

بررسی تأثیر آموزش به روش فیلم آموزشی بر کیفیت زندگی بیماران مزمن انسدادی ریه

محمد رضا جانی^۱، محمد رضا رزم آرا^{۲*}، آسیه مؤدی^۳، عاطفه جمشیدی^۴، ریحانه ایوبی^۴، محمد رضا داوری^۴

۱. کارشناسی ارشد مراقبت‌های ویژه، مربی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی قاین، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران
۲. کارشناسی ارشد آموزش پرستار، مربی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی قاین، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قانات، بیرجند، ایران
۳. دانشجوی دکتری مامایی، عضو هیئت علمی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی قاین، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران
۴. کارشناس پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی قاین، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۱/۲۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۴/۳۱

اهداف در بیمارانی که بیماری انسدادی مزمن ریه دارند افزایش عملکرد و سلامتی باید هدف اصلی مراقبت و درمان باشد با این حال کیفیت زندگی بیماران انسدادی مزمن ریه اغلب پایین تر از حد طبیعی است. هدف از انجام مطالعه حاضر تعیین تأثیر آموزش به روش فیلم آموزشی بر کیفیت زندگی بیماران مزمن انسدادی ریه است.

مواد و روش‌ها پژوهش حاضر مطالعه‌ای نیمه تجربی است که روی ۴۰ نفر از بیماران COPD بستری در بخش داخلی بیمارستان شهدا شهرستان قاین در سال ۱۳۹۵-۱۳۹۶ انجام گرفته است، نمونه‌گیری به صورت مراجعه مداوم به بخش داخلی بیمارستان شهدا قاین صورت گرفت. پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) و مشخصات دموگرافیک قبل و یک ماه بعد از ترخیص تکمیل شد. در نهایت اطلاعات حاصل از پرسشنامه‌ها از طریق نرم افزار SPSS و ویرایش ۲۰ در سطح معناداری ۰/۰۵ و طبق آزمون‌های Wilcoxon و pair T-test تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها ۲۱ نفر (۵۲/۵ درصد) از نمونه‌های مورد مطالعه زن و ۱۹ نفر (۴۷/۵ درصد) مرد بودند که میانگین سنی آن‌ها ۶۲/۶ بود. میانگین نمره کل کیفیت زندگی و بعد روانی و جسمانی و تمامی هشت بعد کیفیت زندگی، قبل و بعد مداخله اختلاف معناداری نشان دادند ($p \leq 0.01$)

نتیجه‌گیری با توجه به بررسی نتایج پژوهش می‌توان دریافت که اجرای آموزش باعث بهبود فعالیت روزانه بیماران COPD می‌شود؛ بنابراین ضرورت اجرای برنامه‌ای مطرح می‌شود که همه ابعاد سلامتی (جسمی، روانی، اجتماعی و...) را بررسی کند.

کلیدواژه‌ها:

بیماری انسدادی مزمن ریوی (COPD)، کیفیت زندگی، فیلم آموزش.

مقدمه

پیشگیری و درمان‌پذیر است که پیش‌رونده بوده و با محدودیت راه هوایی بدون برگشت کامل مشخص می‌شود [۱]. بیماران مبتلا به COPD معمولاً علائمی مانند سرفه همراه

بیماری مزمن انسدادی ریه (COPD)^۱ بیماری‌های مزمن، قابل

1. Chronic Obstructive Pulmonary Disease

* نویسنده مسئول: محمد رضا رزم آرا

نشانی: گروه مهندسی بهداشت محیط، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

دورنگار:

تلفن: ۰۹۱۵۹۶۲۴۵۱۸

رایانه: jani_mr66@yahoo.com

شناسه ORCID: 0000-0002-28412-805X

شناسه ORCID نویسنده اول: 0000-0000-6732-8989

مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دوره ۲۶، شماره ۱، فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۸، ص ۳۵-۴۳

آدرس سایت: http://jsums.medsab.ac.ir رایانامه: journal@medsab.ac.ir

شاپای چاپی: ۱۶۰۶-۷۴۸۷

مراقبت از خود بر آسایش، توانایی‌های عملکردی و فرایندهای بیماری خود تأثیرگذار باشند. ارتقای رفتارهای مراقبت از خود به بیماران کمک می‌کند تا بر زندگی خود کنترل داشته باشند و با عوارض ناشی از بیماری خود سازگار شوند که این سازگاری به ارتقا کیفیت زندگی بیماران می‌انجامد [۱۰].

امروزه بیماران بستری در بیمارستان‌ها با تشخیصی که بستری باشند، حین ترخیص آموزش‌هایی را که معمولاً در مراکز درمانی معمول است دریافت می‌کنند [۱۱]. از آنجا که کمبود وقت یکی از عوامل ارائه ناکافی آموزش به بیمار از سوی پرستاران است، در بسیاری از موارد اجرای این روش‌های آموزشی که بیشتر به صورت شفاهی و چهره‌به‌چهره انجام می‌شود، فرایند آموزش را با مشکلاتی مواجه می‌سازد [۱۲].

اکثر بیماران پس از مرخص شدن از بیمارستان، به الگوهای زندگی قبلی خود در ارتباط با ورزش، استعمال سیگار و رژیم غذایی برمی‌گردند و به عوامل مستعدکننده بیماری خود توجهی ندارند [۱۳]. از این‌رو لازم است قبل و بعد از ترخیص، آگاهی‌های ضروری به بیمار و خانواده وی داده شود [۱۴]. ویدیو یکی از وسایل کمک آموزشی است که در امر آموزش بیماران استفاده می‌شود. فیلم ویدیویی، برای انتقال مفاهیم پایه برای آموزش به بیماران در زمان کوتاه استفاده می‌شود. از مزایای آن، عدم اضطراب در زمان آموزش، اضافه کردن اطلاعات به اطلاعات قبلی و استفاده از رنگ، حرکت و صحنه‌های مختلف است که این موارد همراه با صدا و تصویر باعث آموزش بیشتر فراگیر می‌شود [۱۵]. با توجه به اینکه شاخص کیفیت زندگی می‌تواند به صورت همه‌جانبه‌ای تأثیر مراقبت انجام شده را ارزیابی نماید و نیز باهدف کاربردی توصیه و توسعه اجرای برنامه ترخیص، پژوهشگر بر آن شد تا تأثیر آموزش به روش فیلم آموزشی بر کیفیت زندگی بیماران COPD را بررسی نماید.

مواد و روش‌ها

این پژوهش مطالعه‌ای نیمه‌تجربی است. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی بیماران COPD است که در بخش داخلی بیمارستان شهدا قاین در زمان انجام پژوهش (دی ۱۳۹۵ تا اردیبهشت ۱۳۹۶) بستری و تحت درمان هستند. حجم نمونه بر اساس فرمول مقایسه میانگین بر اساس مطالعه مشابه برازپردجانی [۱۶] با سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد ۲۱ نفر محاسبه شد با احتمال ریزش نمونه‌ها در مقیاس وسیع ۴۰ نفر در نظر گرفته شد

با خلط، کاهش تحمل به ورزش، ویزینگ، کوتاهی تنفس و بازدم طولانی مدت را تجربه می‌کنند، تنگی نفس از علائم بسیار شایع در بیماران مبتلا است [۲]. COPD چهارمین علت مرگ بوده و بیش از ۱۰ میلیون نفر را در آمریکا گرفتار کرده است [۱] و یکی از علل اصلی ناتوانی مزمن در دنیا است [۳]. در سال ۲۰۱۱، COPD و بیماری‌های تنفسی مرتبط با آن، ۲۴ میلیون بزرگسال را تحت تأثیر قرار داد و سومین علت اصلی مرگ در ایالات متحده بود. به‌رغم اینکه دیگر علل عمده مرگ‌ومیر در حال کاهش است، ۵ درصد افراد بزرگسال آمریکا را تحت تأثیر قرار داده است [۱]؛ و در صورتی که مداخلات مناسب و به‌موقع برای این بیماران انجام نگیرد به سومین علت مرگ در سال ۲۰۳۰ خواهد رسید [۳]. در ایران در گروه سنی ۱۵ تا ۴۹ سال، ۱۸ استان کشور در سال ۱۳۸۰ تعداد مبتلایان به COPD را به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر ۱۰۵ نفر و در گروه سنی ۵۰ سال به بالا، به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر ۱۰۵۷ نفر تخمین زدند و بیشتر مبتلایان مرد و ساکنین شهرها بودند [۲].

کیفیت زندگی مفهوم وسیعی است و به‌صورتی پیچیده با سلامت جسمانی، وضعیت روان‌شناختی، میزان استقلال، روابط اجتماعی، باورهای شخصی فرد و همچنین عوامل محیطی در ارتباط است [۴]. کیفیت زندگی مفهومی چند بعدی نسبی و متأثر از زمان و مکان و ارزش‌های فردی و اجتماعی است [۵].

با توجه به روند پیش‌رونده و مزمن اختلال عملکرد ریه ناشی از بیماری و تشدید نشانه‌های تنفسی، این بیماران کاهش تدریجی وضعیت سلامت را در طی سال‌های زندگی تجربه کرده و مکرراً زندگی اجتماعی، عملکرد فیزیکی و فعالیت‌های روزانه آن‌ها مختل می‌شود [۸، ۷، ۶] در نتیجه بیماران کاهش یا از دست دادن نقش‌های اجتماعی و مشکلات روانی متعددی از قبیل ترس، اضطراب، افسردگی، گوشه‌گیری و وابستگی به دیگران را تجربه می‌کنند که در نهایت سبب کاهش کیفیت می‌شود [۶].

آموزش برنامه‌های مناسب در خصوص بیماری و روش درمان و مواردی که بیمار (خودمراقبتی) باید رعایت کند، سبب بهبود عملکرد جسمی و سلامت عمومی بیمار و همین‌طور وضعیت عاطفی و روانی و اجتماعی بیمار و کاهش در محدودیت نقش‌ها می‌شود [۹].

شواهد بسیاری حاکی از این است که بیماران هنگام ترخیص اطلاعات کمی درباره بیماری و نحوه مراقبت از خود دریافت می‌کنند. بیماران می‌توانند با کسب مهارت‌های

(سؤال ۲۱ و ۲۲)، عملکرد اجتماعی ۲ سؤال (سؤال ۲۰ و ۳۲)، سلامت عاطفی ۵ سؤال (سؤالات ۲۳ تا ۲۵ تا ۲۸ تا ۲۹)، انرژی و خستگی ۴ سؤال (سؤالات ۲۶ تا ۲۷ و ۳۰ تا ۳۱)، سلامت عمومی ۵ سؤال (سؤالات ۱ و ۳۳ تا ۳۶) است و یک سؤال که در هیچ کدام از مقیاس‌ها وجود نداشته و با نمره کل جمع می‌شود. هر بخش بین ۰ تا ۱۰۰ نمره‌گذاری شده است. امتیاز صفر نشان‌دهنده پایین‌ترین سطح و ۱۰۰ بالاترین سطح کیفیت زندگی فرد است.

کیفیت زندگی به سه دسته نامطلوب (نمرات ۰-۵۰)، نسبتاً مطلوب (نمرات ۵۰-۷۵) و مطلوب (نمرات بالاتر از ۷۵) دسته‌بندی شد. همچنین این پرسشنامه شامل دو بخش ابعاد جسمانی و روانی است. میانگین استاندارد ابعاد جسمانی و روانی ۵۰ است که بالاتر و پایین‌تر از ۵۰ به ترتیب نشان‌دهنده میانگین عملکرد بالا و پایین است زیر مقیاس‌های عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش به واسطه مشکلات جسمانی، درد و سلامت عمومی مربوط به بعد جسمانی و سرزندگی، عملکرد اجتماعی، انرژی و خستگی و محدودیت ایفای نقش به واسطه مشکلات روانی مربوط به بعد روانی کیفیت زندگی است.

پژوهشگر علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی کاشان، روایی نسخه فارسی پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 را تأیید کرده است. برای تعیین روایی، از آزمون روایی همگرا استفاده شده که تمامی ضرایب همبستگی بیش از مقدار توصیه شده (۰/۴) با دامنه تغییرات (۰/۸۵ تا ۰/۵۹) بوده است [۱۷]. منتظری و همکاران [۱۸] نیز این ابزارها را به فارسی ترجمه کرده و روایی آن تأیید شده است.

پژوهشگر علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی کاشان، پایایی نسخه فارسی پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 را با روش همسانی درونی محاسبه کرده و ضریب آلفای کرانباخ بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ به دست آمده است [۱۷]. همچنین این ابزارها توسط مکی با ضریب آلفای کرانباخ بین ۰/۶۰ تا ۰/۹۴، ابزاری پایا معرفی شده است [۱۹]. منتظری و همکاران [۱۸] این ابزارها را نیز به فارسی ترجمه کرده و پایایی آن‌ها تعیین شده است.

پژوهشگر پس از انجام مطالعات کتابخانه‌ای و کسب آمادگی لازم برای انجام تحقیق و اخذ معرفی رسمی از دانشکده پرستاری و مامایی قاین به مسئولان بیمارستان شهدا قاین مراجعه و پس از کسب موافقت آن‌ها، در بخش داخلی بیمارستان آموزشی مذکور اقدام به جمع‌آوری داده‌ها کرد. کار نمونه‌گیری از تاریخ ۱۳۹۵/۱۱/۱ آغاز شد و تا تاریخ ۱۳۹۶/۲/۱ ادامه یافت. بدین‌صورت که پژوهشگر هرروز از

$$n = \frac{(s_1^2 + s_2^2)^2 (z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2}{(\bar{x}_1 - \bar{x}_2)^2} = 21$$

$$S_2 = 5/55 \quad S_1 = 3/92 \quad z_{1-\beta} = 0/84 \quad z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1/96 \quad \bar{x}_2 = 47/80$$

$$\bar{x}_1 = 51/95$$

پس از کسب رضایت‌نامه آگاهانه کتبی، نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: COPD با تشخیص متخصص داخلی و با تأیید علائم بالینی، سن بین ۲۰ تا ۹۹ سال، بستری در بخش در زمان اجرای برنامه آموزشی، آمادگی جسمی و روانی برای آموزش، از اعضای کادر بهداشتی درمانی یا فارغ‌التحصیلان و دانشجویان رشته‌های علوم پزشکی و رشته‌های وابسته نباشد، عدم اختلال شناخته شده روانی و معیارهای خروج شامل: تغییر عمده در زندگی مثل مرگ یکی از عزیزان، آتش‌سوزی، مهاجرت، سانحه، طلاق و همچنین ابتلای خویشاوندان درجه یک به بیماری‌های صعب‌العلاج و... در طول مدت مطالعه، ابتلا به بیماری اعصاب و روان، امکان برقراری تماس پس از ترخیص، انصراف از ادامه شرکت در پژوهش و فوت بیمار است. ابزارهایی که به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش استفاده شد، عبارت‌اند از: فرم انتخاب واحد پژوهش: شامل ۱۴ سؤال است که در آن معیارهای ورود و خروج منظور شده است و در قسمت مشخصات واحد پژوهش به آن‌ها اشاره شده است و فرم بررسی مشخصات دموگرافیک: این پرسشنامه شامل سؤالات جنس، سن، تأهل، تحصیلات است. برای تعیین روایی فرم انتخاب واحدهای پژوهش و اطلاعات فردی از روایی محتوا استفاده شد. به این صورت که این فرم‌ها پس از مطالعه کتب مرجع، مقالات و منابع معتبر داخلی و خارجی و استفاده از سایت‌های معتبر علوم پزشکی در زمینه مورد پژوهش تنظیم شده و برای بررسی و اصلاح در اختیار ده نفر از اعضا هیئت علمی دانشکده پرستاری قاین قرار و پس از منظور کردن اصلاحات لازم برای استفاده در پژوهش تدوین شد. به‌منظور تعیین پایایی فرم انتخاب واحدهای پژوهش و اطلاعات فردی شامل سؤالاتی واضح است که به‌دفعات در دیگر تحقیقات مورد استفاده قرار گرفته، بنابراین پایایی آن‌ها تأیید شده است.

پرسشنامه بررسی کیفیت زندگی SF-36 این پرسشنامه کیفیت زندگی را در هشت بخش می‌سنجد و شامل ۳۶ سؤال است. ۸ بخش آن شامل: عملکرد جسمی ۱۰ سؤال (سؤال ۳ تا ۱۲)، محدودیت ایفای نقش مربوط به مشکل جسمی ۴ سؤال (سؤال ۱۳ تا ۱۶)، محدودیت ایفای نقش مربوط به مشکل روحی ۳ سؤال (سؤال ۱۷ تا ۱۹)، درد بدنی ۲ سؤال

نمونه‌گیری و گردآوری داده‌ها فرم‌ها کدگذاری شده و کدها وارد رایانه شدند و پس از کسب اطمینان از صحت ورود اطلاعات، تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۰ انجام و از روش‌های آماری ذیل استفاده شد. از این‌رو توسط آمار توصیفی میانگین، انحراف معیار، درصد و فراوانی مشخصات دموگرافیک تعیین شد. برای مقایسه قبل و بعد مداخله، از آزمون‌های Wilcoxon و Pair T-test استفاده شد. در تمام آزمون‌ها ضریب اطمینان ۹۵ درصد و سطح معناداری ۰/۰۵ مدنظر قرار گرفت، از این‌رو در مواردی که $p < 0/05$ بود، اختلاف آماری معنادار گزارش شد. ملاحظات اخلاقی که شامل رضایت‌نامه آگاهانه کتبی و اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات در هر مرحله است در مطالعه لحاظ شد. این مطالعه در دانشگاه علوم پزشکی بیرجند با کد IR.BUMS.REC.1395.269 به ثبت رسیده است.

یافته‌ها

نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف نشان داد که داده‌ها توزیع غیرنرمالی دارند؛ بنابراین از آزمون‌های غیرپارامتریک استفاده شد. در این مطالعه مشخصات دموگرافیک داده‌ها در جدول ۱ آمده است. نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که بعد از ۱ ماه مداخله سرزندگی با میانگین نمره $67 \pm 11/83$ و سلامت عمومی با میانگین نمره $51/62 \pm 13/41$ به ترتیب بیشترین و کمترین نمره را کسب کردند. میانگین نمره کل کیفیت زندگی و بعد روانی و جسمانی و تمامی هشت بعد کیفیت زندگی، قبل و بعد مداخله اختلاف معناداری نشان داد ($p \leq 0/001$).

ساعت ۸ صبح تا ۱۲ بعدازظهر و از ساعت ۵ الی ۷ بعدازظهر به بخش داخلی مراجعه کرده و بیماران مبتلا به COPD را که واجد شرایط نمونه پژوهش بودند را انتخاب کرد. پژوهشگر پس از معرفی خود هدف از انجام پژوهش و چگونگی انجام کار را به آن‌ها توضیح داده و سپس فرم اطلاعات دموگرافیک بر اساس گفته‌های بیمار (مصاحبه) و پرونده بیمار تکمیل می‌شد. در مرحله بعد پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 به روش مصاحبه توسط پژوهشگر تکمیل می‌شد. به‌منظور اطمینان از پایدار شدن وضعیت بیمار و پیشگیری از بروز مشکلات احتمالی و نیز رعایت اصول اخلاقی تحقیق، ضمن شناسایی بیماران از بدو ورود به بخش داخلی، پرسشنامه‌های فوق طی ۲۴ الی ۴۸ ساعت نخست بستری و پس از ثابت شدن وضعیت بیمار تکمیل می‌شد. آموزش به‌صورت فیلم آموزشی انجام می‌شد. محتوای کلی برنامه آموزشی شامل: تعریف بیماری و علائم آن، راهکارهای تسکین علائم بیماری، نکات تغذیه‌ای، آموزش تکنیک تنفس لب‌غنچه‌ای، آموزش استفاده از اسپری تنفسی و توصیه‌های درمانی است.

هنگام بستری، CD آموزشی که شامل تمام مطالب آموزشی بود در اختیار بیماران قرار گرفت و از آن‌ها خواسته شد که موارد آموزشی را در منزل به کار گیرند. در زمان ترخیص بیماران، کیفیت زندگی با ابزار بررسی کیفیت زندگی سنجیده شد و به‌عنوان مبنایی برای مقایسه با ۱ ماه پس از ترخیص استفاده شد.

به‌منظور ارزشیابی آموزش ۱ ماه پس از ترخیص به‌صورت تلفنی دوباره کیفیت زندگی مصاحبه سنجیده شد و سپس مورد مقایسه و تجزیه و تحلیل قرار گرفت. پس از اتمام

جدول ۱. توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک بیماران

متغیر	گروه	فیلم آموزشی تعداد (درصد)
جنس	زن	۲۱(۲۵/۵)
	مرد	۱۹(۴۷/۵)
شغل	خانه‌دار	۸(۲۰)
	بیکار	۱۰(۲۵)
	آزاد	۲۲(۵۵)
تحصیلات	فاقد سواد خواندن و نوشتن	۲۵(۶۲/۵)
	باسواد	۱۵(۳۷/۵)
وضعیت تأهل	متأهل	۳۱(۷۷/۵)
	مجرد	۹(۲۲/۵)

جدول ۲. مقایسه ابعاد کیفیت زندگی قبل و بعد مداخله در گروه فیلم آموزشی

گروه زمان	فیلم آموزشی		ابعد کیفیت زندگی
	قبل مداخله	بعد مداخله	
عملکرد جسمی	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	مقدار P
عملکرد جسمی	۴۹±۱۳/۶۴	۶۳±۱۴/۷۵	p≤۰/۰۰۱
اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی	۲۱/۸۷±۲۲/۰۶	۵۲/۵۰±۲۸/۷۵	p≤۰/۰۰۱
اختلال نقش به خاطر سلامت عاطفی	۳۱/۶۶±۳۴/۵۵	۶۵/۸۳±۲۶/۶۷	p≤۰/۰۰۱
انرژی/خستگی	۳۹/۳۷±۱۶/۵۳	۵۶/۳۷±۱۴/۹۳	p≤۰/۰۰۱
سرزندگی	۵۲/۶۰±۱۷/۴۳	۶۷±۱۱/۸۳	p≤۰/۰۰۱
عملکرد اجتماعی	۳۷/۷۵±۱۳۰/۸۰	۶۰±۱۳/۳۳	p≤۰/۰۰۱
درد بدنی	۳۶/۷۵±۱۷/۵۸	۶۳/۵۶±۱۰/۵۸	p≤۰/۰۰۱
سلامت عمومی	۳۶/۲۵±۱۱/۶۹	۵۱/۶۲±۱۳/۴۱	P≤۰/۰۰۱
بعد جسمانی	۳۵/۹۶±۱۰/۴۶	۵۷/۶۷±۱۲/۴۳	P≤۰/۰۰۱
بعد روانی	۴۰/۵۹±۱۵/۷۴	۶۳/۳۰±۱۲/۰۱	P≤۰/۰۰۱
نمره کل	۳۷/۸۴±۱۱/۳۵	۵۹/۹۸±۱۱/۳۱	p≤۰/۰۰۱

بحث

این پژوهش باهدف تعیین بررسی تأثیر آموزش به روش فیلم آموزشی بر کیفیت زندگی بیماران مزمن انسدادی ریه در شهرستان قاین انجام شد. میانگین نمره کل کیفیت زندگی و بعد روانی و جسمانی و تمامی هشت بعد کیفیت زندگی، قبل و بعد مداخله اختلاف معناداری نشان دادند ($p \leq 0/001$)

در ارتباط با تعیین و مقایسه میانگین نمره سلامت عمومی در بیماران COPD نتایج نشان می‌دهد که قبل و بعد از مداخله اختلاف معناداری وجود دارد ($p \leq 0/001$) در نتیجه آموزش به روش فیلم آموزشی بر سلامت عمومی بیماران COPD مؤثر بوده و باعث بهبود آن شده است. در مطالعه قلی‌زاده [۲۰] که تحت عنوان «ارزیابی اثربخشی آموزش مراقبت از بیمار بر کیفیت زندگی مراقبان بیماران مبتلا به سکنه مغزی کارآزمایی میدانی تصادفی» و همچنین در مطالعه جوادی [۲۱] که تحت عنوان «بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کیفیت زندگی پرستاران بیمارستان‌های خرم‌آباد» انجام شد. تأثیر آموزش بر سلامت عمومی بین دو گروه مداخله و کنترل معنادار و به‌ترتیب ($p \leq 0/001$) و ($p = 0/04$) بود که مطابق با پژوهش حاضر است.

در ارتباط با تعیین و مقایسه میانگین نمره عملکرد جسمی در بیماران COPD نتایج نشان می‌دهد که قبل و بعد از مداخله اختلاف معناداری وجود دارد ($p \leq 0/001$) در نتیجه آموزش به روش فیلم آموزشی بر عملکرد جسمی بیماران COPD مؤثر بوده و باعث بهبود آن شده است. در مطالعه

نریمانی [۲۲] تحت عنوان «بررسی تأثیر آموزش مراقبت از خود بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی» و همچنین در مطالعه براز پرنجانی [۱۶] که تحت عنوان «تأثیر آموزش مراقبت از خود از طریق فیلم ویدیویی بر کیفیت زندگی و عملکرد جسمی بیماران تحت درمان با همودیالیز» انجام شد، تأثیر آموزش بر عملکرد جسمی بین دو گروه مداخله و کنترل معنادار بود و به‌ترتیب ($p \leq 0/001$) و ($p = 0/018$) که همسو و مطابق با پژوهش حاضر است.

در ارتباط با مقایسه میانگین نمره محدودیت در نقش ناشی از مشکلات روانی در بیماران COPD نتایج نشان می‌دهد که قبل و بعد از مداخله اختلاف معناداری وجود دارد ($p \leq 0/001$) در نتیجه آموزش به روش فیلم آموزشی بر محدودیت در نقش ناشی از مشکلات روانی بیماران COPD مؤثر بوده است و باعث بهبود آن شده است. در مطالعه وطن‌دوست [۲۳] که تحت عنوان «تأثیر فیلم آموزشی بر کیفیت زندگی و رضایتمندی بیماران تراکتوسومی» و تأثیر آموزش بر محدودیت در نقش ناشی از مشکلات روانی بین دو گروه مداخله و کنترل معنادار بود ($p = 0/001$) که همسو و مطابق با پژوهش حاضر است.

در ارتباط با مقایسه میانگین نمره فعالیت اجتماعی در بیماران COPD نتایج نشان می‌دهد که قبل و بعد از مداخله اختلاف معناداری وجود دارد ($p \leq 0/001$). در نتیجه آموزش به روش فیلم آموزشی بر فعالیت اجتماعی بیماران COPD مؤثر بوده است. در مطالعه جوادی [۲۱] که تحت عنوان «بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کیفیت زندگی

در ارتباط با مقایسه میانگین نمره انرژی و خستگی در بیماران COPD نتایج نشان می‌دهد که قبل و بعد از مداخله اختلاف معناداری وجود دارد ($p \leq 0/001$) در نتیجه آموزش به روش فیلم آموزشی بر انرژی و خستگی بیماران COPD مؤثر بوده است و باعث بهبود آن شده است. در مطالعه وطن‌دوست و مصطفوی و جانی [۲۳، ۲۵، ۲۶] نتایج نشان داد تأثیر آموزش بر میانگین نمره انرژی و خستگی بین دو گروه مداخله و کنترل معنادار بود و به ترتیب ($p = 0/003$)، ($p \leq 0/001$) و ($p = 0/01$) که همسو و مطابق با پژوهش حاضر است.

در ارتباط با مقایسه میانگین نمره سرزندگی و نشاط در بیماران COPD نتایج نشان می‌دهد که قبل و بعد از مداخله اختلاف معناداری وجود دارد ($p \leq 0/001$) در نتیجه آموزش به روش فیلم آموزشی بر سرزندگی و نشاط بیماران COPD مؤثر بوده است و باعث بهبود آن شده است در مطالعه جوادی [۲۱] که تحت عنوان «بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کیفیت زندگی پرستاران بیمارستان‌های خرم‌آباد» انجام شد و همچنین در مطالعه حیدری [۲۷] که تحت عنوان «بررسی تأثیر برنامه آموزشی خود مراقبتی بر کیفیت زندگی سالمندان» انجام شد. تأثیر آموزش بر سرزندگی و نشاط معنادار بود و به ترتیب ($p = 0/006$) و ($p \leq 0/001$) که همسو و مطابق با پژوهش حاضر است.

در ارتباط با مقایسه میانگین نمره ابعاد جسمانی و روانی در بیماران COPD نتایج نشان می‌دهد که قبل و بعد از مداخله اختلاف معناداری وجود دارد ($p \leq 0/001$) در نتیجه آموزش به روش فیلم آموزشی بر ابعاد جسمانی بیماران COPD مؤثر بوده است و باعث بهبود آن شده است. در مطالعه سلیمی و همکاران [۲۸] نتایج نشان داد تأثیر آموزش بر میانگین نمره ابعاد جسمانی و روانی در گروه مداخله قبل و بعد مداخله و معنادار بود ($p \leq 0/001$) که همسو و مطابق با پژوهش حاضر است. در مطالعه جهان‌شاهی و همکاران [۲۹] تحت عنوان تأثیر آموزش هم‌تا بر کیفیت زندگی مبتلایان به نارسایی قلبی نتایج نشان داد آموزش بر میانگین نمره ابعاد جسمانی در گروه مداخله قبل و بعد مداخله معنادار نبود و همسو با پژوهش ما نیست که بیماران انتخابی و میانگین سنی متفاوت و نوع آموزش می‌تواند دلیل این تفاوت نتایج باشد.

نتایج نشان داد که کیفیت زندگی بیماران پس از اجرای برنامه آموزش مراقبت از خود به روش فیلم آموزشی ارتقاء یافته است. مطالعات متعددی نشان داده‌اند که شرکت در برنامه‌های آموزشی باعث ارتقای کیفیت زندگی می‌شود. در مطالعه داودی که به منظور تأثیر آموزش برنامه خودمراقبتی بر

پرستاران بیمارستان‌های خرم‌آباد» انجام شد و همچنین در مطالعه براز پردنجانی [۱۶] که تحت عنوان «تأثیر آموزش مراقبت از خود از طریق فیلم ویدئویی بر کیفیت زندگی و مشکلات جسمی بیماران تحت درمان با همودیالیز، تأثیر آموزش بر فعالیت اجتماعی بین دو گروه مداخله و کنترل معنی‌دار بود و به ترتیب ($p \leq 0/001$) و ($p = 0/035$) که همسو و مطابق با پژوهش حاضر است.

در رابطه با مقایسه میانگین نمره درد در بیماران COPD نتایج نشان می‌دهد که قبل و بعد از مداخله اختلاف معناداری وجود دارد ($p \leq 0/001$) در نتیجه آموزش به روش فیلم آموزشی بر درد بیماران COPD مؤثر بوده است در مطالعه وطن‌دوست [۲۳] که تحت عنوان «تأثیر فیلم آموزشی بر کیفیت زندگی و رضایتمندی بیماران تراکتوستومی» و تأثیر آموزش بر محدودیت در نقش ناشی از مشکلات روانی بین دو گروه مداخله و کنترل معنی‌دار بود ($p = 0/001$) که همسو و مطابق با پژوهش حاضر است ولی در مطالعه براز پردنجانی [۱۶] که تحت عنوان «تأثیر آموزش مراقبت از خود از طریق فیلم ویدئویی بر کیفیت زندگی و مشکلات جسمی بیماران تحت درمان با همودیالیز» انجام شد. تأثیر آموزش بر درد بدنی این دو گروه مداخله و کنترل معنادار نبود ($p = 0/329$) که همسو و مطابق با پژوهش حاضر نیست که بیماران انتخابی و میانگین سنی متفاوت می‌تواند دلیل این تفاوت نتایج باشد.

در ارتباط با مقایسه میانگین نمره محدودیت در نقش ناشی از مشکلات جسمانی در بیماران COPD نتایج نشان می‌دهد که قبل و بعد از مداخله اختلاف معناداری وجود دارد ($p \leq 0/001$) در نتیجه آموزش به روش فیلم آموزشی بر محدودیت در نقش ناشی از مشکلات جسمانی بیماران COPD مؤثر بوده است و باعث بهبود آن شده است. در مطالعه وطن‌دوست [۲۳] که تحت عنوان «تأثیر فیلم آموزشی بر کیفیت زندگی و رضایتمندی بیماران تراکتوستومی» و تأثیر آموزش بر محدودیت در نقش ناشی از مشکلات روانی بین دو گروه مداخله و کنترل معنادار بود ($p = 0/001$) که همسو و مطابق با پژوهش حاضر است. در مطالعه طوافیان و همکاران [۲۴] تحت عنوان بررسی میزان تأثیر برنامه آموزشی مدون بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به کمردرد مزمن نتایج نشان داد آموزش بر میانگین نمره ابعاد محدودیت در نقش ناشی از مشکلات جسمانی در گروه مداخله قبل و بعد مداخله معنادار نبود که همسو با پژوهش ما نیست که از دلایل غیرهمسو بودن می‌توان به بیماران انتخابی و نوع آموزش نام برد.

زندگی می‌شود که این مطالعه با پژوهش حاضر همخوانی دارد. در مطالعه‌هایی دیگر که توسط یوهانس، ریارو و پیتا [۳۴، ۳۵، ۳۶] درباره بررسی برنامه توان‌بخشی ریه بر کیفیت زندگی بیماران COPD انجام شد نشان داده شد که برنامه توان‌بخشی باعث بهبود عملکرد و ارتقای کیفیت زندگی می‌شود.

نتیجه‌گیری

بر اساس این پژوهش‌ها و مقایسه نتایج آن‌ها با پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که آموزش از طریق فیلم آموزشی باعث بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به COPD می‌شود. با توجه به نتایج پیشنهاد می‌شود برای بهبود کیفیت زندگی در دیگر بیماری‌های مزمن از آموزش استفاده کنیم.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل طرح پژوهشی است که در دانشگاه علوم پزشکی بیرجند با کد IR.BUMS.REC.1395.269 به ثبت رسیده و با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند و کمیته تحقیقات دانشکده پرستاری و مامایی قاین به انجام رسیده است. نویسندگان این مقاله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند و کمیته تحقیقات دانشکده پرستاری و مامایی تشکر و قدردانی می‌کنند. همچنین از تمامی کارکنان بخش داخلی بیمارستان شهدا قاین و بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش سپاسگزاری می‌کنیم.

References

- [1]. Lee Y-M. Chronic obstructive pulmonary Disease: Respiratory review of 2014. Tuberculosis and Respiratory Diseases. 2014;77(4):155-160.
- [2]. JOKAR Z, MOHAMMADI F, KHANKEH HR, FALLAH TAFTI S, KOSHESH F. [Comparing Home- based Pulmonary Rehabilitation Nursing on Fatigue and quality of life in Patients with COPD]. J Fasa Univ Med Sci. 2014; 4(2): 168-176. (in Persian)
- [3]. Burckhardt CS, Anderson KL. The Quality of Life Scale (QOLS): reliability, validity, and utilization. Health Qual Life Outcomes. 2003; 1:60.
- [4]. Karimzadeh Shirazi M, Razavieh A, Kave M. The relationship between quality of life (QOL) and self - efficacy (SE) of the teachers from Shahrekord Univ Med Sci. 2008; 10(1): 28-35. (in Persian)
- [5]. Ioannidis C. Quality of life in osteoporosis. The Nursing clinics of North America. 2001; 36(3): 65-69.
- [6]. Mir Bagheri N, Memarian R, Mohammadi A. Effects of regular walking program on quality of life of elderly patients with moderate chronic obstructive pulmonary disease. Ir J Nurs Research. 2008; 2 (6):19-27. (in Persian)
- [7]. Salik Y, Ozalevli S, Cimrin AH. Cognitive function and its effects on the quality of life status in the patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Arch Gerontol Geriatr. 2007; 45(3):273-80.
- [8]. Gysels M, Higginson IJ. Access to services for patients with chronic obstructive pulmonary disease: the invisibility of breathlessness. J Pain Symptom Manage. 2008; 36(5):451-60.
- [9]. Oshvandi K, Kavvannejad R, Borzuo R, Gholvaf M, Salavati M. Dialysis adequacy with high flux membrane in hemodialysis patients at shahid beheshti hospital. Hamedan. J Urmia Nurs Midwifery Fac. 2012; 10(4): 540-548. (in Persian)
- [10]. Ataee E, Haghjoo M, Dalvandi A, Bakhshandeh H. Effect of self-care education on quality of life among patients whit permanent pacemaker. Cardiovascular Nursing Journal. 2013; 1 (4): 40-47. (in Persian)
- [11]. Anton M, Michetti V, Palma AD, Conti G, Pennis MA, Arcangel A, et al. percutaneous Tran's larvn geal Versuus surgical tracheostomy: arandomized trial with on veard double blind follow - up. Crit can Med. 2005; 33(5): 1015-1020.
- [12]. Wagner D, Bear M. Patient satisfaction with nursing care: a concept analysis within a nursing framework. J Adv Nurs. 2009; 65(3): 692-701.
- [13]. Bagheri H, Memarian R, Elhani F. Survey the effect of group counselling on quality of life in mvocardial infarction patient who have been referred to the clinics of Emam Khomeini and shariati Hospital in Tehran. Hakim Research Journa. 2004; 4(6): 95-98. (in Persian)
- [14]. Oterhals K, Hanestad BR, Eide GE, Hanssen TA. The relationship between in-hospital information and patient satisfaction after acute mvocardial infarction. Eur J Cardiovasc Nurs. 2006; 5(4): 303-10.
- [15]. Bastable SB. Nurse educator, principles of teaching and learning for nursing ractice. Boston: Jones and Bartlett; 2003; 513-546.

- [16]. Braz-Pardenjani SH, Mohammadi E, Boroumand B. The Effect of Self-Care Teaching by Video Tape on Physical Problems and Quality of Life in Dialysis Patients. *IJN*. 2008; 21(54):121-133. (in Persian)
- [17]. Abbaszade F, Bagheri A, Mehran N. Quality of Life among Pregnant Women. *Hayat*. 2009; 15 (1): 41-48. (in Persian)
- [18]. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The short form health survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Quality of life*. 2005; 14: 875-882. (in Persian)
- [19]. McKee G. Are there meaningful longitudinal changes in health related quality of life--SF36, in cardiac rehabilitation patients? *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2009; 8(1):40-7.
- [20]. Gholizadeh M, Akrami R, Tadayonfar M, Akbarzadeh R. An evaluation on the effectiveness of patient care education on quality of life of stroke caregivers: a randomized field trial. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2016; 22(6): 955-964. (in Persian)
- [21]. Javadi M, Sepahvand M J, Suri A, Mahmudi H. The effect of life skills training on quality of life in nurses of khorramabad hospitals. *Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty*. 2013; 21(1): 32-42. (in Persian)
- [22]. Narimani K. A Study of the effect of self-care training on the hemodialysis patients' quality of life. *Daneshvar Med*. 2009; 16(79): 63-70. (in Persian)
- [23]. Vatandoust S, Mohammadi N, Farahani M, Mehran A. The efficacy of education film on quality of life and satisfaction in patient with tracheostomy. *Arak University of Medical Sciences Journal*. 2015; 17(11): 80-87. (in Persian)
- [24]. tavafian S S, Jamshidi A, shahmohammadi S. Low back pain educational programs and quality of life in women living with chronic low back pain: a semi experimental study. *Iran J Health Educ Health Promot*. 2014; 2 (1) :49-56
- [25]. Mostafavi S, Heidari H, Masoudi S, Saeidi M. Effects of a comprehensive cardiac rehabilitation program on quality of life in patients with coronary artery disease. *ARYA Atheroscler*. 2013; 9(3): 179-85. (in Persian)
- [26]. Jani M, Razm-Ara M, Safapoor M, Miralijani S, Miri F. The effect of education on quality of life in people with unstable angina. *Cardiovascular Nursing Journal*. 2017; 5 (4):28-35. (in Persian)
- [27]. Heidari M, Shahbazi S. Effect of Self-Care Training Program on Quality of Life of Elders. *IJN*. 2012; 25(75): 1-8. (in Persian)
- [28]. Salimi F, Garmaroudi G, Hosseini S M, Batebi A. Effect of Self-Care Educational Program to Improving Quality of Life among Elderly Referred to Health Centers in Zanjan. *IECH*. 2015; 2 (2):28-37. (in Persian)
- [29]. Jahanshahi F, Abbasi-Abvaneh N, Ebrahimi-Abvaneh E. Effect of peer education on quality of life in people with heart failure. 2016; 5(2): 38-45. (in Persian)
- [30]. Davoodi A, Rezazadeh H, Somi M H, Rahmani A, Lak Dizaji S, Allah Bakhshian A. Effect of educating self-care program on quality of life in patients with gastric cancer after gastrectomy in Tabriz hospitals. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences & Health Services*. 2012; 34(1):48-55. (in Persian)
- [31]. Arab M, Nassehi A, Borhani F, Abas Zadeh A, Jafari M. The effects of the compliance based education on asthmatic patients' quality of life. *Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty*. 2012; 20(2):32-42. (in Persian)
- [32]. Shu-Hui Yu, Ai-Min Guo, Xiang-Juan Zhang. Effect of self-management education on quality of life of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Nursing Sciences*. 2014; 1(1):53-57.
- [33]. Al-shehab N, Gallagher R, Crisp J, Shah S. Peer-led education for adolescents with asthma in Jordan: a cluster-randomized controlled trial. *Pediatrics*. 2012; 129(1):106-112.
- [34]. Riario S, forza GG, Incorvaia C, et al. Effects of pulmonary rehabilitation on exercise capacity in patients with COPD: A number needed to treat study. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis J*. 2009; 4(2): 315-9.
- [35]. Pitta F, Troosters T, Probst V S, Langer D, Decramer M, Gosselink R. Are ations with COPD more active after pulmonary rehabilitation?. *CHEST*. 2008; 134(2); 273-280.
- [36]. Yohannes AM, Connolly MJ. Early mobilization with walking aids following hospital admission with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *Clin Rehabil J*. 2003; 17(5): 465-71.

Effect of educational film on quality of life on patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)

Mohammad Reza Jani¹, Mohammad Reza Razm Ara^{2*}, Aseie Moudi³, Atefeh Jamshidi⁴, Rayhaneh Ayoobi⁴, Mohamma Reza Davari⁴

1. M.Sc. in Critical Care Nursing, Qaen Nursing and Midwifery School, Birjand, Iran
2. M.Sc. in Nursing Education, Faculty Member of Nursing Department, Qaenat Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran
3. Ph.D. Student, Faculty member of Nursing and Midwifery Department, Qaen Nursing and Midwifery School, Birjand, Iran
4. B.Sc. Qaen School of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

Abstract

Background The curing of patients with a Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is not a realistic goal. Maximizing patients' function and well-being should be a primary objective of care. However, quality of life in COPD patients is lower than normal. Hence, well examined the effect of educational film on quality of life on patients with COPD was the aim of this research.

Materials & Methods The present research is a semi-experimental study that conducted on 40 individuals in inner ward Qaen Shohada Hospital in 1395-1396 academic year. Sampling was done in frequent references to inner ward of the hospital. Life quality questionnaires (Sf-36) and demographic features before and one month after the discharge were completed. Finally, the data obtained from questionnaire was analyzed by means of spss software version 20 at a significant level of 0.05 based on Wilcoxon, pair T- test.

Results 21 (52.5%) female and 19 (47.5%) men with an average age of 62.6 were the sample of this research. The mean score of total quality of life, physical and mental dimensions, and all eight dimensions of quality of life, before and after intervention, were significantly different. ($p < 0.001$).

Conclusion By considering the results, it is found that education improves the daily activities of COPD patients, so it poses the necessity to make plans for all health dimensions (physically, mentally, socially, etc.)

Received: 2018/02/10

Accepted: 2018/07/22

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, educational film, life quality.