

بررسی تأثیر الگوی مشاوره مراقبت مداوم بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال عروق کرونر

فضل‌اله احمدی*، دکتر فضل‌اله غفرانی پور*، دکتر سید حسن عارفی**، دکتر حیدر علی عابدی**، دکتر سقراط فقیه‌زاده*

چکیده

این مطالعه، پژوهشی از نوع کار آزمایی بالینی است که با هدف بررسی تأثیر مدل مشاوره مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی مددجویان مبتلا به اختلال عروق کرونر در شهر تهران اجرا گردید. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه جمعیت‌شناختی و فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی می‌باشد. این پرسشنامه در دو مرحله قبل و بعد از مداخله در دو گروه مورد استفاده و تجزیه تحلیل واقع شد. براساس برآورد انجام شده تعداد نمونه‌های مورد مطالعه هفتاد نفر در نظر گرفته شد که با روش تخصیص تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند. سپس الگوی مشاوره مراقبت مداوم در گروه آزمایش در طول شش ماه به کار گرفته شد و گروه گواه طبق روند جاری مورد بررسی قرار گرفت. علیرغم عدم تفاوت معنادار در خصوص کیفیت زندگی قبل از مداخله در دو گروه، یافته‌های بدست آمده نشان می‌دهد که میانگین امتیاز مربوط به ابعاد روان‌شناختی کیفیت زندگی قبل از مطالعه در نمونه‌های گروه آزمایش ۴۱ و در گروه گواه ۳۹ بوده است که این میزان پس از مداخله در نمونه‌های آزمایش به ۵۰/۷ افزایش و در گروه گواه به ۳۶ کاهش یافته است. میانگین ابعاد جسمانی کیفیت زندگی قبل از مداخله در نمونه‌های گروه گواه ۴۲

و در گروه آزمایش ۴۳ بوده که این میزان پس از به کارگیری الگو در گروه گواه به ۳۹/۷ کاهش و در گروه آزمایش به ۶/۰۱ افزایش یافته است. همچنین امتیاز کیفیت کل زندگی قبل از مداخله در گروه گواه ۴۰/۵ و در گروه آزمایش ۴۲ بوده است و پس از مداخله این امتیاز در گروه گواه به ۳۷/۹ کاهش و در گروه آزمایش به ۵۵/۴ افزایش یافته است. آزمون آماری t مستقل نشان دهنده تفاوت معنی دار آماری ($p < 0/05$) در ابعاد مختلف کیفیت زندگی در دو گروه می باشد که حاکی از تأثیر مثبت الگوی مشاوره مراقبت مداوم می باشد.

کلید واژه‌ها: مراقبت پیگیر، کیفیت زندگی، اختلال عروق کرونر .

○ ○ ○

مقدمه

در شروع قرن بیستم مرگ و میر ناشی از اختلالات قلبی عروقی کمتر از ۱۰ درصد از کل مرگ و میر در جهان را شامل می شد و در پایان این قرن، مرگ و میر ناشی از بیماری های قلبی عروقی نزدیک به نیمی از کل مرگ و میر در کشورهای پیشرفته و حدود ۲۵ درصد، در کشورهای در حال توسعه را شامل می گردد و پیش بینی می شود از سال ۲۰۲۰ نزدیک به ۲۵ میلیون مرگ و میر ناشی از اختلال قلبی عروقی در سال رخ خواهد داد و این بیماری در رده اولین ضایعه کشنده و ناتوان کننده بشمار رود. (کهن و گنتر، ۱۹۹۶).

اصولاً در بیمارانی که مبتلا به مشکل مزمنی، مثل ضایعه عروق کرونر هستند، درمان قطعی بیماری یک هدف واقعی و دست یافتنی تلقی نمی شود، چرا که این بیماری ناتوان کننده بوده، سیری پیشرونده دارد و عوامل متعدد بیرونی و درونی بر تشدید و بهبود آن مؤثر می باشد و طبعاً این خصوصیات بر روند کیفیت زندگی بیماران اثر گذاشته و همواره توجه به این شاخص مهم جزء اهداف اساسی مراکز درمانی و مراقبتی بشمار می رود. (لوکارینن، ۱۹۹۸).

میلر و دامر (۱۹۹۵)، طی مطالعه دیگری که روی بیماران مبتلا به اختلال عروق کرونر انجام شده نشان دادند که، اجرای مراقبت های توانبخشی و پیشگیری های سطح دوم و سوم می تواند تأثیر بسیار مطلوبی بر روند زندگی و رضایت بیماران کرونری بجای بگذارد. از نقطه نظر پژوهشگران توانبخشی بیماران کرونری و توجه به ابعاد روانی اجتماعی آنها از اهمیت بسزائی برخوردار است چرا که ماهیت مزمن و ناتوان کننده این بیماری باعث اختلال جدی در فرآیند زندگی و تعاملات اجتماعی بیماران خواهد شد.

مطالعه دیگری که بوسیله دانبار، گریم و رکسی (۱۹۹۷)، درخصوص تأثیر مراقبتهای قلبی عروقی بر روند سلامتی و چگونگی زندگی بیماران کرونری به عمل آمد حاکی از این واقعیت است که وضعیت بیماران کرونری پس از ترخیص از بیمارستان به گونه‌ای است که نیازمند دادن آگاهی و بالا بردن توانمندی و مقابله با مشکلات احتمالی می‌باشند. بررسی انجام شده نشان می‌دهد پیگیری امور مراقبت از خود در منزل بیماران تا حد زیادی منجر به کاهش عوارض قلبی عروقی، کاهش مرگ و میر و افزایش رضایت و کیفیت زندگی این بیماران شده است.

آژانس تحقیقات و مراقبتهای بهداشتی^۱ در رابطه با ضرورت توانبخشی بیماران کرونری اظهار می‌دارد در آمریکا سالانه بیش از دو میلیون بیمار کرونری جدید نیازمند برنامه‌های مراقبتی و توانبخشی می‌باشند. چرا که بررسی‌ها نشان داده، پیگیریهای مراقبتی باعث افزایش توان فعلیتی، کاهش بروز درد قلبی، کاهش میزان نارسائی قلبی، افزایش تعاملات خانوادگی و اجتماعی و کاهش تنیدگی و در نهایت بهبود کیفیت زندگی این بیماران شده است (گی، ۱۹۹۹).

در سال ۱۹۲۰ واژه کیفیت زندگی توسط پیگو^۲ در کتاب اقتصاد و رفاه مورد استفاده قرار گرفت و در اواسط دهه ۱۹۶۰ نیز الکنیگتن^۳ در مقاله‌ای در مورد مسئولیت‌های پزشکی در ارتباط با بیماران تحت پیوند کلیه به اهمیت کیفیت زندگی این بیماران توجه نمود. درخصوص معنی کیفیت زندگی، دانشمندان تعابیر و تعاریف متعددی را قائل هستند (جوزف، پتروکیت، ۱۹۹۷). بطوریکه فرانز و پاور کیفیت زندگی را رضایت یا عدم رضایت از ابعادی از زندگی فرد می‌دانند که برای او مهم است و سل^۴ و تالسکی^۵ زندگی را ارزیابی و رضایت بیمار از سطح عملکرد موجودش در مقایسه با آنچه ایده‌آل یا ممکن می‌پندارد تلقی می‌کند. از نظر سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی، شامل پنداره‌های فرد از وضعیت زندگی اش با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زیست می‌کند و ارتباط این دریافتها با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های مورد نظر می‌داند. (فرانز و پاور، ۱۹۸۵)

ویژگیهای مهم کیفیت زندگی که مورد توافق اغلب صاحب نظران علوم انسانی و اجتماعی است، شامل چند بعدی بودن، ذهنی بودن^۶ و پویا بودن^۷ آن است و هر سه بعد اساسی کیفیت زندگی مربوط به سلامت ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی آن می‌باشد. کیفیت زندگی مفهوم وسیعی است که شامل همه ابعاد زندگی می‌گردد و این ابعاد شامل سلامت ولی تنها محدود به آن نمی‌گردد (جوزف و همکاران، ۱۹۹۷). سنجش کیفیت زندگی در مطالعات بالینی موجب ایجاد ارتباط

نزدیکتر بین مددجو و تیم درمانی مراقبتی می‌گردد. بررسی‌ها نشان می‌دهد پژوهش‌های انجام شده روی کیفیت زندگی و ابعاد متعدد آن مورد توجه محققان است بطوریکه مقالات موجود تحت عنوان کیفیت زندگی مربوط به سلامتی بین سالهای ۱۹۸۵ تا ۱۹۹۵ از ۲۱ درصد به ۷۶ درصد افزایش یافته است (جیوانی و پائولا، ۱۹۹۹).

در جامعه پزشکی کیفیت زندگی یا سلامتی و احساس خوب بودن در ارتباط با چگونگی زندگی با توصیف و تشریح اثرات بیماریها و یا مداخلات پیچیده‌تری که روی عملکرد و احساس خوب بودن فرد مؤثر است قابل جابجائی است. اما کیفیت زندگی فراتر از سلامتی است اگرچه وابسته به آن می‌باشد. بیماران بسیاری از جنبه‌های مرتبط و غیر مرتبط با سلامتی زندگی‌شان مانند زندگی خانوادگی، مسائل اقتصادی، سکونت، شغل و دیگر ابعاد تجربیات روزمره زندگی که به بهداشت و درمان ارتباط ندارد را احساس کرده و واکنش نشان می‌دهند (فرانز و پاور، ۱۹۸۵).

سلامتی دارای ابعاد متعددی است که بر کیفیت زندگی مؤثر است و انسانها از آن رو به سلامتی اهمیت می‌دهند که بر اهداف دیگر زندگی آنها تأثیر می‌گذارد و از طرفی سلامتی و کیفیت زندگی نیز دارای رابطه دو طرفه می‌باشند؛ بطوریکه مشکلات اجتماعی که روی کیفیت زندگی اثر می‌گذارد می‌تواند موجب مشکلات بهداشتی شده و همچنین مشکلات مداخلات بهداشتی بر کیفیت زندگی مؤثر است (هولزمن و گوگن موس، ۱۹۹۶).

لذا با توجه به شیوع و بروز بیماریهای کرونری در جوامع صنعتی و در حال توسعه و با عنایت به ویژگیهای این بیماران و تأثیر آن بر روند زندگی مبتلایان کرونری و ضرورت و اهمیت برنامه‌ریزی به منظور تغییر در کیفیت زندگی این بیماران، پژوهشگران بر آن شدند که با بکارگیری الگوی مشاوره مراقبت مداوم، در صدد آزمون فرضیه پژوهش، مبنی بر مؤثر بودن الگوی مشاوره مراقبت مداوم در بهبود کیفیت زندگی بیماران کرونری برآیند.

روش

آزمودنی‌ها و روند پژوهش

این مطالعه یک پژوهش از نوع کار آزمائی بالینی^۹ است و به منظور بررسی تأثیر الگوی مشاوره مراقبت مداوم بر کیفیت زندگی بیماران کرونری صورت پذیرفت. گروه نمونه این

پژوهش شامل هفتاد نفر بیمار مبتلا به اختلال عروق کرونر بودند که برآورد این تعداد نمونه با توجه به مطالعه مشابه قبلی و استفاده از جدول آلمن^۱ محاسبه گردید. نمونه‌های مورد بررسی به روش تخصیص تصادفی^{۱۱} به دو گروه گواه و آزمایش تقسیم شدند. نمونه‌های مورد بررسی از افرادی بودند که حداقل یکسال تحت درمان بوده و بیماری آنها توسط آنژیوگرافی کرونری به اثبات رسیده بود. سپس الگوی مشاوره مراقبت مداوم در نمونه‌های آزمایش بکار گرفته شد. لازم به ذکر است که الگوی مورد نظر در طی یک سال و با روش پژوهش کیفی و استفاده از دیدگاه تئوری پایه، طراحی گردید. به گونه‌ای که ابتدا با افراد درگیر در امر مراقبت و درمان این بیماران (پزشکان، پرستاران، بیماران، خانواده بیماران) مصاحبه به عمل آمده و پس از استخراج داده‌ها مصاحبه و کدبندی‌های مکرر داده‌ها، مفاهیم و عناصر اصلی الگوی مراقبتی تولید شده و براساس یافته‌های مذکور الگوی مراقبت مداوم که شامل چهار مرحله آشناسازی، حساس‌سازی، نظارت و ارزشیابی می‌باشد طراحی و بکار گرفته شد. محورهای مورد توجه در مشاوره‌های مراقبت مداوم که در روند کیفیت زندگی بیماران مزمن اهمیت زیادی دارد شامل، چگونگی رعایت رژیم غذایی مناسب، چگونگی رعایت رژیم دارویی تجویز شده، چگونگی رژیم فعالیت فیزیکی، روند حذف عادات مضر، چگونگی بکارگیری رفتارهای مراقبتی مداوم در خصوص بیماری و چگونگی تعدیل فاکتورهای خطر ساز قابل کنترل می‌باشد. اولین جلسه مشاوره مراقبتی به منظور آشناسازی و توجیه و ترغیب مددجو و خانواده (همسر) وی بهنگام ترخیص از بیمارستان (پس از آنژیوگرافی کرونری) و به مدت ۳۰ تا ۴۰ دقیقه صورت پذیرفت و محورهای مورد بحث، شامل آشنائی با یکدیگر، نوع انتظارات مراقبتی، آشنائی با بیماری و روند مراقبت و پرسش و پاسخ‌های توجیهی بود. در جلسه بعد که به منظور حساس‌سازی و درگیر کردن مددجو و خانواده در امر مراقبت مداوم بود در محل اجرای تحقیق و یا در منزل بیماران و با هماهنگی قبلی به مدت ۳۰ تا ۶۰ دقیقه صورت گرفت، محورهای مراقبتی فوق‌الذکر و کلیه نیازهای آموزشی مراقبتی بیماران مورد بررسی و توجه قرار گرفت که در این خصوص چگونگی تحرک جسمانی (پیاده روی منظم)، روند بالا رفتن از پله، ضرورت تحرک جسمانی منظم و محدودیت‌های مربوطه آموزش داده شد. چگونگی استفاده از رژیم غذایی مناسب، نوع روغن مصرفی، محدودیت مصرف نمک، تعدیل وزن، همچنین در خصوص اهمیت استفاده داروهای تجویز شده از سوی پزشک معالج، حفاظت دارویی، تنظیم زمان استفاده از داروها، توجه به تغییرات شاخصهائی مثل نبض، فشارخون و ضرورت حذف عادات مضر، مثل سیگار کشیدن و

خلاصه تذکر در خصوص ویژگیهای بیماری کرونری و ضرورت توجه پیگیر و اهمیت رفتارهای مداوم و مستمر بهداشتی مورد توجه قرار می‌گرفت. پس از آن به وسیله کنترل تلفنی و در صورت نیاز، حضوری و به طور ماهیانه (تا شش ماه) مسائل مراقبتی بیماران مورد نظارت و ارزیابی قرار گرفت. لازم به ذکر است که در مورد آزمودنیهای گروه گواه تنها جلسه آشناسازی در زمان ترخیص از بیمارستان و به منظور تکمیل پرسشنامه‌ها و سپس کنترل تلفنی ماهیانه و ارزیابی نهایی به منظور تکمیل مجدد پرسشنامه‌ها و شاخص‌های اندازه‌گیری صورت پذیرفت. شاخص کیفیت زندگی نمونه‌های مورد بررسی بوسیله پرسشنامه فرم کوتاه ۳۶ ماده‌ای قبل و بعد از مداخله برای هر دو گروه استفاده گردید. البته پرسشنامه‌های متعددی برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی موجود می‌باشد و با توجه به عمومیت، سادگی، سازگاری و انطباق ابعاد مورد ارزیابی این فرم با فرهنگ و نوع فعالیت جسمانی روانی جمعیت مورد مطالعه، برای این پژوهش مناسبتر تشخیص داده شد. این پرسشنامه به چندین زبان مختلف ترجمه شده و روانی^{۱۲} و اعتبار^{۱۳} آن مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین در همین رابطه در خصوص پیوستگی درونی و اعتبار این پرسشنامه از تست آلفای کرونباخ استفاده شد ($r = 0/80$) همچنین میانگین ابعاد هشتگانه کیفیت زندگی با روش آزمون مجدد ($r = 0/85$) محاسبه شد که از نظر آماری قابل پذیرش و معتبر می‌باشد. این پرسشنامه دارای ۳۶ بند مستقل بوده و بررسی سلامت جسمی روانی فرد را مورد توجه قرار می‌دهد. براساس نظر سازنده این پرسشنامه این فرم به هشت جنبه از ابعاد کیفیت زندگی فرد توجه دارد که شامل مواردی چون: فعالیت جسمانی^{۱۴}، درد جسمانی^{۱۵}، محدودیت‌های جسمانی ایفای نقش^{۱۶}، درک سلامت عمومی^{۱۷}، قوه یا نیروی حیاتی^{۱۸}، فعالیت اجتماعی^{۱۹}، ایفای نقش ارتباطی هیجانی^{۲۰}، سلامت روانی^{۲۱} می‌گردد. برای امتیاز بندی این پرسشنامه از روش لیکرت و با به کارگیری شیوه «صفر» تا «صد» استفاده می‌شود که «صفر» نشان دهنده پائین‌ترین سطح کیفیت زندگی و عدد «صد» بیانگر حداکثر یا بالاترین سطح کیفیت زندگی تلقی می‌گردد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های حاصله، از نرم‌افزار SPSS استفاده گردید و از آزمون آماری t مستقل و همبسته برای متغیرهای کمی (میانگین‌ها) استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج به دست آمده از مطالعه نشان می‌دهد میانگین درک کلی از سلامتی در نمونه‌های گروه

آزمایش قبل از به کارگیری الگوی مشاوره مراقبتی ۳۵/۷ و بعد از آن به ۴۰/۱ افزایش یافته است و در گروه گواه این میزان ابتدا ۳۲/۵ و پس از آن به ۲۷/۹ تنزل یافته است. میانگین متغیر درد جسمی در نمونه‌های گروه آزمایش در ابتدا ۲۴/۲ و پس از مداخله به ۶۲/۱ افزایش یافته است در حالیکه این میزان در نمونه‌های گروه گواه در ابتدا ۲۵/۹ و سپس به ۲۶/۷ تنزل یافته است. میانگین متغیر فعالیت جسمانی قبل از مداخله در گروه گواه ۵۸ و پس از آن به ۵۳ کاهش یافته و این میزان در نمونه‌های گروه آزمایش، در ابتدا ۶۲/۲ و پس از آن به ۶۸/۲ افزایش یافته است. میانگین متغیر ایفای نقش جسمی در نمونه‌های گروه گواه ابتدا ۳۷/۸ و پس از آن به ۳۳/۸ کاهش یافته است و این میزان در گروه آزمایش، در ابتدا ۳۹/۲ و پس از به کارگیری الگو به ۴۸/۵ افزایش یافته است. میانگین ابعاد چهارگانه جسمی فوق الذکر در نمونه‌های گروه آزمایش، در ابتدا ۴۳ و سپس به ۶۰/۱ افزایش یافته و این میزان در نمونه‌های گروه گواه در ابتدا ۴۲/۳ و سپس به ۳۹/۷ تنزل یافته است.

جدول ۱- شاخصهای ابعاد هشتگانه کیفیت زندگی، قبل و بعد از مداخله در دو گروه

مقدار t و سطح معنا داری	گروه گواه		مقدار t و سطح معنا داری	گروه آزمایش		ابعاد کیفیت زندگی
	بعد	قبل		بعد	قبل	
	میانگین	میانگین		میانگین	میانگین	
t = ۲/۷ p = ۰/۰۳	۲۷/۹ ۷/۷	۳۲/۵ ۹/۹	t = ۵/۲ p = ۰/۰۰۱	۴۱/۱ ۱۰/۸	۳۵/۷ ۱۰/۵	درک کلی از سلامتی
t = ۲/۷ p = ۰/۰۰۱	۵۳ ۱۰/۲	۵۸ ۱۳/۴	t = ۳/۶ p = ۰/۰۰۱	۶۸/۲ ۱۳/۴	۶۲/۲ ۱۴/۲	فعالیت جسمانی
t = ۱/۲ p = ۰/۰۰۱	۳۳/۸ ۱۹/۴	۳۷/۸ ۱۹/۵	t = ۴/۴ p = ۰/۰۰۱	۴۸/۵ ۱۷/۱	۳۹/۲ ۲۲/۱	ایفای نقش جسمانی
t = ۰/۳۱ p = ۰/۰۶۵	۲۶/۷	۲۵/۹	t = ۷/۵ p = ۰/۰۷	۶۲/۱	۲۴/۲	درد جسمانی
t = ۲/۸ p = ۰/۰۰۱	۴۷ ۹/۸	۵۲ ۱۲	t = ۵/۲ p = ۰/۰۲	۶۳/۷ ۹/۱	۵۴/۲ ۱۰/۱	نیروی حیاتی
t = ۱/۲ p = ۰/۰۰۵	۴۷/۱ ۱۱	۴۵/۷ ۱۰	t = ۲/۰۸ p = ۰/۰۰۵	۶۱/۵ ۱۷/۹	۴۶/۷ ۱۰/۶	فعالیت اجتماعی
t = ۰/۲۴ p = ۰/۰۰۵	۳۱/۱ ۱۵/۸	۳۲ ۱۸/۷	t = ۴/۴ p = ۰/۰۰۵	۴۸ ۱۶/۶	۳۳ ۱۶	ایفای نقش روانی
t = ۰/۱۹ p = ۰/۰۰۴	۳۸/۲ ۹/۹	۳۸/۵ ۱۰/۸	t = ۵/۲ p = ۰/۰۰۱	۵۰/۸ ۱۰/۳	۴۱ ۱۲/۴	سلامت روانشناختی

میانگین متغیر فعالیت اجتماعی در نمونه‌های گروه گواه، در ابتدا ۴۷/۷ و سپس به ۴۵/۱ کاهش یافته است و این میزان در نمونه‌های گروه آزمایش، در ابتدا ۴۶/۷ و پس از مداخله به ۶۱/۵ افزایش یافته است. همچنین متغیر قوه یا نیروی حیاتی در نمونه‌های گروه گواه در ابتدا ۵۲ و سپس به ۴۸ کاهش یافته است و این میزان در نمونه‌های گروه آزمایش در ابتدا ۵۴/۲ و پس از مداخله به ۶۳/۷ افزایش یافته است. میانگین متغیر ایفای نقش هیجانی (روانی) در نمونه‌های گروه گواه، در ابتدا ۳۲ و سپس به ۳۱/۱ رسیده است و این میزان در گروه آزمایش، در ابتدا ۳۳ و سپس به ۴۸ افزایش یافته است. همچنین میانگین متغیر سلامت روان شناختی در نمونه‌های گروه گواه، در ابتدا ۳۸/۵ و سپس به ۳۸/۲ رسیده است و این میزان در نمونه گروه آزمایش، در ابتدا ۴۱ و سپس به ۵۰/۸ افزایش یافته است. لذا میانگین ابعاد چهارگانه معیارهای روانشناختی فوق الذکر، در نمونه‌های گروه آزمایش، در ابتدا ۴۱ و سپس به ۵۰/۷ افزایش یافته است و این میزان در گروه گواه، در ابتدا ۳۸/۲ و سپس به ۳۶/۱ کاهش یافته است.

میانگین کل کیفیت زندگی، در نمونه‌های گروه گواه، در ابتدا ۴۰/۵ و سپس به ۳۷/۹ کاهش یافته است و این میزان در نمونه‌های گروه آزمایش، در ابتدا ۴۲ و پس از مداخله به ۵۵/۴ افزایش یافته است. آزمون آماری t نشان می‌دهد که تفاوت معنی دار آماری ($p < 0/05$) بین دو گروه از نقطه نظر ابعاد جسمانی و روانشناختی مربوط به کیفیت زندگی، قبل و بعد از مداخله مشهود است. و به عبارتی به کارگیری الگوی مشاوره مراقبت مداوم بر کیفیت زندگی مددجویان مؤثر بوده است. (جدول‌های ۱ و ۲)

جدول ۲- میانگین معیارهای کلی (جسمی و روانی) کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در دو گروه

مقدار t و سطح معنای	گروه گواه		مقدار t و سطح معنای	گروه آزمایش		ابعاد کیفیت زندگی
	قبل	بعد		قبل	بعد	
	میانگین	انحراف معیار		میانگین	انحراف معیار	
t = ۲/۰۶ p = ۰/۰۵	۳۹/۷	۴۲/۳	t = ۹/۱ p = ۰/۰۵	۶۰/۱	۴۳	معیارهای جسمانی
t = ۱/۹ p = ۰/۰۵	۳۶/۱	۳۸/۲	t = ۸/۲ p = ۰/۰۵	۵۰/۷	۴۱	معیارهای روانشناختی
t = ۲/۴ p = ۰/۰۵	۳۷/۹	۴۰/۵	t = ۱۱/۶ p = ۰/۰۵	۵۵/۴	۴۲	معیار کل
	۷/۲	۷/۹		۱۰	۷	

بحث

بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد که تاکنون در جامعه ما، شاخص مبنائی یا معیار هنجاری از کیفیت زندگی افراد سالم و بیماران قلبی عروقی تعیین نگردیده است. اما اگر معیار «صفر» تا «صد» را که مربوط به پرسشنامه حاضر می‌باشد در نظر بگیریم، بطوریکه میانگین ۵۰ با انحراف معیار ۱۰ را که شاخص پایه هنجار برای جامعه است می‌تواند معیاری قابل قبول و تعیین کننده برای وضعیت کیفیت زندگی بیماران کرونری محسوب گردد. لذا براین اساس و با توجه به میانگین‌های ابعاد هشتگانه کیفیت زندگی جمعیت مورد مطالعه که اغلب پائین تر از این مبنای هستند و میانگین کل کیفیت زندگی در نمونه‌ها در حدود ۴۱ می‌باشد، می‌توان نتیجه گرفت که در مجموع کیفیت زندگی در جمعیت بیماران کرونری پایین تر از حد هنجار می‌باشد. این مهم ضرورت اقدام عملی در خصوص توجه به کیفیت زندگی بیماران مزمن کرونری را مورد تأیید و تأکید قرار می‌دهد. از طرف دیگر انجام مشاوره‌های مراقبتی در خصوص رعایت موازین اصول بهداشتی و مراقبتی در گروه آزمایش و در طی شش ماه توانست میانگین کل کیفیت زندگی را از ۴۲/۵ به ۵۵/۴ افزایش دهد. این درحالی است که عدم توجه به روند کیفیت زندگی این بیماران مزمن و بروز مشکلات و مسائل جدید مربوط به بیماری، کیفیت زندگی بیماران را تحت تأثیر قرار داده، بطوریکه نمره کیفیت زندگی در گروه گواه در این فاصله زمانی از ۴۰/۵ به ۳۷/۹ تنزل یافته است و این ارقام بیانگر این واقعیت است که: کیفیت زندگی این افراد از حد هنجار پایین تر قرار داشته و عدم برنامه ریزی مراقبتی باعث می‌شود وضعیت زندگی این بیماران با گذشت زمان، نامطلوبتر گردد. بطوریکه تمامی ابعاد هشتگانه مربوط به کیفیت زندگی (بجز درد جسمانی) در گروه آزمایش بطور معنی داری ($p < 0/05$) نسبت به قبل تفاوت یافته و این تفاوت در گروه گواه نیز در پنج مورد از ابعاد کیفیت زندگی بطور معکوس مشهود است. بدین معنی که کیفیت زندگی این بیماران سیر کاهنده داشته است. این موضوع ضرورت توجه به پیگیریهای مراقبتی و توانبخشی را در بیماران کرونری تأیید می‌نماید.



یادداشت‌ها

1- Agency for Health Care Policy and Research

2- Peygue

3- Alkenigtone

- | | |
|------------------------------|-----------------------|
| 4- Sell | 5- Talskee |
| 6- Multi dimensional | 7- Subjective |
| 8- Dynamic | 9- Clinical trial |
| 10- Altman normogram | 11- Random allocation |
| 12- Validity | 13- Reliability |
| 14- Physical function | 15- Bodily pain |
| 16- Role-physical limitation | 17- General health |
| 18- Vitality | 19- Social function |
| 20- Role emotional | 21- Mental health |

Cohn, S. J. & Genets, J. J. (1996). Prevention of Heart Disease. *Amer. Jour. of Cardiology*. 79 (13): 8-11.

Dunbar, M. J. ; Grame, F. & Remy, T. F. (1997). The effect of cardiac caring on health. *Soc. Sci. Med.* 40, 1408-1415.

Ferrans, C. & Powers. M. (1985). Quality of life index: Development and psychometric properties. *Adv Nurse. Sci.* 8: 15-24.

Gay, S. (1999). Meeting cardiac patients expectation of caring. *Diments, Crit, Care. Nurse.* 18. 46-50.

Giovanni, A. & Paola, M. (1999). Review of the concept of quality of life assessment and discussion of the present trend in clinical research. *Jour. of. Neph. Dial, Transplant.* 14, 65-69.

Holzmann, I. & Guggenmoos, H. etal. (1996). *Quality of life and health*. Vienna. Black well; pp. 93-94.

Joseph, O. ; Peter, H. & Keith, B. (1997). *Quality of life and health services*. First edition: Routledge.

Kushner, R. F. & Foster, G. (2000). Obesity and quality of life. *Nutrition.* 16. 974-952.

Lukkarinen, H. (1998). Quality of life in coronary Artery Disease. *Nursing Research*, 48, 337-342.

Miller, P. & Daumer, R. (1995). Effect of cardiac rehabilitation of psychosocial functioning and life satisfaction of coronary artery disease clients. *Rehab. Nurse. Jour*, 17(2). 68-74.

