

مقاله پژوهشی اصیل

تأثیر آموزش همتا بر کیفیت زندگی مبتلایان به نارسایی قلبی

فاطمه جهانشاهی^۱، دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی* نوشین عباسی ایبانه^۲، کارشناس ارشد پرستاری داخلی جراحیابراهیم ابراهیمی ایبانه^۳، کارشناس ارشد مدیریت

خلاصه

هدف. این تحقیق با هدف تعیین تاثیر آموزش همتا بر کیفیت زندگی مبتلایان به نارسایی قلبی انجام شد. زمینه. نارسایی قلبی یکی از شایع ترین بیماری های مزمن است که با کاهش کیفیت زندگی همراه است. با توجه به نقش مثبت آموزش در ارتقای کیفیت زندگی، یافتن یک روش آموزشی مناسب در بهبود کیفیت زندگی این بیماران حائز اهمیت است. روش کار. در این مطالعه نیمه تجربی یک گروهی، ۶۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی به صورت در دسترس و بر اساس معیارهای ورود، در سال ۱۳۹۵ انتخاب شدند. چهار جلسه آموزشی توسط افراد همتا برای گروه همتا در طول یک ماه اجرا شد. ابزار جمع آوری داده ها نسخه فارسی پرسشنامه فرانس و پاورس بود که برای سنجش کیفیت زندگی مبتلایان به نارسایی قلبی، قبل و یک ماه بعد از مداخله، تکمیل گردید. جهت تحلیل داده ها از آزمون های آماری توصیفی و استنباطی استفاده شد. یافته ها. میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی، قبل از مداخله، ۱۳۴/۵ با انحراف معیار ۲/۴ و یک ماه بعد از مداخله، ۱۶۳/۲ با انحراف معیار ۸/۷ بود و آزمون تی زوجی نشان دهنده تفاوت معنی دار آماری بین میانگین نمره کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله بود (P<۰/۰۰۱). این یافته نشان داد آموزش همتا بر کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی تاثیر دارد و باعث بهبود آن شده است. نتیجه گیری. آموزش همتا باعث بهبود و ارتقای کیفیت زندگی مبتلایان به نارسایی قلبی می شود. بر این اساس، پیشنهاد می شود پرستاران از این روش آموزشی برای بیماران دچار نارسایی قلبی استفاده نمایند.

کلیدواژه ها: نارسایی قلب، کیفیت زندگی، آموزش همتا

۱ کارشناس ارشد آموزش پرستاری، گروه پرستاری و مامایی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۲ مربی گروه پرستاری و مامایی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی؛ دانشجوی دکتری آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران (*نویسنده مسئول) پست الکترونیک: nooshin.abbasi@yahoo.com
۳ مربی گروه پزشکی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

مقدمه

بیماری های قلبی عروقی به عنوان اولین عامل منجر به مرگ در ایران محسوب می شود. نارسایی احتقانی قلب بیماری پیش رونده قلبی است که با اختلال در عملکرد قلب، احتباس آب و نمک و اختلال در گردش خون محیطی همراه است. نارسایی احتقانی قلب از شایع ترین عوامل منجر به بستری مجدد بیمار در بیمارستان در طی ۶۰ روز پس از ترخیص است. شواهد نشان می دهند که ممکن است تا ۳۰ درصد موارد بستری مجدد ناشی از نارسایی احتقانی قلب جبران نشده قابل پیش گیری باشند (برهانی و همکاران، ۲۰۱۲). افزایش امید به زندگی و پیشرفت و درمان بیماری های قلب و عروق باعث شده است موارد این بیماری افزایش یابد، به طوری که شیوع آن در جمعیت بزرگسال، یک تا دو درصد و در افراد بالای ۶۵ سال، شش درصد، و در افراد بالای ۷۵ سال، ۱۰ درصد است (ذاکری مقدم و همکاران، ۱۳۹۴).

تغییر در سبک زندگی مردم باعث افزایش شیوع بیماری های قلبی در ایران شده است (ذاکری مقدم و همکاران، ۱۳۹۴) و شواهد موجود در تغییر سبک زندگی مردم نشان می دهد که شیوع بیماری قلبی عروقی در ایران رو به افزایش است (رجعتی و همکاران، ۱۳۹۱). در ایران، اولین عامل مرگ با تعداد تقریبی ۱۵۰ هزار نفر در سال مربوط به بیمارهای قلبی عروقی است که در مجموع، ۲۵ تا ۴۰ درصد موارد مرگ را به خود اختصاص می دهد (اسلامی و همکاران، ۱۳۹۳). مطالعات درباره کیفیت زندگی وابسته به سلامت در بیماری های مزمن نشان دهنده تأثیرات نامطلوب بیماری بر عملکرد جسمی، روانی و اجتماعی بیماران است. بنابراین، اندازه گیری کیفیت زندگی در ارزیابی درمان بیماری های قلبی اهمیت پیدا کرده است (لوگه‌لین و همکاران، ۲۰۱۰). کیفیت زندگی شاخص فعالیت جسمی، اجتماعی و سلامت روانی است و به عنوان یکی از مؤلفه های مهم سلامت محسوب می شود (حسین زاده و همکاران، ۱۳۹۳). نارسایی قلبی بر ابعاد فعالیت های فرد و متعاقب آن، بر کیفیت زندگی بیماران به درجات مختلف تأثیر می گذارد (نصیری زرین قباوی و همکاران، ۱۳۹۴).

نارسایی قلبی بیماری مزمن و ناتوان کننده ای است که محدودیت های جسمی و علایم پیشرونده ناشی از آن سبب کاهش کیفیت زندگی می شود. به دلیل اهمیت ویژه ارتقای کیفیت زندگی در سیستم های مراقبتی بهداشتی، ارزیابی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلب به پرستاران کمک می کند تا مراقبت های اصولی تری ارائه دهند (یوسفی پونه و همکاران، ۱۳۹۰). آموزش به بیماران نارسایی قلب یکی از اجزای اصلی خودمراقبتی است و شامل ارائه اطلاعاتی از علائم و نشانه های بیماری، تغییر در شیوه زندگی و پایبندی به درمان است. بیماران مبتلا به نارسایی قلبی نیازمند آموزش و حمایت در ارتباط با رژیم دارویی، نحوه مصرف داروها، رژیم غذایی، فعالیت و انجام اقدام مناسب در هنگام بروز علائم هستند (شجاعی و همکاران، ۱۳۹۲). با توجه به نقش مثبت آموزش در ارتقای کیفیت زندگی، یافتن یک روش آموزشی مناسب برای بهبود کیفیت زندگی این بیماران حائز اهمیت است (برزو و همکاران، ۱۳۹۳). یکی از انواع روش های آموزش به بیماران آموزش همتا می باشد که در تسهیل و پیشرفت بهداشت و یادگیری تأثیر بسیار دارد (وبل و همکاران، ۲۰۱۰).

آموزش همتا با سایر روش های آموزش تفاوت زیادی دارد. آموزش همتا تبادل اطلاعات، نگرش و رفتار به وسیله کسانی است که به طور تخصصی در آن مورد تربیت نشده اند، اما تجارب مشترکی دارند. آموزش همتا آموزش مفیدی است که با افزایش انگیزه و آمادگی، به درمان کمک می کند و بازگشت به رفتارهای پرخطر را کاهش می دهد (دهقانی و همکاران، ۱۳۹۲). با توجه به کمبود پرستار در بیمارستان های کشور، که باعث می شود پرستاران وقت کافی برای برقراری ارتباط و آموزش به بیماران نداشته باشند، استفاده از روش آموزش توسط همتایان می تواند در رفع این مشکل مفید باشد. از طرف دیگر، افراد گروه همتا بهتر قادر هستند با همتایان خود ارتباط برقرار کنند و آنها را به انتخاب رفتارهای بهداشتی مناسب تشویق کنند (برزو و همکاران، ۱۳۹۳). این مطالعه با هدف بررسی تأثیر آموزش همتا بر کیفیت زندگی مبتلایان به نارسایی قلبی انجام شد.

مواد و روش ها

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی بود که با هدف بررسی تأثیر آموزش همتا بر کیفیت زندگی مبتلایان به نارسایی قلبی در سال ۱۳۹۵ انجام شد. محیط پژوهش در این مطالعه شامل بخش قلب دو بیمارستان شهرستان ساوه، وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اراک بودند. در این پژوهش، ۶۰ بیمار که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند با روش نمونه گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. این

معیارها شامل عدم سابقه شرکت در برنامه های آموزشی در زمینه نارسایی قلبی در طی شش ماه گذشته؛ داشتن سواد خواندن و نوشتن؛ توانایی صحبت به زبان فارسی؛ عدم مشکل شناختی، معلولیت جسمی و تحصیلات پزشکی یا مرتبط؛ و امکان برقراری تماس تلفنی مستقیم با بیمار و عضو فعال خانواده وی بودند. معیارهای خروج شامل فوت در طول مطالعه، عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات آموزشی و از دست دادن توانایی مراقبت از خود به دلیل مشکلات جسمی جدید بودند. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک (سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، شغل، طول مدت ابتلا به بیماری، بیماری های دیگر مانند دیابت و فشارخون، سابقه آموزشی) و پرسشنامه کیفیت زندگی فرانس و پاورس (۱۹۹۹) استفاده شد.

پرسشنامه کیفیت زندگی فرانس و پاورس دارای سؤالاتی برای سنجش کیفیت زندگی در ابعاد سلامت جسمی، روانی، اقتصادی و خانوادگی با مقیاس لیکرت ۶ گزینه ای (خیلی کم، نمره ۱؛ کم، نمره ۲؛ تا حدودی، نمره ۳؛ متوسط، نمره ۴؛ زیاد، نمره ۵؛ و خیلی زیاد، نمره ۶) است. تعداد سؤالات پرسشنامه ۳۵ سؤال است و حداقل و حداکثر نمره قابل کسب، به ترتیب، ۳۵ و ۲۱۰ است (شجاعی و همکاران، ۱۳۹۲). روایی محتوای پرسشنامه کیفیت زندگی در مطالعه شجاعی و همکاران (۱۳۸۷) توسط ده نفر از اساتید دانشگاه علوم پزشکی بررسی و تایید شده است و ضریب پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی در مطالعه برزو و همکاران (۱۳۹۳) با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ مورد تایید قرار گرفته است.

در این پژوهش، ابتدا گروه همتا انتخاب شدند و تحت آموزش قرار گرفتند. سپس، مداخله انجام شد و جمع آوری داده ها در دو مرحله قبل و یک ماه بعد از مداخله صورت گرفت. افراد واجد شرایط شرکت در پژوهش به عنوان گروه همتا توسط پرستاران بخش قلب معرفی و از بین آنها، سه بیمار با نارسایی قلبی به عنوان همتا انتخاب شدند. انتخاب این بیماران براساس معیارهایی نظیر توانایی اداره جلسات، تمایل به همکاری با محقق، نارسایی قلب کلاس ۲ یا ۳ طبق تشخیص پزشک متخصص، برخورداری از کیفیت زندگی مطلوب (توسط پرسشنامه کیفیت زندگی فرانس و پاورس سنجیده شد)، و علاقمند به رهبری گروهی انجام شد. برای همه بیمارانی که در کلاس انتخاب همتا شرکت کرده بودند، سه جلسه یک ساعته آموزشی توسط پژوهشگر برگزار شد.

برای اطمینان از آمادگی همتایان و یکسان سازی شیوه آموزش آنان، پژوهشگر با استفاده از یک چک لیست خودساخته، مراحل آموزش آنان (شامل مقدمه و آشنایی، رفتارهای آموزشی، و ارزشیابی) را با یک چک لیست ۱۵ گویه ای بررسی کرد. در مرحله مقدماتی، همتایان به بیماران معرفی شدند و اهداف جلسه و مقررات آن ارائه شد. محتوای آموزشی در ارتباط با بیماری نارسایی قلب بود. در بررسی رفتارهای آموزشی، استفاده از وسایل سمعی بصری مناسب، و بحث و تبادل نظر یادگیرندگان بررسی شد و مرحله ارزشیابی شامل جمع بندی مطالب و پرسش و پاسخ درون گروهی بود. مقیاس چک لیست به صورت دو گزینه ای (بلی یا خیر) بود و به هر یک از گویه ها یک نمره اختصاص داده شد (حداکثر نمره قابل کسب از چک لیست، ۱۵ بود). در صورتی که نمره همتا کمتر از ۱۳ بود برای آموزش به همتایان در نظر گرفته نمی شد. در نهایت از ۹ فرد مبتلا به نارسایی احتقانی قلب که در کلاس شرکت کرده بودند، سه نفر نمره بالاتر از ۱۳ کسب کردند و آموزش مبتلایان به نارسایی قلب را برعهده گرفتند. در پایان، از همه مطالب عنوان شده در کلاس، کتابچه ای با محتوای مفاهیم و مزایای آموزش همتا و نیازهای آموزشی بیماران نارسایی قلبی شامل تعریف نارسایی قلبی، مکانیسم و علت ایجاد علائم در نارسایی قلبی، عوامل افزایش دهنده خطر، اصول کلی درمان نارسایی قلبی، درمان دارویی، مدیریت غیردارویی، چگونگی کنترل وزن روزانه، رژیم غذایی و غیره تهیه و در اختیار همتایان قرار داده شد.

بیماران به روش تصادفی ساده به سه گروه ۲۰ نفره تقسیم شدند. محتوای جلسات برای همه بیماران یکسان بود. برای تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS و آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. برای رعایت ملاحظات اخلاقی، بعد از ارائه مجوز از مدیریت پژوهشی دانشگاه، از کلیه بیماران رضایت آگاهانه اخذ و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات به صورت محرمانه باقی می ماند و به اطلاع آنان رسانده شد که در صورت عدم تمایل می توانند هر زمان که بخواهند از مطالعه خارج شوند. طرح تحقیق در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران پزشکی با شناسه IR.IAU.TMU.REC.1395.115 ثبت شد.

یافته ها

بیشتر بیماران مورد پژوهش مرد (۶۱/۱ درصد)، متأهل (۹۶/۷ درصد)، دارای سطح تحصیلات ابتدایی (۵۶/۷ درصد)، دارای شغل آزاد (۵۳/۳ درصد)، بدون سابقه مصرف سیگار نداشته اند (۶۱/۷ درصد)، ساکن روستا (۵۳/۳ درصد) و تحت پوشش بیمه (۸۱/۷ درصد)

بودند و بین ۳-۵ سال از مدت زمان تشخیص بیماری آنها می گذشت (۵۱/۷ درصد). میانگین مدت ابتلا به بیماری، ۴/۵۴ سال با انحراف معیار ۰/۲۳ بود. همچنین، ۶۱/۶ درصد بیماران سابقه دو بار بستری داشتند. علاوه بر این، ۶۸/۳ درصد بیماران مورد پژوهش بیماری زمینه ای داشتند و ۷۳/۳ درصد بیماران سابقه آموزشی نداشتند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی ویژگی های دموگرافیک و بالینی بیماران

متغیر	تعداد (درصد)	متغیر	تعداد (درصد)
جنس		محل زندگی	
زن	۲۳ (۳۸/۳)	شهر	۲۸ (۴۶/۷)
مرد	۳۷ (۶۱/۷)	روستا	۳۲ (۵۳/۳)
سن (سال)		وضعیت بیمه	
کمتر از ۳۵ سال	۴ (۶/۷)	دارد	۴۹ (۸۱/۷)
۳۵ تا ۴۵	۹ (۱۵)	ندارد	۱۱ (۱۸/۳)
۴۶ تا ۵۵	۳۱ (۵۱/۷)	مدت ابتلا به بیماری (سال)	
۵۶ تا ۶۵	۱۰ (۱۶/۶)	کمتر از ۱	۱۵ (۲۵)
بیشتر از ۶۵	۶ (۱۰)	۱ تا ۳	۵ (۸/۳)
وضعیت تاهل		۳ تا ۵	۳۱ (۵۱/۷)
متاهل	۵۸ (۹۶/۷)	بیشتر از ۵	۹ (۱۵)
مجرد	۲ (۳/۳)	دفعات بستری	
تحصیلات		۱	۹ (۱۵)
بی سواد	۸ (۱۳/۳)	۲	۳۷ (۶۱/۷)
ابتدایی	۳۴ (۵۶/۷)	۳	۸ (۱۳/۳)
دیپلم	۴ (۶/۷)	۴ و بیشتر	۶ (۱۰)
فوق دیپلم	۹ (۱۵)	شغل	
لیسانس و بالاتر	۵ (۸/۳)	کارمند	۱۱ (۱۸/۳)
مصرف سیگار		آزاد	۳۲ (۵۳/۴)
بلی	۲۳ (۳۸/۳)	خانه دار	۱۷ (۲۸/۳)
خیر	۳۷ (۶۱/۷)		

قبل از مداخله، میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران، ۱۳۴/۵ با انحراف معیار ۲/۴ بود و بیشترین میانگین نمره در بعد خانوادگی کیفیت زندگی (۳۶/۲ با انحراف معیار ۲/۵) و در بعد روانی کیفیت زندگی (۲۹/۵ با انحراف معیار ۰/۳) گزارش شد. یک ماه بعد از مداخله، میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران، ۱۶۳/۲ با انحراف معیار ۸/۷ بود (جدول شماره ۲). آزمون تی زوجی نشان داد آموزش

همتا بر کیفیت زندگی افراد با نارسایی قلبی تاثیر معنی داری دارد ($P \leq 0.001$) و باعث بهبود و ارتقای کیفیت زندگی بیماران می شود.

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی به تفکیک حیطه های مورد بررسی در افراد با نارسایی قلبی، قبل از مداخله و یک ماه بعد

آزمون تی زوجی	بعد از مداخله میانگین (انحراف معیار)	قبل از مداخله میانگین (انحراف معیار)	زمان سنجش حیطه کیفیت زندگی
df=۵۹, t=-۰/۲۳, P=۰/۷۵	(۲/۶) ۴۱/۲	(۹/۱) ۳۴/۵	بعد جسمانی
df=۵۹, t=-۱/۸, P=۰/۰۵	(۸/۱) ۳۸/۹	(۰/۳) ۲۹/۵	بعد روانی
df=۵۹, t=۳/۲, P=۰/۹۲	(۱/۳) ۴۲/۱	(۸/۲) ۳۳/۵	بعد اقتصادی
df=۵۹, t=۹/۲۱, P=۰/۴۵	(۰/۹) ۴۶/۲	(۲/۵) ۳۶/۲	بعد خانوادگی
df=۵۹, t=۸/۵۷, P=۰/۰۰۰	(۸/۷) ۱۶۳/۲	(۲/۴) ۱۳۴/۵	نمره کل

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر آموزش همتا بر کیفیت زندگی افراد با نارسایی قلبی بود. بر اساس نتایج، بین میانگین نمره کیفیت زندگی، قبل و بعد از مداخله، تفاوت آماری معنی دار وجود داشت که نشان می دهد آموزش همتا بر بهبود کیفیت زندگی افراد با نارسایی قلبی تاثیر دارد. نتایج مطالعه برزو و همکاران (۱۳۹۳) تحت عنوان "مقایسه شیوه آموزشی فردی و همتا بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلب" نشان داد که هر دو شیوه آموزشی منجر به افزایش کیفیت زندگی می گردد، اما تاثیر شیوه آموزشی همتا در طولانی مدت بیش تر است. نتایج مطالعه زنده طلب و همکاران (۱۳۹۲) تحت عنوان "مقایسه دو شیوه آموزشی فردی و گروهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس" نشان داد که میانگین نمره کیفیت زندگی در گروه فردی نسبت به آموزش گروهی افزایش معناداری داشته است. نتایج مطالعه خوش رفتار رودی و همکاران (۱۳۹۴) تحت عنوان "بررسی تاثیر آموزش توسط همتا بر بعد روانی کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون" نیز نشان داد بعد از مداخله، بین میانگین نمره بعد روانی کیفیت زندگی دو گروه تفاوت آماری معنی دار وجود دارد. در مطالعه برزو و همکاران (۱۳۹۳) بیشترین تاثیر آموزش همتا در بعد جسمی و کمترین تاثیر در بعد اقتصادی کیفیت زندگی بوده است. مطالعه خوش رفتار و همکاران (۱۳۹۴) نشان داد که آموزش همتا بر بعد روانی بیماران تاثیر به سزایی داشته است. در مطالعه رضایی و همکاران (۱۳۸۸)، میانگین کیفیت زندگی بین گروه آزمون و کنترل، قبل از انجام مداخله تفاوت معنادار نداشت، ولی بعد از مداخله، تفاوت دو گروه معنادار شد، میانگین نمره ابعاد اقتصادی اجتماعی، روانی، جسمی - فعالیت و سلامت عمومی کیفیت زندگی بین دو گروه، بعد از انجام مداخله، تفاوت معنادار داشت. کیفیت زندگی در گروه کنترل، قبل و بعد از مداخله تفاوت معنادار نداشت، ولی در گروه آزمون، این متغیرها نسبت به قبل از مداخله تفاوت معناداری یافته بود. مطالعه شجاع فرد و همکاران (۱۳۸۷) تحت عنوان "بررسی تاثیر آموزش بر رفتار خود مراقبتی و منافع و موانع انجام آن در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در شهر تهران" نشان داد پس از مداخله میزان انجام رفتارهای خودمراقبتی (۷۴/۵۰ درصد) و منافع درک شده انجام این رفتارها (۱۹/۳۵ درصد) در گروه آزمون به طور معنی داری افزایش و موانع درک شده انجام این رفتارها (۲۷/۷۶ درصد) نیز به طور معنی دار کاهش یافته است و بر این اساس، این مداخله را برای ارتقای رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی ضروری دانسته است.

آموزش همتا یک رویکرد مداوم است که در آن، همتا با بیمار ارتباط دوستانه طولانی تری برقرار می کند و منجر به اشتراک گذاری اطلاعات می شود. آموزش همتا می تواند علاوه بر مشکلات درمانی، ابعاد اجتماعی و روانی زندگی بیماران را بهبود بخشد. همتا به عنوان یک میانجی بین بیمار و پرسنل درمانی عمل می کند (اسلامی و همکاران، ۱۳۹۳؛ فیشر و همکاران، ۲۰۱۲). بیماری نارسایی قلبی به عنوان یک بیماری مزمن و وضعیت ناتوان کننده، از مراحل اولیه بیماری بر جنبه های مختلف کیفیت زندگی تاثیر می گذارد و غالباً افراد با نارسایی قلبی آگاهی کافی در مورد رژیم درمانی، تشخیص و کنترل به موقع علائم بیماری ندارند، بنابراین، توجه به آموزش همتا از اهمیت زیادی برخوردار است.

از محدودیت های این مطالعه می توان به کسب اطلاعات توسط بیماران از سایر منابع آموزشی؛ در نظر نگرفتن آموزش یکسان توسط همتا یان (سعی شد با نظارت، تحت کنترل درآید)؛ و تاثیر حالات روحی نمونه های پژوهش در زمان برگزاری کلاس های آموزشی، خصوصیات شخصیتی افراد در پذیرش موارد آموزشی، نوع شخصیت و فرهنگ فرد در پذیرش محتوای آموزشی اشاره کرد. با توجه به اینکه در این پژوهش تاثیر آموزش همتا بر کیفیت زندگی مبتلایان به نارسایی قلبی سنجیده شد، پیشنهاد می شود در پژوهش های بعدی، تاثیر آموزش همتا بر مبتلایان به نارسایی قلبی که تحت جراحی قلب قرار گرفته اند بررسی شود.

نتیجه گیری

آموزش توسط همتا منجر به بهبود کیفیت زندگی می شود و این نشان می دهد که بیماران با یکدیگر ارتباط برقرار می کنند و اطلاعات خود را با دیگر افراد گروه که داری شرایط مشابهی هستند به اشتراک می گذارند و از تجارب یکدیگر بهره می گیرند. لذا استفاده از تجربیات افراد همتا به عنوان یک روش آموزشی آسان، کم هزینه، مبتنی بر تجربیات و عدم نیاز به تجهیزات ویژه، جهت آموزش و به کارگیری در افراد با نارسایی قلب پیشنهاد می شود.

تقدیر و تشکر

این مقاله بخشی از نتایج پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران پزشکی است. نویسندگان مقاله از همه بیماران که در این پژوهش شرکت کردند نهایت تشکر و قدردانی را دارند.

منابع فارسی

- اسلامی رضا، سجادی سیده اعظم، فارسی زهرا (۱۳۹۳). مقایسه تاثیر آموزش همتا و تور آشنا سازی بر استرس بیماران کاندید آنژیوگرافی عروق کرونر در بیمارستان منتخب دانشگاه علوم پزشکی آجا. مجله پرستاری و مامایی ارومیه. دوره دوازدهم، شماره ۱ دوازدهم، ص: ۱۱۱۹-۱۱۲۷.
- برزو رضا، بیات زهرا، صلواتی محسن، سلطانیان علیرضا، همایونفر شهرام (۱۳۹۳) مقایسه شیوه آموزشی فردی و همتا بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلب. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی. دوره چهاردهم، شماره نهم، ص: ۷۶۷-۷۷۶.
- حسین زاده طوبی، پاریاد عزت، کاظم نژاد احسان، اسیری شهلا (۱۳۹۲). بررسی خودکارآمدی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر و عوامل پیش بینی کننده آن. مجله دانشگاه علوم پزشکی قم، دوره ۷، شماره ۱، ص: ۴۸-۴۰.
- خوش رفتار رودی الهام، ایلدرآبادی اسحق، بهنام وشانی حمیدرضا (۱۳۹۴). امامی مقدم زهرا. بررسی تاثیر آموزش توسط همتا بر بعد روانی کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون. مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، دوره ۷، شماره ۱، ص: ۵۹۵-۵۸۵.
- دالوندی اصغر، حسینی محمدعلی، رهگذر مهدی (۱۳۸۸). تاثیر آموزش خودمراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی. توانبخشی. دوره دهم، شماره دوم، ص: ۲۶-۲۱.
- دهقانی علی، محمد خان کرمانشاهی سیما، معاریان ربابه، حجتی حمید، شمسی زاده م. (۱۳۹۲). همتا محور بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس. روان پرستاری. دوره اول، شماره اول، ص: ۷۱-۶۳.
- ذاکری مقدم معصومه، صادقی اکبری علی، چراغی محمدعلی، کاظم نژاد انوشیروان (۱۳۹۴). تاثیر آموزش مبتنی بر باور از بیماری بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران با نارسایی قلبی. فصلنامه پرستاری قلب و عروق. دوره ۷، شماره ۱، ص: ۲۲-۳۰.
- زنده طلب حمیدرضا. مقایسه روش آموزشی چهره به چهره و بحث گروهی بر ارتقای کیفیت زندگی مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی. ۱۳۹۲، ۱۳ (۹): ۷۲۰-۷۱۱
- رجعتی فاطمه، مصطفوی فیروزه، معصومه شریفی راد غلامرضا فیضی، آوات محبی، سیامک جمشیدی، راد صبیبه (۱۳۹۱). خودکارآمدی در انجام فعالیت فیزیکی بیماران نارسایی قلبی: مقاله مروری. مجله تحقیقات نظام سلامت. دوره ۷، شماره ۱، ص: ۹۴۹-۹۴۱.
- شجاع فرد جواد، ندریان حیدر، باقیانی مقدم محمد حسین، مظلومی محمود آباد سید سعید، صنعتی حمید رضا، عسگرشاهی محسن (۱۳۸۷). بررسی تاثیر آموزش بر رفتار خودمراقبتی و منافع و موانع انجام آن در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در شهر تهران. بیاورد سلامت. دوره دوم، شماره چهار، ص: ۵۵-۴۳.
- شجاعی اسما، نحریر بتول، نادری نسیم، زارعیان آرمین (۱۳۹۲) بررسی تاثیر آموزش به بیمار و پیگیری تلفنی توسط پرستار بر میزان امیدواری بیماران نارسایی قلبی. آموزش پرستاری. دوره ۷، شماره ۱، ص: ۱۶-۲۶.
- نصیری زرین قبائی داود، صابر مقدم رنجبر محسن، باقری نسامی معصومه، حارث آبادی مهدی (۱۳۹۴). ارتباط بین کیفیت زندگی با سلامت روان در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی. دوره چهارم، شماره اول، ص: ۲۱-۳۰.

یوسفی پونه، سبزواری سکینه، محمدعلیزاده سکینه، حقدوست علی اکبر (۱۳۹۰). بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلب بستری در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی کرمان. پژوهش پرستاری. دوره بیست و یکم، شماره ۱ شش، ص: ۵۹-۶۷.

منابع انگلیسی

- Fisher EB, Boothroyd RI, Coufal MM, Baumann LC, Mbanya JC, Rotheram-Borus MJ, et al. Peer support for self-management of diabetes improved outcomes in international settings. *Health Aff (Millwood)*. 2012; 31(1): 130-9.
- Loughlin CO, Murphy NF, Conlon C.(2010). Quality of life predicts outcome in a heart failure disease management program. *Int J of cardiol*;139(1):60-7.
- Rajati, F., Sadeghi, M., Feizi, A., Sharifirad, G., Hasandokht, T., Mostafavi, F(2014). Self-efficacy strategies to improve exercise in patients with heart failure: A systematic review. *ARYA Atheroscler*;10 (6):319-33.

Original Article

Effect of peer education on quality of life in people with heart failure**Fatemeh Jahanshahi¹, MS***** Noshin Abbasi-Abyaneh², PhD Candidate****Ebrahim Ebrahimi-Abyaneh³, MSc****Abstract**

Aim. This study was conducted with the aim of determining the effect of peer education on quality of life in people with heart failure.

Background. Heart failure is one of the most common chronic diseases and is associated with decreased quality of the patients' life. Considering the positive role of education in improving the quality of life, it is important to find a suitable learning method to improve the quality of life of these patients.

Method. In this quasi-experimental study, 60 heart failure patients were selected using convenience sampling method during 2016. Four peer to peer training sessions were conducted during one month. A Persian translation of the Ferrans and Powers' quality of life questionnaire was used for evaluating the quality of life of the patients, before and one month after the intervention. Descriptive and inferential statistics were used to analyze the data.

Findings. The mean score of the quality of life in heart failure patients was 134.5 ± 2.4 before the intervention and 163.2 ± 8.7 , one month after intervention. Paired t-test showed that peer education had a statistically significant effect on quality of life in people with heart failure patients ($P \leq 00001$).

Conclusion. Peer education can improve and enhance the quality of life of heart failure patients.

Keywords: Heart failure, Quality of life, Peer education

1 MSc of Nursing, Department of Nursing and Midwifery, Tehran Medical Science's Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2 Instructor, Department of Nursing and Midwifery, Tehran Medical Sciences Branch, Islamic Azad University; PhD Candidate of Medical Education, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding Author) email: nooshin.abbasi@yahoo.com

3 Instructor, MSc of MBA, Department of Medicine, Tehran Medical Science's Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran