

تأثیر آموزش تصویری بر فعالیت‌های خودمراقبتی در مبتلایان به نارسایی احتقانی قلبی مراجعه‌کننده به بیمارستان عباسی میاندوآب-۱۳۹۵

رقیه سعیدپور^۱، شمس‌الدین شمس^{۲*}، رحیم بقایی^۳، حمیدرضا خلخالی^۴

تاریخ دریافت ۱۳۹۶/۰۱/۲۶ تاریخ پذیرش ۱۳۹۶/۰۴/۰۱

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: نارسایی قلبی یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن و عمده‌ترین عامل مرگ‌ومیر در جهان است که با شیوع پیش‌رونده بالا و پذیرش بیمارستانی غیرقابل پیش‌بینی همراه است. خودمراقبتی یکی از جنبه‌های مهم درمان در این بیماران به شمار می‌رود. هدف از این مطالعه تعیین تأثیر آموزش تصویری بر فعالیت‌های خودمراقبتی در مبتلایان به نارسایی احتقانی قلبی بود.

مواد و روش کار: در این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی، تعداد ۷۰ نفر از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مراجعه‌کننده به بیمارستان عباسی میاندوآب در سال ۱۳۹۵ به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب و به‌طور تصادفی به دو گروه کنترل (۳۵ نفر) و مداخله (۳۵ نفر) تقسیم شدند. گروه کنترل آموزش‌های روتین بخش را دریافت کرده و گروه مداخله تحت آموزش تصویری قرار گرفتند. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه قبل و بعد از آموزش جمع‌آوری گردید. از آزمون‌های آماری کای دو، تی زوجی و تی مستقل برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که در گروه کنترل میانگین نمره خودمراقبتی $11/97 \pm 45/83$ بوده که بعد از مداخله به $11/61 \pm 46/64$ افزایش یافت که به لحاظ آماری معنی‌دار نمی‌باشد ($P > 0/392$) در حالی که در گروه مداخله، میانگین نمرات قبل از مداخله $8/09 \pm 42/98$ بوده است که بعد از آموزش تصویری به $8/45 \pm 62/04$ افزایش یافته که به لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشد ($P < 0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری: یافته‌های به‌دست‌آمده از این پژوهش نشان می‌دهد که آموزش تصویری روش مناسبی برای آموزش این بیماران بوده، به‌طوری‌که آموزش‌های اجراشده با این روش در ارتقای رفتارهای خودمراقبتی مؤثر واقع شده است.

کلیدواژه‌ها: آموزش تصویری، خود مراقبتی، نارسایی احتقانی قلبی، میاندوآب

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره پانزدهم، شماره ششم، پی‌درپی ۹۵، شهریور ۱۳۹۶، ص ۴۶۸-۴۶۰

آدرس مکاتبه: ارومیه، کیلومتر ۱۱ جاده سرو، پردیس نازلو، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، تلفن: ۰۴۴-۳۲۷۵۴۹۱۶

Email: Shamsadin1@yahoo.com

مقدمه

نارسایی قلبی به‌عنوان یکی از بیماری‌های شایع و مزمن جایگاه بسیار مهمی را در عرصه بهداشت و درمان به خود اختصاص داده است (۲) و تنها بیماری شایع قلبی-عروقی است که میزان شیوع و وقوع آن رو به افزایش می‌باشد (۳، ۴).

نارسایی احتقانی قلبی سندرمی بالینی است که در آن اختلال در ساختمان یا عملکرد قلب موجب عدم توانایی آن در پمپاژ خون با سرعتی متناسب با نیازهای متابولیک بدن می‌شود. اختلال عضله قلب برای پمپاژ خون منجر به افزایش پس‌بار، دیلاتاسیون حفره‌ها

با پیشرفت تکنولوژی در تمام ابعاد زندگی بشری و تغییر در الگوهای رفتاری و زندگی مردم، زمینه برای بسیاری از بیماری‌های قلبی-عروقی مساعد شده است. علیرغم پیشرفت‌های چشمگیری که امروزه در زمینه پیشگیری و درمان بیماری‌های قلبی-عروقی به وجود آمده است اما هنوز این بیماری‌ها به‌عنوان یک مشکل سلامتی عمومی مهم در بیشتر کشورهای جهان مطرح می‌باشند (۱).

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد مراقبت‌های ویژه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران
^۲ مربی پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)
^۳ دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، ارومیه، ایران
^۴ دانشیار آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

و افزایش فشار داخل بطن‌ها می‌شود در نتیجه برگشت خون از بطن چپ به دهلیز چپ باعث احتقان ریه‌ها و برگشت خون از بطن راست منجر به احتقان وریدی و نهایتاً آدم محیطی می‌شود (۵). تنگی نفس، سرگیجه، آدم اندام‌های تحتانی، خستگی و کاهش فشارخون از جمله تظاهرات بالینی نارسایی قلبی می‌باشند (۶).

نارسایی احتقانی قلبی منجر به کاهش توان فیزیکی، اختلال در روابط فردی و اجتماعی، کاهش توانایی انجام وظایف شغلی، مشکلات اقتصادی و معیشتی در این بیماران می‌شود (۷). نارسایی قلبی در ایالات متحده علت حدود یک میلیون مورد بستری در بیمارستان‌ها و ۵۰۰۰ مرگ در سال است (۳). نزدیک به ۱۵ میلیون نفر در جهان و حدود ۴/۹ میلیون آمریکایی، ۲۰ سال و بالاتر به نارسایی قلبی مبتلا هستند (۸، ۳). در ایران نیز نارسایی قلبی از علل عمده ناتوانی و مرگ به شمار می‌رود و با تغییر هرم سنی جامعه و پیر شدن جمعیت جوان امروز ایران، در آینده نزدیک بر شیوع فعلی آن یعنی ۳۵۰۰ بیمار به ازای هر یکصد هزار نفر افزوده خواهد شد. طبق آماري که مرکز مدیریت بیماری‌ها در ایران منتشر کرده است (به نقل از باقری و همکاران)، تعداد مبتلایان به نارسایی قلبی در ۱۸ استان کشور، ۳۳۳۷ در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت گزارش شده است (۹). همچنین طبق مطالعات انجام‌شده در ایران بالغ بر یک میلیون نفر مبتلا به نارسایی قلبی می‌باشد (۱۰). نارسایی قلبی شایع‌ترین علت بستری اولیه و مجدد در بیماران بالای ۶۵ سال بوده و بار مالی ناشی از این بیماری بیش از ۳۳ میلیون دلار در هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم می‌باشد (۱۱). از علل تشدیدکننده نارسایی قلبی می‌توان به عدم رعایت رژیم دارویی و غذایی، فشارخون کنترل نشده، درمان ناکافی، اعتیاد به سیگار و مواد مخدر اشاره کرد (۷) که با خودمراقبتی در برابر این عوامل تشدیدکننده می‌توان تا حدود زیادی از پیشرفت این بیماری جلوگیری نمود.

خودمراقبتی عبارت است از اقدامات و فعالیت‌های آگاهانه، آموخته‌شده و هدف‌داری است که فرد به‌منظور حفظ حیات و ارتقای سلامت خود انجام می‌دهد (۱۲، ۱۳). خودمراقبتی؛ رویکردی جهت تطابق با رویدادها و تنش‌های زندگی است که باعث افزایش روند پیر شدن و عدم وابستگی افراد می‌گردد که مشتمل بر فعالیت‌های ویژه-ای است که به‌وسیله‌ی آن علائم بیماری تخفیف یافته و سلامتی بیماران حفظ و ارتقاء داده می‌شود. خودمراقبتی ناکافی باعث ایجاد پیامدهای ضعیف سلامتی و بستری شدن مجدد این بیماران می‌شود (۱۴). در مقابل خودمراقبتی مؤثر باعث افزایش رضایت، استقلال در فعالیت‌های روزمره و کاهش استرس و عوارض بیماری می‌شود (۱۰) و از مهم‌ترین استراتژی‌های کنترل بیماری و کلید موفقیت در درمان به شمار می‌رود. فعالیت‌های خودمراقبتی در بیمار با نارسایی قلبی شامل متعهد کردن وی به پذیرفتن مسئولیت و تنظیم فعالیت‌های

مرتبط با سلامتی خود از قبیل چگونگی مصرف مایعات، رژیم غذایی و دارویی و به‌کارگیری طرح‌های درمانی برای انجام واکنش درست در زمان بدتر شدن علائم نارسایی قلبی می‌باشد (۱۵) بنابراین آموزش خودمراقبتی به این بیماران می‌تواند تا حدود زیادی در کاهش عوارض این بیماری مؤثر باشد.

تحقیقات نشان داده‌اند که آموزش بیمار بر کاهش رفتارهای مرتبط با عوامل خطر و نیز افزایش رفتارهای سالم تأثیر بسزایی دارد و به‌طورکلی دارای توجیه اقتصادی کاملاً ملموسی است (۱۷، ۱۶). به‌طور متوسط به ازای هر دلاری که صرف آموزش می‌شود، ۳ تا ۴ دلار صرفه‌جویی خواهد شد (۱۶). ارائه آموزش به بیمار نه‌تنها موجب بهبودی عمده‌ی رفتارهایی همچون سیگار کشیدن، بهبود سطح تحمل فعالیت‌های جسمی بیمار و تمکین به توصیه‌های پزشکی می‌شود، بلکه موجب صرفه‌جویی در هزینه‌های پیشگیری و درمان نیز خواهد شد (۱۸، ۱۶).

یکی از مهم‌ترین و مؤثرترین روش‌های آموزشی استفاده از مواد کمک آموزشی است. به‌کارگیری این ابزارها برای آموزش بیماران می‌تواند منجر به افزایش آگاهی بیمار گردد. با استفاده از روش‌های تصویری می‌توان با صرف وقت نسبتاً کم و بدون نیاز به پرسنل کارآموده تعداد زیادی از بیماران را آموزش داد (۱۹). اضافه کردن تصاویر مرتبط به کلمات، می‌تواند به درگیر شدن ذهن یادگیرنده و یادگیری فعال او کمک کند (۲۱، ۲۰). بنابراین این مطالعه باهدف بررسی تأثیر آموزش تصویری خودمراقبتی بر فعالیت‌های روزمره زندگی در مبتلایان نارسایی احتقانی قلب مراجعه‌کننده به بیمارستان عباسی شهرستان میان‌دوآب در سال ۱۳۹۵ می‌باشد.

مواد و روش کار

تحقیق حاضر یک مطالعه نیمه تجربی می‌باشد که با تعداد ۷۰ نفری از بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلبی مراجعه‌کننده به بیمارستان عباسی شهرستان میان‌دوآب در سال ۱۳۹۵ که دارای شرایط لازم جهت انجام پژوهش بودند، انجام شد. برای محاسبه اندازه نمونه از مطالعه شجاع‌فرد و همکاران (۱۳۸۷) استفاده شد (۲۲) که با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۹ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد، تعداد حجم نمونه برای هر گروه ۳۰ نفر در نظر گرفته شد که با در نظر گرفتن ۱۵ درصد ریزش نمونه‌های مورد مطالعه، تعداد ۳۵ نفر برای هر گروه محاسبه شد. نمونه‌ها به‌صورت مبتنی بر اهداف انتخاب، و بعد از توضیح اهداف طرح و اخذ رضایت آگاهانه کتبی، به روش تخصیص تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند.

معیارهای ورود به این مطالعه شامل: محدوده سنی ۳۰ تا ۷۰ سال، ابتلا به بیماری نارسایی قلبی کلاس III و IV (بر اساس

محتوای کتابچه آموزش تصویری به صورت حضوری و چهره به چهره و یا با استفاده از سی‌دی دوباره به ایشان آموزش داده شد و از آنان خواسته شد تا به مدت ۳ ماه آن را اجرا نمایند. بعد از گذشت ۳ ماه از آموزش تصویری فعالیت‌های خودمراقبتی، بیماران دوباره به بیمارستان مراجعه و پرسشنامه شاخص مراقبت از خود توسط نمونه‌ها در هر دو گروه تکمیل گردید. برای انجام این پژوهش از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ارومیه مجوز لازم به شماره IR.UMSU.IRC.1395/235 اخذ گردید. جهت تجزیه تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ و آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی شامل کای اسکوتر و آزمون تی مستقل استفاده شد. برای تمام آزمون‌های استنباطی سطح معنی‌داری $P < 0.05$ ، فاصله اطمینان ۹۹٪ و قدرت آزمون ۸۰ درصد در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سن در افراد گروه مداخله $56/28 \pm 12/55$ سال و در گروه کنترل $58 \pm 11/66$ سال و بین آن‌ها از نظر سنی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($P = 0/144$). در جدول (۱) سایر مشخصات دموگرافیک و متغیرهای پایه‌ای و زمینه‌ای دو گروه ارائه شده است. همان‌طور که دیده می‌شود اکثر واحدهای مورد پژوهش زن، متأهل، خانه‌دار، بی‌سواد، دارای سابقه بیماری فشارخون یا سکت قلبی، دارای مسکن شخصی، ساکن شهر، با سطح درآمد متوسط و دسترسی سخت به بیمارستان بودند.

نتایج به دست آمده از آزمون تی زوجی نشان داد که آموزش تصویری خودمراقبتی به این بیماران باعث بهبود رفتارهای خودمراقبتی در این بیماران می‌گردد، به طوری که بین نمرات حیطة‌های مختلف خودمراقبتی و خودمراقبتی کل قبل از مداخله با بعد از مداخله در گروه مداخله اختلاف آماری معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/001$)، اما در گروه کنترل بین نمرات حیطة‌های مختلف خودمراقبتی و خودمراقبتی کل قبل از مداخله با بعد از مداخله اختلاف آماری معنی‌داری وجود ندارد (جدول ۲).

همچنین یافته‌ها نشان داد که وضعیت خودمراقبتی در بین دو گروه قبل از مداخله یکسان بوده است به طوری که با استفاده از آزمون تی مستقل اختلاف معنی‌داری بین میانگین نمرات حیطة‌های مختلف خودمراقبتی و خودمراقبتی کل قبل از مداخله بین گروه کنترل و مداخله وجود نداشت ولی بعد از مداخله اختلاف دو گروه در این متغیرها ذکر شده معنی‌دار بوده است ($P < 0/001$) (جدول ۳).

تشخیص پزشک متخصص قلب، داشتن کسر تخلیه کم‌تر از ۴۰ درصد، عدم وجود هرگونه اختلال شناختی، گفتاری و یا شنیداری، امکان دسترسی مجدد و آسان به ایشان و داشتن رضایت کامل جهت شرکت در مطالعه می‌باشد. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل به وجود آمدن شرایط بحرانی مانند پیشرفت بیماری برای هر یک از نمونه‌ها در طول مطالعه و عدم تمایل به همکاری نمونه‌ها به ادامه شرکت در مطالعه بوده است. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه جمعیت‌شناسی (عوامل فردی-اجتماعی و مرتبط با بیماری/سلامتی) و سیاهه مراقبت از خود نارسایی قلبی (SCHFI) جهت بررسی وضعیت خودمراقبتی بیماران استفاده شد. نسخه شش این پرسشنامه ۲۲ گوی‌های در سال ۲۰۰۹ منتشر و از سه مقیاس جداگانه اما مرتبط به هم تشکیل شده است. اولین مقیاس مربوط به حفظ خود مراقبتی است (۱۰ سؤال)، مقیاس دوم مقیاس مدیریت (۶ سؤال) و مقیاس سوم مقیاس اطمینان (۶ سؤال) است (۲۳). روایی این پرسشنامه توسط ریگل و همکاران^۲ (۲۰۱۳) در مطالعه‌ای با حجم نمونه ۶۲۵ بیمار در ایتالیا بررسی شده است و روایی سه مقیاس حفظ، مدیریت و اطمینان به ترتیب ۹۲، ۹۵ و ۹۹ درصد به دست آمده است (۲۴). پایایی این ابزار نیز در مطالعه مؤدب و همکاران با استفاده از روش همبستگی درونی بررسی شده و ضریب آلفا کرونباخ بالاتر از ۰/۸۰ برای این پرسشنامه به دست آمده است (۲۵). در هر دو گروه (کنترل و مداخله) پژوهشگر پس از معرفی خود به نمونه‌ها و بعد از بیان اهداف پژوهش و روش کار از آنان جهت همکاری در مطالعه رضایت مکتوب اخذ کرد. پس از تثبیت وضعیت بالینی بیمار چک‌لیست دموگرافیک و همچنین پرسشنامه اختصاصی شاخص مراقبت از خود در روز اول بستری برای بیماران توضیح داده شد و پرسشنامه‌ها به صورت مصاحبه حضوری، توسط نمونه‌ها تکمیل گردید. برای اطلاعات مربوط به کلاس نارسایی قلبی، وزن، قد، شاخص توده بدنی، تعداد ضربان قلب، فشارخون، تعداد تنفس و یافته‌های اکوکاردیوگرافی نیز از پرونده پزشکی بیماران استفاده گردید. در این مطالعه برای بیماران گروه مداخله، برنامه آموزش تصویری خودمراقبتی اجرا گردید. آموزش تصویری خودمراقبتی از روز سوم بستری تا زمان ترخیص و بر اساس سطح سواد بیماران به صورت فردی طی ۶-۴ جلسه و هر جلسه به مدت ۴۵-۳۰ دقیقه به صورت حضوری و چهره به چهره و هم از طریق کتابچه آموزش تصویری برگزار گردید. برای بیماران گروه کنترل فقط آموزش‌های روتین انجام شد. دو هفته پس از ترخیص، بیماران در ساعت مشخص به بیمارستان مراجعه و به صورت فردی یا گروهی و در صورت عدم امکان حضور بیمار با حضور پژوهشگر در منزل

جدول (۱): مشخصات جمعیت شناختی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی

P value	مداخله		کنترل		متغیر	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۰/۶۲۹	۵۴/۲۸	۱۹	۶۰	۲۱	زن	جنس
	۴۵/۷۲	۱۶	۴۰	۱۴		
۰/۰۰۹	۹۱/۴۲	۳۲	۶۲/۸۵	۲۲	متاهل	وضعیت تأهل
	۸/۵۸	۳	۳۷/۱۵	۱۳	غیر متاهل (مجرد، مطلقه، بیوه)	
۰/۲۲۴	۴۸/۵۷	۱۷	۴۸/۵۷	۱۷	خانه‌دار	وضعیت اشتغال
	۳۴/۲۸	۱۲	۱۷/۱۴	۶	کارگر / کشاورز	
	۲/۸۵	۱	۱۱/۴۲	۴	کارمند / بازنشسته	
	۱۴/۲۸	۵	۲۲/۸۵	۸	خویش فرما	
۰/۰۶۸	۶۵/۷۱	۲۳	۶۲/۸۵	۲۲	بی‌سواد	سطح تحصیلات
	۱۱/۴۳	۴	۱۷/۱۵	۶	ابتدایی	
	۲۲/۸۶	۸	۲۰	۷	راهنمایی و بالاتر	
۰/۵۶۳	۶۲/۸۵	۲۲	۶۰	۲۱	فشارخون و سکت قلبی	سابقه بیماری
	۱۴/۲۹	۵	۲۰	۷	دیابت و بیماری گوارشی	
	۲۲/۸۶	۸	۲۰	۷	بیماری ریوی	
۰/۶۰۲	۸۰	۲۸	۸۸/۵۷	۳۱	شخصی	وضعیت مسکن
	۲۰	۷	۱۲/۴۳	۴	غیرشخصی	
۰/۶۲۹	۶۸/۵۷	۲۴	۵۷/۱۴	۲۰	شهر	محل سکونت
	۳۲/۴۳	۱۱	۴۳/۸۶	۱۵	روستا	
۰/۲۳۴	۱۱/۴۲	۴	۲۲/۸۵	۸	خوب	میزان درآمد ماهیانه
	۷۸/۱۶	۲۷	۵۸/۱۵	۲۰	متوسط	
	۱۱/۴۲	۴	۲۰	۷	کم	
۰/۶۰۳	۴۰	۱۴	۴۰	۱۴	به‌راحتی	دسترسی به بیمارستان
	۶۰	۲۱	۵۴/۲۸	۱۹	با کمی مشکل	
	۰	۰	۵/۷۲	۲	به‌سختی	

جدول (۲): مقایسه میانگین نمره حیطه‌های مختلف خودمراقبتی و خودمراقبتی کل در زمان‌های قبل و بعد از مداخله

P value	بعد از مداخله		قبل از مداخله		متغیر	گروه
	میانگین ± انحراف معیار	آزمون تی زوجی	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار		
۰/۱۹	۴۳/۳۵ ± ۸/۴۴		۴۴/۹۲ ± ۸/۰۰۹		حفظ خودمراقبتی	کنترل
۰/۱۵۹	۴۲/۰۲ ± ۱۲/۱۸		۴۱/۰۷ ± ۱۲/۲۵		مدیریت خودمراقبتی	
۰/۱۳۴	۴۵/۸۳ ± ۱۱/۸۷		۴۵/۲۳ ± ۱۱/۶۱		اطمینان خودمراقبتی	
۰/۳۹۲	۴۶/۶۴ ± ۸/۳۷		۴۵/۸۳ ± ۱۱/۹۷		خودمراقبتی کل	
۰/۰۰۱	۶۱/۸۵ ± ۹/۸۳		۴۵/۵ ± ۸/۲۴		حفظ خودمراقبتی	مداخله
۰/۰۰۱	۶۰ ± ۹/۸۱		۴۰/۳۵ ± ۷/۶۸		مدیریت خودمراقبتی	
۰/۰۰۱	۶۴/۴۰ ± ۹/۸۱		۴۵ ± ۱۱/۹۹		اطمینان خودمراقبتی	
۰/۰۰۱	۶۲/۰۴ ± ۸/۴۵		۴۲/۹۸ ± ۸/۰۹		خودمراقبتی کل	

جدول (۳): مقایسه میانگین نمره خودمراقبتی و نمره حیطه‌های مختلف خودمراقبتی بین دو گروه کنترل و مداخله

متغیر	گروه مداخله	گروه کنترل	P value	
			آزمون تی مستقل	میانگین \pm انحراف معیار
قبل از مداخله	حفظ خودمراقبتی	۴۴/۹۲ \pm ۸/۰۰۹	۴۵/۵ \pm ۸/۲۴	۰/۴۲۷
	مدیریت خودمراقبتی	۴۱/۰۷ \pm ۱۲/۲۵	۴۰/۳۵ \pm ۷/۶۸	۰/۷۷۱
	اطمینان خودمراقبتی	۴۵/۲۳ \pm ۱۱/۶۱	۴۵ \pm ۱۱/۹۹	۰/۹۳۳
	خودمراقبتی کل	۴۵/۸۳ \pm ۱۱/۹۷	۴۲/۹۸ \pm ۸/۰۹	۰/۳۹۲
بعد از مداخله	حفظ خودمراقبتی	۴۳/۳۵ \pm ۸/۴۴	۶۱/۸۵ \pm ۹/۸۳	۰/۰۰۱
	مدیریت خودمراقبتی	۴۲/۰۲ \pm ۱۲/۱۸	۶۰ \pm ۹/۸۱	۰/۰۰۱
	اطمینان خودمراقبتی	۴۵/۸۳ \pm ۱۱/۸۷	۶۴/۴۰ \pm ۹/۸۱	۰/۰۰۱
	خودمراقبتی کل	۴۶/۶۴ \pm ۸/۳۷	۶۲/۰۴ \pm ۸/۴۵	۰/۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

امروزه توانا ساختن مددجویان برای استقلال و عدم وابستگی تا حد ممکن به‌عنوان بخش جدایی‌ناپذیری از وظایف درمانی-مراقبتی کارکنان بهداشتی مطرح شده است و از مددجویان انتظار می‌رود که نقشی فعال در مراقبت از خود به عهده گیرند، برای پذیرش این نقش لازم است که افراد اطلاعات کافی دریافت کنند، تا مهارت لازم جهت انجام تصمیم‌گیری‌های مناسب در قبال وضعیت سلامت خود به دست آورند. پژوهش حاضر نیز در همین راستا باهدف تعیین تأثیر اجرای برنامه آموزش تصویری بر فعالیت‌های خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلبی مراجعه‌کننده به بیمارستان عباسی میاندوآب در سال ۱۳۹۵ صورت گرفته است.

در مطالعه حاضر نتایج آزمون‌های آماری تی مستقل و کای دو نشان داد که دو گروه مداخله و کنترل از نظر متغیرهای سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، میزان درآمد، محل سکونت، وضعیت مسکن و سابقه بیماری از نظر آماری اختلاف معنی‌داری وجود ندارد و به عبارتی دو گروه همگن شده بودند. لذا وجود تفاوت معنی‌دار در متغیر وابسته در گروه مداخله قبل و بعد از مداخله، ناشی از تأثیر مثبت اجرای برنامه آموزش تصویری خودمراقبتی بوده است. همان‌طور که در جدول (۱) مشاهده می‌شود بین دو گروه کنترل و مداخله فقط از نظر وضعیت تأهل اختلاف معنی‌دار وجود دارد ($P=0/009$).

یافته‌های این مطالعه نشان داد که میانگین نمرات خود مراقبتی کل در گروه مداخله و کنترل به ترتیب $11/97 \pm 45/83$ و $8/09 \pm 42/98$ از ۱۰۰ امتیاز قابل کسب بوده است. در مطالعه ابوطالبی و همکاران نیز میانگین نمرات خودمراقبتی بیماران نارسایی قلبی $41/18 \pm 6/28$ بوده است که با مطالعه کنونی هم‌خوانی دارد (۲۶).

مراقبت از خود به‌عنوان پایبندی به دارو و سبک زندگی توصیه‌شده (حفظ خودمراقبتی)، و همچنین به شناخت، نظارت و پاسخ به علائم (مدیریت خودمراقبتی) تعریف شده است. نارسایی قلبی یک بیماری مزمن رایج است که نیاز به مقدار قابل توجهی از خودمراقبتی دارد (۲۷).

بسیاری از مطالعات اثربخشی مداخلات (آموزش) خودمراقبتی را بر بهبود رفتارهای حفظ و مدیریت خودمراقبتی در بیماران نارسایی قلبی نشان داده‌اند (۲۸،۲۹).

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله (آموزش تصویری) از نظر میانگین نمره حیطه‌های حفظ خودمراقبتی، مدیریت خودمراقبتی و اطمینان خودمراقبتی و همچنین از لحاظ نمره خودمراقبتی کل اختلاف معنی‌داری ندارند، ولی میانگین نمره حیطه‌های مختلف خودمراقبتی و خودمراقبتی کل گروه کنترل و مداخله بعد از آموزش تصویری خودمراقبتی به نفع گروه مداخله اختلاف معنی‌داری نشان داد که حاکی از بالا بودن میانگین نمره خودمراقبتی و حیطه‌های مختلف آن گروه مداخله نسبت به گروه کنترل است. با توجه به اینکه واحدهای مورد مطالعه در هر دو گروه از نظر متغیرهای زمینه‌ای یکسان هستند، لذا می‌توان نتیجه‌گیری کرد که بالا بودن نمره خودمراقبتی کل و حیطه‌های آن در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل ناشی از اجرای برنامه آموزش تصویری رفتارهای خودمراقبتی است.

بر اساس نتایج این مطالعه بعد از مداخله (آموزش تصویری) نمرات خودمراقبتی در گروه مداخله نسبت به قبل از مطالعه افزایش داشته و همچنین نسبت به نمرات خودمراقبتی گروه کنترل افزایش معنی‌داری مشاهده شد. درحالی‌که نمرات خود مراقبتی در گروه کنترل قبل و بعد از مطالعه به لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری نداشته

مورد مطالعه در این بررسی و بالطبع بیماران مبتلا در سطح کشور دارای سطح متوسطی از انجام این رفتارها هستند، تلاش‌های مداخله‌ای در راستای ارتقای این رفتارها در این بیماران جهت کنترل بیماری و جلوگیری از بروز عوارض آن و پذیرش و بستری شدن مجدد و نهایتاً کنترل بیماری نارسایی قلبی برنامه آموزشی (آموزش تصویری خودمراقبتی) که در این مطالعه طراحی و به کار گرفته شده است به‌عنوان یک الگو توصیه می‌شود و مورد تأکید قرار می‌گیرد. لازم به ذکر است که استفاده از شیوه‌های آموزش تصویری خودمراقبتی برای این بیماران و همچنین خانواده‌های آن‌ها بیش‌ازپیش به ارتقا خودمراقبتی در بیماران نارسایی قلبی کمک خواهد کرد چراکه اولین گام برای انجام هر اقدامی کسب اطلاعات و داشتن آگاهی لازم در زمینه موردنظر می‌باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان‌نامه خانم رقیه سعیدپور دانشجوی کارشناسی ارشد رشته مراقبت‌های ویژه پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ارومیه می‌باشد و بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه که حمایت مالی این طرح را بر عهده گرفتند و تمامی بیمارانی که در این مطالعه شرکت داشتند تشکر و قدردانی می‌شود.

است. نتایج پژوهش حاضر در خصوص اجرای برنامه آموزشی خودمراقبتی با نتایج بسیاری از تحقیقات انجام‌شده در این زمینه مطابقت دارد ازجمله این مطالعات، مطالعه ابوطالبی و همکاران ارتباط آماری معنی‌داری را بین آموزش و توان خود مراقبتی واحدها نشان داد ($P = 0/02$) (۲۶). مطالعه شجاع فرد و همکاران نیز نشان داده که پس از انجام مداخله آموزشی وضعیت انجام کلیه رفتارهای خود مراقبتی و درک آن‌ها از منافع انجام آن به‌طور معنی‌داری افزایش می‌یابد ($P < 0/001$) (۲۲). همچنین نتایج مطالعه منگلیان و همکاران باهدف تعیین تأثیر آموزش خود مراقبتی بر آگاهی و عملکرد بیماران مبتلا به نارسایی قلبی نشان داد که، رفتارهای مراقبت از خود بعد از مداخله نسبت به قبل از آن تفاوت معنی‌داری یافته بود ($P < 0/001$) (۳۰).

از عوامل مخدوش‌کننده و محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به شرایط روحی و جسمی بیماران موردپژوهش در حین تکمیل پرسشنامه اشاره کرد که بر پاسخ آن‌ها تأثیر می‌گذارد و کنترل آن از حیثه توانایی‌های پژوهشگر خارج بوده است. همچنین عدم همکاری بیماران محدودیت عمده‌ای بود که با توضیح روش کار و فواید این مداخله و پیگیری آنان سعی بر جلب حداکثر همکاری افراد شد.

با توجه به اینکه رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی دارای اهمیت زیادی می‌باشد و نیز بیماران

References:

1. Pramparo P, Montano CM, Barceló A, Avezum A, Wilks R. Cardiovascular diseases in Latin America and the Caribbean: The present situation. *Prev Control* 2006; 2(3):149-57.
2. Mann DL, Zipes DP, Libby P, Bonow RO. Braunwald's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. Elsevier Health Sciences; 2014.
3. Lopez-Sendon J. The heart failure epidemic. *Medicographia*; 2011; (33):363-9.
4. Mast C. Personal and environmental factors affecting self-care behaviors of patients with heart failure (Dissertation). Ball State University; 2008. <http://liblink.bsu.edu/catkey/1426570>.
5. Moffat M, Frownfelter DL. Cardiovascular/pulmonary Essentials: Applying the Preferred Physical Therapist Practice Patterns. Slack; 2007.
6. Porshadan S, Hidari M. Quality of life and its influencing factors in heart failure patients admitted to hospitals in Kermanshah University of Medical Sciences in 1390. 4th Annual Research Congress of Medical Sciences Students of Western Iran. Kermanshah: Kermanshah University of Medical Sciences; 2011 (Persian)
7. Delavar S R, M, Tadayonfar, M. Evaluation of the awareness of chronic heart failure patients in Sabzevar Vasei Hospital regarding the exacerbating factors of their disease in 2009-2010. *J Res Committee Students Sabzavar Uni Medi Sci* 2011; (15):16-20. (Persian)
8. Mozaffarian D BE, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, De Ferranti S and et al. Executive summary. *Circulation* 2015; (131):434-41.

9. Bagheri H, Yaghmaei F, Ashtorabi T, Zayeri F. Psychometric properties of Illness Related Worries Questionnaire (IRWQ) in heart failure patients. *IJPN* 2014; (2):23-33. (Persian)
10. Salehzadeh A, Rahmatpour P. Self-care behaviors and related factors in patients with heart failure referring to medical & educational center of heart in Rasht. *Holistic Nurs Midwifery J* 2013; (23):22-9.
11. Ashktorab T, Anbuhi SZ, Majd HA, Ezati J. Factors contributing to readmission of congestive heart failure patients admitted in internal ward of Hospitals of Shahid Beheshti University of Medical Sciences in Tehran. *J Shahid Beheshti School Nurs Midwifery* 2011; (21):109-12. (Persian)
12. Nahid Dehghan Nayeri SFJ. *Theorems and Nursing Theories*. Tehran: Boshra Publication; 2004.
13. Rafiee Far A, Ahmadzadeh ASL, M. Comprehensive system of empowering people for their health care. Tehran: Mehreravosh Publication; 2005.
14. Adib-Hajbaghery M, Maghaminejad F, Abbasi A. The role of continuous care in reducing readmission for patients with heart failure. *J Caring Sci* 2013; (2):255-62.
15. Cameron J, Worrall-Carter L, Page K, Riegel B, Lo SK, Stewart S. Does cognitive impairment predict poor self-care in patients with heart failure? *Eur J Heart Fail* 2010; (12):508-15.
16. Bartlett EE. Cost-benefit analysis of patient education. *Patient education and counseling*; 1995; (26):87-91.
17. Shidfar MR, Hosseini M, Zadeh DS, Asasi N, Majlesi F, Nazemi S. Effectiveness of an educational program on knowledge and attitudes of angina patients in Mashhad, Iran: Results of an intervention. *J Birjand Med Sci* 2007; (14):9-15. (Persian)
18. Duryee R. The efficacy of inpatient education after myocardial infarction. *Heart Lung: J Critic Care*; 1992; (21):217-25.
19. Hawthorne K, Tomlinson S. One-to-one teaching with pictures--flashcard health education for British Asians with diabetes. *Br J Gen Pract* 1997; (47):301-4.
20. Feizalazadeh H, Zagheri Tafreshi M, Farahani MA, Zareh Z, Farhadmand N. Comparing the impacts of computer-assisted multimedia education and traditional method on clinical parameters of patients receiving hemodialysis. *Mod Care J* 2015; (12):84-90.
21. Clark RC, Mayer RE. *E-learning and the science of instruction: Proven guidelines for consumers and designers of multimedia learning*. John Wiley & Sons; 2016.
22. Shojafard J, Nadrian H, Baghiani Moghadam MH, Mazlumi Mahmudabad SS, Sanati HR, Asgar Shahi M. Effects of an educational program on self-care behaviors and its perceived benefits and barriers in patients with Heart Failure in Tehran. *J Payavard Salamat*; 2009; (2): 43-55. (Persian)
23. Riegel B, Dickson VV. A situation-specific theory of heart failure self-care. *J Cardiovasc Nurs* 2008; (23):190-6.
24. Vellone E, Riegel B, Cocchieri A, Barbaranelli C, D'agostino F, Antonetti G, et al. Psychometric testing of the self-care of heart failure index version 6.2. *Res Nurs Health* 2013; (36):500-11.
25. Moadab F, Ghanbari A, Salari A, Kazemnejad E, Sadaghi Sabet M, Pariad E. Study Status Of Self-Care Behaviors And Gender Differences In Patients With Heart Failure. *J Payavard Salamat* 2014; (8):220-34. (Persian)
26. Aboutalebi A. Check the care of patients with heart failure. *J Critic Care Nurs*; 2012; (4):203-7.
27. Dickson VV, Deatrick JA, Goldberg LR, Riegel B. A mixed methods study exploring the factors that

- facilitate and impede heart failure self-care. *J Card Fail* 2006; (12):124e5.
28. Barnason S, Zimmerman L, Young L. An integrative review of interventions promoting self-care of patients with heart failure. *J Clin Nurs* 2012; (21):448e75.
29. Riegel B, Dickson VV. A situation-specific theory of heart failure self-care. *J Cardiovasc Nurs* 2008; (23):190e6.
30. Mangolian SP, Shahnazari J, Mahmoodi M, Farokhzadian J. The effect of an educational self-care program on knowledge and performance in patients with heart failure. *Iranian J Med Educ* 2012; (11):609-19. (Persian)

THE EFFECT OF PICTORIAL TRAINING ON SELF-CARE ACTIVITIES IN PATIENTS WITH CONGESTIVE HEART FAILURE HOSPITALIZED TO THE ABBASI HOSPITAL MIANDOAB – 2016

Rogheyeh Saeidpour¹, Shamsedin Shams^{2*}, Rahim Baghaei³, Hamid Reza Khalkhali⁴

Received: 15 Apr, 2017; Accepted: 22 Jun, 2017

Abstract

Background & Aims: Heart failure, one of the most common chronic diseases and major causes of mortality in the world with high prevalence of progressive with hospital admissions are unpredictable. Self-care one important aspect of treatment in patients with heart failure. This study aimed to determine the effect of pictorial training on self-care activities in patients with Congestive Heart Failure hospitalized to the Miandoab Abbasi hospital - 2016

Materials & Methods: This randomized clinical trial, a total of 70 samples from patients with heart failure hospitalization Miandoab Abbasi hospital in 2016, sampling were selected by convenience sampling method and randomly divided into two groups intervention (n=35) and control (n=35) were studied. The control group received routine training and intervention group received pictorial training. Data from the questionnaires and during interviews with patients before and after the intervention were collected. Chi-square tests, t-test and independent t-test were used for data analysis.

Results: The results showed that, in control group, the mean score of self-care was $45/83 \pm 11/97$ that after the intervention has increased to $46/64 \pm 11/61$, that is not statistically significant ($p > 0.392$). Whereas in the intervention group, the mean scores before intervention was $42/98 \pm 8/09$ that after the pictorial training has increased to $62/04 \pm 8/45$, that statistically is significant ($p < 0.001$).

Conclusion: The findings of this study indicate that pictorial training programs implemented to promote self-care behaviors of patients is effective.

Keywords: Pictorial training, self-care, congestive heart failure, Miandoab

Address: Urmia University of Medical Sciences, School of Nursing and Midwifery, Nazlou Campus, 11km Seru Road, Urmia

Tel: (+98) 44-32754916

Email: Shamsadin1@yahoo.com

¹ MSc Student of Nursing Care, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

² Nursing Instructor, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

³ Associate Professor of Urmia University of Medical Sciences, Research Center for Social Factors Affecting Health, Urmia, Iran

⁴ Associate Professor of Biostatistics, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran