

تأثیر آموزش خودمراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی

*حبیب اله رضایی لویه^۱، اصغر دالوندی^۲، محمد علی حسینی^۳، مهدی رهگذر^۴

چکیده

هدف: نارسایی قلبی یکی از شایع‌ترین اختلالات قلبی - عروقی بوده و به عنوان یک اختلال مزمن، پیشرونده و ناتوان کننده مطرح می‌باشد. کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی پائین است. یکی از روش‌های ارتقادهنده کیفیت زندگی، آموزش خودمراقبتی می‌باشد. هدف مطالعه حاضر تعیین تأثیر آموزش خودمراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی می‌باشد.

روش بررسی: در این مطالعه نیمه تجربی ۱۲۶ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی از بین مراجعه کنندگان به بیمارستان قلب و عروق شهید رجایی تهران مطابق معیارهای تحقیق انتخاب و با روش بلوک‌های تبدیل شده تصادفی به طور مساوی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. ابزار گرد آوری داده‌ها شامل فرم مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلب و "پرسشنامه اروپایی رفتار مراقبت از خود بیماران نارسایی قلبی" بود. بیماران گروه مداخله در شش گروه ده نفری جهت آموزش قرار گرفته و در ۴ تا ۶ جلسه آموزش دیدند و در نهایت بسته آموزشی در اختیار این بیماران قرار گرفت. طول مدت جلسات ۳۰ تا ۴۵ دقیقه بود. برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های تی زوجی و مستقل، کای اسکور، کلموگروف - اسمیرنوف، لیون و آنالیز کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین کیفیت زندگی، ($P=0/214$) و خودمراقبتی ($P=0/795$) بین گروه مداخله و کنترل قبل از انجام مداخله تفاوت معنادار نداشت، ولی بعد از مداخله تفاوت دو گروه در این ۲ متغیر معنادار شد ($P<0/001$). میانگین ابعاد اقتصادی - اجتماعی، روانی، جسمی - فعالیت و سلامت عمومی کیفیت زندگی بین دو گروه بعد از انجام مداخله تفاوت معنادار داشت ($P<0/001$). کیفیت زندگی ($P=0/145$) و رفتارهای مراقبت از خود ($P=0/431$) در گروه کنترل قبل و بعد از مداخله تفاوت معنادار نداشت، ولی در گروه مداخله این متغیرها بعد از مداخله نسبت به قبل از آن تفاوت معناداری یافته بود ($P<0/001$).

نتیجه گیری: نتایج مطالعه نشان داد که آموزش خودمراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مؤثر می‌باشد و توصیه می‌شود به عنوان یکی از روش‌های اثربخش و غیر دارویی، جهت ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران به کار برده شود.

کلید واژه‌ها: کیفیت زندگی / نارسایی قلبی / آموزش خودمراقبتی

۱- کارشناس ارشد پرستاری بهداشت جامعه، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
۲- دانشجوی دکتری علوم سالمندی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
۳- دکتری آموزش عالی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
۴- دکتری آمار زیستی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

تاریخ دریافت مقاله: ۸۶/۶/۱۷

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۷/۱۲/۲۰

* آدرس نویسنده مسئول:

تهران، انتهای بزرگراه نیایش، بیمارستان قلب و عروق شهید رجایی، بخش داخلی

تلفن: ۲۳۹۲۲۵۶۰

*E-mail: h_rezaei1386@yahoo.com



مقدمه

نارسایی قلبی یکی از شایع‌ترین اختلالات قلبی و عروقی بوده و به عنوان یک اختلال مزمن، پیشرونده و ناتوان‌کننده مطرح می‌باشد. شیوع و بروز آن با افزایش سن بالا می‌رود، به طوری که در آمریکا تقریباً یک درصد افراد بیشتر از پنجاه سال و حدود ده درصد سالمندان بالای هشتاد سال مبتلا به نارسایی قلبی می‌باشند. از طرفی پیشرفت در اقدامات درمانی و جراحی سبب شده بیمارانی که از مرگ در اثر سکت قلبی جان سالم به در می‌برند، متعاقباً به نارسایی قلبی مبتلا شوند (۱). نارسایی قلب شایع‌ترین علت بستری افراد بالاتر از ۶۵ سال و دومین علت شایع برای رفتن به مطب پزشک در ایالات متحده می‌باشد. همچنین میزان بستری مجدد در بیمارستان در بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب به طور فزاینده‌ای بالاست (۲). این بیماری برای هر یک میلیون جمعیت هزینه‌ای در حدود ۱۰ میلیون پوند در انگلستان یا بالای ۵۰ میلیون مارک آلمان را در بر خواهد داشت (۳). نزدیک به ۱۵ میلیون نفر در جهان و بیشتر از ۴/۹ میلیون نفر در ایالات متحده مبتلا به نارسایی قلبی هستند (۵، ۴). بر طبق آمار به دست آمده از انجمن قلب و عروق آمریکا سالانه حدود ۲۵۰ هزار بیمار از عوارض مستقیم و یا غیرمستقیم ناشی از نارسایی قلبی جان خود را از دست می‌دهند و مرگ‌ومیر ناشی از نارسایی قلبی در ۴۰ سال گذشته ۶ برابر افزایش یافته است (۶). با توجه به آمار فوق، هزینه‌هایی که صرف مراقبت و پیگیری‌های درمانی در این بیماران می‌شود بسیار بالاست؛ به طوری که در سال ۲۰۰۲ در ایالات متحده آمریکا میزان هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم بالغ بر ۲۳ میلیارد دلار بوده است (۷). در ایران نیز طبق آمارهای موجود هر ساله بیماری‌های قلبی سبب فوت حدود ۱۵۰ هزار نفر می‌شود، اما در مورد تعداد دقیق مبتلایان به نارسایی قلبی آماری وجود ندارد (۸). در ایران طبق آماری که مرکز مدیریت بیماری‌ها در سال ۱۳۸۰ منتشر نمود، تعداد مبتلایان به نارسایی احتقانی قلب در ۱۸ استان کشور در همان سال ۳۳۳۷ نفر در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بوده است که از این تعداد ۲۸۱۱ نفر سن بالای ۵۰ سال داشته و ۳۲۱ نفر در سنین بین ۱۵ تا ۴۹ سال قرار داشتند. میانگین سن مرگ ۶۵/۷ سال بوده و درصد سال‌های از دست رفته عمر ۱/۷ بوده است (۹). در طی یک بررسی در شهریورماه سال ۱۳۷۷ در ایران، ۲۵ درصد از بیماران بستری در بخش‌های قلب دچار نارسایی بودند (۱۰). کاهش توان فیزیکی، اختلال در روابط فردی و اجتماعی و کاهش توانایی انجام وظایف شغلی، مشکلات اقتصادی و معیشتی را سبب می‌شود. علاوه بر آن این بیماران با افزایش هزینه‌های درمانی نیز مواجه خواهند بود که همه

این عوامل کیفیت زندگی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۱). کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی پائین است و هر چه نارسایی قلبی در فرد شدیدتر گردد، کیفیت زندگی پائین تر می‌آید (۱۲). کیفیت زندگی مفهومی مرتبط با رشته پرستاری بوده و پرستاران همواره در جهت ارتقاء آن کوشیده‌اند. آنها با ارائه خدمات درمانی و مشارکت در تحقیقات پرستاری سعی در بهبود کیفیت زندگی بیماران داشته‌اند. علیرغم اقدامات انجام شده، به علت پیچیدگی و گستردگی ابعاد کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی، کاستی‌هایی در این زمینه وجود داشته و تحقیقات بیشتری را طلب می‌کند (۱۳). کیفیت زندگی جنبه‌های مختلف جسمی، روحی- روانی، اقتصادی، اجتماعی، سلامتی، کار و خانوادگی را شامل می‌شود (۱۴). این ابعاد می‌توانند به طور مستقل مورد بحث قرار گیرند، ولی یک ارتباط متقابل بین آنها وجود دارد. اختلال در وضعیت جسمانی و وجود علائم جسمی کنترل نشده بر روی تمام جنبه‌های کیفیت زندگی می‌تواند اثر داشته باشد (۱۵). جارسما و همکاران (۱۹۹۹) معتقدند که به منظور ارتقاء کیفیت زندگی، یادگیری رفتارهای مراقبت از خود در جهت ارتقاء سطح فعالیت‌های روزانه، کاهش افسردگی و عصبانیت و افزایش آگاهی بیمار بایستی انجام گیرد (۱۶). ارتقاء رفتار مراقبت از خود به بیماران کمک می‌کند تا کنترل بیشتری بر روی زندگی روزانه خود داشته باشند و بتوانند از عهده عملکرد اجتماعی خود برآیند و بدین وسیله کیفیت زندگی خود را ارتقا دهند (۱۷). آرتینین و همکاران (۲۰۰۲) نیز بیان می‌کنند که یک روش جهت ارتقاء کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی میزان ایفای مراقبت از خود می‌باشد (۱۸). بیماران مبتلا به نارسایی قلبی نیازمند آموزش و حمایت در ارتباط با رژیم دارویی، نحوه مصرف داروها، رژیم غذایی، فعالیت‌ها، تشخیص علائم بدتر شدن نارسایی قلبی و انجام اقدام مناسب در هنگام بروز علائم هستند (۱۹). آگاهی بیمار در زمینه مراقبت از خود نقش مهمی در ارتقاء کیفیت زندگی آنان ایفا می‌کند (۲۰). جهت بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی روش‌های مختلفی وجود دارد. یکی از این روش‌ها آموزش خودمراقبتی به این بیماران می‌باشد. در سال‌های اخیر تمرکز بر درمان‌های حمایتی و آموزشی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی به طور فزاینده‌ای مورد توجه قرار گرفته است و تلاش‌ها، بیشتر بر روی پذیرش درمان و ایفای رفتارهای مراقبت از خود توسط بیمار استوار است (۲۱). کارلسون و ریژل (۲۰۰۲) معتقدند که محدودیت ناشی از سالمندی، کاهش درآمد و کمبود آگاهی از روش‌های درمانی و رژیم غذایی، مراقبت از خود را



در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی دشوار ساخته و کیفیت زندگیشان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲۲).

کودیث (۲۰۰۵) معتقد است: مشارکت بیماران در درمان و ایفای رفتارهای مناسب مراقبت از خود در هنگام بیماری از عوامل مؤثر در بهبود کیفیت زندگی در این بیماران می‌باشد. لایونگ نیز پس از تحقیقات وسیعی که در جهت ارتقاء کیفیت زندگی انجام داد، تدوین برنامه‌های آموزشی رفتارهای مراقبت از خود را در زمان انحراف از سلامتی توصیه نموده است (۲۳). استرومبرگ (۲۰۰۵) نشان داد که یکی از بخش‌های مهم برنامه‌های کنترل نارسایی قلبی، آموزش و کمک به بیماران جهت سازگاری با شرایط مزمن بیماری و انجام مراقبت از خود می‌باشد. این روش‌های حمایتی غالباً توسط پرستار در برنامه‌ریزی‌های تدوین شده برای ترخیص بیماران انجام می‌شود (۱۷). استفاده از یک برنامه آموزشی - حمایتی در جهت ارتقاء رفتارهای مراقبت از خود در بیماران مبتلا به نارسایی قلب به‌طور چشمگیری از بروز علائم و شکایات آنها کاسته و منجر به ارتقاء کیفیت زندگیشان می‌گردد (۱). لذا با توجه به نقش مهم پرستاران در ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، شناسایی اثر رفتارهای مراقبت از خود بر کیفیت زندگی راهنمایی است تا بتوان مداخلات برنامه‌ریزی شده‌ای برای بهبود کیفیت زندگی آنها تدوین نمود (۲۴). از آنجاکه در هر یک از تحقیقات مشابه قلبی، قسمتی از مسائل و مشکلات بیماران مطرح شده بود، در این تحقیق سعی شد که برنامه جامع و کاملی جهت بازتوانی بیماران تدوین شود. اهمیت این تحقیق تأکید بر حل مشکلات بیماران است.

روش بررسی

در این مطالعه نیمه تجربی، از بین ۹۰۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلب مراجعه‌کننده به بیمارستان قلب و عروق شهید رجایی تهران در سال ۱۳۸۶، ۱۲۶ بیمار واجد شرایط پژوهش انتخاب و به روش بلوک‌های تبدیل شده تصادفی به دو گروه مساوی تقسیم شدند. این بیماران در کلاس دو یا بالاتر نارسایی قلبی بودند که تحت درمان با داروهای رایج قلبی قرار داشتند. تشخیص بیماری توسط متخصصین قلب و عروق بیمارستان با اکوکاردیوگرافی و گرفتن شرح حال صورت گرفته و بیمارانی که بیماری روانی، بیماری مزمن، معلولیت جسمی و سابقه عمل جراحی قلب در ۶ ماه گذشته را داشتند، از مطالعه خارج شدند. مداخله حدود سه ماه به‌طول انجامید. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش شامل فرم اطلاعات زمینه‌ای، پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی و «پرسشنامه اروپایی رفتار مراقبت از خود

بیماران نارسایی قلبی^۱ بوده و بیماران با رضایت به آنها پاسخ دادند. فرم اطلاعات زمینه‌ای خود شامل دو قسمت است: قسمت اول سئوالات مربوط به عوامل فردی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی است که شامل ۱۴ سئوال می‌باشد. قسمت دوم مربوط به سئوالات مرتبط با عوامل مربوط به بیماری است که شامل ۱۵ سئوال می‌باشد.

پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی حاوی ۴۰ سئوال است و چهار بعد: جسمی - فعالیت، روانی، اقتصادی - اجتماعی و سلامت عمومی از ابعاد کیفیت زندگی را در بر می‌گیرد. این پرسشنامه برحسب مقیاس لیکرت پنج گزینه‌ای شامل خیلی زیاد (امتیاز پنج)، زیاد (امتیاز چهار)، متوسط (امتیاز سه)، خیلی کم (امتیاز دو) و به هیچ وجه (امتیاز یک) نمره‌گذاری شده است. نمره کلی فرد از مجموع پاسخ‌ها به دست می‌آید و نمرات بیشتر به معنای کیفیت زندگی بهتر می‌باشد. حداقل نمره‌ای که آزمودنی می‌گیرد ۴۰ و حداکثر نمره ۲۰۰ می‌باشد.

پرسشنامه اروپایی رفتار مراقبت از خود بیماران نارسایی قلبی حاوی ۱۲ سئوال است. پاسخ هر سئوال بر اساس مقیاس لیکرت پنج گزینه‌ای از کاملاً این‌طور است (امتیاز یک) تا اصلاً این‌طور نیست (امتیاز پنج) متغیر می‌باشد. نمره کلی فرد از مجموع پاسخ‌ها به دست می‌آید و نمرات کمتر به معنای مراقبت از خود مناسب‌تر خواهد بود. حداقل نمره‌ای که آزمودنی می‌گیرد ۱۲ و حداکثر نمره ۶۰ می‌باشد. این پرسشنامه توسط شجاعی در سال ۱۳۸۵ استفاده شده است.

برای تعیین روایی این پرسشنامه به این صورت عمل شد: پرسشنامه با استفاده از کتب و مجلات علمی و با نظر اساتید راهنما و مشاور تهیه شد و برای تعیین اعتبار صوری و محتوایی، پرسشنامه مزبور به ده تن از اساتید دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران، تهران و تربیت مدرس ارائه شد و بعد از جمع آوری نظرات اساتید، تغییرات مورد نظر با نظارت استاد راهنما اعمال شد و بدین وسیله اعتبار صوری و محتوایی آن تأیید شد. برای تعیین پایایی از دوروش استفاده شده است: روش همسانی درونی^۲ که بدین منظور، پرسشنامه مزبور بر روی ۲۲ نفر از بیماران که ویژگی‌های نمونه‌های پژوهش را داشتند، اجرا گردید. ضریب آلفا کرونباخ برای هر قسمت این پرسشنامه محاسبه گردید. در قسمت کیفیت زندگی این ضریب ۰/۹۱ و برای مراقبت از خود ۰/۵۲ بدست آمد. برای تعیین پایایی ثبات^۳ بعد از یک ماه مجدداً پرسشنامه بین همان ۲۲ بیمار توزیع شد و ضریب همبستگی بین آزمون و پس آزمون^۴ محاسبه گردید که ارتباط معناداری را نشان داد.

1- European heart Failure Self-Care Behaviour Scale
2- Internal consistency 3- Stability Reliability
4- Test-Retest



ادامه جدول ۱- ارزیابی همسانی دو گروه مداخله و کنترل از نظر متغیرهای زمینه‌ای

متغیر	گروه مداخله		گروه کنترل		مقدار احتمال
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
بیکار	۱	۱/۶	۷	۱۱/۱	۰/۱۲۶
خانه دار	۲۲	۳۴/۹	۲۰	۳۱/۷	
کارگر	۹	۱۴/۳	۹	۱۴/۳	
کارمند	۱۰	۱۵/۹	۸	۱۲/۷	
آزاد	۱۰	۱۵/۹	۱۳	۲۰/۶	
بازنشسته	۱۰	۱۵/۹	۳	۴/۸	
سایر	۱	۱/۶	۳	۴/۸	۰/۳۷۱
بلی	۲۸	۴۷/۵	۳۵	۵۵/۶	
سیگار	۳۱	۵۲/۵	۲۸	۴۴/۴	
یکبار	۲۶	۴۱/۳	۲۲	۳۴/۹	
دو بار	۱۸	۲۸/۶	۱۵	۲۳/۸	۰/۲۱۳
سه بار	۶	۹/۵	۵	۷/۹	
بیش از سه بار	۲	۳/۲	۰	۰	
عدم بستری	۱۱	۱۷/۵	۲۱	۳۳/۳	

داده‌ها در دو نوبت قبل و بعد از مداخله گردآوری شد. بدین ترتیب که پرسشنامه مزبور قبل از مداخله در اختیار هر دو گروه قرار گرفت، سپس بیماران گروه مداخله در شش گروه ده نفری جهت آموزش قرار گرفتند و در ۴ تا ۶ جلسه توسط پژوهشگر آموزش دیدند. محتوای آموزش شامل ساختمان و عملکرد قلب، علل ایجادکننده و عوامل تشدید کننده بیماری، روش‌های درمانی شامل آموزش رژیم غذایی، دارو، ورزش، فعالیت و مفهوم مراقبت از خود بود. در نهایت بسته آموزشی در اختیار این بیماران قرار گرفت. طول مدت جلسات ۳۰ تا ۴۵ دقیقه بود. پس از آن به فاصله یک ماه پس از مداخله با استفاده از همان ابزار انجام و داده‌های گردآوری شده طبق امتیاز موردنظر در پرسشنامه امتیاز بندی گردید. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار اس.پی.اس.اس. و آزمون‌های آماری تی مستقل^۱، تی زوجی^۲، کای اسکور^۳، آنالیز کوواریانس^۴، آزمون لیون^۵ و کولموگروف-اسمیرنوف^۶ تجزیه و تحلیل شد. در پایان تحقیق بسته آموزشی در اختیار بیماران گروه کنترل نیز قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین سن در افراد گروه مداخله ۵۷/۲۴±۳۲/۶ سال و در گروه کنترل ۵۶/۰۷±۸۶/۵ سال و بین آنها از نظر سنی تفاوت معنی داری وجود ندارد (P=۰/۳۹۶). در جدول (۱) سایر مشخصات دموگرافیک و متغیرهای پایه‌ای و زمینه‌ای دو گروه ارائه شده است. همان‌طور که دیده می‌شود، بین دو گروه از نظر جنسیت، وضعیت تأهل، تحصیلات، شغل، مصرف سیگار و دفعات بستری اختلاف معناداری وجود ندارد که حاکی از یکسانی دو گروه می‌باشد (جدول ۱).

جدول ۱- ارزیابی همسانی دو گروه مداخله و کنترل از نظر متغیرهای زمینه‌ای

متغیر	گروه مداخله		گروه کنترل		مقدار احتمال
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
جنس	۳۵	۵۵/۶	۳۴	۵۴	۰/۸۵۸
	۲۸	۴۴/۴	۲۹	۴۶	
	۳	۴/۸	۳	۹/۵	
تأهل	۴۱	۶۵/۱	۲۸	۴۴/۴	۰/۱۲۳
	۴	۶/۳	۸	۱۲/۷	
	۱۵	۲۳/۸	۲۱	۳۳/۳	
تحصیلات	۱۳	۲۰/۶	۱۲	۱۹	۰/۷۸۶
	۱۱	۱۷/۵	۱۷	۲۷	
	۱۰	۱۵	۱۶	۲۵/۴	
مجرد	۱۳	۲۰/۶	۱۳	۲۰/۶	۰/۷۸۶
	۱۵	۲۳/۸	۱۳	۲۰/۶	
	۵	۷/۹	۵	۷/۹	

نتایج بدست آمده از آزمون تی زوجی نشان داد که بین میانگین کیفیت زندگی و رفتارهای مراقبت از خود قبل از مداخله با بعد از مداخله در گروه آزمون اختلاف معناداری وجود دارد (P<۰/۰۰۱)، اما در گروه کنترل بین میانگین کیفیت زندگی (P=۰/۱۵۴) و رفتارهای مراقبت از خود (P=۰/۴۳۱) قبل از مداخله با بعد از آن اختلاف معناداری وجود ندارد (جدول ۲).

جدول ۲- مقایسه کیفیت کلی زندگی و رفتارهای مراقبت از خود بین قبل و بعد از مداخله در هر یک از دو گروه مداخله و کنترل

گروه	متغیر	شاخص	میانگین	انحراف معیار	مقدار احتمال
مداخله	کیفیت کلی زندگی	قبل از مداخله	۲/۴۲۲۲	۰/۳۹۲۸۱	<۰/۰۰۱
		بعد از مداخله	۲/۸۸۷۳	۰/۳۸۹۷۹	
کنترل	کیفیت کلی زندگی	قبل از مداخله	۳/۳۸۲۳	۰/۳۳۸۵۵	<۰/۰۰۱
		بعد از مداخله	۲/۲۷۹۱	۰/۳۵۷۰۷	
مداخله	رفتارهای مراقبت از خود	قبل از مداخله	۲/۲۴۶۰	۰/۲۰۱۹۲	۰/۱۵۴
		بعد از مداخله	۲/۲۵۳۲	۰/۲۰۷۲۰	
کنترل	رفتارهای مراقبت از خود	قبل از مداخله	۳/۳۹۵۵	۰/۲۱۹۴۴	۰/۴۳۱
		بعد از مداخله	۳/۳۴۵۲	۰/۲۲۲۴۳	

1- Independent T-test
2- Paired T-test
3- Chi-square
4- Analysis of Covariance
5- Levens test
6- Kolmogorov-Smirnov test



برنامه‌ریزی جهت ترخیص و پیگیری بیماران از طریق ویزیت در منزل و تماس تلفنی از وظایف پرستاران است (۲۳). بهبود رفتارهای خودمراقبتی یکی از اهداف برنامه‌های مدیریت غیردرویی توسط پرستاران جهت بیماران با نارسایی قلبی است (۳). در سال ۲۰۰۳ مطالعه‌ای توسط میر و همکاران تحت عنوان «تأثیر برنامه جامع بازتوانی روی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی» انجام شد. در این تحقیق ۵۱ بیمار مرد و زن در عرض ۱۲ هفته تحت درمان قرار گرفتند. مداخلات شامل درمان دارویی، آموزش ورزش و فعالیت جسمی، مشاوره و آموزش بود. نتایج آماری حاکی از بهبود معنادار کیفیت زندگی و افزایش ظرفیت فعالیت در عرض ۱۲ هفته بازتوانی جامع بود (۲۶).

نتایج تحقیق اسکات و همکاران در سال ۲۰۰۴ با نتایج تحقیق حاضر هم‌خوانی دارد. این تحقیق از نوع تجربی و با عنوان بررسی اثر مداخلات پرستاری بر ارتقاء کیفیت زندگی و سلامت روان صورت گرفت. در این مطالعه برای گروه مداخله علاوه بر آموزش رایج مواردی مثل مشاوره عمومی، تشخیص بیماری، رژیم درمانی، تغذیه و نحوه پیگیری در نظر گرفته شد. نتایج مؤید آن بود که افراد گروه مداخله به علت مشارکت در برنامه‌های درمانی و اهداف بر اساس انتظارات، ارزش‌ها و مشارکت در تصمیم‌گیری به ارتقاء بهتر مراقبت از خود و نتیجتاً ارتقاء کیفیت زندگی نائل شدند (۲۷).

جارسما و همکاران (۱۹۹۹) در پژوهشی که به روش نیمه‌تجربی انجام دادند، اثرات آموزش و حمایت بر خودمراقبتی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلب پیشرفته را مورد مطالعه قرار دادند. بیماران به‌طور تصادفی به دو گروه کنترل که مراقبت‌های معمول و گروه مداخله که مداخلات آموزشی - حمایتی را دریافت می‌کردند، تقسیم شدند. توانایی‌های خودمراقبتی در نتیجه مداخلات تغییر نکرد. اما رفتار خودمراقبتی در طی دوره پیگیری در گروه مداخله بالاتر از گروه کنترل بود (۱۶).

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر نشان می‌دهد که آموزش خودمراقبتی در ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مؤثر است. لذا پیشنهاد می‌شود که پرستاران در حین انجام مداخلات پرستاری، رفتارهای مراقبت از خود بیماران را ارزیابی و موانع اجرای رفتار مناسب را جستجو نموده و با توجه به اطلاعات به دست آمده از عوامل مؤثر بر اجرای رفتار مراقبت از خود، آموزش‌های برنامه‌ریزی شده‌ای بر اساس سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، طول مدت بیماری، تعداد دفعات بستری و درصد کسر تخلیه‌ای قلب تدوین نمایند.

همچنین آزمون تی مستقل نشان داد که میانگین کیفیت زندگی ($P=0/214$) و رفتارهای مراقبت از خود ($P=0/795$) قبل از مداخله بین گروه مداخله و کنترل اختلاف معناداری ندارد، ولی بعد از مداخله اختلاف دو گروه در این دو متغیر معنادار است ($P<0/001$) (جدول ۳). جدول ۳ - مقایسه میانگین کیفیت کلی زندگی و رفتارهای مراقبت از خود بین دو گروه مداخله و کنترل در هر یک از مراحل قبل و بعد از مداخله

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	مقدار احتمال
کیفیت کلی زندگی قبل از مداخله	مداخله	۲/۴۲۲۲	۰/۳۹۲۸۱	۰/۲۱۴
	کنترل	۲/۲۴۶۰	۰/۲۰۱۹۲	
رفتارهای مراقبت از خود قبل از مداخله	مداخله	۳/۳۸۲۳	۰/۳۳۸۵۵	۰/۷۹۵
	کنترل	۳/۳۹۵۵	۰/۲۱۹۴۴	
کیفیت کلی زندگی بعد از مداخله	مداخله	۲/۸۸۷۳	۰/۳۸۹۷۹	۰/۰۰۰
	کنترل	۲/۲۵۳۲	۰/۲۰۷۲۰	
رفتارهای مراقبت از خود بعد از مداخله	مداخله	۲/۲۷۹۱	۰/۳۵۷۰۷	۰/۰۰۰
	کنترل	۳/۳۴۵۲	۰/۲۲۲۴۳	

با توجه به اینکه میانگین کیفیت زندگی بعد از مداخله نمی‌تواند مستقل از میانگین کیفیت زندگی قبل از مداخله باشد، لذا از تحلیل کوواریانس با تعدیل اثر میانگین کیفیت زندگی (ابعاد جسمی - فعالیت و سلامت عمومی) قبل از مداخله استفاده شد. نتیجه حاصل نشان داد که پس از تعدیل اثر باز هم میانگین کیفیت زندگی معنادار است ($P<0/001$).

بحث

در این تحقیق یافته‌های مطالعه نشان داد گروه مداخله و کنترل قبل از آموزش خودمراقبتی از نظر میانگین کیفیت زندگی و خودمراقبتی اختلاف معناداری ندارند، ولی میانگین کیفیت زندگی و خودمراقبتی گروه مداخله و کنترل بعد از آموزش خودمراقبتی به نفع گروه مداخله اختلاف معناداری نشان داد که حاکی از بالا بودن میانگین کیفیت زندگی و خودمراقبتی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل است. با توجه به اینکه واحدهای مورد مطالعه در هر دو گروه از نظر متغیرهای زمینه‌ای همسان هستند، لذا می‌توان نتیجه‌گیری کرد که بالا بودن میانگین کیفیت زندگی و خودمراقبتی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل ناشی از اجرای برنامه آموزش خودمراقبتی است.

آموزش به بیمار توسط پرستاران در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مؤثر بوده و این روش باعث بهبود نقش بیمار در کنترل علائم و خودکنترلی می‌شود (۲۵). تحقیقات نشان داده‌اند که برنامه مراقبتی شامل آموزش درباره نارسایی قلب، آموزش داروها،



تشکر و قدردانی

در نهایت از کلیه واحدهای پژوهش که در پیشبرد اهداف این تحقیق پژوهشگر را یاری نمودند تشکر و سپاسگزاری می‌گردد.

در پایان از کلیه واحدهای دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و همکاران شاغل در بیمارستان قلب و عروق شهید رجایی تهران و

منابع:

- 1- Jaarsma T, Halfen R, Abusaad H, Dracup K, diederiks j. Self care and quality of life in patient with advanced heart failure; the effect of a supportive educational intervention. *Heart Lung* 2000;29 (5): 319-330.
- 2- Smeltzer, Susan Bare Branda G. Text book of medical surgical Nursing 2004: 10th ed. Lippincott, Williams & Wilkins.
- 3- Tscheliessnigg K, Petutschnigg B, Gras D, Prenner G, Müller H. Insync experience in transplant list patients. *The Internet Journal of thoracic and cardio vascular surgery* 2000; 3 (1):78
- 4- Tod E, et al. Cardiac resynchronization for treatment of chronic heart failure. *Journal of Invasive cardiology* 2000; 14 (1): 48-53.
- 5- Hou N, Chui MA, Eckert GJ, Oldridge NB, Murray MD, Bennett SJ. Relationship of age and sex to health related quality of life in patients with heart failure. *American Journal of critical care* 2004; 13: 153-161.
- 6- Black JM, Jacobs EM. Medical surgical nursing clinical management for positive outcome. 7rd ed. St louis Missouri. Elsevier Saunders ; 2005: 1649-1669 .
- 7- Bennet SJ, oldridge NB, Eckert GJ, Embree GL, Browing S, Hon N. Comparison of quality of life measures in heart failure. *Nursing Res* 2003 ; 52 (4): 207-216.
- 8- Najmzadeh Z. [Relationship between selfcare behaviors with physical problems of patient after cardiac valve replacement (Persian)]. Thesis for master of sciences in nursing. Tehran, Nursing faculty of Shahid Beheshti university of medical sciences; 2000.
- 9- Diseases management center. [Morbidity in 18 states of country (Persian)]. Tehran, Tandis publications; 2002.
- 10- Habibolahzadeh H et al. [Heart failure reasons and patients knowledge and performance scale in self care (Persian)]. *Scientific journal of medical system organization*; 2001; 19: 85-89.
- 11- Dunderdal K, Thompson DR, Miles JNV, Beer SF, Furze G. Quality of life measurement in chronic heart failure: Do we account of the patient perspective? *Eur Heart failure* 2005; 7: 572-582.
- 12- King CR, Hindus PS. Quality of life from nursing perspectives. UK London: Jones & Bartlett co publishers 1998, p: 232.
- 13- Sammarco A. Perceived social support: Uncertainly, and quality of younger breast cancer. *Cancer Nursing* 2001; 24 (3) : 213 .
- 14- Berahmani G. [Survey of quality of life among Sardasht injured people due to chemical bombard (Persian)]. Thesis for master of sciences in nursing. Tehran, Nursing faculty of Shahid Beheshti university of medical sciences; 2000.
- 15- Jaarsma T, Halfens R, Abusaad HH, Dracup K, Gorgelst, VJ, et al. Effects of education & support on self care & resource utilization in patient with heart failure. *Eur Heart J* 1999; 20: 673-682
- 16- Stromberg A. The crucial role of patient education in heart failure. *Eur J Heart Fail* 2005; 7:363-369.
- 17- Artinian NT, Magnan M, Christian W, Lange P. What do patient know about their heart failure ? *Applied Nursing research* 2002;15(4): 80-200 .
- 18- Stromberg A. Educating nurses and patient to manage heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2002: 33-40 .
- 19- Stewart S, Blue L. Improving outcomes in CHF. A practical guide to specialist nurse intervention. *BMJ* 2001: 132-135 .
- 20- Gonzalez B, Lupan J, Herreros J, Urrutia A, Coll R. Patient education by nurse: what really do achieve ? *Eur J Cardiovasc Nurs* 2005; 4:107-11.
- 21- Carlson B, Riegel B, Moser D. Self care abilities of patients with heart failure. *Heart & Lung* 2002; 30: 5: 351-9 .
- 22- Kodiath M, Kelly A, Shievley M. Improving quality of life in patient with heart failure. *J Cardiovasc Nurs* 2005;20(1): 43-48.
- 23- Deaton C, Grandy KL. State if science for cardiovascular nursing outcomes HF. *J Cardiovasc Nurs* 2004;19(5): 329 .
- 24- Eshghbaz F. [Relationship between diabetic children selfcare and their family reaction about their disease in refering patients to selective health care center of Tehran (Persian)]. Thesis for master of sciences in maternal and child health. Tehran, university of medical sciences; 1999.
- 25- Meyer A, et al. Effects of a comprehensive Rehabilitation program on Quality of life in patients with Chronic Heart Failure. *progress in cardiovascular Nursing* 2003;18(4):169-176 .
- 26- Scott LD, Kline KS, Brittan A. The effect of nursing intervention to enhance mental health & quality of life among individuals with heart failure. *Appl Nurs RES* 2004; 17(4):248- 256.