

## **The efficacy of education film on quality of life and satisfaction in patient with tracheostomy**

Vatandoust S<sup>1</sup>, Mohammadi N<sup>2</sup>, farahani M<sup>3</sup>, Mehran A<sup>4</sup>

1- faculty of nursing and midwifery , kurdistan university of medical science, sannandaj, Iran.

2- department of critical care nursing, faculty of midwifery and nursing, Iran university medical science, Tehran, Iran.

3- department of medical-surgical nursing, faculty of midwifery and nursing, Iran university medical science, Tehran, Iran.

4- faculty of midwifery and nursing, Tehran university medical science, Tehran, Iran.

Received: 19 Aug 2014, Accepted: 22 Oct 2014

---

### **Abstract**

**Background:** quality of life in Tracheostomy patients who are discharged from hospital and take care of your home will be affected by the current situation. Therefore, proper training can improve their quality of life also will increase the satisfaction of the training provided. Based on this, the researcher was to investigate the effects of video tape on quality of life and satisfaction in patient with tracheostomy.

**Materials and Methods:** This research is a Quasi-experimental study in Imam Khomeini and Amir alam Hospital of Tehran University of Medical Sciences in 1392. In this study 80 patient were randomly assigned to intervention and control groups. In the discharge questionnaire on demographic characteristics, quality of life (SF-36) and satisfaction (VAS) were completed. The intervention group received education film for home use addition to the routine teaching of hospital. Two months later the patient's quality of life and patient satisfaction were assessed again with the above instruments. The data was analyzed with using statistical SPSS (V.20)

**Results:** Statistical analysis showed the difference was significant in both groups after the intervention ( $p=0.003$ ). The quality of life in the intervention group at two months after the discharge in role limitation due to emotional problems, emotional status, social functioning, energy, public health, and the pain had increased. Average satisfaction with the training of the two groups was statistically significant difference ( $p<0.001$ ).

**Conclusion:** The results showed that in addition to routine education to provide educational CDs for home use at discharge can improve the quality of life as well as increased satisfaction with training provided to patient's tracheostomy.

**Keywords:** Tracheostomy, Satisfaction, Quality of life, Education film

\*Corresponding Author:

Address: faculty of midwifery and nursing, kurdistan university of medical science, sannandaj, Iran.

Email: vatandost1366@gmail.com

## تأثیر فیلم آموزشی بر کیفیت زندگی و رضایت‌مندی بیماران تراکتوستومی

سلام وطن دوست<sup>۱\*</sup>، نورالدین محمدی<sup>۲</sup>، منصوره فراهانی<sup>۳</sup>، عباس مهران<sup>۴</sup>

۱- کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، گروه پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

۲- استادیار، گروه پرستاری ویژه، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۳- استادیار، گروه پرستاری داخلی-جراحی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۴- مربی، گروه آمار، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۹۳/۵/۲۸ تاریخ پذیرش: ۹۳/۷/۳۰

## چکیده

**زمینه و هدف:** بیماران دارای تراکتوستومی به علت تغییرات و محدودیت‌های ایجاد شده کیفیت زندگی آنها پایین می‌آید که شاید با آموزش مناسب بتوان علاوه بر بهبود کیفیت زندگی این بیماران، رضایت‌مندی آنها از آموزش ارائه شده را نیز افزایش داد. هدف از این مطالعه تعیین تأثیر فیلم آموزشی بر کیفیت زندگی و رضایت‌مندی بیماران تراکتوستومی می‌باشد.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه نیمه تجربی بر روی ۸۰ بیمار دارای تراکتوستومی در بیمارستان‌های امیر علم و امام خمینی شهر تهران در سال ۱۳۹۲ انجام شده است. بیماران با روش نمونه‌گیری تصادفی در دو گروه کنترل و مداخله تخصیص داده شدند. در حین ترخیص پرسش‌نامه مشخصات دموگرافیک، کیفیت زندگی (SF-۳۶) و رضایت‌مندی (VAS) را تکمیل نمودند. سپس به گروه مداخله علاوه بر دریافت آموزش‌های معمول از پرسنل بیمارستان یک عدد سی دی آموزشی جهت استفاده در منزل داده شد. بعد از دو ماه مجدداً کیفیت زندگی و رضایت‌مندی دو گروه مورد بررسی قرار گرفت.

**یافته‌ها:** تحلیل‌های آماری نشان داد، میانگین کلی کیفیت زندگی بعد از مداخله تفاوت آماری معنی‌دار بود ( $p=0/003$ ). همچنین کیفیت زندگی در گروه مداخله دو ماه بعد از ترخیص در ابعاد محدودیت نقش به علت مشکلات عاطفی، وضعیت عاطفی، عملکرد اجتماعی، انرژی، سلامت عمومی و درد افزایش یافته بود. میانگین رضایت‌مندی از آموزش بعد از مداخله در دو گروه دارای تفاوت آماری معنی‌دار بود ( $p<0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** استفاده از فیلم آموزشی علاوه بر آموزش‌های معمول می‌تواند باعث ارتقای کیفیت زندگی و افزایش رضایت‌مندی بیماران تراکتوستومی شود.

**واژگان کلیدی:** تراکتوستومی، رضایت‌مندی، کیفیت زندگی، فیلم آموزشی

\* نویسنده مسئول: سنندج، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پرستاری و مامایی

Email: vatandost1366@gmail.com

## مقدمه

در سال‌های اخیر مراقبت در منزل در ترخیص سریع بیماران از مراکز درمانی دخیل بوده و مواردی چون کاهش هزینه‌های درمانی، کاهش عفونت، افزایش ترغیب و تشویق بیماران به مشارکت در امور درمانی و ارتقا کیفیت زندگی و رضایت مندی بیماران نیز تأثیر گذار می‌باشند (۱). بر این اساس، امروزه افرادی که در گذشته نیازمند دریافت خدمات مراقبتی طولانی مدت در موسسات درمانی بودند، از بیمارستان ترخیص شده و خدمات مراقبتی خود را در خارج از بیمارستان دریافت می‌کنند (۲). از جمله این دسته از بیماران می‌توان به بیمارانی که دارای لوله تراکتوستومی (Tracheostomy) می‌باشند، اشاره نمود (۳). عمل جراحی تراکتوستومی عبارت است از ایجاد یک شکاف یا دریچه بر روی دیواره تراشه که به طور رایج در اورژانس و یا در بخش‌های مراقبت ویژه در جهت تأمین راه هوایی در بیماران مبتلا به انسداد دستگاه تنفس فوقانی به علت تومورهای حنجره، تیروئید، مری و حفظ حنجره در بیماران نیازمند به لوله‌گذاری طولانی مدت انجام می‌شود (۴).

به طور معمول بیماران بستری در بیمارستان‌ها با هر تشخیصی که بستری باشند، حین ترخیص آموزش‌های را که معمولاً در مراکز درمانی معمول می‌باشد، دریافت می‌کنند (۵). از آنجایی که یکی از عوامل در ارائه ناکافی آموزش به بیمار از سوی پرستاران کمبود وقت است (۶) در بسیاری از موارد اجرای این روش‌های آموزشی که بیشتر به صورت شفاهی و چهره به چهره صورت می‌گیرد، فرآیند آموزش را با مشکلاتی مواجه می‌سازد و هم‌چنین روش‌های معمول آموزش از نظر اقتصادی یک روش انرژی بر و طاقت فرسا می‌باشد که نیازمند به صرف وقت بالا، آموزش دهنده زیاد، با تجربه، با حوصله و کاردان است (۷). اکثراً پرستاران از کمبود وقت جهت آموزش به بیماران شکایت دارند و بیشتر آنها دلیل ندادن آموزش کافی به بیماران را نداشتن وقت کافی می‌دانند و این موارد می‌تواند باعث عدم آموزش موثر شود. عدم آموزش

مناسب می‌تواند باعث پایین آمدن رضایت مندی از مراکز درمانی شود (۸).

رضایت مندی از دریافت مراقبت بیمارستانی به طور مستقیم و غیر مستقیم بر پیامدهای بیماری تأثیر گذاشته، پذیرش درمان از سوی بیمار را افزوده و در نتیجه رضایت از مراقبت بیمارستانی از طرف بیمار حاصل می‌گردد (۹). رضایت بیماران از خدمات پرستاری یکی از نشان‌گرهای کیفیت مراقبت پرستاری می‌باشد که منجر به انعکاس مطلوب و واکنش مثبت جامعه نسبت به حرفه پرستاری می‌شود (۱۰). یکی از مواردی که در رضایت مندی از خدمات درمانی می‌تواند موثر باشد آموزش مناسب به بیمار می‌باشد.

در اکثریت بیمارانی که به دلیل سرطان‌های سر و گردن در آنها عمل جراحی تراکتوستومی انجام می‌گیرد، بعد از یک دوره کوتاه مدت از بیمارستان ترخیص شده و گاهی تا پایان عمر با تراکتوستومی به زندگی خود در محیط خانواده و جامعه ادامه می‌دهند (۱۱). با توجه به شرایط جدید در زندگی این افراد، تغییر ناخوشایند در ظاهر آنان و محدودیت‌ها ناشی از وجود تراکتوستومی این دسته از بیماران در زندگی روزمره خود با تنش‌های زیادی مواجه می‌باشند (۱۲). هم‌چنین به علت تغییرات ایجاد شده در ظاهر فرد و حتی اشکال در برقراری ارتباط کلامی با دیگران این مسئله می‌تواند بر اعتماد به نفس و تصویر ذهنی فرد از خود تأثیر منفی داشته باشد و باعث ترس وی از حضور در اماکن عمومی و جامعه شود. این موارد می‌تواند بر کیفیت زندگی این بیماران تأثیر منفی داشته و حتی شاید علی‌رغم نجات از یک وضعیت حاد رضایت لازم از سیستم درمانی و اقدامات درمانی صورت گرفته برای آنان فراهم نکند (۱۳). لذا لازم می‌باشد که به این بیماران آموزش‌های مناسب به منظور سازگاری با تراکتوستومی و ارتقاء کیفیت زندگی ارائه شود. با توجه به موارد ذکر شده هدف از انجام این مطالعه بررسی تأثیر فیلم آموزشی مکمل بر رضایت مندی و کیفیت زندگی بیماران تراکتوستومی می‌باشد.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر، مطالعه‌ای نیمه تجربی است که در بخش‌های ENT مردان و زنان در بیمارستان‌های امیرالمعلم و مرکز انستیتو کانسر بیمارستان امام خمینی (ره) شهر تهران صورت گرفت. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران دارای تراکتوستومی که دارای شرایط ورود به مطالعه شامل سن بالاتر از ۲۰ سال، توانایی در انجام اقدامات خود مراقبتی از تراکتوستومی، پایدار بودن وضعیت عمومی و قادر بودن به همکاری، عدم داشتن سابقه بیماری روانی، آگاهی کامل به زمان و مکان و شخص در زمان آموزش و تکمیل پرسش‌نامه‌ها، نداشتن سابقه کار یا آموزش در مراکز بهداشتی-درمانی و آگاهی به زبان فارسی بود. بیماران به صورت بلوک تصادفی در دو گروه ۴۰ نفر کنترل و مداخله قرار گرفتند بدین صورت که ابتدا از هر بیمارستان ۲۰ نفر به صورت تصادفی در گروه کنترل یا مداخله قرار گرفتند و بعد از اتمام و خروج آنها ۲۰ نفر بعدی به عنوان گروه دیگر وارد مطالعه شدند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسش‌نامه مشخصات دموگرافیک، پرسش‌نامه کیفیت زندگی (SF-۳۶) و مقیاس دیداری آنالوگ (Visual Analogy Scale-VAS) بود. پرسش‌نامه مشخصات دموگرافیک شامل اطلاعات مربوط به سن، جنس، افرادی که با بیمار زندگی می‌کنند، شغل، سطح تحصیلات، سطح درآمد، وضعیت بیمه و علت تراکتوستومی می‌باشد که پایایی و روایی آن به تایید ۱۰ نفر از اساتید دانشگاه علوم پزشکی تهران رسید.

پرسش‌نامه کیفیت زندگی شامل ۸ بعد (عملکرد جسمی، محدودیت جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی، انرژی، عملکرد اجتماعی، مشکلات عاطفی، محدودیت عاطفی) می‌باشد. امتیازهای هر مقیاس از صفر تا ۱۰۰ متغیر است که صفر بدترین و ۱۰۰ بهترین وضعیت را در مقیاس مورد نظر گزارش می‌کند که در بررسی کیفیت زندگی کلی به ۳ سطح کیفیت زندگی پایین (۰-۳۵)، متوسط (۳۵-۷۰) و بالا (۷۰-۱۰۰) تقسیم‌بندی شد. منتظری و همکاران در سال ۱۳۸۴ به تعیین روایی و پایایی پرسش‌نامه (SF-۳۶)

پرداختند. پایایی این ابزار با استفاده از تحلیل آماری همخوانی درونی و آزمون روایی با استفاده از روش مقایسه گروه‌های شناخته شده و روایی همگرایی مورد ارزیابی قرار گرفت. تحلیل هم‌خوانی درونی نشان داد که به جز مقیاس نشاط ( $\alpha=0/65$ ) سایر مقیاس‌های آن از حداقل ضرایب استاندارد پایایی در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ برخوردارند. آزمون روایی همگرایی نیز به منظور بررسی فرضیات اندازه‌گیری با استفاده از همبستگی هر سؤال با مقیاس فرضیه سازی شده نیز نتایج مطلوبی را به دست داد و تمامی ضرایب همبستگی بیش از مقدار توصیه شده ۰/۴ به دست آمد و دامنه تغییرات ضرایب ۰/۵۸ تا ۰/۹۵ بود. مقیاس دیداری آنالوگ که جهت سنجش رضایت مندی از آموزش استفاده شد، که شامل یک جدول ۱۰ سانتی‌متری نمره گذاری شده از ۱ تا ۱۰ می‌باشد (حداقل نمره ۱ و حداکثر نمره ۱۰ خواهد بود) و نمره حاصل از مقیاس دیداری آنالوگ جهت سنجش رضایت مندی به صورت کیفی خواهد شد و به این ترتیب نمره ۱-۳ (رضایت کم)، ۴-۷ (رضایت متوسط) و ۸-۱۰ (رضایت زیاد) خواهد بود. روایی و پایایی مقیاس VAS در تحقیقی تحت عنوان "مقایسه دو روش برقراری ارتباط بر میزان اضطراب و رضایتمندی بیماران تحت عمل جراحی قلب باز دارای لوله تراشه بستری در بیمارستان‌های علوم پزشکی تهران" که توسط ایمانی پور و همکاران در سال ۱۳۸۱ انجام شد، نیز مورد بررسی قرار گرفته است. در این تحقیق برای تعیین اعتبار علمی تست مذکور ابزار مورد استفاده یک بار در صبح روز بعد از عمل و بار دیگر عصر همان روز تکمیل گردید. سپس بین نمرات دو نوبت ضریب همبستگی پیرسون گرفته شد که معادل ۸۵ به دست آمد. با توجه به این که پایایی بیش از ۷۵ درصد رضایت‌بخش و با ۹۵-۸۵ درصد بیشترین پایایی یک ابزار می‌باشد، لذا مقیاس دیداری از پایایی بالایی برخوردار بود.

بعد از تایید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران شرکت کنندگان حین ترخیص، یعنی بعد از دریافت آموزش‌های معمول از پرسنل بیمارستان پرسش‌نامه‌های ذکر شده را تکمیل نموده و ترخیص شدند و به گروه مداخله

جدول ۱. فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی در دو گروه مداخله و کنترل بیماران تراکتوستومی در بیمارستانهای امام خمینی امیر علم در سال ۱۳۹۲ (n=۸۰)

متغیر	محدوده سنی	آزمون تعداد (درصد)	کنترل تعداد (درصد)	p
سن	۲۰-۳۰	۵(۱۲/۵)	۳(۷/۵)	۰/۵۹۳
	۳۰-۴۰	۵(۱۲/۵)	۵(۱۲/۵)	
	۴۰-۵۰	۵(۱۲/۵)	۶(۱۵)	
	۵۰-۶۰	۴(۱۰)	۷(۱۷/۵)	
	۶۰-۷۰	۱۱(۲۷/۵)	۹(۲۲/۵)	
	بالتر از ۷۰	۱۰(۲۵)	۱۰(۲۵)	
جنس	زن	۱۹(۴۷/۵)	۱۵(۳۷/۵)	۰/۶۵۲
	مرد	۲۱(۵۲/۵)	۲۵(۶۲/۵)	
افرادی که با بیمار زندگی می کنند	همسر و فرزندان	۲۵(۶۲/۵)	۲۱(۵۲/۵)	۰/۶۰۱
	فرزندان	۱۲(۳۰)	۱۳(۳۲/۵)	
	افراد دیگر	۳(۷/۵)	۶(۱۵)	
شغل	کارمند	۴(۱۰)	۴(۱۰)	۰/۶۶۰
	آزاد	۱۶(۴۰)	۱۵(۳۷/۵)	
	بازنشسته	۷(۱۷/۵)	۹(۲۲/۵)	
	خانه دار	۱۱(۲۷/۵)	۲(۵)	
تحصیلات	بیکار	۲(۵)	۲(۵)	۰/۶۷۱
	ابتدایی	۱۲(۳۰)	۸(۲۰)	
	زیر دیپلم	۱۰(۲۵)	۱۲(۳۰)	
	دیپلم	۱۲(۳۰)	۱۱(۲۸/۵)	
	دانشگاهی	۶(۱۵)	۹(۲۱/۵)	
درآمد	کفایت می کند	۱۰(۲۵)	۱۰(۲۵)	۰/۸۴۵
	تا حدودی	۲۴(۶۰)	۴(۷/۵)	
	کفایت می کند	۱۹	۱۹	
	کفایت نمی کند	۶(۱۵)	۱۱(۲۷/۵)	
بیمه	دارد	۲۸(۷۰)	۳۳(۸۲/۵)	۰/۵۶۵
	ندارد	۱۲(۳۰)	۷(۱۷/۵)	
علت تراکتوستومی	لوله گذاری طولانی	۴(۱۰)	۷(۱۷/۵)	۰/۳۱۰
	تومور حنجره	۱۴(۳۵)	۱۶(۴۰)	
	تومور تیروئید	۱۰(۲۵)	۸(۲۰)	
	تومور مری	۳(۷/۵)	۲(۵)	
	جراحی های سر و گردن	۵(۱۲/۵)	۳(۷/۵)	
	ترومای سرو صورت	۴(۱۰)	۴(۱۰)	

علاوه بر این که مانند گروه کنترل آموزش های معمول را از پرسنل بیمارستان دریافت کرده بودند یک عدد سی دی آموزشی با ویژگی های صوتی و تصویری که در آن روش های مراقبت از بیمار دارای تراکتوستومی از جمله بهداشت فردی، ساکشن کردن، تعویض باند و گاز دور تراکتوستومی، چگونگی برقراری ارتباط، حضور در اجتماع و... به صورت عملی بر روی مولاژ انجام شده بود و به تأیید ۱۰ نفر از اساتید دانشگاه علوم پزشکی تهران رسیده بود داده شد، تا از آن به عنوان ابزاری جهت یادگیری مراقبت از خود در منزل و بدون محدودیت استفاده کنند. در بررسی مجدد بیماران در مراجعات به درمانگاه بیمارستان بعد از دو ماه پرسش نامه های کیفیت زندگی و رضایت مندی از آموزش را تکمیل کردند. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ و آزمون های آماری تی مستقل و زوجی و مجذور کای دو برای تعیین ارتباط قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل و آزمون استفاده شد. سطح معنی داری نیز کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### یافته ها

در مجموع نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده های آماری تی تست و کای اسکورتفاوت آماری معنی داری را بین دو گروه آزمون و کنترل از نظر ویژگی های سن، جنس، افرادی که با بیمار زندگی می کنند، شغل، سطح تحصیلات، سطح درآمد، وضعیت بیمه و علت تراکتوستومی در بیماران می باشد نشان نداد (جدول ۱).

چنانچه جدول ۲ و ۳ نشان می دهد، قبل از مداخله میانگین نمره کیفیت زندگی کلی در دو گروه آزمون و کنترل قبل از مداخله به ترتیب  $40/30 \pm 7/25$  و  $40/46 \pm 2/58$  بوده و نتیجه آزمون تی مستقل اختلاف

مشکلات عاطفی کاهش معنی‌دار دیده شد و فقط در بعد سلامت عمومی افزایش معنی‌دار دیده شد.

جدول ۴. مقایسه ابعاد هشت گانه کیفیت زندگی حین ترخیص در گروه مداخله و کنترل

گروه	مداخله	کنترل	p
ابعاد کیفیت زندگی			
محدودیت نقش میانگین	۵۲/۱۸	۵۲/۶۵	۰/۵۲۸
ناشی از مشکلات انحراف معیار جسمانی	۸/۵۵	۸/۴۱	
محدودیت نقش ناشی از مشکلات عاطفی	۳۶	۳۶/۴۰	۰/۳۲۸
انحراف معیار	۵/۵۵	۵/۸۱	
انرژی، خستگی	۴۳/۹۰	۴۱/۷۱	۰/۲۳۲
انحراف معیار	۸/۴۳	۸/۴۱	
وضعیت عاطفی	۴۳/۹۰	۴۱/۷۱	۰/۲۳۲
انحراف معیار	۸/۴۳	۸/۴۱	
عملکرد اجتماعی	۴۲/۱۸	۳۸/۷۵	۰/۳۳۰
انحراف معیار	۱۲/۲۳	۱۰/۸۸	
درد	۳۹/۰۶	۳۵	۰/۸۱۸
انحراف معیار	۱۰/۲۷	۹/۴۷	
سلامت عمومی	۳۹/۷۵	۳۸/۶۲	۰/۷۸۹
انحراف معیار	۷/۱۵	۵/۸۸	
عملکرد جسمانی	۴۲/۱۸	۳۸/۷۵	۰/۳۳۰
انحراف معیار	۱۲/۲۳	۱۰/۸۹	

جدول ۵. مقایسه ابعاد هشت گانه کیفیت زندگی دو ماه بعد از ترخیص در گروه مداخله و کنترل

گروه	مداخله	کنترل	p
ابعاد کیفیت زندگی			
محدودیت نقش ناشی از مشکلات جسمانی	۴۷/۸۰	۵۱/۹۵	۰/۰۰۱
انحراف معیار	۵/۵۵	۳/۹۲	
محدودیت نقش ناشی از مشکلات عاطفی	۴۲/۵۱	۲۷/۶۵	۰/۰۰۱
انحراف معیار	۱۲/۷۷	۶/۸۸	
انرژی، خستگی	۵۲/۵۹	۴۱/۵۶	۰/۰۰۳
انحراف معیار	۱۲/۵۹	۷/۸۲	
وضعیت عاطفی	۵۵/۹۳	۳۷/۴۰	۰/۰۴۷
انحراف معیار	۱۰/۸۰	۷/۸۲	
عملکرد اجتماعی	۴۴/۸۷	۳۶/۸۷	۰/۰۰۱
انحراف معیار	۱۵/۰۸	۹/۳۶	
درد	۴۷/۹۸	۳۶/۰۱	<۰/۰۰۱
انحراف معیار	۱۵/۵۷	۹/۵۹	
سلامت عمومی	۴۵/۵۷	۳۹/۶۲	۰/۰۰۲
انحراف معیار	۱۱/۴۵	۶/۷۳	
عملکرد جسمانی	۴۴/۸۷	۳۶/۸۷	۰/۰۰۱
انحراف معیار	۱۵/۰۸	۹/۳۶	

آماري معنی‌داری را بین دو گروه نشان نداد ( $p=0/125$ ) ولی بعد از مداخله میانگین کیفیت زندگی در گروه مداخله به  $47/12 \pm 9/28$  افزایش یافت در حالی که در گروه کنترل تغییر معنی‌داری نسبت به دو ماه قبل دیده نشد و به  $41/93 \pm 3/80$  رسیده بود و آزمون تی تست تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه بعد از مداخله نشان داد ( $p=0/003$ ).

جدول ۲. توزیع فراوانی مطلق و نسبی کیفیت زندگی کلی حین ترخیص در گروه مداخله و کنترل

گروه	مداخله		کنترل		p
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
کیفیت زندگی					
پایین (۰-۳۵)	۱	۲/۵	۲	۵	
متوسط (۳۵-۷۰)	۳۶	۹۰	۳۶	۹۰	
بالا (۷۰-۱۰۰)	۳	۷/۵	۲	۵	
میانگین	۴۰/۳۰		۴۰/۴۶		۰/۱۲۵
جمع	۴۰	۱۰۰	۴۰	۱۰۰	
انحراف معیار	۷/۲۵		۲/۵۸		

جدول ۳. توزیع فراوانی مطلق و نسبی کیفیت زندگی کلی دو ماه بعد از ترخیص در گروه مداخله و کنترل

گروه	مداخله		کنترل		p
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
کیفیت زندگی					
پایین (۰-۳۵)	۰	۰	۱	۲/۵	
متوسط (۳۵-۷۰)	۳۸	۹۵	۳۹	۹۷/۵	
بالا (۷۰-۱۰۰)	۲	۵	۰	۰	۰/۰۰۳
میانگین	۴۷/۱۲		۴۱/۹۳		
انحراف معیار	۹/۲۸		۳/۸۰		
جمع	۴۰	۱۰۰	۴۰	۱۰۰	

جدول ۴ و ۵ نشان می‌دهد دو گروه قبل از مداخله در ابعاد هشت گانه کیفیت زندگی با هم تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند ( $p=0/005$ ) ولی بعد از مداخله در گروه مداخله در ابعاد محدودیت نقش به علت مشکلات عاطفی، وضعیت عاطفی، عملکرد اجتماعی، درد، انرژی، سلامت عمومی افزایش و فقط در بعد عملکرد جسمانی و محدودیت نقش ناشی از مشکلات جسمانی کاهش یافت. در حالی که در گروه کنترل در ابعاد محدودیت نقش به علت مشکلات جسمانی، انرژی و درد تفاوت آماری معنی‌داری نداشت و در ابعاد عملکرد اجتماعی، وضعیت عاطفی و عملکرد جسمانی، محدودیت نقش به علت

جدول ۶ و ۷ نشان می‌دهد قبل از مداخله میانگین نمره رضایت مندی از آموزش در دو گروه آزمون و کنترل به ترتیب  $4/72 \pm 2/35$  و  $4/60 \pm 2/35$  بوده و نتیجه آزمون تی تست اختلاف آماری معنی را بین دو گروه نشان نداد ( $p=0/997$ ). در حالی که بعد از مداخله میانگین نمره رضایت مندی در دو گروه آزمون به افزایش  $8/47 \pm 1/84$  و در گروه کنترل به  $3/30 \pm 1/93$  کاهش یافت و نتیجه آزمون آماری تی مستقل تفاوت آماری معنی دار نشان داد ( $p=0/001$ ).

که کیفیت زندگی کلی بیماران گروه مداخله در سه ماه و ۹ ماه بعد از مداخله نسبت به هنگام ترخیص افزایش یافته بود و کیفیت زندگی در ابعاد سلامت عمومی، عملکرد فیزیکی و درد نسبت به زمان ترخیص مطلوب تر بود و همچنین رضایت مندی بیماران گروه مداخله افزایش یافته بود (۱۴). در مطالعه نیمه تجربی با عنوان "تأثیر آموزش مراقبت از خود از طریق فیلم ویدئویی بر کیفیت زندگی و مشکلات جسمی بیماران تحت درمان با همودیالیز" براز پردنجانی و همکاران به بررسی تأثیر آموزش ویدئویی پرداختند که نتایج حاکی از ارتقای معنی دار کیفیت زندگی شرکت کنندگان می‌باشد (۱۵) که نتایج تایید کننده تأثیر مثبت استفاده از فیلم آموزشی در ارتقای کیفیت زندگی و افزایش رضایت مندی همانند پژوهش حاضر می‌باشد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بیماران که با تراکتوستومی ترخیص می‌شوند با توجه به تغییرات ایجاد شده در وضعیت ظاهری، محدودیت‌های که برای آنها به وجود آمده است دچار اختلال در ابعاد مختلف زندگی به خصوص عملکرد اجتماعی و انزوای اجتماعی می‌شوند و همچنین از نظر وضعیت عاطفی دچار اختلال می‌شوند که نتایج این مطالعه نشان می‌دهد با به کار بردن آموزش مناسب می‌توان عملکرد این ابعاد را بهبود بخشید. همچنین این بیماران به دنبال ترخیص شدن و مراقبت از خود در منزل، خلاء آموزشی ناکافی را احساس می‌کنند و همین مسئله باعث کاهش رضایت مندی آنها از آموزش می‌شود که همان طور نتایج نشان می‌دهد که علاوه بر آموزش‌های معمول مراکز درمانی با در اختیار قرار دادن فیلم آموزشی که همه جنبه‌های مراقبت از خود را در این بیماران به نمایش بگذارد باعث افزایش رضایت مندی این گروه از بیماران شد.

### نتیجه گیری

پس می‌توان این برنامه آموزشی را به کادر درمان و به ویژه پرسنل پرستاری پیشنهاد نمود تا با به کارگیری آن به بهبود کیفیت زندگی و افزایش رضایت مندی از آموزش

جدول ۶. توزیع فراوانی مطلق و نسبی رضایتمندی حین ترخیص در گروه مداخله و کنترل

گروه رضایتمندی	مداخله		کنترل		p
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
کم (۱-۳)	۱۰	۲۵	۱۲	۳۰	۰/۹۷۷
متوسط (۴-۷)	۲۴	۶۰	۲۲	۵۵	
زیاد (۸-۱۰)	۶	۱۵	۶	۱۵	
جمع	۴۰	۱۰۰	۴۰	۱۰۰	
میانگین		۴/۷۲		۴/۶۰	
انحراف معیار		۲/۳۵۳		۲/۳۵۱	

جدول ۷. توزیع فراوانی مطلق و نسبی رضایتمندی دو ماه بعد از ترخیص در گروه مداخله و کنترل

گروه کنترل رضایتمندی	مداخله		کنترل		p
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
کم (۱-۳)	۰	۰	۲۶	۶۵	<۰/۰۰۱
متوسط (۴-۷)	۸	۲۰	۱۲	۳۰	
زیاد (۸-۱۰)	۳۲	۸۰	۲	۵	
جمع	۴۰	۱۰۰	۴۰	۱۰۰	
میانگین		۸/۴۷		۳/۳۰	
انحراف معیار		۱/۸۴۰		۱/۹۳	

### بحث

نتایج مطالعه حاکی از تأثیر مثبت به کارگیری فیلم آموزشی علاوه بر آموزش‌های معمول در ارتقای کیفیت زندگی و رضایت مندی بیماران تراکتوستومی می‌باشد. در مطالعه‌ای که توسط سجاک و همکاران تحت عنوان "بررسی تأثیر سی دی آموزشی علاوه بر آموزش‌های معمول بر تصمیم جهت درمان، رضایت مندی و کیفیت زندگی بیماران سرطان پستان" انجام شد، مشخص گردید

nursing framework. Journal of advanced nursing. 2009;65(3):692-701.

8. Albert NM, Buchsbaum R, Li J. Randomized study of the effect of video education on heart failure healthcare utilization, symptoms, and self-care behaviors. Patient education and counseling. 2007;69(1):129-39.

9. Hall JA, Dornan MC. What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. Social science & medicine. 1988; 27(9): 935-9.

10. Goupy F, Ruhlmann O, Paris O, Thélot B. Results of a comparative study of in-patient satisfaction in eight hospitals in the Paris region. International Journal for Quality in Health Care. 1991;3(4):309-15.

11. Combes A, Luyt C-E, Nieszkowska A, Trouillet J-L, Gibert C, Chastre J. Is tracheostomy associated with better outcomes for patients requiring long-term mechanical ventilation?\*. Critical care medicine. 2007; 35(3): 802-7.

12. Liao L, Myers J, Johnston J, Corneille M, Danielson D, Dent D, et al. Percutaneous tracheostomy: one center's experience with a new modality. The American journal of surgery. 2005; 190(6):939-44.

13. Parrilla C, Scarano E, Guidi ML, Galli J, Paludetti G. Current trends in paediatric tracheostomies. International journal of pediatric otorhinolaryngology. 2007; 71(10): 1563-7.

14. Sjaak M, Mirjam A, Emilee J, Ernest T, Jan M, Patrick M, Everdingen J, Oosterveld C. Effects of interactive breast cancer CDROM on treatment decision, satisfaction and quality of life. journal of Clinical Oncology. 2001; 19(6):1676-82.

15. Baraz-Pardenjani S, Mohammadi E, Boroumand B. The effect of self-care teaching by video tape on physical problems and quality of life in dialysis patients. Iran Journal of Nursing. 2008;21(54):121-33.

در بیمارانی که با تراکئوستومی از بیمارستان ترخیص می‌شوند کمک نمایند.

### تشکر و قدردانی

این مطالعه نتیجه پایان نامه مصوب دانشکده پرستاری تهران می‌باشد. بدین وسیله از اساتید محترم دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، مدیریت بیمارستان امام (ره) و امیر علم، پزشکان، مسئولین و پرستاران دلسوز بخش‌های ENT و کلیه بیمارانی که ما را در این طرح یاری دادند تشکر و قدردانی می‌شود.

### منابع

1. Make BJ, Hill S. Suctioning of the Patient in the Home. Respir Care. 1999;44(1):99-104.
2. Anton M, Michetti V, Alma A. Percutaneous Tran's laryngeal versus surgical tracheostomy: a randomized trial with one year double blind follow-up. Crit Can Med. 2005;33(17):10-5.
3. Angel LF, Simpson CB. Comparison of surgical and percutaneous dilational tracheostomy. Clinics in chest medicine. 2003; 24(3): 423-9.
4. Mofateh M, Mosavi A. Demographic characteristics of patients who had trachostomy in Birjand hospital 2000-2007. Journal Birjand University of Medical Sciences. 2010;17(7):217-23.[persian]
5. Jamshidi N, Abbaszadeh A, Najafi Kalyani M. Comparison of Video & Verbal Education on Satisfaction and Post Operative Complications of Patients Undergoing Coronary Angiography. Journal of Fasa University of Medical Sciences. 2012;1(4):233-7.
6. Bastable S. principles of teaching and learning for nursing practice. Jones and Bartlett publisher. 2007;22(11):523-4.
7. Wagner D, Bear M. Patient satisfaction with nursing care: a concept analysis within a