مقاله تحقیقی

مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل
دوره هجدهم، شماره ۵، اردیبهشت ۱۳۹۵، صفحه ۲۵-۲۰

تاثیر مداخله آموزشی مدون بر ارتقاء کیفیت زندگی مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی

منصوره فتحانی (BSc)[۱]، منور افضل آقایی (PhD)[۲]، موسی الرضا تدین فر (MSc)[۳*]

۱-دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار
۲-گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد
۳-گروه آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

دریافت: ۹۴/۶/۱۲، اصلاح: ۹۴/۷/۶، پذیرش: ۹۴/۱۰/۱۶

خلاصه

سابقه و هدف: بیماری های مزمن مانند نارسایی قلبی علاوه بر بیمار تاثیر قابل توجهی بر خانواده می گذارند. مسئولیت مراقبت از بیمار تنش زیادی برای مراقب ایجاد می کند و سلامت جسمانی و روانی آنان را تحت تاثیر قرار می دهد. مداخلات آموزشی، کیفیت مراقبت از بیمار را بهبود بخشیده و موجب ارتقاء سلامت جسمی و روانی مراقب می گردد. این مطالعه به منظور تعیین تاثیر مداخله آموزشی مدون بر ارتقاء کیفیت زندگی مراقبین بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه کارآزمایی بالینی بر روی ۱۲۰ نفر از مراقبین بیماران مبتلا به نارسایی قلب در بخش قلب بیمارستان قائم (عج) مشهد در سال ۹۳ بـه صـورت نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه کنترل و مداخله تقسیم شدند، انجام گردید. مداخله آموزشی مدون تدوین شده و به روش چهـره بـه چهـره برگزار گردید. و برای گروه کنترل آموزش های روتین بخش اجرا شد. پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 در ابتدا و یک ماه پس از اجرای مداخله آموزشی توسط هر دو گروه تکمیل گردید. IRCT:۲۰۱۴۰۷۲۱۱۸۵۵۲N۱

یافته‌ها: بین دو گروه در بدو مطالعه از نظر مشخصات دموگرافیک و ابعاد ۸ گانه کیفیت زندگی تفاوت معنی دار آماری وجود نداشت. یک ماه پس از اجرای مداخله آموزشی مدون، میانگین نمره کلی کیفیت زندگی گروه مداخله (۲/۷۵±۸۱/۸۲) و گروه کنترل (۴/۳۶±۷۵/۹۷) از نظر آماری معنی دار بود (p<۰/۰۰۱).

نتیجه گیری: نتایج مطالعه نشان داد که آموزش مدون به مراقبین منجر به بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی می شود.

واژه‌های کلیدی: نارسایی قلبی، مراقب، کیفیت زندگی، آموزش.

مقدمه

نارسایی مزمن قلب اختلال ساختاری و عملکردی قلب در حال استراحت است. شیوع این بیماری با بالا رفتن سن افزایش می یابد. این بیماری علائم متنوعی را ایجاد می کند که شایع ترین آنها خستگی و تنگی نفس می باشد، زندگی و فعالیت های روزانه بیماران محدود می شود(۱). بیماری های مزمن مانند نارسایی قلبی علاوه بر بیمار تاثیر قابل توجهی بر خانواده می گذارند. در واقع خانواده به عنوان اساسی ترین رکن جامعه؛ مراقبت، حمایت مالی، عاطفی و خدمات بهداشتی را برای بستگان بیمار خود تامین می کنند (۲) و نقش بسیار مهمی در وضعیت و روند بهبود بیمار دارند(۳). آنچه که در افزایش توان سازگاری بیماران موثر است حمایتی است که آنان از سمت خانواده دریافت می کنند(۴). از طرفی مسئولیت برای مراقبت از یک عضو بیمار خانواده ممکن است منجر به خستگی و افسردگی گردد (۵) و می تواند تنش زیادی برای مراقب ایجاد کند خصوصا دوره های تشدید بیماری اگر بصورت مکرر رخ دهند و منجر به بستری شدن در بیمارستان گردند باعث ایجاد استرس بالا برای آنان می‌گردد (۶). بنابراین توجه به سلامت جسمانی و روانی آنان حائز اهمیت است (۴). ترس بیماران از تنها ماندن و محدودیت های حرکتی آنان سبب تغییراتی در زندگی روزمره سایر اعضای خانواده می گردد (۱). تعامل اجتماعی بیمار و خانواده محدود می شود که به عنوان یکی از دشوارترین جوانب در فشار مراقبتی گزارش شده توسط همسران بیماران نارسایی قلب است(۷). نتایج مطالعه Pressler و همکاران نشان داد که کیفیت زندگی خانواده بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در تمامی ابعاد کاهش یافته و علائم افسردگی با گذشت زمان افزایش می یابد (۶). افزایش فشار مراقبان عواقب متعددی از جمله انزوای خانواده، قطع امید از حمایت عاطفی و اجتماعی، اختلال در روابط خانوادگی، مراقبت ناکافی از بیمار و نهایتا رها کردن بیمار را در پی خواهد داشت. بنابراین آموزش به خانواده های دارای بیمار مزمن امری اجتناب ناپذیر است (۸). مراقبین نیازمند درک صحیح از بیماری هستند ولی شواهدی وجود دارد که اطلاعات، منابع و حمایت های آنان در این زمینه محدود است (۹). در واقع با بیماران نارسایی قلب و خانواده آنان نیازمند آموزش و حمایت در ارتباط

▣ این مقاله حاصل پایان نامه منصوره فتحانی دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری و طرح تحقیقاتی به شماره ۹۱۱۴۲۲۳ دانشگاه علوم پزشکی سبزوار می باشد
* مسئول مقاله: موسی الرضا تدین فر
آدرس: سبزوار، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه داخلی- جراحی. تلفن: ۰۵۱-۴۴۴۴۵۶۲۲
E-mail: mtadayonfar@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.18.5.3.5]
[DOI: 10.22088/jbums.18.5.20]

با رژیم دارویی، نحوه مصرف داروها، رژیم غذایی، فعالیت ها ، تشخیص علائم عود بیماری و انجام اقدام مناسب در هنگام بروز علائم هستند. لذا استفاده از یک برنامه آموزشی–حمایتی متناسب با نیازهای آموزشی بیمار و مراقبین آنها می‌تواند بطور چشمگیری از بروز علائم و شکایات آنها کاسته و منجر به ارتقاء کیفیت زندگی شان گردد (۱۰). همچنین نیاز های مهم یادگیری و محتوی آموزشی جهت خود مراقبتی حائز اهمیت است و پرستاران در جهت آموزش به بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، نیازمند کسب اطلاعات از بیماران هستند تا بتوانند مداخلات آموزشی اثر بخش متناسب با نیاز بیمار و خانواده طراحی کنند (۱۱). نتایج مطالعه Dunbar و همکاران نشان داد بیمارانی که در حضور خانواده در مورد خود مراقبتی آموزش دیده اند توان خود مراقبتی بیشتری داشته و بدنبال آن فشار مراقبتی مراقبان کاهش می یابد (۵). بنابراین می توان چنین استنباط کرد بهبود توان خود مراقبتی بیماران می تواند تاثیر مثبت بر جنبه های مختلف کیفیت زندگی مراقبین هم داشته باشد. چنین مداخلات آموزشی برای کاهش میزان فشار های وارده برای مراقبت کننده باید بکار گرفته شود تا هم کیفیت مراقبت از بیمار بهتر شود و هم سلامت جسمی و روانی مراقبت کننده بعنوان یک بیمار پنهان ارتقا یابد (۱۲). از آنجایی که پرستاران در وضعیت منحصر به فردی جهت تعامل با بیمار و اعضای خانواده قرار دارند. آنها می توانند از طریق آموزش دانش، مهارت و حمایت لازم را برای حفظ و بهبود کیفیت مراقبت در خانه فراهم کنند (۱۳). لذا این مطالعه به منظور تعیین تاثیر مداخله آموزشی مدون بر ارتقاء کیفیت زندگی مراقبین بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی با شماره ثبت IRCT:۲۰۱۴۰۷۲۱۱۸۵۵۲N۱ بر روی مراقبین بیماران نارسایی قلب، بستری در بخش قلب بیمارستان قائم (عج) مشهد وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۱۳۹۳ انجام شد. جهت تعیین حجم نمونه از فرمول مقایسه میانگین ها برای شاخص کیفیت زندگی استفاده شد که با احتساب ریزش نمونه در مرحله دوم جمع آوری داده ها تعداد ۱۲۰ مراقب مشخص شد و پس از کسب مجوز و دریافت کد اخلاق از دانشگاه و اخذ رضایت نامه آگاهانه از مراقبین، وارد مطالعه شدند. نمونه گیری به صورت مستمر و به روش در دسترس انتخاب و با تخصیص تصادفی با استفاده از جدول اعداد تصادفی به دو گروه مساوی کنترل (n= ۶۰) و مداخله (n= ۶۰) تقسیم شدند. مراقبین در صورت داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، محدوده سنی بین ۳۰ تا ۷۰ سال، تشخیص بیماری نارسایی قلب بر اساس تشخیص پزشک و اکوکاردیوگرافی و قرار گرفتن بیماران در کلاس دو و بالاتر نارسایی قلب، عدم شرکت مراقب در هیچ برنامه رسمی آموزش خود مراقبتی و عدم رویداد و شرایط استرس زای ناگهانی زندگی طی ۶ ماه گذشته بوارد مطالعه شدند و مراقبینی که بیماری روان، بیماری مزمن، معلولیت جسمی داشتند، از مطالعه خارج شدند. اطلاعات دموگرافیک و سوالات مربوط به کیفیت زندگی توسط پرسشنامه تکمیل گردید. پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 دارای هشت بعد و ۳۶ سوال می باشد. هشت بخش آن شامل: سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی، سلامت عاطفی، انرژی و خستگی، عملکرد جسمی، درد بدنی، ایفای نقش جسمی، ایفای نقش روحی، می باشد. هر بخش بین صفر تا ۱۰۰ نمره گذاری شده است. امتیاز صفر نشان دهنده پایین ترین سطح و صد بالاترین سطح کیفیت زندگی فرد می باشد. این پرسشنامه توسط Ware و Sherbourne در سال ۱۹۹۲ ساخته شده (۱۴) و اعتبار و پایایی آن در جمعیت ایرانی مورد تایید قرار گرفته است (۱۵). همچنین جهت تعیین ثبات درونی این پرسشنامه نیز از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد (۰/۸۶ =α). داده ها در دو نوبت قبل و بعد از مداخله در دو گروه گردآوری شد. بدین ترتیب پرسشنامه مذکور قبل از مداخله آموزشی توسط دو گروه به شیوه مصاحبه تکمیل گردید. سپس در گروه مداخله، ابتدا نیازسنجی آموزشی به روش مصاحبه مشخص شد، سپس علاوه بر مراقبت معمول بخش، برنامه آموزشی مدون و مبتنی بر نیاز های آموزشی مراقب تهیه شد که بین یک تا چهار جلسه و هر جلسه، حدودا نیم تا یک ساعت در حضور بیمار و مراقب برگزار شد. آموزش به صورت چهره به چهره، سخنرانی و همرا با پاسخگویی به سوالات احتمالی انجام گرفت. محتوای کلی برنامه آموزشی شامل: ماهیت بیماری، نوع و میزان فعالیت و ورزش های مجاز، رژیم غذایی مناسب، عوامل تشدید کننده بیماری و راه های کنترل آن ها، داروها (نام دارو، زمان مصرف، مقدار مصرف، عوارض داروها، نحوه مصرف و ...)، ویزیت مجدد (پیگیری درمان)، کنترل استرس و اضطراب، زمان مناسب برای برگشت به کار بود. هنگام ترخیص، کتابچه آموزشی که شامل تمام مطالب آموزشی بود در اختیار بیمار و مراقب قرار گرفت و از آنها خواسته شد موارد آموزشی را در منزل به کار گیرند. بیماران و مراقبین گروه کنترل از آموزش های رایج بخش بهره مند شدند. به منظور ارزشیابی برنامه آموزشی پس از یک ماه دوباره کیفیت زندگی هر دو گروه (کنترل و مداخله) به روش مصاحبه سنجیده شد و سپس مورد مقایسه و تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل از نرم افزار spss نسخه ۱۶ استفاده شد. جهت بررسی توزیع متغیر های کمی، آزمون کولموگروف –اسمیرونوف انجام شد. جهت بررسی دو گروه از نظر همگن بودن از آزمون های تی مستقل و کای دو، و جهت توصیف مشخصات واحدهای پژوهش از آمار توصیفی استفاده شد. برای مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی مراقبین در دو مرحله قبل و بعد از مداخله در هر یک از گروه های کنترل و مداخله از آزمون تی زوجی و ویلکاکسون و جهت مقایسه میانگین نمرات بین دو گروه کنترل و مداخله در هر مرحله از تحقیق از آزمون تی مستقل و من ویتنی استفاده شد. جهت تعیین رابطه بین تغییرات کیفیت زندگی بعد از مداخله آموزشی بر حسب مشخصات فردی مراقبین آزمون آنالیز واریانس دو طرفه انجام شد و $p<0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد، اکثر واحدهای پژوهش (۳۰/۵۸٪) زن و (۹۵/۷۴٪) متاهل بوده و هیچکدام از واحدهای پژوهشی مطلقه نبودند. میانگین سنی آنها در گروه کنترل (۱۰/۸۹±۴۲/۱۵ سال) و در گروه مداخله (۱۲/۱۲±۴۴/۷۵ سال) بود($p<0/21$). اکثر واحدهای پژوهشی در گروه کنترل (۷/۵۱٪) فرزند بیمار و در گروه مداخله (۵۰٪) همسر بیمار بودند (جدول ۱). بیماران در دو گروه از نظر متغیر های سن، جنس، کسر تخلیه، مدت ابتلا به بیماری، دفعات و مدت بستری و درجه نارسایی قلبی در دو گروه کنترل و مداخله همگن بودند. میانگین نمره ابعاد ۸ گانه کیفیت زندگی در بدو ورود به مطالعه تفاوت معنی دار آماری نداشت اما یک ماه پس از اجرای مداخله آموزشی، در بعد

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.18.5.3.5]
[DOI: 10.22088/jbums.18.5.20]

سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی، سلامت عـاطفی، انـرژی و خسـتگی، عملکـرد جسمی، درد جسمی و همچنین نمره کلی کیفیت زنـدگی بـین دو گـروه اخـتلاف آماری معنی دار داشت (p<۰/۰۰۱). که نشان دهنده افزایش میانگین نمره کیفیت زندگی در گروه آزمون بود.

جدول ۱. توزیع فراوانی نسبی بر حسب مشخصات دموگرافیک مراقبین در دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	گروه	مداخله تعداد(درصد)	کنترل تعداد(درصد)	p-value
جنس				
	زن	۳۸(۳/۶۳)	۳۲(۵۳/۳)	۰/۲۶
	مرد	۲۲(۳۶/۷)	۲۸(۴۶/۷)	
وضعیت تاهل				
	مجرد	۱۳(۲۱/۷)	۱۶(۲۶/۷)	۰/۴۷
	متاهل	۴۷(۷۸/۳)	۴۳(۷۱/۶)	
	همسر فوت شده	.....	۱(۱/۷)	
تحصیلات				
	ابتدایی	۲۹(۴۸/۳)	۲۴(۴۰)	۰/۸۳
	راهنمایی	۱(۱/۷)	۱(۱/۷)	
	دیپلم	۱۵(۲۵)	۱۷(۲۸/۳)	
	بالاتر از دیپلم	۱۵(۲۵)	۱۸(۳۰)	
وضعیت شغلی				
	خانه دار	۲۵(۴۱/۷)	۲۵(۴۱/۷)	۰/۶۳
	کارمند	۴(۶/۷)	۶(۱۰)	
	بازنشسته یا بیکار	۱۴(۲۳/۳)	۹(۱۵)	
	آزاد	۱۷(۲۸/۳)	۲۰(۳۳/۳)	
نسبت مراقب با بیمار				
	پدر یا مادر	.....	۱(۱/۷)	۰/۵۵
	خواهر یا برادر	۳(۵)	۴(۶/۷)	
	همسر	۳۰(۵۰)	۲۴(۴۰)	
	فرزند	۲۷(۴۵)	۳۱(۵۱/۷)	

نتایج نشان دهنده افزایش مختصر میانگین نمـره بعـد ایفـای نقـش روحـی مراقبین در گروه مداخله بود. اما این تفاوت از لحاظ آماری معنی دار نبود. همچنین نتایج نشان داد میانگین نمره بعد از ایفای نقـش جسـمی بـین دو گـروه کنتـرل و مداخله پس از اجرای مداخله تفاوت آماری معنی داری نداشت (جدول ۲). در گروه کنترل میانگین نمره کلی کیفیت زنـدگی از ۷۵/۵۴±۸/۵۱ در قبـل از مداخلـه بـه ۷۵/۹۷±۴/۳۶ بعد از مداخله رسید که این تفاوت از لحاظ آمـاری معنـی دار نبـود. میانگین نمره کلی کیفیت زندگی در گروه آزمون، پس از اجـرای مداخلـه افـزایش معنی داری یافت، به طوریکه از ۷۳/۳۵±۶/۹۶ به ۸۱/۸۲±۲/۷۵ افزایش یافته بود (p<۰/۰۰۱). بعلاوه در مقایسه میانگین نمره کلی کیفیت زندگی بین گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله تفاوت آماری معنی داری مشاهده نشـد، در حالیکـه بعـد از مداخله بین دو گروه تفاوت معنی داری مشاهده شد (p<۰/۰۰۱). جهـت سـنجش ارتباط بین برخی مشخصه های فردی با میزان تغییرات کیفیت زندگی بعد از انجام مداخله در مراقبین آزمون آنالیز واریانس دو طرفه انجام شد. نتایج نشـان داد هـیچ یک از متغیرها بر متغیر وابسته تاثیر نداشته و تنها اثر برنامـه آموزشـی مبتنـی بـر نیازهای خود مراقبتی بر متغیر وابسته اعمال شده است.

جدول ۲. مقایسه ابعاد هشتگانه کیفیت زندگی مراقبین بیماران نارسایی قلب، قبل و یک ماه بعد از مداخله آموزشی در دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	گروه	قبل ازمداخله Mean±SD	یکماه پس از مداخله Mean±SD	p-value
سلامت عمومی	مداخله	۵۸/۲۴±۱۰/۲۹	۶۲/۳۸±۶/۵۱	۰/۰۲
	کنترل	۵۸/۷۹±۱۱/۴۹	۵۵/۶۰±۷/۲۸	۰/۰۵۷
	p-value	۰/۷۸	p<۰/۰۰۱	
عملکرد اجتماعی	مداخله	۷۳/۱۶±۱۲/۴۱	۸۱/۰۹± ۹/۵۵	p<۰/۰۰۱
	کنترل	۷۶/۶۶±۱۴/۶۹	۷۳/۲۷±۱۲/۴۸	۰/۶۱
	p-value	p=۰/۱۶	p<۰/۰۰۱	
سلامت عاطفی	مداخله	۶۵/۵۵±۱۱/۱۵	۷۲/۹۴±۸/۳۵	p<۰/۰۰۱
	کنترل	۶۸/۳۳±۱۲/۰۴	۶۴/۳۹±۱۰/۴۶	۰/۰۵۳
	p-value	۰/۱۹	p<۰/۰۰۱	
انرژی و خستگی	مداخله	۶۴/۷۲±۱۲/۴۷	۷۱/۶۸±۸/۹۱	p<۰/۰۰۱
	کنترل	۶۶/۵۹±۱۳/۲۰	۶۴/۰۴±۸/۰۵	۰/۲۱
	p-value	۰/۴۲	p<۰/۰۰۱	
عملکرد جسمی	مداخله	۸۴/۵۰±۱۳/۹۳	۹۰/۹۵±۴/۷۸	p<۰/۰۰۱
	کنترل	۸۷/۱۶±۱۲/۶۳	۸۶/۰۱±۵/۹۷	۰/۳۳
	p-value	۰/۲۷	p<۰/۰۰۱	
درد جسمی	مداخله	۸۷/۱۶±۱۴/۸۵	۸۶/۹۰±۷/۴۸	۰/۴۴
	کنترل	۸۶/۰±۱۷/۰۹	۷۶/۰۰±۱۲/۵۶	۰/۰۰
	p-value	۰/۹۱	p<۰/۰۰۱	
ایفای نقش جسمی	مداخله	۷۸/۷۵±۱۸/۸۸	۸۳/۴۸±۶/۸۵	۰/۲۷
	کنترل	۸۲/۵۰±۱۸	۸۳/۵۵±۸/۲۷	۰/۴۷
	p-value	۰/۲۵		
ایفای نقش روحی	مداخله	۷۴/۷۲±۱۹/۷۶	۸۰/۹۵±۵/۹	۰/۸۱
	کنترل	۷۸/۳۳±۱۸/۲۳	۷۷/۴۱±۱۰/۱۴	۰/۲
	p-value	۰/۳۲	۰/۰۹	

بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که برنامه آموزشی مدون و مبتنی بر نیازهای آموزشی سبب بهبودکیفیت زندگی مراقبین بیماران نارسایی قلبی می گردد. در واقع این برنامه آموزشی با افزایش آگاهی و ایجاد انگیزه در بیمار و خانواده آنها در بهبود عوارض روان شناختی و کاهش پیامدهای نامطلوب بیماری، پیشبرد سلامتی و توانمند سازی افراد جامعه بسیار موثر می باشد. Molazem و همکاران نشان دادند که برگزاری جلسات آموزشی تاثیر قابل توجهی بر بهبود کیفیت زندگی مراقبین در همه ابعاد داشته که این تفاوت از لحاظ آماری معنی دار بوده است

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.18.5.3.5]
[DOI: 10.22088/jbums.18.5.20]

(۱۶). نتایج مطالعه Jalili و همکاران نشان داد آموزش مراقبت های ویژه بر استرس و کیفیت زندگی مادران کودکان فلج مغزی ۱۲-۴ ساله موثر می باشد. در این مطالعه، مداخله آموزشی به صورت کارگاه ۳ ساعته برگزار گردید و اصول کلی مراقبت از کودک آموزش داده شد و در نهایت کیفیت زندگی والدین پس از سه ماه ارزیابی گردید که نشان دهنده تاثیر مداخله آموزشی بر ارتقاء کیفیت زندگی والدین بود در واقع برنامه آموزشی با افزایش آگاهی والدین توانسته سبب تغییر نگرش و باور والدین در مراقبت از کودک شان شده، افزایش سازگاری را به دنبال داشته و سبب بهبود کیفیت زندگی شان گردید(۱۷). نتایج مطالعه Lofvenmark و همکاران نشان داد که اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی مراقبین قبل، شش و دوازده ماه پس از مداخله آموزشی در دو گروه کنترل و مداخله تفاوت آماری معنی داری ندارد. در واقع مداخله آموزشی چند حرفه ای نتوانسته تاثیری بر کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی مراقبین داشته باشد(۱).

در مطالعه Lofvenmark جلسات آموزشی با فاصله یک ماه برگزار گردید و با توجه به اینکه جلسات به صورت گروهی برگزار شد امکان نیازسنجی آموزشی وجود نداشت. در مطالعه حاضر برنامه آموزش به صورت انفرادی و بر اساس نیازسنجی طراحی شد. با توجه به ماهیت پیشرونده بیماری و تغییر در نیازهای آموزشی بیماران و مراقبین و با توجه با اینکه عوامل گوناگونی می تواند کیفیت زندگی افراد را تحت تاثیر خود قرار دهد لذا در مطالعه حاضرکیفیت زندگی یک ماه پس از اجرای مداخله سنجیده شد و تا حد امکان سعی شد متغیرهای مخدوش کننده تحت کنترل باشند. در حالیکه در مطالعه Lofvenmark سنجش کیفیت زندگی شش و دوازده ماه پس از مداخله انجام شد. بنابراین عوامل مخدوش کننده قطعا توانسته بر نتایج مطالعه آنان تاثیر بگذارد. Agren و همکاران مداخله ای آموزشی–حمایتی جهت بیماران مبتلا به نارسایی قلب و همسرانشان انجام دادند. سه جلسه آموزشی- حمایتی در منزل و یا در کلینیک نارسایی قلب دو، شش و دوازده هفته پس از ترخیص انجام شد. آموزش به روش چهره به چهره و حدودا ۶۰ دقیقه انجام شد و در نهایت نرم افزار آموزشی به زوج تحویل داده شد. سه و دوازده ماه پس از اجرای مداخله مجددا پرسشنامه ها تکمیل گردید. نتایج نشان داد مداخله مذکور تاثیری بر کیفیت زندگی زوجها نداشته است (۱۸). در مطالعه Agren و همکاران نیز سنجش کیفیت زندگی در مرحله دوم طولانی بوده و اگرچه نرم افزار آموزشی در اختیار زوج ها قرار داده شد اما ابزاری وجود نداشت که نشان دهد آیا آنها واقعا از این نرم افزار آموزشی استفاده کرده اند یا خیر؟. در مطالعه حاضر مشخص شد مداخله آموزشی بیشترین تاثیر را بر بعد عملکرد اجتماعی مراقبین داشته است. این طور می توان استنباط کردکه بهبود توان خود مراقبتی بیماران باعث کاهش وابستگی به دیگران و افزایش استقلال در انجام فعالیت های معمول زندگیشان شده و به دنبال آن مراقبین وقت بیشتری را برای امور زندگی خود داشته اند. همانطور که Dunbar و همکاران نشان دادند که بیمارانی که در حضور خانواده در مورد خود مراقبتی آموزش دیده اند توان خود مراقبتی بیشتری داشته و به دنبال آن فشار مراقبتی مراقبان کاهش یافته بود (۵). نتایج این هدف با مطالعه Rodgers و همکاران با عنوان تاثیر برنامه آموزشی بر دانش، رضایت از خدمات و کیفیت زندگی بیماران سکته مغزی و مراقبین آنها همسو نمی باشد. Rodgers شش جلسه آموزشی یک ساعته برای بیمار و مراقب در ارتباط با بیماری سکته مغزی برگزار کرد که نتایج نشان داد که این مداخله آموزشی تاثیر منفی بر بعد عملکرد اجتماعی مراقبین گذاشته است و استنباط شده که افزایش دانش در مورد بیماری سبب شده مراقبین وقت بیشتری را با بیماران بگذرانند و جهت فعالیت های اجتماعی وقت کمتری داشته باشند(۱۹). نتایج مطالعه Rodgers و همکاران با مطالعه Mir و همکاران تحت عنوان بررسی ارتباط کیفیت زندگی و راه های مقابله با استرس در خانواده بیماران مبتلا به MS همسو نمی باشد. بر اساس نتایج مطالعه میر افزایش آگاهی بیماران و مراقبت کنندگان آنها در جهت آشنایی با ماهیت بیماری، اقدامات درمانی و مراقبتی ایشان می تواند تا حد زیادی باعث بهبود کیفیت زندگی آنها شود (۲۰).

نتایج نشان داد برنامه آموزشی مبتنی بر نیازهای خود مراقبتی بیماری نارسایی قلب باعث بهبودی کیفیت زندگی به صورت کلی و در تمامی ابعاد آن به جز ابعاد ایفای نقش جسمی و ایفای نقش روحی بود، که البته با توجه به نوع آیتم‌های تشکیل دهنده این دو بعد که به موضوعاتی مانند کاهش مدت زمان کار و یا کمتر و با دقت کمتر به دلیل مشکلات عاطفی و جسمی مربوط می شد. این موضوع تا حدی قابل تبیین است، به این صورت که بسیاری از مراقبین در این زمینه ها دچار مشکلات شدید نبودند و در نتیجه تغییر خاصی نیز مشاهده نشد. از جمله محدودیت های این پژوهش، تفاوت های فردی و وضعیت روحی و روانی واحدهای پژوهش در هنگام پاسخگویی به سوالات بود که می توانست بر نحوه پاسخگویی آنها اثر بگذارد و کنترل کامل آن از عهده پژوهشگر خارج بود. یافته های این پژوهش نشان داد آموزش مدون و مبتنی بر نیازهای آموزشی (در ارتباط با بیماری نارسایی قلبی) سبب بهبود کیفیت زندگی مراقبین بیماران نارسایی قلبی می گردد. با توجه به اینکه این روش آموزشی موثر، آسان، کم هزینه و ایمن می باشد و نیازی به تجهیزات ویژه ندارد توصیه می شود جهت سایر مراقبین بیماران مزمن نیز بکارگرفته شود.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از مسئولین دانشگاه علوم پزشکی سبزوار و مشهد، پرسنل بیمارستان قائم (عج)، بیماران و مراقبین محترم که در انجام این تحقیق یاری نمودند، تقدیر و تشکر می گردد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.18.5.3.5]
[DOI: 10.22088/jbums.18.5.20]

Evaluation of the Effect of Designated Educational Intervention on the Improvement of Quality of Life in Caregivers of Patients with Chronic Heart Failure

M. Fathani (BSc)[1], M. Afzal Aghaee (PhD)[2], M.R Tadayonfar (MSc)[3*]

1.Faculty of Nursing and Midwifery, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, I.R. Iran
2.Department of Biostatistics and Epidemiology, Faculty of Health. Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, I.R. Iran
3.Department of Nursing, University of Medical Sciences, Sabzevar, I.R.Iran

J Babol Univ Med Sci; 18(5); May 2016; PP: 20-5
Received: Sep 3th 2015, Revised: Sep 28th 2015, Accepted: Jan 6th 2016

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Chronic diseases, such as heart failure, have an adverse impact on the life of the patients and their families. Responsibilities of patient care may give rise to tension and anxiety, affecting the mental and physical health of caregivers. Educational interventions have been shown to enhance the quality of care, as well as the mental and physical health of patient caregivers. This study aimed to evaluate the effects of a designated educational intervention on the improvement of quality of life in caregivers of patients with chronic heart failure (CHF).

METHODS: This randomized clinical trial was conducted on 120 family caregivers of CHF patients admitted to the Cardiac Care Unit of Ghaem Hospital of Mashhad, Iran in 2014. Participants were selected via available sampling and randomly allocated to two groups of intervention and control. Designated educational program consisted of face-to-face interviews with the participants in the intervention group, while control subjects only received routine care and training. Data were collected using the Short-Form Health Survey (SF-36) to assess the quality of life in both groups before and one month after the intervention (IRCT: 2014072118552N1).

FINDINGS: In this study, no statistically significant difference was observed between the groups in terms of demographic characteristics and eight domains of SF-36 at the beginning of the study. One month after the designated educational intervention, total mean score of quality of life was 81.82±2.75 in the intervention group and 75.97±4.36 in the control group, which had a statistically significant increase compared to before the intervention ($p<0.001$).

CONCLUSION: According to the results of this study, implementation of designated educational programs could improve the quality of life of the caregivers of CHF patients.

KEY WORDS: *Chronic heart failure, Caregiver, Quality of life, Education.*

Please cite this article as follows:

Fathani M, Afzal Aghaee M, Tadayonfar MR. Evaluation of the Effect of Designated Educational Intervention on the Improvement of Quality of Life in Caregivers of Patients with Chronic Heart Failure. J Babol Univ Med Sci. 2016;18(5):20-5.

***Corresponding author: M.A. Tadayonfar(MSc)**
Address: Department of Medical Surgical, School of Nursing and Midwifery, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, I.R.Iran
Tel: +98 51 44445622
E-mail: mtadayonfar@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.18.5.3.5]
[DOI: 10.22088/jbums.18.5.20]

References

1.Lofvenmark C, Saboonchi F, Edner MB,Billing E, Mattiasson A. Evaluation of an educational programme for family members of patients living with heart failure: a randomised controlled trial. J Clin Nurs. 2013;22(1-2):115-26.

2.Masoodi R, Soleimani M, Alhani F, Rabiei L, Bahrami N, Esmaeili S. Effects of family-centered empowerment model on perceived satisfaction and self concept of multiple sclerosis patients caregivers. Koomesh. 2013;14(2):240-8. [In Persian].

3.Mokhber N, Azarpazhooh M, Asgharipour N. Association between caregiver burn out and clinical state in persons with parkinson disease. J Fundament MentHealth. 2013;14(4):286-93. [In Persian].

4.Abbasi A, Ashrafrezaee N, Asayesh H, Shariati A, Rahmani H, Mollaei E, et al. The Relationship between caring burden and coping strategies in hemodialysis patients caregivers J Urmia Nurs Midwife Facul. 2012;10(4):532-9. [In Persian]

5.Dunbar SB, Clark PC, Quinn C, Gary R, Kaslow N. Family influences on heart failure self- care and outcomes. J cardiovasc nurs. 2008;23(3):258-65.

6.Pressler S, Gradus P, Chbineski D, Smith G, Wheeler S, Sloan R. Family caregiver outcomes heart failure. Am J crit care. 2009;18(2):149-59.

7.Agren S, Evangelista L, Strömberg A. Do partners of patients with chronic heart failure experience caregiver burden?. Eur J Cardiovasc Nurs. 2010;9(4):254-62.

8.Salahi S, Javanbakhtian R, Hasheminia A, Habibzadeh H. The effect of family–centered empowerment model on quality of life of hemodialysis patients. J Urmia Nurs Midwife Facul. 2012;10(1):61-7. [In Persian].

9.Navidian A, Pahlavanzadeh S, Yazdani M. The effectiveness of family training on family caregivers of inpatients with mental disorders. Iran J Psychiat Clin Psychol. 2010;16(2):99-106. [In Persian].

10.Rezai Loye H, Dalvandi A, Hosseini M, Rahgozar N. The effect of self-care education on quality of life among patients with heart failure. J Rehabil. 2009;10(2):22-6. [In Persian]

11.Rafii F, Shahpoorian F, Naasher Z, Azarbaad M, Hosseini F. The Importance of Learning Needs of CHF Patients from Patients' and Nurses' Perspective. IJN. 2009;22(57):19-30. [In Persian].

12.Khatiban M, Kheirollahi A, Oshvandi K, Alhani F, Feradmal J, Fardmal J. The effect of family-based education on knowledge and self-esteem of caregivers of patients with stroke: a randomized controlled trial. J Mazandaran Univ Med Sci. 2014;23(110):244-50. [In Persian].

13.Masoodi R, Alhani F, Moghadassi J, Ghorbani M. The effect of family-centered empowerment model on skill, attitude , and knowledge of multiple sclerosis caregivers. Birjand Univ Med Sci. 2010;17(2):87-97. [In Persian].

14.Ware J, Sherbourne C. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care. 1992;30(6):473 - 83.

15.Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M,Gandek B. The Short Form Health Survey) SF-36): translation and validation study of the Iranian version. Qual Life Res. 2005;14:875-82. [In Persian].

16.Molazem Z, Falahati T, Jahanbin I, Jafari P, Ghadakpour S. The Effect of Psycho-Educational Interventions on the Quality of Life of the Family Caregivers of the Patients with Spinal Cord Injury: A Randomized Controlled Trial. IJCBNM. 2014;2(1):31-9. [In Persian].

17.Jalili N, Rassafiani M, Dalvand H, Haghgoo H, Farzi M. The effectiveness of handling training on stress and quality of life among mothers of children with cerebral palsy aged 4-12 years old. Res Rehabil Sci. 2013;9(1):1-11. [In Persian]

18.Agren S, Evangelista A, Hjelm C, StRomberg A. Dyads affected by chronic heart failure: a randomized study evaluating effects of education and psychosocial support to patients with heart failure and their partners. J Card Fail. 2012;18(5):359-66.

19.Rodgers H, Atkinson C, Bond S, Suddes M, Dobson R, Curless R. Randomized controlled trial of a comprehensive stroke education program for patients and caregivers. Am Heart Associa. 1999;30:2585-91.

20.Mir M, Safavi M, Fesharaki M, Farhadi S. Determine of association quality of life and stress coping method among the caregiver of patient with multiple sclerosis; MS society, Ahvaz. Med J. 2011;10(5):564-72. [In Persian]

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.18.5.3.5]
[DOI: 10.22088/jbums.18.5.20]