

تأثیر حمایت آموزشی خانواده محور بر کیفیت زندگی بیماران دارای پیس میکر قلبی دائمی

شعله پاشایی^۱، یاسر مرادی^۲، حسین جعفری زاده^۳، علیرضا رحمانی^{۴*}

تاریخ دریافت ۱۳۹۹/۰۵/۱۹ تاریخ پذیرش ۱۳۹۹/۱۰/۰۳

چکیده

پیش زمینه و هدف: تعبیه ضربان ساز دائم و وارد کردن یک جسم خارجی به داخل قلب به عنوان یک حادثه‌ای مهم در زندگی بیمار، علاوه بر ایجاد تغییراتی در تصویر ذهنی و اختلال در سازگاری روانی، اجتماعی و کیفیت زندگی بیماران می‌تواند موجب ایجاد نگرانی در خانواده آن‌ها به علت کمبود اطلاعات در ارتباط با بیماری، عدم شناخت نیازهای بیمار و ناآگاهی از نحوه مراقبت بیمار شود و کارایی آنان را در ارائه مراقبت مؤثر به بیماران تحت تأثیر قرار دهد. این امر به عنوان یک سیکل معیوب می‌تواند به اختلال در کیفیت زندگی این بیماران منجر شود. این مطالعه باهدف تعیین تأثیر حمایت آموزشی خانواده محور بر کیفیت زندگی بیماران دارای پیس میکر قلبی دائمی مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی سیدالشهدا ارومیه در سال ۹۹-۱۳۹۸ انجام شد.

مواد و روش کار: در این مطالعه نیمه تجربی، ۸۰ نفر از بیماران دارای پیس میکر قلبی دائمی در دو گروه مداخله و کنترل تخصیص یافتند. مداخله، شامل اجرای مداخله آموزشی-حمایتی خانواده محور در طی دو گام اصلی بود. گروه کنترل تنها آموزش‌های روتین را دریافت نمودند. داده‌ها با استفاده فرم مشخصات جمعیت شناختی، پرسشنامه کیفیت زندگی اختصاصی بیماران قلبی مک نیو جمع‌آوری و توسط نرم‌افزار spss نسخه ۱۶ بررسی شد. آزمون‌های آماری کای دو، تی تست و آنالیز واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر با سطح معناداری ۰/۰۵ جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها مورد استفاده قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر تفاوت آماری معناداری را در تغییرات میانگین نمره نهایی کیفیت زندگی و ابعاد آن (عملکرد فیزیکی، عاطفی و اجتماعی) طی پنج بار اندازه‌گیری، بین دو گروه مداخله و کنترل نشان داد ($P \leq 0.01$). در بررسی میانگین نمرات بین دو گروه مشخص گردید، افزایش میانگین نمرات کیفیت زندگی و ابعاد آن در گروه مداخله در بازه‌های زمانی اندازه‌گیری شده منجر به معناداری این تغییرات در بین دو گروه مداخله و کنترل گشته است.

نتیجه‌گیری: نتایج به‌دست‌آمده از این مطالعه نتایج نشان داد اجرای حمایت آموزشی خانواده محور در بهبود کیفیت زندگی این بیماران مؤثر بوده است.

کلید واژگان: حمایت آموزشی، خانواده محور، پیس میکر قلبی دائمی، کیفیت زندگی

مجله پرستاری و مامایی، دوره هجدهم، شماره یازدهم، پی‌درپی ۱۳۶، بهمن ۱۳۹۹، ص ۹۰۴-۹۱۲

آدرس مکاتبه: ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، تلفن: ۰۴۴۳۲۷۵۴۹۶۳

Email: alireza.rahmani.1960@gmail.com

مقدمه

گذاشته می‌شود. ضربان‌ساز وسیله الکترونیکی است و زمانی که قلب قادر به تولید ایمپالس الکتریکی مؤثر برای شروع انقباض و حفظ برون ده قلبی کافی نیست، به کار می‌رود (۲).

تعبیه ضربان‌ساز قلبی اغلب برای بیمار دشوار است (۳). مداخلات الکتریکی که جهت درمان آریتمی و مشکلات قلبی مورد استفاده قرار می‌گیرد بدون عارضه نیست. ضربان‌سازها نیز عوارضی از جمله عفونت محل قرارگیری ضربان‌ساز، عوارض مربوط به لیدها و مشکلات روانی ناشی از اتکالی بیماران به وجود این

آریتمی‌های قلبی یک مشکل رایج در بین بیماری‌های قلبی-عروقی است (۱). در این میان، به رادی آریتمی اصطلاحی است که برای اشاره به یک ریتم قلبی با فرکانس کمتر از ۶۰ ضربه در دقیقه بکار می‌رود. این ریتم‌کننده نیست و تنها در صورتی پاتولوژیک تلقی می‌شود که همراه با علائم و یا با تعداد ضربان کمتر از ۴۰ بار در دقیقه باشد (۱، ۲). در چنین شرایطی به‌عنوان بخشی از درمان جراحی، یک ضربان‌ساز الکترونیکی در نزدیکی استخوان ترقوه، کار

^۱دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ایران

^۲دکتری تخصصی پرستاری، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ایران

^۳کارشناسی ارشد پرستاری، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ایران

^۴کارشناسی ارشد پرستاری، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ایران (نویسنده مسئول).

افزایش مهارت‌ها و توانایی‌های خود برای کمک به عضوی از خانواده که بیماری مبتلا شده است آموزش می‌بینند. آموزش خانواده محور یکی از مفاهیم اصلی پرستاری است و هدف آن، افزایش میزان آگاهی و توانایی خانواده به جهت ارائه مراقبت منحصربه‌فرد برای هر بیمار است (۱۴).

تعبیه ضربان‌ساز دائم به‌عنوان یک حادثه‌ای مهم در زندگی بیمار، علاوه بر ایجاد تغییراتی در تصویر ذهنی و اختلال در سازگاری روانی، اجتماعی و کیفیت زندگی بیماران (۴، ۶) می‌تواند موجب ایجاد نگرانی در خانواده آن‌ها به علت کمبود اطلاعات و ناآگاهی از نحوه مراقبت بیمار شود (۱۳). این امر به‌عنوان یک سیکل معیوب می‌تواند به اختلال در کیفیت زندگی این بیماران منجر شود؛ بنابراین با در نظر گرفتن این نگرانی‌ها، حمایت اطلاعاتی بیماران و خانواده‌هایشان ضروری به نظر می‌رسد (۱۷). چراکه در طول فرآیند بیماری، اعضای خانواده بیمار برای رسیدگی به نیازهای مراقبتی و درمانی بیمار به کسب اطلاعات نیاز دارند. پرستاران و دیگر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی نباید انتظار داشته باشند که اعضای خانواده خود به‌تنهایی مسئولیت کسب اطلاعات مربوط به نیازهای اطلاعاتی برای خود و بیمارشان را داشته باشند (۱۸، ۱۹). پرستاران باید نسبت به نیازهای اطلاعاتی بیماران و اعضای خانواده آنان پاسخگو باشند. پرستاران می‌توانند با حمایت اطلاعاتی و راهنمایی‌های پیش‌بینی‌شده از آنچه بیماران و اعضای خانواده آنان در طول فرآیند بیماری نیاز داشته باشند؛ در کاهش درماندگی اعضای خانواده و بیماران نسبت به ماهیت بیماری، وضعیت بیماری و درمان و مراقبت‌های موردنیاز برای بیماران نقش بسزایی داشته باشند (۱۸-۲۰). با توجه به اینکه بیشتر مطالعات بر مبنای آموزش به بیماران هستند (۲۱، ۲۲) و توجه کمتری به نقش خانواده بیمار به‌عنوان یک منبع ارزشمند در دستیابی به اهداف درمانی معطوف شده است، به نظر می‌رسد که آموزش خانواده همراه با آموزش بیمار می‌تواند گامی مؤثر در راستای بهبود کیفیت زندگی این بیماران باشد (۱۷). این مطالعه باهدف تعیین تأثیر حمایت آموزشی خانواده محور بر کیفیت زندگی بیماران دارای پیس میکر قلبی دائمی انجام شد.

مواد و روش کار

این مطالعه به روش نیمه تجربی بر روی دو گروه از بیماران دارای پیس میکر دائمی قلب مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی

دستگاه جهت ادامه حیات را دارند. از طرف دیگر اغلب بیماران برای تغییرات عمده‌ای که در زندگی‌شان ایجاد شده است آماده نیستند (۴). مشکلات متعدد در انجام کارهای معمول زندگی، معمولاً موجب ایجاد احساس ضعف و ناتوانی بیماران می‌شود که می‌تواند منجر به افسردگی و کاهش اعتمادبه‌نفس شود (۵) و بر وضعیت جسمی، روانی، کارکردی، روابط اجتماعی و درنهایت کیفیت زندگی آنان اثر گذارد (۴، ۶). در مطالعه چپاگای و همکاران^۱ در سال ۲۰۱۷، مدت کوتاهی پس از تعبیه ضربان‌ساز قلبی، کیفیت زندگی پایینی در تمامی ابعاد توسط بیماران گزارش گردید (۷). همچنین نتایج حاصل از مطالعه اودو و همکاران^۲ در سال ۲۰۱۳ حاکی از کاهش تدریجی میانگین نمرات کیفیت زندگی بیماران بعد از تعبیه ضربان‌ساز دائمی قلبی در طول بازه زمانی هفت و نیم ساله بود (۸). از آنجایی که کیفیت زندگی به‌عنوان یک پیامد مهم ناشی از درمان برای بیماران دارای ضربان‌ساز دائمی قلبی محسوب می‌شود (۹)، این امر به یک نگرانی مهم برای ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی درمانی به‌ویژه پرستاران تبدیل شده است تا، با توسعه و کاربست راهکارهای مراقبتی - حمایتی مؤثر در جهت بهبود سازگاری جسمی - روانی، غلبه بر ترس‌ها و عوارض ناشی از آن گام‌هایی مؤثر بردارند (۱۰، ۱۱).

استرابرگ^۳ گزارش داد که همکاری بین بیماران، خانواده وی و تیم مراقبت بهداشتی تأثیر مثبت قابل توجهی بر اهداف این سه گروه دارد و می‌تواند برنامه مراقبت از بیماران را بهبود بخشیده و کیفیت زندگی بیماران را افزایش دهد (۱۲). این در صورتی است که خانواده‌های این بیماران به علت کمبود اطلاعات در ارتباط با بیماری، عدم شناخت نیازهای بیمار و ناآگاهی از نحوه مراقبت بیمار، فاقد کارایی لازم در ارائه مراقبت مؤثر می‌باشند؛ بنابراین یکی از نیازهای اساسی بیماران حمایت آموزشی خانواده آنان می‌باشد (۱۳، ۱۴). بر اساس مطالعات، حمایت اطلاعاتی از اعضای خانواده بیماران دارای ضربان‌ساز قلبی، باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران می‌شود (۳، ۱۳، ۱۵). چراکه اعضای خانواده معمولاً به‌طور غیررسمی در ارائه خدمات به بیماران خود مشارکت دارند و به‌عنوان منبع مراقبت از بیمار در نظر گرفته می‌شوند (۱۶). در این راستا به نظر می‌رسد که آموزش با رویکرد خانواده محور روش مناسبی باشد که طی آن پرستار حرفه‌ای نقش اساسی در جهت‌گیری و آموزش بیماران و مراقبین آن‌ها ایفا می‌کند. آموزش با رویکرد خانواده محور فرآیندی است که در آن اعضاء در جهت

³. Stromberg

¹. Chapagai et al

². Udo et el

تکمیل شده کیفیت زندگی پس از انفارکتوس میوکارد (QLMI)^۴ می باشد (۲۴). این پرسشنامه دارای ۲۷ سؤال در سه خرده مقیاس: عملکرد فیزیکی (۱۳ سؤال)، عملکرد عاطفی (۱۴ سؤال) و عملکرد اجتماعی (۱۳ سؤال) است جدول (۳-۱). لازم به یادآوری است چگونگی تقسیم بندی سؤالات در پرسشنامه به گونه ای است که هر سؤال می تواند در یک، دو یا هر سه حوزه قرار بگیرد؛ طوری که برخی از سؤالات حیطه های دیگر را نیز پوشش می دهد (۲۵، ۲۶). هر کدام از سؤالات پرسشنامه دارای معیار پاسخ هفت درجه ای است و پاسخ آزمودنی به هر یک از هفت گزاره، موضع او را روی پیوستاری که از "همیشه" تا "اصلاً" متغیر است، نشان می دهد. بالاترین نمره ممکن هر حوزه "هفت" و کمترین نمره "یک" است که به ترتیب نشان دهنده نمره کیفیت زندگی بالا و کیفیت زندگی پایین است. دامنه نمره پرسشنامه از ۲۷ تا ۱۸۹ بوده و نمرات بین (۶۷-۲۷) ضعیف، (۱۰۸-۶۸) متوسط، (۱۴۹-۱۰۹) خوب و (۱۸۹-۱۵۰) عالی در نظر گرفته می شود. (۲۴، ۲۶، ۲۷).

روایی صوری و محتوایی این ابزار در مطالعه صلواتی و همکاران (۱۳۹۴)، با نمونه ۱۰ نفری از پانل خبرگان مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین در مطالعه آنان ضریب آلفای کرونباخ با نمونه ۱۵ از بیماران ۰/۹۰ به دست آمد که نشان دهنده پایایی مناسب پرسشنامه بود (۲۷). در مطالعه خیام نکویی و همکاران (۱۳۹۰)، پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش گردید (۲۹). محمدی و همکاران (۱۳۸۵) نیز جهت ارزیابی پایایی کیفیت زندگی، با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون، پایایی بعد جسمی را ۰/۹۵، بعد عاطفی ۰/۹۸، بعد اجتماعی ۰/۸۵ و کیفیت زندگی در کل ۰/۹۱ به دست آوردند (۲۸).

مداخله حمایت آموزشی خانواده محور در گروه مداخله در دو بخش اصلی به قرار زیر اجرا شد:

مداخله آموزشی: ابتدا گروه مداخله به ۴ گروه ۱۰ نفره تقسیم شدند و برای هر کدام از گروه ها ۴ جلسه آموزشی، هر جلسه به مدت ۴۵-۶۰ دقیقه دو بار در هفته با حضور بیمار و عضو فعال خانواده آن ها در محل کلاس درمانگاه پیس میکر بیمارستان سیدالشهدا در رابطه با موضوعات زیر به صورت چهره به چهره همراه با بحث و تبادل نظر و پرسش و پاسخ میان پژوهشگر و افراد حاضر در محل کلاس های آموزشی مرکز فوق تخصصی قلب سیدالشهدا ارومیه برگزار شد (جدول ۱). محتوای بسته آموزشی

درمانی سیدالشهدا ارومیه در سال ۹۹-۱۳۹۸ انجام گردید. حجم نمونه بر اساس مطالعه علی اکبری و همکاران (۱۳۹۱) (۲۳)، با احتساب آلفای ۵ درصد و با دامنه اطمینان ۹۵ درصد و قدرت آزمون (1-β) ۸۰ درصد به تعداد ۳۵ نفر در هر گروه محاسبه گردید که با اعمال ریزش ۱۵ درصدی به ۴۰ نفر در هر گروه افزایش یافت.

معیارهای ورود برای مطالعه شامل، سن ۴۰ تا ۶۵ سال، تمایل به شرکت در مطالعه، سپری شدن حداقل شش ماه از تعبیه پیس میکر قلبی دائمی، نمره پایین کیفیت زندگی (میانگین نمره کیفیت زندگی بر اساس پرسشنامه اختصاصی کیفیت زندگی بیماران قلبی مکنیو بین ۲۷ تا ۶۷ باشد)، عدم دریافت مداخله مشابه در یک سال اخیر، توانایی برقراری ارتباط و نداشتن بیماری روانی ثابت شده (بر اساس سوابق پزشکی بیمار) برای بیماران بود. همچنین معیارهای ورود برای مراقب اصلی بیمار شامل داشتن مسئولیت مستقیم در امر مراقبت از بیمار و دسترسی به تلفن همراه هوشمند، اینترنت و شبکه های اجتماعی و توانایی کار با آن بود.

معیارهای خروج بیمار شامل بدتر شدن بیماری یا بستری شدن بیمار، عدم تمایل به ادامه شرکت در طرح و عدم حضور در ۲ جلسه بود.

روش نمونه گیری در این مطالعه به این ترتیب بود که در کل روزهای هفته هر روز به تعداد مساوی برای گروه کنترل و گروه مداخله نمونه گیری به روش در دسترس جمع شد تا به این ترتیب اثر هفته تعدیل شود. پس از تکمیل پرسشنامه ها، نمونه ها به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تخصیص داده شدند. نحوه تخصیص تصادفی به این نحو بود که ۱۰ نفر انتخابی در هر روز با روش پاکت بسته برحسب دو نوع کارت الف و ب داخل پاکت که خودشان انتخاب کردند به گروه کنترل و مداخله تخصیص یافتند. به طوری که شخصی که کارت الف را از داخل جعبه برمی داشت در گروه مداخله قرار گرفته و شخصی که کارت ب را از داخل جعبه برمی داشت در گروه کنترل قرار می گرفت.

ابزار جمع آوری داده ها شامل فرم مشخصات جمعیت شناختی و پرسشنامه کیفیت زندگی اختصاصی بیماران قلبی مک نیو بود. این پرسشنامه اختصاصاً برای سنجش کیفیت زندگی بیماران قلبی تهیه شده است. مقیاس مک نیو توسط نیل الدریش^۱ و لینت لیم^۲ (۱۹۹۴) در آمریکا به زبان انگلیسی ساخته شد و توسط والنٹی^۳ (۱۹۹۶) ویرایش شده است و به عبارتی شکل اصلاح شده و

³ Valenti

⁴ Quality of life after Myocard al infarction

¹ Nil eldrich

² Lynette lim

اولیه برگرفته از کتاب‌های مرجع، مقالات، پایان‌نامه‌ها و سایت‌های معتبر علمی بود.

جدول (۱): جلسات آموزشی جهت حمایت آموزشی خانواده محور برای گروه مداخله

جلسه	مباحث
اول	آشنایی با ضربان‌ساز دائمی قلب و چگونگی کارکرد آن
دوم	نحوه کنترل نبض، آشنایی با علائم اختلال در عملکرد ضربان‌ساز
سوم	نحوه مراقبت و احتیاطات در استفاده از وسایل الکتریکی و تداخلات مغناطیسی
چهارم	رفتارهای مراقبتی (مصرف دارو، تغذیه صحیح، نحوه فعالیت و میزان آن، انجام ویزیت‌های دوره‌ای و پیگیری درمان)

مکرر)، توسط نسخه ۱۶ نرم‌افزار SPSS انجام گردید. سطح قضاوت برای معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از ۸۰ بیمار دارای پیس میکر دائمی قلب با میانگین سنی ۵۷/۷±۹/۹۷ سال که وارد مطالعه شدند، ۳۰ نفر (۳۷/۵ درصد) زن و ۵۰ نفر (۶۲/۵ درصد) مرد بودند. ۱۶ نفر (۲۰ درصد) کم‌سواد، ۲۶ نفر (۳۲/۵ درصد) سیکل، ۲۴ نفر (۳۰ درصد) دیپلم و ۱۴ نفر (۱۷/۵) تحصیلات دانشگاهی داشتند. همچنین ۶۲ نفر (۷۷/۵ درصد) دارای درآمد متناسب بودند. همچنین تفاوت آماری معناداری بین دو گروه مداخله و کنترل در رابطه با متغیرهای زمینه‌ای فوق که می‌توانست بر یافته‌های این مطالعه تأثیرگذار باشد، مشاهده نشد ($P > 0/05$).

آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر نشان داد که تغییرات ابعاد عملکرد فیزیکی، عاطفی، اجتماعی و نمره کل کیفیت زندگی بیماران دارای پیس میکر قلبی در دو گروه مداخله و کنترل یکسان نبوده و بیانگر بالاتر بودن میانگین نمره ابعاد عملکرد فیزیکی، عاطفی، اجتماعی و نمره کل کیفیت زندگی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل است. نتایج اثر تعامل زمان و گروه در این آزمون نشان داد که این میانگین نمره ابعاد عملکرد فیزیکی، عاطفی، اجتماعی و نمره کل کیفیت زندگی تأثیر داشته و تفاوت آماری معنی‌داری در فواصل زمانی اندازه‌گیری شده دارند (جدول ۲ و ۳).

مداخله حمایتی: منظور از این مرحله حمایت اطلاعاتی بیمار و خانواده آن‌ها بود. پس از اتمام مداخله آموزشی، نمونه‌های گروه مداخله در یک گروه ایجاد شده در شبکه اجتماعی با مدیریت پژوهشگر در یک فضای دوستانه و مطلوب به بحث و تبادل نظر در رابطه مسائل و سؤالات پیش رو که ممکن بود برای بیماران یا مراقبین ایجاد شده باشد، پرداختند و مشاوره‌های لازم به سؤالات بیماران و خانواده‌های آن‌ها توسط محقق از این طریق صورت می‌گرفت. گروه کنترل مراقبت‌های روتین را دریافت نمود. پس از پایان مداخله، در طی چهار نوبت به ترتیب دو هفته و چهار هفته، شش هفته و هشت هفته بعد از انجام مداخله، پس‌آزمونی از هر دو گروه به عمل آمد. علت وجود فواصل دوهفته‌ای در پس‌آزمون گروه‌ها این بود که بازه زمانی برای سؤالات در پرسشنامه اختصاصی کیفیت زندگی مک نیو، دو هفته گذشته است. به‌منظور رعایت اخلاق در پژوهش، پس از پایان مطالعه، آموزش‌های ارائه شده به گروه مداخله، به گروه کنترل هم ارائه گردید. پژوهشگر جهت در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی، رضایت‌نامه کتبی از واحدهای موردپژوهش اخذ کرده و به آن‌ها اطمینان داد که اطلاعات به‌دست‌آمده محرمانه خواهد ماند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و روش‌های پارامتریک آمار استنباطی پس از تعیین نرمال بودن توزیع متغیرها به‌وسیله آزمون کولموگروف-اسمیرنوف (آزمون مجذور کای، تی مستقل، تحلیل واریانس اندازه‌گیری

جدول (۲): میانگین نمرات کیفیت زندگی و ابعاد آن به تفکیک دو گروه مداخله و کنترل در بیماران دارای پیس میکر دائمی قلب

کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن	گروه	قبل مداخله	دو هفته بعد از مداخله	چهار هفته بعد از مداخله	شش هفته بعد از مداخله	هشت هفته بعد از مداخله
		Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD
عملکرد فیزیکی	مداخله	۲۶/۴ ± ۳/۱۲	۳۷/۳۷ ± ۶/۹۱	۴۰/۴۰ ± ۸/۵۴	۴۳/۰۵ ± ۴/۰۳	۴۲/۷۵ ± ۴/۷۲
	کنترل	۲۶/۳۲ ± ۳/۰۷	۲۲/۲۷ ± ۲/۴۷	۲۴/۹۷ ± ۴/۰۴	۲۴/۸۰ ± ۲/۹۵	۲۴/۹۵ ± ۲/۹۶

عملکرد عاطفی	مداخله	۲۷/۹۷ ± ۳/۱۱	۴۲/۸۷ ± ۸/۸۴	۴۶/۹۷ ± ۱۲/۲۹	۵۱/۷۵ ± ۵/۹۷	۵۰/۲۵ ± ۴/۰۵
کنترل	کنترل	۲۸/۹۲ ± ۳/۳۳	۲۹/۵۷ ± ۲/۵۴	۳۰/۴۷ ± ۲/۲۴	۲۹/۴ ± ۳/۸۲	۲۹/۰۷ ± ۴/۲۰
عملکرد اجتماعی	مداخله	۲۶/۹۲ ± ۳/۴۲	۴۰/۰۷ ± ۹/۳۴	۴۲/۱۰ ± ۱۰/۵۰	۴۷/۸۷ ± ۵/۴۹	۴۶/۵۵ ± ۴/۷۴
کنترل	کنترل	۲۷ ± ۳/۰۲	۲۵/۵۲ ± ۲/۵۹	۲۶/۷۷ ± ۲/۶۴	۲۷/۸۵ ± ۳/۱۶	۲۶/۹۷ ± ۲/۸۸
کیفیت زندگی	مداخله	۵۴/۷ ± ۵/۳۴	۸۲/۹۲ ± ۱۵/۶۰	۹۰/۳۵ ± ۲۰/۵۷	۹۸/۸۷ ± ۸/۹۶	۹۶/۰۷ ± ۷/۴۱
کنترل	کنترل	۵۵/۴۵ ± ۵/۵۱	۵۴/۲۲ ± ۳/۴۱	۵۷/۰۵ ± ۵/۱۳	۵۶/۷۷ ± ۶/۱۶	۵۶ ± ۵/۷۷

جدول (۳): نتایج تحلیل واریانس درون آزمودنی‌ها با اندازه‌گیری‌های مکرر برای پنج بار اندازه‌گیری کیفیت زندگی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
فیزیکی	زمان (اثر اصلی)	۳۲۳۹/۳۴	۱/۹۸	۱۶۳۲/۴۲	۴۱/۴۳	۰/۰۰۱
	زمان + گروه (اثر تعاملی)	۴۲۹۸/۵۸	۱/۹۸	۲۲۱۶/۶۰	۵۶/۲۵	۰/۰۰۱
	بین گروهی	۱۷۰۷۰/۳۶	۱	۱۷۰۷۰/۳۶	۵۳۱/۱۲	۰/۰۰۱
عاطفی	زمان (اثر اصلی)	۱۳۸۹/۵۶	۱/۵۵	۸۹۴/۹۶	۱۳/۲۲	۰/۰۰۱
	زمان + گروه (اثر تعاملی)	۸۷۶/۸۵	۱/۵۵	۵۰۶/۷۸	۷/۴۸	۰/۰۰۲
	بین گروهی	۲۱۱۶۸/۶۵	۱	۲۱۱۶۸/۶۵	۳۷۱/۲۳	۰/۰۰۱
اجتماعی	زمان (اثر اصلی)	۱۱۸۷/۱۹	۱/۳۸	۸۵۵/۰۸	۱۲/۳۶	۰/۰۰۱
	زمان + گروه (اثر تعاملی)	۶۶۷/۸۰	۱/۳۸	۴۸۰/۹۸	۶/۹۵	۰/۰۰۱
	بین گروهی	۱۹۳۱۹/۴۳	۱	۱۹۳۱۹/۴۳	۴۲۷/۹۵	۰/۰۰۱
کل	زمان + گروه (اثر تعاملی)	۴۲۴۵/۰۸	۱/۳۵	۳۱۳۳/۲۵	۱۴/۴	۰/۰۰۱
	بین گروهی	۲۵۴۶/۴۷	۱/۳۵	۱۸۷۹/۵۲	۸/۴۸	۰/۰۰۲
	زمان + گروه (اثر تعاملی)	۸۱۷۶۸/۸۷	۱	۸۱۷۶۸/۸۷	۵۲۸/۳۴	۰/۰۰۱

بحث

این مطالعه باهدف تعیین تأثیر حمایت آموزشی خانواده محور بر کیفیت زندگی بیماران دارای پیس میکر دائمی قلب مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی سیدالشهدا ارومیه در سال ۹۹-۱۳۹۸ انجام شد. با اجرای حمایت آموزشی خانواده محور تفاوت آماری معنی‌داری در افزایش میانگین کیفیت زندگی و تمامی ابعاد آن (عملکرد فیزیکی، عاطفی و اجتماعی) در بیماران دارای پیس میکر دائمی ایجاد شد.

نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر حاکی از تفاوت آماری معنادار در تغییرات میانگین نمره کیفیت زندگی و تمامی ابعاد آن طی پنج بار اندازه‌گیری بین دو گروه مداخله و کنترل داشت. در بررسی میانگین نمرات بین دو گروه مشخص گردید که این تغییرات در گروه مداخله به‌طور چشمگیری نسبت به گروه کنترل افزایش یافته است و همین افزایش میانگین نمرات کیفیت زندگی و ابعاد آن در گروه مداخله منجر به معناداری این تغییرات در بین دو گروه مداخله و کنترل گشته است. این یافته با نتایج به‌دست‌آمده از قویدل و همکاران (۱۳۹۴) که باهدف تعیین تأثیر

آموزش خانواده محور بر کیفیت زندگی بیماران پس از جراحی پیوند کنازگرد عروق کرونر قلبی انجام شد، همخوانی دارد (۱۴). در مطالعه ایشان نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که میانگین نمرات کیفیت زندگی و ابعاد آن در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل به شکل معناداری افزایش یافته است ($P < 0/0001$) (۱۴). همچنین در مطالعه ترابی و همکاران (۱۳۹۷)، مشخص گردید که اجرای برنامه خود مراقبتی مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده محور توانسته است شاخص کلی کیفیت زندگی و ابعاد آن را در بیماران دارای ضربان‌ساز قلبی را به‌طور معناداری افزایش دهد. این موارد بر لزوم اجرای برنامه‌های آموزشی پرستاری با مشارکت و محوریت بیمار و خانواده تأکید دارند؛ چراکه اجرای این برنامه‌های آموزشی می‌تواند نقش مهمی در پیش گرفتن رفتارهای صحیح بهداشتی و کسب استقلال بیماران دارای ضربان‌ساز قلبی دائمی قلب داشته باشد (۳).

در مطالعه سوریسوک و همکاران (۲۰۱۷) که باهدف تعیین تأثیر برنامه آموزشی مبتنی بر رویکرد خانواده محور بر روی میزان آگاهی، کیفیت زندگی، رفتارهای خود مراقبتی و میزان کنترل

مطالعات متعددی استفاده از برنامه‌های آموزشی پرستاری را به‌منظور ارتقای سطح کیفیت زندگی بیماران دارای ضربان‌ساز قلبی بعد از ترخیص توصیه نمودند (۲۳، ۳۲، ۳۳) که توجه به فرهنگ ما و اهمیت خانواده، آموزش با رویکرد خانواده محور علاوه بر سایر روش‌های آموزشی می‌تواند به‌عنوان راهکاری برای شروع مداخلات پرستاری درزمینه‌ی آموزش و حمایت این بیماران بکار گرفته شود (۳۴).

نتیجه‌گیری

با اجرای حمایت آموزشی خانواده محور تفاوت آماری معنی‌داری در افزایش میانگین کیفیت زندگی و تمامی ابعاد آن (عملکرد فیزیکی، عاطفی و اجتماعی) در بیماران دارای پیس میکر دائمی ایجاد شد. پرستاران به‌طور ایدئال در مواجهه با مسائل ویژه در ارتباط با مدیریت باورها و درک غلط بیماران و خانواده آن‌ها هستند و به لحاظ ماهیت حرفه‌ای خود از بیشترین فرصت تماس با بیمار و خانواده آنان برخوردارند؛ بنابراین مناسب‌ترین افراد حرفه‌ای برای حمایت آموزشی بیماران و خانواده آنان هستند. یافته‌های به‌دست‌آمده از این پژوهش، می‌تواند اطلاعاتی را برای پرستاران مهیا کند؛ تا با آگاهی از تأثیر حمایت آموزشی خانواده محور بر کیفیت زندگی بیماران دارای پیس میکر دائمی قلب، بتوانند مؤثرترین اقدامات پرستاری را باهدف بهبود کیفیت زندگی در این بیماران بکار بگیرند.

تشکر و قدردانی

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری ۹۸۷۷ و دارای مجوز از کمیته اخلاق با شماره IR.UMSU.REC.1398.409 از معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی ارومیه است. بدین‌وسیله نویسندگان مقاله از همکاری معاونت محترم تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، تمام بیماران و خانواده‌های آنان که علیرغم مشکلات موجود و ناتوانی‌های خاص، صادقانه همکاری لازم را در طول این پژوهش داشتند و همچنین کارکنان محترم کلینیک دیس ریتمی بیمارستان سیدالشهدا ارومیه تشکر و سپاس‌گزاری می‌نمایند.

درک شده مراقبین بر مدیریت علائم بیماران مبتلابه نارسایی قلبی انجام شد، مشخص گردید بیماران و مراقبینی که در برنامه آموزشی مبتنی بر رویکرد خانواده محور شرکت کرده بودند نسبت به افراد گروه کنترل، میانگین نمرات بالایی را در تمامی متغیرهای بررسی در ۳ و ۶ ماه بعد از مداخله کسب کرده بودند طوری که این میزان تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار بود ($P < 0.05$) (۲۹).

یافته‌های به‌دست‌آمده از مطالعه حاضر در رابطه با میانگین نمره کلی کیفیت زندگی با مطالعه باقرزاده و همکاران (۱۳۹۱)، همخوانی ندارد؛ چراکه در مطالعه آنان پس از اجرای مداخلات شناختی- رفتاری تفاوت آماری معناداری در میانگین نمره نهایی کیفیت زندگی در بین و درون دو گروه مداخله و کنترل مشاهده نشد (۳۰). در توضیح چرایی این امر می‌توان به تفاوت‌های روش‌شناختی (ابزار مورداستفاده و نوع مداخله بکار گرفته) بین مطالعه حاضر و مطالعه باقرزاده و همکاران (۱۳۹۱) اشاره نمود. ابزار مورداستفاده در مطالعه باقرزاده پرسشنامه کیفیت زندگی ۳۶ سؤالی (SF-۳۶) و مداخله آنان نوعی مداخله روان‌درمانی توسط گروه درمان بود. استفاده از یک ابزار اختصاصی جهت سنجش کیفیت زندگی افراد موردپژوهش در مطالعه حاضر از مواردی است که می‌تواند توجیه‌کننده تناقض بین مطالعه حاضر و باقرزاده و همکاران باشد. از طرفی، نکته حائز اهمیت در مطالعه حاضر علاوه بر حمایتی آموزشی بیماران، تمرکز بر نقش افراد خانواده (مراقبین اصلی) و چگونگی تأثیر آن بر کیفیت زندگی بیماران بود.

یافته‌های مطالعه مالم و همکاران^۱ (۲۰۱۴) بیانگر این واقعیت بود که خانواده بیماران دارای پیس میکر دائمی قلب نیازمند برخورداری از دانش و آگاهی نسبت به شرایط پیش‌آمده و حمایت اطلاعاتی هستند (۱۳)؛ بنابراین به نظر می‌رسد اجرای حمایت آموزشی خانواده محور گامی مهمی در پر کردن خلأ اطلاعاتی بیماران دارای ضربان‌ساز دائمی قلب و خانواده آن‌ها و به‌تبع آن بهبود کیفیت زندگی در آنان باشد.

حمایت آموزشی مراقبت از بیمار به مراقبان بیماران، منجر به افزایش آگاهی و مهارت آن‌ها در مراقبت از بیمار و در نتیجه موجب بهبود کیفیت زندگی بیماران و در مجموع خانواده می‌گردد؛ بنابراین، اهمیت آموزش مراقبان بیماران، باید بیش‌ازپیش موردتوجه قرار گیرد (۳۱).

References:

1. Mann DL, Zipes DP, Libby P, Bonow RO. Braunwald's Heart Disease E-Book: A Textbook of

Cardiovascular Medicine. Elsevier Health Sciences; 2014.

¹. Malm et al

2. Honarbakhsh S, Hunter L, Chow A, Hunter RJ. Bradyarrhythmias and pacemakers. *BMJ* 2018;360:k642.
3. Torabi M, AliAkbari F, Aien F, Deriss F. The Effect of Family-Centered Empowerment Model on the Quality of Life of the Patients With Permanent Pacemaker in Chamran Hospital in Isfahan. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery* 2018;7(3):218-25.
4. Ataee E, Haghjoo M, Dalvandi A, Bakhshandeh H. Effect of self-care education on quality of life among patients with permanent pacemaker. *Iranian Journal of Cardiovascular Nursing* 2013;1(4):40-7.
5. Mamourel A, Babatsikou F, Flevari P, Leftheriotis D, Fragiadakis E, Polikandrioti M. Anxiety and depression in patients with permanent cardiac pacemaker. *Perioperative Nursing* 2017;6(2):107-23.
6. Figueroa C, Alcocer L, Ramos B. Psychological intervention to modify anxiety, depression and quality of life in patients with an implantable pacemaker. *Psychology* 2016;7(03):374.
7. Chapagai S, Andrews GR, Naik N. A Study to Assess the Knowledge and Quality of Life of Pacemaker Patients with a view to Develop an Information Booklet. *Asian Journal of Nursing Education and Research* 2017;7(1):108.
8. Udo EO, van Hemel NM, Zuithoff NPA, Nijboer H, Taks W, Doevendans PA, et al. Long term quality-of-life in patients with bradycardia pacemaker implantation. *Int J Cardiol* 2013;168(3):2159-63.
9. Pyngottu A, Werner H, Lehmann P, Balmer C. Health-related quality of life and psychological adjustment of children and adolescents with pacemakers and implantable cardioverter defibrillators: a systematic review. *Pediatr Cardiol* 2019;40(1):1-16.
10. Liu X, He X, Li L, Huang L, Liu Z. Influence of Continuous Nursing on the Psychological State and Coping Style of Patients Undergoing Pacemaker Implantation. *Iran J Public Health* 2015;44(7):953-61.
11. Rakhshan M, Hassani P, Ashktorab T, alavi Majd H. Lived Experiences of Cardiac Pacemaker Patients. *Journal of qualitative Research in Health Sciences* 2013;2(1):33-45.
12. Strömberg A. The situation of caregivers in heart failure and their role in improving patient outcomes. *Curr Heart Fail Rep* 2013;10(3):270-5.
13. Malm D, Sandgren A. Regaining normalcy in relatives of patients with a pacemaker. *Open J Nurs* 2014;4(3):139-49.
14. Ghavidel A, Farokhnezhad-Afshar P, Bakhshandeh H, Ghorbanpour F. Effect of family-centered education on the quality of life patients after coronary artery bypass graft surgery. *Cardiovascular Nursing Journal* 2015;4(2):6-13.
15. Ghojzadeh M, Azami-Aghdash S, Sohrab-Navi Z, Kolahdouzan K. Cardiovascular patients' experiences of living with pacemaker: Qualitative study. *ARYA atherosclerosis* 2015;11(5):281-8.
16. Festini F. Family-centered care. *Ital J Pediatr* 2014;40(Suppl 1):A33-A.
17. Seike A, Sumigaki C, Takeda A, Endo H, Sakurai T, Toba K. Developing an interdisciplinary program of educational support for early-stage dementia patients and their family members: An investigation based on learning needs and attitude changes. *Geriatr Gerontol Int* 2014;14(S2):28-34.
18. Chi N-C, Demiris G, Lewis FM, Walker AJ, Langer SL. Behavioral and educational interventions to support family caregivers in end-of-life care: a systematic review. *Am J Hosp Palliat Care* 2016;33(9):894-908.
19. Cossette S, Belaid H, Heppell S, Mailhot T, Guertin M-C. Feasibility and acceptability of a nursing intervention with family caregiver on self-care among heart failure patients: a randomized pilot trial. *Pilot Feasibility Stud* 2016;2(1):34.
20. Shen Z, Zheng F, Zhong Z, Ding S, Wang L. Effect of peer support on health outcomes in patients with cardiac pacemaker implantation: A randomized, controlled trial. *Nurs Health Sci* 2019;21(2):269-77.

21. Santos JEMd, Brasil VV, Moraes KL, Cordeiro JABL, Oliveira GFd, Bernardes CdP, et al. Comprehension of the education handout and health literacy of pacemaker users. *Rev Bras Enferm* 2017;70(3):633-9.
22. Huang L-Y, Guo S-E, Tsai C-C, Huang T-Y. The effectiveness of a systematic patient education intervention on knowledge, attitudes and behavior about self care in patients with permanent pacemakers. *Taiwan Gong Gong Wei Sheng Za Zhi* 2014;33(2):174.
23. Aliakbari F, Delaram M, Heidari M. Effect of nurse-led group educational sessions on the quality of life among patients with implanted pacemakers. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2012;10(3):0-.
24. Khayam Nekouei Z, Yousefy A, Manshaee Q. The Effect of Cognitive-Behavioral Therapy on the Improvement of Cardiac Patients' Life Quality. *Iran J Med Educ* 2010;10(2):148-53.
25. Daskapan A, Höfer S, Oldridge N, Alkan N, Muderrisoglu H, Tuzun EH. The validity and reliability of the Turkish version of the MacNew Heart Disease Questionnaire in patients with angina. *Journal of evaluation in clinical practice* 2008;14(2):209-13.
26. Höfer S, Turk-Adawi K, Oldridge N. The MacNew heart disease health-related quality of life questionnaire: Updated reference data for users. *Eur J Pers Cent Healthc* 2016;4(1):221-9.
27. salavati m, khatiban m, moghadari koosha b, soltanian a. Evaluating the Effect of Teach Back Education on Self-Care Behaviours and Quality of Life in Patients With Myocardial Infarction in 2015: A Randomised Controlled Trial. *Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty* 2017;25(1):1-8.
28. Mohammadi F, Taherian A, Hosseini MA, Rahgozar M. Effect of home-based cardiac rehabilitation quality of life in the patients with myocardial infarction. *Archives of Rehabilitation* 2006;7(3):0-.
29. Srisuk N, Cameron J, Ski CF, Thompson DR. Randomized controlled trial of family-based education for patients with heart failure and their carers. *J Adv Nurs* 2017;73(4):857-70.
30. Bagherzade A, Arianfar F, Arbabi M. Evaluation of cognitive and behavioral intervention on psychological health status in patients with implantable cardioverter defibrillator. *Tehran University of Medical Sciences* 2012;70(1).
31. Gholizade M, Akrami R, Tadayonfar M, Akbarzadeh R. An Evaluation on the Effectiveness of Patient Care Education on Quality of Life of Stroke Caregivers: a Randomized Field Trial. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2016;22(6):955-64
32. HadiAtiyah H, Mohammed H. Nurses, knowledge concerning an implantation pacemaker for adult patients with cardiac rhythm disorder at Al-Nassirrhya Heart Center. *Kufa journal for nursing sciences* 2016;6(1):216-23.
33. Mulpuru SK, Madhavan M, McLeod CJ, Cha Y-M, Friedman PA. Cardiac Pacemakers: Function, Troubleshooting, and Management: Part 1 of a 2-Part Series. *J Am Coll Cardiol* 2017;69(2):189-210.
34. Khachian A, Seyedoshohadaee M, Haghani H, Aghamohammadi F. Family-Centered Education and Self-care Behaviors of Patients With Chronic Heart Failure. *Journal of Client-Centered Nursing Care* 2016;2(3):177-84.

EFFECT OF THE FAMILY-CENTERED EDUCATIONAL SUPPORT ON THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH PERMANENT CARDIAC PACEMAKER

Sholeh Pashaei¹, Yaser Moradi², Hossein Jafarizadeh³, Alireza Rahmani^{3,4}

Received: 09 August, 2020; Accepted: 23 December, 2020

Abstract

Background & Aim: Implanting a permanent pacemaker (inserting an electronic device into the heart) is an important event in a patients' life that affects their body image and impairs their socio-psychological adaptation and quality of life. Moreover, it can cause concern in their families due to the lack of knowledge about the disease, patient's needs, and patient care. Accordingly, the provision of effective patient care would be affected, so that as a vicious cycle, this can lead to poor quality of life in these patients. Considering these concerns, it is necessary to examine the educational needs and provide educational support for the patients and their families. The present study aimed to determine the effect of family-centered educational support on the quality of life in patients with permanent cardiac pacemaker who were referred to Seyed-al-Shohada Hospital in 2019-2020.

Materials & Methods: In this quasi-experimental study, a total of 80 patients with permanent cardiac pacemaker were randomly assigned into two groups of intervention and control. The intervention group received family-centered educational-supportive interventions in two main steps. The control group received only routine training. Data were collected using a demographic characteristic questionnaire and the MacNew Heart Disease Health-related Quality of Life Questionnaire, and entered into SPSS Statistics for Windows, version 16.0 (SPSS Inc., Chicago, Ill., USA). Data were analyzed using the χ^2 test, student's *t*-test, and repeated measures ANOVA. A p-value of less than 0.05 was anticipated for rejecting the null hypothesis.

Results: The results of repeated measures ANOVA showed a statistically significant difference in the mean score of quality of life and its dimensions (physical, emotional and social performance) between the intervention and the control group during five measurements ($P \leq 0.0001$). Based on the comparison of the mean scores between the two groups, it was found that the mean score of quality of life and its dimensions increased in the intervention group during the measurement intervals which has led to the significance of these differences between the two groups.

Conclusion: Based on the results of the present study, it is concluded that the implementation of family-centered educational support is effective in improving the quality of life in patients with permanent cardiac pacemaker.

Keywords: Educational support, Family-centered, Permanent cardiac pacemaker, Quality of life

Address: Patient Safety Research Center, Clinical Research Institute, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

Tel: +984432754963

Email: alireza.rahmani.1960@gmail.com

¹ MSc student in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

² Ph.D in Nursing, Patient Safety Research Center, Clinical Research Institute, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

³ MSc in Nursing, Patient Safety Research Center, Clinical Research Institute, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁴ MSc in Nursing, Patient Safety Research Center, Clinical Research Institute, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)