

بررسی تأثیر آموزش به روش Teach Back بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد در سال ۱۳۹۴ در شهر همدان: یک مطالعه کار آزمایی بالینی

محسن صلواتی^۱، مهناز خطیبان^۲، بهناز مقدری کوشا^{۳*}، علیرضا سلطانیان^۴

^۱ مربی، مرکز تحقیقات مراقبت مادر و کودک، گروه پرستاری داخلی-جراحی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۲ دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت مادر و کودک، گروه پرستاری داخلی-جراحی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۳ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری داخلی-جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۴ دانشیار، مرکز تحقیقات مدل سازی بیماری‌های غیرواگیر، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

* نویسنده مسئول: بهناز مقدری کوشا، دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری داخلی-جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران. تلفن:

۰۵۳۵-۸۱۳۸۲۸-۹۸+، ایمیل: b.moghadarikoosha@umsha.ac.ir

DOI: 10.21859/nmj-25011

چکیده

مقدمه: عوامل مختلف جسمی و روانی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد را تحت تأثیر قرار داده و آن را کاهش می‌دهد. هدف این مطالعه تعیین تأثیر آموزش به روش teach back بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد در سال ۱۳۹۴ در شهر همدان بود.

روش کار: در این مطالعه کار آزمایی بالینی، ۷۰ بیمار مبتلا به انفارکتوس میوکارد به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب و به گروه آزمون و کنترل با روش تخصیص تصادفی تقسیم شدند. برای هر بیمار در گروه آزمون، سه جلسه آموزشی ۴۵ دقیقه‌ای در طول ۱۰ روز به روش teach back برگزار گردید. پرسشنامه استاندارد ارزیابی کیفیت زندگی مک نیو توسط بیماران هر دو گروه آزمون و کنترل در بدو ورود به مطالعه و بعد از یک ماه از آخرین جلسه آموزشی تکمیل گردید. داده‌ها با نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون‌های تی مستقل، تی زوجی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: بین میانگین نمرات کیفیت زندگی گروه آزمون قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی دار آماری وجود داشت ($P > 0/05$). که این اختلاف در گروه کنترل معنی دار نبود. اما اختلاف بین میانگین نمرات کیفیت زندگی گروه آزمون و کنترل بعد مداخله معنی دار بود ($P > 0/05$).

نتیجه گیری: روش آموزشی teach back می‌تواند باعث ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد شود. با توجه به نقش مهم پرستاران می‌توان از این روش آموزشی در جهت بهبود کیفیت زندگی بیماران قلبی استفاده کرد.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۶/۰۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۶/۲۲

واژگان کلیدی:

Teach Back

کیفیت زندگی

انفارکتوس میوکارد

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

مقدمه

انفارکتوس میوکارد سرآغاز مشکلات عدیده قلبی است که مدتها پس از ترخیص نیز می‌تواند بیمار را به مراکز درمانی بکشاند. علت عود علائم و مشکلات و در نتیجه مراجعه مجدد بیمار می‌تواند پیشرفت بیماری، انفارکتوس مجدد، اختلال در کیفیت زندگی و یا اختلال عملکرد باشد [۴]. بهبودی آسیب قلبی حداقل ۱۲-۶ هفته طول می‌کشد و در این مدت پیامدهای بیماری ادامه دارد. به طوری که ۷۰ درصد بیماران از درد سینه پس از ترخیص شاکی هستند که باعث احساس عدم کفایت در فرایندهای زندگی می‌شود. علاوه بر این

امروزه بیماری‌های قلبی و عروقی در ایران مشکلی اجتماعی محسوب می‌شود به طوری که مرگ و میر ناشی از این بیماری ۶/۴ مرگ در هر ۱۰۰۰۰ جمعیت و بیشترین سهم را به خود اختصاص داده است [۱]. بیماری‌های عروق کرونر بیشترین بار بیماری در بین بیماری‌های جسمی را دارد و علت عمده صرف هزینه‌های بهداشتی است [۲]. در حقیقت، بیماری‌های قلبی-عروقی از اختلالات غیرفونونی هستند و به واسطه تعداد زیادی از عوامل که مهم‌ترین آن‌ها سبک زندگی ناسالم است ایجاد می‌شوند [۳].

با توجه به نقش مهم پرستاران در ارتقای سطح سلامت و آموزش رفتارهای خود مراقبتی، می‌توان با شناسایی این رفتارها مداخلات برنامه ریزی شده‌ای برای ارتقای سطح رفتارهای خود مراقبتی و در نتیجه، بهبود کیفیت زندگی بیماران قلبی تدوین نمود. همچنین با توجه به اینکه انفارکتوس قلبی یکی از بیماریهای است که سهم عمده درمان آن برعهده خود بیمار است، بنابراین استفاده از روش آموزشی مناسب، تعاملی و بیمارمحور که باعث بهبود پایبندی و مشارکت بیمار در رفتارهای خودمراقبتی می‌گردد، باعث ارتقا کیفیت زندگی این بیماران می‌گردد. لذا با توجه به ویژگی‌های گفته شده روش TB، و نیز طبق اطلاعات در دسترس پژوهشگر در مورد وجود تحقیقات محدودی در کشور جهت به کارگیری این روش آموزشی در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد، ضرورت انجام این مطالعه در این افراد لازم به نظر می‌رسد. با عنایت به مطالب فوق و نظر به کمبود مطالعات مشابه در کشور، مطالعه حاضر با هدف تأثیر آموزش به روش teach back در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد بر کیفیت زندگی آنان پس از ترخیص انجام گرفت.

روش کار

مطالعه کارآزمایی بالینی حاضر در سال ۱۳۹۵ - ۱۳۹۴ در بیمارستان فرشچیان شهر همدان انجام شد. برای انتخاب واحدهای پژوهش، افراد مبتلا به انفارکتوس میوکارد دارای معیارهای ورود به مطالعه به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب، سپس به صورت تصادفی به دو گروه کنترل و آزمون تخصیص یافتند. بدین صورت که به هر بیمار شماره‌ای از ۱ تا ۷۰ داده شد و بیماران به صورت تصادفی به دو گروه A و B تخصیص یافتند و بر اساس قرعه کشی به عمل آمده افراد گروه A در گروه آزمون و افراد گروه B در گروه کنترل قرار گرفتند. براساس مطالعه عشوندی و همکاران (۱۳۹۲) [۱۲]، انحراف معیار نمره رفتار مراقبتی حاصل از روش teach-back در دو گروه کنترل و مداخله به ترتیب حدود ۸/۴۱ و ۱۲/۷۴ در نظر گرفته شد و حداقل تفاوت معنی داری حدود ۹ واحد فرض شد. در این مطالعه با در نظر گرفتن خطای نوع اول ۵% و توان آزمون ۹۰% و همچنین میزان ریزش ۱۵% به تعداد حداقل ۳۵ نفر در هر گروه نیاز بود. با استفاده از فرمول زیر مقدار حجم نمونه برآورد گردید:

$$n = (z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2 \cdot (\sigma_1^2 + \sigma_2^2) / d^2 \approx 30.2$$

$$z_{1-\alpha/2} = 1.96, z_{1-\beta} = 1.28, \sigma_1 = 8.41, \sigma_2 = 12.74, d = 9$$

معیارهای ورود به مطالعه: داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، تشخیص انفارکتوس قلبی تأیید شده توسط متخصص

ظهور مکرر علائم خستگی، تنگی نفس و درد قفسه صدری باعث بروز اختلال عملکرد جنسی و در نتیجه اختلال فرایند خانواده می‌شود. همچنین یکی از مهم ترین عوارض، خستگی روانی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد است که باعث اختلال در عملکرد روزمره و همچنین کاهش کیفیت زندگی می‌شود [۵]. کیفیت زندگی با تجربه انسان از زندگی در ارتباط است. از آنجا که توجه صرف بر طولانی کردن عمر بیماران قلبی 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 [۶].

در این راستا، ارائه دهندگان خدمات سلامت، از جمله پرستاران می‌توانند با داشتن برنامه‌های مشاوره و آموزش جهت حل موفقیت آمیز یک معضل و تلاش به سوی بالاترین حد سلامت بالقوه به بیماران مزمن مانند مبتلایان به انفارکتوس قلبی کمک کنند [۷]. در بررسی به عمل آمده از بیماران، پرستاران بیشترین نقش را در آموزش و کسب مهارت‌های خود مراقبتی آنها داشته‌اند. در واقع، آموزش به بیماران یکی از موثرترین نقش‌های پرستاران می‌باشد که می‌تواند منجر به کاهش هزینه‌های خدماتی سلامت شود [۸].

روش (teach-back, TB) یکی از روش‌های تعاملی آموزش می‌باشد. این روش در خانواده تدریس گروهی و روش‌های پردازشی طبقه بندی شده و جهت گیری اصلی آن فراهم کردن بستر آموزشی با محوریت جمعی بوده است [۹]. در این رویکرد مؤلفه‌های مشارکت، همیاری و همکاری، پذیرش جمعی، همزیستی مسالمت آمیز و تحریک تجربه مورد توجه قرار دارد. به طور خلاصه TB یعنی اینکه، یاد گیرنده به حدی از تسلط و توانایی برسد که خود از مهارت و هنر آموزش آموخته‌ها بر آید. این نوع آموزش، فی نفس دو جنبه دارد، هم جنبه یادگیری و هم جنبه یاد دهی. در دل این دو، جنبه سومی وجود دارد که از دو مورد اول مهمتر است و آن جنبه ارزیابی است [۱۰]. نکته مهمتر اینکه این ارزیابی قبل از اینکه جنبه ارزیابی توسط دیگران داشته باشد، جنبه خود-ارزیابی دارد و آنچه که این روش را از سایر روش‌های آموزشی متمایز می‌سازد این است که در این فعل و انفعال آموزش، سطح بسندگی و کفایت یادگیرنده، معیار و مبنای پایان تدریس می‌باشد. از این منظر این نوع روش آموزش یک نوع جنبه تشخیصی اصلاحی و درمانی دارد [۱۱]. یعنی فرد تعدیل یا عدم تعدیل دانش و مهارت مورد نیاز خود را به طور تجربی و محسوس لمس می‌کند و برای رسیدن به تعادل، به طور خود جوش تلاش می‌کند [۱۲].

تکمیل نمودند. مداخله بدین صورت بود که ابتدا، برنامه آموزشی به روش teach back جهت حداقل سه جلسه تنظیم و به همراه مواد و محتوای آموزش به بیماران انفارکتوس قلبی تدوین شد که به تأیید اساتید تیم تحقیق رسید. بدین صورت که جلسه اول به بیماری انفارکتوس قلبی و علائم و عوامل خطر و عوارض آن و اهمیت پیشگیری و کنترل آنها، جلسه دوم در مورد ورزش و تأثیر آن بر انفارکتوس قلبی و همچنین مهارت‌های تغذیه‌ای، و جلسه سوم در مورد داروها و رژیم دارویی و محدودیت‌های آنها و ترک عادات نامناسب اختصاص یافت. مدت زمان هر جلسه براساس تمایل بیمار و یا سطح یادگیری وی حداکثر ۶۰ دقیقه در نظر گرفته شد و جلسات آموزشی در طی ۱۰ روز انجام گرفت. جهت محل برگزاری جلسات آموزشی، اتاقی در درمانگاه بیمارستان قلب و عروق با هماهنگی بیمارستان در نظر گرفته شد. جلسه اول در اولین مراجعه بیمار پس از ترخیص به ارائه شد. محتوای آموزشی هر جلسه به روش TB، یعنی چهره به چهره همراه با آموزش عملی و با استفاده از پمفلت به بیمار آموزش داده می‌شد، سپس از بیمار خواسته می‌شد محتوای آموزشی را با زبان خود بیان نماید. در صورت عدم درک صحیح مطالب توسط بیمار، مجدداً محتوای آموزشی به وی آموزش داده می‌شد. جلسات آموزشی، براساس نیاز بیمار برای هر کدام از بیماران گروه آزمون حداقل سه جلسه برگزار شد. طی یک ماه بعد از مداخله، به منظور ترغیب هر چه بیشتر برای پیروی از مطالب آموزش داده شده، در روزها و ساعات هماهنگ شده قلبی با بیماران تماس تلفنی گرفته و به سؤالات آنان پاسخ داده شد بیماران گروه کنترل طبق روال مراجعه و آموزش‌های روتین حین ترخیص توسط پرستاران بخش را دریافت کردند. یک ماه بعد از مداخله در گروه آزمون، پژوهشگر از طریق تماس تلفنی با بیماران هر دو گروه، زمانی را جهت ملاقات تعیین نمود. در این جلسه، با همان پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران مجدداً مورد سنجش قرار گرفتند.

مجوزهای لازم از مرکز تحقیقات دانشگاه و همچنین کمیته اخلاق گرفته شد. توضیحات مبنی بر محرمانه ماندن اطلاعات و جلب رضایت بیماران انجام شد و همچنین رضایت نامه کتبی از اخذ گردید. جهت ملاحظات اخلاقی، پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، کلیه محتوای آموزشی در اختیار ایشان هم قرار داده شد و همچنین به سؤالات آنان پاسخ داده شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آمار توصیفی و آزمون‌های تی زوجی و تی مستقل تجزیه و تحلیل شدند.

قلب و عروق، ابتدا به انفارکتوس میوکارد برای اولین بار، نداشتن سابقه اختلالات روانی و نداشتن تحصیلات در گروه علوم پزشکی بودند. معیارهای خروج از مطالعه: تکمیل نکردن دو جلسه آموزشی به هر دلیل توسط بیمار بود. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه استاندارد ارزیابی کیفیت زندگی مک نیو بود. پرسشنامه کیفیت زندگی مک نیو، یک پرسشنامه کیفیت زندگی در ارتباط با بیماری‌های قلبی تغییر یافته از ابزار اصلی آن است که توسط خود بیمار نیز قابل ارزیابی می‌باشد. پرسشنامه استاندارد مکنیو دارای ۲۷ سؤال است و کیفیت زندگی بیماران قلبی را در سه بُعد عملکرد هیجانی، عملکرد فیزیکی و عملکرد اجتماعی، مورد ارزیابی قرار می‌دهد. تعداد ۵ سؤال از این پرسشنامه در حوزه عملکرد فیزیکی، ۱۱ سؤال آن در حوزه عملکرد هیجانی و ۱۰ سؤال در حوزه عملکرد اجتماعی است. یک سؤال هم به تنهایی دامنه فعالیت جنسی را بررسی می‌کند. بازه زمانی برای سؤالات در پرسشنامه مکنیو، دو هفته گذشته است. هر کدام از سؤالات پرسشنامه دارای معیار پاسخ هفت درجه‌ای است و پاسخ آزمودنی به هر یک از هفت گزاره، موضع او را روی پیوستاری که از همیشه تا اصلاً متغیر است، نشان می‌دهد. بالاترین نمره ممکن در هر حوزه، هفت و کمترین نمره، یک است که به ترتیب نشان دهنده کیفیت زندگی بالا و کیفیت زندگی پایین می‌باشد. روایی صوری و محتوای پرسشنامه‌ها، به تأیید حداقل ۱۰ نفر از اعضای هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی، پرستاران و پزشکان دارای مسئولیت در بخش‌های ویژه (سرپرستار، رییس بخش و...) رسید. میزان آلفای کرونباخ پرسشنامه کیفیت زندگی حاصل از تکمیل آن توسط ۱۵ نفر بیمار مشابه بر اساس ۲۷ گویه ۰/۹۰۹ بود که نشان دهنده پایایی مناسب پرسشنامه بود. پرسشنامه‌ها در بدو ورود و پایان پژوهش (یکماه پس از مداخله) توسط بیماران هر دو گروه تکمیل گردید.

ابتدا با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس و با توجه به معیارهای ورود به مطالعه، ۷۰ بیمار واجد شرایط انتخاب و در مورد اهداف پژوهش برای آنان توضیح داده شد. باتوجه به تمایل آنان به شرکت در پژوهش رضایت آگاهانه از آنان گرفته شد. سپس به هر بیمار شماره‌ای از ۱ تا ۷۰ داده شد و بیماران به صورت تصادفی به دو گروه A و B تقسیم شدند و بر اساس قرعه کشی به عمل آمده افراد گروه A در گروه آزمون و افراد گروه B در گروه کنترل قرار گرفتند. سپس در بدو ورود به پژوهش، کلیه بیماران دو گروه در اولین مراجعه پس از ترخیص به درمانگاه قلب و عروق، ابزارهای پژوهش را

یافته‌ها

معیار) نمرات کیفیت زندگی در گروه کنترل قبل از مداخله $2/99 \pm 0/41$ و همچنین میانگین (انحراف معیار) نمرات کیفیت زندگی در گروه آزمون قبل از مداخله $2/68 \pm 0/52$ بود. بنا بر آزمون تی-مستقل تفاوت نمره کیفیت زندگی و ابعاد آن بین دو گروه قبل از آموزش معنی‌دار آماری بود. میانگین (انحراف معیار) نمرات کیفیت زندگی در گروه آزمون بعد از مداخله $0/51 \pm 0/51$ و در گروه کنترل $2/77 \pm 0/40$ بود بنا بر آزمون تی مستقل تفاوت نمره کیفیت زندگی و ابعاد آن بین دو گروه، بعد از آموزش معنی‌دار آماری بود (جدول ۳).

یافته‌ها نشان دادند که بیماران دو گروه کنترل و آزمون از لحاظ جنس، سن، تعداد فرزندان، شغل، و سطح تحصیلات با یکدیگر مشابه بودند (جدول ۱). میانگین (انحراف معیار) نمرات کیفیت زندگی در گروه آزمون قبل از مداخله $2/68 \pm 0/52$ و بعد از مداخله $4/78 \pm 0/51$ بود. آزمون تی-زوجی نمره کیفیت زندگی و ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی آن در گروه مداخله در مرحله بعد از آموزش نسبت به قبل از آموزش افزایش معنی‌دار آماری داشت (جدول ۲). نتایج نشان داد که، میانگین (انحراف

جدول ۱: اطلاعات جمعیت شناختی واحدهای پژوهش

جنسیت	مداخله، تعداد (درصد)	کنترل، تعداد (درصد)	نتیجه آزمون
مرد	۱۹ (۵۵/۹)	۱۷ (۴۸/۶)	$P = 0/543, \chi^2 = 0/369$
زن	۱۵ (۴۴/۱)	۱۸ (۵۱/۴)	
سن			$P = 0/644, \chi^2 = 0/881$
>۴۵	۲ (۵/۷)	۲ (۵/۷)	
۴۵-۶۰	۱۸ (۵۱/۴)	۱۸ (۵۱/۴)	
> ۶۰	۱۵ (۴۲/۹)	۱۵ (۴۲/۹)	
میانگین \pm انحراف معیار	۵۹/۲۹ (۷/۰۴)	۵۸/۴۰ (۱۰/۲۶)	
تعداد فرزندان			$P = 0/138, \chi^2 = 3/958$
>۳	۹ (۲۵/۷)	۳ (۵/۶)	
۳-۶	۱۱ (۳۱/۴)	۱۶ (۴۵/۷)	
≥ 6	۱۵ (۴۲/۹)	۱۶ (۴۵/۷)	
تحصیلات			$P = 0/663, \chi^2 = 1/597$
ابتدایی	۱۵ (۴۲/۹)	۱۴ (۴۵/۷)	
راهنمایی	۳ (۸/۶)	۱۳ (۱۷/۱)	
دبیرستان	۱۱ (۳۱/۴)	۷ (۲۲/۹)	
دانشگاهی	۶ (۱۷/۱)	۵ (۱۴/۳)	
ابتدایی	۱۵ (۴۲/۹)	۱۴ (۴۵/۷)	

جدول ۲: مقایسه نمرات کیفیت زندگی و ابعاد آن در دو گروه کنترل و مداخله قبل و بعد از آموزش

گروه	قبل، انحراف معیار \pm میانگین	بعد، انحراف معیار \pm میانگین	تی زوجی
کیفیت زندگی			
آزمون	$2/68 \pm 0/52$	$4/78 \pm 0/51$	$P < 0/001, df = 34, t = -37/87*$
کنترل	$2/99 \pm 0/41$	$2/77 \pm 0/40$	$P < 0/001, df = 34, t = 7/069$
بُعد جسمی			
آزمون	$2/83 \pm 0/57$	$4/89 \pm 0/48$	$P < 0/001, df = 34, t = -38/01*$
کنترل	$3/10 \pm 0/51$	$3/08 \pm 0/48$	$P = 0/766, df = 34, t = 0/30$
بُعد روانی			
آزمون	$2/72 \pm 0/64$	$4/84 \pm 0/57$	$P < 0/001, df = 34, t = -27/416*$
کنترل	$3/015 \pm 0/52$	$2/69 \pm 0/47$	$P < 0/001, df = 34, t = 7/826*$
بُعد اجتماعی			
آزمون	$2/58 \pm 0/49$	$4/77 \pm 0/46$	$P < 0/001, df = 34, t = -37/201*$
کنترل	$2/96 \pm 0/45$	$2/71 \pm 0/46$	$P < 0/001, df = 34, t = 5/257*$

XXX *

جدول ۳: مقایسه نمرات کیفیت زندگی و ابعاد آن بین دو گروه کنترل و مداخله قبل و بعد از آموزش		
تی مستقل	آزمون، انحراف معیار ± میانگین	کنترل، انحراف معیار ± میانگین
کیفیت زندگی		
قبل	۲/۶۸ ± ۰/۵۲	۲/۹۹ ± ۰/۴۱
بعد	۴/۷۸ ± ۰/۵۱	۲/۷۷ ± ۰/۴۰
بعد جسمی		
قبل	۲/۸۳ ± ۰/۵۷	۳/۱۰ ± ۰/۵۱
بعد	۴/۸۹ ± ۰/۴۸	۳/۰۸ ± ۰/۴۸
بعد روانی		
قبل	۲/۷۲ ± ۰/۶۴	۳/۰۱۵ ± ۰/۵۲
بعد	۴/۸۴ ± ۰/۵۷	۲/۶۹ ± ۰/۴۷
بعد اجتماعی		
قبل	۲/۵۸ ± ۰/۴۹	۲/۹۶ ± ۰/۴۵
بعد	۴/۷۷ ± ۰/۴۶	۲/۷۱ ± ۰/۴۶

XXX *

بحث

انجام گرفت، نشان داد که بین نمرات کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد در گروه کنترل، قبل و بعد از مشاوره گروهی اختلاف معنادار آماری وجود نداشت [۱۵]. بر اساس نتایج آزمون تی-زوجی نمره کیفیت زندگی و ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی آن در گروه مداخله در مرحله بعد از آموزش نسبت به قبل از آموزش افزایش معنی‌دار آماری داشت. در مطالعه‌ای که توسط وانگ و همکاران (۲۰۱۲) با هدف اثرات توانبخشی و مراقبت پیگیر در منزل بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد صورت گرفت، نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات کیفیت زندگی بیماران گروه آزمون قبل و بعد از مداخله اختلاف معنادار آماری وجود داشت به نحوی که مراقبت پیگیر در منزل باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران دچار انفارکتوس میوکارد گروه آزمون گردید [۱۶].

هدف از انجام این مطالعه بررسی تأثیر آموزش به روش teach back بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد در سال ۱۳۹۴ در شهر همدان بود. بنابر آزمون تی-زوجی نمره کیفیت زندگی و ابعاد روانی و اجتماعی آن در گروه کنترل در مرحله بعد از آموزش نسبت به قبل از آموزش کاهش معنی‌دار آماری داشت. غیر همسو با نتایج مطالعه حاضر، نتایج مطالعه نجفی و همکارانش (۲۰۰۹) بود که تحت عنوان تأثیر آموزش خودمراقبتی به بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد بر کیفیت زندگی آن‌ها انجام گرفت. در این مطالعه بین نمرات کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد در گروه کنترل، قبل و بعد از مداخله اختلاف معنادار آماری مشاهده نشد [۱۳].

همچنین در مطالعه دیگری که با هدف تأثیر مشاوره فردی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد انجام گرفت، توفیقیان و همکاران (۱۳۸۸) نشان دادند که بین نمرات کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد گروه کنترل، قبل و بعد از مداخله اختلاف معنادار آماری مشاهده نشد [۱۴]. نتایج مطالعه باقری و همکاران (۱۳۸۲) که تحت عنوان میزان تأثیر مشاوره گروهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد مراجعه کننده به درمانگاه‌های بیمارستانهای امام خمینی (ره) و شریعتی تهران

همچنین در مطالعه دیگری که با هدف تأثیر مشاوره فردی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد انجام گرفت، توفیقیان و همکاران (۱۳۸۸) نشان دادند که بین نمرات کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد گروه کنترل، قبل و بعد از مداخله اختلاف معنادار آماری مشاهده نشد [۱۴]. نتایج مطالعه باقری و همکاران (۱۳۸۲) که تحت عنوان میزان تأثیر مشاوره گروهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد مراجعه کننده به درمانگاه‌های بیمارستانهای امام خمینی (ره) و شریعتی تهران

گروه کنترل دارای عملکرد متوسط درباره کنترل قند خون بوده و تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود داشت [۱۲]. اما نتایج مطالعه توفیق‌یان و همکاران (۱۳۸۸) غیر همسو با نتایج مطالعه حاضر بود. در مطالعه توفیق‌یان و همکاران تأثیر مشاوره فردی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد مورد بررسی قرار گرفت. در این پژوهش چهار جلسه مشاوره یک ساعته به صورت یک روز در میان در سه حیطه جسمی، روانی و اجتماعی برای گروه مداخله برگزار گردید. آزمون مجذور کای نشان داد که نمره کیفیت زندگی در دو گروه مداخله و کنترل پس از مشاوره تفاوت آماری معناداری نداشت. به عبارتی مشاوره فردی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد تأثیری نداشت [۱۴]. شاید علت تفاوت در نتایج مطالعه حاضر با مطالعه مذکور، تفاوت در محتوای آموزشی و روش کار دو مطالعه باشد. در مطالعه حاضر، جلسات آموزش، براساس نیاز بیمار برای هر کدام از بیماران گروه آزمون حداقل سه جلسه برگزار گردید و مدت زمان هر جلسه براساس تمایل بیمار و حداکثر از ۴۵ دقیقه تا یک ساعت بود. در جلسه اول بیماران در مورد انفارکتوس قلبی و عوارض آن آموزش دیدند. در جلسه دوم در مورد ورزش و تأثیر آن بر انفارکتوس قلبی و همچنین مهارت‌های تغذیه‌ای، در طی جلسه سوم در مورد داروها و رژیم دارویی آموزش دریافت کردند. هرچند که محتوای جلسات بر اساس نیاز افراد و آمادگی آنها انعطاف پذیر بود. پس از اجرای برنامه آموزشی، فعالیت‌های خودمراقبتی آموزش داده شده، به وسیله تماس تلفنی هر سه روز یکبار توسط پژوهشگر پیگیری گردید. یکماه بعد، اطلاعات مجدداً از دو گروه جمع آوری گردید. اما در مطالعه توفیق‌یان و همکاران چهار جلسه مشاوره یک ساعته به صورت یک روز در میان در سه حیطه جسمی، روانی و اجتماعی برای گروه مداخله برگزار گردید. یک ماه بعد از مداخله اطلاعات مجدداً از دو گروه جمع آوری گردید.

نتیجه گیری

در مطالعه حاضر استفاده از روش teach back در آموزش فعالیت‌های خودمراقبتی و مدیریت علائم و پیشگیری از آنها باعث ارتقای کیفیت زندگی به طور کلی و ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی آن در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد شد. با توجه به نقش مهم پرستاران در ارتقای سطح سلامت، می‌توان از این روش جهت انجام مداخلات آموزشی برای ارتقای سطح رفتارهای خود مراقبتی و در نتیجه، بهبود کیفیت زندگی بیماران قلبی استفاده نمود. همچنین باتوجه

ابتدای ماه چهارم مجدداً فرم‌های بررسی کیفیت زندگی با مراجعه به منزل بیماران در دو گروه آزمون و شاهد تکمیل گردید. در گروه آزمون، آزمون آماری تی زوج، اختلاف معنی‌داری را در نمره کل و ابعاد کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله نشان داد ($P < 0/001$) [۱۳].

همسو با نتایج مطالعه حاضر، توفیق‌یان و همکاران (۱۳۸۸) در مطالعه خود به بررسی تأثیر مشاوره فردی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد پرداختند. در این پژوهش چهار جلسه مشاوره یک ساعته به صورت یک روز در میان در سه حیطه جسمی، روانی و اجتماعی برای گروه مداخله برگزار گردید. نتایج آنها نشان داد که بین نمرات کیفیت زندگی گروه آزمون قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی‌دار آماری وجود داشت [۱۴]. همچنین صادق زاده و همکاران (۱۳۸۹) مطالعه‌ای تحت عنوان بررسی تأثیر آموزش بر ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد انجام دادند. از هر دو گروه پیش آزمون قبل از شروع برنامه (سه هفته بعد از سکته قلبی) و پس آزمون پس از اتمام ۸ هفته برنامه آموزشی به عمل آمد. نتایج نشان دهنده افزایش معنی‌دار کیفیت زندگی در گروه آزمون پس از اجرای برنامه آموزشی بود. علاوه بر وجود تفاوت‌های مطالعه حاضر با مطالعات مذکور، از جمله تفاوت‌هایی همچون روش کار، محتوای آموزشی و روش آموزشی، برنامه آموزشی سبب افزایش کیفیت زندگی در بیماران گروه آزمون گردید [۱۷].

بر اساس نتایج بدست آمده تفاوت نمره کیفیت زندگی و ابعاد آن بین دو گروه، بعد از آموزش معنی‌دار آماری بود. به عبارتی آموزش به روش teach back مؤثر واقع شده بود. در مطالعه‌ای که توسط وانگ و همکاران (۲۰۱۲) با هدف اثرات توانبخشی و مراقبت پیگیر در منزل بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد صورت گرفت، نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات کیفیت زندگی بیماران گروه آزمون و کنترل بعد از مداخله اختلاف معنادار آماری وجود داشت به نحوی که مراقبت پیگیر در منزل باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران دچار انفارکتوس میوکارد گردید [۱۶].

همچنین در مطالعه عشوندی و همکاران (۱۳۹۲) که تحت عنوان تأثیر آموزش خود مراقبتی به روش teach back بر رفتارهای خود مراقبتی بیماران دیابتی نوع دو: یک کارآزمایی بالینی صورت گرفت؛ برنامه آموزشی طبق روش teach back در ۴ جلسه برای گروه آزمون انجام شد. قبل و یک ماه پس از اتمام مداخله داده‌ها با استفاده از پرسشنامه، مصاحبه و خود گزارش‌دهی جمع‌آوری گردید. بعد از مداخله (۹۱/۴٪) بیماران گروه آزمون دارای عملکرد خوب و ۷۷/۱٪ بیماران

۹۴۱۲۰۴۶۸۲۸ است. همچنین این طرح در کمیته اخلاق در پژوهش مورخ ۹۴/۱۱/۷ به شماره ۱۶/۳۵/۹/۶۰۸۰ پ تأیید و با شماره IRCT201601309014 در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران به ثبت رسیده است. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند تا از معاونت محترم پژوهشی و اعضا محترم هیئت علمی گروه پرستاری و بیماران شرکت کننده در این پژوهش، تشکر و قدردانی را نمایند.

تضاد منافع

در این مطالعه تضاد منافع وجود ندارد.

REFERENCES

1. Khodadadi A, Sayadi A, H. S. [Evolution of Knowledge of the principles of self care in acute coronary syndrome patients admitted to Aliebn Abitaleb Rafsanjan university hospital during 2009]. *Commun HealthJ*. 2010;5(1):8-16.
2. Dalir Z, Vahdat Feizabadi E, Mazlom S, Rajaee Khorasani A. [The Effect of short-term cardiac rehabilitation program on anxiety and depression in patients after coronary artery bypass surgery]. *Evid Based Care*. 2013;3(3):33-42.
3. Vestfold Heartcare Study G. Influence on lifestyle measures and five-year coronary risk by a comprehensive lifestyle intervention programme in patients with coronary heart disease. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2003;10(6):429-37. DOI: 10.1097/01.hjr.0000107024.38316.6a PMID: 14671465
4. Cohen DJ, Van Hout B, Serruys PW, Mohr FW, Macaya C, den Heijer P, et al. Quality of life after PCI with drug-eluting stents or coronary-artery bypass surgery. *N Engl J Med*. 2011;364(11):1016-26. DOI: 10.1056/NEJMoa1001508 PMID: 21410370
5. Fagring AJ, Gaston-Johansson F, Kjellgren KI, Welin C. Unexplained chest pain in relation to psychosocial factors and health-related quality of life in men and women. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2007;6(4):329-36. DOI: 10.1016/j.ejcnurse.2007.05.001 PMID: 17581792
6. Rezaei-Louyeh H, Dalvandi A, Hosseini MA, Rahgozar M. [The Effect of Self Care Education on Quality of Life among Patients with Heart Failure]. *J Rehabil*. 2009;10(2).
7. Atae E, Haghjoo M, Dalvandi A, Bakhshandeh H. [Effect of self-care education on quality of life among patients with permanent pacemaker]. *Iran J Cardiovasc Nurs*. 2013;1(4):40-7.
8. Brown JP, Clark AM, Dalal H, Welch K, Taylor RS. Patient education in the management of coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011(12):CD008895. DOI: 10.1002/14651858.CD008895.pub2 PMID: 22161440
9. Ha Dinh TT, Bonner A, Clark R, Ramsbotham J, Hines S. The effectiveness of the teach-back method on adherence and self-management in health education for people with chronic disease:

به اینکه انفارکتوس قلبی یکی از بیماریهایی است که سهم عمده درمان آن برعهده خود بیمار است، استفاده از روش آموزشی مناسب، تعاملی و بیمارمحور TB که باعث بهبود پایبندی و مشارکت بیمار در رفتارهای خودمراقبتی می‌گردد، باعث ارتقای کیفیت زندگی این بیماران می‌گردد.

سیاسکزاری

این مقاله برگرفته از پایان نامه دوره کارشناسی ارشد پرستاری داخلی-جراحی مصوبه شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان مورخ ۹۴/۱۲/۴ شماره طرح

- a systematic review. *JBIS Database System Rev Implement Rep*. 2016;14(1):210-47. DOI: 10.11124/jbisrir-2016-2296 PMID: 26878928
10. White M, Garbez R, Carroll M, Brinker E, Howie-Esquivel J. Is "teach-back" associated with knowledge retention and hospital readmission in hospitalized heart failure patients? *J Cardiovasc Nurs*. 2013;28(2):137-46. DOI: 10.1097/JCN.0b013e31824987bd PMID: 22580624
11. Kripalani S, Bengtzen R, Henderson LE, Jacobson TA. Clinical research in low-literacy populations: using teach-back to assess comprehension of informed consent and privacy information. *IRB*. 2008;30(2):13-9. PMID: 18512655
12. Oshvandi K, Jokar M, Khatiban M, Keyani J, Yousefzadeh MR, Sultanian AR. The Effect Of Self Care Education Based on Teach Back Method on Promotion of Self Care Behaviors In Type Ii Diabetic Patients: A Clinical Trial Study. *Iran J Diabet Metab*. 2014;13(2):131-43.
13. Najafi SM, Vahedparast H, Hafezi S, Saghafi A, Farsi Z, Vahabi YS. Effect of self-care education on quality of life in patients suffering from myocardial infarction. *IJCCN*. 2008;1(1):35-9.
14. Tofighian T, Najar L, Akaberi A, Shegerf M. [Effect of Individual counseling on the quality of life in patients with myocardial infarction]. *J Sabzevar Univ Med Sci*. 2008;16(4):206-12.
15. Bagheri H, Memarian R, Alhani F. Effect of group counseling on quality of life in myocardial infarction patients who have been referred to the clinics of Imam khomeini and Shariati Hospitals in Tehran. *Hakim Res J*. 2004;4(6):89-95.
16. Wang W, Chair SY, Thompson DR, Twinn SF. Effects of home-based rehabilitation on health-related quality of life and psychological status in Chinese patients recovering from acute myocardial infarction. *Heart Lung*. 2012;41(1):15-25. DOI: 10.1016/j.hrtlung.2011.05.005 PMID: 21974926
17. Sadeghzadeh V. [The effect of education on quality of life in patients with myocardial infarction admitted to hospital Ayatollah Mousavi Zanjan]. 2010;Sch Nurs Midwife(12):3.

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

Mohsen Salavati ¹, Mahnaz Khatiban ², Behnaz Moghadari Koosha ^{4,*}, Alireza Soltanian ³

¹ Member of Mother and Child Care Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

² Assistant Professor, Mother and Child Care Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

³ Associated Professor, Modeling of Noncommunicable Diseases Research Center, Department of Biostatistics, School of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

⁴ MSc Student of Medical-Surgical Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

* Corresponding author: Behnaz Moghadari Koosha, MSc Student of Medical-Surgical Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. Tel: +98-8138380535, E-mail: b.moghadarikoosha@umsha.ac.ir

DOI: 10.21859/nmj-25011

Received: 26.08.2016

Accepted: 12.09.2016

Keywords:

Teach Back

Quality of Life

Myocardial Infarction

How to Cite this Article:

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. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac.* 2016;24(4):1-8. DOI: 10.21859/nmj-25011

© 2017 Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty

Abstract

Introduction: Patients with Myocardial infarction suffer from impaired daily functioning and reduced quality of life. The aim of this study was to determine the effect of teach back education on self-care behaviors and quality of life in patients with myocardial infarction in 2015 in Hamadan.

Methods: In this quasi-experimental study, 70 Patients with myocardial infarction were selected with random available sampling and randomly divided to control and case groups. Three sessions, each for 45 minutes in 10 days, were performed for the case group. After one month and after the last training session, Mc New questionnaires were completed by both experimental and control groups. Data were analyzed with SPSS software (version 16) by descriptive statistics, independent-t and paired-t tests.

Results: In the case group, there was a significant difference between the mean scores of quality of life. However, the difference was not significant in the control group. There were significant differences between the mean scores of quality of life of case and control groups after the intervention.

Conclusions: In the present study, teach back training method improved the quality of life in patients with myocardial infarction. Considering its important role of nurses, they can use these training methods to improve the quality of life for patients with heart problems.