نشریه پرستاری قلب و عروق
دوره اول ، شماره ۴ ، زمستان ۱۳۹۱

Cardiovascular Nursing Journal
1(4), Winter 2012

www.journal .icns.org.ir

مقاله پژوهشی اصیل

بررسی تاثیر آموزش رفتارهای خود مراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران با ضربان ساز دائمی

*عصمت عطائی[۱]، کارشناس ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه
مجید حق جو[۲]، متخصص الکتروفیزیولوژی قلب
اصغر دالوندی[۳]، دکترای پرستاری
هومن بخشنده آبکنار[۴]، دکترای اپیدمیولوژی

خلاصه

هدف. هدف مطالعه حاضر تعیین تاثیر آموزش خودمراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران با ضربان ساز دائمی بود.

زمینه. یکی از شایع‌ترین علل مرگ و میر بعد از سکته قلبی، آریتمی است، یک روش کنترل آریتمی مقاوم به درمان تعبیه ضربان ساز است. کیفیت زندگی در بیماران بعد از تعبیه ضربان ساز دائمی قلب پائین است. یکی از روش‌های ارتقاءدهنده کیفیت زندگی، آموزش رفتارهای خودمراقبتی است.

روش کار. در این کارآزمایی بالینی، ۸۰ بیمار نیازمند به تعبیه ضربان‌ساز دائمی قلب به روش بلوک‌های چهارتایی تصادفی به طور مساوی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل فرم مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی در بیماران قلبی مک نیو بود. بیماران گروه مداخله با همراهی یکی از بستگان که بیشترین تماس را با ایشان داشت، طی یک جلسه، روز قبل از تعبیه ضربان‌ساز تحت آموزش قرار گرفتند. جهت آموزش از فیلم آموزشی و دفترچه آموزشی و آموزش چهره به چهره استفاده شد، طول مدت جلسه ۳۰ دقیقه بود و در نهایت، بسته آموزشی در اختیار این بیماران قرار گرفت. همچنین، به مدت یک ماه، هفته‌ای یک بار با بیمار تماس تلفنی گرفته می‌شد. داده ها با نرم افزار SPSS نسخه ۱۵ تحلیل شدند. برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های تی مستقل و کای اسکوئر استفاده شد.

یافته‌ها. بین میانگین ابعاد عاطفی، جسمی- فعالیتی و اجتماعی کیفیت زندگی و همچنین، نمره کلی کیفیت زندگی در گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد، ولی بعد از مداخله، این تفاوت معنی دار بود (P>۰/۰۰۴).

نتیجه گیری. آموزش رفتارهای خودمراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران بعد از تعبیه ضربان‌ساز دائمی قلب موثر می‌باشد و توصیه می‌شود به عنوان یکی از روش‌های ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران به کار برده شود.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، آموزش رفتارهای خودمراقبتی، ضربان‌ساز دائمی قلب، بیمار دارای ضربان‌ساز

۱- کارشناس ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، بیمارستان قلب شهید رجائی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (*نویسنده مسئول)
۲-دانشیار، گروه الکتروفیزیولوژی، بیمارستان قلب شهید رجائی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۳-استادیار، دپارتمان پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
۴-استادیار، بیمارستان قلب شهید رجائی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

مقدمه

بیماری های قلبی به عنوان اولین علت مرگ و میر در ایران و بسیاری از کشورهای جهان شناخته شده است. آخرین آمار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نشان می دهد که ۳۳/۹ درصد مرگ های ناشی از بیماری در ایران مربوط به بیماری های قلبی-عروقی است (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۸). طی ۳۰ سال گذشته پیشرفت های عمده‌ای در پیشگیری، تشخیص و درمان، و بازتوانی بیماری های قلبی عروقی صورت گرفته است. علیرغم کاهش مرگ و میر بیماری های قلبی، هنوز هم این بیماری ها سهم عمده ای در مرگ و میر دارند (تامپسون و همکاران، ۲۰۰۲). در سال ۱۹۱۰ میلادی تنها ۱۰ درصد مرگ و میرها در دنیا به علت بیماری های قلبی عروقی بود، اما این میزان در سال ۲۰۰۰ به ۵۰ درصد رسیده است و پیش بینی می شود تا سال ۲۰۲۰ به حدود ۷۵ درصد برسد (قلمقاش، ۱۳۸۸).

نزدیک به نیمی از مرگ های مربوط به سکته قلبی، ناشی از آریتمی ها می‌باشند (برانوالد و فیپس، ۲۰۰۲). یکی از روش های کنترل و درمان دیس ریتمی های قلبی استفاده از ضربان ساز دائم است. ضربان ساز وسیله‌ای الکترونیکی است و زمانی که قلب قادر به تولید ایمپالس الکتریکی موثر برای شروع انقباض و حفظ برون ده قلبی کافی نیست، به کار می رود. حدود سه میلیون نفر در دنیا دارای ضربان ساز می باشند و سالیانه ۶۰۰ هزار مورد ضربان ساز تعبیه می‌شود (وود و النبوگن، ۲۰۰۲). براساس گزارش مجله انجمن قلب ایران، سالیانه حدود ۵۵۰ مورد تعبیه ضربان ساز دائم در ایران صورت می گیرد (نوحی و طباطبایی، ۲۰۰۱).

تعبیه ضربان ساز دائم و وارد کردن یک جسم خارجی به داخل قلب، حادثه ای مهم در زندگی بیمار در نظر گرفته می شود، بدین لحاظ، تعبیه ضربان ساز داخل قفسه سینه‌ای، ممکن است منجر به تغییراتی در تصویر ذهنی و موجب مشکلات در سازگاری روانی، اجتماعی و کیفیت زندگی شود و به بروز اختلالات عاطفی کمک نماید (دورا، ۲۰۰۱). مداخلات الکتریکی که جهت درمان آریتمی و مشکلات قلبی مورد استفاده قرار می گیرد بدون عارضه نیست. ضربان‌سازها نیز عوارضی از جمله عفونت محل ضربان ساز، عوارض مربوط به لیدها و مشکلات روانی ناشی از اتکای بیماران به وجود این دستگاه جهت ادامه حیات را دارند (همل و همکاران، ۲۰۰۶). از طرف دیگر، مشکلات متعدد در انجام کارهای معمول زندگی، معمولا موجب ایجاد احساس ضعف و ناتوانی بیماران می شود که می تواند منجر به افسردگی و کاهش اعتماد به نفس شود و بر کیفیت زندگی آنان اثر گذارد (دیکسون و همکاران، ۲۰۰۰). کمک به این بیماران در جهت رفع اضطراب و نگرانی‌ها ضروری است. یکی از موثرترین اقدامات در این زمینه پیگیری بیماران پس از ترخیص آنان از بیمارستان می‌باشد. آموزش به بیمار و پیگیری وی پس از ترخیص، نقش مهمی در بازتوانی وی ایفا می کند. در مرحله بعد از ترخیص بیمار، بیشتر این آموزش‌ها و پیگیری‌ها شامل تاکید بر جنبه‌های مراقبت از خود و دانش و آگاهی راجع به علائم هشدار دهنده، داروها، عوامل خطر و کاربرد عملی مطالب آموخته شده می باشد (پاشکو و دافو، ۲۰۰۰).

کیفیت زندگی با تجربه انسان از زندگی در ارتباط است (زان، ۱۹۹۲). از آنجا که توجه صرف بر طولانی کردن عمر بیماران بدون در نظر گرفتن کیفیت زندگی آنان به فراموشی سپردن رفاه و سلامتی آنان است، بنابراین، باید کیفیت زندگی این بیماران و قدرت تطابق یافتن آنان مورد توجه بیشتری قرار گیرد و استفاده از روش‌های آموزشی مختلف در دسترس ممکن است در این زمینه مفید واقع شود. یکی از موضوعاتی که در اعتباربخشی سازمان‌های ارائه دهنده خدمات بهداشتی نقش دارد، نحوه ارائه برنامه آموزشی بیمار است (دکاچ و آجولات، ۲۰۰۱؛ کتهام و کنپ، ۱۹۸۲).

شواهد بسیاری حاکی از این است که بیماران در هنگام ترخیص اطلاعات کمی در مورد بیماری و نحوه مراقبت از خود دریافت می‌نمایند. براساس یک مطالعه تنها ۲۰ درصد از بیمارانی که در بیمارستان بستری بوده‌اند اظهار نموده‌اند که اطلاعات کافی و مشاوره در زمینه شرایط سلامتی خویش را دریافت نموده‌اند، در حالی که ۲۰ درصد دیگر، از اطلاعات دریافت شده راضی نبوده‌اند و ۶۰ درصد باقی مانده اظهار داشتند آموزش‌های ارائه شده باید بهتر ارائه شوند (دکاچ و آجولات، ۲۰۰۱ به نقل از کتهام و کنپ، ۱۹۸۲).

یکی از موضوعاتی که سبب افزایش کیفیت زندگی بیماران می گردد ارایه برنامه‌های آموزشی و همچنین نحوه ارائه برنامه‌های آموزشی به بیمار است. آموزش بیمار امر مهمی است که اثرات ارزنده و مفید آن بارها در تحقیقات مختلف ثابت شده است. علیرغم فواید متعدد آموزش بیمار در قبال هزینه ناچیزش، این امر مهم در مراکز بهداشتی و درمانی نادیده گرفته شده است یا مورد بی توجهی قرار می گیرد (کتهام و کنپ، ۱۹۸۲). نتایج مطالعه اسماعیلی (۱۹۹۷) نشان داد که آموزش بیمار در ایران از وضعیت مطلوبی برخوردار نیست، به طوری که برنامه آموزشی به بیمار یا اجرا نمی شود یا بسیار ناقص و نامنظم اجراء می شود.

یادگیری رفتارهای خودمراقبتی می تواند فرد را به سمت حفظ سلامتی و خوب بودن سوق دهد، سازگاری فرد را با بیماری افزایش دهد، و توان مراقبت از خود را در فرد افزایش دهد. تبعیت از رفتارهای خودمراقبتی در مبتلایان به بیماری های مزمن از اهمیت به سزایی برخوردار است. بیماران می توانند با کسب مهارت‌های مراقبت از خود بر آسایش، توانایی‌های عملکردی و فرایندهای بیماری خود تاثیرگذار باشند (تولیجامو و هنتینن، ۲۰۰۱). ارتقای رفتارهای مراقبت از خود می تواند به بیماران کمک کند تا بر روی زندگی خود کنترل داشته باشند و با عوارض ناشی از بیماری خود سازگار شوند که این سازگاری منجر به ارتقاء کیفیت زندگی بیماران می گردد (جارسما و همکاران، ۲۰۰۰). ایفای نقش مراقبت از خود و مشارکت بیمار در درمان از عوامل موثر در بهبود کیفیت زندگی می‌باشد

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

(کودیات و همکاران، ۲۰۰۵). رفتارهای مراقبت از خود مناسب سبب ارتقاء توانایی‌ها، انجام بهتر فعالیت‌های روزانه و دستیابی به استقلال در بیمار می شود و به این ترتیب وی در انجام عملکردهای اجتماعی تواناتر و برای زندگی امیدوارتر می شود و نهایتا از کیفیت زندگی مطلوب‌تری برخوردار می گردد (جارسما و همکاران، ۲۰۰۰).

یکی از بخش‌های مهم برنامه‌های کنترل بیماری‌های مزمن، آموزش و کمک به بیمار جهت انجام رفتارهای مراقبت از خود است و معمولا این آموزش و حمایت توسط پرستاران انجام می گردد. با توجه به نقش کلیدی پرستاران در آموزش رفتارهای مراقبت از خود، شناسایی رفتارهایی که به بهبود کیفیت زندگی می‌انجامد، راهنمایی برای تنظیم و تدوین بهتر مداخلات پرستاری می‌باشد (دیتون و گریدی، ۲۰۰۴). هدف این مطالعه، بررسی تاثیر آموزش رفتارهای خودمراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران با ضربان ساز دائمی قلب بود.

مواد و روش ها

این پژوهش یک کارآزمایی بالینی قبل و بعد با گروه کنترل بود. تعداد نمونه ها در این پژوهش ۸۰ نفر بودند که به روش بلوک های چهارتایی تصادفی به دو گروه آزمون و کنترل (هر گروه، ۴۰ نفر) تقسیم شدند. جامعه مورد پژوهش شامل کلیه بیماران نیازمند به تعبیه ضربان‌ساز بود که در طول پژوهش به بیمارستان شهید رجایی تهران مراجعه می کردند. پرونده پزشکی هر بیمار مورد بررسی قرار می گرفت و از وی معاینه و شرح حال به عمل می‌آمد، و پس از اطمینان از داشتن معیارهای ورود به عنوان نمونه انتخاب می شد. شرایط خروج از مطالعه نیز شامل ابتلا به افسردگی اساسی (با توجه به پرونده بیمار و نظر پزشک معالج) و اختلال دو قطبی، سابقه اعتیاد به مواد، سایر اختلالات نورولوژیکی، بیماری مزمن دیگر شامل (صرع، سکته مغزی، سرطان ...)، معلولیت و ناتوانی جسمی، سابقه عمل جراحی بزرگ (قلب، مغز و لگن و ...) در شش ماه گذشته، بستری طولانی مدت در بیمارستان، سن کمتر از ۱۶ سال، و نداشتن امکانات مشاهده فیلم آموزشی بود.

اطلاعات فردی توسط پرسشنامه‌ای شامل ۱۵ سوال در مورد سن، جنس، وضعیت تاهل، شغل، سطح تحصیلات، بیمه، نیاز به مراقب در منزل، نسبت مراقب با بیمار، استعمال سیگار و مدت زمان و تعداد مصرف آن در روز، مشروبات الکلی، وجود جریانات مغناطیسی در محل زندگی، سابقه بیماری دیابت و فشار خون بود جمع آوری شد. روایی محتوای پرسشنامه و برنامه آموزش رفتارهای خود مراقبتی براساس نظر ده نفر از صاحبنظران متخصص و نظرسنجی اعضاء هیات علمی دانشگاه های علوم پزشکی تهران، و علوم بهزیستی و توانبخشی مورد تأیید قرار گرفت. جهت سنجش تاثیر آموزش رفتارهای خود مراقبتی بر کیفیت زندگی پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی مک نیو در بیماران قلبی مورد استفاده قرار گرفت. این پرسشنامه ۲۶ سوالی شامل ۸ سوال مربوط به بعد عاطفی کیفیت زندگی، ۹ سوال مربوط به بعد جسمی- فعالیتی و ۹ سوال مربوط به بعد اجتماعی کیفیت زندگی است. بومی سازی و تعیین روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران توسط اسدی لاری و همکاران (۲۰۰۳) انجام شده است.

پژوهشگر پس از توضیح اهداف پژوهش به بیمار و کسب رضایت آگاهانه کتبی، فرم اطلاعات فردی و پرسشنامه کیفیت زندگی را برای هر نمونه تکمیل کرد. سپس، پژوهشگر، رفتارهای خودمراقبتی را قبل از تعبیه ضربان ساز دائمی به گروه آزمون از روز قبل از تعبیه ضربان‌ساز دائمی قلب آموزش داد. در زمان آموزش، یکی از بستگان بیمار که در طول مطالعه تماس بیشتری با بیمار داشت حضور پیدا کرد. رفتارهای خودمراقبتی یک بار برای بیمار و همراهش آموزش داده می‌شد. چون بیشتر بیماران قبل از تعبیه ضربان‌ساز دائمی دارای ضربان‌ساز موقت و تحت سیستم مانیتورینگ قلبی بودند و نمی‌توانستند از بخش خارج شوند آموزش در بالین بیمار به صورت انفرادی انجام می‌شد.

مرحله اول آموزش رفتارهای خودمراقبتی شامل ۱۰ دقیقه توضیح درباره ساختمان و عملکرد قلب، نحوه ایجاد ضربان قلب و نحوه ایجاد نامنظمی ضربان قلب، علت نیاز به تعبیه ضربان ساز، نحوه عملکرد ضربان‌ساز، مراقبت‌های قبل و بعد از تعبیه ضربان‌ساز، احتیاطات در استفاده از وسایل الکتریکی و تداخلات مغناطیسی، مراقبت‌های مورد نیاز در منزل و کارهای روزانه بود. به دنبال مرحله اول آموزش، فیلم آموزشی به مدت ۲۰ دقیقه به بیمار و همراهش نمایش داده می‌شد، و در پایان آموزش، به سوالات بیمار و همراهش پاسخ داده می‌شد و در مورد نحوه استفاده از بسته آموزشی در منزل، و نحوه برقراری تماس تلفنی بیمار با پژوهشگر در صورت نیاز توضیحات لازم داده می‌شد و بسته آموزش رفتارهای خودمراقبتی در اختیار بیمار قرار داده می‌شد. بعد از ترخیص بیمار، پژوهشگر هفته‌ای یک بار با بیمار تماس تلفنی برقرار می کرد و مراقبت ها را به بیمار تاکید می کرد و به سوالاتش پاسخ می‌داد. برای گروه کنترل مداخله‌ای صورت نگرفت. یک ماه بعد از آموزش، پرسشنامه کیفیت زندگی مک‌نیو توسط گروه آزمون و کنترل تکمیل شد. داده ها توسط SPSS نسخه ۱۵ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

این مطالعه براساس کد اخلاقی کمیته اخلاق مرکز تحقیقات قلب و عروق شهید رجائی به شماره ۱۱۸۲۴۶ انجام شد و در مرکز مطالعات کارآزمایی بالینی ایران به ثبت رسید. رضایت آگاهانه از نمونه‌ها جهت شرکت در پژوهش اخذ شد و به آنها در زمینه شرکت در این پژوهش حق انتخاب داده شد و هر زمانی که تمایل به خروج از مطالعه داشتند بدون هیچ گونه معذوریتی قادر به انصراف از ادامه شرکت در مطالعه بودند. محرمانه بودن هویت شرکت کنندگان رعایت شد.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

یافته ها

میانگین سن بیماران ۵۶/۷ سال با انحراف معیار ۱۷/۱۸ سال بود. برخی متغیرهای دموگرافیک در جدول شماره ۱ آمده است. میانگین نمره کیفیت زندگی کلی قبل از مداخله در گروه های آزمون و کنترل به ترتیب ۴۵ با انحراف معیار ۱۵ و ۵۰ با انحراف معیار ۱۶ بود (بر مبنای ۱۰۰ به عنوان نمره کامل کیفیت زندگی). قبل از مداخله، بین میانگین نمره کیفیت زندگی کلی گروه آزمون و کنترل اختلاف معناداری مشاهده نشد (P=۰/۳۵۸). میانگین نمره کیفیت زندگی کلی پس از مداخله در گروه های آزمون و کنترل به ترتیب ۷۴ با انحراف معیار ۱۳ و ۴۳ با انحراف معیار ۱۶ بود. پس از مداخله، بیـــن میانگین نمره کیفیت زندگی کلی گروه آزمون و کنترل اختلاف معنادار آماری مشاهده شد (P>۰/۰۰۱). جداول شماره ۲ و ۳، میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی در ابعاد سه گانه را در گروه کنترل و آزمون، قبل و بعد از مداخله نشان می دهند.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی برخی ویژگی های دموگرافیک به تفکیک گروه آزمون و کنترل

	گروه آزمون	گروه کنترل
ویژگی دموگرافیک	**تعداد (درصد)**	**تعداد (درصد)**
جنس		
زن	(۵۵)۲۲	(۶۵)۲۶
مرد	(۴۵)۱۸	(۳۵)۱۴
وضعیت اشتغال		
شاغل	(۸۰)۳۲	(۷۰)۲۸
بیکار	(۵)۲	(۵)۲
بازنشسته	(۱۵)۶	(۲۵)۱۰
وضعیت تاهل		
مجرد	(۱۵)۶	(۳۹)۱۲
متاهل	(۸۵)۳۴	(۷۰)۲۸
بیمه درمانی		
دارد	(۹۵)۳۸	(۹۵)۳۵
ندارد	(۵)۲	(۵)۲
نیاز به مراقب در منزل		
دارد	(۵)۲	(۲۵)۱۰
ندارد	(۹۵)۳۸	(۷۵)۳۰
مصرف دخانیات		
دارد	(۱۵)۶	(۳۵)۱۴
ندارد	(۸۵)۳۴	(۶۵)۲۶
مصرف مشروبات الکلی		
دارد	(۱۰)۴	(۱۵)۶
ندارد	(۹۰)۳۶	(۸۵)۳۴

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

جدول شماره ۳: میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی در ابعاد سه گانه در گروه کنترل، قبل و بعد از مداخله

	قبل از مداخله	پس از مداخله	
ابعاد کیفیت زندگی	میانگین (انحرف معیار)	میانگین (انحرف معیار)	آزمون تی زوجی
جسمی	۴۵ (۱۷)	۴۵ (۱۶)	t=۲/۴۰ و p=۰/۷۵۱
روانی	۵۱(۱۷)	۴۲ (۱۶)	t=-۰/۳۲۲ و p=۰/۱۲۸
اجتماعی	۵۱ (۲۱)	۴۳ (۲۰)	t=۲/۳۲۵ و p=۰/۲۳۳

جدول شماره ۳: میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی در ابعاد سه گانه در گروه آزمون، قبل و بعد از مداخله

	قبل از مداخله	پس از مداخله	
ابعاد کیفیت زندگی	میانگین (انحرف معیار)	میانگین (انحرف معیار)	آزمون تی زوجی
جسمی	۴۴ (۲۰)	۷۵ (۱۲)	t=-۷/۴۷۹ و p<۰/۰۰۱
روانی	۴۷(۱۷)	۷۴ (۱۳)	t=-۶/۹۰۵ و p<۰/۰۰۱
اجتماعی	۴۳ (۱۸)	۷۲ (۱۶)	t=-۷/۵۴۴ و p<۰/۰۰۱

بحث

در این مطالعه، در گروه آزمون، تفاوت معنی دار آماری در میانگین تمام ابعاد (جسمی- فعالیتی، عاطفی و ارتباطات اجتماعی کیفیت زندگی) قبل و بعد از مداخله ایجاد شده بود، بدین ترتیب که نمرات ابعاد کیفیت زندگی، پس از مداخله بیش از نمرات قبل از مداخله بود. همچنین، نمره کیفیت زندگی کلی گروه آزمون پس از مداخله به طور معنی داری از نمره کیفیت زندگی گروه کنترل بیشتر بود. نتایج مطالعه باقری و همکاران (۲۰۰۷) که تاثیر مشاوره گروهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد را بررسی کرد تایید کننده نتایج مطالعه حاضر است. باقری و همکاران نیز در مطالعه خود از پرسشنامه مک نیو استفاده کردند.

پژوهشی که با هدف بررسی تاثیر آموزش مبتنی بر کامپیوتر بر آگاهی، پذیرش و کیفیت زندگی بیماران با نارسایی قلبی انجام شد، نشان داد که ابعاد روانی پرسشنامه کیفیت زندگی (افسردگی، اختلالات خواب و ترس از مرگ) پس از مداخله تغییر معنی‌داری نسبت به قبل از مداخله نداشت (آنا استرومبرگ و همکاران، ۲۰۰۶). از علل اختلاف نتایج این تحقیق با پژوهش حاضر می‌توان به میانگین سنی شرکت کنندگان در مطالعه آنا استرومبرگ و همکاران اشاره کرد که ۷۰ سال بود و شرکت کنندگان در این مطالعه با محدودیت های ناشی از افزایش سن مانند مشکلات شناختی، بینایی و حرکتی روبرو بودند، در حالی که میانگین سنی شرکت کنندگان مطالعه حاضر ۵۶/۷ سال بود.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که رفتارهای خودمراقبتی به عنوان یک شیوه آموزشی می‌تواند تأثیر قابل ملاحظه و ماندگاری بر کیفیت زندگی بیماران داشته باشد. یافته‌های مطالعه حاضر موثر بودن روش آموزش رفتارهای خودمراقبتی را بر بهبود تمام ابعاد کیفیت زندگی بیماران دارای ضربانساز دائمی قلب و میانگین کیفیت زندگی آنان مورد تأکید قرار می‌دهد. اصل مهم در خودمراقبتی، مشارکت و قبول مسئولیت از طرف بیمار است تا با انجام صحیح رفتارهای مراقبت از خود، بسیاری از عوارض بیماری کنترل شود (اسچریورز و همکاران، ۲۰۰۳). فعالیت های خودمراقبتی می‌تواند فرد را به سمت حفظ سلامت و خوب بودن سوق دهد، سازگاری فرد را بیشتر نماید و میزان ناتوانی و از کار افتادگی بیماران و هزینه های درمانی را کاهش دهد (کانل، ۲۰۰۸).

نتیجه گیری

آموزش رفتارهای خودمراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران دارای ضربان‌ساز دائمی قلب در تمامی ابعاد کیفیت زندگی (جسمی، روانی و اجتماعی) تأثیر مثبت داشت. ز اهداف مهم هر تحقیق استفاده از نتایج آن در عمل می‌باشد تا بتواند راه‌گشای مشکلات موجود و بهبود وضعیت گردد. نتایج این تحقیق بیانگر آن است که آموزش رفتارهای خودمراقبتی باعث بهبود مراقبت از خود و کیفیت زندگی بیماران بعد از تعبیه ضربان‌ساز دائم می‌شود، لذا پیشنهاد می‌شود که پرستاران در حین انجام مداخلات پرستاری، رفتارهای مراقبت از خود را به بیماران آموزش دهند و آموزش‌های برنامه‌ریزی شده‌ای بر اساس سن، جنس، و سطح تحصیلات بیماران تدوین نمایند.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

نتایج این پژوهش می‌تواند راهنمایی برای مدیران پرستاری و دست اندرکاران آموزش پرستاری باشد تا تاثیر رفتارهای خودمراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران بعد از تعبیه ضربان‌ساز را بشناسند و با برپایی کلاس ها و دوره‌های آموزشی در ارتقای آگاهی کادر درمانی و دانشجویان پرستاری در زمینه شناخت مفهوم کیفیت زندگی و عوامل موثر بر ارتقای آن اهتمام ورزند.

نتایج این مطالعه راهنمایی جهت ارائه مراقبت بیمارمحور و مبتنی بر نیاز بیمار و همچنین، برای تصمیم‌گیری مبتنی بر نیاز خودمراقبتی بیمار در زمان بستری و پس از ترخیص است. با توجه به نتایج این تحقیق که آموزش رفتارهای خودمراقبتی را به عنوان یکی از عوامل موثر در بهبود کیفیت زندگی معرفی می کند، پیشنهاد می‌شود رفتارهای خودمراقبتی توسط رسانه‌های ارتباط جمعی در تمام سطوح جامعه آموزش داده شود.

یکی از محدودیت های مطالعه، تفاوت های فردی و انگیزه های متفاوت واحدهای مطالعه بود که ممکن بود بر یادگیری رفتارهای خودمراقبتی اثر داشته باشد.

تقدیر و تشکر

این مقاله منتج از پایان نامه دوره کارشناسی ارشد است. بدین وسیله از حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی تهران و همکاری بیمارستان قلب و عروق شهید رجائی تهران در انجام این مطالعه تشکر می گردد.

منابع فارسی

النبوگن کنت. پیس میکر و دفیبریلاتورهای قلبی کاشتنی. ترجمه مجید حق جو. تهران: انتشارات ماهتاب؛ ۱۳۸۳.

اسماعیلی مریم. بررسی ارتباط کیفیت زندگی با خودکارآمدی بیماران تحت همودیالیز در بیمارستان های منتخب دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۱۳۸۳. پایان نامه ی کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده پرستاری و مامایی، سال ۱۳۸۳، صفحه ۲۹ و ۳۰.

قلمقاش رضا. ۱۳۸۸. رئیس انجمن توانبخشی قلب وعروق و تنفس ایران: www.icra.ir.

منابع انگلیسی

Asadi-Lari, M., Javadi, H.R., Melville, M. Oldridge, N.B., & Gray, D. (2003). Adaptation of the MacNew quality of life questionnaire after myocardial infarction in an Iranian population. Health and Quality of Life Outcomes. Available at: http://www.hqlo.com/content/1/1/23.

Bagheri, H., Memarian, R., & Alhani, F. (2007). Evaluation of the effect of group counselling on post myocardial infarction patients: determined by an analysis of quality of life. Journal of Clinical Nursing, 16, 402–406.

Braunwald, E., Zipes, D.P., & Libby, P. (2009). Heart disease textbook of cardiovascular medicine. 9th eds, Philadelphia: Saunders, 830-840.

Connell, M. (2008). Self care is heparin indigent patients with hearth failure. European Journal of Cardiovascular Nursing, 23(3), 223-30.

Deccache, A., & Aujoulat, I.A. (2001). European perspective: commen developments, differences and challenges in patient education. Patient Education, (44), 7-14.

Deaton, C,. Grady, K.L. (2004). State of science for cardiovascular nursing outcomes. Journal of Cardiovascular Nursing, 19(5), 329-338.

Dixon, T., Lim, L.L., Powell, H., & Fisher, J,D. (2000). Psychosocial experiences of cardiac patients in early recovery: A community-based study. Journal of Advanced Nursing, 31(6), 1368-1375.

Dura, F., et al. (2001). How different pacemaker patients are recipients of implantable cardioverter-defibrilator with respect to psychosocial adaptation, effective disorders, and quality of life?. Heart, 85(4), 375-379.

Ellenbogen, K.A., Wood, M.A. (2002). Cardiac pacing and ICDs. London: Blackwell Seience.

Esmailie, R. (1997). Survey of clinical nurses views about the problems of patient teaching. Unpublished Thesis. Tehran: Iran University of Medical Sciences.

Hemel, J.W.M., et al. (2006). Followpace study a prospective study on the cost –effectiveness of routine follow up visit in patients with a pacemaker. Europace. 8, 60-64.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

Jaarsma, T. et al. (2000). Self care and quality of life in patient with advanced heart failure:the effect of a supporative educational intervaention. Heart Lung, 29(5), 319-330.
Kodiath, M., Kelly, A., & Shivelly, M. (2005). Improving quality of life in patient with heart failure. Journal of Cardiovascular Nursing, 20(1), 43-4.
Noohi, F., & Tabatabaei, H. (2001). The current status of cardiovascular medicine in the Islamic Republic of Iran. Iranian Heart Journal, 2(2-5), 52.
Pashkow, F.J., & Dafoe, W.A. (2000). Clinical cardiac rehabilitation. 2nd eds. Baltimore: Williams & Wilkins.
Schreurs, K.M., et al. (2003). Development, content and process evaluation of a short self-management intervention in patients with chronic disease requiring self-care behaviors. Patients Education and Counseling, 51, 133-141.
Stro¨mberg, A., Dahlstro¨ma, U., & Fridlund, B. (2006). Computer-based education for patients with chronic heart failure: A randomised, controlled, multicentre trial of the effects on knowledge, compliance and quality of life. Patient Education and Counseling, 64, 128–135.
Thompson, J.M., et al. (2002). Mosby's clinical nursing. 5th edsn. Mosby: St. Louis, Missouri.
Tolijamo, M., & Hentinen, M. (2001). Adherence to self care and social support. Journal of Clinical Nursing, 10(5), 618-628.
Zhan, L. (1992). Quality of life: Conceptual and measurement issues. Journal of Advanced Nursing, 17, 795-800.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

۴۷
Cardiovascular Nursing Journal
1(4), Winter 2012
نشریه پرستاری قلب و عروق
دوره اول، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۱
www.journal .icns.org.ir

Effect of self-care education on quality of life among patients with permanent pacemaker

*Esmat Ataee[1], MSc
Majid Haghjoo[2], Cardiac Electrophysiologist
Asghar Dalvandi[3], Ph.D
Hooman Bakhshandeh[4], Ph.D

Abstract

Aim. The aim of this study was to examine the effect of self-care education on quality of life in patients following pacemaker implantation.

Background. One of the most common causes of death after myocardial infarction is arrhythmia resistant to treatment. This type of arrhythmia can be managed by pacemaker. The quality of life after pacemaker implantation is usually low, and self-care education may be a method to address this issue.

Method. In a randomized clinical trial study, 80 patients, candidate for permanent pacemaker implantation at Rajaie Cardiovascular, Medical and Research Center, were recruited to either control or experimental group through the blocked randomization. Data were collected using demographic form and the MacNew health-related quality of life questionnaire. The experimental group patients, in accompany with one first-degree relative, received one session of self-care education on the pre-implantation day. The content of this 30 minutes session was "how to use educational footage and pamphlets, and also, a face-to-face education. At the end of the session, the patients were given an "educational package". Following implantation, the experimental group patients were contacted once a week for one-month period. The data were analyzed by SPSS, version 15, using inferential statistics.

Results. There were no statistically significant difference between the experimental and control groups in the mean scores of emotional, physical, and social aspects of quality of life and overall quality of life, before self-care education; however, after intervention, a statistically significant difference was found in all these variables between experimental and control groups (P=0.004).

Conclusion. Self-care education could have an effect on the quality of life of patients after permanent pacemaker implantation.

Keywords: Quality of life, Self-care education, Permanent implantable pacemaker, Patient with pacemaker

1-Master of Science in Critical Care Nursing, Shahid Radjaee Cardiovascular Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding Author)
2-Associate Professor, Department of Electrophysiology, Shahid Radjaee Cardiovascular Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3- Assistant Professor, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
4- Assistant Professor, Shahid Radjaee Cardiovascular Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]