

تاثیر اجرای مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی

Effect of applying continuous care model on quality of life in heart failure patients

تاریخ پذیرش: ۸۸/۴/۲

تاریخ دریافت: ۸۷/۲/۱۹

Sadeghi Sherme M. MSc[✉], Alavi Zerang F. MSc,
Ahmadi F. PhD, Karimi Zarchi A. PhD,
Babatabar H. D. MSc, Ebadi A. PhD,
Haji Amini Z. MSc, Mahmoudi H. MSc

مهدی صادقی شرمه[✉]، فاطمه علوی زرنگ^۱،
فضل‌اله احمدی^۲، علی‌اکبر کریمی زارچی^۳،
حسین باباتبابار درزی^۴، عباس عبادی^۵،
زهرا حاجی امینی^۶، حسین محمودی^۶

Abstract

Introduction: In patients with a chronic disease such as heart failure, function and quality of life is much lower than general population. Living with heart failure is distressful and affects activities of daily living. The purpose of this study was to assessment the effectiveness of applying continuous care model on quality of life in heart failure patients.

Method: This is a clinical trial study done on 52 patients. Effect of applying continuous care model on quality of life in heart failure patients assessed by Minnesota standard questionnaire.

Results: Administrating of continuous care model enhanced quality of life in all physical ($p < 0.001$), emotional ($p < 0.001$) and general ($p < 0.001$) dimensions in case group after 2 and 3 months.

Conclusion: According to no exact treat of chronic diseases, applying of effective care models such as continuous care model can positively affects the quality of life in heart failure patients.

Keywords: Continuous Care Model, Quality of Life, Heart Failure, Chronic Disease

چکیده

مقدمه: اغلب بیماران دارای بیماری‌های مزمن از جمله بیماری نارسایی قلبی، دارای عملکرد و کیفیت زندگی پایین‌تر از حد معمول جمعیت هستند. از آنجا که زندگی با بیماری نارسایی قلبی بسیار زجرآور است و بر فعالیت‌های معمول زندگی بیمار اثر قابل ملاحظه‌ای می‌گذارد. هدف این مطالعه ارزیابی تاثیر اجرای مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی بود.

روش: این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی است که روی ۵۲ بیمار نارسایی قلبی انجام شد. تاثیر اجرای مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی با استفاده از پرسش‌نامه استاندارد مینه‌سوتا مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: اجرای مدل مراقبت پیگیر، موجب ارتقای کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی در گروه آزمون در تمام ابعاد جسمی ($p < 0.001$)، عاطفی ($p < 0.001$) و عمومی ($p < 0.001$) بعد از ۲ و ۳ ماه شد.

نتیجه‌گیری: با توجه به عدم درمان قطعی بیماری‌های مزمن، اجرای مدل‌های مراقبتی اثربخش، نظیر مدل مراقبت پیگیر، می‌تواند در افزایش کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی تاثیر مثبت داشته باشد.

کلیدواژه‌ها: مدل مراقبت پیگیر، کیفیت زندگی، نارسایی قلبی، بیماری‌های مزمن

✉ **Corresponding Author:** Department of Internal-Surgery, Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran
Email: msshermeh@yahoo.com

✉ گروه داخلی - جراحی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه...^(ع)، تهران، ایران
۱ بیمارستان قلب شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۲ گروه پرستاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
۳ گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه...^(ع)، تهران، ایران
۴ گروه هوشبری و فوریت‌ها، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه...^(ع)، تهران، ایران
۵ گروه داخلی - جراحی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه...^(ع)، تهران، ایران
۶ گروه بهداشت، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه...^(ع)، تهران، ایران

مقدمه

بیماری‌های قلب و عروق، علت عمده ناتوانی و مرگ‌ومیر در کشورهای مختلف جهان بوده و هنوز هم علیرغم ابداع روش‌های مختلف مبارزه با آن، دارای شیوع فراوانی است [۱]. بیماری‌های قلبی به دلیل فراهم آوردن عوامل تنش‌زای جسمی و روحی نظیر درد، فقدان سلامتی، از دست دادن شغل، محرومیت بیش از حد حسی، مرگ قریب‌الوقوع و درجات متفاوتی از واکنش‌های روانی نظیر ناامیدی، خستگی و وحشت موجب احساس بی‌ارزشی و کاهش اعتماد به نفس در بیماران می‌شود [۲]. در بین، نارسایی قلبی یکی از مهم‌ترین بیماری‌های قلبی است که بیشترین میزان ابتلا، مرگ‌ومیر و از کارافتادگی را دارد [۳]. بر طبق آمار تقریباً ۴/۹ میلیون آمریکایی مبتلا به نارسایی قلبی هستند که ۱/۹٪ جمعیت کل ایالات متحده را تشکیل می‌دهند و از عوارض ناتوان‌کننده آن رنج می‌برند [۴]. میزان مرگ‌ومیر ناشی از این بیماری در ایالات متحده از سال ۱۹۸۹ تا ۲۰۰۲ تا ۱۳/۵٪ افزایش یافته و بیشتر از ۵۵۰ هزار نمونه جدید سالانه تشخیص داده می‌شود [۵]. طی مطالعه‌ای که در سال ۱۳۶۹ در بیست‌وچهار استان ایران انجام شد، ۳۸٪ علل مرگ‌ومیر مربوط به اختلال قلبی-عروقی بوده که این رقم در سال ۱۳۷۸ به ۴۶٪ رسیده است [۶]. درصد مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های قلبی-عروقی در تهران روندی شبیه به کشورهای پیشرفته داشته و مطالعات نشان می‌دهد که سهم بیماری قلبی-عروقی در علل مرگ‌ومیر تهرانی‌ها از حدود ۲۶٪ در سال ۱۳۶۵ به بیش از ۵۰٪ در سال ۱۳۷۵ رسیده است [۷].

نارسایی قلبی در مقایسه با سایر بیماری‌های مزمن دیگر مانند، آرتریت و بیماری‌های مزمن انسدادی ریه به‌علت ایجاد عوارض ناتوان‌کننده، تاثیر بسیار حادثی بر کیفیت زندگی دارد و موجب تخریب نقش عملکردی فرد در روابط اجتماعی، خانوادگی، زناشویی و کاهش عملکرد حرفه‌ای می‌شود؛ از طرفی چون اختلال در کیفیت زندگی اثر منفی بر وضعیت درمانی بیمار نیز می‌گذارد، نارسایی قلبی می‌تواند عامل ایجاد چرخه‌ای معیوب در این بیماران محسوب شود [۸]. کیفیت زندگی برای تعیین عملکرد جسمی، روحی-روانی و اجتماعی، حایز اهمیت است. کیفیت زندگی حالتی از رفاه است که از دو جزء "توانایی عملکرد فعالیت‌های روزانه" که منعکس‌کننده رفاه فیزیکی، روانی و اجتماعی است و "رضایت بیمار از سطوح عملکردی و کنترل بیماری و علائم مربوط به آن" تشکیل شده است. با توجه به عدم درمان قطعی بیماری‌های مزمن به‌خصوص به‌علت طول مدت و شدت آن در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی، کیفیت زندگی دست‌خوش تغییرات فراوانی می‌شود و تحت تاثیر شدت، طول مدت و داروهای مصرفی بیمار قرار می‌گیرد؛ به همین دلیل اجرای برنامه مراقبتی می‌تواند در ارتقای کیفیت زندگی این بیماران موثر باشد [۹].

از آنجا که آموزش رفتارهای خودمراقبتی در کاهش دفعات بستری و ارتقای کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی مؤثر است و با توجه به

وجود محدودیت‌های فراوان در درمان این بیماری، روز به روز بر اهمیت انجام رفتارهای خودمراقبتی در کنترل و پیشگیری از عوارض این بیماری افزوده می‌شود [۱۰].

از آنجا که ۹۰٪ بیماران در زمان ترخیص و در ادامه فعالیت‌های روزمره در منزل سؤالاتی راجع به مراقبت از خود، رژیم‌های غذایی و دارویی، عوارض بیماری و ... دارند، مراکز درمانی به‌ویژه پرستاران باید با ارتباط مؤثر و مداوم خود با پیگیری از راه دور، در صورت بروز هر مشکل و سؤالی به بیماران کمک کنند و برای حل مشکلات آنها راهنمایی‌های لازم را ارائه نمایند [۱۱].

در ایران در سال ۱۳۸۰ مدلی توسط /حمیدی تحت عنوان مدل مراقبت پیگیر، طراحی، ابداع و در بیماران با اختلالات عروق کرونر مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفت. این مدل شامل ۴ مرحله آشناسازی، حساس‌سازی، کنترل و ارزشیابی است. در این مدل مددجو به‌عنوان عامل مراقبت پیگیر و تاثیرگذار در روند سلامتی خود و مراقبت پیگیر و مستمر به‌عنوان فرآیندی منظم جهت برقراری ارتباط مؤثر، متعامل و پیگیر و پرستار به‌عنوان ارایه‌دهنده خدمات بهداشتی-مراقبتی به‌منظور شناخت نیازها، مشکلات و حساس‌سازی مددجویان برای قبول رفتارهای مداوم بهداشتی و کمک به حفظ بهبودی و ارتقای سلامت آنها معرفی شده است. از ویژگی‌های این مدل می‌توان به نوعی ارتباط مراقبتی مستمر، پویا و موثر اشاره نمود که کاملاً با ویژگی‌های بیماران مزمن و پویایی مشکلات آنها مناسبت و هماهنگی دارد [۱۲].

از آنجا که نادیده گرفتن اهمیت کیفیت زندگی در بیماران نارسایی قلبی منجر به ناامیدی، نداشتن انگیزه برای هرگونه تلاش و کاهش فعالیت‌های اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و بهداشتی شده و در ابعاد عمیق‌تر بر توسعه اجتماعی، اقتصادی جامعه نیز تأثیر می‌گذارد و هزینه قابل‌توجهی به بودجه بهداشتی-درمانی کشور تحمیل می‌نماید، در این مطالعه تأثیر اجرای مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی مورد بررسی قرار گرفت.

روش

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی دو گروهی شاهددار است که تاثیر اجرای الگوی مراقبت پیگیر به‌عنوان متغیر مستقل بر کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی به‌عنوان متغیر وابسته را روی ۵۲ بیمار نارسایی قلبی در بیمارستان‌های شهید رجایی و شریعتی تهران در سال ۱۳۸۴ با استفاده از پرسش‌نامه استاندارد کیفیت زندگی مینه‌سوتا، مورد بررسی قرار داد. معیارهای ورود نمونه‌ها در این مطالعه عبارت بودند از: ۱- تمایل به شرکت در این مطالعه؛ ۲- دارا بودن سطح عملکردی ۳ و ۴ براساس طبقه‌بندی انجمن قلب آمریکا؛ ۳- کسر تخلیه قلب کمتر از ۴۰٪ (با استناد به پرونده بیمار بر اساس اکوکاردیوگرافی)؛ ۴- تشخیص نهایی نارسایی قلبی برای تمامی نمونه‌ها؛ ۵- دامنه سنی ۳۵ تا ۷۰ سال؛ ۶- ناشنوا و نابینا نبودن؛ ۷- داشتن ثبات روانی (با استناد به پرونده پزشکی)؛

اهمیت شناخت علایم و عوارض بیماری و چگونگی کنترل آنها، ضرورت رعایت و کنترل رژیم غذایی و چگونگی رعایت محدودیت‌های مربوطه، اهمیت محدودیت مصرف مایعات و کنترل وزن، اهمیت استفاده از داروهای تجویز شده و نکات احتیاطی آن، اهمیت فعالیت فیزیکی مناسب و مجاز و چگونگی آن، اهمیت و چگونگی کنترل فشار خون و نبض، لزوم کنترل قند در بیماران دیابتی، اهمیت حفظ و تعدیل وزن و چگونگی آن، لزوم کاهش استرس‌ها و فشارهای روحی، اهمیت ویزیت منظم پزشک معالج و چگونگی مراعات دستورات داده شده، لزوم ترک عادات نامناسب مثل سیگار و ... اهمیت مشاوره برای بیماران به صورت تلفنی، سخنرانی، پرسش و پاسخ، کتابچه آموزشی و نمایش پوستره‌های تصویری آموزشی تشریح شد.

۳- در مرحله کنترل بر طبق مدل مراقبت پیگیر، ادامه مشاوره‌های مراقبت پیگیر به طور هفتگی به مدت ۳ ماه با تماس‌های تلفنی متناسب با نیازهای مراقبتی، به طور مکرر با اهداف بررسی روند مراقبت‌ها و چگونگی آنها، بررسی و توجه به مسایل و مشکلات جدید مراقبتی، بررسی سیر بیماری و چگونگی بازخورد مربوط به جلسات قبلی، آموزش نارسایی‌های مراقبتی و پرداختن به موارد جدید مراقبتی، چگونگی کیفیت زندگی بیماران، چگونگی دفعات افزایش وزن، تنگی نفس، تورم اندام‌ها و بستری شدن مجدد به اجرا درآمد و اطلاعات لازم با استفاده از چک‌لیست و پرسش‌نامه کیفیت زندگی مینه‌سوتا جمع‌آوری گردید. از آنجا که نمره‌بندی نتایج اولیه بر اساس پرسش‌نامه کیفیت زندگی مینه‌سوتا از (۱۰۵-۰) است و بر طبق آن نمره کمتر شاخص بهتر شدن و نمرات بالاتر نشانه بدتر شدن وضعیت بیماران بود، تغییرات نسبی در نمرات کیفیت زندگی بعد از مداخله، نمایانگر بهبود علایم بالینی است [۱۴].

۴- مرحله ارزشیابی به‌عنوان گام چهارم و نهایی مدل مراقبت پیگیر است، ولی این مورد در تمامی مراحل از ابتدای مطالعه جاری بود. در نهایت پس از تکمیل و جمع‌آوری پرسش‌نامه‌های دموگرافیک و کیفیت، از آزمون مجذور کای برای جور کردن متغیرهای هر دو گروه، تی زوجی و تی مستقل به‌منظور مقایسه تفاوت میانگین‌ها در دو گروه و آنالیز واریانس اندازه‌های تکراری برای بررسی روند تغییرات کیفیت زندگی در محیط نرم‌افزاری SPSS 11 استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین سنی بیماران $52/92 \pm 6/8$ سال بود، اکثر نمونه‌ها دارای تحصیلات سیکل، متاهل، خانه‌دار یا بازنشسته و با متوسط درآمد ۲۰۰-۱۰۰ هزار تومان بودند. میانگین نمرات بعد جسمی کیفیت زندگی مینه‌سوتا قبل از مداخله، ماه اول، دوم و سوم در گروه آزمون به ترتیب $40/4$ ، $24/8$ ، $23/5$ ، $21/8$ و در بعد عاطفی به ترتیب $11/5$ ، $6/4$ ، $4/9$ و $3/8$ و در بعد عمومی به ترتیب 19 ، $10/4$ ، $9/1$ و $7/6$ بود. همچنین میانگین نمره کل (مجموع ابعاد جسمی، عاطفی و عمومی) نیز به ترتیب در گروه آزمون 71 ، $41/7$ ، $37/7$ ، $33/5$ بود که از نظر آماری معنی‌دار است ($p=0/001$) (جدول ۱).

۸- داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن؛ ۹- تکلم به زبان فارسی؛ ۱۰- نداشتن سابقه کار یا آموزش در مراکز بهداشتی-درمانی یا دانشکده پرستاری-مامایی و پزشکی؛ ۱۱- عدم ابتلا به بیماری‌های بدخیم، نارسایی کلیه، کبد، بیماری‌های مزمن انسدادی ریه و اختلالات عصبی-حرکتی؛ ۱۲- تحت درمان با پزشکان محدود و معین؛ ۱۳- هم‌سطحی اقتصادی و اجتماعی؛ ۱۴- داشتن امکان دسترسی پیگیر و کنترل آنها.

در این مطالعه براساس یافته‌های هاریسون [۱۳] و با احتساب آلفای 5% و بتای 90% و با استفاده از نورموگرام آتمن حجم نمونه مورد نیاز در هر گروه ۲۶ نفر برآورد گردید و با احتساب 15% ریزش نمونه‌ها حجم نهایی در هر گروه ۳۰ نفر در نظر گرفته شد؛ ولی در حین مطالعه به دلیل فوت ۸ نفر از نمونه‌ها در هر دو گروه، در مجموع ۵۲ بیمار نارسایی قلبی با قرار گرفتن به‌طور تخصیص تصادفی در گروه‌های آزمون و شاهد قرار گرفتند. پس از انتخاب گروه آزمون و شاهد، هدف از انجام پژوهش و چگونگی انجام کار به بیماران توضیح داده شد و رضایت آنها جهت شرکت در پژوهش جلب گردید. سپس پرسش‌نامه مشخصات فردی و کیفیت زندگی در هر دو گروه تکمیل شد. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، برنامه مدل مراقبت پیگیر در گروه آزمون اجرا شد و گروه شاهد فقط مراقبت‌های جاری را دریافت کردند. سپس کیفیت زندگی هر دو گروه با استفاده از پرسش‌نامه کیفیت زندگی مینه‌سوتا در سه نوبت دیگر پس از پایان ماه اول، دوم و سوم اندازه‌گیری شد. به بیماران گروه آزمون تاکید شد که اطلاعات و آموزش‌های ارائه شده را در اختیار سایر بیماران قرار ندهند. همچنین در گروه شاهد اطمینان حاصل شد که اطلاعات منتقل نگردیده است. اعتبار علمی پرسش‌نامه خصوصیات فردی و مینه‌سوتا با استفاده از روش اعتبار محتوی با استفاده از گروهی متخصص صورت گرفت و پایایی آن با استفاده از روش آزمون مجدد و با ضریب همبستگی پیرسون ($r=0/86$) مورد تایید قرار گرفت.

مدل مراقبت پیگیر که مدل مراقبتی بومی ایرانی است، مراحل مختلفی دارد که با پیوستگی و انسجام خاص خود به ترتیب زیر برای بیماران گروه آزمون به مورد اجرا درآمد:

۱- در مرحله آشناسازی بر طبق مدل مراقبت پیگیر، هنگام ترخیص از بیمارستان، طی جلسه‌ای ۳۰ تا ۶۰ دقیقه‌ای با حضور بیمار و همراه وی آشناسازی و تبیین مراحل مدل مراقبت پیگیر و چگونگی انتظارات از یکدیگر تبیین و ترغیب شد و پرسش‌نامه‌های دموگرافیک و کیفیت زندگی مینه‌سوتا تکمیل گردید. همچنین چگونگی امکان ارتباط به‌صورت تلفنی با در اختیار گذاشتن شماره تلفنی ویژه ایشان، توضیح داده شد.

۲- در مرحله حساس‌سازی بر طبق مدل مراقبت پیگیر، مشاوره‌های مراقبتی در بیمارستان قبل از ترخیص (به‌مدت حدود ۳۰ تا ۴۰ دقیقه) و در منزل بیماران (به‌مدت حدود ۲۰ تا ۳۰ دقیقه) صورت گرفت. در این مرحله نکات مهم مراقبت از خود، توضیح و توجیه ماهیت بیماری نارسایی قلبی در حد درک بیماران و خانواده آنها،

بحث

تغییرات نمرات مینه‌سوتا در ۳ ماه متوالی در دو گروه نشان داد که اجرای مدل مراقبت پیگیر توانسته تا حد مطلوبی کیفیت زندگی بیماران را بالا ببرد و منجر به کاهش میانگین نمره کل کیفیت زندگی مینه‌سوتا تا ۳۳/۵ در گروه آزمون گردد. از آنجا که در این مدل به تمامی عوامل موثر (فعالیت فیزیکی، رژیم غذایی، رژیم دارویی، تعیین الگوی مهارتی و تغییر در سبک زندگی، نمایش موفقیت‌ها و شکست‌ها به‌شکل عینی، توضیح و تاکید بر روی عوارض زودرس و دیررس بیماری برای فرد و خانواده وی) بر کیفیت زندگی توجه شده و روند حساس‌سازی استمرار داشته و درگیری خانواده در جلسات انفرادی به‌عنوان اصل تلقی شده است، کیفیت زندگی در ابعاد مختلف به‌طور چشمگیری افزایش یافته است. وست و همکاران با اجرای برنامه درمانی توسط پرستاران شامل آموزش و مشاوره و کنترل و پیگیری ۲۴ ساعته نشان دادند که کیفیت زندگی بیماران هم در بُعد فیزیکی و هم در بُعد روانی به‌طور معنی‌داری بهبود یافته است ($p < 0.001$) [۱۵]. همچنین هاریسون و همکاران نشان دادند که در مقایسه بین مدل انتقال از بیمارستان به خانه (تمرکز روی انتقال بیمار از بیمارستان به خانه و ارتباط مداوم و مستمر بین بیمار و پرستار) و مراقبت معمول، نمرات کیفیت زندگی مینه‌سوتا ۶ ماه بعد از ترخیص در مدل انتقالی ۱۹/۱ و در مراقبت معمول ۳۷/۵ و ۱۲ ماه بعد در مدل انتقالی ۲۵/۷ و در مراقبت معمول ۳۸/۲ شده و کیفیت زندگی در مدل انتقالی به‌طور معنی‌داری افزایش یافته است ($p = 0.002$) [۱۳]. میانگین نمره کل کیفیت زندگی مینه‌سوتا در این پژوهش در مراحل قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون از ۷۱ به ۳۳/۵ رسیده است.

استیوارت و همکاران گزارش می‌کنند در صورتی که درمان نارسایی قلبی توسط پرستار متخصص نارسایی قلبی دنبال شود موجب بهبود کیفیت زندگی می‌شود به‌طوری‌که بیماران طبق رژیم‌های دارویی و درمانی خود عمل کرده و میزان بستری شدن مجدد آنها کاهش می‌یابد [۱۶].

در این مطالعه همچنین از نظر کلاس عملکردی قلب (بر اساس انجمن قلب آمریکا)؛ در ماه اول تعداد ۸۰/۷٪ بیماران گروه شاهد و ۸۸/۴٪ گروه آزمون ($p = 0.52$)، در ماه دوم ۶۵/۳٪ بیماران گروه شاهد و ۸۸/۴٪ گروه آزمون ($p = 0.06$) و در ماه سوم ۴۲/۳٪ بیماران گروه شاهد و ۹۲/۳٪ گروه آزمون ($p = 0.0001$) به کلاس یک و دو تبدیل شده بودند که این مساله خود مبین بهبود عملکرد پمپ قلبی است. نتایج پژوهش چیناکلیا و همکاران نیز نشان داد که با اجرای برنامه درمانی (آموزش و پیگیری)، کلاس عملکردی قلب بیماران بعد از ۶ ماه بهبود یافته است، به‌طوری‌که ۴۱٪ بیماری که در کلاس عملکردی ۳ و ۴ بودند، پس از ۶ ماه به ۲۶ بیمار تقلیل یافتند و کلاس عملکردی آنها به ۲ رسید؛ میانگین نمره کل کیفیت زندگی مینه‌سوتا در آنها از ۳۳ به ۲۸ کاهش یافت ($p = 0.0001$) [۱۷].

جدول ۱) جدول میانگین نمرات کیفیت زندگی (مینه‌سوتا) قبل از اجرای مدل و سه ماه متوالی بعد در گروه شاهد و آزمون

گروه ← ابعاد کیفیت زندگی ↓	شاهد		آزمون		
	انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار	
بعد جسمی	قبل	۴۰/۳۱	۳/۲۲	۴۰/۴۶	۴/۵۰
	اول	۲۷/۶۹	۶/۳۲	۲۴/۸۵	۷/۵۷
	دوم	۳۲/۶۲	۷/۴۰	۲۳/۵۸	۷/۹۶
بعد عاطفی	قبل	۹/۴۲	۵/۴۴	۱۱/۵۴	۵/۷۹
	اول	۷/۵۸	۵/۱۰	۶/۰۴	۴/۱۱
	دوم	۹/۱۹	۵/۸۹	۴/۹۶	۵/۲۵
بعد عمومی	قبل	۱۶/۳۵	۵/۱۰	۱۹/۰۰	۶/۱۷
	اول	۱۲/۴۲	۴/۲۵	۱۰/۴۶	۶/۵۷
	دوم	۱۳/۰۰	۵/۹۴	۹/۱۹	۷/۰۸
نمره کل	قبل	۶۶/۳۵	۹/۲۰	۷۱/۰۰	۱۲/۶۰
	اول	۴۷/۵۴	۱۲/۰۸	۴۱/۷۳	۱۵/۱۸
	دوم	۵۴/۰۰	۱۶/۳۶	۳۷/۷۳	۱۷/۸۹
	سوم	۵۸/۴۶	۱۷/۷۶	۳۳/۵۴	۱۷/۵۵

جدول ۲) مقایسه میانگین و انحراف معیار ابعاد کیفیت زندگی مینه‌سوتا در دو گروه شاهد و آزمون سه ماه بعد از اجرای مدل

گروه ← ابعاد کیفیت زندگی ↓	P	آزمون		شاهد	
		انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار
بعد جسمی	۰/۰۰۱	۷/۷۴	۳۳/۵۸	۲۱/۸۵	۷/۶۷
بعد عاطفی	۰/۰۰۱	۱۰/۴۲	۱۰/۴۲	۳/۸۱	۴/۵۳
بعد عمومی	۰/۰۰۲	۱۳/۹۶	۱۳/۹۶	۷/۶۹	۷/۰۷
نمره کل	۰/۰۰۱	۵۸/۴۶	۵۸/۴۶	۳۳/۵۴	۱۷/۵۵

در پایان سه ماه، میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی مینه‌سوتا در گروه آزمون در بعد جسمی ۲۱/۸، در بعد عاطفی ۳/۸، در بعد عمومی ۷/۶ و نمره کل ۳۳/۵ بود که در مقایسه با گروه شاهد تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p = 0.001$) (جدول ۲).
بین میانگین و انحراف معیار نمرات کل کیفیت زندگی مینه‌سوتا در گروه آزمون در مرحله قبل از مداخله (به‌ترتیب ۷۱ و ۱۲/۶) و بعد از سه ماه (به‌ترتیب ۳۳/۵ و ۱۷/۵) تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p = 0.001$) (جدول ۳).

جدول ۳) مقایسه میانگین کل و انحراف معیار ابعاد کیفیت زندگی مینه‌سوتا در مراحل قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون

گروه ← ابعاد کیفیت زندگی ↓	P	قبل از مداخله		بعد از مداخله	
		انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار
بعد جسمی	۰/۰۰۱	۴۰/۴۶	۴/۵۰	۲۱/۸۵	۷/۶۷
بعد عاطفی	۰/۰۰۱	۱۱/۵۴	۳/۸۱	۵/۷۹	۴/۵۳
بعد عمومی	۰/۰۰۱	۱۹/۰۰	۶/۱۷	۷/۶۹	۷/۰۷
نمره کل	۰/۰۰۱	۷۱/۰۰	۱۲/۶۰	۳۳/۵۴	۱۷/۵۵

۷- صراف زادگان نضال، و همکاران. تظاهرات زودرس بیماری‌های عروق کرونر در ایران. هفته نامه پزشکی امروز. ۱۳۷۵؛ ۱۳(۳):۴-۲۰.

8- American College of Cardiology; American Heart Association. Committee on the Evaluation and Management of Heart Failure. ACC/AHA Guidelines of the Evaluation and management of chronic Heart Failure in the Adult. Journal of American college of cardiology. 2001;38(7):2101-13.

9- Lukkarinen H, Hentinen M. Assessment of quality of life with the NPH, among woman with coronary artery disease. Heart & lung Journal. 1998;27(3):47-54.

10- Kathleen LG. Team management of patients with heart failure. Circulation Journal of New York. 2000;7(4):24-43.

11- Heart and stroke statistical update. Dallas (TX): American Heart Association; 2000. p. 1-29.

۱۲- احمدی فضل‌اله. طراحی و ارزشیابی مدل مراقبت پیگیر برای کنترل اختلال عروق کرونر [رساله دکتری پرستاری]. تهران: دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس؛ ۱۳۸۰. ص. ۱۱-۲۰۳.

13- Harrison MB. Quality of life individuals with heart failure: A randomized trial of the effectiveness of two models of hospital to home transition. Medical Care Journal. 2002;40(4):271-82.

14- Damino BH. Assessment of quality of life with the Minnesota. Available from: <http://www.mapiresearchinst.com>.

15- West J. A comprehensive management system for heart failure improves clinical outcomes and reduces medical resource utilization. American Journal of cardiology. 2003;79(5):58-63.

16- Stewart M. Clinical service framework for heart failure. Draft volume 2. 2003. Available from: <http://www.health.nsw.gov.au>

17- Chinaglia A. Impact of nurse-based heart failure management program on hospitalization rate, functional status, quality of life and medical costs. Italian heart Journal. 2002;3(suppl 5):532-8.

18- Jaarsma T. Self care and quality of life in patients with advanced heart failure problems; The effect of a supportive educational intervention. Heart & Lung Journal. 2000;29(5):319-29.

19- Mich E. Effects of education, self care instruction and physical exercise on patients with chronic heart failure. AJN. 2003;92(12):985-93.

20- Riegel B. Effect of a standard case management telephone intervention on resource use in patients with heart failure. Archives of Internal Medicine Journal. 2002;162(6):702-12.

۲۱- احمدی فضل‌اله. بررسی تاثیر مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران. ۱۳۸۵؛ ۱۳(۳):۳۴-۱۲۳.

۲۲- رحیمی ابوالفضل. بررسی تاثیر مدل مراقبت پیگیر بر میزان افسردگی بیماران همودیالیزی. مجله پژوهنده. ۱۳۸۵؛ ۱۳(۲):۳۴-۲۲۷.

۲۳- احمدی فضل‌اله. بررسی تاثیر مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی. مجله دانشگاه علوم پزشکی ارومیه. ۱۳۸۴؛ ۱۶(۱):۷-۲۲.

نتایج مطالعه حاضر می‌تواند بیانگر این موضوع باشد که با اجرای مدل مراقبت پیگیر در تمام ابعاد کیفیت زندگی بیماران مزمن (همچون نارسایی قلبی) می‌توان تاثیر مثبتی ایجاد نمود. در این رابطه نتایج این مطالعه با نتایج بسیاری از محققین از جمله هاریسون و همکاران [۱۳]، جارسما [۱۸]، میچ و همکاران [۱۹] و ریچل و همکاران [۲۰] هم‌خوانی دارد. با توجه به یافته‌های این مطالعه می‌توان نتیجه گرفت که اجرای مدل مراقبت پیگیر با افزایش کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی در ارتباط است و اجرای این مدل می‌تواند کیفیت زندگی آنها را بهبود بخشد که این یافته با نتایج احمدی و همکاران [۲۱]، رحیمی و همکاران [۲۲] و احمدی و همکاران [۲۳] هم‌خوانی دارد.

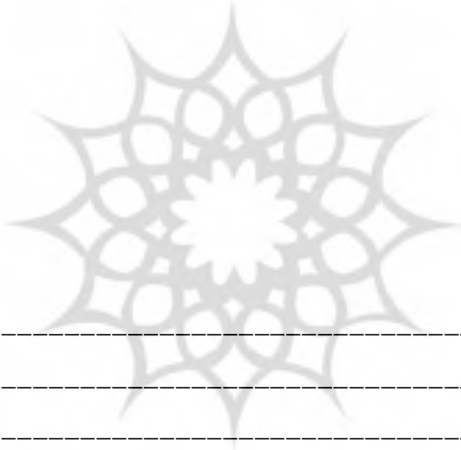
نتیجه‌گیری

با اجرای مدل مراقبت پیگیر تفاوت معنی‌داری در ابعاد کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی ایجاد می‌شود و اجرای این مدل مراقبتی با بهبود کیفیت زندگی این بیماران همراه است. لذا می‌توان پیش‌بینی نمود که به‌کارگیری مدل مراقبت پیگیر در سایر محیط‌های بالینی و بیماران نارسایی قلبی می‌تواند نتایج مثبتی داشته باشد.

تشکر و قدردانی: از کلیه مسئولین محترم و پزشکان و پرستاران بیمارستان‌های قلب شهید رجایی و شریعتی تهران، بیماران و خانواده آنها و سایر عزیزانی که در انجام این طرح پژوهشی، پژوهشگر را یاری نمودند قدردانی می‌گردد.

منابع

- 1- Kelley K. Heart failure. Medical Encyclopedia. Available from: <http://www.medem.com>.
- 2- Auditorium F. Heart failure. Available from: <http://www.portal.omv.iu.se/>.
- 3- Flowers SB. At the heart of care. Nursing Standard Journal. 2003;17(47):43-6.
- 4- Carelock J, Clark A. Pathophysiologic mechanisms. AJN. 2001;101(12):67-71.
- 5- Artinian NT. Self-care behaviors among patients with heart failure. Heart & lung Journal. 2002;31(3):161-72.
- ۶- نقوی محسن. سیمای مرگ در ده استان کشور. وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی کشور: انتشار دفتر نمایندگی سازمان جهانی بهداشت در جمهوری اسلامی ایران؛ ۱۳۷۹. ص. ۴۱-۳۶.



یادداشت:

شروع نگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی