

## بررسی تاثیر بکارگیری مدل مراقبت مشارکتی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی

فریبا برهانی<sup>۱</sup>، هادی خوشاب<sup>\*</sup>، عباس عباسزاده<sup>۱</sup>، حمیدرضا رشیدی نژاد<sup>۱</sup>، عیسی محمدی<sup>۲</sup>

\* ۱. دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران، ۲. گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

### چکیده

**اهداف:** نارسایی قلبی یکی از مهمترین و شایعترین بیماریهایی است که با وجود پیشرفتهای پزشکی هنوز از مشکلات عمده نظام های بهداشت و درمان است. امروزه یکی از اهداف برنامه های مراقبت پرستاری، بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی است. هدف از این مطالعه ارزیابی تاثیر مدل مراقبت مشارکتی بر کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی بود.

**روش ها:** در این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی ۹۰ نفر از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بستری در بخش های ویژه ی بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان در سال ۱۳۸۹ به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه مساوی ۴۵ نفری آزمون و کنترل تقسیم شدند. برای سنجش کیفیت زندگی (متغیر وابسته) از پرسشنامه استاندارد شده کیفیت زندگی در بیماران نارسایی قلبی، حاوی ۲۲ سوال در مورد سه بعد اصلی کیفیت زندگی (جسمی، روحی روانی و اجتماعی اقتصادی) استفاده شد. مداخله در طول سه ماه در گروه آزمون طبق مراحل طراحی شده در مدل مراقبت مشارکتی اجرا شد. نتایج پس از جمع آوری توسط نرم افزار SPSS18 با استفاده از آزمون های آماری t زوجی، t مستقل و آنالیز واریانس تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته ها:** بین میانگین کلی کیفیت زندگی (از  $60.11 \pm 10.7$  به  $35.43 \pm 8.6$  در گروه آزمون و از  $45.63 \pm 7.3$  به  $57.42 \pm 11.9$  در گروه کنترل) و نیز ابعاد آن (جسمی، روحی روانی و اجتماعی اقتصادی) در دو گروه آزمون و کنترل تفاوت آماری معنی داری نشان داده شد ( $p < 0.05$ ).

**نتیجه گیری:** نتایج حاکی از آن است، در گروه آزمون که بر اساس مدل مراقبت مشارکتی تحت مراقبت و درمان قرار گرفته اند میانگین نمرات کیفیت زندگی در هر سه بعد نسبت به گروه کنترل، بهبودی معنی داری یافته است و استفاده از این مدل در مراقبت و درمان بیماران نارسایی قلبی توصیه می شود.

**واژگان کلیدی:** نارسایی قلبی؛ کیفیت زندگی؛ مدل پرستاری؛ مراقبت مشارکتی

## Study of the effect of partnership care model on the quality of life in patients with heart failure

Fariba Borhani<sup>1</sup>, Hadi khoshab<sup>\*</sup>, Abbas Abbaszadeh<sup>1</sup>, Hamidreza Rashidinejad<sup>1</sup>, Eesa Mohammadi<sup>2</sup>

\*1. University of Medical Sciences Kerman, Kerman, Iran

2. Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran

### Abstract

**Aims:** Heart failure is one of the most important and prevalent diseases, and still one of the major problems of health care systems in spite of the medical advances. Today, the promotion of the quality of life in heart failure patients is one of the objectives of the nursing care programs. In this line, the present study was conducted to evaluate the effect of partnership care model on the quality of life in patients with heart failure.

**Methods:** In the present clinical trial in 2010, 90 patients with heart failure hospitalized in Kerman University of Medical Sciences affiliated coronary care units were selected using accessible-sampling method and were randomly divided into two groups of 45 participants each as the experimental and the control groups. To evaluate the quality of life as a dependent variable, the standard quality-of-life questionnaire for heart failure patients, including 22 questions on the three major dimensions of the quality of life (physical, mental and socioeconomic), was applied. The intervention was implemented during three months according to the partnership care model in the experimental group. Data were analyzed by SPSS<sub>18</sub> software using descriptive statistics, independent and paired t-tests and the variance analysis.

**Results:** There was a significant difference between the two groups in terms of the mean quality of life (from  $60.11 \pm 10.7$  to  $35.43 \pm 8.6$  in the experimental and  $45.63 \pm 7.3$  to  $57.42 \pm 11.9$  in the control group), as well as the associated dimensions including the physical, psychological, and socioeconomic aspects ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** The study findings demonstrated a significant improvement in the mean quality of life scores in all the three dimensions in the experimental compared to the control group; the application of the mentioned model is, therefore, recommended for the care and treatment of patients with heart failure.

**Key words:** Heart failure; Quality of life; Nursing model; partnership care

(این مقاله مستخرجه از پایان نامه ی دانشجویی است.)

نفر در سطح دنیا به آن مبتلا هستند. البته آمارهای مربوط به شیوع بیماری، تنها مربوط به موارد علامت‌دار، یعنی کسانی که در کلاس سه و چهار انجمن قلب آمریکا قرار دارند، می‌شود و موارد بدون علامت بیماری، به عبارت دیگر افرادی که مکانیسم‌های جبرانی بدن آن‌ها به دلیل کارآمد بودن، از بروز علائم بالینی جلوگیری کرده‌اند (کلاس یک و دو)، در این ارقام محاسبه نشده‌اند [۷]. حدود دو تا سه میلیون آمریکایی، دچار نارسایی قلبی هستند و سالیانه چهارصد هزار مورد جدید شناخته می‌شوند. این بیماری به طور مختصر در مردان از زنان شایعتر است. سالیانه ۳۹ هزار نفر به دلیل این بیماری در آمریکا می‌میرند و همچنین ۲۲۵ هزار مرگ نیز به دلیل بیماری‌های مرتبط با آن حادث می‌شود [۸].

از آن‌جا که نارسایی قلبی بر کل ابعاد زندگی، یعنی شرایط جسمی، روانی و اجتماعی بیمار تأثیر می‌گذارد [۴] و نیز این بیماری یکی از شایع‌ترین عوامل منجر به بستری مجدد در بیمارستان طی ۶۰ روز پس از ترخیص است و تا سی درصد بستری مجدد بیمارستانی ناشی از این بیماری ممکن است قابل پیش‌گیری باشد [۹]، بنابراین هر گونه تلاشی برای بهبود کیفیت زندگی این بیماران می‌تواند ارزش‌مند باشد. با توجه به این که مدل‌های پرستاری می‌توانند راه‌نمای مناسبی برای ارتقای کیفیت مراقبت باشند، استفاده از مدل‌ها در مراقبت از بیماران توصیه شده است. این موضوع در مدل‌هایی که برآمده از فرهنگ و شرایط بومی جامعه باشند، بیشتر توصیه می‌شود. با این وجود تا زمانی که یک مدل به طور کامل به جامعه‌ی پرستاری معرفی شود، نیاز به آزمون و به دست آوردن شواهد کافی برای اثربخشی دارد. از این رو در این مطالعه سعی شد از یک مدل بومی به نام مدل مراقبت مشارکتی برای مراقبت بیماران مبتلا به نارسایی قلبی استفاده شده و کارآمدی آن در ارتقای کیفیت زندگی این بیماران مورد بررسی قرار گیرد.

مدل مراقبت مشارکتی اولین بار در سال ۱۳۸۰ طراحی و برای کنترل فشار خون بالا در شهرستان بابل اجرا و ارزشیابی شد. سپس در سال ۱۳۸۳ در مورد بیماران مبتلا به بیماری‌های عروق کرونر در شهر تهران اجرا و ارزشیابی شده ولی در گروه بیماران نارسایی قلبی هنوز ارزشیابی نشده است. در این مدل برای اولین بار نظریه‌ی مشارکت در فرآیند مراقبت پردازش شده است. یکی از اهداف اساسی مدل، بهبود کیفیت زندگی مددجویان است. برای دستیابی به اهداف مدل، مراحل زیر در قالب یک ساختار منظم ارائه شده است که با رعایت ارتباط و توالی منطقی و تکاملی به صورت مجموعه‌ای به هم پیوسته و پویا عمل می‌کند و برای هر مرحله، برنامه‌های عملی مشخص پیش‌بینی شده است: ۱. انگیزش ۲. آماده سازی ۳. درگیرسازی ۴. ارزش‌یابی هستند [۱۰].

با توجه به توضیحات فوق، این مطالعه با هدف بررسی تأثیر کاربرد مدل مراقبت مشارکتی بر کیفیت زندگی بیماران نارسایی مزمن قلب

کیفیت زندگی به عنوان یکی از برآیندهای مهم نظام‌های سلامت به شمار می‌رود. به ویژه این موضوع در مورد بیماری‌هایی که فراوانی بیشتری دارند، اهمیت زیاده‌تری می‌یابد. بیماری‌های قلبی - عروقی، علت اصلی مرگ در سراسر جهان هستند و سالانه هفده میلیون نفر را به کام مرگ می‌فرستند (یک مرگ از سه مرگ). پیش‌بینی می‌شود که اگر تا سال ۲۰۲۰ اقدام پیش‌گیرانه‌ی خاصی انجام نگیرد، این تعداد به ۲۴/۸ میلیون نفر خواهد رسید [۱]. امروزه با پیشرفت در درمان بیماری‌های قلبی، طول عمر مبتلایان به نارسایی قلبی افزایش یافته و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی در آن‌ها بیش از پیش با اهمیت می‌شود [۲]. مطالعات صورت گرفته در مورد کیفیت زندگی وابسته به سلامت (Health-Related Quality of Life) در بیماری‌های مزمن، نشان‌دهنده‌ی تأثیرات نامطلوب بیماری بر روی عملکرد فیزیکی، روانی و اجتماعی بیماران است. بنابراین اندازه‌گیری کیفیت زندگی در ارزیابی درمان بیماری‌های قلبی اهمیت پیدا کرده است [۳]. هدف از درمان نارسایی قلبی، نه تنها افزایش طول عمر است، بلکه تسکین علائم و بهبود عملکرد نیز هست. در این میان بهبود جنبه‌ی جسمی کیفیت زندگی به عنوان یکی از مهم‌ترین اهداف درمان به شمار می‌آید [۴ و ۵]. کیفیت زندگی وابسته به سلامت در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، در مقایسه با جمعیت بزرگسال سالم و مبتلایان به دیگر بیماری‌های مزمن، وضع نامطلوبی داشته و نارسایی قلبی به علت ایجاد عوارض ناتوان‌کننده، تأثیر بیشتری بر کیفیت زندگی دارد [۶]. به این ترتیب شایسته است که در زمینه‌ی کیفیت زندگی مطالعات بیشتر و جامع‌تری صورت گیرد.

نارسایی قلبی یک سندرم بالینی پیچیده است که به دلیل اختلال عملکرد بطنی، قلب از پمپ کردن خون متناسب با نیازهای متابولیک بدن ناتوان است. نارسایی قلب، اغلب به عنوان پیامد هیپرتانسیون، ایسکمی قلبی و بیماری‌های شریان کرونر، تغییر شکل دریچه‌ها و کاردیومیوپاتی مطرح بوده و در بیشتر موارد نیز چندین مورد به طور همزمان در آن دخیل هستند [۷]. تنگی نفس و خستگی، از علائم اصلی این بیماری است که منجر به عدم تحمل فعالیت می‌شود. در نتیجه این بیماران در انجام فعالیت‌های معمول زندگی استقلال خود را از دست داده و در مراقبت از خود به دیگران وابسته می‌شوند. پیامد اصلی این بیماری اختلال در توانایی عملکردی بیماران و ایجاد محدودیت در وظایف شغلی، خانوادگی و اجتماعی است و در نهایت منجر به افت کیفیت زندگی، انزوای اجتماعی و افسردگی آن‌ها می‌شود [۶].

شیوع این بیماری در جمعیت بزرگسال یک تا دو درصد، در افراد بالای ۶۵ سال شش درصد و در افراد بالای ۷۵ سال ده درصد گزارش شده است. در مجموع برآورد می‌شود که حدود پانزده میلیون

طراحی شده است. با توجه به این که مدل مراقبت مشارکتی محدود به بیماری خاصی نیست و تا کنون مطالعه‌ای که کاربرد این مدل در بهبود کیفیت زندگی این بیماران را نشان دهد مشاهده نشده، از این رو مطالعه‌ی حاضر در صدد پاسخ به این سؤال است که تأثیر کاربرد مدل مراقبت مشارکتی بر کیفیت زندگی بیماران نارسایی مزمن قلب چگونه است؟

## روش‌ها

این مطالعه نوعی کارآزمایی بالینی است که در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بستری در بخش‌های PCCU، مراقبت ویژه قلب، پس از بخش مراقبت ویژه و داخلی قلب واقع در دو بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان در سال ۱۳۸۹ انجام گرفت. نمونه‌ی مورد بررسی در این مطالعه، شامل نود بیمار بود که با استفاده از فرمول حجم نمونه محاسبه شد. نمونه‌گیری به روش نمونه در دسترس انجام شد؛ به این ترتیب که هر بیمار بستری که نارسایی قلبی در او مسجل شده بود در مطالعه شرکت داده می‌شد. بعد از ارزیابی اولیه و گرفتن رضایت نامه، پرسش‌نامه‌های اطلاعات دموگرافیک و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی توسط آن‌ها (و در صورت عدم توانایی توسط پژوهشگر) پر می‌شد.

پرسش‌نامه‌ی مورد استفاده، در سال ۱۹۸۴، توسط رکتور (Rector)، در دانشگاه مینه سوتا آمریکا طراحی شد تا به وسیله آن اثر نارسایی قلب و درمان‌های آن بر کیفیت زندگی بیمار، در یک ماه گذشته مورد سنجش قرار گیرد. این ابزار اختصاصی بوده و بر اساس مقیاس درجه‌بندی لیکرت (اصلا=۰، خیلی کم=۱، کم=۲، متوسط=۳، زیاد=۴ و خیلی زیاد=۵) مشخص شده است. این پرسش‌نامه مشتمل بر ۲۲ گویه برای سنجش کیفیت زندگی در سه بعد اصلی جسمی (سیزده سوال)، روحی روانی (پنج سوال) و اقتصادی اجتماعی (چهار سوال) است. حداقل نمره‌ی کسب شده در این پرسش‌نامه یعنی صفر (به معنای عدم تأثیر بیماری بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی فرد) و حداکثر آن ۱۱۰ (به معنای تأثیر خیلی زیاد بیماری بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی فرد) است. بنابراین هرچه نمره‌ی بیشتری از پرسش‌نامه به دست آید، به معنی تأثیر بیشتر بیماری بر کیفیت زندگی و نشانه‌ی افت کیفیت زندگی است. نسخه‌ی اصلی این پرسش‌نامه به زبان انگلیسی است و با اجازه‌ی مؤسسه‌ی مربوط توسط حکمت پور با استفاده از روند علمی تعیین کیفیت ترجمه ابزار (Quality of instrument translation) از روش ترجمه‌ی بازگشتی زبان مقصد - زبان منبع (Forward and back-translation)، به زبان فارسی برگردانده شده است [۱۰]. برای تعیین اعتبار علمی پرسش‌نامه، روش شاخص روایی محتوی (Content Validity Index) به کار برده شد. بدین منظور، پس از طراحی و آماده‌سازی پرسش‌نامه در اختیار ده نفر از اساتید دانشکده علوم پزشکی قرار گرفت و نظرات

گروه ۴۵ نفری آزمون و کنترل تقسیم شدند. در این مطالعه، وجود معیارهای زیر به عنوان شاخص‌های ورود به مطالعه در نظر گرفته شد: ۱. تأیید تشخیص نارسایی قلب با توجه به شواهد بالینی و آزمایش‌گاهی توسط پزشک متخصص، ۲. قرار گرفتن در محدوده سنی بالاتر از چهل سال، ۳. نداشتن اختلال روانی شناخته شده، ۴. برخورداری از شنوایی و بینایی و قدرت ذهنی معمولی که وی را قادر به برقراری ارتباط کند، ۵. نداشتن بیماری مزمن مهم دیگری مثل سرطان.

گروه آزمون از همان ابتدا در جریان تجزیه و تحلیل اطلاعات برای انگیزش قرار گرفتند و همه‌ی اعضای تیم، یعنی پزشک، پرستار و مددجو، مشارکت فعال داشتند. در این مرحله، مشکلات مراقبتی مددجویان به صورت تشخیص‌های مراقبتی تعریف شدند. گام‌های بعدی یعنی آماده سازی و درگیرسازی نیز بر اساس مدل اجرا شد. در این دو مرحله، بر اساس تشخیص‌های مراقبتی، ویژگی‌های مشارکتی آموزشی و پی‌گیر به شرح ذیل اجرا شد. در این مراحل نیز همه‌ی اعضای تیم مشارکت فعال داشتند.

الف) ویژگی‌های مشارکتی آموزشی (سه نوبت)

اهداف ویزیت اول: ایجاد انگیزش در مددجو از طریق آشناسازی با مشکلات مراقبتی، شرایط فعلی، تهدیدات و عوارض بیماری. توانمندسازی مددجو به نحوی که بتواند بیماری نارسایی قلبی را تعریف و علل و عوارض آن را توضیح دهد.

محتوای این جلسه: مروری بر آناتومی قلب، علل به وجود آمدن نارسایی قلبی، عوامل تشدید کننده و عوارض آن.

اجرا: مطالب توسط پزشک و پرستار در قالب فیلم و سخنرانی ارائه و مددجویان بر اساس علایم بالینی به سه گروه پانزده نفری تقسیم شدند. مداخلات در قالب ویزیت‌ها و سخنرانی‌ها برای هر سه گروه به طور مستقل و به طور متوسط ۶۰ تا ۹۰ دقیقه به اجرا در آمد.

ویزیت دوم: این ویزیت در راستای اجرای مرحله‌ی دوم، یعنی آماده‌سازی مددجو برای مشارکت در روند مراقبت و درمان به فاصله‌ی دو هفته انجام شد (زمان تشکیل جلسات برای هر گروه با توافق خودشان بود).

جدول ۱: مقایسه‌ی میانگین بهبود کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش قبل و بعد از مداخله به تفکیک ابعاد کیفیت زندگی

گروه	ابعاد	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	t	p
		زندگی قبل از مداخله		زندگی بعد از مداخله			
آزمون	جسمی	۲/۷۸۹	۰/۵۲	۱/۵۳۹	۰/۶۳	۱۲/۹۹	۰/۰۰
	روحي روانی	۲/۷۵۲	۰/۶۷	۱/۴۰۰	۰/۶۰	۱۲/۲۳	۰/۰۰
	اجتماعی اقتصادی	۲/۸۰۹	۰/۳۳	۲/۱۰۸	۰/۵۹	۷/۲۰	۰/۰۰
کنترل	جسمی	۲/۰۰۳	۰/۸۹	۲/۶۰۸	۰/۴۱	-۵/۶۰	۰/۰۰
	روحي روانی	۲/۳۴۲	۰/۷۰	۲/۷۵۵	۰/۶۶	-۳/۳۹	۰/۰۰۱
	اجتماعی اقتصادی	۲/۰۵۶	۰/۳۹	۲/۷۱۴	۰/۵۴	-۶/۶۰	۰/۰۰

SPSS18 و با آزمون های آماری t زوجی، t مستقل و آنالیز واریانس تجزیه و تحلیل شدند.

#### یافته‌ها

شرکت کنندگان در این مطالعه نود نفر، شامل دو گروه ۴۵ نفری آزمون و کنترل بودند. میانگین سنی گروه آزمون ۶۱/۹۶ سال و گروه کنترل ۶۳/۶۷ سال بود. آزمون آماری t مستقل، اختلاف معنی‌داری بین دو گروه آزمون و کنترل از نظر متغیرهای سن، وزن، میزان درآمد، سابقه چاقی پدر و مادر، سطح تحصیلات و سابقه مصرف مواد مخدر نشان نداد. توزیع فراوانی نسبی جنس در افراد تحت مطالعه در دو گروه آزمون و کنترل، به ترتیب ۳۸/۵ درصد مذکر و ۶۱/۵ درصد مؤنث بود. همچنین از نظر فراوانی نسبی سطح تحصیلات در هر دو گروه بیشترین میزان تحصیلات مربوط به سطح دبستان - راهنمایی و کمترین مربوط به تحصیلات دانشگاهی بود که اختلاف معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد.

بر اساس هدف پژوهش، ارزیابی اولیه‌ی کیفیت زندگی قبل از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل انجام شد. میانگین کیفیت زندگی قبل از مداخله در گروه آزمون ۶۰/۱۱ و در گروه کنترل ۴۵/۶۳ بود. آزمون آماری t مستقل، اختلاف معنی‌داری را از نظر کیفیت زندگی بین دو گروه آزمون و کنترل قبل از مداخله نشان نداد ( $p > 0.001$ ). بعد از انجام مداخله، میانگین کیفیت زندگی در گروه آزمون به ۳۵/۴۳ و در گروه کنترل به ۵۷/۴۲ رسید. آزمون آماری t زوجی، اختلاف معنی‌داری را بین گروه آزمون و کنترل بعد از اجرای مدل نشان داد که نشانه‌ی بهبود کیفیت زندگی است ( $p < 0.001$ ). قابل ذکر است پرسش‌نامه‌ی استفاده شده بر اساس مقیاس لیکرت (صفر تا پنج) طراحی شده و کاهش نمره نشانه‌ی بهبود زندگی است.

اهداف ویزیت دوم: مددجو بتواند اهمیت یک رژیم غذایی مناسب برای بیماران نارسایی قلبی را توضیح دهد. الگوی رژیم غذایی کم-چربی و کم‌نمک را با ذکر مثال توضیح دهد. مددجو اهمیت یک برنامه‌ی ورزشی منظم را درک کرده و توضیح دهد. ورزش‌های مفید و مضر برای بیماری را بداند و دسته‌بندی کند.

اجرا: مطالب مورد نیاز این جلسه از طریق فیلم و سخنرانی توسط پرستار ارائه شد و دوباره هر گروه توسط پزشک تیم ویزیت شدند. ویزیت سوم: اهداف این ویزیت عبارت بودند از: مددجو اهمیت مصرف داروهای تجویز شده را بداند و با عوارض جانبی آن‌ها آشنا شود. به طور صحیح و به تنهایی تعداد ضربان قلب خود را در یک دقیقه محاسبه کند.

اجرا: اطلاعات مورد نیاز این جلسه از طریق نمایش توسط پرستار و توزیع پمفلت‌های آموزشی ارائه شد و هر سه گروه دوباره ویزیت شدند.

در پایان ویزیت‌های سوم، مددجویان به سطح قابل قبولی از آگاهی، نگرش و عملکرد برای مشارکت در فرآیند مراقبت و درمان رسیدند.

(ب) ویزیت‌های مشارکتی پیگیر (دو نوبت)

این ویزیت‌ها با هدف استمرار برنامه مراقبتی و درگیری مددجویان انجام گرفت. محتوای این ویزیت‌ها به نوعی ارزش‌یابی نهایی برنامه و دادن بازخورد رفتار به مددجویان و اطلاع از میزان مشارکت آن‌ها محسوب می‌شد. این ویزیت‌ها به فاصله‌ی دو هفته و در دو نوبت برای هر مددجو صورت گرفت. در واقع مرحله‌ی نهایی مدل، یعنی ارزشیابی، در جریان این ویزیت‌ها به اجرا درآمد.

در پایان، دوباره پرسش‌نامه‌ی استاندارد شده‌ی کیفیت زندگی در بیماران نارسایی قلبی که نحوه‌ی سنجش روانی و پایایی آن توسط پژوهشگر نیز سنجیده شد بود، توسط گروه آزمون (و در صورت عدم توانایی توسط پژوهشگر) پر شد. اطلاعات از طریق نرم افزار

ابعاد جسمی، روحی روانی و اقتصادی اجتماعی داشته‌اند [۱۴]. شجاعی در مطالعه‌ای در مورد بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی [۱۵] و حاتمی پور در تحقیقی در مورد بررسی کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی همین افت کیفیت زندگی را متذکر شدند [۱۶]. از آن جایی که اجرای این مطالعه باعث تأثیر بر سه جنبه‌ی اصلی کیفیت زندگی بیماران در گروه مداخله شده است، داده‌ها نشان دادند که بیشترین بهبودی در بعد روحی روانی بوده است. در توجیه این مطلب می‌توان گفت که چون ابتلا به این بیماری در سنین مختلف می‌تواند تأثیرات منفی بر وضعیت روحی روانی (و نیز اقتصادی) بیمار از قبیل شغل، موقعیت اجتماعی و امید به زندگی داشته باشد، ممکن است کیفیت زندگی در این بعد بیشتر تحت تأثیر قرار می‌گیرد [۱۷]. در مطالعه‌ای در مورد ارتباط بین توانایی عملکردی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی و کیفیت زندگی که توسط عباسی و همکاران انجام شد نیز همین نتیجه به دست آمد [۶]. احمدی (۱۳۸۰) نشان داد که کیفیت زندگی در بیماران عروق کرونر بعد از اجرای مدل مراقبت پی‌گیر بهبودی معنی‌داری پیدا کرد [۱۸]. مشابه همین مطالعه توسط آزادی (۱۳۸۵) در مورد بیماران عروق کرونر نشان داد که اجرای مدل مراقبت مشارکتی در بیماران مذکور باعث بهبود معنی‌دار کیفیت زندگی آنان می‌شود [۱۰]. در ضمن نتایج کلی حاکی از آن است که تأثیر مثبت اجرای این مدل بر ابعاد سه‌گانه‌ی کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری با اطلاعات دموگرافیکی حاصل (سن، وزن، شغل، میزان درآمد، میزان تحصیلات و ...) ندارد.

### نتیجه‌گیری

در تفسیر این نتیجه می‌توان بیان داشت که این مدل، جدا از تفاوت‌های فردی بیماران از لحاظ متغیرهای مورد بررسی می‌تواند بر ارتقای کیفیت زندگی عموم بیماران مؤثر باشد. از این رو کاربرد این مدل در تمام بیماران توصیه می‌شود.

در نهایت، نظر به فراوانی بیماری‌های قلبی و گسترش نارسایی قلبی و آثار مخربی که این بیماری بر کیفیت زندگی برجا می‌گذارد، به‌جاست که پرستاران در صدد یافتن راه‌هایی برای ارتقای کیفیت زندگی بیماران دچار نارسایی قلبی باشند. یافته‌های این مطالعه به پرستاران توصیه می‌کند که مدل مراقبت مشارکتی می‌تواند ابزار مناسبی برای دستیابی به هدف ارتقای کیفیت زندگی بیماران باشد. این مطالعه شاهده‌ی بر تأثیر مدل مراقبت مشارکتی در بهبود کیفیت زندگی بیماران است. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که این مدل برای بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی قابل استفاده است. در ضمن از آن جایی که این مطالعه سومین عرصه‌ی آزمون و ارزشیابی مدل در محیط‌های بالینی است، می‌توان از این

در بررسی کیفیت زندگی در قالب پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی، سه بعد اصلی جسمی، روحی - روانی و اجتماعی - اقتصادی سنجیده شد. میانگین این ابعاد، قبل از مداخله در گروه آزمون، به ترتیب عبارت بودند از ۲/۷۸، ۲/۷۵ و ۲/۸۰. این مقادیر بعد از اجرای مداخله عبارت بودند از ۱/۵۳، ۱/۴۰ و ۲/۱۰ (جدول ۱). آزمون آماری t زوجی (برای هر بعد به صورت مجزا) اختلاف معنی‌داری را در ابعاد سه‌گانه‌ی کیفیت زندگی نسبت به قبل از مداخله نشان داد که نشانه‌ی بهبود کیفیت زندگی در هر سه بعد است ( $p < 0.001$ ). همزمان با اجرای مدل در گروه آزمون، میانگین کیفیت زندگی در گروه کنترل در ابعاد جسمی، روحی - روانی و اجتماعی - اقتصادی به ترتیب از ۲/۰۰، ۲/۳۴ و ۲/۰۵ به ۲/۶۰، ۲/۷۵ و ۲/۷۱ رسید (جدول ۱). آزمون آماری t زوجی در ابعاد سه‌گانه، اختلاف معنی‌داری را در این گروه نشان داد که نشانه‌ی افت کیفیت زندگی در گروه کنترل (در هر سه بعد) است ( $p < 0.001$ ). بیشترین بهبودی در بُعد روحی - روانی گروه آزمون و بیشترین افت در بعد اجتماعی - اقتصادی گروه کنترل صورت گرفت.

### بحث

امروزه توجه به کیفیت زندگی در بیماران نارسایی قلبی باعث کاهش میزان مرگ و میر در این بیماران شده [۱۱]. نتایج کارآزمایی‌های بالینی نشان داده که کیفیت زندگی می‌تواند به عنوان نشانه‌ی کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و جزیی از برنامه‌ی درمان این بیماران محسوب شود و اندازه‌گیری آن در بیماری‌های مزمن اطلاعات بیشتری در مورد وضعیت سلامت بیماران در اختیار تیم سلامت قرار دهد [۱۲]. مطالعاتی که کیفیت زندگی بیماران را مورد بررسی قرار می‌دهند و اقداماتی که می‌تواند باعث بهبود کیفیت زندگی شوند، روزبه‌روز در پرستاری ارزش بیشتری پیدا می‌کنند. لذا کیفیت زندگی مفهومی مرتبط با رشته‌ی پرستاری و یکی از اهداف پرستاری تلاش در جهت ارتقای آن است. به نظر می‌رسد آرایه‌ی مراقبت‌های مبتنی بر ارتقای کیفیت زندگی و مشارکت در انجام پژوهش‌های مرتبط با آن، راه را برای بهبود زندگی این گروه از بیماران فراهم کند [۱۳].

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که به‌کارگیری مدل مراقبت مشارکتی در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل تأثیر معنی‌داری در بهبود کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی داشته است. لذا می‌توان کاربرد مدل مراقبت مشارکتی را برای بهبود کیفیت زندگی این گروه از بیماران توصیه کرد. با وجود این که بیماری نارسایی قلبی آثار نامطلوبی بر کیفیت زندگی بیماران دارد، هرگونه اقدامی برای ارتقای کیفیت زندگی این بیماران ارزش‌مند است. رهنورد و همکاران، بر اساس تحقیقی که در مورد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام دادند، بیان کردند که این بیماری بر کیفیت زندگی تأثیر منفی داشته است و بیشتر بیماران مورد پژوهش وضعیت نامطلوبی در

## تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از همه‌ی بیمارانی که در این مطالعه شرکت نموده‌اند و همچنین از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان، به دلیل حمایت مالی این پژوهش، صمیمانه قدردانی و تشکر کنند.

مدل در مطالعات مربوط به سایر بیماری‌های حاد و مزمن در زمینه‌ی بهبود کیفیت زندگی و یا سایر برآیندهای مدل استفاده کرد. محدودیت این مطالعه در بیماران مورد بررسی و زمان پی‌گیری این بیماران است؛ از این رو برای به دست آوردن شواهد دیگری در زمینه تأثیر مدل مراقبت مشارکتی بر کیفیت زندگی بیماران، نیاز است که این مطالعه در حجم بیشتر، با زمان پی‌گیری طولانی‌تری تکرار شود.

## References

1. Sharifi GH, Mohebbi S, Matlabi M. Association between Heart disease in old patients of Esfahan retired center with body activity in adulthood. *Gonabad Univ Med Sci J*. 2009;13(2):58-63. [Persian]
2. Rector TS. A conceptual model of quality of life in relation to heart failure. *J Card Fail*. 2005;11(3):173-6.
3. Loughlin CO, Murphy NF, Conlon C. Quality of life predicts outcome in a heart failure disease management program. *Int J of cardiol*. 2010;139(1):60-7.
4. Dunderdale K, Thompson DR, Miles JN, Beer SF, Furze G. Quality- of- life measurement in chronic heart failure: do we take account of the patients perspective? *Eur J Heart Fail*. 2005;7(4):572-82.
5. Molly GJ, Jhonston DW, Witham MD. Family care giving and CHF. *Eur J Heart Fail*. 2005;7(4):592-603.
6. Abbasi A, Asayesh H, Hosseini SA, Ghorbani M, Abdollahi AA, Roohi GH, et al. Association between functional ability and quality of life in patient with heart failure. *Bushehr Univ Med Sci J*. 2010;13(1):31-40. [Persian]
7. Shirafcan A, Salehi A, Rabiee MR, Pakdaman SM. The causes of heart failure in Gorgan. *Gorgan Univ Med Sci J*. 2009;5(11):60-6.
8. The online version of the Iranian daily Hamshahri. News code. 2010;131821.
9. Hamner JB, Ellison KJ. Predictors of hospital readmission after discharge in patients with congestive heart failure. *Heart Lung*. 2005;34(4):231-9.
10. Azadi F, Mohammadi E. Evaluation of partnership care model on quality of life in patients with coronary disease. *Nursing Survey J*. 2007;1(2):23-9.
11. Holst DP, Kaye D, Richardson M, Krum H, Prior D, Aggarwal A, et al. Improved outcomes from a comprehensive management system for heart failure. *Eur J Heart Fail*. 2001;3(5): 619-25.
12. Dougherty CM, Dewhurst T, Nichol WP, Spertus J. Comparison of three quality of life instruments in stable angina pectoris: Seattle Angina Questionnaire, Short Form Health (SF-36) and Quality of Life Index-Cardiac Version III. *J Cline Epidemiol*. 1998;51(7):569-75.
13. King CR, Hinds PS. Quality of life from nursing perspectives. UK London: Jones & Bartlett Publishers; 1998.
14. Rahnavard Z, Zolfaghari M, Kazemnejad A, Hatamipour Kh. An investigation of quality of life and factors affecting it in the patients with congestive heart failure. *Hayat J*. 2006;1(12):77-86. [Persian]
15. Shojaee F. Evaluation of quality of life in patients with heart failure. *Tehran Univ Med Sci J (Hayat)*. 2009; 13(5):13-5. [Persian]
16. Hatamipour Kh. Evaluation of factor effecting on quality of life in patients with heart failure [dissertation]. *Tehran Univ Med*. 2006. [Persian]
17. Masoudi FA, Rumsfeld JS, Havranek EP, House JA, Peterson ED, Krumholz HM, et al. Age, functional capacity, and health related quality of life in patients with heart failure. *J Card fail*. 2004;10(5):368-73.
18. Ahmadi F. Evaluation of continues care model in coronary artery disease patients [dissertation]. *Tehran Univ Tarbiyat Modarres*. 2002.P.92-3. [Persian]