ORIGINAL ARTICLE

Effect of Family-centered Education on Hope in Patients with Heart Failure

Alemeh Ghajar[1],
Ravanbakhsh Esmaeili[2],
Jamshid Yazdani-Charati[3],
Zahra Ashrafi[4],
Shahzad Mazdarani[5],
Mohammad Ali Heidari Gorji[6]

[1] MSc Student in Critical Care Nursing, Student Research Committee, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[2] Assistant Professor, Department of Medical-Surgical Nursing, Orthopedic Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[3] Associate Professor, Department of Biostatistics, Health Sciences Research Center, Addiction Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[4] MSc in Medical - Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahroud University of Medical Sciences, Shahrood, Iran
[5] Psychiatrist, Sari Fatemeh Zahra Hospital, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[6] Assistant Professor, Department of Medical - Surgical Nursing, Diabetes Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received August 16, 2018 ; Accepted September 30, 2018)

Abstract

Background and purpose: Cardiac failure is a disabling disease affecting all aspects of life and many patients may feel frustrated due to reduced abilities. The aim of this study was to determine the effect of family-centered education on hope in patients with heart failure.

Materials and methods: In a randomized controlled trail, 110 patients with heart failure were selected by objective sampling and randomly assigned to either the control or experimental group. The control group received only hospital routine care and the experimental group, including the patient and an active member of his/her family, attended three 60-minute sessions for three days during hospital stay. The experimental group received face to face trainings and an educational booklet. Data was collected using a demographic questionnaire and the Miller Hope Scale before and three months after the intervention. Data analysis was done in SPSS V20.

Results: The mean values for hope in experimental and control groups before and after the intervention were 147.52 ± 33.15 and 151.63 ± 23.5 and 173.05 ± 37.45 and 134.05 ± 33.15, respectively. There was no significant difference in the mean score for hope between the two groups before the intervention (P= 0.193). But, after the intervention significant difference was seen in the mean score for hope between the experimental group and controls (P= 0.0001).

Conclusion: Training cardiac patients and their families by nurses significantly increased their levels of hope. This low-cost intervention in family members could be of great benefit in controlling and preventing heart failure.

(Clinical Trials Registry Number: IRCT2014121413156N10)

Keywords: heart failure, hope, family-centered education

J Mazandaran Univ Med Sci 2018; 28 (166): 71-80 (Persian).

* **Corresponding Author: Mohammad Ali Heidari Gorji** - Diabetes Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran (E-mail: mgorji29@yahoo.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-30]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و هشتم شماره ۱۶۶ آبان سال ۱۳۹۷ (۸۰-۷۱)

بررسی تاثیر آموزش خانواده محور بر میزان امیدواری بیماران مبتلا به نارسایی قلبی

عالمه قاجار[۱]
روانبخش اسمعیلی[۲]
جمشید یزدانی چراتی[۳]
زهرا اشرفی[۴] شهزاد مزدرانی[۵]
محمدعلی حیدری‌گرجی[۶]

چکیده

سابقه و هدف: نارسایی قلبی یک بیماری ناتوان‌کننده موثر بر تمام جنبه‌های زندگی است. از آن‌جایی که این بیماری، مزمن و غیر قابل درمان می باشد، ممکن است به علت کاهش توانایی‌ها، احساس ناامیدی را داشته باشند. لذا هدف از این مطالعه، تعیین تاثیر آموزش خانواده محور بر میزان امیدواری بیماران مبتلا به نارسایی قلبی می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به صورت کارآزمایی تصادفی شاهدار می‌باشد. ۱۱۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی با روش نمونه گیری در دسترس به دو گروه تخصیص تصادفی شدند. گروه شاهد، مراقبت‌های روتین بیمارستان را دریافت کردند و گروه آزمون علاوه بر آن در طول مدت بستری بیمار به همراه عضو فعال خانواده در سه جلسه ۶۰ دقیقه‌ای در ۳ روز آموزش داده شدند. آموزش برای هر فرد و عضو فعال خانواده به صورت چهره به چهره و حضوری و دریافت کتابچه آموزشی بود. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه جمعیت‌شناختی و امیدواری میلر (Miller) بود که یکبار قبل از آموزش و یکبار ۳ ماه بعد از پیگیری تکمیل شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری و نرم‌افزار SPSS ۲۰ صورت گرفت.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار نمره امیدواری گروه آزمون و شاهد قبل از مداخله به ترتیب ۱۴۷/۵۲±۳۳/۱۵ و ۱۵۱/۶۳±۲۳/۵و میانگین و انحراف‌معیار گروه آزمون و شاهد سه ماه بعد از مداخله به ترتیب ۱۷۳/۰۵ ±۳۷/۴۵ و ۱۳۴/۰۵ ±۳۳/۱۵ گزارش شد. میانگین نمره امیدواری بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، قبل از مداخله در گروه‌های شاهد و آزمون تفاوت آماری معنادار نداشت (p=۰/۱۹۳). پس از مداخله، مقایسه میانگین نمره امیدواری این بیماران در گروه‌های شاهد و آزمون معنادار گزارش شد (p=۰/۰۰۰۱).

استنتاج: آموزش به خانواده به همراه بیمار، توسط پرستار به طور معناداری باعث افزایش امیدواری بیماران می‌شود. این نوع مداخله کم هزینه به اعضای خانواده در امر کنترل بیماری و پیشگیری می‌تواند مفید باشد.

شماره ثبت کارآزمایی بالینی : IRCT۲۰۱۴۱۲۱۴۱۳۱۵۶N۱۰

واژه های کلیدی: نارسایی قلبی، امیدواری، آموزش خانواده محور

مقدمه

پیشرفت تکنولوژی و مراقبت‌های پزشکی، منجر به تغییر مراقبت‌های سلامتی، از افراد با بیماری‌های حاد و عفونی به سمت بیماران با بیماری‌های مزمن شده است(۱). بیماری‌های قلبی و عروقی از این نوع اختلالات و

مولف مسئول: محمدعلی گرجی- ساری: دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه E-mail: mgorji29@yahoo.com
۱. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲. استادیار، گروه پرستاری داخلی- جراحی، مرکز تحقیقات ارتوپدی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۳. دانشیار، گروه آمار زیستی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، پژوهشکده اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۴. کارشناس ارشد پرستاری داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه شاهرود، شاهرود، ایران
۵. روانپزشک، بیمارستان فاطمه الزهرا (س)، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۶. استادیار، گروه پرستاری داخلی، جراحی، مرکز تحقیقات دیابت ساری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
تاریخ دریافت : ۱۳۹۶/۵/۲۵ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات :۱۳۹۶/۶/۴ تاریخ تصویب : ۱۳۹۷/۷/۸

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-30]

شایع‌ترین علت مرگ در بیش‌تر کشورهای جهان و هم‌چنین ایران، و مهم‌ترین عامل از کار افتادگی است(۲). مرگ و میر ناشی از این بیماری در کشورهای در حال توسعه، ۲۸/۵ درصد و در ایران، ۴۰ درصد می باشد(۳). نارسایی قلبی از انواع بیماری‌های مزمن قلبی عروقی است که علی‌رغم پیشرفت‌های درمانی، میزان مرگ و میر و ناتوانی ناشی از این بیماری همچنان بالا باقیمانده است(۴). تعداد بیماران مبتلا به نارسایی قلبی حدود ۳۵۰۰ نفر به ازای هر یکصد هزار نفر جمعیت ایرانی است که نشان‌دهنده شیوع و بروز زیاد این بیماری در جامعه می‌باشد(۵). نارسایی قلبی یک معضل اجتماعی برای بیمار و خانواده آنان و هم‌چنین یک اختلال ناتوان‌کننده و مرگبار است(۶). این‌بیماری یک وضعیت بالینی غیرطبیعی است که دو نوع سیستولیک و دیاستولیک دارد(۷). تنگی نفس، خستگی و افسردگی از علائم اصلی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی هستند که منجر به عدم تحمل فعالیت می‌شود(۸). این بیماری یکی از شایع ترین عوامل منجر به بستری مجدد در بیمارستان طی ۶۰ روز پس از ترخیص است(۹). با افزایش شدت بیماری، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت [1]در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در مقایسه با جمعیت سالم و دیگر بیماری‌های مزمن، به شدت مختل می باشد و به علت عوارض ناتوان کننده، تاثیر بسیار حادتری بر کیفیت زندگی، امیدواری و توانایی عملکردی این بیماران می‌گذارد(۱۰). نارسایی قلبی یک سندرم موثر بر تمام جنبه‌های زندگی روزمره است. یک دامنه از کیفیت زندگی، ادراک روانی اجتماعی است که در افراد با نارسایی قلبی به میزان زیادی تغییر یافته است(۱۱). بیماران مبتلا به نارسایی قلبی ممکن است احساس ناامیدی را به علت کاهش توانایی‌های فیزیکی، تغییر در عملکرد و نقش‌های اجتماعی داشته باشند و در اثر ناامیدی به شدت غیر فعال شوند(۱۲). در واقع توانایی عملکرد، توانایی جسمی و روانی برای انجام دادن فعالیت‌های معمول زندگی مثل مراقبت از خود، فعالیت‌های شغلی، روابط فامیلی، مسئولیت‌ها و فعالیت‌های تفریحی و اجتماعی می‌باشد که در این بیماران کاهش یافته است(۷). امیدواری یکی از فاکتورهای روان‌شناسی مهم در امر مراقبت و بهبود سلامت بیمار می‌باشد(۱۳). بر طبق مطالعات انجام شده، میانگین نمره امیدواری در بین بیماران مبتلا به نارسایی قلبی ۵/۳ ± ۳۷/۶۹ درصد، ضعیف گزارش شده است(۱۱). امید، توانایی باور یک احساس بهتر از آینده است که با نیروی نافذ خود، باعث افزایش عملکرد می‌شود، تا سیستم بتواند تجارب نو را کسب کرده و نیروی تازه را در ارگانیزم ایجاد نماید(۱۴). امید، نیروی زندگی ضروری و پویا است که توسط روابط، منابع و کار پشتیبانی می‌شود و در نتیجه انرژی لازم برای کار مورد نظر و آینده مطلوب را فراهم می‌کند(۱۵). در واقع توانایی عملکرد، توانایی جسمی و روانی برای انجام دادن فعالیت‌های معمول زندگی مثل مراقبت از خود، فعالیت‌های شغلی، روابط فامیلی، مسئولیت‌ها و فعالیت‌های تفریحی و اجتماعی می‌باشد که در این بیماران کاهش یافته است(۷). تاکنون روش‌های مختلفی در زمینه افزایش امیدواری بیماران با بیماری‌های مزمن از جمله نارسایی قلبی انجام شده است که شامل آموزش به بیمار(۱۶)، پیگیری تلفنی(۱۲) و پیگیری پس از ترخیص(۱۷) می‌باشد. اقدامات پرستاری نظیر آموزش، مشاوره، مزاح کردن با بیمار، کمک به بیمار برای رسیدن به حداکثر فعالیت، تشویق به اجتماعی شدن و تکنیک‌های ریلکسیش، تقویت معنویت بیمار، ارتباط با خانواده بیمار، دوستان و سایر همراهان و احساس ارتباط با یک منبع عظیم‌تر در افزایش امیدواری مؤثر هستند(۱۸).

در مطالعه‌ای که به بررسی عوامل افزایش‌دهنده امیدواری در بیماران با بیماری‌های مزمن پرداختند، بیماران مهم‌ترین عامل ارتقای امیدواری را حمایت اعضای خانواده خود عنوان کردند(۱۹). ارتقا حس کنترل شخصی و فهم و درک از بیماری، باعث افزایش امیدواری و امر

1. Health-Related Quality of Life

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-30]

مراقبت در بیماران نارسایی قلب می‌شود. اما آموزش به فرد به تنهایی برای افزایش امیدواری و رفتارهای مراقبتی کافی نمی‌باشد(۱۲). بیماران با نارسایی قلبی در انجام فعالیت‌های معمول زندگی، استقلال خود را از دست داده و در مراقبت از خود به دیگران وابسته می‌شوند. اساس درمان نارسایی قلبی مشتمل بر رفع عوامل ایجاد کننده، درمان دارویی و تغییرات سبک زندگی است که تغییرات سبک زندگی علاوه بر این که باعث از بین رفتن علائم وکاهش سرعت پیشرفت بیماری شده، بلکه باعث افزایش امیدواری وکیفیت زندگی دربیماران می گردد(۸). هدف کلی از ارائه برنامه آموزشی به بیماران قلبی، تغییر رفتار است و خانواده در رسیدن به آن نقش مهمی دارد(۲۰). تحقیقات نشان داده آموزش مهارت‌های خانواده در شناخت درمانی و افزایش امید و کاهش اضطراب و افسردگی بیماران موثر بوده است(۲۲،۲۱). آموزش به اعضای خانواده در امر کنترل بیماری و حتی پیشگیری می‌تواند بسیار مفید باشد، چرا که یک ارتباط قوی بین خانواده و وضعیت سلامتی اعضای آن وجود دارد. افراد خصوصاً در بیماری‌های مزمن به اعضای خانواده خود وابسته‌اند و حتی نگرش آن‌ها تحت تأثیر خانواده قرار می‌گیرد. در آموزش خانواده محور، حضور فعال خانواده در امر بررسی و تشخیص نیازها و آموزش‌ها وجود دارد، زیرا اعتقاد بر این است که وقوع بیماری در یک فرد منجر به ورود تک تک اعضای خانواده در چرخه سیر بیماری می‌شود(۲۳). با توجه به این‌که مطالعات زیادی در زمینه آموزش به بیمار در جنبه‌های مختلف بیماری‌های قلبی و هم‌چنین سایر بیماری‌های مزمن مانند تالاسمی(۲۴) و دیابت نوع دو(۲۵) صورت گرفته است و با جستجو در پایگاه‌های در دسترس، شاهد مطالعه‌ای در راستای آموزش خانواده محور بیماران مبتلا به نارسایی قلب در زمینه امیدواری نبوده‌ایم، لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر آموزش خانواده محور، بر میزان امیدواری بیماران مبتلا به نارسایی قلب انجام شد.

مواد و روش ها

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی شاهددار بود. تعداد ۱۱۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی بستری در بخش‌های ویژه مرکز قلب مازندران، به صورت در دسترس و واجد معیارهای ورود، انتخاب شدند و به صورت تصادفی با استفاده از جدول اعداد تصادفی در دو گروه ۵۵ نفر آزمون و شاهد قرار گرفتند. بیماران پس از کسب رضایت کتبی به عنوان نمونه وارد مطالعه شدند. جهت پنهان‌سازی، تعدادی پاکت‌نامه که عدم وضوح محتوای داشت، تهیه و هر یک از توالی‌های تصادفی ایجاد شده بر روی یک کارت ثبت شد و کارت‌ها داخل پاکت‌های نامه به ترتیب جای‌گذاری شد. به منظور حفظ توالی تصادفی نیز، بر روی سطح خارجی پاکت‌ها شماره‌گذاری به همان ترتیب انجام گرفت. در نهایت درب پاکت‌های نامه چسبانده شد و به ترتیب در داخل جعبه‌ای قرار گرفت. در زمان شروع ثبت نام شرکت‌کنندگان، براساس ترتیب ورود به مطالعه، یکی از پاکت‌های نامه باز شد و گروه تخصیص یافته آن شرکت‌کننده، مشخص می‌شد. گروه شاهد و آزمون از نظر معیار ورود و خروج شرایط کاملاً یکسانی داشتند. در گروه شاهد، بیماران آموزش رایج در بیمارستان و در گروه آزمون علاوه بر آموزش های معمول بیمارستان به بیمار، به یک عضو فعال خانواده به همراه بیمار و در حضور وی، آموزش داده شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل موارد زیر بود: سن بالای ۲۰ سال(۱۲-۹)، تشخیص نارسایی قلبی توسط پزشک متخصص قلب، بیماران کلاس II و III، هوشیاری کامل، حداقل سواد برای خواندن و نوشتن بیمار و یک عضو فعال خانواده که سلامت روان و عدم افسردگی وی توسط متخصص روانپزشکی تایید شد (پس از انتخاب عضو فعال خانواده، به روانپزشک گروه که معاینات مستمر در بیمارستان دارند، معرفی شدند و قبل از شروع آموزش، سلامت آن‌ها توسط پزشک تایید شد و وارد مطالعه شدند). منظور از اعضای خانواده بیمار، فرزند، همسر و یا یکی

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-30]

از بستگان نسبی یا سببی است که او را در فرآیند درمان به منظور کسب بهبودی و ارتقای سطح سلامت همراهی کند(۱۲). این فرد می‌بایست از نظر همراهی، قدرت تصمیم‌گیری و اهمیت دادن و شناخت وضعیت بیمار نسبت به دیگران توانمندتر بود، توانایی درک و بیان زبان فارسی توسط بیمار یا یک عضو فعال خانواده، عدم آموزش رسمی توسط بیمار و عضو فعال خانواده و عدم تمایل بیمار و خانواده جهت ادامه همکاری در اواسط کار، معیار خروج در نظر گرفته شد. ابزار جمع آوری اطلاعات شامل پرسشنامه جمعیت شناختی و پرسشنامه امیدواری میلر بود. این پرسشنامه شامل ۴۸ سوال است که از حالت‌های امید و درماندگی ماده‌های قید شده در آن بر مبنای تظاهرات آشکار و پنهان رفتاری تشکیل شده است. نمره دهی پاسخ ها به این صورت می باشد: بسیار مخالف = ۱، مخالف = ۲، بی‌تفاوت = ۳، موافق = ۴، بسیار موافق = ۵. ارزش نمره هر سوال از ۱ تا ۵ متغیر می‌باشد. نمره کل این آزمون، ۲۴۰ است که حداکثر امیدواری و حداقل نمره، ۴۸ است که کم‌ترین میزان امیدواری است. در یک مطالعه، روایی و پایایی این پرسشنامه و نیز مناسب بودن آن جهت سنجش امیدواری در جمعیت ایرانی مورد بررسی قرار گرفت و پایایی آن با آلفاکرونباخ ۰/۸۱ جهت سنجش امیدواری بیماران ایرانی مورد تایید قرار گرفت(۱۵،۱۲). هم‌چنین در این مطالعه، برای تعیین مجدد پایایی پرسشنامه از آزمون مجدد و آلفای کرونباخ استفاده شد و به ۱۵ نفر از افراد مبتلا به نارسایی قلبی پرسشنامه داده شد که پس از تکمیل، آلفای کرونباخ ۹۶ درصد به دست آمده بود. لازم به توضیح است که این ۱۵ نفر جزو نمونه‌های پژوهش نبودند. هم چنین به دلیل این که پرسشنامه امیدواری، بارها در تحقیقات مختلف مورد استفاده قرار گرفتند و به عنوان ابزار استاندارد شناخته شدند، لذا نیازی به کسب روایی این ابزار نبود. پرسشنامه جمعیت شناختی و امیدواری میلر توسط بیمار یکبار قبل از مداخله و یکبار ۱۲ هفته پس از مداخله تکمیل شد(۲۶،۱۲).

در طول مدت بستری، بیمار با هماهنگی خانواده در سه جلسه ۶۰ دقیقه‌ای در سه روز و با هماهنگی مسئول بخش‌ها، در اتاق آموزش روز بخش به دور از موانع آموزشی تشکیل شد(۲۷،۲۶). پنج استاد از دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی مازندران و دو روانشناس مورد تایید شورای پژوهشی دانشکده و روانپزشک گروه و هم‌چنین یک متخصص قلب و عروق، اعتبار و روایی کتابچه آموزشی را پس از تجدید نظر و اصلاح تایید کردند. این کتابچه آموزشی پس از تایید توسط سرپرست و مشاور مورد استفاده قرار گرفت. روش آموزش توضیحی (Expository approch) و به صورت چهره به چهره بود. موارد آموزش داده شده به بیمار و عضو فعال خانواده شامل: ارائه توضیح در ارتباط با بیماری و عوارض آن و اهمیت داشتن اطلاعات، اهمیت دارو درمانی، روش مصرف داروها، رژیم غذایی، فعالیت فیزیکی (جلسه اول)، محدودیت مصرف مایعات، کنترل وزن، نحوه کنترل علایم حیاتی، اهمیت واکسیناسیون و ترک سیگار (جلسه دوم)، راه‌های مقابله با ناامیدی و افسردگی از جمله رفتاردرمانی، روش های مثبت گرایی، روش های شاد زیستن پذیرش واقعیت، ورزش روزانه، تغذیه مناسب، خواب مناسب و افزایش امیدواری، آشنایی با علایم به وجود آورنده بیماری و عود آن (جلسه سوم). در پایان جلسات فرصت پرسش و پاسخ جهت رفع نقاط ابهام داده می شد. کتابچه در اختیار بیمار و اعضای خانواده قرار گرفت و دو روز قبل از تاریخ حضور مجدد، جهت یادآوری مراجعه مجدد به بیمارستان با بیمار تماس گرفته می‌شد و تاریخ مراجعه بعدی جهت تکمیل پرسشنامه به بیمار اعلام می‌شد. بیماران و خانواده‌ها می توانستند با شماره تلفن محقق در صورت داشتن هر گونه مشکل و یا سوالی ارتباط برقرار کنند و هم‌چنین در فاصله زمانی بین آموزش تا تکمیل پرسشنامه امیدواری با برقراری تماس تلفنی با بیمار و خانواده با تاکید بر مطالب گفته شده به پرسش‌های احتمالی ایجاد شده پاسخ داده می‌شد. در ضمن در

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-30]

مراجعه بعدی گروه شاهد جهت تکمیل پرسشنامه دوم، کتابچه در اختیار این گروه نیز قرار گرفت.

در پایان این مطالعه، برای خلاصه‌سازی داده‌های کمی ازمیانگین و انحراف‌معیار استفاده شد و برای داده‌های کیفی ابتدا با استفاده از آزمون Kolmogorov-Smirnov، نرمال بودن داده‌ها مورد بررسی قرار گرفت و با توجه به نرمال نبودن از آزمون Mann-Whitney برای مقایسه دو گروه مستقل و از آزمون Wilcoxon برای مقایسه قبل و بعد از مداخله استفاده گردید و برای مقایسه متغیرهای کیفی از آزمون Chi-Square استفاده شد. سطح معنی‌داری آماری ۰/۰۵در نظر گرفته شد. داده‌ها در نرم افزار آماری SPSS ۲۰ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها

مقایسه متغیرهای جمعیت شناختی نمونه های مورد مطالعه در دو گروه در جدول شماره ۱ آمده است. دو گروه از نظر جنس (p=۰/۲۴)، سن (p=۰/۹۳)، وضعیت تاهل (p=۰/۱۴۳)، شاخص توده بدنی (p=۰/۹۶)، سطح تحصیلات (p=۰/۵)، کلاس قلبی (p=۱)، کسر تخلیه ای (p=۰/۲)، رژیم غذایی (p=۰/۵)، داشتن آگاهی نسبت به بیماری (p=۰/۵۵) و مصرف سیگار (p=۰/۵۱) تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند. برای تمام متغیرهای ذکر شده، آزمون آماری کای اسکوئر استفاده شد. واحدهای پژوهش از نظر متغیرهای ذکر شده، یکسان بودند.

جدول شماره ۲، مقایسه میانگین امیدواری نمونه ها را قبل و بعد از مداخله نشان می‌دهد. آزمون آماری independent sample Test تفاوت معنی‌داری را بین میانگین‌های امیدواری دو گروه قبل از مداخله نشان نمی‌دهد (p=۰/۱۹۳)، اما تفاوت میانگین‌ها بعد از مداخله با آزمون آماری wilcoxon معنادار گزارش شد (p=۰/۰۰۰). هم‌چنین مقایسه میانگین نمرات امیدواری در مرحله قبل و بعد از آموزش در هر کدام از دو گروه به طور مجزا با آزمون آماری Man-whitney معنی‌دار گزارش شد.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی واحدهای پژوهش برحسب متغیرهای دمو گرافیک در دو گروه

متغیر	گروه	آزمون تعداد (درصد)	شاهد تعداد (درصد)	سطح معنی داری
سن (سال)	انحراف معیار±میانگین	۶۳/۶۷±۵۵	۶۳/۶۰±۵۵	p=۰/۹۳
جنس	مرد	۲۸ (۵۰/۹)	۳۴ (۶۱/۸)	p=۰/۲۴
	زن	۲۷ (۴۹/۱)	۲۱)۳۸/۲)	
BMI (Kg/m^2)	انحراف معیار±میانگین	۲۶/۷۹±۵۵	۲۶/۳۸±۵۵	p=۰/۹۶
کلاس قلبی	II	۳۰ (۵۴/۵)	۳۰ (۵۴/۵)	p=۱
	III	۲۵ (۴۵/۵)	۲۵ (۲۵/۵)	
مصرف سیگار	بله	۱۳ (۲۳/۶)	۱۶ (۲۹/۱)	p=۰/۵
	خیر	۴۲ (۷۶/۴)	۳۹ (۷۰/۹)	
داشتن آگاهی از بیماری	بله	۵۲ (۹۴/۵)	۵۱ (۹۲/۷)	p=۰/۵
	خیر	۳ (۵/۵)	۴ (۷/۳)	
تاهل	مجرد	۲ (۳/۶)	۴ (۷/۳)	p=۰/۱۴
	متاهل	۳۷ (۶۷/۳)	۲۶ (۴۷/۳)	
	جداشده	۱۵ (۳۷/۳)	۲۱ (۳۸/۲)	
	فوت شده	۱ (۱/۸)	۴ (۷/۳)	
کسر تخلیه ای	۱۰-۲۱	۳ (۵/۴)	۱ (۰/۰۱)	
	۲۱-۳۰	۱۳ (۲۳/۶)	۱۵ (۲۷/۲)	p=۰/۲
	۳۱-۴۰	۳۱ (۵۶/۳)	۲۹ (۵۲/۷)	
	>۴۱	۸ (۱۴/۵)	۱۰ (۱۸/۱)	
تحصیلات	بی سواد	۳۱ (۵۶/۴)	۱۹ (۳۶/۶)	
	زیر دیپلم	۱۱ (۲۰)	۱۴ (۲۵/۵)	
	دیپلم	۸ (۱۴/۵)	۱۳ (۲۳/۶)	p=۰/۵
	فوق دیپلم	۳ (۵/۵)	۷ (۱۲/۷)	
	لیسانس	۲ (۳/۶)	۱ (۱/۸)	
	فوق لیسانس	۰	۱ (۱/۸)	
رژیم غذایی	معمولی	۴ (۷/۳)	۲ (۳/۶)	
	کم نمک	۳۳ (۶۰)	۳۵ (۶۳/۶)	p=۰/۵
	دیابتی	۲ (۳/۶)	۵ (۹/۱)	
	بدون رژیم	۱۶ (۲۹/۱)	۱۳ (۲۳/۶)	
فرد کمک کننده بیمار	همسر	۲۱ (۳۸/۲)	۱۴)۲۵/۵)	
	فرزند	۲۸ (۵۰/۹)	۲۶)۴۷/۳)	
	برادر/خواهر	۳ (۵/۵)	۷ (۱۲/۷)	p=۰/۱۲
	دوستان	۳ (۵/۵)	۴ (۷/۳)	
	هیچکس	۰/۰	۴ (۷/۳)	
برنامه ورزشی	بله	۱۲ (۲۱/۸)	۱۷ (۳۰/۹)	p=۰/۲
	خیر	۴۳ (۷۸/۲)	۳۸ (۶۹/۱)	
رضایت از خواب	بله	۱۹ (۳۴/۵)	۲۹ (۵۲/۷)	p=۰/۰۵
	خیر	۳۶ (۶۵/۵)	۲۶ (۴۷/۳)	
رضایت از رابطه جنسی	بله	۳۰ (۵۴/۵)	۲۴ (۴۳/۶)	p=۰/۲
	خیر	۲۵ (۴۵/۵)	۳۱ (۵۶/۴)	

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین امیدواری قبل و بعد از مداخله

میانگین و انحراف معیار امیدواری / گروه ها	قبل از مداخله	۳ ماه بعد از مداخله	Man-whitney Test
	انحراف معیار±میانگین	انحراف معیار±میانگین	
گروه آزمون	۱۴۷/۵۲ ± ۲۳/۱۵	۱۷۳/۰۵ ± ۳۷/۴۵	p=۰/۰۰
گروه شاهد	۱۵۱/۶۳ ± ۲۳/۵	۱۳۴/۰۵ ± ۳۳/۱۵	p=۰/۰۰
نتیجه آزمون آماری	independent sample Test =۰/۱۹۳	wilcoxon =۰/۰۰۰۱	

بحث

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، میزان امیدواری بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در بین گروه شاهد و آزمون قبل از شروع مداخله اختلاف معنی‌دار مشاهده نشد. پس از ارائه آموزش به گروه مداخله و سه ماه اجرای آن توسط خانواده، میزان امیدواری بیماران مبتلا

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-30]

به نارسایی قلبی در بین گروه شاهد و آزمون معنی‌دار بود. در مطالعه فرهادی و همکاران در سال ۲۰۱۴ مشخص شد که آموزش چهره به چهره به بیماران سرطانی باعث ارتقاء امیدواری و بهبود وضعیت عملکرد جسمانی و در نتیجه کیفیت زندگی مطلوب این بیماران می‌شود و تاثیر چشمگیر مداخلات روانشناسی مثبت گرا در روند بیماری‌های مزمن را تایید کرد(۲۶). در مطالعه حاضر نیز روش آموزش به صورت چهره به چهره بود و در جلسات آموزش تاکید به مثبت گرایی گنجانده شده بود و در نتیجه پس از سه ماه پیگیری، افزایش امیدواری بیماران در نتیجه آموزش خانواده‌ها در نتایج مطالعه مشاهده شد، در نتیجه این مطالعه با پژوهش حاضر همخوانی دارد.

Fischer و همکاران، با مطالعه بیماران سرطانی بیان می‌کنند که پرستار می‌تواند عاملی برای تحریک و تحول امیدواری بیمار باشد و این امر با حفظ روابط با آن‌ها، حضور داشتن کنار آن‌ها، گوش دادن فعال به بیمار و اثبات همدردی با بیمار میسر می‌شود. پس می‌توان گفت که نقش فعال پرستاران با به کار بردن مداخلاتی که اهداف بالا را پوشش دهند، می‌توانند امیدواری بیماران را ارتقا بخشند(۲۸). در این پژوهش، پرستار نقش فعال آموزش‌دهنده به بیمار و خانواده‌های آن‌ها را داشت و طی سه جلسه آموزشی با بیمار و خانواده آن‌ها رابطه مستقیم داشت و پاسخگو سوالات و مشکلات آن‌ها بود، که این مطالعه همسو با مطالعه حاضر می باشد.

Koopmeiners در مطالعه خود به بررسی عوامل افزایش دهنده امیدواری در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن پرداخت و گزارش کرد بیماران مهم‌ترین عامل ارتقاء امیدواری را حمایت اعضای خانواده خود عنوان کردند(۱۲) که این مطالعه همراستا با مطالعه حاضر می‌باشد و به نقش حمایتی خانواده در بیماری‌های مزمن و افزایش امیدواری اشاره دارد. Gance-Cleveland بیان داشت برنامه‌های آموزشی خانواده محور در زمینه رژیم دارویی بیماران از طریق نمایش و استفاده از ابزار آموزشی ساده منجر به بهبود تعامل بیمار و خانواده می‌شود(۲۹) که این مطالعه همسو با مطالعه حاضر می‌باشد و حضور خانواده و استفاده از ابزارهای آموزشی را زمینه ساز تعامل بیمار و خانواده می داند. هم چنین بر اساس نتایج Oupra و همکاران، مداخله حمایتی برای خانواده بیماران سبب افزایش کیفیت زندگی بیمار و خانواده وی و هم‌چنین کاهش احساس فشار در مراقبت از بیمار می‌شود(۳۰). این مطلب با روند آموزشی مطالعه حاضر که همراه با آموزش های قابل فهم در چند جلسه برای خانواده و همراه با پیگیری بوده است، همخوانی داشت. نتایج مطالعه حاضر با نتایج Dunbar که به بررسی تاثیر آموزش خانواده روی رژیم بیماران نارسایی قلبی پرداختند که در زمینه مدت زمان آموزش و تعداد جلسات مشابه همسو بود و در هر دو مطالعه اختلاف معنی‌داری قبل و بعد از مداخله آموزشی وجود داشت. در مطالعه Dunbar، دو گروه مداخله شامل خانواده بیماران و گروه دوم بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بودند که توسط پرستاران و متخصصین تغذیه آموزش دیدند. آموزش طی سه جلسه ۱-۱/۵ ساعت در بیمارستان بود و رژیم غذایی بیماران در ابتدا و طی سه ماه بعد از مداخله بررسی شد(۳۱). Miller، نداشتن حمایت اجتماعی، تنهایی، خستگی، القای ناامیدی از سوی اعضای خانواده و تیم بهداشتی را از جمله عوامل تهدید کننده حس امیدواری در بیماران ذکر می‌کند(۳۲). یافته‌های پژوهش حاضر به مقایسه میزان امیدواری، قبل و بعد از مداخله در گروه شاهد همسو با یافته‌ها در مطالعه Miller می‌باشد. تاکید اکثر مطالعات جهت افزایش امیدواری در بیماران مبتلا به بیماری مزمن، بر روی دادن آموزش و آگاهی و حمایت همه جانبه از بیمار می‌باشد که در مطالعه حاضر جلسات آموزشی برای بیمار و خانواده‌ها در افزایش امیدواری بیماران موثر واقع شد. اما در پژوهش بهرامی‌نژاد و همکاران که به مقایسه تاثیر آموزش خانواده محور و فرد محور بر کاهش توده بدنی و سبک زندگی پرداختند، آموزش توسط پرستار و در۲-۳ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای برگزار شد و ابتدا هفته‌ای یکبار و سپس ماهی یکبار تا سه ماه

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-30]

افراد تحت بررسی قرار گرفتند. در این پژوهش، اگر چه میانگین شاخص توده بدنی بعد از مداخله در هر دو گروه نسبت به قبل از مداخله کاهش معنی‌دار داشت، اما اختلاف بین دو گروه بعد از مداخله معنی‌دار نبود(۳۳). روش آموزش و تعداد جلسات این پژوهش با مطالعه حاضر هم راستا می‌باشد، ولی از نظر اختلاف بین دو گروه با پژوهش حاضر همخوانی ندارد، چرا که آموزش موثر واقع شد و اختلاف معنی‌دار بین نمره امیدواری دو گروه وجود داشت. بنابراین می‌توان گفت با توجه به در راستا قرار داشتن نوع مداخله ما با مداخلات مذکور، مداخله ما در افزایش امیدواری بیماران نارسایی قلبی موفق بوده است. از آن‌جایی‌که فاکتورهای روان‌شناختی مؤثر بر بیماری مثل اضطراب، افسردگی و ناامیدی به‌طور روتین در ارزیابی بیماران نارسایی قلبی مورد بررسی قرار نمی‌گیرد، لذا ارزیابی این فاکتورها و پیشنهاد راهکارهای مناسب در این جهت، می‌تواند منجر به پیامدهای مثبتی در این بیماران شود در این پژوهش به این نتیجه رسیدیم که آموزش خانواده محور می‌تواند جهت افزایش امیدواری بیماران موثر واقع شود. این نوع از مداخله برای کاربرد در سایر بیماری‌های مزمن نیز به عنوان استراتژی مناسب جهت ارتقای امیدواری این دسته از بیماران نیز پیشنهاد می‌شود.

با توجه به ماهیت مزمن و پیچیده بیماری نارسایی قلبی، ناامیدی در این بیماران امری اجتناب‌ناپذیر است. نتایج مطالعه نشان داد که آموزش خانواده محور باعث افزایش معنادار میانگین امیدواری در گروه مداخله شد. لازم به ذکر است که آموزش‌های روتین بیمارستان به بیمار به تنهایی باعث افزایش معنادار امیدواری نشد. می‌توان نتیجه گرفت که آموزش خانواده محور و دادن کتابچه مناسب آموزشی و در ارتباط بودن خانواده و بیمار با پرستار عامل اصلی ارتقای امیدواری و معناداری بوده است. آموزش خانواده محور در این مطالعه توانست به صورت معناداری بر میزان امیدواری بیماران مبتلا به نارسایی قلبی تاثیر گذارد.

سپاسگزاری

این پژوهش حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه مصوب شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران و کارآزمایی بالینی دارای (کد ثبت: IRCT2014121413156N10) می‌باشد. هم‌چنین مصوب کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مازندران با کد اخلاق IR.MAZUMS.REC.۹۴,۱۹۴۴ می‌باشد. پژوهشگر بر خود لازم می‌داند که از تمام بیماران و خانواده‌های محترم که با وجود رنجور بودن و مشکلات فراوان در اجرای این تحقیق صمیمانه همکاری نمودند تقدیر و تشکر کند. هم‌چنین از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه و پرسنل بخش های مراقبت ویژه قلبی مرکز قلب مازندران که فعالانه با این طرح همکاری داشتند، سپاسگزاری می‌شود.

References

1. Van Kuiken DM. The Role of Hope in Self-care in Persons with Heart Failure. USA: University of Cincinnati; 2008.
2. Vahedian Azimi A, Alhani F, Ahmadi F, Kazemnejad A. Effect of family-centered empowerment model on the life style of myocardial infarction patients. Iran J Crit Care Nurs. 2010; 2(4): 1-2 (Persian).
3. Babaee G, Keshavarz M, Hidarian A, Shayegan M. Effect of a Health Education Program on Quality of Life in Patients Undergoing Coronary Artery Baypass Surgery. Acta Medica Iranica 2007; 45(1): 69-75 (Persian).
4. Paul S. Hospital discharge education for patients with heart failure: what really works and what is the evidence? Crit Care Nurse 2008; 28(2): 66-82.
5. Nordgren L, Asp M, Fagerberg I. An exploration of the phenomenon of formal care from the perspective of middle-aged

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-30]

heart failure patients. Eur J Cardiovasc Nurs 2007; 6(2): 121-129.

6. Jaarsma T, Halfens R, Tan F, Abu-Saad HH, Dracup K, Diederiks J. Self-care and quality of life in patients with advanced heart failure: the effect of a supportive educational intervention. Heart Lung 2000; 29(5): 319-330.
7. Abbasi A, Asayesh H, Hossiny SA, GHorbani M, Abdollahi AA, Rouhi G, et al. The relationship between functional ability and quality of life of patients with heart failure. Iran South Med J (ISMJ) 2010; 13(1): 31-40 (Persian).
8. Salehi Tali S, Mehralian H, Imani R, Khaledifar A, Hatamipoor K. Continuous caring and educational intervention (home visit) on quality of life in patients with heart failure. J Shahrcord Univ Med Sci 2008; 1(10): 14-19 (Persian).
9. Borhani F, Abbaszadeh A, Rashidinajad H, Mohammadi E. Study of the effect of partnership care model on the quality of life in patients with heart failure. Iran J Crit Care Nurs 2012; 5(1): 43-48 (Persian).
10. Gary RA, Sueta CA, Dougherty M, Rosenberg B, Cheek D, Preisser J, et al. Home-based exercise improves functional performance and quality of life in women with diastolic heart failure. Heart Lung 2004; 33(4): 210-218.
11. Rustøen T, Howie J, Eidsmo I, Moum T. Hope in patients hospitalized with heart failure. Am J Crit Care 2005; 14(5): 417-425.
12. Shojaee A, Nahrir B, Naderi N, Zareiyan A. Effect of patient education and telephone follow up by the nurse on the level of hope in patients suffering from heart. J Nurs Educ 2013; 2(3): 16-26 (Persian).
13. McGurk K. Quality of Life, Hope, Social Support, and Self-Care in heart failure patients. Heart and Lung: The Journal of Acute and Critical Care 2010; 39(4): 348-349.
14. Morse JM, Doberneck B. Delineating the concept of hope. J Nurs Sch 2007; 27(4): 277-285.
15. Abdi N, Lari MA. Standardization of Threepe Scales, as Possible Measures at the End of Life, in Iranian Population Ho. Iran J Cancer Prev 2011; 4(2): 71-77 (Persian).
16. McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Bo¨hm M, Dickstein K, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012 The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J 2012; 14(8): 803-869.
17. VanSuch M, Naessens JM, Stroebel RJ, Huddleston JM, Williams AR. Effect of discharge instructions on readmission of hospitalised patients with heart failure: do all of the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations heart failure core measures reflect better care? Qual Saf Health Care 2009; 15(6): 414-417.
18. Fitzgerald Miller J. Hope: a construct central to nursing. Nurs Forum 2007; 42(1): 12-19.
19. Koopmeiners L, Post-White J, Gutknecht S, Ceronsky C, Nickelson K, Drew D, et al. How healthcare professionals contribute to hope in patients with cancer. Oncol Nurs Forum 1997; 24(9): 1507-1513.
20. Sanaie N, Nejati S, Zolfaghari M, Alhani F, Kazemnezhad A. The Effects of Family-based Empowerment on Family Cooperation in Following Patient Treatment Regime after Coroner Arteries Bypass Surgery. Modern Care Journal 2014; 11(1): 19-27 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-30]

21. Catherine G. Sources of hope in chronic illness. Health Sociol Rev 2001; 10(2): 99-107.
22. Roberts SL JL, Keely B. Fostering hope in the elderly congestive heart failure patient in critical care. Geriatr Nurs 2005; 12(9): 24-13.
23. Sadegh M, Pedram Razi SH, Nikbakht Nasrabadi A, Ebrahimi H, Kazemnejad A. Comparison of the impact of education based on the empowerrment model and family-center empowerrment model on knowledge and metabolic control of patients with type 2 diabetes mellitus. J Nurs Educ (JNE) 2013; 2(3): 18-27 (Persian).
24. Allahyari A, Alhany F, Kazemnejad A, Izadyar I. The effect of family-centered empowerment model on the Quality of Life of school-age B-thalassemic children. Iran J Pediatr 2006; 16(4): 455-461 (Persian).
25. Ashrafi Z, Masrore Rodsari D, Parsa Yekta Z, Haghani H. Determination of the impact of family-based education on quality of life of pation with type2 diabets. Journal of Knowledge and Health 2013; 10(1): 1-24 (Persian).
26. Farhadi A MY, Movahedi M. The effectiveness of group therapy, life hope based on the improvement of the quality of health care for patients Cancer. J Lorestan Univ Med Sci. 2014; 16(1).
27. Ebrahimi H, Ashari Z, Masrorrodsari DM, Parsa Z, Haghani H. Effect of Family-Based Education on the Quality of Life of Persons With Type 2 Diabetes: A Randomized Clinical Trial. J Nurs Res. 2017;26(2): 97-103.
28. Fischer MJ, Wiesenhaan ME, Heijer AD, Kleijn WC, Nortier JW, Kaptein AA. From despair to hope: A longitudinal study of illness perceptions and coping in a psycho-educational group intervention for women with breast cancer. Br J Health Psychol. 2012; 18(3): 526-525.
29. Gance-Cleveland B. Motivational Interviewing as a Strategy to Increase Families' Adherence to Treatment Regimens. J Spec Pediatr Nurse. 2005; 10(3): 151-155.
30. Oupra R, Griffiths R, Pryor J, Mott S. Effectiveness of Supportive Educative Learning programme on the level of strain experienced by caregivers of stroke patients in Thailand. Health Soc Care Community. 2010; 18: 10-20.
31. Dunbar SB, Clark PC, Deaton C, Smith AL, De AK, O'Brien MC. Family Education and Support Interventions in Heart Failure. a Pilot study. Nurs Res. 2005; 54(3): 158-166.
32. Fitzgerarld Miller J. Hope: A construct central to nursing. Nurs Forum 2007; 42(1): 12-19.
33. Bahrami Nejad N, Mousavinasab SN, Alimohamdi R, Bageri Asl A. Comparison of the Impacts of Family-based and Individual-Based Interventions on Body Mass Index and Life Style. Zanjan Univ Medl Sci. 2010; 62(16): 67-76 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-30]