

تحقیقی

تأثیر آموزش مراقبت از خود بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آنژین صدری ناپایدار در بیمارستان شهید بهشتی کاشان در سال ۱۳۸۹

ندا میرباقر آجرپز^{۱*}، محبوبه کفایی عطریان^۲

۱- کارشناسی ارشد پرستاری، مربی و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کاشان، دانشجوی دکتری پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی واحد بین الملل تهران. ۲- کارشناسی ارشد پرستاری، مربی و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کاشان، دانشجوی دکتری پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران واحد بین الملل تهران.

چکیده

زمینه و هدف: بیماران مبتلا به آنژین صدری ناپایدار، بیش از نیمی از موارد بستری در بخش مراقبت های ویژه قلبی را تشکیل می دهند. بستری شدن مجدد بسیاری از این بیماران، ناشی از نداشتن اطلاعات کافی و عدم پیروی از توصیه های پزشکی است که بر کیفیت زندگی این بیماران اثر سویی دارد. مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر آموزش چگونگی مراقبت از خود بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آنژین صدری ناپایدار در بیمارستان شهید بهشتی کاشان در سال ۱۳۸۹ انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه نیمه تجربی، ۸۰ نفر از بیماران مبتلا به آنژین صدری ناپایدار به طور تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده ها، شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه کیفیت زندگی (SF36) بود. دو جلسه دو ساعته آموزش چهره به چهره برای گروه مداخله اجرا شد. جلسه اول آموزش در زمان بستری بیماران و جلسه دوم آن در زمان ترخیص بیمار با حضور همراه بیمار بود؛ سپس کیفیت زندگی بیماران در هر دو گروه، در دو مرحله قبل از اجرای آموزش و یک ماه پس از اجرای آموزش سنجیده شد و در پایان کیفیت زندگی دو گروه مقایسه گردید. سپس تجزیه و تحلیل داده ها توسط نرم افزار SPSS-14 و مداخله های آماری تی زوجی و مستقل انجام شد.

یافته ها: نتایج نشان داد تفاوت معنی داری بین دو گروه در ابعاد سلامتی عمومی، سلامت جسمی، سلامت روانی، فعالیت اجتماعی، محدودیت در فعالیت ها، سرزندگی و نشاط بعد از مداخله وجود دارد ($P \leq 0/05$)، ولی مقایسه دو گروه در ابعاد تغییرات سلامت و درد بدنی تفاوت معنی داری را نشان نداد.

نتیجه گیری: پیگیری مراقبتهای پرستاری و آموزش مراقبت از خود مبتنی بر نیاز بیمار در بیماران مبتلا به آنژین ناپایدار باعث بهبود ارتقای ابعاد کیفیت زندگی در آنها می شود.

کلیدواژه ها: مراقبت از خود، کیفیت زندگی، آموزش، آنژین صدری ناپایدار

*نویسنده مسئول: ندا میرباقر آجرپز، پست الکترونیکی: Mirbagher_n@kaums.ac.ir

نشانی: کاشان، بلوار قطب راوندی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، دانشکده پرستاری و مامایی. تلفن (۰۳۶۱)۵۵۵۶۶۳۳

وصول مقاله: ۹۲/۲/۱۴، اصلاح نهایی: ۹۲/۱۰/۱۷، پذیرش مقاله: ۹۳/۲/۱۰

مقدمه

بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، ۳۵ درصد علل مرگ و میر در کشورهای در حال توسعه ناشی از بیماری های قلبی - عروقی است (۱). این روند تا آنجا پیش رفته که پیش بینی می شود بزرگترین عامل مرگ و میر در سال ۲۰۲۰ باشد (۲). در کشور ایران یکی از عمده ترین علت مرگ و میر و ناتوانی، بیماری های قلبی است و ۵۰ درصد علت مرگ را در سال به خود اختصاص می دهد (۳). بیماری های ایسکمیک قلبی اولین علت مرگ و میر در افراد بالاتر از ۳۵ سال بوده و در میان این بیماری ها، آنژین صدری ناپایدار تقریباً خطرناک ترین حالت است (۴). آنژین نوعی درد موقت، فشار یا ناراحتی قفسه سینه است که وقتی اکسیژن کافی به قلب نرسد روی می دهد. اگر آنژین در موقعیت های قابل پیش بینی مثلاً طی ورزش رخ دهد، آنژین پایدار گفته می شود، اما دوره های درد متناوب بدون علامت خطر که بیش از دوره های آنژین طبیعی طول می کشد آنژین ناپایدار نام دارد. این وضعیت خطرناک بوده و نیازمند اقدام فوری پزشکی است (۵). این بیماران در معرض بستری شدن مجدد قرار دارند که بسیاری از این موارد ناشی از نداشتن اطلاعات کافی و عدم پیروی از توصیه های پزشکی است (۶، ۷). اثرات آنژین صدری ناپایدار، شامل آزردهی میوکارد توأم با علائم و نشانه های آن، تغییرات شرایط فیزیکی، تظاهرات روانی، از بین رفتن امنیت کاری، کم شدن مدت زمان فعالیت تفریحی و ارتباطات اجتماعی، آینده اضطراب آور و اختلال در روابط بین افراد و نقش های خانوادگی است (۸). اغلب عوامل خطر بیماری های قلبی با رفتار و آگاهی های بیمار مرتبط می باشند و یکی از ابزارهای اساسی در ارتقای کیفیت زندگی بیمار، وجود برنامه های آموزشی مراقبت از خود می باشد (۹). ارائه آموزش به بیمار نه تنها موجب بهبود عمده ای در رفتارهایی همچون سیگار کشیدن، بهبود سطح تحمل و فعالیت جسمی بیمار و تمکین از توصیه های پزشکی می شود، بلکه موجب صرفه جویی در هزینه های پیشگیری و درمان نیز خواهد شد (۱۰-۱۲). در پژوهش McGillion و همکارانش (۲۰۰۸) نتایج نشان داد برنامه های آموزش مراقبت از خود با افزایش کیفیت زندگی ارتباط دارد (۱۳). نتیجه مطالعه ای تجربی در آمریکا بر روی بیماران قلبی

حکایت از این دارد که برنامه آموزش مراقبت از خود با ابعاد سلامت و عملکرد روانی معنوی و در مطالعه باقری (۱۳۸۰) آموزش با تمام ابعاد کیفیت زندگی در بیماران قلبی ارتباط دارد (۱۴، ۱۵). ولی مطالعه Jaarsma و همکارانش (۲۰۰۰) و دهداری و همکارانش (۱۳۸۴) نشان داد آموزش با کیفیت زندگی ارتباطی ندارد (۱۶ و ۱۷). مطالعات مختلف گویای این حقیقت است که بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر از کیفیت زندگی مطلوبی برخوردار نیستند (۱۸). مشکلات جسمی بیمار به عنوان عامل تاثیر گذار بر کیفیت زندگی بیمار شناخته شده اند، به طوری که این علائم اثرات سویی بر ابعاد روحی - روانی، اجتماعی و عاطفی بیماران داشته اند (۱۹). توجه به کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به آنژین صدری ضمن کاهش میزان مرگ و میر باعث کاهش محدودیت های جسمی، روحی، روانی و اجتماعی ناشی از اثر ناتوان کننده این بیماری بر مددجویان خواهد شد (۲۰). فردی که دچار این بیماری می شود، ممکن است دچار تغییرات در روابط خانوادگی، کار، ارزش ها، توانایی جسمی و اجتماعی، مراقبت از خود و یا به عبارت دیگر ابعاد مختلف کیفیت زندگی شود (۲۱). همانطور که مشاهده می شود آموزش در بعضی از مطالعات باعث افزایش تمام ابعاد کیفیت زندگی و در بعضی دیگر تنها چند بعد کیفیت زندگی و در تعدادی مطالعه بدون اثر بوده است. با وجودی که مطالعات متعددی بر کیفیت زندگی بیماران قلبی مختلف مانند انفارکتوس میوکارد و نارسایی قلبی انجام شده، ولی کیفیت زندگی مبتلایان به آنژین صدری ناپایدار کمتر مورد توجه قرار گرفته است. به همین دلیل همچنان این سؤال وجود دارد که آموزش تا چه حد و به چه ابعادی از کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آنژین صدری ناپایدار اثر می گذارد. به همین دلیل این مطالعه با هدف بررسی تاثیر آموزش مراقبت از خود بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آنژین صدری ناپایدار انجام گرفته است.

روش بررسی

این مطالعه یک پژوهش نیمه تجربی است. جامعه پژوهش، بیماران مبتلا به آنژین صدری ناپایدار مراجعه کننده به اورژانس داخلی بیمارستان شهید بهشتی کاشان در سال ۱۳۸۹ می باشد. نمونه گیری به صورت مستمر از بین بیماران مبتلا به آنژین صدری ناپایدار مراجعه کننده به اورژانس داخلی

برای هر فرد در دو جلسه ۲ ساعته در اتاقی خلوت به روش چهره به چهره توسط پژوهش گر ارائه شد، سپس پمفلت های آموزشی به بیماران ارائه گردید و به آنها تاکید شد که موارد آموزش داده شده را به طور عملی بکار گیرند. آموزش ها از کتاب پرستاری داخلی جراحی قلب لاکمن و برونر شامل آموزش رژیم غذایی، تحرک و ورزش، خواب و استراحت، کنترل اضطراب و ترس و روابط اجتماعی استخراج شد. جلسه اول آموزش در زمان بستری بیماران و جلسه دوم آن در زمان ترخیص بیمار با حضور همراه بیمار (یکی از اعضای خانواده) برگزار و موارد بیان شده به کمک وی برای بیمار بکار گرفته شد. به منظور آموزش، هر بیمار به طور جداگانه در محیطی خلوت همراه با یکی از اعضای خانواده که از قبل با وی هماهنگی شده بود، حضور بهم می رسانید و پژوهشگر موارد آموزشی ذکر شده را همراه با نمایش عکس و اسلاید به آنان آموزش می داد و از آنان خواسته می شد هر سئوالی راجع به بیماری دارند بپرسند. همچنین به بیماران شماره تلفنی داده شد که در صورت نیاز بتوانند با پژوهشگر تماس بگیرند. به آنان تاکید می شد که از هیچ منبع دیگری آموزش دریافت نکنند. به منظور پیگیری مطالب آموزشی در منزل برگه خود گزارش دهی مراقبت به یکی از اعضای خانواده بیمار داده شد تا مواردی را که طبق برنامه بکار می برند ثبت نمایند. همچنین دو هفته بعد از دومین جلسه آموزش، به وسیله تماس تلفنی بر رعایت آموزش ها تاکید گردید. دو هفته بعد از پیگیری تلفنی، پرسشنامه کیفیت زندگی برای بار دوم توسط گروه مداخله تکمیل گردید.

برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه کیفیت زندگی SF36 که دارای ۸ بعد و ۳۶ سؤال است، استفاده شد. ابعاد هشت گانه پرسشنامه SF36 شامل سلامتی کلی و عمومی (۶ سؤال)، سلامت جسمی (۱۰ سؤال)، سلامت روانی (۶ سؤال)، فعالیت اجتماعی (۲ سؤال)، درد بدنی (۲ سؤال)، نقش سلامت جسمانی و ایجاد محدودیت در فعالیت ها (۴ سؤال)، نقش سلامت روحی بر سطح فعالیت (۳ سؤال) و سرزندگی و نشاط (۳ سؤال) می باشد. هر سؤال بر طبق مقیاس درجه بندی لیکرت از عالی تا بد تقسیم بندی شده است که به ترتیب امتیاز ۵ تا یک می

بیمارستان شهید بهشتی کاشان گرفته شد؛ سپس نمونه ها بر اساس جدول اعداد تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. معیارهای ورود به پژوهش، شامل داشتن سن ۳۵ تا ۸۵ سال، ابتلا به آنژین صدری ناپایدار، نمره کیفیت زندگی کمتر از ۵۰ در اندازه گیری اولیه (به جهت اینکه نمونه هایی انتخاب شوند که کیفیت زندگی آن ها از متوسط پایین تر باشد) و تجربه درد آنژین قلبی می باشد. معیارهای خروج از مطالعه، عبارتند از ابتلا به بیماری دیگر از جمله بیماری دیابت، نارسایی کلیه و سایر بیماری های مزمن قلبی و غیر قلبی می باشد. تشخیص آنژین صدری ناپایدار با توجه به اطلاعات پرونده بیمار و توسط پزشک متخصص قلب و بر اساس تاریخچه پزشکی، علائم بیمار و الکترو کاردیوگرام انجام گرفته بود. گزینش نمونه ها در گروه های مداخله و کنترل به صورت انتخاب مستمر در مدت ۵ ماه انجام شد. در مدت تحقیق ۱۰۵ بیمار مبتلا به آنژین صدری ناپایدار به این مرکز مراجعه کردند که از بین آن ها ۸۰ نفر معیار ورود به مطالعه را داشتند و ۲۵ نفر معیار ورود به مطالعه را نداشتند و از مطالعه خارج شدند. ۸۰ نفر باقیمانده بر اساس جدول اعداد تصادفی به دو گروه ۴۰ نفره مداخله و کنترل تقسیم شدند که ۳ نفر از بیماران گروه کنترل در طول مطالعه از مطالعه خارج شدند. یک نفر فوت و دو نفر به علت استفاده از منابع دیگر آموزش از مطالعه حذف شدند. بیماران قبل از شروع مطالعه از خود مراقبتی (Self care) پایین و متوسط (بر اساس پرسشنامه) داشتند و نسبت به دریافت آموزش احساس نیاز می کردند. قبل از انجام مراحل اجرایی، در زمینه اهداف و مراحل پژوهش به واحدهای مورد مطالعه توضیحات کافی داده شد و شرکت آن ها در پژوهش منوط به رضایت آنان اعلام شد. همچنین به افراد مورد مطالعه در مورد محرمانه بودن اطلاعات اطمینان داده شد. پرسشنامه ها به روش خودگزارش دهی تکمیل گردید. پس از پایان تحقیق، پمفلت ها و جزوه آموزشی در اختیار گروه کنترل نیز قرار گرفت. پرسشنامه کیفیت زندگی و اطلاعات دموگرافیک به طور همزمان قبل از اجرای مداخله توسط بیماران گروه مداخله و کنترل تکمیل گردید و یک ماه بعد بیماران گروه کنترل پرسشنامه را برای بار دوم با مراجعه پژوهشگر به منازل آن ها تکمیل کردند. در گروه مداخله آموزش مراقبت از خود

مقایسه اختلاف میانگین (اختلاف تفاوت میانگین و انحراف معیار قبل و بعد از مداخله) دو گروه در ابتدا و انتهای مطالعه تفاوت معنی داری را بین دو گروه در ابعاد سلامتی عمومی، سلامت جسمی، سلامت روانی، فعالیت اجتماعی، محدودیت در فعالیت ها و سرزندگی و نشاط نشان داد ($P \leq 0/05$)، ولی مقایسه دو گروه در بعد درد بدنی تفاوت معنی داری را نشان نداد (جدول ۲).

بحث

نتایج نشان داد که کیفیت زندگی بیماران پس از اجرای برنامه آموزش مراقبت از خود در گروه مداخله ارتقا یافته است. مطالعات متعددی نشان داده اند که شرکت در برنامه های آموزشی باعث ارتقای کیفیت زندگی می شود. در مطالعه باقری (۱۳۸۰) که به منظور بررسی تاثیر برنامه مشاوره گروهی بر کیفیت زندگی بیماران پس از سکنه قلبی انجام شد نشان داد پس از یک ماه نمره کیفیت زندگی قبل و بعد از مشاوره تفاوت معنی داری داشته است، در حالی که در گروه کنترل این تفاوت معنی دار نبوده است (۱۵)، ولی مطالعه Jaarsma و همکارانش (۲۰۰۰) نشان داد آموزش متمرکز و سیستماتیک به همراه ارائه جزوه آموزشی، باعث ارتقای رفتار خود مراقبتی شده بود، ولی بر روی کیفیت زندگی اثر کمتری داشت (۱۶)، این مطالعه با پژوهش حاضر همخوانی ندارد.

گیرند. در سئوالات منفی نمره گذاری به شکل معکوس انجام گرفت. نمرات ابعاد هشت گانه بین صفر تا صد می باشد که نمرات بیشتر نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر در آن بعد می باشد. پایایی این پرسشنامه در مطالعه صالحی و همکارانش (۱۳۸۷) بر روی بیماران قلبی ۸۵ درصد تعیین شده است (۲۰). در نهایت نتایج به وسیله نرم افزار SPSS-14 و آزمون های آماری کای اسکوئر، تی تست زوجی و مستقل با سطح معنی داری $P \leq 0/05$ تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها

نتایج نشان داد اکثر بیماران، مرد (۶۴/۹ درصد) و متأهل (۶۷/۵ درصد) و دارای تحصیلات زیر دیپلم (۴۵/۹ درصد)، میانگین سنی $40 \pm 7/3$ بودند. دو گروه از لحاظ آماری تفاوت معنی داری با هم نداشتند.

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می کنیم مقایسه ابعاد کیفیت زندگی قبل از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل نشان می دهد همه ابعاد در دو گروه قبل از مداخله تفاوت معنی داری نداشته است ($P \geq 0/05$)، ولی این تفاوت در مورد بعد درد بدنی معنی دار بوده است ($P = 0/03$). مقایسه ابعاد کیفیت زندگی بعد از مداخله در دو گروه تفاوت معنی دار داشته است ($P \geq 0/05$).

جدول ۱: مقایسه ابعاد کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله و کنترل

ابعاد کیفیت زندگی	قبل از مداخله		بعد از مداخله		P
	مداخله	کنترل	مداخله	کنترل	
سلامتی عمومی	۳۹/۱ ± ۱۲/۶۲	۴۱/۸ ± ۱۴/۳۵	۶۲/۳۵ ± ۱۸/۵۲	۴۰/۱ ± ۱۳/۵۶	P=0/02
سلامت جسمی	۴۲/۶ ± ۱۴/۵۴	۴۷/۷ ± ۱۵/۵۶	۷۱/۳۰ ± ۱۹/۷۱	۴۰/۳ ± ۱۴/۱۱	P=0/01
سلامت روانی	۴۳/۸ ± ۱۴/۶۷	۴۱/۳ ± ۱۳/۵۱	۷۰/۱ ± ۱۹/۴۸	۴۲/۲ ± ۱۴/۲	P=0/001
فعالیت اجتماعی	۵۵/۴۹ ± ۱۶/۲۱	۴۲/۱ ± ۱۴/۲۱	۶۵/۳ ± ۱۷/۵۸	۴۱/۳ ± ۱۳/۴۱	P=0/01
درد بدنی	۶۸ ± ۱۸/۳۴	۴۹/۱ ± ۱۵/۵۹	۶۵/۸ ± ۱۷/۹۸	۵۰/۳ ± ۱۶/۵	P=0/004
محدودیت در فعالیت ها	۵۰/۷۱ ± ۱۶/۷۷	۵۳/۸ ± ۵۳/۸	۴۱/۲ ± ۱۴/۳۶	۷۰/۳ ± ۱۸/۸۹	P=0/02
نقش سلامت روحی بر فعالیت	۵۵/۴۹ ± ۱۶/۸۹	۴۷/۱ ± ۱۵/۵۶	۶۵/۳ ± ۱۷/۵۹	۴۸/۲ ± ۱۵/۲۱	P=0/004
سرزندگی و نشاط	۵۶/۹ ± ۱۶/۹۹	۴۶/۷ ± ۱۵/۴۲	۷۰/۱ ± ۱۹/۴۸	۵۰/۱ ± ۱۶/۴۸	P=0/003
نمره کل کیفیت زندگی	۵۱/۵۱ ± ۱۵/۸۷	۴۷/۲ ± ۱۵/۵۲	۶۳/۹۳ ± ۱۶/۲۹	۴۷/۸۵ ± ۱۳/۵۲	P=0/004

* $P \leq 0.05$ معنی دار است

که توسط Hoban و همکارانش (۲۰۱۳) بر روی بیماران مبتلا به نارسایی شدید قلبی انجام شد، نتایج نشان داد به دنبال اجرای برنامه آموزشی مراقبت از خود در منزل ابعاد کیفیت زندگی شامل بعد جسمی، اجتماعی، اجرای نقش فیزیکی و شادابی آنان به میزان قابل توجهی بهبود یافته بود، ولی در بعد تغییرات سلامت و درد بدنی تفاوت چشمگیری قبل و بعد از مداخله نشان داده نشده است که با پژوهش حاضر همخوانی دارد (۲۴). به نظر نویسندگان به منظور بررسی بعد تغییرات سلامت و درد بدنی نیاز به زمان بیشتری می باشد. شاید اگر کیفیت زندگی سه ماه بعد از مداخله سنجیده می شد، این ابعاد نیز معنی دار می شد.

مطالعه حاضر نشان داد نمره کل کیفیت زندگی بعد از آموزش مراقبت از خود در گروه مداخله تفاوت معنی دار داشته است. مطالعه Eisele و همکارانش (۲۰۱۳) نیز نشان داد آموزش باعث ارتقای کیفیت زندگی می شود که این مطالعه با پژوهش حاضر همخوانی دارد (۲۵).

نتیجه گیری

پیگیری مراقبت های پرستاری و آموزش مراقبت از خود مبتنی بر نیاز بیمار در بیماران مبتلا به آنژین ناپایدار باعث بهبود ارتقای ابعاد کیفیت زندگی در آن ها می شود.

دریافت آموزش از منبعی غیر از منابع آموزشی پژوهشگر، حجم نمونه کم، انجام پژوهش در یک محیط درمانی می باشد که پیشنهاد می شود بررسی اثر آموزش بر کیفیت زندگی این بیماران با تعداد نمونه بیشتر و در چندین مرکز درمانی انجام پذیرد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی کاشان و حاصل طرح مصوب به شماره ۸۳۸ می باشد. همچنین پژوهشگر بر خود لازم می داند از تمامی بیمارانی که ما را در دستیابی به نتایج این تحقیق یاری نمودند تشکر و قدردانی نماید.

جدول ۲: مقایسه اختلاف میانگین ابعاد کیفیت زندگی در دو گروه مداخله و کنترل در

ابتدا و انتهای مطالعه

ابعاد کیفیت زندگی	گروهها		تست آماری
	مداخله Mean± SD	کنترل Mean± SD	
سلامتی عمومی	۲۳/۲۵±۵/۹	۱/۷±۰/۷	P=۰/۰۰۱
سلامت جسمی	۲۸/۷±۵/۱۷	۷/۴±۱/۴۵	P=۰/۰۰۲
سلامت روانی	۲۶/۳±۴/۸۱	۰/۹±۰/۶۹	P=۰/۰۰۱
فعالیت اجتماعی	۹/۸۱±۱/۳۷	۰/۸±۰/۸	P=۰/۰۰۲
درد بدنی	۲/۲±۰/۳۶	۱/۲±۰/۹۱	P=۰/۰۱۱
محدودیت در فعالیتهای	۹/۵۱±۲/۴۱	۱۶/۵±۱/۹۱	P=۰/۰۰۴
نقش سلامت روحی بر فعالیت	۹/۸۱±۰/۷	۱/۱±۰/۳۵	P=۰/۰۰۱
سرزندگی و نشاط	۱۳/۲±۲/۴۹	۳/۴±۰/۵۱	P=۰/۰۰۴
نمره کل کیفیت زندگی	۱۲/۴±۲/۴۲	۱/۶±۰/۲	P=۰/۰۰۲

شاید علت این ناهمخوانی، در نوع ارائه آموزش بوده است. مطالعه lispers و همکارانش (۲۰۰۳) بر روی بیماران مبتلا به اختلالات عروق کرونر نشان داد آموزش بهداشت باعث ایجاد تغییرات مطلوب در کلیه ابعاد کیفیت زندگی می شود (۲۲). در صورتی که در مطالعه حاضر آموزش باعث افزایش بعضی از ابعاد کیفیت زندگی شده است. احتمالاً علت افزایش در بعضی ابعاد کیفیت زندگی در مطالعه حاضر مدت زمان ارائه آموزش (دو جلسه) می باشد، در صورتی که در مطالعه lispers این زمان ۴ جلسه بوده است.

در مطالعه حاضر آموزش توانسته است همه ابعاد کیفیت زندگی را به جز ابعاد درد بدنی بهبود بخشد. بنابراین می توان چنین استنباط کرد که مداخلات مراقبتی مستمر باعث افزایش ابعاد کیفیت زندگی می شود، پس لازم است کارکنان بهداشتی به این امر توجه خاص داشته باشند. در مطالعه ای که توسط Smith و همکارانش (۲۰۰۲) انجام شد، نتایج نشان داد که پس از اجرای برنامه های بازتوانی که آموزش در آن نقش عمده ای را دارا بود، همه ابعاد کیفیت زندگی بیماران ارتقا یافته است (۲۳). این مطالعه در همه ابعاد کیفیت زندگی به جز ابعاد درد بدنی با مطالعه حاضر همخوانی دارد. علت اینکه بعد درد بدنی در مطالعه حاضر معنی دار نشده شاید به علت وجود بیماری های اسکلتی - عضلانی مثل کمردرد و آرتروز در بیماران شرکت کننده در پژوهش بود. در مطالعه دیگری

References

1. Fu S, Liu T, Luo L, Ye P. Different types of atrial fibrillation, renal function, and mortality in elderly Chinese patients with coronary artery disease. *Clin Interv Aging*. 2014;9:301-8.
2. Lazzini A, Lazzini S. Cardiovascular disease: an economical perspective. *Curr Pharm Des*. 2009; 15(10):1142-56.
3. Hosseini SA, Abdollahi AA, Behnam pour N, Salehi A. The relationship between coronary risk factors and coronary artery involvement based on angiography findings. *Koomesh, Journal of Semnan University of Medical Sciences*. 2012;14(1): 7-12. [Persian]
4. Pan L, Yan J, Guo Y, Yan J. Effects of Tai Chi training on exercise capacity and quality of life in patients with chronic heart failure: a meta-analysis. *Eur J Heart Fail*. 2013;15(3):316-23.
5. Chaumier D. Therapeutic education at the heart of the patient treatment pathway. *Rev Infirm*. 2012 ;(181):30-1.
6. Kovacs AH, Moons P. Psychosocial functioning and quality of life in adults with congenital heart disease and heart failure. *functioning and quality of life in adults with congenital heart disease and heart failure. Heart Fail Clin*. 2013;10(1):35-42.
7. Ritt LE, Carvalho AC, Feitosa GS, Pinho-Filho JA, Andrade MV, Feitosa-Filho GS & et al. Cardiopulmonary exercise and 6-min walk tests as predictors of quality of life and long-term mortality among patients with heart failure due to Chagas disease. *Int J Cardiol*. 2013 ; 9;168(4):4584-5.
8. Lavie CJ, Morshedi-Meibodi A, Milani RV. Impact of cardiac rehabilitation on coronary risk factors, inflammation, and the metabolic syndrome in obese coronary patients. *J Cardiometab Syndr*. 2008; 3(3):136-40.
9. Ma WL, Hu DY, Liu GH, Xu Y, Li MJ, Gao WG, Zhu MY, Zheng LQ. Multi-factor model of quality of life in patients with acute coronary syndrome. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*. 2008; 88(10):688-90.
10. Arafa MA, Zaher SR, Al Dowati AA, Moneeb DE. Quality of life of parents of children with heart diseases. *Health Qual Life Outcomes*. 2008; 6(1):91.
11. Neovius M, Narbro K. Cost-effectiveness of pharmacological anti-obesity treatments: a systematic review. *Int J Obese (Lond)*. 2008;32(12):1752-63.
12. Jiang W, Oconnor C, Silva SG, Kuchibhatla M, Cuffe MS, Call wood DD, Zakhary B, Henke E, Arias RM, Krishnan R; SADHART-CHF Investigators. Safety and efficacy of sertraline for depression in patients with CHF (SADHART-CHF): a randomized, double-blind, placebo-controlled trial of sertraline for major depression with congestive heart failure. *Am Heart J*. 2008; 156(3):437-44.
13. McGillion MH, Watt-Watson J, Stevens B, Lefort SM, Coyte P, Graham A. Randomized controlled trial of a psycho education program for the self-management of chronic cardiac pain. *J Pain Symptom Manage*. 2008; 36(2):126-40.
14. Kramer L, Hirsch O, Schlossler K, Trager S, Baum E, Donner-Banzhoff N. Associations between demographic, disease related, and treatment pathway related variables and health related quality of life in primary care patients with coronary heart disease. *Health Qual Life Outcomes*. 2012 ; 9;10:78.
15. Bagheri H. The effect of group counseling on quality of life in patients with MI referred to medical centers of Tehran University of medical sciences. Master of nursing thesis. Tarbiat Modarres University: medical faculty. 1380. [Persian]
16. 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* 2000; 29(5):319-30.
17. Dehdary T, Hashemy fard T, Heidar nia A, Anoshirvan K. Continence of the effects of health education on Quality of life of patients with coronary bypasses surgery. *Azad Islamic University journal*. 1384; 15(1):41-46. [Persian]
18. Giordano A, Scalvini S, Paganoni AM, Baraldo S, Frigerio M, Vittori C & et al. Home-based telesurveillance program in chronic heart failure: effects on clinical status and implications for 1-year prognosis. *Telemed J E Health*. 2013;19(8):605-12.
19. Bischoff S. Heart failure: counseling improves the quality of life. *Krankenpfl Soins Infirm*. 2012;105(6):18-9.
20. Salehi Taly SH, Mehr Alian H, Emany R, Khaledy far A, Hatamipor KH. The effect of educational interventions and continuous care on Quality of life of CHF patients. *Shahrekord medical university journal*. 1387;10(1): 14-19. [Persian]
21. Stone PW. Nurse-led heart failure management improved quality of life and was cost-effective. *Evid Based Nurs*. 2009; 12(2):59.
22. Health - Related Quality of life, National center for chronic disease and health promotion. Available at: www.cdc.gov/hrqol/index.htm, 2000.
23. Smith LN, Belcher PR. Experience of cardiac rehabilitation after coronary artery surgery. Effects on health and risk factors. *Int J cardiol*. 2002; 23:1221-24.
24. Hoban MB, Fedor M, Reeder S, Chernick M. The effect of telemonitoring at home on quality of life and self-care behaviors of patients with heart failure. *Home Healthc Nurse*. 2013;31(7):368-77.
25. Eisele M, Blozik E, Stork S, Trader JM, Herrmann-Lingen C, Scherer M. Recognition of depression and anxiety and their association with quality of life, hospitalization and mortality in primary care patients with heart failure study protocol of a longitudinal observation study. *BMC Fam Pract*. 2013;27:14(1):180.

Original Paper

The Effect of Self-Care Education on Quality of Life in Unstable Angina Patients in Kashan Shahid Behashti Hospital, 2011

Neda Mirbagher Ajorpaz(MSc)^{*1}, Mahboube Kafaei Atrian(MSc)²

1-Instructor of Nursing and Midwifery School ,Kashan University of Medical Sciences, and PhD Student of Nursing, International Branch of Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran. 2- Instructor of Nursing and Midwifery School, Kashan University of Medical Sciences, and PhD Student of Nursing, International Branch of Iran University of Medical Sciences,Tehran.

Abstract

Background and Objective: Unstable angina (UA) patients account for more than half of hospitalized patients in CCU. Very often, re-hospitalization of these patients is due to lack of enough information and compliance with medical advice, having negative effect on quality of life. Thus, we aimed to determine the effect of self-care education on quality of life in unstable angina patients in Kashan Shahid Behashti hospital in 2010.

Material and Methods: This quasi-experimental study was conducted on 80 unstable angina patients divided randomly into control and intervention group. The instruments were demographic and quality of life questionnaire (SF36), used before and after intervention. For intervention group, we carried out two face-to-face 2-hour sessions. The first session was performed at admission and the second at the time of discharge with the presence of patient's family. Finally, the two groups were compared and analyzed by SPSS 14 version, using paired t test and independent t test.

Results: The results in two groups showed that there were significant differences in dimensions including General health, physical health, mental health, social function, limitation in activities, and vitality ($p \leq 0.05$). But the difference was not significant for health changes and body pain.

Conclusion: Nurse follow-up and patient-centered self-care education can be useful for improving quality of life in unstable angina patients.

Keywords: Self-Care, Quality of Life, Education, Unstable Angina

* **Corresponding Author:** Neda Mirbagher Ajorpaz (MSc), **Email:** mirbagher_n@kaums.ac.ir

Received 4 May 2013

Revised 7 Jan 2014

Accepted 30 Apr 2014

This paper should be cited as: Mirbagher Ajorpaz N, Kafaei Atrian M. [The Effect of Self-Care Education on Quality of Life in Unstable Angina Patients in Kashan Shahid Behashti Hospital,2011]. J Res Dev Nurs Midwifery. Spring and Summer 2014; [Article in Persian]