

Comparing the Effect of the Patient Education with or without Participation of Family on Adherence to Treatment Regimen in Patients with Chronic Heart Failure

Gholamhosein Falahinia¹, Zahra Ghanbari Azarm², Ali Reza Soltanian³, Zahra Maghsoudi⁴, Khodayar Oshvandi^{5*}

1. Chronic Diseases (Home Care) Research Centre, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
2. MSc. Student of Critical Care Nursing, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
3. Associate Professor, Department of Biostatistics, School of Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
4. PhD Student in Nursing, Student Research Committee, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
5. Associate Professor, Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

Article Info

Received: 2016/10/9
Accepted: 2018/03/16
Published Online 2018/03/16

DOI:
10.30699/sjnmf.26.4.267

Original Article

Use your device to scan and read the article online



Abstract

Introduction: Adherence to treatment programs is a major challenge in patients with chronic heart failure. In the event of non-compliance, these patients will be associated with adverse health outcomes. Since the interventions such as training to improve adherence to health regimens have a special place, this study aimed to compare the effect of the patients' education with or without their families' participation, to evaluate the effect of this education on adherence to the treatment regimen in patients with chronic heart failure.

Methods: In this quasi-experimental study, 60 patients with chronic heart failure were selected from those referred to the heart clinic of Farshchian Hospital in Hamadan, Iran. The subjects were randomly divided into two groups of 30 patients and their families and 30 patients alone. The training was performed in six 30-minutes sessions with same conditions in both groups. Information was collected using questionnaire before and six weeks after the intervention, and analyzed using SPSS 16.

Results: Before training, the two groups had no significant difference in the rate of adherence to the treatment regimen ($P > 0.05$). After training, the rate of adherence to the treatment regimen in the patients' education group with family participation was higher than the patients' education group alone ($P < 0.05$).

Conclusion: According to the results, it seems that patient education with family participation is more effective than patient education alone. Therefore, educational interventions related to the treatment program in chronic heart failure patients with family participation are recommended.

Keywords: Treatment regimen, Adherence, Patient education, Family, Chronic heart failure

Corresponding Information

Khodayar Oshvandi, Associate Professor, Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
Email: Oshvandi2004@yahoo.com

Copyright © 2018, Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

How to Cite This Article:

Falahinia G, Ghanbari Azarm Z, Soltanian A R, Maghsoudi Z, Oshvandi K. Comparison of the Effect of Patient Education Alone and Education with the Participation of the Main Caregiver of the Patient on Adherence with the Treatment Regimen in Patients with Chronic Heart Failure. Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac. 2018; 26 (4) :267-274

مقایسه تأثیر آموزش به بیمار با یا بدون مشارکت خانواده بر پیروی از رژیم درمانی در مبتلایان به نارسایی مزمن قلبی

غلامحسین فلاحینیا^۱، زهرا قنبری آزر^۲، علیرضا سلطانیان^۳، زهرا مقصودی^۴، خدیار عشوندی^{۵*}

۱. مرکز تحقیقات مراقبت بیماری‌های مزمن در منزل، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۲. دانشجوی کارشناسی‌ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۳. دانشیار، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۴. دانشجوی دکتری پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۵. دانشیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

چکیده

مقدمه: تبعیت از رژیم درمانی، چالشی مهم برای مبتلایان به نارسایی مزمن قلبی است. این بیماران در صورت پیروی نکردن از رژیم درمانی با نتایج نامطلوب سلامتی مواجه می‌شوند. با توجه به اینکه انجام مداخلاتی همچون آموزش به منظور بهبود تبعیت از رژیم‌های درمانی جایگاه خاصی دارد، این مطالعه با هدف مقایسه تأثیر آموزش به بیمار با یا بدون مشارکت خانواده انجام شده است تا تأثیر این آموزش را بر تبعیت از رژیم درمانی در مبتلایان به نارسایی مزمن قلبی بررسی کند.

روش کار: در این مطالعه نیمه‌تجربی، از میان افراد مراجعه‌کننده به درمانگاه قلب بیمارستان فرشچیان همدان، تعداد ۶۰ بیمار مبتلا به نارسایی مزمن قلبی به صورت در دسترس انتخاب شد. سپس به صورت تصادفی به دو گروه ۳۰ نفر بیمار و خانواده، و ۳۰ نفر بیمار به‌تنهایی تقسیم شدند. آموزش طی ۶ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای و به‌طور یکسان در هر دو گروه اجرا شد. اطلاعات با پرسش‌نامه محقق ساخته، قبل و شش هفته پس از آموزش، جمع‌آوری و با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: هر دو گروه پیش از آموزش، از نظر میزان پیروی از رژیم درمانی اختلاف آماری معنی‌داری با یکدیگر نداشتند ($P > 0/05$). پس از آموزش، میزان تبعیت از رژیم درمانی بیماران در گروه آموزش بیمار با مشارکت خانواده، بیشتر از گروه آموزش بیمار به‌تنهایی بود ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد آموزش به بیمار با مشارکت خانواده در مقایسه با آموزش فردی به شخص بیمار، در بهبود روند پیروی از رژیم درمانی مؤثرتر است. از این رو توصیه می‌شود مداخلات آموزشی مربوط به برنامه درمانی در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن قلبی، با مشارکت خانواده‌ها انجام شود.

واژه‌های کلیدی: رژیم درمانی، تبعیت، آموزش به بیمار، خانواده، نارسایی مزمن قلبی

اطلاعات مقاله

تاریخ وصول: ۱۳۹۵/۷/۱۸
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۲/۲۵
انتشار آنلاین: ۱۳۹۶/۱۲/۲۵

نویسنده مسئول:

خدیار عشوندی

دانشیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

پست الکترونیک:

Oshvandi2004@yahoo.com

مقدمه

نارسایی مزمن قلبی پدیده‌ای جهانی است که سالانه میلیون‌ها نفر را تحت تأثیر قرار می‌دهد. برآورد می‌شود ۳۷/۷ میلیون نفر در سراسر جهان تحت تأثیر این بیماری هستند [۱]. ماهیت مزمن و ناتوان‌کننده نارسایی قلبی، به کاهش ظرفیت عملکردی بیماران، خستگی و اختلال در زندگی آنها منجر می‌شود [۲،۳].

یکی از رفتارهای مرتبط با بیماری که درمان موفقیت‌آمیز آن را پیش‌بینی می‌کند و از عوارض منفی و شدت بیماری می‌کاهد، تبعیت بیماران از رژیم درمانی و توصیه‌های گروه درمان است [۴]. رفتارهای توصیه‌شده به بیماران نارسایی قلبی شامل محدودیت‌های رژیم غذایی، انجام فعالیت‌های بدنی در حد مجاز، توزین روزانه و رعایت رژیم دارویی است [۵،۶]. متأسفانه تبعیت از رژیم درمانی چالشی مهم در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن به شمار می‌رود [۴،۷]. این بیماران در صورت پیروی نکردن از برنامه‌های درمانی، گرفتار عواقب وخیم آن، از جمله عود بیماری و

پیشرفت ناتوانی می‌شوند و در نتیجه به درمان‌های فوری و بستری‌شدن‌های مکرر در بیمارستان نیاز خواهند داشت [۸،۹]. به‌نحوی که ۴۷-۲۹٪ از بیماران طی ۶-۳ ماه پس از ترخیص اولیه از بیمارستان، دوباره بستری می‌شوند و این در حالی است که ۵۴-۵۰٪ از بستری‌شدن‌های مکرر آنها با رعایت توصیه‌های درمانی قابل پیشگیری است [۱۰،۱۱].

امروزه بی‌توجهی به آموزش و توانمندی بیماران و مراقبان آنها در بالین، مهم‌ترین نقص در استراتژی‌های درمانی و مراقبتی است که زمینه‌ساز برگشت این بیماران به بیمارستان می‌شود [۱۲]. بنابراین انجام مداخلاتی مانند آموزش به بیمار و خانواده او با هدف بهبود تبعیت از توصیه‌های درمانی حائز اهمیت است [۱۳]. به‌طوری که افزایش آگاهی و عملکرد بیماران مبتلا به نارسایی قلبی باید هدف اصلی مراقبت و درمان باشد [۱۴]. یکی از مهم‌ترین بخش‌های مراقبت‌های پرستاری، آموزش در راستای توانمند کردن بیمار و خانواده او است [۱۵]. پرستاران می‌توانند با تکیه بر نقش حمایتی، آموزشی و مشارکتی خانواده، شرایط مناسبی برای تبعیت از

و ارتباط عاطفی بیشتری با وی داشت. برای افزایش تأثیر مطالب آموزشی، بیماران در هر گروه به دسته‌های کوچک ۵ تا ۱۰ نفر تقسیم شدند.

افراد هر دو گروه پیش از ارائه مطالب آموزشی پرسش‌نامه پژوهش را کامل کردند. پرسش‌نامه شامل دو قسمت اطلاعات دموگرافیک و تبعیت از رژیم درمانی بود. قسمت اطلاعات دموگرافیک شامل جنسیت، سن، میزان تحصیلات، شغل و وضعیت زندگی (تنها یا همراه خانواده زندگی کردن) می‌شد و قسمت دوم پرسش‌نامه که شامل تبعیت از رژیم درمانی است در چهار حیطه رژیم غذایی با ۶ سؤال، رژیم دارویی ۴ سؤال، فعالیت بدنی ۴ سؤال و رفتارهای محافظ سلامتی ۴ سؤال طراحی شده است. پاسخ‌دهی به هر سؤال به صورت بله و خیر بود که در صورت تبعیت بیمار از توصیه مدنظر نمره ۱ و در صورت تبعیت نکردن، نمره صفر به آن اختصاص داده شد. در مجموع براساس مطالعات، اگر نمره بیمار کمتر از ۹ باشد، تبعیت ضعیف و اگر بین ۱۳ - ۹ باشد، تبعیت متوسط و بیشتر از ۱۳، تبعیت خوب در نظر گرفته شد. پرسش‌نامه به منظور سنجش روایی (اعتبار) در اختیار ده نفر از اساتید دانشگاه علوم پزشکی همدان و پرستاران شاغل در درمانگاه قلب بیمارستان فرشچیان قرار داده شد. نتایج پس از یک هفته جمع‌آوری، و با راهنمایی‌های استاد راهنما در پرسش‌نامه تأثیر داده شد. پایایی یا قابلیت اعتماد ابزار تحقیق با استفاده از روش ضریب کوردریچاردسن بررسی شد که نتایج آن برای هر یک از حیطه‌ها مقداری بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۳ به دست آمد و از آنجا که این مقدار بالای ۰/۷۰ است، پایایی این پرسش‌نامه تأیید شد.

ارائه مطالب آموزشی در کلاس‌های واحد آموزش درمانگاه، طی ۶ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای و با محتوای یکسان، در دو هفته در روزهای زوج به بیماران ارائه شد. افراد هر دو گروه مجدداً شش هفته پس از اتمام جلسات پرسش‌نامه را تکمیل کردند. در نهایت داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شد. در این مطالعه با توجه به پراکندگی نرمال داده‌ها از آزمون‌های پارامتریک استفاده شد. برای مقایسه تغییرات میزان تبعیت از رژیم درمانی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن قلب، قبل و بعد از ارائه مطالب آموزشی در هر گروه، از آزمون t زوجی و برای مقایسه تغییرات میزان تبعیت از رژیم درمانی بیماران، از آزمون t مستقل استفاده شد. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است.

یافته‌ها

در این مطالعه، بیماران مبتلا به نارسایی مزمن قلبی در دو گروه آموزش فردی و آموزش با مشارکت خانواده از نظر جنسیت، سن، میزان تحصیلات، شغل و وضعیت زندگی تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند ($P > 0.05$) (جدول ۱).

آزمون t مستقل نشان داد بین میانگین نمرات حیطه رژیم غذایی قبل از آموزش در گروه آموزش فردی ($1/3 \pm$) و $2/2$)، نسبت به گروه آموزش با مشارکت خانواده ($1/2 \pm$) اختلاف آماری معنی‌داری وجود ندارد ($P = 0/9$).

رژیم درمانی در بیماران، به‌ویژه پس از ترخیص از بیمارستان فراهم آورند [۱۶].

در حال حاضر بیشتر پژوهش‌ها بر آموزش به بیمار مبتنی است و به نقش خانواده به‌عنوان منبع مشارکتی مهم در پیشبرد اهداف درمانی کمتر توجه شده است [۱۷، ۱۸]. به نظر می‌رسد مشارکت آموزشی خانواده در کنار آموزش به بیمار، در شناسایی نیازهای مراقبتی و همکاری با بیمار در امر تبعیت از درمان مؤثر باشد. بنابراین این مطالعه با هدف مقایسه تأثیر آموزش به بیمار با یا بدون مشارکت خانواده بر میزان تبعیت از رژیم درمانی در مبتلایان به نارسایی مزمن قلبی انجام شده است.

روش کار

در این مطالعه نیمه‌تجربی دوگروهی، به شیوه قبل و بعد، تمام افراد مبتلا به نارسایی مزمن قلب مراجعه‌کننده به درمانگاه قلب بیمارستان فرشچیان همدان، از خرداد تا مرداد ۱۳۹۵ وارد مطالعه شدند. حجم نمونه با توجه به مطالعه Kongkaew (۲۰۱۲) (۱۹)، با فرض $\alpha = 5\%$ و $1 - \beta = 80\%$ ، از طریق معادله زیر، تعداد ۳۰ نفر در هر گروه تعیین شد.

$$n = \frac{\left[z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{\bar{p}(1-\bar{p})} + z_{1-\beta} \sqrt{p_0(1-p_0) - p_1(1-p_1)} \right]^2}{(p_0 - p_1)^2} \cong 30$$

معیارهای ورود به مطالعه شامل قرار داشتن بیماران مبتلا در کلاس ۲ و ۳ بیماری براساس مقیاس NYHA و تأیید پزشک متخصص، نداشتن بیماری‌های مادرزادی قلب و یا جراحی‌های مرتبط با قلب، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، تنها زندگی نکردن و شرکت یکی از افراد خانواده به‌عنوان مراقب اصلی در گروه A و تمایل به شرکت در پژوهش بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل نیاز به بستری شدن مجدد و یا مداخلات اورژانسی در طول مطالعه، فوت بیمار، محدودیت شدید حرکتی و نداشتن فعالیت بدنی در طول مطالعه، استفاده از دیگر کلاس‌های آموزشی و بازتوانی در طول مطالعه، قرار گرفتن در مرحله نهایی بیماری براساس مقیاس NYHA و امتناع بیمار از ادامه مطالعه بود.

پژوهشگر برای جمع‌آوری نمونه‌ها در شیفت صبح و عصر تمام روزهای هفته (به جز روزهای تعطیل) در درمانگاه قلب بیمارستان قلب و عروق فرشچیان همدان حضور یافت. از میان افراد مراجعه‌کننده، تعداد ۶۰ بیمار که معیارهای ورود به مطالعه، و تمایل به شرکت در آن را داشتند، انتخاب شدند. درباره زمان تقریبی انجام پژوهش، چگونگی انجام، اهداف و شرایط آن توضیحات لازم به افراد داده شد. ضمن دریافت رضایت‌نامه کتبی از واحدهای پژوهش، به آنها اطمینان داده شد که اطلاعاتشان محرمانه خواهد ماند. سپس با استفاده از نرم‌افزار random allocation، ۳۰ نفر در گروه A (حضور بیمار و مراقب اصلی وی) و ۳۰ نفر در گروه B (بیمار به‌تنهایی) تخصیص داده شد. فردی به‌عنوان مراقب اصلی بیمار در گروه A انتخاب شد که بیشترین ساعات روز را با او سپری می‌کرد

همچنین بین میانگین نمرات حیطة رژيم دارویی قبل از آموزش در گروه آموزش فردی ($1/01 \pm 1/06$)، نسبت به گروه آموزش با مشارکت خانواده ($0/8 \pm 1/2$) اختلاف آماری معنی داری وجود ندارد ($P=0/4$)=). نتایج نشان داد بین میانگین نمرات حیطة فعالیت بدنی قبل از آموزش در گروه آموزش فردی ($0/7 \pm 1/3$)، نسبت به گروه آموزش با مشارکت خانواده ($0/8 \pm 1/6$) اختلاف آماری معنی داری وجود ندارد ($P=0/07$)=). همچنین بین میانگین نمرات حیطة رفتارهای محافظ سلامتی، قبل از آموزش در گروه آموزش فردی ($0/7 \pm 0/7$) با گروه آموزش با مشارکت خانواده ($0/8 \pm 0/8$) اختلاف آماری معنی داری وجود ندارد ($P=0/09$)=). اما بین میانگین نمرات حیطة رفتارهای محافظ سلامتی پس از آموزش در گروه آموزش فردی ($0/8 \pm 2/2$) نسبت به گروه آموزش با مشارکت خانواده ($0/8 \pm 2/3$) اختلاف آماری معنی داری وجود ندارد ($P=0/5$) (جدول ۳).

همچنین بین میانگین نمرات حیطة رژيم دارویی قبل از آموزش در گروه آموزش فردی ($1/01 \pm 1/06$)، نسبت به گروه آموزش با مشارکت خانواده ($0/8 \pm 1/2$) اختلاف آماری معنی داری وجود ندارد ($P=0/4$)=). نتایج نشان داد بین میانگین نمرات حیطة فعالیت بدنی قبل از آموزش در گروه آموزش فردی ($0/7 \pm 1/3$)، نسبت به گروه آموزش با مشارکت خانواده ($0/8 \pm 1/6$) اختلاف آماری معنی داری وجود ندارد ($P=0/07$)=). همچنین بین میانگین نمرات حیطة رفتارهای محافظ سلامتی، قبل از آموزش در گروه آموزش فردی ($0/7 \pm 0/7$) با گروه آموزش با مشارکت خانواده ($0/8 \pm 0/8$) اختلاف آماری معنی داری وجود ندارد ($P=0/09$)=). اما بین میانگین نمرات حیطة رفتارهای محافظ سلامتی پس از آموزش در گروه آموزش فردی ($0/8 \pm 2/2$) نسبت به گروه آموزش با مشارکت خانواده ($0/8 \pm 2/3$) اختلاف آماری معنی داری وجود ندارد ($P=0/5$) (جدول ۳).

آزمون t مستقل مشخص کرد بین میانگین نمرات حیطة رژيم غذایی پس از آموزش در گروه آموزش فردی ($0/8 \pm 4/9$) در مقایسه با گروه آموزش با مشارکت خانواده

جدول ۱. مقایسه بیماران گروه آموزش فردی با گروه مشارکت خانواده بر حسب جنس، سن، تحصیلات، شغل و وضعیت زندگی

مشخصات دموگرافیک	سطوح متغیر	آموزش فردی	آموزش با مشارکت خانواده	آماره آزمون
جنسیت	زن	۱۵(٪۵۰)	۱۵(٪۵۰)	$X^2 = 0/001$
	مرد	۱۵(٪۵۰)	۱۵(٪۵۰)	$P = 1$
سن	کمتر از ۴۰ سال	۱(٪۳/۳۳)	۲(٪۶/۶۶)	$X^2 = 1/406$
	۴۰ تا ۶۰ سال	۸(٪۲۶/۶۶)	۱۳(٪۴۳/۳۳)	$P = 0/2$
	بیشتر از ۶۰ سال	۲۱(٪۷۰)	۱۵(٪۵۰)	
سطح تحصیلات	زیر دیپلم	۱۸(٪۶۰)	۲۲(٪۷۳/۳۳)	$X^2 = 0/071$
	دانشگاهی	۱۱(٪۴۰)	۸(٪۲۶/۶۶)	$P = 0/7$
شغل	بیکار	۲۱(٪۷۰)	۱۹(٪۶۳/۳۳)	$X^2 = 0/3$
	آزاد	۶(٪۲۰)	۷(٪۲۳/۳۳)	$P = 0/5$
	کارمند	۳(٪۱۰)	۴(٪۱۳/۳۳)	
وضعیت زندگی	تنها	۶(٪۲۰)	۹(٪۳۰)	$X^2 = 0/0001$
	همراه با خانواده	۲۴(٪۸۰)	۲۱(٪۷۰)	$P = 1$

جدول ۲. مقایسه نمرات بیماران گروه آموزش فردی و گروه با مشارکت خانواده در هر چهار حیطة قبل از آموزش

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	مقدار t	df	سطح معنی داری (P-value)
حیطة رژيم غذایی	آموزش با مشارکت خانواده	۲/۱	۱/۲	-۰/۱	۵۸	۰/۹
	آموزش فردی	۲/۲	۱/۳			
حیطة رژيم دارویی	آموزش با مشارکت خانواده	۱/۲	۰/۸	۰/۶۸۷	۵۸	۰/۴
	آموزش فردی	۱/۰۶	۱/۰۱			
حیطة فعالیت بدنی	آموزش با مشارکت خانواده	۱/۶	۰/۸	۱/۸۲۹	۵۸	۰/۰۷
	آموزش فردی	۱/۳	۰/۷			
حیطة رفتارهای محافظ سلامتی	آموزش با مشارکت خانواده	۰/۸	۰/۹	۰/۴۴۱	۵۸	۰/۶
	آموزش فردی	۰/۷	۰/۷			

جدول ۳. مقایسه نمرات بیماران گروه آموزش فردی و گروه با مشارکت خانواده در هر چهار حیطة بعد از آموزش

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	مقدار t	Df	سطح معنی داری (P-value)																										
حیطه رژیم غذایی	آموزش با مشارکت خانواده	۵/۴	۰/۷	۲/۵۰۸	۵۸	۰/۰۱																										
	آموزش فردی	۴/۹	۰/۸				حیطه رژیم دارویی	آموزش با مشارکت خانواده	۳/۴	۰/۷	۲/۵۵۸	۵۸	۰/۰۱	آموزش فردی	۲/۹	۰/۷	حیطه فعالیت بدنی	آموزش با مشارکت خانواده	۳/۳	۰/۷	۲/۷۰۵	۵۸	۰/۰۰۹	آموزش فردی	۲/۷	۰/۹	حیطه رفتارهای محافظ سلامتی	آموزش با مشارکت خانواده	۲/۳	۰/۸	۰/۵۷۸	۵۸
حیطه رژیم دارویی	آموزش با مشارکت خانواده	۳/۴	۰/۷	۲/۵۵۸	۵۸	۰/۰۱																										
	آموزش فردی	۲/۹	۰/۷				حیطه فعالیت بدنی	آموزش با مشارکت خانواده	۳/۳	۰/۷	۲/۷۰۵	۵۸	۰/۰۰۹	آموزش فردی	۲/۷	۰/۹	حیطه رفتارهای محافظ سلامتی	آموزش با مشارکت خانواده	۲/۳	۰/۸	۰/۵۷۸	۵۸	۰/۵	آموزش فردی	۲/۲	۰/۸						
حیطه فعالیت بدنی	آموزش با مشارکت خانواده	۳/۳	۰/۷	۲/۷۰۵	۵۸	۰/۰۰۹																										
	آموزش فردی	۲/۷	۰/۹				حیطه رفتارهای محافظ سلامتی	آموزش با مشارکت خانواده	۲/۳	۰/۸	۰/۵۷۸	۵۸	۰/۵	آموزش فردی	۲/۲	۰/۸																
حیطه رفتارهای محافظ سلامتی	آموزش با مشارکت خانواده	۲/۳	۰/۸	۰/۵۷۸	۵۸	۰/۵																										
	آموزش فردی	۲/۲	۰/۸																													

بحث

متقاعد کردن بیمار جهت تغییر رفتار و پایبندی به درمان بسیار کارگشا خواهد بود [۲۴]. مطالعه Meng و همکاران (۲۰۱۳) در آلمان با عنوان «ارزیابی یک برنامه آموزشی خودمراقبتی برای بیماران مبتلا به نارسایی مزمن قلبی بستری شده در بخش‌های توان بخشی قلبی»، نشان داد آموزش در افزایش و بهبود رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دریافت کننده این برنامه آموزشی، بسیار مؤثر بوده است [۲۵]. همچنین مطالعه دیگری با عنوان «آموزش به بیمار نارسایی مزمن قلبی در مراقبت‌های اولیه و تأثیر آن بر کیفیت زندگی بیمار» در فرانسه از سوی Vaillant و Roussel و همکاران (۲۰۱۴) انجام شده است که نتایج آن نیز بر مؤثر بودن آموزش به بیمار در بهبود کیفیت زندگی او تأکید دارد [۲۶]. در مطالعه Khatiban و همکاران مشخص شد آموزش فعالیت‌های خودمراقبتی به بیماران ترومایی که سیستم تخلیه قفسه سینه داشتند، در پیشگیری از اتلکتازی و سفتی حرکت مفاصل شانه آنها مؤثر است [۲۷]. همچنین در مطالعه Bikmoradi و همکاران نیز آموزش به کارگیری تکنیک غیردارویی آرام سازی پیشرونده عضلانی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، بر کاهش درد آنها مؤثر بوده است [۲۸]. براساس نتایج این مطالعات آموزش بیمار با مشارکت خانواده با هدف بهبود رفتار خودمراقبتی بیماران و بهبود کیفیت زندگی آنان، می‌تواند نقش گسترده‌ای در تبعیت آنها از رژیم درمانی داشته باشد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش مدت زمان کوتاه پیگیری‌های آموزشی بود، در حالی که به نظر می‌رسد اگر بیماران و خانواده‌هایشان زمان طولانی‌تری با مباحث آموزشی در ارتباط باشند، آموزش می‌تواند تأثیر بیشتری در افزایش میزان تبعیت آنها از رژیم درمانی داشته باشد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج مطالعه در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن قلب، آموزش بیمار با مشارکت خانواده نسبت به آموزش بیمار

این مطالعه با هدف مقایسه تأثیر آموزش به بیمار با یا بدون مشارکت خانواده او، بر میزان تبعیت از رژیم درمانی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن قلب انجام شد. نتایج حاکی از این است که در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن قلب، آموزش بیمار با مشارکت خانواده نسبت به آموزش بیمار به تنهایی در افزایش میزان تبعیت بیمار از رژیم درمانی مؤثرتر است. بنابراین ارائه آموزشی که بیمار و خانواده او را به صورت فعال مشارکت دهد، می‌تواند سطح عملکرد و میزان تبعیت درمانی بیمار را بالا ببرد. در مطالعات مختلف به این موضوع توجه شده است. مطالعه Sanaie و همکاران مبین تأثیرات مثبت اجرای آموزش با حضور خانواده در افزایش تبعیت بیماران از رژیم درمانی تحت جراحی بای‌پس عروق کرونر است [۱۵]. مطالعه Aggarwal و همکاران نیز نشان داد مهم‌ترین عوامل پیروی از برنامه غذایی در بیماران قلبی-عروقی، پس از ترخیص، حضور فعال خانواده و حمایت آنها است [۲۰]. نتایج این مطالعات با پژوهش حاضر همسو بوده است. برای اینکه فرد رفتار صحیحی داشته باشد، باید آموزش مناسبی دریافت کند تا تغییرات رفتاری قابل توجهی در او ایجاد شود [۲۱]. هدف از برنامه آموزشی و پیگیری در بیماران قلبی، تغییر رفتار است که حضور فعال خانواده در رسیدن به این هدف نقش مهمی ایفا می‌کند [۲۲]. تحقیقات نشان داده است به کارگیری مشارکت خانواده در مراقبت از بیماران مبتلا به نارسایی قلب بر برخی از پارامترهای بالینی این بیماران مؤثر بوده است [۲۳]. بنابراین در بیمارانی که به نارسایی قلبی مبتلا هستند، افزایش آگاهی همراه با آموزش بیمار و خانواده او باید هدف اصلی پرسنل درمان به ویژه پرستاران باشد.

مطالعه Baljani و همکاران (۱۳۹۱) که در کرمانشاه با عنوان «تأثیر آموزش بر ارتقای خودکارآمدی بیماران قلبی-عروقی با حضور یکی از اعضای خانواده» اجرا شد، حاکی از آن است که حضور یکی از اعضای خانواده برای

تأیید کرده و در مرکز کارآزمایی ایران با شماره IRCT: ۲۰۱۵۱۱۲۰۹۰۱۴N۸۴ ثبت شده است. پژوهشگران مراتب تشکر و قدردانی خود را از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان به دلیل حمایت مالی از این پژوهش و اعلام می‌کنند و از مسئولان بیمارستان قلب فرشچیان و بیماران محترم شرکت‌کننده در این مطالعه سپاسگزارند.

تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

به‌تنهایی، بر بهبود تبعیت از رژیم درمانی مؤثرتر واقع شد. از آنجا که آموزش در راستای توانمندکردن بیمار و خانواده او مهم‌ترین بخش ارائه مراقبت‌های پرستاری به شمار می‌رود؛ توصیه می‌شود مداخلات آموزشی مربوط به برنامه درمانی در بیماران نارسایی مزمن قلب با مشارکت خانواده‌ها انجام شود.

سپاسگزاری

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد پرستاری داخلی جراحی مصوب دانشگاه علوم پزشکی همدان است که کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی همدان آن را

References

- Szymanski P, Badri M, Mayosi B. Clinical characteristics and causes of heart failure, adherence to treatment guidelines, and mortality of patients with acute heart failure: Experience at Groote Schuur Hospital, Cape Town, South Africa. *South African Medical Journal*. 2018;108(2):94-8. <https://doi.org/10.7196/SAMJ.2018.v108i2.12519> PMID:29429439
- Bressler J, Knopman DS, Sharrett AR, Gottesman RF, Penman A, Chang PP, et al. Incident heart failure and cognitive decline: the Atherosclerosis Risk in Communities Study. *Journal of cardiac failure*. 2017;23(1):47-55. <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2016.11.002> PMID:27864030 PMCid:PMC5219935
- Bagheri H, Yaghmaei F, Ashktorab T, Zayeri F. Evaluation of social dignity and its related factors in heart failure. *J Knowledge & Health*. 2015;10(3):68-74.
- Masror Roudsari D, Dabiri Golchin M, Parsa yekta Z, Haghani H. Relationship between Adherence to Therapeutic Regimen and Health Related Quality of Life in Hypertensive Patients. *Iran Journal of Nursing*. 2013;26(85):44-54.
- Alosco ML, Spitznagel MB, Cohen R, Sweet LH, Josephson R, Hughes J, et al. Better adherence to treatment recommendations in heart failure predicts improved cognitive function at a one-year follow-up. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*. 2014;36(9):956-66. <https://doi.org/10.1080/13803395.2014.957167> PMID:25352233 PMCid:PMC4994527
- Shen B-J, Maeda U. Psychosocial Predictors of Self-reported Medical Adherence in Patients With Heart Failure Over 6 Months: An Examination of the Influences of Depression, Self-efficacy, Social Support, and Their Changes. *Annals of Behavioral Medicine*. 2018.
- Van Der Wal MH, Jaarsma T, Moser DK, Veeger NJ, van Gilst WH, van Veldhuisen DJ. Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. *European heart journal*. 2005;27(4):434-40. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehi603> PMID:16230302
- Fitzgerald AA, Powers JD, Ho PM, Maddox TM, Peterson PN, Allen LA, et al. Impact of medication nonadherence on hospitalizations and mortality in heart failure. *Journal of cardiac failure*. 2011;17(8):664-9. <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2011.04.011> PMID:21807328
- Dolansky MA, Hawkins MA, Schaefer JT, Gunstad J, Sattar A, Redle JD, et al. Cognitive function predicts risk for clinically significant weight gain in adults with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2017;32(6):568-75. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000376> PMID:27811583 PMCid:PMC5413441
- Sarrafzadegan N, Sadeghi M, Oveisgharan S, Iranipour R. Incidence of cardiovascular diseases in an Iranian population: the Isfahan Cohort Study. *Archives of Iranian medicine*. 2013;16(3):138.
- Laal N, Shekarriz-Foumani R, Khodaie F, Abadi A, Heidarnia MA. Effects of patient education and follow up after discharge on hospital readmission in heart failure patients. *Research in Medicine*. 2017;41(1):24-30.
- Fonarow GC. Strategies to improve the use of evidence-based heart failure therapies. *Reviews in cardiovascular medicine*. 2005;6:S32-42.
- Denhaerynck K, Manhaeve D, Dobbels F, Garzoni D, Nolte C, De Geest S. Prevalence and consequences of nonadherence to hemodialysis regimens. *American Journal of Critical Care*. 2007;16(3):222-35.
- Mamianloo H, Tol A, Khatibi N, Ahmadi Komeleh S, Mohebbi B. Assessing the effect of small group intervention program on knowledge and health literacy among patients with heart failure. *Journal of Nursing Education*. 2014;3(3):34-41.
- Sanaie N, Nejati S, Zolfaghari M, Alhani F,

- Kazemnezhad A. The effects of family-based empowerment on family cooperation in following patient treatment regime after coroner arteries bypass surgery. *Modern Care Journal*. 2014;11(1):19-27.
16. Black JM, Hawks JH, Keene AM. *Medical-surgical nursing: Clinical management for positive outcomes*: Saunders Elsevier; 2009.
17. Dunst CJ, Trivette CM, Hamby DW. Meta-analysis of family-centered helping practices research. *Developmental Disabilities Research Reviews*. 2007;13(4):370-8.
18. Hekmatpou D, Anoosheh M, Alhani F. Pathology of patient education: A qualitative study. *Iran Journal of Nursing*. 2007;20(49):51-60.
19. Kongkaew C, Sakunrag I, Jianmongkol P. Non-compliance with digoxin in patients with heart failure and/or atrial fibrillation: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Archives of cardiovascular diseases*. 2012;105(10):507-16.
20. Aggarwal B, Liao M, Allegrante JP, Mosca L. Low social support level is associated with non-adherence to diet at 1 year in the Family Intervention Trial for Heart Health (FIT Heart). *Journal of nutrition education and behavior*. 2010;42(6):380-8. PMID:[20696617](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20696617/) PMCID:[PMC2978807](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/PMC2978807/)
21. Oshvandi K, Keshmiri K, Salavati M, Emkanjoo Z, Musavi S. Effectiveness of education based on Orem's Self-Care model in Self-Care activity of patients with implantable cardioverter defibrillators. *Hayat*. 2014;19(3):47-55.
22. Heidari M, Sarvandian S, Moradbeigi K, Akbari Nassaji N, Vafaizadeh M. Comparing the effect of telenursing and education without follow-up in the caregivers of heart failure patients on the self-care behavior and clinical status of heart failure patients. *Hayat*. 2017;23(1):44-58.
23. Piamjariyakul U, Smith CE, Russell C, Werchowitch M, Elyachar A. The feasibility of a telephone coaching program on heart failure home management for family caregivers. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 2013;42(1):32-9.
24. Baljani E, Rahimi Z, Heidari S, Azimpour A. The effect of self management interventions on medication adherence and life style in cardiovascular patients. *Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty*. 2012;20(3):58-68.
25. Meng K, Musekamp G, Seekatz B, Glatz J, Karger G, Kivus U, et al. Evaluation of a self-management patient education program for patients with chronic heart failure undergoing inpatient cardiac rehabilitation: study protocol of a cluster randomized controlled trial. *BMC cardiovascular disorders*. 2013;13(1):60.
26. Vaillant-Roussel H, Laporte C, Pereira B, Tanguy G, Cassagnes J, Ruivard M, et al. Patient education in chronic heart failure in primary care (ETIC) and its impact on patient quality of life: design of a cluster randomised trial. *BMC family practice*. 2014;15(1):208. <https://doi.org/10.1186/s12875-014-0208-3> PMID:[25539989](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25539989/)
27. Khatiban M, Shirani F, Oshvandi K, Soltanian A, Ebrahimiyan R. Effect of Supportive-Educative Nursing System on Self-Care Skills in Trauma Patients with Chest Drainage System. *Hayat*. 2014;20(1).
28. Bikmoradi A, Zafari A, Oshvandi K, Mazdeh M, Roshanaei G. Effect of progressive muscle relaxation on severity of pain in patients with multiple sclerosis: a randomized controlled trial. *Journal of hayat*. 2014;20(1):26-37.

