

بررسی تاثیر آموزش رفتارهای خود مراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران با ضربان ساز دائمی

*عصمت عطائی^۱، کارشناس ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه
مجید حق جو^۲، متخصص الکتروفیزیولوژی قلب
اصغر دالوندی^۳، دکترای پرستاری
هومن بخشنده آبکنار^۴، دکترای اپیدمیولوژی

خلاصه

هدف. هدف مطالعه حاضر تعیین تاثیر آموزش خودمراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران با ضربان ساز دائمی بود.
زمینه. یکی از شایع‌ترین علل مرگ و میر بعد از سکته قلبی، آریتمی است، یک روش کنترل آریتمی مقاوم به درمان تعبیه ضربان ساز است. کیفیت زندگی در بیماران بعد از تعبیه ضربان ساز دائمی قلب پائین است. یکی از روش‌های ارتقاءدهنده کیفیت زندگی، آموزش رفتارهای خودمراقبتی است.

روش کار. در این کار آزمایی بالینی، ۸۰ بیمار نیازمند به تعبیه ضربان ساز دائمی قلب به روش بلوک‌های چهارتایی تصادفی به طور مساوی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل فرم مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی در بیماران قلبی مک نیو بود. بیماران گروه مداخله با همراهی یکی از بستگان که بیشترین تماس را با ایشان داشت، طی یک جلسه، روز قبل از تعبیه ضربان ساز تحت آموزش قرار گرفتند. جهت آموزش از فیلم آموزشی و دفترچه آموزشی و آموزش چهره به چهره استفاده شد، طول مدت جلسه ۳۰ دقیقه بود و در نهایت، بسته آموزشی در اختیار این بیماران قرار گرفت. همچنین، به مدت یک ماه، هفته‌ای یک بار با بیمار تماس تلفنی گرفته می‌شد. داده‌ها با نرم افزار SPSS نسخه ۱۵ تحلیل شدند. برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های تی مستقل و کای اسکوتر استفاده شد.

یافته‌ها. بین میانگین ابعاد عاطفی، جسمی-فعالیتی و اجتماعی کیفیت زندگی و همچنین، نمره کلی کیفیت زندگی در گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله تفاوت معنی داری مشاهده نشد، ولی بعد از مداخله، این تفاوت معنی دار بود ($P > 0/004$).

نتیجه گیری. آموزش رفتارهای خودمراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران بعد از تعبیه ضربان ساز دائمی قلب موثر می‌باشد و توصیه می‌شود به عنوان یکی از روش‌های ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران به کار برده شود.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، آموزش رفتارهای خودمراقبتی، ضربان ساز دائمی قلب، بیمار دارای ضربان ساز

- ۱- کارشناس ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، بیمارستان قلب شهید رجائی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (*نویسنده مسئول)
- ۲- دانشیار، گروه الکتروفیزیولوژی، بیمارستان قلب شهید رجائی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
- ۳- استادیار، دپارتمان پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
- ۴- استادیار، بیمارستان قلب شهید رجائی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

مقدمه

بیماری های قلبی به عنوان اولین علت مرگ و میر در ایران و بسیاری از کشورهای جهان شناخته شده است. آخرین آمار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نشان می دهد که ۳۳/۹ درصد مرگ های ناشی از بیماری در ایران مربوط به بیماری های قلبی - عروقی است (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۸). طی ۳۰ سال گذشته پیشرفت های عمده ای در پیشگیری، تشخیص و درمان، و باز توانی بیماری های قلبی عروقی صورت گرفته است. علیرغم کاهش مرگ و میر بیماری های قلبی، هنوز هم این بیماری ها سهم عمده ای در مرگ و میر دارند (تامپسون و همکاران، ۲۰۰۲). در سال ۱۹۱۰ میلادی تنها ۱۰ درصد مرگ و میرها در دنیا به علت بیماری های قلبی عروقی بود، اما این میزان در سال ۲۰۰۰ به ۵۰ درصد رسیده است و پیش بینی می شود تا سال ۲۰۲۰ به حدود ۷۵ درصد برسد (قلمقاش، ۱۳۸۸).

نزدیک به نیمی از مرگ های مربوط به سکته قلبی، ناشی از آریتمی ها می باشند (برنولد و فیپس، ۲۰۰۲). یکی از روش های کنترل و درمان دیس ریتمی های قلبی استفاده از ضربان ساز دائم است. ضربان ساز وسیله ای الکترونیکی است و زمانی که قلب قادر به تولید ایمپالس الکتریکی موثر برای شروع انقباض و حفظ برون ده قلبی کافی نیست، به کار می رود. حدود سه میلیون نفر در دنیا دارای ضربان ساز می باشند و سالیانه ۶۰۰ هزار مورد ضربان ساز تعبیه می شود (وود و النیوگن، ۲۰۰۲). براساس گزارش مجله انجمن قلب ایران، سالیانه حدود ۵۵۰ مورد تعبیه ضربان ساز دائم در ایران صورت می گیرد (نوحی و طباطبایی، ۲۰۰۱).

تعبیه ضربان ساز دائم و وارد کردن یک جسم خارجی به داخل قلب، حادثه ای مهم در زندگی بیمار در نظر گرفته می شود، بدین لحاظ، تعبیه ضربان ساز داخل قفسه سینه ای، ممکن است منجر به تغییراتی در تصویر ذهنی و موجب مشکلات در سازگاری روانی، اجتماعی و کیفیت زندگی شود و به بروز اختلالات عاطفی کمک نماید (دورا، ۲۰۰۱). مداخلات الکتریکی که جهت درمان آریتمی و مشکلات قلبی مورد استفاده قرار می گیرد بدون عارضه نیست. ضربان سازها نیز عوارضی از جمله عفونت محل ضربان ساز، عوارض مربوط به لیدها و مشکلات روانی ناشی از اتکای بیماران به وجود این دستگاه جهت ادامه حیات را دارند (همل و همکاران، ۲۰۰۶). از طرف دیگر، مشکلات متعدد در انجام کارهای معمول زندگی، معمولا موجب ایجاد احساس ضعف و ناتوانی بیماران می شود که می تواند منجر به افسردگی و کاهش اعتماد به نفس شود و بر کیفیت زندگی آنان اثر گذارد (دیکسون و همکاران، ۲۰۰۰). کمک به این بیماران در جهت رفع اضطراب و نگرانی ها ضروری است. یکی از موثرترین اقدامات در این زمینه پیگیری بیماران پس از ترخیص آنان از بیمارستان می باشد. آموزش به بیمار و پیگیری وی پس از ترخیص، نقش مهمی در باز توانی وی ایفا می کند. در مرحله بعد از ترخیص بیمار، بیشتر این آموزش ها و پیگیری ها شامل تاکید بر جنبه های مراقبت از خود و دانش و آگاهی راجع به علائم هشدار دهنده، داروها، عوامل خطر و کاربرد عملی مطالب آموخته شده می باشد (پاشکو و دافو، ۲۰۰۰).

کیفیت زندگی با تجربه انسان از زندگی در ارتباط است (زان، ۱۹۹۲). از آنجا که توجه صرف بر طولانی کردن عمر بیماران بدون در نظر گرفتن کیفیت زندگی آنان به فراموشی سپردن رفاه و سلامتی آنان است، بنابراین، باید کیفیت زندگی این بیماران و قدرت تطابق یافتن آنان مورد توجه بیشتری قرار گیرد و استفاده از روش های آموزشی مختلف در دسترس ممکن است در این زمینه مفید واقع شود. یکی از موضوعاتی که در اعتبار بخشی سازمان های ارائه دهنده خدمات بهداشتی نقش دارد، نحوه ارائه برنامه آموزشی بیمار است (دکاچ و آجولات، ۲۰۰۱؛ کتهام و کنپ، ۱۹۸۲).

شواهد بسیاری حاکی از این است که بیماران در هنگام ترخیص اطلاعات کمی در مورد بیماری و نحوه مراقبت از خود دریافت می نمایند. براساس یک مطالعه تنها ۲۰ درصد از بیماران که در بیمارستان بستری بوده اند اظهار نموده اند که اطلاعات کافی و مشاوره در زمینه شرایط سلامتی خویش را دریافت نموده اند، در حالی که ۲۰ درصد دیگر، از اطلاعات دریافت شده راضی نبوده اند و ۶۰ درصد باقی مانده اظهار داشتند آموزش های ارائه شده باید بهتر ارائه شوند (دکاچ و آجولات، ۲۰۰۱ به نقل از کتهام و کنپ، ۱۹۸۲).

یکی از موضوعاتی که سبب افزایش کیفیت زندگی بیماران می گردد آرایه برنامه های آموزشی و همچنین نحوه ارائه برنامه های آموزشی به بیمار است. آموزش بیمار امر مهمی است که اثرات ارزنده و مفید آن بارها در تحقیقات مختلف ثابت شده است. علیرغم فواید متعدد آموزش بیمار در قبال هزینه ناچیزش، این امر مهم در مراکز بهداشتی و درمانی نادیده گرفته شده است یا مورد بی توجهی قرار می گیرد (کتهام و کنپ، ۱۹۸۲). نتایج مطالعه اسماعیلی (۱۹۹۷) نشان داد که آموزش بیمار در ایران از وضعیت مطلوبی برخوردار نیست، به طوری که برنامه آموزشی به بیمار یا اجرایی می شود یا بسیار ناقص و نامنظم اجراء می شود.

یادگیری رفتارهای خودمراقبتی می تواند فرد را به سمت حفظ سلامتی و خوب بودن سوق دهد، سازگاری فرد را با بیماری افزایش دهد، و توان مراقبت از خود را در فرد افزایش دهد. تبعیت از رفتارهای خودمراقبتی در مبتلایان به بیماری های مزمن از اهمیت به سزایی برخوردار است. بیماران می توانند با کسب مهارت های مراقبت از خود بر آسایش، توانایی های عملکردی و فرایندهای بیماری خود تاثیر گذار باشند (تولیحامو و هنتینن، ۲۰۰۱). ارتقای رفتارهای مراقبت از خود می تواند به بیماران کمک کند تا بر روی زندگی خود کنترل داشته باشند و با عوارض ناشی از بیماری خود سازگار شوند که این سازگاری منجر به ارتقاء کیفیت زندگی بیماران می گردد (جار سما و همکاران، ۲۰۰۰). ایفای نقش مراقبت از خود و مشارکت بیمار در درمان از عوامل موثر در بهبود کیفیت زندگی می باشد



(کودیات و همکاران، ۲۰۰۵). رفتارهای مراقبت از خود مناسب سبب ارتقاء توانایی‌ها، انجام بهتر فعالیت‌های روزانه و دستیابی به استقلال در بیمار می‌شود و به این ترتیب وی در انجام عملکردهای اجتماعی تواناتر و برای زندگی امیدوارتر می‌شود و نهایتاً از کیفیت زندگی مطلوب‌تری برخوردار می‌گردد (جارسما و همکاران، ۲۰۰۰).

یکی از بخش‌های مهم برنامه‌های کنترل بیماری‌های مزمن، آموزش و کمک به بیمار جهت انجام رفتارهای مراقبت از خود است و معمولاً این آموزش و حمایت توسط پرستاران انجام می‌گردد. با توجه به نقش کلیدی پرستاران در آموزش رفتارهای مراقبت از خود، شناسایی رفتارهایی که به بهبود کیفیت زندگی می‌انجامد، راهنمایی برای تنظیم و تدوین بهتر مداخلات پرستاری می‌باشد (دیتون و گریدی، ۲۰۰۴). هدف این مطالعه، بررسی تاثیر آموزش رفتارهای خودمراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران با ضربان ساز دائمی قلب بود.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک کارآزمایی بالینی قبل و بعد با گروه کنترل بود. تعداد نمونه‌ها در این پژوهش ۸۰ نفر بودند که به روش بلوک‌های چهارتایی تصادفی به دو گروه آزمون و کنترل (هر گروه، ۴۰ نفر) تقسیم شدند. جامعه مورد پژوهش شامل کلیه بیماران نیازمند به تعبیه ضربان ساز بود که در طول پژوهش به بیمارستان شهید رجایی تهران مراجعه می‌کردند. پرونده پزشکی هر بیمار مورد بررسی قرار می‌گرفت و از وی معاینه و شرح حال به عمل می‌آمد، و پس از اطمینان از داشتن معیارهای ورود به عنوان نمونه انتخاب می‌شد. شرایط خروج از مطالعه نیز شامل ابتلا به افسردگی اساسی (با توجه به پرونده بیمار و نظر پزشک معالج) و اختلال دو قطبی، سابقه اعتیاد به مواد، سایر اختلالات نورولوژیکی، بیماری مزمن دیگر شامل (صرع، سکته مغزی، سرطان ...)، معلولیت و ناتوانی جسمی، سابقه عمل جراحی بزرگ (قلب، مغز و لگن و ...) در شش ماه گذشته، بستری طولانی مدت در بیمارستان، سن کمتر از ۱۶ سال، و نداشتن امکانات مشاهده فیلم آموزشی بود.

اطلاعات فردی توسط پرسشنامه‌ای شامل ۱۵ سوال در مورد سن، جنس، وضعیت تاهل، شغل، سطح تحصیلات، بیمه، نیاز به مراقب در منزل، نسبت مراقب با بیمار، استعمال سیگار و مدت زمان و تعداد مصرف آن در روز، مشروبات الکلی، وجود جریان‌های مغناطیسی در محل زندگی، سابقه بیماری دیابت و فشار خون بود جمع‌آوری شد. روایی محتوای پرسشنامه و برنامه آموزش رفتارهای خودمراقبتی بر اساس نظر ده نفر از صاحب‌نظران متخصص و نظرسنجی اعضای هیات علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، و علوم بهزیستی و توانبخشی مورد تأیید قرار گرفت. جهت سنجش تاثیر آموزش رفتارهای خودمراقبتی بر کیفیت زندگی پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی مک‌نیو در بیماران قلبی مورد استفاده قرار گرفت. این پرسشنامه ۲۶ سوالی شامل ۸ سوال مربوط به بعد عاطفی کیفیت زندگی، ۹ سوال مربوط به بعد جسمی-فعالیتی و ۹ سوال مربوط به بعد اجتماعی کیفیت زندگی است. بومی‌سازی و تعیین روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران توسط اسدی لاری و همکاران (۲۰۰۳) انجام شده است.

پژوهشگر پس از توضیح اهداف پژوهش به بیمار و کسب رضایت آگاهانه کتبی، فرم اطلاعات فردی و پرسشنامه کیفیت زندگی را برای هر نمونه تکمیل کرد. سپس، پژوهشگر، رفتارهای خودمراقبتی را قبل از تعبیه ضربان ساز دائمی به گروه آزمون از روز قبل از تعبیه ضربان ساز دائمی قلب آموزش داد. در زمان آموزش، یکی از بستگان بیمار که در طول مطالعه تماس بیشتری با بیمار داشت حضور پیدا کرد. رفتارهای خودمراقبتی یک بار برای بیمار و همراهش آموزش داده می‌شد. چون بیشتر بیماران قبل از تعبیه ضربان ساز دائمی دارای ضربان ساز موقت و تحت سیستم مانیتورینگ قلبی بودند و نمی‌توانستند از بخش خارج شوند آموزش در بالین بیمار به صورت انفرادی انجام می‌شد.

مرحله اول آموزش رفتارهای خودمراقبتی شامل ۱۰ دقیقه توضیح درباره ساختمان و عملکرد قلب، نحوه ایجاد ضربان قلب و نحوه ایجاد نامنظمی ضربان قلب، علت نیاز به تعبیه ضربان ساز، نحوه عملکرد ضربان ساز، مراقبت‌های قبل و بعد از تعبیه ضربان ساز، احتیاطات در استفاده از وسایل الکتریکی و تداخلات مغناطیسی، مراقبت‌های مورد نیاز در منزل و کارهای روزانه بود. به دنبال مرحله اول آموزش، فیلم آموزشی به مدت ۲۰ دقیقه به بیمار و همراهش نمایش داده می‌شد، و در پایان آموزش، به سوالات بیمار و همراهش پاسخ داده می‌شد و در مورد نحوه استفاده از بسته آموزشی در منزل، و نحوه برقراری تماس تلفنی بیمار با پژوهشگر در صورت نیاز توضیحات لازم داده می‌شد و بسته آموزش رفتارهای خودمراقبتی در اختیار بیمار قرار داده می‌شد. بعد از ترخیص بیمار، پژوهشگر هفته‌ای یک بار با بیمار تماس تلفنی برقرار می‌کرد و مراقبت‌ها را به بیمار تاکید می‌کرد و به سوالاتش پاسخ می‌داد. برای گروه کنترل مداخله‌ای صورت نگرفت. یک ماه بعد از آموزش، پرسشنامه کیفیت زندگی مک‌نیو توسط گروه آزمون و کنترل تکمیل شد. داده‌ها توسط SPSS نسخه ۱۵ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

این مطالعه بر اساس کد اخلاقی کمیته اخلاق مرکز تحقیقات قلب و عروق شهید رجایی به شماره ۱۱۸۲۴۶ انجام شد و در مرکز مطالعات کارآزمایی بالینی ایران به ثبت رسید. رضایت آگاهانه از نمونه‌ها جهت شرکت در پژوهش اخذ شد و به آنها در زمینه شرکت در این پژوهش حق انتخاب داده شد و هر زمانی که تمایل به خروج از مطالعه داشتند بدون هیچ‌گونه معذوری قادر به انصراف از ادامه شرکت در مطالعه بودند. محرمانه بودن هویت شرکت‌کنندگان رعایت شد.

یافته ها

میانگین سن بیماران ۵۶/۷ سال با انحراف معیار ۱۷/۱۸ سال بود. برخی متغیرهای دموگرافیک در جدول شماره ۱ آمده است. میانگین نمره کیفیت زندگی کلی قبل از مداخله در گروه های آزمون و کنترل به ترتیب ۴۵ با انحراف معیار ۱۵ و ۵۰ با انحراف معیار ۱۶ بود (بر مبنای ۱۰۰ به عنوان نمره کامل کیفیت زندگی). قبل از مداخله، بین میانگین نمره کیفیت زندگی کلی گروه آزمون و کنترل اختلاف معناداری مشاهده نشد ($P=0/358$). میانگین نمره کیفیت زندگی کلی پس از مداخله در گروه های آزمون و کنترل به ترتیب ۷۴ با انحراف معیار ۱۳ و ۴۳ با انحراف معیار ۱۶ بود. پس از مداخله، بین میانگین نمره کیفیت زندگی کلی گروه آزمون و کنترل اختلاف معنادار آماری مشاهده شد ($P>0/001$). جداول شماره ۲ و ۳، میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی در ابعاد سه گانه را در گروه کنترل و آزمون، قبل و بعد از مداخله نشان می دهند.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی برخی ویژگی های دموگرافیک به تفکیک گروه آزمون و کنترل

ویژگی دموگرافیک	تعداد (درصد)	گروه آزمون	تعداد (درصد)	گروه کنترل	تعداد (درصد)
جنس					
زن	۲۲ (۵۵)	۲۶ (۶۵)	۱۸ (۴۵)	۲۶ (۶۵)	۱۴ (۳۵)
مرد	۱۸ (۴۵)	۱۴ (۳۵)	۲۶ (۶۵)	۱۴ (۳۵)	۲۶ (۶۵)
وضعیت اشتغال					
شاغل	۳۲ (۸۰)	۲۸ (۷۰)	۲ (۵)	۲۸ (۷۰)	۲ (۵)
بیکار	۲ (۵)	۲۸ (۷۰)	۲ (۵)	۲۸ (۷۰)	۲ (۵)
بازنشسته	۶ (۱۵)	۱۰ (۲۵)	۲ (۵)	۱۰ (۲۵)	۲ (۵)
وضعیت تاهل					
مجرد	۶ (۱۵)	۱۲ (۳۹)	۶ (۱۵)	۱۲ (۳۹)	۶ (۱۵)
متاهل	۳۴ (۸۵)	۲۸ (۷۰)	۳۴ (۸۵)	۲۸ (۷۰)	۳۴ (۸۵)
بیمه درمانی					
دارد	۳۸ (۹۵)	۳۵ (۹۵)	۳۸ (۹۵)	۳۵ (۹۵)	۳۵ (۹۵)
ندارد	۲ (۵)	۲ (۵)	۲ (۵)	۲ (۵)	۲ (۵)
نیاز به مراقب در منزل					
دارد	۲ (۵)	۱۰ (۲۵)	۲ (۵)	۱۰ (۲۵)	۲ (۵)
ندارد	۳۸ (۹۵)	۳۰ (۷۵)	۳۸ (۹۵)	۳۰ (۷۵)	۳۰ (۷۵)
مصرف دخانیات					
دارد	۶ (۱۵)	۱۴ (۳۵)	۶ (۱۵)	۱۴ (۳۵)	۱۴ (۳۵)
ندارد	۳۴ (۸۵)	۲۶ (۶۵)	۳۴ (۸۵)	۲۶ (۶۵)	۲۶ (۶۵)
مصرف مشروبات الکلی					
دارد	۴ (۱۰)	۶ (۱۵)	۴ (۱۰)	۶ (۱۵)	۶ (۱۵)
ندارد	۳۴ (۹۰)	۳۴ (۸۵)	۳۴ (۹۰)	۳۴ (۸۵)	۳۴ (۸۵)



جدول شماره ۳: میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی در ابعاد سه گانه در گروه کنترل، قبل و بعد از مداخله

ابعاد کیفیت زندگی	قبل از مداخله		پس از مداخله	
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	آزمون تی زوجی
جسمی	۴۵ (۱۷)	۴۵ (۱۶)	$t=2/40$ و $p=0/751$	
روانی	۵۱ (۱۷)	۴۲ (۱۶)	$t=-0/322$ و $p=0/128$	
اجتماعی	۵۱ (۲۱)	۴۳ (۲۰)	$t=2/325$ و $p=0/223$	

جدول شماره ۳: میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی در ابعاد سه گانه در گروه آزمون، قبل و بعد از مداخله

ابعاد کیفیت زندگی	قبل از مداخله		پس از مداخله	
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	آزمون تی زوجی
جسمی	۴۴ (۲۰)	۷۵ (۱۲)	$t=-7/479$ و $p<0/001$	
روانی	۴۷ (۱۷)	۷۴ (۱۳)	$t=-6/905$ و $p<0/001$	
اجتماعی	۴۳ (۱۸)	۷۲ (۱۶)	$t=-7/544$ و $p<0/001$	

بحث

در این مطالعه، در گروه آزمون، تفاوت معنی دار آماری در میانگین تمام ابعاد (جسمی-فعالیتی، عاطفی و ارتباطات اجتماعی کیفیت زندگی) قبل و بعد از مداخله ایجاد شده بود، بدین ترتیب که نمرات ابعاد کیفیت زندگی، پس از مداخله بیش از نمرات قبل از مداخله بود. همچنین، نمره کیفیت زندگی کلی گروه آزمون پس از مداخله به طور معنی داری از نمره کیفیت زندگی گروه کنترل بیشتر بود. نتایج مطالعه باقری و همکاران (۲۰۰۷) که تاثیر مشاوره گروهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد را بررسی کرد تایید کننده نتایج مطالعه حاضر است. باقری و همکاران نیز در مطالعه خود از پرسشنامه مک نیو استفاده کردند.

پژوهشی که با هدف بررسی تاثیر آموزش مبتنی بر کامپیوتر بر آگاهی، پذیرش و کیفیت زندگی بیماران با نارسایی قلبی انجام شد، نشان داد که ابعاد روانی پرسشنامه کیفیت زندگی (افسردگی، اختلالات خواب و ترس از مرگ) پس از مداخله تغییر معنی داری نسبت به قبل از مداخله نداشت (آنا استرومیرگ و همکاران، ۲۰۰۶). از علل اختلاف نتایج این تحقیق با پژوهش حاضر می توان به میانگین سنی شرکت کنندگان در مطالعه آنا استرومیرگ و همکاران اشاره کرد که ۷۰ سال بود و شرکت کنندگان در این مطالعه با محدودیت های ناشی از افزایش سن مانند مشکلات شناختی، بینایی و حرکتی روبرو بودند، در حالی که میانگین سنی شرکت کنندگان مطالعه حاضر ۵۶/۷ سال بود.

یافته های این پژوهش نشان داد که رفتارهای خودمراقبتی به عنوان یک شیوه آموزشی می تواند تاثیر قابل ملاحظه و ماندگاری بر کیفیت زندگی بیماران داشته باشد. یافته های مطالعه حاضر موثر بودن روش آموزش رفتارهای خودمراقبتی را بر بهبود تمام ابعاد کیفیت زندگی بیماران دارای ضربان ساز دائمی قلب و میانگین کیفیت زندگی آنان مورد تاکید قرار می دهد. اصل مهم در خودمراقبتی، مشارکت و قبول مسئولیت از طرف بیمار است تا با انجام صحیح رفتارهای مراقبت از خود، بسیاری از عوارض بیماری کنترل شود (اسچریورز و همکاران، ۲۰۰۳). فعالیت های خودمراقبتی می تواند فرد را به سمت حفظ سلامت و خوب بودن سوق دهد، سازگاری فرد را بیشتر نماید و میزان ناتوانی و از کار افتادگی بیماران و هزینه های درمانی را کاهش دهد (کانل، ۲۰۰۸).

نتیجه گیری

آموزش رفتارهای خودمراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران دارای ضربان ساز دائمی قلب در تمامی ابعاد کیفیت زندگی (جسمی، روانی و اجتماعی) تاثیر مثبت داشت. ز اهداف مهم هر تحقیق استفاده از نتایج آن در عمل می باشد تا بتواند راه گشای مشکلات موجود و بهبود وضعیت گردد. نتایج این تحقیق بیانگر آن است که آموزش رفتارهای خودمراقبتی باعث بهبود مراقبت از خود و کیفیت زندگی بیماران بعد از تعبیه ضربان ساز دائم می شود، لذا پیشنهاد می شود که پرستاران در حین انجام مداخلات پرستاری، رفتارهای مراقبت از خود را به بیماران آموزش دهند و آموزش های برنامه ریزی شده ای بر اساس سن، جنس، و سطح تحصیلات بیماران تدوین نمایند.

نتایج این پژوهش می‌تواند راهنمایی برای مدیران پرستاری و دست‌اندرکاران آموزش پرستاری باشد تا تاثیر رفتارهای خودمراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران بعد از تعبیه ضربان‌ساز را بشناسند و با برپایی کلاس‌ها و دوره‌های آموزشی در ارتقای آگاهی کادر درمانی و دانشجویان پرستاری در زمینه شناخت مفهوم کیفیت زندگی و عوامل موثر بر ارتقای آن اهتمام ورزند.

نتایج این مطالعه راهنمایی جهت ارائه مراقبت بیمار محور و مبتنی بر نیاز بیمار و همچنین، برای تصمیم‌گیری مبتنی بر نیاز خودمراقبتی بیمار در زمان بستری و پس از ترخیص است. با توجه به نتایج این تحقیق که آموزش رفتارهای خودمراقبتی را به عنوان یکی از عوامل موثر در بهبود کیفیت زندگی معرفی می‌کند، پیشنهاد می‌شود رفتارهای خودمراقبتی توسط رسانه‌های ارتباط جمعی در تمام سطوح جامعه آموزش داده شود.

یکی از محدودیت‌های مطالعه، تفاوت‌های فردی و انگیزه‌های متفاوت واحدهای مطالعه بود که ممکن بود بر یادگیری رفتارهای خودمراقبتی اثر داشته باشد.

تقدیر و تشکر

این مقاله منتج از پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد است. بدین وسیله از حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی تهران و همکاری بیمارستان قلب و عروق شهید رجائی تهران در انجام این مطالعه تشکر می‌گردد.

منابع فارسی

- النبوگن کنت. پیس میکرو و دفیبریلاتورهای قلبی کاشتنی. ترجمه مجید حق جو. تهران: انتشارات ماهتاب؛ ۱۳۸۳.
- اسماعیلی مریم. بررسی ارتباط کیفیت زندگی با خودکارآمدی بیماران تحت همودیالیز در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۱۳۸۳. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده پرستاری و مامایی، سال ۱۳۸۳، صفحه ۲۹ و ۳۰.
- قلمقاش رضا. ۱۳۸۸. رئیس انجمن توانبخشی قلب و عروق و تنفس ایران: www.icra.ir.

منابع انگلیسی

- Asadi-Lari, M., Javadi, H.R., Melville, M. Oldridge, N.B., & Gray, D. (2003). Adaptation of the MacNew quality of life questionnaire after myocardial infarction in an Iranian population. *Health and Quality of Life Outcomes*. Available at: <http://www.hqlo.com/content/1/1/23>.
- Bagheri, H., Memarian, R., & Alhani, F. (2007). Evaluation of the effect of group counselling on post myocardial infarction patients: determined by an analysis of quality of life. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 402-406.
- Braunwald, E., Zipes, D.P., & Libby, P. (2009). *Heart disease textbook of cardiovascular medicine*. 9th eds, Philadelphia: Saunders, 830-840.
- Connell, M. (2008). Self care is heparin indigent patients with hearth failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 23(3), 223-30.
- Deccache, A., & Aujoulat, I.A. (2001). European perspective: common developments, differences and challenges in patient education. *Patient Education*, (44), 7-14.
- Deaton, C., Grady, K.L. (2004). State of science for cardiovascular nursing outcomes. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 19(5), 329-338.
- Dixon, T., Lim, L.L., Powell, H., & Fisher, J.D. (2000). Psychosocial experiences of cardiac patients in early recovery: A community-based study. *Journal of Advanced Nursing*, 31(6), 1368-1375.
- Dura, F., et al. (2001). How different pacemaker patients are recipients of implantable cardioverter-defibrillator with respect to psychosocial adaptation, effective disorders, and quality of life?. *Heart*, 85(4), 375-379.
- Ellenbogen, K.A., Wood, M.A. (2002). *Cardiac pacing and ICDs*. London: Blackwell Science.
- Esmailie, R. (1997). Survey of clinical nurses views about the problems of patient teaching. Unpublished Thesis. Tehran: Iran University of Medical Sciences.
- Hemel, J.W.M., et al. (2006). Followpace study a prospective study on the cost-effectiveness of routine follow up visit in patients with a pacemaker. *Europace*, 8, 60-64.



- Jaarsma, T. et al. (2000). Self care and quality of life in patient with advanced heart failure: the effect of a supportive educational intervention. *Heart Lung*, 29(5), 319-330.
- Kodiath, M., Kelly, A., & Shively, M. (2005). Improving quality of life in patient with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(1), 43-4.
- Noohi, F., & Tabatabaei, H. (2001). The current status of cardiovascular medicine in the Islamic Republic of Iran. *Iranian Heart Journal*, 2(2-5), 52.
- Pashkow, F.J., & Dafoe, W.A. (2000). *Clinical cardiac rehabilitation*. 2nd eds. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Schreurs, K.M., et al. (2003). Development, content and process evaluation of a short self-management intervention in patients with chronic disease requiring self-care behaviors. *Patients Education and Counseling*, 51, 133-141.
- Stroömberg, A., Dahlströma, U., & Fridlund, B. (2006). Computer-based education for patients with chronic heart failure: A randomised, controlled, multicentre trial of the effects on knowledge, compliance and quality of life. *Patient Education and Counseling*, 64, 128-135.
- Thompson, J.M., et al. (2002). *Mosby's clinical nursing*. 5th edsn. Mosby: St. Louis, Missouri.
- Tolijamo, M., & Hentinen, M. (2001). Adherence to self care and social support. *Journal of Clinical Nursing*, 10(5), 618-628.
- Zhan, L. (1992). Quality of life: Conceptual and measurement issues. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 795-800.



Effect of self-care education on quality of life among patients with permanent pacemaker

*Esmat Ataee¹, MSc

Majid Haghjoo², Cardiac Electrophysiologist

Asghar Dalvandi³, Ph.D

Hooman Bakhshandeh⁴, Ph.D

Abstract

Aim. The aim of this study was to examine the effect of self-care education on quality of life in patients following pacemaker implantation.

Background. One of the most common causes of death after myocardial infarction is arrhythmia resistant to treatment. This type of arrhythmia can be managed by pacemaker. The quality of life after pacemaker implantation is usually low, and self-care education may be a method to address this issue.

Method. In a randomized clinical trial study, 80 patients, candidate for permanent pacemaker implantation at Rajaie Cardiovascular, Medical and Research Center, were recruited to either control or experimental group through the blocked randomization. Data were collected using demographic form and the MacNew health-related quality of life questionnaire. The experimental group patients, in accompany with one first-degree relative, received one session of self-care education on the pre-implantation day. The content of this 30 minutes session was "how to use educational footage and pamphlets, and also, a face-to-face education. At the end of the session, the patients were given an "educational package". Following implantation, the experimental group patients were contacted once a week for one-month period. The data were analyzed by SPSS, version 15, using inferential statistics.

Results. There were no statistically significant difference between the experimental and control groups in the mean scores of emotional, physical, and social aspects of quality of life and overall quality of life, before self-care education; however, after intervention, a statistically significant difference was found in all these variables between experimental and control groups ($P=0.004$).

Conclusion. Self-care education could have an effect on the quality of life of patients after permanent pacemaker implantation.

Keywords: Quality of life, Self-care education, Permanent implantable pacemaker, Patient with pacemaker

1-Master of Science in Critical Care Nursing, Shahid Rajaee Cardiovascular Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
(*Corresponding Author)

2-Associate Professor, Department of Electrophysiology, Shahid Rajaee Cardiovascular Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3-Assistant Professor, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

4-Assistant Professor, Shahid Rajaee Cardiovascular Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran