

تأثیر مداخله آموزشی از طریق بحث گروهی بر رفتار خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی

چکیده

زمینه: خودمراقبتی یک فرآیند جهت حفظ سلامت از طریق ارتقای روش‌ها، پایش علائم بیماری و مدیریت علائم در صورت رخ دادن است. هدف این مطالعه، سنجش میزان تأثیر مداخله آموزشی از طریق بحث گروهی بر رفتار خودمراقبتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بود.

روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه تجربی-شاهددار در بیماران نارسایی قلبی مراجعه کننده به بیمارستان امام علی (ع) کرمانشاه، در سال ۱۳۹۵ بود. در کل ۸۰ بیمار انتخاب شدند و برای تخصیص تصادفی ۴۰ بیمار در گروه مداخله و کنترل، نمونه گیری بلوک جایگشتی اجرا شد. داده‌ها توسط پرسشنامه‌های دموگرافیک و مقیاس اروپایی رفتار خودمراقبتی نارسایی قلبی جمع‌آوری شدند. بیماران گروه مداخله ۸ جلسه متوالی یک ساعته توسط محقق آموزش دیدند. از نرم‌افزارهای SPSS-22 و R-3.2.3 برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که مداخله آموزشی از طریق بحث گروهی باعث افزایش سطح رفتار خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در گروه مداخله شده است. بعد از مداخله آموزشی، بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر امتیاز کلی خودمراقبتی اختلاف معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/001$). میانگین و انحراف معیار وضعیت خودمراقبتی در بیماران گروه مداخله در قبل از مداخله آموزشی به ترتیب ۲۵/۴۷ و ۴/۹۸ و بعد از مداخله آموزشی ۲۳/۳۵ و ۴/۹۹ بود (میانگین پایین‌تر، وضعیت خودمراقبتی بهتر)، در حالی که وضعیت خود مراقبتی در بیماران گروه کنترل تغییر معنی‌داری نداشت.

نتیجه‌گیری: مداخله آموزشی از طریق بحث گروهی یک روش مؤثر در ارتقای سطح خودمراقبتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی است، و بنابراین در جهت بهبود وضعیت بیماران می‌توان آن را جز برنامه‌های اصلی بازتوانی قرار داد.

کلید واژه: نارسایی قلبی، خودمراقبتی، بحث گروهی، مداخله آموزشی

احمد خشای^۱، مریم احمدی^{۲*}،
امیر جلالی^۳، سوده شهسواری^۴

۱. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ایران
۲. بیمارستان امام علی (ع)، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ایران
۳. گروه روان پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ایران
۴. گروه فناوری اطلاعات سلامت، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ایران

* **عهده دار مکاتبات:** ایران، کرمانشاه، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، بیمارستان امام علی (ع)

Email: m.ahmadi6393@gmail.com

مقدمه:

آب محدود کند، که این انباشتگی مواد زائد می‌تواند سبب آسیب‌رسانی جدی به فرد بیمار شود^۱. آمارها نشان‌دهنده روند رو به رشد بیماری نارسایی قلبی در جامعه جهانی هستند، که هر ساله بیش از ۵۵۰,۰۰۰ نفر مورد جدید به آمار این بیماران اضافه می‌شوند. طبق آمار مرکز مدیریت بیماری‌ها، تعداد مبتلایان به نارسایی قلبی در ایران حدود ۳,۳۳۷ نفر در بین ۱۰۰,۰۰۰ نفر است (۳/۳ درصد از جمعیت) که این آمار برای جامعه ایرانی نگران

امروزه، سیمای بیماری‌ها به واسطه تحولات اقتصادی-صنعتی به کلی دگرگون شده است، به طوری که بیماری‌های قلبی عروقی از مهمترین علل مرگ و میر انسان‌ها محسوب می‌شوند^۱. نارسایی قلب (Heart Failure) یک بیماری مزمن رایج، هزینه‌بردار و روز افزون با ویژگی‌های اختلال در پمپاژ یا کارکرد قلب است. این بیماری می‌تواند ارسال اکسیژن توسط خون را مختل کند و همچنین توانایی بدن فرد مبتلا را در بیرون دادن مواد زائد به‌ویژه

مشکلات موجود باعث می‌شود تا معلومات افراد در موضوع مورد بحث افزایش یافته و به نتایجی عالی دست یابند^{۱۴}. بنابراین، این مطالعه با هدف سنجش تأثیر مداخله آموزشی از طریق بحث گروهی بر رفتار خودمراقبتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی طراحی شد.

مواد و روش‌ها:

پژوهش حاضر یک مطالعه تجربی-شاهددار بود که بر روی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مراجعه کننده به بیمارستان امام علی (ع)، شهرستان کرمانشاه، در سال ۱۳۹۵ خورشیدی انجام شد. این مطالعه در سایت کارآزمایی بالینی با کد (IRCT 2017010514333N63) ثبت شده است. در کل، ۸۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی که واجد شرایط مطالعه بودند با روش در دسترس انتخاب شدند، و پس از اخذ رضایت‌نامه کتبی از آنان به طور کاملاً تصادفی بلوکی جایگشتی به دو گروه مساوی کنترل و مداخله انتساب داده شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن کلاس عملکرد III و IV انجمن قلب نیویورک (کلاس ۳ و ۴ نارسایی قلبی)، حداقل مدت تشخیص نارسایی قلبی ۶ ماه قبل از شروع مطالعه، داشتن کسر تخلیه $\leq 40\%$ ، اختلال عملکرد قلبی ثبت شده در گزارش اکوکاردیوگرافی، داشتن حداقل سن ۱۸ سال و حداکثر ۶۵ سال، داشتن سواد خواندن و نوشتن زبان فارسی، عدم وجود سایر بیماری‌های مزمن تضعیف کننده، عدم داشتن پرستار خصوصی، عدم وجود بیماری روان-پزشکی، عدم انجام جراحی بای پس عروق کرونری و یا جایگزینی دریچه در ۶ ماه گذشته و یا طی سه ماه گذشته در انتظار چنین عملی نبودند، عدم نارضایتی برای دادن اطلاعات، عدم داشتن سابقه کار در مراکز آموزشی درمانی و یا عدم داشتن آموزش تخصصی در مورد خودمراقبتی در نارسایی قلبی و عدم داشتن اختلالات شنوایی و بینایی، می‌شدند. معیارهای خروج از مطالعه شامل شرکت نکردن بیمار در بیشتر از ۲۵٪ کلاس‌ها و یا تمایل بیمار به انصراف از ادامه شرکت در مطالعه می‌شدند. اطلاعات بالینی بیماران منتخب از پرونده پزشکی آن‌ها استخراج گردید. این اطلاعات شامل: تاریخچه پزشکی بیمار، ابتلای همزمان با سایر بیماری‌ها، اطلاعات آزمایشگاهی، کسر تخلیه بطن

کننده است^۳. شیوع و بروز بیماری نارسایی قلبی با افزایش سن رابطه مستقیم دارد، به طوری که با هر ده سال افزایش در سن امکان بروز نارسایی قلبی دو برابر می‌شود^۴.

در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، تراکم بیش از اندازه مایعات می‌تواند بیمار را به سمت مرگ ناگهانی پیش ببرد، و عدم پیروی بیماران از رفتارهای خودمراقبتی با افزایش مرگ و میر و بستری شدن در بیمارستان، کاهش کیفیت زندگی و زوال وضعیت سلامتی آنان مرتبط است^۵. خودمراقبتی خاص بیماران با نارسایی قلبی، شامل فعالیت‌های هدفمند در حفظ خودمراقبتی (برای مثال، درمان اضطراب و ورزش کردن)، پایش علائم بیماری (برای مثال، نظارت بر تغییرات وزن) و مدیریت علائم (برای مثال، پرستار خصوصی گرفتن یا خوردن دارو طبق تجویز پزشک) است^۶. در سراسر دنیا، بهینه‌سازی خودمراقبتی به مفهوم توجه به حفظ سلامتی برای به‌زیستی و در نتیجه سالم بودن برای پیش-گیری از بستری شدن در بیمارستان است^۵. در زمان‌های یکسان، تفاوت‌های اساسی در روش مراقبت از سلامتی در برخی کشورها وجود دارد^۷. چندین روش خودمراقبتی برای بیماران مبتلا به نارسایی قلبی توصیه شده است که با وجود سودمندی در کاهش خطر و مدیریت بیماری، پیروی از آن‌ها در این بیماران محدود است^{۸-۹}. چندین مطالعه موانع انجام خودمراقبتی توصیه شده در نارسایی قلبی را شناسایی کردند^{۱۰}. بیشتر موانع مطالعه شده عوامل مربوط به بیمار مانند سن، کمبود آگاهی و خودکارآمدی پایین هستند^{۱۱}.

در سال‌های اخیر، تمرکز بر روی آموزش بیماران مبتلا به نارسایی قلبی به طور فزاینده‌ای مورد توجه واقع شده است^{۱۲}. استفاده از برنامه‌های آموزشی در جهت ارتقاء رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی به طور چشمگیری سبب کاهش بروز علائم بیماری و ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران شده است^{۱۳}. در این راستا، از روش‌های نوین و بسیار کارآمد در آموزش مداخله‌ای، برای دستیابی به توافق و کسب نتیجه، آموزش از طریق بحث گروهی است. این روش آموزشی با ایجاد فرصت برابر برای شرکت کنندگان در بحث و ارائه نظرات آنان در مورد شرایط و وضعیت بیماری و همچنین

تجزیه و تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS-22 و R-3.2.3 انجام شدند. برای گزارش و توصیف متغیرها از آمار توصیفی (فراوانی و درصد، میانگین و انحراف معیار) استفاده شد. اختلاف بین دو گروه مورد مطالعه از نظر متغیرهای سن و کسر جهشی نرمال از طریق آزمون تی مستقل بررسی شد. از آزمون کی-اسکور و من ویتنی برای بررسی اختلاف بین دو گروه مورد مطالعه از نظر متغیرهای دموگرافیک استفاده شد. برای سنجش تأثیر مداخله آموزشی از طریق بحث گروهی بر میزان خودمراقبتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در گروه مداخله از تحلیل کواریانس استفاده شد. سطح احتمال آماری قابل قبول $\alpha = 0/05$ بود.

نتایج:

در این مطالعه، میانگین \pm انحراف معیار سنی بیماران در گروه کنترل و گروه مداخله به ترتیب $58/63 \pm 6/89$ و $57/27 \pm 7/99$ بود. از کل افراد مورد مطالعه $61/2$ درصد (49 نفر) آنان مرد بودند که 27 نفر آن‌ها به گروه کنترل تعلق داشتند و $38/8$ درصد (31 نفر) آنان زن بودند که 13 نفر آنان در گروه کنترل قرار داشتند. بین دو گروه مورد مطالعه از نظر متغیرهای دموگرافیک اختلاف معنی‌داری وجود نداشت ($P < 0/05$). جدول ۱ وضعیت بیماران در دو گروه مورد مطالعه را بر اساس متغیرهای دموگرافیک نشان می‌دهد. همانطور که در جدول ۲ نشان داده شده است بعد از مداخله آموزشی از طریق بحث گروهی، گروه مداخله با میانگین \pm انحراف معیار $23/35 \pm 4/99$ از وضعیت خودمراقبتی بالاتر نسبت به گروه کنترل با میانگین \pm انحراف معیار $24/7 \pm 5/18$ برخوردار بود. با کنترل اثر وضعیت خودمراقبتی بیماران قبل از مداخله، اختلاف معنی‌داری بین دو گروه کنترل و مداخله از نظر خودمراقبتی بیماران وجود داشت ($P = 0/004$). بنابراین آموزش از طریق بحث گروهی اثر مثبتی بر روی وضعیت خودمراقبتی بیماران داشته است. همچنین مداخله آموزشی بر اساس رفتار پرهیز غذایی ($P = 0/002$) و بعد درخواست کمک ($P = 0/002$) معنادار بود ولی در بعد فعالیت مناسب در دو گروه مورد مطالعه اختلاف معنی‌داری وجود نداشت ($P = 0/282$).

چپ، طبقه‌بندی انجمن قلب نیویورک و دستور تجویز دارو بود. همچنین اطلاعات دموگرافیک شامل: سن، جنسیت، وضعیت تأهل و سایر اطلاعات اقتصادی اجتماعی از طبق مصاحبه با بیماران جمع‌آوری شد. ابزار ارزیابی رفتارهای خودمراقبتی در این بیماران، پرسشنامه اروپایی سنجش رفتار خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی^{۱۵} بود. این ابزار دارای سه بعد و نه آیتم با مقیاس لیکرت پنج گزینه‌ای از یک (کاملاً موافقم) تا پنج (کاملاً مخالفم) برای سنجش رفتار پرهیز غذایی، درخواست کمک و فعالیت مناسب است. مجموع امتیازات به دست آمده از ۹ تا ۴۵ است، که امتیازات بالاتر نشان‌دهنده سطوح پایین‌تر از خودمراقبتی است. در ایران روایی و پایایی (با آلفای کرونباخ $0/68$) مناسب این ابزار توسط شجاعی و همکاران (2009) تأیید شده است.^{۱۶} هر دو گروه کنترل و مداخله در ابتدا پرسشنامه مقیاس اروپایی رفتار خود مراقبتی نارسایی قلبی را پر کردند، و سپس گروه مداخله تحت ۸ جلسه در هر هفته و به مدت ۹۰ دقیقه تحت آموزش از طریق بحث گروهی قرار گرفتند. مداخله آموزشی مرکب از آموزش فشرده، اصولی و با برنامه (طرح‌ریزی شده) درباره پیامدهای نارسایی قلبی در زندگی روزانه بود که توسط محقق اجرا شد که یک برنامه مراقبت استاندارد توسعه یافته توسط محققین برای بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بود.^{۱۷} همچنین موضوعات به گونه‌ای مطرح می‌شد که بیماران را در ورود به بحث‌های ذکر شده تشویق کند و از این طریق مشکلات مراقبت در آن‌ها بیشتر مشخص گردد. موضوعات مهم آموزش شامل: علائم مهم بیماری و تشخیص علائم خطر و بدتر شدن نارسایی قلبی، محدودیت سدیم، تعادل مایعات، رژیم غذایی، کنترل روزانه وزن بدن، فعالیت فیزیکی، بررسی علائم حیاتی، اهمیت ترک سیگار، مدیریت استرس و انعطاف و سایر مشکلات فردی و تعاملات اجتماعی بودند. یک ماه پس از اتمام مداخله آموزشی، مجدداً هر دو گروه کنترل و مداخله پرسشنامه مقیاس اروپایی رفتار خودمراقبتی نارسایی قلبی را پر کردند.

نمودار ۱ وضعیت خودمراقبتی بیماران در دو گروه را نشان می‌دهد. مقایسه وضعیت خودمراقبتی در هر کدام از گروه‌های مورد مطالعه نشان داد که در گروه مداخله ما شاهد تغییر مثبت و معنادار (میانگین پایین‌تر) هستیم.

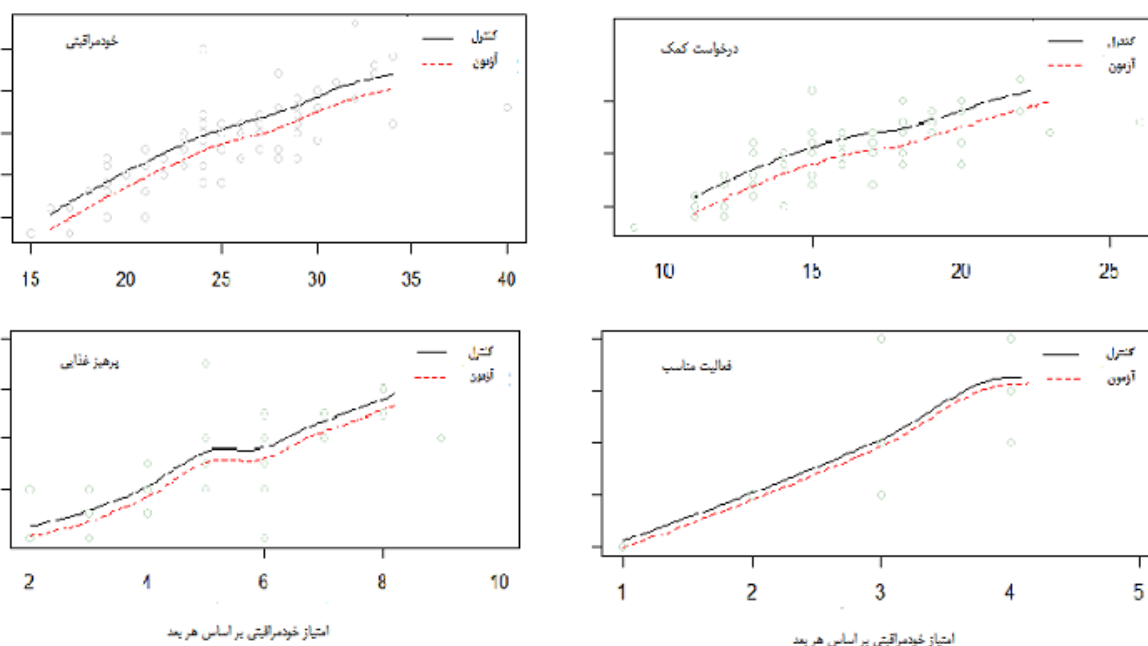
جدول ۱- خلاصه‌ای از اطلاعات جمعیت‌شناختی بیماران در گروه‌های مورد بررسی

p-value	گروه		متغیر	
	مداخله	کنترل		
۰/۲۵	۲۳(۵۵)	۲۷(۶۷/۵)	مرد	جنس
	۱۸(۴۵)	۱۳(۳۲/۵)	زن	درصد(فراوانی)
۰/۶۰	۲۶(۶۵)	۲۷(۶۷/۵)	شهر	محل سکونت
	۶(۱۵)	۸(۲۰)	حومه شهر	
۰/۱۹	۸(۲۰)	۵(۲۲/۵)	روستا	درصد(فراوانی)
	۳(۷/۵)	۸(۲۰)	مجرد	تأهل
۰/۸۹	۷(۹۲/۵)	۳۲(۸۰)	متاهل	درصد(فراوانی)
	۱۳(۳۲/۵)	۱۲(۳۰)	خدماتی	شغل
۰/۸۹	۱۳(۳۲/۵)	۱۵(۳۰/۵)	کارمند	درصد(فراوانی)
	۱۴(۳۵)	۱۳(۳۲/۵)	آزاد	
۰/۹۲	۲۸(۷۰)	۲۸(۷۰)	زیردیپلم	تحصیلات
	۱۰(۲۵)	۸(۲۰)	دیپلم	درصد(فراوانی)
۰/۸۳	۲(۲۰)	۴(۱۰)	دانشگاهی	
	۱۸(۴۵)	۱۹(۴۷/۵)	یک میلیون <	درآمد
۰/۴۱۱	۲۲(۵۵)	۲۱(۵۲/۵)	یک میلیون >	درصد(فراوانی)
	۵۷/۲۷(۷/۹۹)	۵۸/۶۳(۶/۸۹)	سن	
۰/۶۷۳				(انحراف معیار) میانگین
	۲۵/۷۵(۷/۶۴)	۲۶/۵(۸/۰۲)		تخلیه جهشی
				(انحراف معیار) میانگین

جدول ۲- مقایسه خودمراقبتی بیماران در دو گروه مداخله آموزشی و کنترل در بیماران قلبی

p-value گروه	p-value قبل و بعد از مداخله	گروه مداخله		گروه کنترل		زمان	متغیرها
		انحراف معیار	میانگنی ن	انحراف معیار	میان گین		
۰/۰۰۴	<۰/۰۰۱	۴/۹۸	۲۵/۴۷	۴/۶۶	۲/۸۳	قبل از مداخله	خودمراقبتی
		۴/۹۹	۲۳/۳۵	۵/۱۸	۲/۷۰	بعد از مداخله	
۰/۰۰۲	<۰/۰۰۱	۱/۸۴	۵/۰۵	۱/۹۲	۵/۰۲	قبل از مداخله	پرهیز غذایی
		۱/۹۶	۴/۷۰	۱/۸۰	۵/۰۸	بعد از مداخله	
۰/۰۰۲	<۰/۰۰۱	۳/۲۴	۱۶/۶۸	۳/۹۱	۱/۹۰	قبل از مداخله	درخواست کمک
		۲/۸۸	۱۵/۰۳	۴/۲۹	۱/۷۲	بعد از مداخله	
۰/۲۸۲	<۰/۰۰۱	۱/۲۳	۳/۷۵	۱/۰۸	۳/۹۰	قبل از مداخله	فعالیت مناسب
		۳/۲۱	۳/۶۳	۱/۱۷	۳/۹۰	بعد از مداخله	

نمودار ۱- روند تغییرات رفتار خودمراقبتی و ابعاد آن در گروه‌های مورد مطالعه



بحث:

در مطالعه حاضر ما شاهد تأثیر مثبت مداخله آموزشی از طریق بحث گروهی بر روی وضعیت کلی خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بودیم، و بعد از مداخله آموزشی بین گروه کنترل و مداخله از لحاظ وضعیت کلی خودمراقبتی بیماران اختلاف معنی داری وجود داشت. در طی آموزش از طریق بحث گروهی، بیماران توسط یک پرستار آموزشگر ماهر، در جهت شناخت صحیح بیماری نارسایی قلبی و اهمیت مدیریت علائم بیماری، در بحث شرکت داده شدند و این موضوع باعث شد تا در مواردی که این بیماران در خودمراقبتی خود دچار مشکل بودند به واسطه مطرح نمودن مشکلات و جستجوی راهکار مناسب برای حل آن -ها انگیزه بیشتری برای دنبال کردن رفتارهای خودمراقبتی پیدا کنند. لی و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه‌ای نشان دادند که سطح آگاهی از بیماری نارسایی قلبی و علائم آن پیش‌بینی کننده سطح رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی است.^{۱۸} هوانگ و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه‌ای نشان دادند که در گروه -های مداخله مورد آزمایش آن‌ها سطح دانش بیماران نسبت به

نارسایی قلبی و همچنین میزان خودمراقبتی در این بیماران نسبت به گروه کنترل به طور معنی داری بهبود یافته بود. آنان مداخله آموزشی را در بهبود دانش بیمار نسبت به نارسایی قلبی و رفتارهای خودمراقبتی در میان بیماران مبتلا به نارسایی قلبی تأثیر گذار گزارش کرده بودند.^{۱۹} در مطابقت با نتایج مطالعه ما، برخی از مطالعات پیشین تأثیر مثبت آموزش بر خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی را نشان داده‌اند^{۲۰-۲۲}.

در این مطالعه، بعد از مداخله آموزشی بین دو گروه مورد مطالعه از لحاظ رفتار پرهیز غذایی خودمراقبتی اختلاف معنی -داری وجود داشت. این تأثیر برنامه آموزشی ما بر بعد رفتار پرهیز غذایی خودمراقبتی بخصوص در کشور ایران بسیار حایز اهمیت است زیرا میانگین سرانه مصرف نمک در میان بزرگسالان ایرانی (۱۰-۱۵ گرم در روز، ۵ میلی گرم سدیم) در مقایسه با مردم غرب کره زمین (برای مثال مصرف نمک در مردم آمریکا، ۸/۲ گرم در روز، ۳/۴ میلی گرم سدیم)^{۲۳}، یا حتی در مقایسه با مردم شرق کره زمین (برای مثال مصرف نمک در مردم ژاپن، ۱۰/۲ گرم در روز، ۴/۰۱۷ میلی گرم سدیم)^{۲۴}، بالاتر است. بنابراین اهمیت آموزش از طریق

نتیجه گیری:

درگیر نمودن بیماران مبتلا به نارسایی قلبی با فعالیت و انجام اعمال خودمراقبتی توسط آنان، با توجه به عوارض روانی و فیزیکی بیماری، بسیار سخت و پیچیده است، بنابراین، توسعه روش‌های نوین آموزش و مداخله در درمان این بیماران بسیار با اهمیت است. ما با آموزش بیماران مبتلا به نارسایی قلبی از طریق بحث گروهی، آنان را با اهمیت شناخت صحیح بیماری و درک آن و همچنین اهمیت پایش علائم بیماری آشنا کردیم. مداخله آموزشی بر میزان خودمراقبتی بیماران گروه مداخله دارای تأثیر مثبت معنی دار است، و ابعاد مختلف خودمراقبتی (غیر از بعد فعالیت مناسب) تحت تأثیر آموزش مداخله‌ای بهبود یافته است. بنابراین، آموزش از طریق بحث گروهی برای مداخله درمانی در خودمراقبتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بسیار کارآمد و مفید است و توصیه می‌گردد. با این حال، مطالعات آتی برای بهبود وضعیت خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی از طریق مداخله آموزشی نیاز است.

تشکر و قدردانی:

این مطالعه توسط دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه حمایت شد. نویسندگان نهایت تشکر و قدردانی را از آقای سعید محمودی به خاطر همکاری در انجام را پژوهش دارند.

بحث گروهی یک روش کارآمد برای ارتقاء مهارت‌های خودمراقبتی محسوب می‌شود.

یافته‌های ما نشان داد که بعد از مداخله آموزشی از طریق بحث گروهی، در بعد درخواست کمک خودمراقبتی بین دو گروه مورد مطالعه اختلاف معنی داری وجود داشت. دراک آپ و همکاران (۲۰۱۷) در مطالعه‌ای نشان دادند که مداخله آموزشی باعث بهبود وضعیت مراجعه به پزشک برای پایش علائم بیماری نارسایی قلبی شده است که متعاقب آن نرخ مرگ و میر و به‌زیستی در بیماران گروه مداخله نسبت به گروه کنترل به طور معنی داری کاهش یافته بود^{۲۵}. نتایج این مطالعه مشخص کرد که بعد از مداخله آموزشی از طریق بحث گروهی در بعد فعالیت مناسب خودمراقبتی بین بیماران دو گروه مورد مطالعه اختلاف معنی داری وجود ندارد ($P < 0/282$)، و مداخله آموزشی توانسته باعث بهبود رفتار فعالیت مناسب خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی تحت مطالعه گردد. در رابطه با فعالیت جسمانی علاوه بر آموزش موارد دیگری از جمله منابع در دسترس می‌تواند تأثیرگذار باشد. عدم وجود مراکز مناسب با شرایط این بیماران برای تمرینات ورزشی خاص آنان و یا سایر محدودیت‌های فرهنگی و زیربنایی می‌تواند دلایلی برای عدم بهبودی در وضعیت فعالیت جسمانی گروه مداخله باشد. تمرکز بر روی بهبود تغییر رفتار در مهارت‌های خودمراقبتی (برای مثال طرح‌ریزی چگونگی توسعه ورزش در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی) ضروری است^{۲۶}.

References:

1. Riegel B, Dickson VV, Cameron J, Johnson JC, Bunker S, Page K, et al. Symptom recognition in elders with heart failure. *J Nurs Scholarsh* 2010; 42(1): 92-100.
2. Holden RJ, Schubert CC, Mickelson RS. The patient work system: an analysis of self-care performance barriers among elderly heart failure patients and their informal caregivers. *Appl Ergon* 2015; 47: 133-50.
3. Bagheri H, Yaghmaei F, Ashktorab T, Zayeri F. Evaluation of Social Dignity and its Related Factors in Heart Failure Patients. *Journal of Knowledge & Health* 2015; 10(3): 67-73.

4. Peters-Klimm F, Müller-Tasch T, Schellberg D, Gensichen J, Muth C, Herzog W, et al. Rationale, design and conduct of a randomised controlled trial evaluating a primary care-based complex intervention to improve the quality of life of heart failure patients: HICMan (Heidelberg Integrated Case Management). *BMC Cardiovasc Disord* 2007; 7(1): 1.

5. Ditewig JB, Blok H, Havers J, van Veenendaal H. Effectiveness of self-management interventions on mortality, hospital readmissions, chronic heart failure hospitalization rate and quality of life in patients with chronic heart failure: a systematic review. *Patient Educ Couns* 2010; 78(3): 297-315.

6. Riegel B, Jaarsma T, Strömberg A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. *Advances in Nursing Science* 2012; 35(3): 194-204.
7. Jaarsma T, Strömberg A, De Geest S, Fridlund B, Heikkilä J, Mårtensson J, et al. Heart failure management programmes in Europe. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2006; 5(3): 197-205
8. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE, Drazner MH, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2013; 62(16): e147-e239
9. patient with heart failure. *Curr Cardiol Rep* 2012; 14(3): 265-75
10. Siabani S, Leeder SR, Davidson PM. Barriers and facilitators to self-care in chronic heart failure: a meta-synthesis of qualitative studies. *Springerplus* 2013; 2(1): 1.
11. Oosterom-Calo R, Van Ballegooijen A, Terwee C, Te Velde S, Brouwer I, Jaarsma T, et al. Determinants of heart failure self-care: a systematic literature review. *Heart Fail Rev* 2012; 17(3): 367-85.
12. Carlson B, Riegel B, Moser DK. Self-care abilities of patients with heart failure. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 2001; 30(5): 351-9.
13. Jaarsma T, Halfens R, Tan F, Abu-Saad HH, Dracup K, Diederiks J. Self-care and quality of life in patients with advanced heart failure: the effect of a supportive educational intervention. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 2000; 29(5): 319-30.
14. Baghdari N, Bahrami Morghaki A, Norozi A, Sadeghi Sahebzad E, Mazlom SR, Mohajeri A. The Effect of Mother's Training via Newsletter and Group Discussion on The Energy Intake of Preschool Children. *JMRH* 2014; 2(3): 180-7.
15. Jaarsma T, Strömberg A, Mårtensson J, Dracup K. Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. *Eur J Heart Fail* 2003; 5(3): 363-70.
16. Shojaei F, Asemi S, Yarandi A, Hossieni F. Self-care behaviors in patients with heart failure. *Payesh* 2009(4): 361-9 [persian].
17. Jaarsma T, Halfens R, Cleuren G. [Education and guidance of a patient with chronic heart failure. A case study]. *Verpleegkunde* 1997; 12(4): 205-16.
18. Lee KS, Moser DK, Dracup K. The Impact of Poor Understanding of Heart Failure and Its Symptoms on Self-care. *Am Heart Assoc*; 2016.
19. Jolly K, Taylor RS, Lip GY, Davies M, Davis R, Mant J, et al. A randomized trial of the addition of home-based exercise to specialist heart failure nurse care: the Birmingham Rehabilitation Uptake Maximisation study for patients with Congestive Heart Failure study. *Eur J Heart Fail* 2009; 11(2): 13-25.
20. Krumholz HM, Amatruda J, Smith GL, Mattera JA, Roumanis SA, Radford MJ, et al. Randomized trial of an education and support intervention to prevent readmission of patients with heart failure. *Journal of the American College of Cardiology*. 2002;39(1):83-9.
21. A ZM, Z F, S NM, A KZ. Effects of education on Beliefs, Knowledge and Behavior of Diabetic Patients based on Health Belief Model. *Iranian Journal Diabetes and Lipid*. 2004;6(2):169-76.
22. Aliee M, M M, M A, M AM. Effects of education on preventing sexual diseases among couples based on Health Belief Model. *Hayat Journal*. 2003;11(4):89-96.
23. Bernstein AM, Willett WC. Trends in 24-h urinary sodium excretion in the United States, 1957-2003: a systematic review. *The American journal of clinical nutrition*. 2010.
24. Kato NP, Kinugawa K, Sano M, Kogure A, Sakuragi F, Kobukata K, et al. how effective is an in-hospital heart failure self-care program in a Japanese setting? lessons from a randomized controlled pilot study. *Patient preference and adherence*. 2016;10:171
25. Dracup K, Moser DK, Pelter MM, Nesbitt T, Southard J, Paul SM, et al. A randomized controlled trial to improve self-care in patients with heart failure living in rural areas. *Circulation*. 2014;CIRCULATIONAHA. 113.003542.
26. Dickson VV, Riegel B. Are we teaching what patients need to know? Building skills in heart failure self-care. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 2009;38(3):253-61.

Effect of educational intervention through group discussion on self-care behavior in the heart failure patients

Ahmad Khoshai¹ Maryam
Ahmadi*², Amir Jalali³,
Soodeh Shahsavari⁴

1. Nursing Department, School of Nursing and Midwifery, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

2. Imam Ali Hospital, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.

3. Nursing Department, School of Nursing and Midwifery, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

4. Health Information Technology Department, Paramedical School, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

***Corresponding Author:**

Iran, Kermanshah, Kermanshah University of Medical Sciences, Imam Ali Hospital

Email:

m.ahmadi6393@gmail.com

Abstract

Introduction: Self-care is a process for maintaining health by improving methods, monitoring symptoms and managing symptoms when they occur. The aim of present study was to survey the effect of the educational intervention on self-care behavior in the heart failure patients .

Methods: This study was a randomized controlled clinical trial in heart failure patients which conducted in Imam Ali Hospital in Kermanshah in 2016. Totally, 80 samples were enrolled and For randomized allocation of 40 patients with heart failure to intervention and control groups, permutation block sampling was implemented. Data were collected by demographic questionnaires and European Heart Failure Self-care Behavior Scale. Patients in the intervention group received 8 consecutive one-hour training sessions by the researcher .SPSS-22 and R-3.2.3 software were used to analyze the data.

Results: The results of covariance analysis showed that educational intervention through group discussion increased the level of self-care behavior in patients with heart failure in the intervention group. After intervention, there was a significant difference between the two intervention and control groups in terms of general self-care score ($P < 0.001$). The mean and standard deviation of self-care status in the intervention group before and after the intervention was 25.47 and 4.98, respectively, after the intervention, 35.33 and 4.99 (mean lower, better self-care status), while Self-care status in the control group was not significant

Conclusion: Educational intervention through group discussion is an effective way to improve the level of self-care in patients with heart failure, and therefore, it can be considered as a major rehab program in order to improve patients' condition.

Key words: Heart failure, Self-care, Group discussion, Intervention

How to cite this article

Khoshai A, Ahmadi M, Jalali A, Shahsavari S. Effect of educational intervention through group discussion on self-care behavior in the heart failure patients. J Clin Res Paramed Sci 2017; 6(2):291-300