

## مقاله پژوهشی اصیل

## تاثیر آموزش همتا بر خودکارآمدی مبتلایان به نارسایی قلبی

فرشید حیدری بنی<sup>۱</sup>، کارشناس ارشد پرستاریزهره احمدی<sup>۲</sup>، کارشناس ارشد پرستاریامیر طباطبایی<sup>۳</sup>، دکترای تخصصی پرستاری\* اسمعیل محمدنژاد<sup>۴</sup>، دکترای تخصصی پرستاریعایشه حاجی اسماعیل پور<sup>۵</sup>، کارشناس ارشد پرستاری

## خلاصه

هدف. این تحقیق با هدف تعیین تاثیر آموزش همتا بر خودکارآمدی مبتلایان به نارسایی قلبی انجام شد. زمینه. نارسایی قلبی یک سندرم بالینی است که می تواند تاثیر منفی بر خودکارآمدی داشته باشد. با توجه به نقش آموزش در ارتقای خودکارآمدی، یافتن یک روش آموزشی مناسب برای افزایش خودکارآمدی این بیماران مهم است. روش کار. در این مطالعه کارآزمایی بالینی که در سال ۱۳۹۵ انجام شد تعداد ۶۰ نفر از افراد مبتلا به نارسایی قلبی به صورت تصادفی به دو گروه آزمون و کنترل (هر گروه ۳۰ نفر) تقسیم شدند. بعد از آماده کردن گروه همتا، سه جلسه آموزشی یک ساعته توسط همتا برای نمونه های گروه آزمون در قالب گروه های کوچک ۶-۸ نفره در طول یک ماه با محتوای آموزشی در مورد نارسایی قلبی برگزار شد. ابزار جمع آوری داده ها پرسشنامه خودکارآمدی سولیوان بود که قبل از مداخله، بلافاصله بعد از مداخله، و یک ماه بعد از مداخله در هر دو گروه تکمیل گردید. داده ها در نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ با استفاده از آمار توصیفی و آزمون های کای اسکور و تی زوجی تحلیل شد. یافته ها. میانگین نمره خودکارآمدی قبل از مداخله در هر دو گروه همتا و فردی تفاوت معناداری نداشت. میانگین نمره خودکارآمدی در بیماران نارسایی قلبی بلافاصله بعد از آموزش، در گروه آزمون، ۵۰/۳ با انحراف معیار ۷/۲۱ و در گروه کنترل، ۲۴/۹ با انحراف معیار ۱/۷ بود و یک ماه بعد از آموزش، در گروه آزمون، ۴۸/۸ با انحراف معیار ۱/۲ و در گروه کنترل، ۲۳/۴ با انحراف معیار ۴/۶ بود. آزمون تی زوجی نشان داد آموزش همتا بر خودکارآمدی بیماران نارسایی قلبی تاثیر داشته است ( $P \leq 0/0001$ ) و باعث بهبود خودکارآمدی بیماران شده است. نتیجه گیری. آموزش همتا باعث بهبود و ارتقای خودکارآمدی بیماران مبتلا نارسایی قلبی می شود، بنابراین، استفاده از این شیوه آموزشی در افراد مبتلا به نارسایی قلبی در مراکز درمانی توصیه می شود.

کلیدواژه ها: نارسایی قلب، خودکارآمدی، آموزش همتا

۱ گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران  
 ۲ گروه پرستاری سلامت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران  
 ۳ استادیار، گروه پرستاری، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران  
 ۴ استادیار، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (\*نویسنده مسئول) پست الکترونیک: asreno1358@yahoo.com  
 ۵ مربی، گروه پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج، سنندج، ایران

## مقدمه

در دو دهه اخیر پیشرفت‌های زیادی در زمینه درمان بیماری‌های قلبی رخ داده‌است، اما شیوع نارسایی قلب در حال افزایش است (عابدی و همکاران، ۱۳۹۰). و همچنان پیش آگهی این بیماری ضعیف باقی مانده است، به طوری که نیمی از مبتلایان به نارسایی قلبی طی دوره ۴ ساله پس از تشخیص بیماری و بیش از ۵۰ درصد مبتلایان به نوع شدید نارسایی قلبی، طی سال اول پس از تشخیص بیماری فوت می‌کنند (اسودبرگ و همکاران، ۲۰۰۵). شیوع بیماری نارسایی قلبی در جمعیت بزرگسال یک تا دو درصد، در افراد بالای ۶۵ سال، شش درصد و در افراد بالای ۷۵ سال، ۱۰ درصد بوده است (ذاکری مقدم و همکاران، ۱۳۹۴).

این سندرم یک تا دو درصد افراد ۵۰ تا ۵۹ سال و بیش از ۱۰ درصد افراد بالای ۷۰ سال را گرفتار کرده است و شایع‌ترین علت بستری در افراد بالای ۵۰ سال و دومین علت مراجعه به پزشک در آمریکا می‌باشد (مک موری و همکاران، ۲۰۱۲). سالیانه، ۶/۵ میلیون نفر به دلیل این اختلال بستری می‌شوند و در مجموع ۱ تا ۲ درصد بودجه درمانی صرف درمان این بیماران می‌شود و یکی از چالش‌های تیم درمانی محسوب می‌شود (ریلی و همکاران، ۲۰۱۵؛ ابوطالبی و همکاران، ۲۰۱۶).

خودکارآمدی از مفاهیم مهم، پرکاربرد و موثر در نظریه شناختی اجتماعی است که اولین بار توسط آلبرت بندورا معرفی شد. بر اساس این نظریه فرآیندهای شناختی در رفتار آدمی نقش تعیین کننده‌ای دارند. فرآیندهای شناختی معیوب موجب انتظارات و ادراکات نادرست فرد از کارآمدی خود می‌شود و این انتظارات و ادراکات می‌تواند به اضطراب و اجتناب از موقعیت‌های چالش‌برانگیز منجر شود (عاشوری، ۱۳۹۳). خودکارآمدی شامل اعتماد و اطمینان فرد از توانایی در انجام کارهای مراقبت از خود به صورت مطلوب است، به طوری که از این طریق به نتایج مطلوب‌تری از مراقبت از خود دست می‌یابد (رجعتی و همکاران، ۲۰۱۴؛ حسینی و همکاران، ۱۳۹۲). بیمارانی که به توانایی‌های خود جهت کنترل وضعیت قلبی اعتقاد دارند با احتمال بیشتری برنامه‌های فعالیت جسمانی و رژیم غذایی را دنبال می‌کنند (بهنام مقدم و همکاران، ۱۳۹۳).

در مطالعاتی که روی بیماران قلبی انجام شده‌است، خودکارآمدی به عنوان پیش‌گویی‌کننده مدیریت بهبود قلبی، عملکرد اجتماعی، روان شناختی و جسمی در نظر گرفته شده است (دوگرتی و همکاران، ۲۰۱۱). شواهد نشان می‌دهند خودکارآمدی نقش مهمی در پذیرش تبعیت و انجام فعالیت در بیماران قلبی دارد (رجعتی و همکاران، ۱۳۹۱). برخی مطالعات خودکارآمدی را به عنوان عامل موثر در بهبود مراقبت از خود و تعدیل کننده خطر بیماری عروق کرونر مورد بررسی قرار داده است (برناسون و همکاران، ۲۰۰۳).

هدف از آموزش به بیمار دستیابی به تغییرات رفتاری از طریق ارائه دانش مناسب است (رفیعی و همکاران، ۱۳۸۹). آموزش به بیمار فرآیندی است که فرصت‌های یادگیری را برای بیمار و خانواده در زمینه بیماری، درمان، مکانیسم‌های سازگاری و افزایش مهارت‌ها فراهم می‌آورد. آموزش به مبتلایان به نارسایی قلب یکی از اجزای اصلی خودمراقبتی است و شامل اطلاعاتی از علائم و نشانه‌های بیماری، تغییر در شیوه زندگی و پایبندی به درمان است (دایتونینگ و همکاران، ۲۰۱۰). یکی از انواع آموزش به بیمار، آموزش همتا می‌باشد که باعث تسهیل و پیشرفت بهداشت می‌شود و در یادگیری تأثیر بسیار دارد (وبل و همکاران، ۲۰۱۰).

آموزش همتا به عنوان الگوی آموزشی جدید بر اساس اصول همدلانه است که تأثیر مفیدی بر بیماران دارد (سکومب، ۲۰۰۸). آموزش همتا یک رویکرد پیوسته است که در آن، همتا با بیمار ارتباط دوستانه طولانی‌تری برقرار می‌کند و دو طرف، اطلاعات خود را با هم به اشتراک می‌گذارند. همتا به عنوان یک میانجی بین بیمار و پرسنل درمانی عمل می‌کند. آموزش همتا می‌تواند علاوه بر مشکلات درمانی مضامین اجتماعی و روانی را در بیماران بهبود بخشد و (اسلامی و همکاران، ۱۳۹۳؛ جهانشاهی و همکاران، ۱۳۹۵).

در این رویکرد، آموزش و دانش لازم مربوط به بیماری، مراقبت و راه‌های کنترل از طرف افراد مطلع و درگیر با بیماری به عنوان گروه همتا صورت می‌گیرد و با توجه به ویژگی‌های مشابه اعضا، یک محیط یادگیری امن، مطمئن و با آرامش ایجاد می‌شود (قدیری و همکاران، ۱۳۹۵). همتای موفق می‌تواند نقاط ضعف، قوت و تجارب خود را در زمینه استفاده از خدمات بهداشتی درمانی، با بیماران با کمترین هزینه به اشتراک بگذارد و با ایجاد آمادگی عملی، عاطفی، اطلاعاتی، تداوم پیگیری‌ها، انگیزه و بحث در مورد استرس بیماری مزمن، آنها را به انتخاب رفتارهای بهداشتی مناسب تشویق کند (پیفیفر و همکاران، ۲۰۱۱).

بیماری نارسایی قلبی به عنوان یک بیماری مزمن و وضعیت ناتوان کننده، در مراحل اولیه بیماری بر جنبه‌های خودکارآمدی تأثیر می‌گذارد. افراد مبتلا به نارسایی قلبی اغلب آگاهی کافی در مورد رژیم درمانی، تشخیص و کنترل به موقع علائم بیماری ندارند و بر این اساس، توجه به آموزش از اهمیت زیادی برخوردار است. این مطالعه با هدف بررسی تأثیر آموزش همتا بر خودکارآمدی افراد مبتلا به نارسایی قلبی در سال ۱۳۹۵ انجام شد.

## مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی بود. جامعه آماری شامل افراد مبتلا به نارسایی قلب بستری در بخش قلب بیمارستان امام (ره) بودند. پژوهشگر با مراجعه به دفتر ثبت نام بیماران بخش و با روش نمونه‌گیری تصادفی، ۶۰ بیمار واجد شرایط را در دو گروه ۳۰ نفره آزمون و کنترل قرار داد. معیارهای ورود به مطالعه شامل عدم سابقه شرکت در برنامه‌های آموزشی در زمینه نارسایی قلبی طی شش ماه گذشته؛ داشتن سواد خواندن و نوشتن؛ توانایی صحبت کردن به زبان فارسی؛ عدم مشکل شناختی، معلولیت جسمی و تحصیلات پزشکی یا مرتبط؛ و امکان برقراری تماس تلفنی مستقیم با بیمار بودند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه دموگرافیک (شامل موارد سن، جنس، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، شغل، طول مدت ابتلا به بیماری، داشتن بیماری‌های دیگر مانند دیابت و فشارخون، سابقه آموزشی) و پرسشنامه خودکارآمدی سولیوان و همکاران (۱۹۹۸) بود. این پرسشنامه شامل ۱۶ سوال است که پاسخ آنها بر اساس مقیاس لیکرت از صفر (اصلاً مطمئن نیستم) تا چهار (کاملاً مطمئن هستم) نمره گذاری شده است. در این پرسشنامه، نمرات ۳۳ تا ۶۴ منعکس‌کننده خودکارآمدی بالا، نمرات ۲۳ تا ۳۲ نشان‌دهنده خودکارآمدی متوسط، و نمرات صفر تا ۲۲ نشان‌دهنده خودکارآمدی پایین است. شاخص اعتبار محتوای پرسشنامه خودکارآمدی از نظر مربوط بودن، واضح بودن و روان بودن گویه‌ها در مطالعه شمسی زاده (۱۳۹۱) مورد تایید قرار گرفت. پایایی درونی این پرسشنامه ۰/۹۷ گزارش شده است (شمسی زاده و همکاران، ۱۳۹۱).

برای انتخاب همتا، ۸ نفر از بیماران با نارسایی قلبی وارد کلاس شدند و در نهایت سه نفر انتخاب شدند. به منظور اطمینان از آمادگی همتایان و یکسان‌سازی شیوه آموزش آنان، پژوهشگر با استفاده از چک لیست پژوهشگر ساخته با ۱۵ سوال سه گزینه‌ای "بلی" (نمره ۲)، "تا حدودی" (نمره ۱) و "خیر" (نمره صفر) تمامی مراحل آموزش را که شامل مقدمه و آشنایی، ارزشیابی و رفتارهای مشاوره‌ای و آموزشی بود، بررسی کرد و از بین آنها، همتایان با بالاترین نمره انتخاب شدند. دامنه نمرات بین صفر تا ۳۰ بود. 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، از وسایل سمع و بصری استفاده شد و بحث و تبادل نظر فراگیران مورد تاکید قرار گرفت. مرحله ارزشیابی شامل جمع‌بندی مطالب و پرسش و پاسخ درون گروهی بود. در پایان، از همه مطالب کلاس، کتابچه‌ای 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 افزایش‌دهنده خطر، اصول کلی درمان نارسایی قلبی، درمان دارویی، مدیریت غیردارویی، چگونگی کنترل وزن روزانه، و رژیم غذایی تهیه شد و در اختیار همتایان قرار گرفت. برای مداخله، جهت سهولت آموزش، بیماران گروه آزمون (۳۰ نفر) به چهار گروه ۶ تا ۸ نفره تقسیم شدند و هر یک جهت آموزش اختصاصی به فرد آموزش‌دهنده همتا معرفی شدند. آموزش به صورت سه جلسه یک ساعته آموزشی توسط همتا برای گروه آزمون اجرا گردید. محتوای آموزشی این جلسات بر همه بیماران یکسان بود. برای گروه کنترل آموزش‌های معمول داده شد.

پس از کسب مجوز ورود به محیط مطالعه از مدیریت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، پژوهشگر به محیط پژوهش وارد شد. به بیماران اطمینان داده شد که اطلاعات مربوط به آنها محرمانه باقی می‌ماند و در صورت عدم تمایل، هر زمان که بخواهند، می‌توانند از مطالعه خارج شوند. همچنین، از شرکت‌کنندگان در مطالعه رضایت‌نامه کتبی اخذ شد. این مطالعه با کد ۴۶۳۶۷/ص/۱۳۹۴ در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به تصویب رسید. داده‌ها در نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی مورد بررسی قرار گرفتند.

## یافته‌ها

اکثر بیماران، متاهل (۸۶/۷ درصد در گروه آزمون و ۹۳/۳ درصد در گروه کنترل) و مرد (۸۰ درصد در گروه آزمون و ۸۳/۳ درصد در گروه کنترل) بودند. میانگین سنی گروه آزمون، ۵۱/۶۵ سال با انحراف معیار ۸/۳، و میانگین سنی گروه کنترل، ۴۹/۲۳ سال با انحراف معیار ۶/۰۴ بود. همچنین، میانگین مدت ابتلا به بیماری در گروه آزمون، ۲/۱ سال با انحراف معیار ۳/۱  $\pm$  ۱/۳ سال و در گروه کنترل، ۲/۹ سال با انحراف معیار ۲/۸ بود. بین دو گروه از نظر ویژگی‌های دموگرافیک تفاوت معنادار آماری وجود نداشت و دو گروه از این نظر همگن بودند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: ویژگی‌های دموگرافیک مبتلایان به نارسایی قلب

نتیجه آزمون	آزمون	کنترل	گروه
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	متغیر
$df=3, X^2=1/3, P=1/2$	۶ (۲۰/۰۰)	۴ (۱۳/۳)	سن (سال)
	۱۱ (۳۶/۷)	۱۲ (۴۰/۰۰)	۳۱ تا ۴۰
	۹ (۳۰/۰۰)	۹ (۳۰/۰۰)	۴۱ تا ۵۰
	۴ (۱۳/۳۰)	۵ (۱۶/۷)	۵۱ تا ۶۰
$df=3, X^2=2/7, P=0/9$	۱۵ (۵۰/۰۰)	۱۸ (۶۰/۰۰)	بیشتر از ۶۰
	۱۰ (۳۳/۴۰)	۸ (۲۶/۷۰)	تحصیلات
	۴ (۱۳/۳۰)	۱ (۳/۳۰)	بی‌سواد
	۱ (۳/۳۰)	۳ (۱۰/۰۰)	راهنمایی
$df=1, X^2=2/0/1, P=0/3$	۲۶ (۸۶/۷۰)	۲۸ (۹۳/۴۰)	دیپیرستان
	۴ (۱۳/۳۰)	۲ (۶/۶۰)	دانشگاهی
$df=3, X^2=3/1, P=1/1$	۶ (۲۰/۰۰)	۸ (۲۶/۷۰)	وضعیت تاهل
	۱۴ (۴۶/۶۰)	۱۸ (۶۰/۰۰)	متاهل
	۴ (۱۳/۳۰)	۱ (۳/۳۰)	مجرد و همسر فوت شده
	۱ (۳/۳۰)	۳ (۱۰/۰۰)	مدت ابتلا (سال)
$df=1, X^2=6/2, P=0/18$	۶ (۲۰/۰۰)	۸ (۲۶/۷۰)	کمتر از ۱
	۱۴ (۴۶/۶۰)	۱۸ (۶۰/۰۰)	۱ تا ۳
	۴ (۱۳/۳۰)	۱ (۳/۳۰)	۳ تا ۵
	۱ (۳/۳۰)	۳ (۱۰/۰۰)	بیشتر از ۵
$df=4, X^2=8/4, P=0/4$	۲۱ (۷۰/۰۰)	۱۹ (۶۳/۳۰)	سابقه بستری
	۹ (۳۰/۰۰)	۱۱ (۳۶/۷۰)	بلی
$df=2, X^2=2/3, P=0/18$	۷ (۲۳/۳۰)	۵ (۱۶/۶۰)	خیر
	۸ (۲۶/۷۰)	۶ (۲۰/۰۰)	نوع بیماری مزمن
	۲ (۶/۶۰)	۳ (۱۰/۰۰)	دیابت
	۷ (۲۳/۳۰)	۸ (۲۶/۷۰)	پرفشاری خون
	۶ (۲۰/۰۰)	۸ (۲۶/۷۰)	بیماری مزمن انسدادی ریه
$df=2, X^2=2/3, P=0/18$	۶ (۲۰/۰۰)	۸ (۲۶/۷۰)	بیماری ایسکمیک قلبی
	۱۹ (۶۳/۴۰)	۱۶ (۵۳/۳۰)	سایر موارد
	۴ (۱۳/۳۰)	۶ (۲۰/۰۰)	کسر جهشی (درصد)
			۴۰ تا ۴۵
			۳۵ تا ۴۰
			کمتر از ۳۵

قبل از مداخله، میانگین نمره خودکارآمدی در گروه کنترل، ۲۲/۸ با انحراف معیار ۲/۷ و در گروه آزمون، ۲۳/۶ با انحراف معیار ۰/۵۸ بود (جدول شماره ۲). در گروه آزمون، درصد افراد با خودکارآمدی بالا در زمان‌های قبل از مداخله، بلافاصله پس از مداخله، و یک ماه پس از مداخله به ترتیب، ۶/۶ درصد، ۶۳/۳ درصد، و ۵۶/۶ درصد بود.

مقایسه خودکارآمدی گروه‌های آزمون و کنترل، بلافاصله پس از مداخله، نشان داد که میانگین نمره خودکارآمدی گروه آزمون (۵۰/۳) با انحراف معیار (۷/۲۱) در مقایسه با میانگین نمره خودکارآمدی گروه کنترل (۲۴/۹) با انحراف معیار (۱/۷) به طور معنی‌داری بیشتر بود ( $P \leq 0/0001$ ). همچنین، مقایسه خودکارآمدی گروه‌های آزمون و کنترل، یک ماه پس از مداخله، نشان داد که میانگین نمره

خودکارآمدی گروه آزمون (۴۸/۸) با انحراف معیار (۱/۲) در مقایسه با میانگین نمره خودکارآمدی گروه کنترل (۲۳/۴) با انحراف معیار (۴/۶) به طور معنی داری بیشتر بود ( $p \leq 0.0001$ ).

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی نمره خودکارآمدی در گروه آزمون و کنترل در مبتلایان به نارسایی قلبی در زمان های مختلف

سطح خودکارآمدی	بالا	متوسط	پایین
گروه	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
<b>آزمون</b>			
قبل از مداخله	۲ (۶/۶)	۱۲ (۴۰/۰)	۱۶ (۵۳/۴)
بلافاصله پس از مداخله	۱۹ (۶۳/۳)	۹ (۳۰/۰)	۲ (۶/۷)
یک ماه پس از مداخله	۱۷ (۵۶/۶)	۱۰ (۳۳/۴)	۳ (۱۰/۰)
<b>کنترل</b>			
قبل از مداخله	۱ (۳/۳)	۱۰ (۳۳/۴)	۱۹ (۶۳/۳)
بلافاصله پس از مداخله	۳ (۱۰/۰)	۱۰ (۳۳/۴)	۱۷ (۵۶/۶)
یک ماه پس از مداخله	۱ (۳/۳)	۱۱ (۳۶/۷)	۱۸ (۶۰/۰)

## بحث

براساس نتایج، آموزش همتا بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی تاثیر دارد. نتیجه مطالعه رجعتی و همکاران (۱۳۹۱) نشان داد خودکارآمدی مهم ترین عامل در انجام ورزش و فعالیت جسمی منظم در افراد با نارسایی قلبی است. علاوه بر اثر پیش گویی کننده خودکارآمدی، این سازه در تبعیت بیماران از فعالیت جسمی نیز نقش مهمی ایفا می کند. مطالعه عابدیان و همکاران (۲۰۱۱) درباره تاثیر آموزش همتا بر رفتارهای بهداشتی دختران با دیسمنوره در کرمانشاه نشان داد دانش قاعدگی گروه همتا از سایر گروهها بیشتر بود. مطالعه رشیدی و همکاران (۱۳۹۴) درباره تاثیر حمایت همتا بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو نشان دهنده تفاوت آماری معنی دار در سطح خودکارآمدی قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون بود و براین اساس، پیشنهاد داده شد برای تکمیل عملکرد مراقبین بهداشتی رسمی می توان از حمایت همتایان در جامعه، به عنوان یک روش حمایتی آموزشی تاثیرگذار و مقرون به صرفه، در جهت بهبود سطح خودکارآمدی و رفتارهای خودمدیریتی بیماران استفاده نمود. مطالعه هالوی و واتسن (۲۰۰۲) بیانگر آن است که خودکارآمدی در تعدیل و اصلاح رفتارهای بهداشتی افراد دچار بیماری های قلبی عروقی تاثیرگذار است و باعث کاهش بروز عوارض شدید بیماری عروق کرونر و به دنبال آن، کاهش دفعات بستری و حتی به تعویق افتادن عمل جراحی پیوند عروق کرونر می شود.

در این مطالعه تفاوت آماری معنی داری بین درصد افراد با خودکارآمدی در سطوح مختلف، در زمان های قبل از مداخله، بلافاصله پس از مداخله، و یک ماه پس از مداخله مشاهده شد. در مطالعه امیدی و همکاران (۱۳۹۴) در گروه آزمون، در زمان های قبل از مداخله، بلافاصله پس از مداخله، و یک ماه پس از مداخله، افزایش معنی داری در نمره خودکارآمدی ایجاد شد. آموزش همتا یک رویکرد پیوسته است که در آن، همتا با بیمار ارتباط دوستانه طولانی تری برقرار می کند و اطلاعات خود را به اشتراک می گذارد. این آموزش می تواند علاوه بر رفع مشکلات درمانی، مشکلات اجتماعی و روانی را در بیماران بهبود بخشد (جهانشاهی و همکاران، ۱۳۹۵). مطالعات متعدد نشان می دهند که آموزش همتا باعث بهبود عملکرد و افزایش خودمراقبتی بیماران می شود (ورعی و همکاران، ۱۳۹۲؛ رشیدی و همکاران، ۱۳۹۴؛ اسلامی و همکاران، ۱۳۹۳؛ محمدپور و همکاران، ۱۳۹۵).

بهبود سطح خودکارآمدی عمومی بیماران بدون شناسایی عواملی موثر بر آن ممکن نمی باشد، لذا بررسی عوامل موثر بر خودکارآمدی افراد با نارسایی قلبی می تواند به بیماران در مراقبت بهتر از خود و پیشگیری از عوارض کمک نماید (آلتو و همکاران، ۲۰۰۵). سازمان جهانی بهداشت با بررسی اسناد بیماری های مزمن و انجام مشاوره هایی به دنبال ارزیابی حمایت همتا به عنوان یک رویکرد استراتژیک و بهترین شیوه می باشد (وو و همکاران، ۲۰۱۱). بنابراین، استفاده از تجربیات افراد همتا به عنوان یک روش آموزشی جهت بالابردن خودکارآمدی پیشنهاد می شود. از محدودیت های این مطالعه می توان به امکان کسب اطلاعات از سایر منابع آموزشی، در نظر نگرفتن آموزش یکسان توسط همتایان و حالات روحی نمونه های پژوهش در زمان برگزاری کلاس های آموزشی اشاره کرد.

## نتیجه‌گیری

شیوه آموزشی همتا منجر به افزایش نمره میانگین خودکارآمدی بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله می‌گردد. آموزش همتا باعث بهبود و ارتقای خودکارآمدی بیماران مبتلا نارسایی قلبی می‌شود. استفاده از این شیوه آموزشی در افراد با نارسایی قلبی توصیه می‌شود.

## تقدیر و تشکر

این مطالعه بخشی از طرح تحقیقاتی با شماره ۴۶۳۶۷/ص/۱۳۹۴ است که در تاریخ ۲۵/۱۲/۱۳۹۴ در کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران تصویب شده است. از همه بیماران که در این مطالعه شرکت کردند قدردانی می‌شود.

## منابع فارسی

- اسلامی رضا، سجادی سیده اعظم، فارسی زهرا (۱۳۹۳). مقایسه تأثیر 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، ص: ۱۱۱۹-۱۱۲۷.
- امیدی افسر، کاظمی نگار، خطیبان مهناز، کرمی منوچهر (۱۳۹۴). بررسی تأثیر آموزش خود مراقبتی بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به بیماری انسدادی مزمن ریه مراجعه کننده به مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی همدان. مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان. دوره بیست و سوم، شماره دوم، ص: ۷۴-۸۴.
- بهنام مقدم محمد، بهنام مقدم عزیز، یاریان سجاد، حسینی بادنجان سید مهدی، محمد حسینی سیما (۱۳۹۳). پیش بینی کیفیت زندگی براساس سلامت عمومی، حمایت اجتماعی و خودکارآمدی در بیماران قلبی - عروقی شهر یاسوج. ارمان دانش. دوره نوزدهم، شماره هفتم، ص: ۶۴۲-۶۳۳.
- 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 ۱۰، شماره چهاردهم، شماره نهم، ص: ۷۶۷-۷۷۶.
- چهارشاهی فاطمه، عباسی ایبانه نوشین، ابراهیمی ایبانه ابراهیم (۱۳۹۵). تأثیر آموزش همتا بر کیفیت زندگی مبتلایان به نارسایی قلبی. فصلنامه پرستاری قلب و عروق. دوره ۱۰، شماره ۱، ص: ۴۵-۳۸.
- حسینی محمدعلی، عظیم زاده الهه (۱۳۹۲). همبستگی خودکارآمدی و راهبردهای مدیریت تعارض در پرستاران. فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت. دوره دوم، شماره چهارم، ص: ۱۶-۲۳.
- قدیری احسان، شهریاری محسن، مقصودی جهانگیر (۱۳۹۵). تأثیر آموزش همتا محور بر میزان اضطراب مراقبین خانوادگی بیماران کاندید عمل جراحی عروق کرونر. روان پرستاری. دوره چهارم، شماره دوم، ص: ۵۰-۵۶.
- عاشوری جمال (۱۳۹۳). ارتباط خودکارآمدی، تفکر انتقادی، سبک های تفکر و هوش هیجانی با پیشرفت تحصیلی دانشجویان پرستاری. مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان. دوره ۱۰، شماره ۱، ص: ۲۳-۱۵.
- عابدی حیدرعلی، یاسمن علیپور مهدیه، عبد یزدان غلامحسین (۱۳۹۰). کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مراجعه کننده به مراکز سرپایی شهر کرمان. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد. دوره سیزده، شماره پنج، ص: ۶۳-۵۵.
- دهقانی علی، محمد خان کرمانشاهی سیما، معماریان ربابه، حجتی حمید، شمس 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). تأثیر آموزش مبتنی بر باور از بیماری بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران با نارسایی قلبی. فصلنامه پرستاری قلب و عروق. دوره ۱۰، شماره ۱، ص: ۲۲-۳۰.
- رشیدی کبری، صفوی محبوبه یحوی، سید حسین فراهانی، حجت اله (۱۳۹۴). بررسی تأثیر حمایت همتا بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان. دوره بیست و سه، شماره سوم، ص: ۱۵-۲۶.
- رفیعی مرتضی، زاغیان نفیسه، رستمی آریتا، توکلی آریتا، غیاثی مژده (۱۳۸۹). اصول آموزش و مشاوره تغذیه بیماران در جلسات آموزش گروهی بر مبنای تئوری تغییر رفتار. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی. دوره دهم، شماره ۱، ص: ۱۰۰-۹۲.
- رجعتی فاطمه، مصطفوی فیروزه، معصومه شریفی راد غلامرضا فیضی، آوات محبی، سیامک جمشیدی، راد صبیه (۱۳۹۱). خودکارآمدی، در انجام فعالیت فیزیکی بیماران نارسایی قلبی: مروری مقاله. مجله تحقیقات نظام سلامت. دوره ۱۰، شماره ۱، ص: ۹۲۹-۹۴۱.
- شمسی زاده مرتضی (۱۳۹۱). بررسی تأثیر آموزش همتا بر اضطراب و خودکارآمدی بیماران کاندید عمل جراحی پیوند عروق کرونر، پایان نامه ی مقطع کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران.

محمدپورهدکی رضا، رهنما مژگان، عبدالهی محمد عبدالغنی، شهرکی واحد عزیز، شمسی زاده مرتضی (۱۳۹۵). مقایسه تأثیر آموزش همتا و آموزش پرستار بر اضطراب بیماران مبتلاء به سکتۀ قلبی: یک مطالعه کارآزمایی بالینی. مجله مراقبت های پیشگیرانه در پرستاری و مامایی. دوره ۱ ششم، شماره سوم، ص: ۱۲-۲۳.

ورعی شکوه، چراغی محمدعلی، سیدفاطمی نعیمه، طالبی میترا، بحرانی ناصر، دهقانی علی و همکاران (۱۳۹۲). تأثیر آموزش همتا بر اضطراب بیماران کاندید عمل جراحی پیوند عروق کرونر؛ یک مطالعه کارآزمایی بالینی. آموزش پرستاری. دوره سوم، شماره دوم، ص: ۲۸-۳۷.

### منابع انگلیسی

- Abedian, Z., Kabirian, M., Mazlom, S.R. and Mahram, B., 2011. The effects of peer education on health behaviors in girls with dysmenorrhea. *Journal of American science*, (۱) pp : 431-438.
- Aalto, A.M., Heijmans, M., Weinman, J. and Aro, A.R., 2005. Illness perceptions in coronary heart disease: Sociodemographic, illness-related, and psychosocial correlates. *Journal of psychosomatic research*, 58(5), pp.393-402.
- Barnason, S., Zimmerman, L., Nieveen, J., Schmaderer, M., Carranza, B. and Reilly, S., 2003. Impact of a home communication intervention for coronary artery bypass graft patients with ischemic heart failure on self-efficacy, coronary disease risk factor modification, and functioning. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 32(3), pp.147-158.
- Holloway, A. and Watson, H.E., 2002. Role of self-efficacy and behaviour change. *International journal of nursing practice*, 8(2), pp.106-115.
- Heidari Beni ,F., Ehsani, R., Tabatabaee, A., Mohammadnejad, E., 2017. The effect of peer education on quality of life in heart failure patients: A randomized clinical trial. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, (۱) pp.۳-۷.
- Ditewig, J.B., Blok, H., Havers, J. and van Veenendaal, H., 2010. 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 education and counseling*, 78(3), pp.297-315.
- Ghasem, A.D., Robabe, M., Zohre, V., Anoushirvan, K. and Nasim, N., 2016. Limitations of self-care behaviour in heart failure patients-a qualitative research with approach Orem's theory. *Biomedical Research*.
- McMurray, J.J., Adamopoulos, S., Anker, S.D., Auricchio, A., Böhm, M., Dickstein, K., et al., 2012. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. *European journal of heart failure*, 14(8), pp.803-869.
- O'Loughlin, C., Murphy, N.F., Conlon, C., O'Donovan, A., Ledwidge, M. and McDonald, K., 2010. Quality of life predicts outcome in a heart failure disease management program. *International journal of cardiology*, 139(1), pp.60-67.
- Pfeiffer, P.N., Heisler, M., Piette, J.D., Rogers, M.A. and Valenstein, M., 2011. Efficacy of peer support interventions for depression: a meta-analysis. *General hospital psychiatry*, 33(1), pp.29-36.
- 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.
- Reilly, C.M., Butler, J., Culler, S.D., Gary, R.A., Higgins, M., Schindler, P., Butts, B. and Dunbar, S.B., 2015. An economic evaluation of a self-care intervention in persons with heart failure and diabetes. *Journal of cardiac failure*, 21(9), pp.730-737.
- Secomb J. A systematic review of peer teaching and learning in clinical education. *Journal of clinical nursing*. 2008;17(6):703-16.
- Swedberg, K., Cleland, J., Dargie, H., Drexler, H., Follath, F., Komajda, M., Smiseth, O. and Tavazzi, L., 2005. The task force for the diagnosis and treatment of chronic heart failure of the European society of cardiology: Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure: Reply. *European heart journal*, 26(22), pp.2473-2474.
- Sullivan, M.D., LaCroix, A.Z., Russo, J. and Katon, W.J., 1998. Self-efficacy and self-reported functional status in coronary heart disease: a six-month prospective study. *Psychosomatic Medicine*, 60(4), pp.473-478.
- Vedel, I., & Khanassov, V. (2015). Transitional Care for Patients With Congestive Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Annals of Family Medicine*, 13(6), 562-571.
- Wu, C.J.J., Chang, A.M., Courtney, M., Shortridge-Baggett, L.M. and Kostner, K., 2011. Development and pilot test of a peer-support based Cardiac-Diabetes Self-Management Program: A study protocol. *BMC health services research*, 11(1), p.1.

## Original Article

**The effect of peer education on self-efficacy in people with heart failure****Farshid Heidari-Beni<sup>1</sup>, Ph.D Student****Zohreh Ahmadi-Tameh<sup>2</sup>, MSc****Amir Tabatabaee<sup>3</sup>, Ph.D****\* Esmaeil Mohammadnejad<sup>4</sup>, Ph.D****Ayeshe Haji-Esmaelpour<sup>5</sup>, MSc****Abstract**

**Aim.** This study was performed with the aim of determining the effect of peer education on self-efficacy in people with heart failure.

**Background.** Heart failure is a clinical syndrome which may have negative effects on self-efficacy. Given the positive role of education in improving self-efficacy, probing a suitable educational method to improve the self-efficacy of these patients is important.

**Method.** In this clinical trial study, 60 people with heart failure were recruited and randomly allocated to experimental (n=30) and control group (n=30). After preparing the peer group, four peer to peer training sessions were conducted during one month. Persian translation the self-efficacy questionnaire was used for data collection, which was completed by both groups, before, just and one month after the intervention. Data were analyzed in SPSS, version 21 and P values less than 0.05 were considered significant.

**Findings.** No statistically significant difference was observed between groups in overall self-efficacy score before the intervention. The mean score of self-efficacy, immediately after the intervention was 50.3±7.21 and 24.9±1.7, in the experimental and control group, respectively, and a statistically significant difference was seen between the mean scores of the groups ( $P \leq 0.001$ ). The mean score of self-efficacy, one month after the intervention was 48.8±1.2 and 23.4±4.6, in the experimental and control group, respectively and paired t-tests showed a statistically significant difference between the mean scores of the groups ( $P \leq 0.001$ )

**Conclusion.** Based on this study, Peer education intervention can be a beneficial educative-supportive approach and enhance the self-efficacy life of heart failure patients. Therefore, using this method is recommended in patients with heart failure patients.

**Keywords:** Heart failure, Self-efficacy, Peer education

1 Ph.D student, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2 Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3 Assistant Professor, Nursing Department, Nursing Faculty, Quchan Branch, Islamic Azad University, Quchan, Iran

4 Assistant Professor, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (\*corresponding author) email: asreno1358@yahoo.com

5 Instructor, Nursing Department, Nursing Faculty, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sannadaj, Iran