

تاثیر آموزش خود مراقبتی بر آگاهی، عملکرد و میزان بستری شدن مجدد بیماران مبتلا به نارسائی قلبی

نویسندگان :

علیرضا قهرمانی^۱، فرهاد کامرانی^۲، شهلا محمدزاده^۳

چکیده

زمینه و هدف: نارسائی قلبی یکی از شایع ترین بیماری های مزمن و عمده ترین عامل مرگ و میر در جهان است که با شیوع پیشرونده و پذیرش بیمارستانی غیر قابل پیش بینی همراه است. خود مراقبتی یکی از جنبه های مهم درمان در بیماران مبتلا به شمار می رود. لازم است آموزش خود مراقبتی به عنوان قسمتی از طرح جامع مراقبت از این بیماران در طول بستری مورد نظر قرار گیرد. این مطالعه با هدف تعیین تاثیر مداخله آموزشی بر آگاهی، عملکرد و میزان بستری شدن مجدد بیماران نارسائی قلبی در شهر اردبیل انجام شد.

روش ها: در این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی، تعداد ۴۴ نفر از بیماران مبتلا به نارسائی قلبی بستری در بیمارستان های سبلان و امام خمینی (ره) اردبیل به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند و به طور تصادفی به دو گروه مورد (۲۲) و شاهد (۲۲) تقسیم شدند. بیماران گروه مورد به مدت ۴ جلسه ۲۰ دقیقه ای توسط پژوهشگر آموزش دیدند. اطلاعات با استفاده از پرسش نامه قبل و بعد از آموزش جمع آوری گردید. داده ها با استفاده از نرم افزار spss نسخه ۱۳ و با بکارگیری آمار توصیفی و آزمون های کای دو، تی مستقل و تی زوجی تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: نتایج بیانگر آن است که پس از آموزش، میانگین امتیاز آگاهی در گروه مورد $89/60 \pm 5/95$ و در گروه شاهد $62/47 \pm 8/84$ ، میانگین امتیاز عملکرد در گروه مورد $80/75 \pm 3/7$ و در گروه شاهد $54/78 \pm 6/24$ و میزان بستری مجدد در گروه مورد ۱۵/۸ درصد و در گروه شاهد ۴۲/۱ درصد بود که بر اساس آزمون تی مستقل میانگین امتیاز آگاهی و عملکرد با $p=0/0001$ در دو گروه معنی دار اما بستری مجدد معنی دار نبود.

نتیجه گیری: یافته های بدست آمده از این پژوهش نشان می دهد که برنامه های آموزشی اجرا شده در بهبود آگاهی و عملکرد بیماران مؤثر واقع شده و مداخله برای ارتقاء آگاهی، رفتارهای خود مراقبتی و کاهش بستری مجدد در بیماران مبتلا به نارسائی قلبی ضروری است.

واژه های کلیدی: آموزش، خود مراقبتی، آگاهی، عملکرد، بستری مجدد، نارسائی قلبی.

^۱ (نویسنده مسئول) کارشناس ارشد آموزش پرستاری E-mail: alirezaghahramani40@yahoo.com

^۲ عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

^۳ عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران پزشکی

مقدمه

بیماری های قلبی، یکی از شایع ترین اختلالات وعمده ترین عامل مرگ و میر در جهان به شمار می رود و در بین بیماری های قلبی، نارسائی قلبی به عنوان یکی از بیماری های شایع و مزمن، جایگاه بسیار مهمی را در عرصه بهداشت و درمان به خود اختصاص داده است (۲و۱). این بیماری یکی از شایع ترین نوع بیماری قلبی و عمده ترین مشکل سلامت عمومی در جهان به شمار می رود (۳) نارسائی قلبی، اختلال عضله قلب برای پمپاژ مؤثر خون تعریف می شود که منجر به افزایش فشار داخل بطن می شود که در نتیجه برگشت خون، باعث احتقان ریه و وریدها شده و نهایتاً ادم محیطی ایجاد می شود (۴). شیوع کلی نارسائی قلبی در بزرگسالان، در کشورهای توسعه یافته ۲ درصد است که با بالا رفتن سن افزایش می یابد و ۱۰-۶ درصد افراد بالای ۶۵ سال را مبتلا می کند (۵). به دلیل تاثیر منفی این بیماری بر توانائی انجام فعالیت های معمول زندگی، بیماران مبتلا از کیفیت زندگی پائینی برخوردار هستند و با وجود رویکرد بهبودی در درمان بیماران قلبی، شیوع نارسائی قلبی در جهان در حال افزایش است (۶). براساس آمار به دست آمده از انجمن قلب و عروق آمریکا، سالانه حدود ۳۰/۰۰۰ بیمار به دلیل عوارض ناشی از نارسائی قلبی، جان خود را از دست می دهند (۷) بستری مجدد ناشی از نارسائی قلبی در طول ۳۰ الی ۶۰ روز پس از ترخیص حدود ۳۰ درصد و میزان مرگ و میر بین ۴ تا ۲۰ درصد گزارش شده است (۱). یکی از شکایات عمده که به طور مکرر توسط بیماران مبتلا به نارسائی قلبی ذکر می شود کمبود آگاهی از رفتارهای خود مراقبتی است. بیماری های مزمن، فرصت آموزشی ایجاد می کند تا بیماران تشویق شوند فعالیت بیشتری در امر مراقبت از خود به عمل بیاورند (۸). در اغلب موارد عدم آگاهی و نامناسب بودن رفتارهای خود مراقبتی، منجر به بستری مجدد بیمارستانی می شود. افزایش آگاهی بیماران از طریق آموزش، به بهبود رفتارهای خود مراقبتی بیماران مبتلا به نارسائی قلبی کمک می کند (۹) نارسائی قلبی بالاترین میزان بستری مجدد را به خود اختصاص داده است، به طوری که ۲۰ الی ۳۳ درصد آنها در عرض ۱ الی ۳ ماه پس از ترخیص از بیمارستان، دوباره بستری می شوند (۱۰) بر اساس آمارهای فوق، هزینه هائی که برای پیگیری های درمانی و

مراقبت این بیماران صرف می شود بسیار بالاست به طوری که در سال ۲۰۰۹ بالای ۳۷ میلیارد دلار بوده و پیش بینی می شد در سال ۲۰۱۰ به بیش از ۳۹ برسد (۱۱ و ۱۲). زمانی می توان در مدیریت بیماری های مزمن، موفقیت حاصل نمود که بیمار بتواند در فعالیت ها و رفتارهای مراقبت از خود از جمله مصرف منظم داروها و پیگیری منظم بیماری مشارکت داشته باشد. (۱۳) مطالعات نشان می دهند که با انجام اقدامات پیشگیری و رفتارهای خود مراقبتی مناسب می توان از پیشرفت این بیماری تا حدودی جلوگیری کرد (۱۴). تحقیقات زیادی نشان داده است که مراقبت های مبتنی بر مدیریت پرستاری نتایج مثبتی در بیماران مبتلا به نارسائی قلبی در پی دارد و باعث کاهش بستری مجدد بیمارستانی می شود. به نظر می رسد آموزش به بیماران و خانواده آنها بهترین رویکرد درمانی باشد (۱۵). مراقبت از خود، مهمترین جزء زندگی بیماران مبتلا به نارسائی قلبی است و شامل مراقبت هائی است که بیماران جهت حفظ زندگی و خوب بودن انجام می دهند (۱۶) مراقبت از خود یک قسمت مهم از موفقیت درمان در بیماران مبتلا به نارسائی قلبی است و تاثیر زیادی بر بهبودی علائم بیماری، عملکرد و کاهش مرگ و میر دارد (۱۷). لذا این پژوهش با هدف تعیین تاثیر آموزش خود مراقبتی بر آگاهی، عملکرد و بستری مجدد بیماران نارسائی قلبی طراحی و اجرا گردید.

روش ها

پژوهش فوق یک مطالعه کارآزمائی بالینی تصادفی با گروه شاهد بود. با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵٪ برای اختلاف نمره خود مراقبتی قبل و بعد از آموزش، بر اساس مطالعه مقدماتی و با استفاده از فرمول برآورد حجم نمونه برای نسبت جامعه، تعداد ۳۵ نمونه در دو گروه مورد نیاز بود که برای اطمینان بیشتر ۲۲ نفر در هر گروه و کلاً ۴۴ نفر (۲۲ نفر گروه مورد و ۲۲ نفر گروه شاهد) به روش نمونه گیری تصادفی تدریجی از بیمارستان های امام خمینی و سبلان اردبیل انتخاب شدند. شرایط ورود به مطالعه شامل: تشخیص نارسائی قلبی تایید شده توسط متخصص قلب و عروق، رضایت کامل بیمار، داشتن حداقل یک بار بستری و بستری بودن در بیمارستان در طول تحقیق، و شرایط خروج از مطالعه شامل: مسافرت خارج

نگرفت. پس از گذشت سه ماه از پیگیری نمونه ها، مجدداً همان پرسش نامه توسط پژوهشگر با مراجعه به منزل توسط دو گروه تکمیل گردید و فرم ثبت بستری مجدد از طریق سیستم پذیرش بیمارستانی تکمیل شد. کلیه اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار کامپیوتری SPSS نسخه 13 مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت. در تجزیه تحلیل اطلاعات از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار، توزیع فراوانی مطلق و نسبی) و آزمون های آماری کای دو و آزمون تی مستقل، جهت مقایسه دو گروه و تی زوجی، جهت مقایسه قبل و بعد از آموزش استفاده گردید.

یافته ها

در این مطالعه ۴۴ بیمار مبتلا به نارسائی قلبی در دو گروه مورد و شاهد (هر گروه ۲۲ نفر) مورد مطالعه قرار گرفتند که میانگین سنی آنها $9/98 \pm 65/31$ سال بود. از هر گروه ۳ نفر به دلایلی از مطالعه حذف شدند و در هر گروه تعداد داده های مربوط به ۱۹ نفر تجزیه و تحلیل شدند. اکثر افراد سن بالای ۶۰ سال داشتند و بیشتر آنها زن ۲۲ نفر (۵۷/۹٪)، متاهل ۲۶ نفر (۶۸/۴۲٪)، بی سواد ۱۸ نفر (۴۷/۳۵٪) و خانه دار ۲۲ نفر (۵۷/۸۵٪) بودند. اکثر بیماران ۲۳ نفر (۶۰/۵٪) اطلاعات خود مراقبتی را از پزشک کسب کرده بودند. ۲۴ نفر (۶۳/۱۵٪) از بیماران غیر از نارسائی قلبی، به بیماری های دیگر نیز مبتلا بودند و ۳۳ نفر (۸۶/۸۵٪) نیز سابقه استعمال سیگار نداشتند. اختلاف معنی داری به لحاظ آماری بین دو گروه مورد و شاهد در مورد هیچ کدام از متغیرهای دموگرافیک مشاهده نگردید (جدول ۱).

قبل از اجرای برنامه های آموزشی، میانگین آگاهی در دو گروه مورد و شاهد به ترتیب ۶۲/۰۷ و ۶۲/۲۰ بود که با آزمون تی مستقل از نظر آماری معنی دار نبود. پس از ۳ ماه پیگیری، در مقایسه میزان آگاهی واحدهای مورد پژوهش در گروه مورد پس از آموزش و گروه شاهد در آزمون نوبت دوم، به ترتیب با امتیازهای ۸۹/۶۰ و ۶۲/۴۷ تفاوت آماری معنی داری مشاهده گردید ($p=0/001$) تاثیر آموزش بر میزان آگاهی، گروه مورد پس از ۳ ماه پیگیری، نسبت به همان گروه در شروع مطالعه نشان از بالا بودن آن داشت که از نظر آزمون آماری تی زوجی معنی دار بود ($p=0/001$). میانگین امتیاز عملکرد دو گروه مورد و شاهد در شروع مطالعه به ترتیب ۵۴/۳۸ و ۵۷/۴۵ بود که از نظر آزمون آماری تی

از شهر، داشتن تحصیلات در گروه علوم پزشکی، شرایط حاد بیماری و اختلال روانی شناخته شده بود. ابزار گردآوری داده ها در این پژوهش، پرسش نامه تنظیمی در ۴ بخش بود. بخش اول اطلاعات دموگرافیک (سن، جنس، وضعیت تاهل، وضعیت اشتغال و...) بخش دوم سؤالات سنجش آگاهی با ۱۶ سؤال در مورد ماهیت بیماری، رژیم دارویی و غیردارویی بود که به پاسخ درست امتیاز ۱ و به پاسخ غلط ونمی دانم نمره صفر تعلق می گرفت. در سیستم ۱۰۰ امتیازی حداقل و حداکثر نمره قابل اکتساب بین صفر الی ۱۰۰ بود. بخش سوم تعیین نحوه عملکرد که با عبارت کلی زیر شروع می شد: "در زیر کارهایی که افراد مبتلا به نارسائی قلبی معمولاً برای مراقبت از خود انجام می دهند لیست شده است. با دادن جواب مربوطه مشخص کنید تا چه حد آنها را انجام می دهید" و به دنبال آن ۲۰ فعالیت مراقبت از خود مانند وزن کردن روزانه خود، مراجعه به پزشک و مصرف داروها طبق دستور پزشک آورده شد. جواب ها درمقیاس ۴ طیفی از عدد صفر "هرگز" تا عدد ۳ "همیشه" در نظر گرفته شد. لذا نمره قابل اکتساب در این مقیاس در محدوده صفر الی ۱۰۰ بود. بخش چهارم فرم ثبت بستری مجدد بیماران در طول ۳ ماه پیگیری بود. پرسش نامه پس از مطالعه کتب و مقالات معتبر و مرتبط با موضوع تهیه و تنظیم گردید و برای روایی آن از روش اعتبار محتوی (۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی پرستاری - مامائی دانشگاه های آزاد، شهید بهشتی و تهران) استفاده شد. جهت پایائی آن در روش آزمون مجدد، ۱۰ نفر تحت مطالعه مقدماتی قرار گرفتند و میزان همبستگی با آلفای کرونباخ $r=0/82$ به دست آمد. مداخلات آموزشی در این پژوهش، شامل آموزش در زمینه شناخت ماهیت بیماری، رژیم غذایی، رژیم دارویی، رژیم غیر دارویی (کنترل وزن روزانه، فعالیت و استراحت، ورزش، واکسیناسیون علیه آنفلوآنزا، شناسائی بدترشدن علائم بیماری و لزوم مراجعه منظم به پزشک) بود. شیوه آموزش در ۴ جلسه ۲۰ دقیقه ای به صورت چهره به چهره و با استفاده از کتابچه آموزشی بود. مداخلات یاد شده در زمان بستری در بیمارستان صورت می گرفت. جهت اطمینان و تقویت اهداف آموزشی، در فواصل بین جلسات به صورت تلفنی آموزش ها و مراقبت های یاد شده در گروه مورد در طول ۳ ماه پیگیری می شد. در گروه شاهد هیچ مداخله ای صورت

میانگین همه رفتارها قبل (۵۴/۳۸) و بعد از آموزش (۸۰/۷۵) در سطح $0/0001$ با آزمون تی زوجی معنی دار بود. (جدول ۲). به لحاظ بستری مجدد در بیمارستان بین دو گروه ۴۲/۱ درصد در گروه شاهد و ۱۵/۸ درصد در گروه مورد با آزمون آماری تی مستقل تفاوت آماری معنی داری مشاهده نشد.

مستقل معنی دار نبود ($p=0/82$). ولی پس از ۳ ماه پیگیری، امتیاز عملکرد در گروه مورد پس از آموزش و گروه شاهد در آزمون نوبت دوم به ترتیب ۸۰/۷۵ و ۵۴/۷۸ بود که از نظر آزمون آماری تی مستقل تفاوت معنی دار بود ($p=0/0001$). انجام رفتارهای خود مراقبتی در بیماران گروه مورد بسیار بهتر شده بود و نیز اختلاف بین

جدول ۱ توزیع فراوانی مطلق و درصدی واحدهای مورد پژوهش بر حسب مشخصات دموگرافیک، در دو گروه شاهد و مورد

p-value	مورد		شاهد		گروه	متغیر
	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
$p=0/111$	۶۳/۲	۱۲	۴۷/۴	۹	۱ تا ۲ بار	دفعات بستری
	۵/۳	۱	۳۱/۶	۶	۳ تا ۴ بار	
	۳۱/۶	۶	۲۱/۱	۴	بیش از ۴ بار	
$p=0/582$	۵/۳	۱	۵/۳	۱	دریچه ای	علت نارسائی قلبی
	۵۲/۶	۱۰	۶۸/۴	۱۳	فشارخون	
	۴۲/۱	۸	۲۶/۳	۵	تنگی عروق	
$p=0/475$	۱۵/۸	۳	۳۱/۶	۶	۲	درجه نارسائی قلبی
	۷۳/۷	۱۴	۶۳/۲	۱۲	۳	
	۱۰/۵	۲	۵/۳	۱	۴	
$p=0/884$	۲۶/۸	۷	۲۶/۳	۵	ضعیف	وضعیت اقتصادی
	۴۷/۴	۹	۵۲/۶	۱۰	متوسط	
	۱۵/۸	۳	۲۱/۱	۴	خوب	
$p=0/595$	$6/84 \pm 2/14$		$6/47 \pm 2/09$		میانگین و انحراف معیار	روزهای بستری
	$6/52 \pm 5/12$		$7/13 \pm 5/13$		میانگین و انحراف معیار	مدت ابتلا به بیماری (سال)

جدول ۲ مقایسه وضعیت میزان آگاهی و انجام رفتارهای خود مراقبتی در دو گروه مورد و شاهد قبل و بعد از آموزش

P-value	شاهد	مورد	گروه	متغیر
	میانگین و انحراف معیار			
$p=0/97$	$62/20 \pm 10/46$		قبل	آگاهی
	$62/47 \pm 8/84$		بعد	
$p=0/324$	$57/45 \pm 6/44$		قبل	عملکرد
	$54/78 \pm 6/24$		بعد	

بحث

براساس نتایج این مطالعه، مداخلات آموزشی در بیماران مبتلا به نارسائی قلبی باعث افزایش میزان آگاهی و بهبود انجام رفتارهای خود مراقبتی و کاهش بستری مجدد در گروه مورد نسبت به گروه شاهد شد. این بهبودی در دو مورد اول به لحاظ آماری معنی دار، ولی در مورد کاهش بستری مجدد معنی دار نبوده است. قبل از آموزش اکثریت هر دو گروه از سطح آگاهی متوسطی برخوردار بودند. نتایج مطالعه رونکالی^۱ و همکاران (۲۰۰۹) نشان می دهد واحدهای مورد مطالعه، قبل از آموزش در مورد اصول رفتارهای خود مراقبتی آگاهی متوسطی داشتند (۳). نتایج مطالعه پارادیس^۲ و همکاران (۲۰۱۰) با عنوان "تأثیر برنامه های آموزشی بر تغییرات خود مراقبتی در بیماران نارسائی قلبی"^(۱۸) و کاتو^۳ و همکاران (۲۰۰۷) با عنوان "عوامل مرتبط با رفتارهای خود مراقبتی در بیماران نارسائی قلبی" یافته های پژوهش حاضر را تایید می کنند. (۹ و ۱۸). پس از آموزش، بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش در گروه شاهد مربوط به سطح آگاهی متوسط و در گروه مورد مربوط به آگاهی در سطح خوب بود. نتایج مطالعه استراوس^۴ و همکاران (۲۰۰۹) نشان می دهد که متوسط میزان آگاهی در دو گروه شاهد و مورد پس از مداخله آموزشی، به نفع گروه مورد از نظر آزمون آماری معنی دار بوده است (۱۹). نتایج مطالعه جووسیسی و همکاران (۲۰۰۶) نیز نشان می دهد میزان آگاهی از رفتارهای خود مراقبتی در گروه مورد پس از آموزش نسبت به شروع مطالعه بهتر و از نظر آماری معنی دار بوده است (۲۰) دوال و همکاران (۲۰۰۶) نیز به این نتیجه رسیدند که مشارکت فعال بیماران در برنامه های آموزشی باعث افزایش آگاهی آنها می شود (۲۱). در بعد عملکرد، در مطالعه حاضر مشاهده می شود قبل از مداخله نمونه های مورد بررسی رفتارهای خود مراقبتی را در حد متوسط انجام می دادند که مشابه میانگین نمره مطالعه کولینگ^۵ بود که در آن میانگین رفتارهای خود مراقبتی

۵۵ درصد بود (۲۲) در پژوهشی که توسط شجاع فرد و همکاران ۱۳۸۷ انجام شد میانگین رفتارهای خود مراقبتی نمونه ها، قبل از آموزش به طور متوسط ۵۲ امتیاز از کل نمره رفتارهای خود مراقبتی بود که با مطالعه حاضر مطابقت دارد (۲۳). در بعد عملکرد، پس از آموزش بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش، در گروه شاهد مربوط به سطح عملکرد متوسط و در گروه مورد مربوط به سطح عملکرد خوب بود. نتایج مطالعه کلیم^۶ و همکاران ۲۰۱۰ نشان داد که نحوه انجام رفتارهای خود مراقبتی پس از آموزش در گروه مورد در مقایسه با گروه شاهد بهتر شده و با آزمون آماری تی مستقل تفاوت معنی داری بین دو گروه مشاهده شد (۲۴). نتایج مطالعه کالدول^۷ (۲۰۰۵) نشان می دهد که در شروع مطالعه تفاوتی بین دو گروه در رفتارهای خود مراقبتی مشاهده نشد ولی نحوه انجام رفتارهای خود مراقبتی پس از آموزش در گروه مورد به طور معنی داری نسبت به گروه کنترل بهتر شد که یافته های پژوهش حاضر را تایید می کنند (۲۵). سایر^۸ و همکاران (۲۰۰۸) به این نتیجه رسیدند که اجرای برنامه های آموزشی - حمایتی برای بیماران مبتلا به نارسائی قلبی و اعضای خانواده، رفتارهای خود مراقبتی را بهبودمی بخشد (۲۶). نتایج پژوهش شجاع فرد و همکاران نیز یافته های پژوهش حاضر را تایید می کند (۲۳). در طول ۳ ماه پیگیری اختلاف میزان بستری مجدد، بین دو گروه از نظر آزمون آماری معنی دار نبود. به نظر پژوهشگر کاهش بستری مجدد در گروه مورد به دلیل تأثیر آموزش بوده است ولی به نظر می رسد که کم بودن حجم نمونه ها، این اختلاف را معنی دار نشان نداده است. نتایج مطالعه کرومهلز^۹، عصاره و همکاران و دوال یافته های این پژوهش را تایید می کنند. کرومهلز و همکاران (۲۰۰۲) به این نتیجه رسیدند که در گروه مورد دفعات بستری مجدد در مقایسه با گروه شاهد کاهش یافته است ولی از نظر آماری معنی دار نبوده است (۲۷). مطالعه عصاره و همکاران (۲۰۰۸) نیز نشان می دهد که دفعات بستری مجدد در گروه مورد کمتر از گروه شاهد

^۱ - Roncalli

^۲ - Paradis

^۳ - Kato

^۴ - Straus

^۵ - Koelling

^۶ - Klimm

^۷ - Kaldwel

^۸ - Sayer

^۹ - Krumholz

پیشنهاد می شود از کارشناسان آموزشی و پرستاران مجرب و همچنین کتاب ها، جزوات و سی دی های آموزشی برای بیماران و خانواده های آنها استفاده گردد.

تشکر و قدر دانی

با تقدیر و تشکر شایسته از استادان فرهیخته و فرزانه جناب آقای کامرانی، سرکار خانم محمدزاده و جناب آقای دکتر ظهور که با نکته های دلاویز و گفته های بلند، صحیفه های سخن را علم پرور نمودند و همواره راهنما و راه گشای نگارنده در اتمام و اکمال مقاله بوده اند با سپاس بی دریغ از همسر، برادر و خواهرانم که مرا صمیمانه و مشفقانه یاری داده اند و با تشکر خالصانه خدمت همه کسانی که به نوعی مرا در به انجام رساندن این مهم یاری نموده اند.

بود ولی از نظر آماری معنی دار نبود (۲۸). نتایج مطالعه دوالت (۲۰۰۶) نشان می دهد با این که دفعات بستری مجدد در گروه مورد نسبت به گروه شاهد کاهش یافته است ولی از نظر آماری معنی دار نبوده است (۲۱).

نتیجه گیری

نتایج این تحقیق نشان می دهد که آموزش باعث افزایش عملکرد بیماران مبتلا به نارسایی قلبی شده ولی تاثیر موثری روی کاهش بستری مجدد نداشت. بنابراین به دلیل اهمیت و تاثیر بیماری های مزمن بر سلامت اجتماعی، برای پرستاران اهمیت خاصی پیدا می کند که تلاش های مداخله ای در راستای ارتقای رفتارهای خود مراقبتی و افزایش آگاهی جهت کنترل علایم بیماری، جلوگیری از پیشرفت و بروز عوارض بیماری انجام دهند. با توجه به نتایج این تحقیق و رشد روز افزون بیماری های قلبی

References:

- 1- Libby P, Braunwald E, Bonow R, Zipes D. P. Braunwald's heart disease: A text book of Cardiovascular Medicine. 8thed. Saunders Elsevier. 2008; 1: 606.
- 2- Bento V, Freitas R, Paulo R, Slud B. Impact of the nursing consultation on the frequency of hospitalization in patients with heart failure in Curitiba, Parana stat. MD Consult. 2009; 92: 454 - 60.
- 3- Roncalli J, Perez L, Pathak A, Spinazze L, Mazon S, Lairez O, Curnier D, Fourcade J, Elbaz M, Carrié D, Puel J, Fauvel JM, Galinier M. Improvement of young and elderly patients' knowledge of heart failure after an educational session. Clinical Medicine Cardiology. 2009(3): 45 -52.
- 4- Moffat M, Frownfelter D. Cardiovascular / pulmonary essentials: Applying the preferred physical therapist practice pattern. Published: Slack incur porated. 2007: 10 – 11.
- 5- Fouci AS, Kasper DL, Braunwald E, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J, Jameson LJ. Harrison's principles of internal medicine.17thed. McGraw – Hill medical companies, Inc. 2008; 1443.
- 6- Carlson KK. Advanced Critical Care Nursing. American Association of Critical Care Nurses. Saunders Elsevier. St Louis, Missouri. 2009: 237.
- 7- Kumar V, Abbas AK, Fausto N, Aster JC. Robbins and cortan pathologic basic of disease.8th ed. Saunders elsevier's health sciences department Philadelphia.8th ed. 2009: 533.
- 8- Bastable SB. Essentials of patient education. Publisher, jones and Bartlett. Printed, United States. 2006.
- 9- Kato N, Kinugawa K, Ito N, Yao A, Watanabe M, Imai Y, Takeda N, Hatano M, Kazuma K. Factors associated with self-care behavior of heart failure patients assessed with the European heart failure self-care behavior Japanese version. Journal of Cardiac Failure. 2007; 13(6): 76.
- 10- Adams R, Donald L, Mercedes C, Giovanni DS, Bruce F, Katherine F, Karen F, Kurt G, Susan H, Brett K, Steven K, Daniel La, Lynda L, Ariane M, Mary Mt, James M, Dariush Mn, Graham N, Christopher O, Veronique R, Wayne R, RS, Paul S, Randall S, Julia S, Thomas T, Sylvia W, Nathan W, Judith WR, Yuling H. Heart Disease and Stroke Statistics.American Heart Association. 2009; 119(3): 480 - 6.
- 11- Abraham WT, Sharon AH, Jessup M, Konstam MA, Mancini DM, Oates JA, Chin MH, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG, Rahko PS, Silver MA, Stevenson LW, Yancy CW, Michl K. Guidelines for the Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults. Journal of the American College of Cardiology. 2009; 119(2): 391 - 479.
- 12- Adams RJ, Lloyd-Jones D, Brown TM, Carnethon M, Dai S, De Simone G, Ferguson TB, Ford E, Furie K, Gillespie C, Go A, Greenlund K, Haase N, Hailpern S, Ho PM, Howard V, Kissela B, Kittner S, Lackland D, Lisabeth L, Marelli A, McDermott MM, Meigs J, Mozaffarian D, Mussolino M, Nichol G, Roger VL, Rosamond W, Sacco R, Sorlie P, Roger VL, Thom T, Wasserthiel-Smoller S, Wong ND, Wylie-Rosett J. Heart Disease and Stroke Statistics. American Heart Association. 2010, 121(3): 1 - 170.
- 13- Forbes A, While A. The nursing contributing to chronic disease management. International Journal of Nursing Studies. 2009; 46(1): 120 – 131.
- 14- Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.L., & Cheever, K.H. (2010). Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing (12th Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- 15- Goldman L, Ausielo D. Cecil medicine. Saunders Elsevier. 23th ed.vol 1. 2008; 367.
- 16- Shuldham C, Theaker C, Jaarsma T, CowieMartin R. Evaluation of the European heart failure self-care behavior scale in a United Kingdom population. Journal of Advanced Nursing. 2007; 60(1): 87 – 95.
- 17- Dickstein K, Cohen Solal A. The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the

- Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine. *European Journal of Heart*. 2008; 10 (2): 933-989.
- 18- Paradis V, Cossette S, Frasure-Smith N, Heppell S, Guertin M. The Efficacy of a Nursing Intervention Based on the Stages of Change on Self-care in Heart Failure Patients. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2010; 25(2): 130 - 141.
- 19- Straus E S, Jovicic A, Chignell M, Robert Wu. Is Web-only self-care education sufficient for heart failure patients? *American Medical Association*. 2009: 296-300.
- 20- Jovicic A, Jayna MH, Sharon ES. Effects of self – management intervention on health outcomes of patients with heart failure. *Biomed Central Cardiovascular Disorders*. 2006; 6(1): 43.
- 21- Dewalt DA, Malone RM, Bryant ME, Kosnar MC, Corr KE, Rothman RL, Sueta CA, Pignone MP. A heart failure self – management program for patients of all literacy levels: A randomized controlled trial. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/30.Pdf>. Open access: march 13, 2006.
- 22- Koelling TM, Johnson ML, Cody RJ, Aaronson KD. Discharge Education Improves Clinical Outcomes in Patients with Chronic Heart Failure. *Journal of the American Heart Association*. 2005; 111(2): 179-185.
- 23- Peters-Klimm F, Campbell S, Hermann K, Kunz CU, Müller-Tasch T, Szecsenyi J. Case management for patients with chronic systolic heart failure in primary care: the HICMan exploratory randomised controlled trial. *Competence Network Heart Failure. Trials*. 2010; 17: 56. Doi: 10.118/1745-6215-11-56.
- 24- Caldwell MA, Peters KJ. A simplified education program improves knowledge, self-care behavior, and disease severity in heart failure patients in rural settings. *American Journal of Public Health* 150(5): 983e7- 983e12.
- 25- Sayers SL, Riegel B, Pawlowski S, Coyne JS, Samaha FF. Social support and self-care of people with heart failure. *Annals of Behavioral Medicine*. 2008; 35(1): 70-79.
- 27 Krumholz HM, Amatrudda J. Randomized Trial of an Education and Support Intervention to Prevent Readmission of Patients with Heart Failure. *Journal of the American College of Cardiology*. 2002; 39(1): 83 – 9.
- 28 Assareh AR, Alasti M, Beigi SH, Fayyazi S. Effect of Discharge Education on Quality of Life and Hospital Readmission in Patients with Heart Failure: Is It Effective? *Journal of Tehran University Heart Center*. 2008; 3(1): 17 – 20. [Persian]