌تری نیاز باشد.

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که پس از گذشت دو ماه از تعبیه ضربان‌ساز، میانگین امتیاز کیفیت زندگی در گروه کنترل و گروه مطالعه افزایش یافته که در گروه مطالعه، میزان آن بیشتر بوده است. این یافته نشان می‌دهد که تعبیه ضربان‌ساز، خود باعث بهتر شدن کیفیت زندگی در افراد می‌شود. حال چنان که به همراه آن از آموزش خودمراقبتی هم استفاده شود، اثربخشی آن بر کیفیت زندگی بیشتر و بهتر خواهد بود. مطالعات متعددی نشان داده‌اند که شرکت در برنامه‌های آموزشی باعث ارتقای کیفیت زندگی می‌شود. پژوهشی راجع به تأثیر برنامه بازتوانی ریوی بر روی بیماران مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه نشان داد از نظر عملکرد ریوی، تنگی نفس، خودکارآیی، کیفیت زندگی ویژه بیماری و استفاده از مراقبت‌های بهداشتی در گروه شاهد در مقایسه با گروه مطالعه بهبود مشابهی دیده شد(۱۷) و در مطالعه دیگری، امتیاز همه ابعاد کیفیت زندگی در گروه مداخله نسبت به ابتدای مطالعه بهبود قابل توجهی یافته است(۱۸).

یافته‌های پژوهش نشان داد که دو ماه پس از اجرای برنامه خودمراقبتی، میانگین امتیاز کیفیت زندگی بین دو گروه مطالعه و شاهد دارای تفاوت آماری معنی‌داری است که با نتایج پژوهشی که روی کیفیت زندگی بیماران نارسایی مزمن قلبی انجام شده، همخوانی دارد. در آن مطالعه، بیماران نارسایی قلبی پس از گذشت سه ماه از

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-03]

اجرای برنامه ورزشی در گروه مداخله، ابعاد جسمی، اجتماعی، اجرای نقش فیزیکی و شادابی آنان به میزان قابل توجهی بهبود یافته بود(۱۹). تا کنون مطالعات متعددی در زمینه اثربخشی روش‌های مختلف آموزشی بر روی بیماران و سایر مراجعه‌کنندگان به بیمارستان صورت گرفته است، ولی در این مطالعه، هدف، ارزیابی اثربخشی یک روش آموزشی ترکیبی بر کیفیت زندگی بود. پژوهشی نشان داد که ارائه آموزش به صورت نمایش تکنیک و پمفلت آموزشی در مبتلایان به بیماری‌های انسدادی مزمن ریوی، باعث کاهش تعداد دفعات بستری شدن، شدت علائم بیماری و بهبود عملکرد اجتماعی و وضعیت زندگی می‌شود(۱٤). در مطالعه دیگری روی بیماران نارسایی شدید قلبی نیز، آموزش متمرکز و سیستماتیک به همراه ارائه جزوه آموزشی، باعث ارتقای رفتار خودمراقبتی شده بود ولی بر روی کیفیت زندگی اثر کمتری داشته است(۱٦).

مطالعه‌ای در ایران که دو روش آموزشی بحث گروهی و سخنرانی را برای آموزش والدین کودکان مبتلا به تشنج ناشی از تب مقایسه می‌نمود، نشان داد که هر دو روش مذکور باعث افزایش آگاهی می‌گردد ولی اثربخشی بحث گروهی بیشتر بوده است(۲۰). تأثیر سه روش آموزش مراقبت‌های بارداری بر میزان آگاهی زنان باردار نشان داد که هر سه روش باعث افزایش آگاهی می‌شود و بین اثربخشی آنها تفاوتی وجود ندارد(۲۱)، هر چند در مقایسه تأثیر دو روش آموزش سخنرانی و جزوه آموزشی بر میزان آگاهی والدین کودکان مبتلا به تالاسمی ماژور اثربخشی روش سخنرانی بیشتر بوده است(۲۲).

با توجه به اثربخش بودن برنامه آموزش خودمراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران دارای ضربان‌ساز دائم، به مسؤولین برنامه‌ریزی آموزش علوم پزشکی پیشنهاد می‌شود که در آموزش بیماران، از روش‌های ترکیبی آموزشی نظیر برنامه‌ای که در این پژوهش به کار گرفته شده، استفاده گردد. همچنین با برگزاری دوره‌های آموزش ضمن خدمت برای پرسنل پرستاری و فراهم نمودن امکانات و شرایط اجرای برنامه‌های آموزشی، امکان اجرای آن در بالین فراهم شود. در مراکز توان‌بخشی قلب، قبل از ترخیص بیمار، برنامه آموزش خودمراقبتی برای ایشان اجرا شود و با دایر نمودن مرکز مشاوره برای بیماران دارای ضربان‌ساز، نه فقط برای کنترل عملکرد ضربان‌ساز، بلکه برای راهنمایی درباره وجود هرگونه مشکل یا سؤال و آموزش در مورد نحوه مراقبت از خود، با این مرکز تماس بگیرند.

قدردانی

از آقایان دکتر عاملی و دکتر میردهقانی و خانم داوری که نهایت مساعدت را در انجام این پژوهش مبذول داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

1. Bastable BS. Nurse as educator. 2nd ed. Sudbury: Jones And Bartlet. 2003.
2. Redman KB. The practice of patient education. 9th ed. St.Louis: Mosby. 2000.
3. Lipson GJ, Steiger JN. Self care nursing in a multicultural context. California: Sage Inc. 1996.
4. Craven RF, Hirnle Constance J. Fundamental of nursing human health and function. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and wilkins. 2003.
5. Boyle J, Rost MK. Present status of cardiac pacing: a nursing perspective. Crit Care Nurs Q 2000; 23(1): 1-19.
6. Wood MA, Ellenbogen KA. Cardiac pacemakers from the patient's perspective. *Circulation* 2002; 105(18): 2136.
7. Noohi f, Tabatabaei H. The current status of cardiovascular medicine in the Islamic Republic of Iran. Iranian Heart Journal 2001; 2(2-5): 52.
8. Duru F, Buchi S, Klaghofer R, Mattmann H, Sensky T, Buddeberg C, et al. How different from pacemaker patients are recipients of implantable cardioverter-defibrillators with respect to psychosocial adaptation, affective disorders, and quality of life? Heart 2001; 85(4): 375-9.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-03]

۹. اویسی س. بررسی مشکلات جسمی، روانی، اجتماعی بیماران دارای دستگاه ضربان‌ساز قلب. فصلنامه دانشکده پرستاری مامایی ایران ۱۳۷۲؛ ۷(٦): ١٦-٢٧.
۱۰. ایمان‌زاده ن. بررسی نیازهای آموزشی مراقبت از خود بیماران دارای دستگاه ضربان‌ساز دائم در بیمارستان قلب شهید رجایی در سال ۳-۱۳۷۲. فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ایران ۱۳۷۲؛ ۱۲(۱٦و۱۷): ۱۰-۱٦.
۱۱. نصیری الف، نادی‌پور ح، احمدی ف. تأثیر برنامه خودمراقبتی در روش‌های بازآموزی تنفسی و کنترل اضطراب بر وضعیت خلقی مبتلایان به بیماری مزمن انسدادی ریه. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند ۱۳۷۸؛ ٦(۱و۲): ٤٢-٤٧.
۱۲. شهریاری م. بررسی تأثیر آموزش مراقبت از خود بر وضعیت تنفس مصدومین شیمیایی مبتلا به بیماری انسدادی مزمن ریه. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. تهران: دانشگاه تربیت مدرس. ۱۳۷۳.
13. Owen A, Croucher L. Effect of an exercise programme for elderly patients with heart failure. Eur J Heart Fail 2000; 2(1): 65-70.
14. Bourbeau J, Julien M, Maltais F, Rouleau M, Beaupre A, Begin R, at al. Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. Arch Intern Med 2003; 163(5): 585-91.
15. Lamas GA, Orav EJ, Stambler BS, Ellenbogen KA, Sgarbossa EB, Huang SK, et al. Quality of life and clinical outcomes in elderly patients treated with ventricular pacing as compared with dual-chamber pacing. Pacemaker selection in the elderly investigators. N Engl J Med 1998; 338(16): 1097-104.
16. Jaarsma T, Halfens R, Tan F, Abu-Saad HH, Dracup K, Diederiks J. Self-care and quality of life in patients with advanced heart failure: the effect of a supportive educational intervention. Heart Lung 2000; 29(5): 319-30.
17. Ries AL, Kaplan RM, Myers R, Prewitt LM. Maintenance after pulmonary rehabilitation in chronic lung disease: a randomized trial. Am J Respir Crit Care Med 2003; 167(6): 880-8.
18. Toobert DJ, Glasgow RE, Strycker LA, Barrera M Jr, Radcliffe JL, Wander RC, et al. Biologic and quality of life outcomes from the Mediterranean lifestyle program: a randomized clinical trial. Diabetes Care 2003; 26(8): 2288-93.
19. Quittan M, Sturm B, Wiesinger GF, Pacher R, Fialka-Moser V. Quality of life in patients with chronic heart failure: a randomized controlled trial of changes induced by a regular exercise program. Scand J Rehabil Med 1999; 31(4): 223-8.
۲۰. فرهادی ا، حسن‌پور م. بررسی مقایسه‌ای تأثیر روش‌های آموزش بحث گروهی و سخنرانی بر میزان آگاهی والدین کودکان مبتلا به تشنج ناشی از تب در مورد مراقبت‌های مربوطه در مراجعه‌کنندگان مرکز پزشکی امام خمینی(ره) شهرستان شیروان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. اصفهان: دانشکده پرستاری و مامایی. ۱۳۷۷.
۲۱. دل‌آرام م، بهادران پ. بررسی مقایسه‌ای تأثیر سه روش آموزش مراقبت‌های دوران بارداری بر میزان آگاهی زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهرکرد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. اصفهان: دانشکده پرستاری و مامایی. ۱۳۷۳.
۲۲. جمالی غر. بررسی تأثیر دو روش آموزشی بر میزان آگاهی والدین کودکان مبتلا به تالاسمی ماژور از پیشگیری عوارض بیماری و روش‌های درمانی در مراجعین به مرکز پزشکی حضرت سیدالشهداء اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. اصفهان: دانشکده پرستاری و مامایی. ۱۳۷۵.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-03]