

تأثیر کاربرد مدل مراقبت مشارکتی بر کیفیت زندگی بزرگسالان مبتلا به آسم

فرشته دانشی^۱*سکینه سبزواری^۲بتول پورابولی^۳محدثه شجاعی شاهرخ آبادی^۴

چکیده

زمینه و هدف: آسم از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن جهان است که با وجود پیشرفت‌های پزشکی هنوز از مشکلات عمده نظام‌های بهداشت و درمان به شمار می‌رود. از اهداف برنامه‌های مراقبت پرستاری، بهبود کیفیت زندگی است. این مطالعه به منظور ارزیابی تأثیر مدل مراقبت مشارکتی بر کیفیت زندگی بزرگسالان مبتلا به آسم انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه از نوع کار آزمایشی بالینی است که در بخش‌های داخلی بیمارستان امام خمینی دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، سال ۱۳۹۱ انجام شد. از بیماران مبتلا به آسم مراجعه کننده به بخش تعداد ۸۰ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه ۴۰ نفری آزمون و کنترل تقسیم شدند. مداخله در طول سه ماه برای گروه آزمون شامل مراحل انگیزش، آماده سازی، درگیر سازی، و ارزشیابی صورت گرفت. گروه کنترل مراقبت‌های معمول بخش را دریافت کردند. جهت جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه کیفیت زندگی بزرگسالان مبتلا به آسم، شامل ۴ بعد اصلی کیفیت زندگی: جسمی، روحی روانی، اجتماعی و محیط زندگی استفاده شد. داده‌ها پس از جمع آوری توسط نرم افزار SPSS ویراست ۲۰ و با استفاده از آزمون‌های آماری کای دو، t زوجی، t مستقل و تحلیل واریانس یک طرفه (ANOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها: میانگین نمره کیفیت زندگی (از 46.3 ± 12.2 به 72.93 ± 9.2 در گروه آزمون و از 41.1 ± 13.1 به 41.5 ± 13.8 در گروه کنترل) پس از مداخله افزایش داشت و بین ابعاد آن (جسمی، روحی روانی و اجتماعی، محیط زندگی) در دو گروه آزمون و کنترل تفاوت آماری معنی داری مشاهده شد ($p < 0.05$).

نتیجه گیری کلی: با توجه به نتایج، استفاده از این مدل در مراقبت و درمان بزرگسالان مبتلا به آسم توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: مدل مراقبت مشارکتی، آسم، کیفیت زندگی

تاریخ دریافت: ۹۲/۱۲/۱۲

تاریخ پذیرش: ۹۳/۳/۴

^۱ کارشناس ارشد پرستاری داخلی جراحی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
^۲ استادیار، مرکز تحقیقات علوم و اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران (نویسنده مسئول). شماره تماس: ۰۳۴-۳۳۲۰۵۲۱۹
 Email: S_Sabzevari@kmu.ac.ir
^۳ دکترای آموزش پرستاری، گروه بهداشت همگانی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
^۴ کارشناس ارشد آمار زیستی، مربی، دانشکده علوم پزشکی جیرفت، جیرفت، ایران

مقدمه

آسم نوعی بیماری متناوب، قابل برگشت، و انسدادی راه‌های هوایی است که با واکنش بیش از اندازه برونش‌ها به محرک‌های گوناگون مشخص می‌گردد. این تغییرات باعث تنگی راه‌های هوایی و تنگی نفس بیمار می‌شود و یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن در سراسر جهان است که تقریباً ۳۰۰ میلیون نفر در سراسر جهان به این بیماری مبتلا هستند. از این مقدار ۱۰ تا ۱۲ درصد شامل بزرگسالان بوده و پیش بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۵ به جمعیت بیماران آسمی در جهان ۱۰۰ میلیون نفر اضافه شود. در گزارشی که در سال ۲۰۰۳ منتشر شد میزان شیوع بیماری آسم در ایران در کل جمعیت حدود ۵ درصد برآورد گردید. تا کنون مطالعات متعددی در نقاط مختلف کشور در زمینه بررسی شیوع بیماری آسم انجام گرفته است، اما به دلیل اینکه مطالعات در نقاط مختلف کشور با روش‌های متفاوت انجام شده است، هیچ کدام به تنهایی برآوردی از شیوع آسم در کشور را در اختیار سیاست‌گذاران سلامت کشور قرار نمی‌دهد^(۱).

امروزه کیفیت زندگی به عنوان یک معیار مهم جهت مطالعه در بیماری‌های مزمن در نظر گرفته می‌شود. کیفیت زندگی به معنی احساس خوب بودن در حیطه‌های جسمانی، روحی روانی و اجتماعی می‌باشد. آسم نمونه‌ای از اختلالات است که کیفیت زندگی را در شرایط بحرانی قرار می‌دهد. از آنجا که آسم یک بیماری مزمن و با هزینه در مانی بالاست مدیریت آن دشوار است و بهبود کیفیت زندگی به عنوان یک جزء ضروری و اساسی در درمان این بیماران شناخته شده است^(۲). آسم با توجه به شیوع آن، یک بیماری پر هزینه است که استرس ناشی از آن بر زندگی فرد اثرات منفی گذاشته و در نتیجه باعث کاهش کیفیت زندگی در گروه بزرگی از مبتلایان می‌شود^(۳،۴). در بین اعضای تیم سلامت، با توجه به اینکه پرستاران نزدیک‌ترین ارتباط را با بیماران و خانواده‌هایشان دارند، قادرند تا با استفاده از طریق کاربرد روش‌های مناسب موجب ارتقای توانایی‌های اعضای

خانواده در حیطه‌های تعیین شده گردند تا بر موانع موجود در زمینه‌های بهداشتی و سلامتی فائق آیند، زیرا بدون دخالت پرستاران، آن‌ها قادر به غلبه بر موانع نخواهند بود و این امر در نهایت منجر به عدم بهبود کیفیت زندگی این بیماران می‌گردد. همچنین متعاقب آن فرد دچار اضطراب، افسردگی و اندوه خواهد شد که این مسئله تعاملات اجتماعی وی را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد و موجبات انزوای اجتماعی فرد مبتلا را فراهم می‌آورد. به این ترتیب بیماری آسم، ابعاد مختلف زندگی بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد و فعالیت‌های جسمی، روحی و اجتماعی آن‌ها را محدود می‌سازد و در نتیجه کیفیت زندگی آن‌ها دست‌خوش تغییر می‌شود^(۵) مدل مشارکتی در سال ۱۳۸۰ توسط عیسی محمدی و همکاران طراحی و برای کنترل فشارخون بالا مورد ارزیابی قرار گرفت^(۶،۷) و در سال ۱۳۸۳ در مورد بیماری‌های عروق کرونر^(۸) و در سال ۱۳۸۹ روی بیماران نارسایی قلبی ارزیابی و اجرا شد^(۹)، اما تا کنون بروی بیماران مبتلا به آسم مورد ارزیابی قرار نگرفته است. مراقبت مشارکتی عبارت است از فرآیند منظم و منطقی برقراری ارتباط موثر، متعامل و پویا بین مدجو (به عنوان مشارکت جو) و ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی و مراقبتی (به عنوان مشارکت‌کننده) در جهت درک و شناخت بیشتر نیازها، مشکلات و انتظارات در روند کنترل بیماری و برانگیختن و درگیر ساختن مددجویان برای پذیرش مسئولیت و کمک به بهبودی، حفظ و ارتقاء سلامت آن‌ها. در مراقبت مشارکتی مانند رویکرد سنتی تمرکز بر پرستار به عنوان عامل اصلی مراقبت نیست، بلکه به نقش توأم، متعامل و متعادل همه افراد موثر در فرآیند مراقبت یا همان نقش مشارکتی گروهی توجه می‌شود. در این مدل، ماهیت نقش مشارکتی بیمار یا افراد گروه در فرآیند درمان واقعیتی فراتر از ماهیت و نقش مستقل فردی تک تک آن‌ها است. از اهداف اساسی مدل بهبود کیفیت زندگی مددجویان است و دارای چهار مرحله می‌باشد که عبارتند از: ۱- انگیزش ۲- آماده سازی ۳- درگیر شدن ۴-

نداشت از پژوهش حذف می شد. سپس برای تخصیص افراد به دو گروه کنترل و آزمون، به منظور یکنواخت شدن شرایط تحقیق از روش تخصیص تصادفی (Random allocation) استفاده گردید. به این صورت که با استفاده از شماره کارت به صورت تصادفی ساده نمونه‌ها به دو گروه تقسیم شدند.

ابزار گرد آوری اطلاعات شامل پرسشنامه می‌باشد که شامل بخش‌های زیر است: پرسشنامه اطلاعات فردی و تعیین مشکلات مراقبتی که بر اساس منابع موجود در کتب و مقالات تهیه شد و بر اساس نظر صاحب نظران روایی محتوای آن تایید شد. در این بخش مواردی مانند سن، جنس، شغل، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، سابقه مصرف سیگار، سابقه بستری شدن در بیمارستان، تعداد فرزند، آورده شده است. بخش دوم پرسشنامه دوم شامل فرم کوتاه شده و مختصر پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی می‌باشد که کیفیت زندگی را در چهار حیطه مرتبط با سلامت: الف- حیطه سلامت جسمانی، فیزیکی ب- حیطه روانشناختی ج- حیطه روابط اجتماعی د- حیطه محیط زندگی مورد بررسی قرار می‌دهد. این مقیاس (پرسشنامه) حاوی ۲۶ سؤال است که سؤال اول کیفیت زندگی را به طور کلی و سؤال دومی وضعیت سلامت را به طور کلی مورد پرسش قرار می‌دهد. ۲۴ سؤال بعدی به ارزیابی کیفیت زندگی در چهار حیطه ذکر شده فوق می‌پردازد. اعتقاد بر این است که این مقیاس (پرسشنامه) استاندارد شده در دامنه گسترده ای از پژوهش‌ها می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد^(۱۰)، برای هر سؤال از صفر تا چهار نمره دهی شد؛ و هرچه نمره بالاتر باشد کیفیت زندگی بهتر است، همچنین در مطالعه‌ی کریملو و همکاران روایی تایید و پایایی این پرسشنامه ۰/۹۰ گزارش شد^(۱۱). در گروه آزمون مراحل مدل شامل؛ انگیزش، آماده سازی، درگیرسازی و ارزشیابی پیاده شد. برای این گروه به صورت انفرادی تجزیه و تحلیل مشکلات موجود و همچنین نقص های موجود در انجام رفتارهای بهداشتی به منظور مقابله با عوارض بیماری و

ارزشیابی^(۶) این مطالعه به منظور تعیین تأثیر مدل مراقبت مشارکتی بر کیفیت زندگی بزرگسالان مبتلا به آسم انجام شده است.

روش بررسی

این پژوهش از نوع کار آزمایشی بالینی است که بر روی دو گروه آزمون و کنترل و به صورت قبل و بعد صورت گرفت. جامعه پژوهش در این مطالعه بزرگسالان مبتلا به آسم بستری در بخش‌های داخلی بیمارستان امام خمینی شهر جیرفت بودند که تشخیص بیماری آسم در آن‌ها توسط پزشک متخصص داخلی تایید شده بود. این پژوهش با هدف سنجش تفاوت بین کیفیت زندگی در دو گروه آزمون و کنترل با حداکثر خطای نوع اول و دوم ۰/۵ و ۱۰٪ صورت گرفت و تخمین ما از انحراف معیار کیفیت زندگی در افراد مبتلا به آسم برابر ۸ بود و ما به دنبال کشف حداقل ۶/۵ واحد اختلاف (d) بودیم؛ بنابراین حجم نمونه مورد نظر از فرمول زیر برای هر گروه ۴۰ نفر به دست آمد.

$$n = \frac{2 \left(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta} \right)^2 \sigma^2}{(d)^2}$$

سپس از بین افراد مبتلا به آسم بستری در بخش داخلی بیمارستان امام خمینی جیرفت تعداد ۸۰ نفر به روش نمونه گیری آسان (در دسترس) انتخاب شدند. بیماران در فاصله سنی ۱۸-۶۵ سال بودند. سایر معیارهای ورود به مطالعه، تمایل به شرکت در برنامه مراقبتی، (زیرا انجام مدل مذکور در این پژوهش مستلزم همکاری و مشارکت فعال بیمار است)، برخورداری از سلامت شنوایی و توانایی برقراری ارتباط کامل به لحاظ نوع مداخله ای که برای آن‌ها در نظر گرفته شده است بود. سایر معیارهای ورود در این مطالعه عدم اختلال شناخته شده روانی، بیماری حاد مانند سرطان و بیماریهای تأثیر گذار بر مراقبت از خود مانند دیابت و بیماریهای قلبی بود. در صورتی که نمونه به هر دلیلی به ادامه مطالعه تمایل

تصحیح ایرادات ارائه شد برنامه ویزیت‌های پیگیری همراه با مرور داروهای گذشته و احیاناً تجویز داروی جدید توسط پزشک همراه بود. از نکات قابل توجه این است که به دلیل ایجاد ارتباط تلفنی مستمر و پیگیر بین پرستار و مددجویان تمامی مسائل غیر مترقبه و احیاناً بحرانی پیش آمده برای مددجویان در فواصل ویزیت‌ها بدون هیچ گونه محدودیتی توسط بیماران مطرح می‌گردید. کلیه مددجویان استقبال شایان توجهی از برقراری این گونه ارتباط جدید و منسجم بین عوامل درگیر در امر درمان و مراقبت نمودند و حتی تقاضای ادامه این شکل از ویزیت‌ها را داشتند. در گام ارزشیابی ارزیابی‌های مرحله ای در ابتدای هر ویزیت برای سنجش تاثیر آموزشهای قبلی و انتهای هر ویزیت به منظور اطمینان از درک بیمار از آموزشهای همان جلسه و رفع اشکالات احتمالی انجام گرفت. در ارزیابی نهایی که در ششمین جلسه و در پایان ماه سوم صورت گرفت تأثیر اجرای مدل مراقبتی مشارکتی بر میزان کنترل عوارض و علائم و همچنین تغییر کیفیت زندگی بیماران مجدداً توسط ابزار ذکر شده (پرسشنامه کیفیت زندگی) در گروه آزمون سنجیده شد. سپس همین نحوه سنجش و ارزیابی برای گروه کنترل همزمان به عمل آمد. لازم به ذکر است که زمان اجرای مدل سه ماه و با ۵ ویزیت به صورت هر دو هفته یکبار بوده و ششمین جلسه به ارزشیابی نهایی اختصاص یافت. برای گروه کنترل مداخله ای صورت نگرفت و مراقبت‌های معمول را دریافت کردند. لازم به ذکر است که هیچیک از نمونه‌ها از مطالعه حذف نشدند. اطلاعات حاصل از تکمیل پرسشنامه‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۲۰ و آمار توصیفی و آزمون‌های کای دو، t (مستقل و زوج) و تحلیل واریانس یک طرفه (ANOVA) در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. قبل از بررسی فرضیات پژوهش، همسان سازی افراد بر اساس ویژگی‌های فردی در دو گروه مورد مطالعه بررسی شد. به این منظور از آزمون آماری کای دو استفاده شد. همچنین فرض نرمال

تشویق به درگیر شدن بیشتر در مراقبت از خود جهت ایجاد انگیزه انجام شد. همچنین در این مرحله توضیحاتی درباره اینکه چه کاری، چگونه، چرا، توسط چه کسی، کجا و چه زمانی انجام می‌گردد به مددجویان ارائه شد. تمامی مراحل مدل توسط پرستار و با مشارکت مددجو و پزشک اجرا و ارزیابی می‌شد. در مرحله دوم مدل (آماده سازی) برنامه ریزی برای انجام وظایف و نقشها شامل جدول زمانی ویزیتها جهت ایجاد نظم در مراقبت و درمان، توضیح مشکلات احتمالی و راه حل‌ها صورت گرفت. زمان انجام هر جلسه از ویزیت‌ها با مددجویان و پزشک هماهنگ گردید و یک فاصله دو هفته ای برای هر ویزیت تعیین شد. در این مرحله به مددجویان درباره ماهیت و اهداف ویزیت‌ها و مدت انجام آن و لزوم ایجاد نظم و ثبت منظم تغییرات نیز مطالب لازم توضیح داده شد. مرحله درگیر سازی با ارائه برنامه‌های آموزشی و پیگیری منظم صورت گرفت. در این جلسات در مورد عوامل خطر ساز، رژیم درمانی، مصرف داروها، مصرف داروهای استنشاقی و اسپری‌ها، رژیم غذایی، روش عملی آرام سازی، استفاده از آسمیاری، اجتناب از فعالیتهای بدنی، گردو غبار، داروهای پیشگیری کننده، و داروهای ایجاد کننده حملات آموزش داده شد. آموزش‌ها و نوشته‌ها به زبان ساده بوده و در پایان یک پمفلت آموزشی نیز به آنان داده می‌شد. در این مرحله سه ویزیت به فاصله دو هفته یکبار و به هنگام مراجعه مددجو به بیمارستان جهت پی گیری درمان و ملاقات با پزشک انجام می‌شد. در این جلسات پرستار به تعدیل عوامل خطر ساز و کاهش عوارض بیماری توجه کرده و نتایج به صورت باز خورد به مددجو منعکس می‌شد و ارزش کنترل یا میزان خطرات در ویزیت یاد آوری می‌گردید تا موجب انگیزش و مشارکت بیشتر گردد. سپس به منظور پی گیری دو جلسه به فاصله دو هفته نیز برای هر مددجو تعیین گردید. در این ویزیت‌ها ضمن بررسی مشکلات مددجویان، نتایج مثبت و منفی آموزش‌ها و اقدامات قبلی، مورد بررسی قرار گرفت و راهنمایی‌های لازم جهت

می‌توانستند از طرح خارج شوند. قبل از نمونه گیری و تکمیل پرسشنامه‌ها توضیحات شفاهی و مکتوب به بیمار داده می‌شد و به گروه کنترل که هیچ آموزشی داده نشده بود در پایان کار کتابچه آموزشی داده شد.

یافته‌ها

شرکت کنندگان در این مطالعه ۸۰ نفر، شامل دو گروه ۴۰ نفری آزمون و کنترل بودند. آزمون آماری کای دو، اختلاف معنی داری بین دو گروه آزمون و کنترل از نظر متغیرهای سن، جنس، سطح تحصیلات و سابقه مصرف سیگار، وضعیت تأهل، سابقه بستری، نشان نداد و از نظر ویژگی‌های مذکور تفاوتی نداشتند و یکسان بودند (جدول شماره ۱).

بودن متغیرهای مورد مطالعه توسط آزمون کلموگروف اسمیرنف مورد بررسی قرار گرفت. فرض نرمال برای متغیرهای مورد مطالعه در دو گروه آزمون و کنترل برقرار بود. به دلیل برقرار بودن فرض نرمال برای تجزیه و تحلیل از آزمون‌های پارامتریک استفاده شد.

ملاحظات اخلاقی معمول در پژوهش حاضر مد نظر قرار گرفتند. بدین صورت که پس از تصویب طرح در شورای پژوهش پردیس بین الملل دانشگاه علوم پزشکی کرمان اجازه رسمی داده شد و اجرای طرح با ارائه معرفی نامه رسمی به بیمارستان و موافقت مسئولین مربوطه بود. رضایت بیمار برای شرکت در تحقیق شرط اساسی بود. همچنین به نمونه‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات به صورت محرمانه است، همکاری آن‌ها کاملاً آزاد بوده و در هر مرحله از تحقیق نیز بدون هیچ محدودیتی

جدول شماره ۱: مقایسه توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش بر حسب ویژگی‌های فردی به تفکیک گروه

متغیر	گروه آزمون (n=۴۰) فراوانی (درصد)	گروه کنترل (n=۴۰) فراوانی (درصد)	کای دو P
جنس	زن	۲۳(۵۷/۵)	۰/۴۸۹
	مرد	۱۷(۴۲/۵)	
سن	زیر ۳۰ سال	۸(۲۰/۰)	۰/۸۹۳
	۳۱-۴۰ سال	۱۳(۳۲/۵)	
	۴۱-۵۰ سال	۱۰(۲۵/۰)	
	۵۱ سال و بیشتر	۹(۲۲/۵)	
وضعیت تأهل	مجرد	۶(۱۵)	۱/۰۰۰
	متأهل	۳۴(۸۵)	
تحصیلات	سیکل و کمتر	۱۸(۴۵)	۰/۲۶۴
	دیپلم و پایین‌تر	۱۱(۲۷/۵)	
	دانشگاهی	۱۱(۲۷/۵)	
مصرف سیگار	بلی	۹(۲۲/۵)	۰/۱۱۵
	خیر	۳۱(۷۷/۵)	
سابقه بستری	کمتر از ۵ بار	۲۴(۶۰)	۰/۳۱۶
	بین ۵ تا ۱۰ بار	۱۵(۳۷/۵)	
	بیشتر از ۱۰ بار	۱(۲/۵)	

بر اساس هدف پژوهش، ارزیابی اولیه‌ی کیفیت زندگی قبل از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل انجام شد. میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی قبل از مداخله در گروه آزمون $12/2 \pm 6/3$ و در گروه کنترل $13/1 \pm 4/1$ بود. آزمون آماری t مستقل، اختلاف معنی داری را از نظر کیفیت زندگی بین دو گروه آزمون و کنترل قبل از مداخله نشان نداد ($p > 0/05$). بعد از انجام مداخله، میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی در

بر اساس هدف پژوهش، ارزیابی اولیه‌ی کیفیت زندگی قبل از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل انجام شد. میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی قبل از مداخله در گروه آزمون $12/2 \pm 6/3$ و در گروه کنترل

بیماران (آسمی) چهار بعد اصلی جسمی، روحی روانی و اجتماعی و محیط زندگی سنجیده شد. آزمون آماری t زوجی (برای هر بعد به صورت مجزا) اختلاف را در ابعاد چهارگانه ی کیفیت زندگی نسبت به قبل از مداخله نشان داد، همچنین بر اساس نتایج آزمون t مستقل اختلاف میانگین کیفیت زندگی در ابعاد چهارگانه در دو گروه آزمون و کنترل قبل از مداخله از نظر آماری معنی دار نبود ($p > 0/05$)؛ اما پس از مداخله اختلاف در این دو گروه معنی دار بود ($p < 0/05$). تمام نتایج فوق نشانه‌ی بهبود کیفیت زندگی در هر چهار بعد است (جدول شماره ۲).

گروه آزمون به $9/2 \pm 72/3$ و در گروه کنترل به $13/8 \pm 41/5$ رسید که در گروه آزمون افزایش قابل ملاحظه‌ای داشت. آزمون آماری t مستقل، اختلاف معنی داری را بین گروه آزمون و کنترل بعد از اجرای مدل نشان داد که نشانه‌ی بهبود کیفیت زندگی است ($p < 0/05$). همچنین بر اساس نتایج آزمون t زوجی میانگین کیفیت زندگی در گروه آزمون قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی‌دار داشت ($p < 0/05$)؛ اما میانگین کیفیت زندگی در گروه کنترل قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی‌دار نداشت ($p > 0/05$). علاوه بر این در بررسی کیفیت زندگی در قالب پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی

جدول شماره ۲: مقایسه‌ی میانگین نمرات کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم قبل و بعد از مداخله در دو گروه کنترل و آزمون به تفکیک ابعاد کیفیت زندگی

ابعاد کیفیت زندگی	آزمون (n=۴۰)	کنترل (n=۴۰)	P مستقل
	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	
بعد جسمی	قبل از مداخله	۱۳/۵ \pm ۲/۸	۰/۰۷۳
	بعد از مداخله	۲۱/۳ \pm ۲/۹	< ۰/۰۰۰۱*
		۰/۰۸۷	
		< ۰/۰۰۰۱*	P زوجی
بعد روحی	قبل از مداخله	۱۰/۱ \pm ۴/۶	۰/۵۶۵
	بعد از مداخله	۱۸/۸ \pm ۲/۵	< ۰/۰۰۰۱*
		۰/۰۹۳	
		< ۰/۰۰۰۱*	P زوجی
بعد اجتماعی	قبل از مداخله	۶/۸ \pm ۲/۲	۰/۰۸۱
	بعد از مداخله	۹/۲ \pm ۱/۸	< ۰/۰۰۰۱*
		۰/۳۲۳	
		< ۰/۰۰۰۱*	P زوجی
بعد محیطی	قبل از مداخله	۱۵/۹ \pm ۴/۸	۰/۰۵۹
	بعد از مداخله	۲۲/۹ \pm ۴/۶	< ۰/۰۰۰۱*
		۰/۰۹۶	
		< ۰/۰۰۰۱*	P زوجی
کل	قبل از مداخله	۴۶/۳ \pm ۱۲/۲	۰/۰۸۳
	بعد از مداخله	۷۲/۳ \pm ۹/۲	< ۰/۰۰۰۱*
		۰/۰۸۷	
		< ۰/۰۰۰۱*	P زوجی

همچنین بر اساس نتایج جدول شماره ۳ بین بهبود کیفیت زندگی در گروه آزمون و ویژگی‌های فردی شرکت کنندگان ارتباط معنی داری وجود نداشت ($p > 0.05$).

جدول شماره ۳: مقایسه میانگین نمرات بهبود کیفیت زندگی (اختلاف کیفیت زندگی پس از مداخله و قبل از مداخله) در گروه آزمون برحسب ویژگی‌های فردی

گروه آزمون (n=40)		متغیر	
P _t or F	mean±SD	تعداد	
0/515	26/6±7/1	23	زن
	25/0±8/2	17	مرد
0/67	28/0±7/2	8	زیر 30 سال
	27/2±6/8	13	31-40 سال
	24/3±3/9	10	41-50 سال
	23/1±7/5	9	51 سال و بیشتر
0/856	26/5±6/1	6	مجرد
	25/9±7/8	34	متاهل
0/165	28/4±8/1	18	سیکل و کمتر
	24/4±6/3	11	دیپلم و پایین‌تر
	23/4±7/0	11	دانشگاهی
0/150	22/8±6/3	9	بلی
	26/9±7/7	31	خیر
0/149	24/6±7/7	24	کمتر از 5 بار
	28/1±7/1	16	بیشتر از 5 بار

بر ارتقای کیفیت زندگی و مشارکت در انجام پژوهش‌های مرتبط با آن، راه را برای بهبود زندگی این گروه از بیماران فراهم کند^(۱۲).
با نگاهی به کیفیت زندگی گروه مورد بررسی قبل از مداخله مشخص می‌شود که این بیماران از کیفیت زندگی مطلوبی برخوردار نبودند. در یکی از مطالعات انجام شده در مورد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم نتایج نشان داد این بیماری بر کیفیت زندگی تأثیر منفی داشته و بیشتر بیماران مورد پژوهش وضعیت نامطلوبی در ابعاد جسمی، روحی روانی، اجتماعی و محیط زندگی داشته‌اند^(۱۳). پدرام زی و همکاران در مطالعه ای در مورد بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم نیز افت کیفیت زندگی را متذکر شدند^(۱۰). Alvin و همکاران بر اساس نتایج مطالعه خود اظهار داشتند که تأثیر بیماری

بحث و نتیجه گیری

امروزه توجه به کیفیت زندگی در بیماران آسمی باعث بهبود کیفیت زندگی در این بیماران شده است. نتایج مطالعات نشان می‌دهد 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. مطالعاتی که کیفیت زندگی بیماران را مورد بررسی قرار می‌دهند و اقداماتی که می‌تواند باعث بهبود کیفیت زندگی شوند، روزه روز در پرستاری ارزش بیشتری پیدا می‌کند؛ لذا کیفیت زندگی مفهومی مرتبط با رشته‌ی پرستاری بوده و از اهداف پرستاری تلاش در جهت ارتقای آن است به نظر می‌رسد ارایه‌ی مراقبت‌های مبتنی

(۵) Janvec در تحقیقی بر روی زنان آمریکایی آفریقا تبار که مبتلا به بیماری آسم بودند و از لحاظ کنترل آسم مدیریت خوبی نداشتند و با مرگ و میر زیادی مواجه بودند به این نتیجه دست یافت که اگر به این افراد آموزش داده شود که در موقع تشدید بیماری بستری شوند و رژیم درمانی را به خوبی رعایت کنند کیفیت زندگی شان به طور قابل توجهی بهبود می یابد (۲۰).

نتایج نشان دهنده بهبود کیفیت زندگی در ابعاد مختلف جسمی، روحی، اجتماعی و محیطی بعد از مداخله در گروه آزمون بود که چون قبل از انجام مداخله دو گروه تفاوت معنی داری نداشتند بنابراین می توان نتیجه گرفت که این تغییر ناشی از تأثیر مداخله بوده است. از آنجا که آسم آثار نامطلوبی بر کیفیت زندگی بیماران دارد، هرگونه اقدامی برای ارتقای کیفیت زندگی این بیماران ارزشمند است. پیشنهاد می شود تأثیر این مدل در سایر بیماری های مزمن به منظور بهبود کیفیت زندگی آنها مورد بررسی قرار گیرد. پیشنهاد می شود این مطالعه با حجم نمونه بیشتر به منظور بررسی تأثیر ماندگاری آموزش های ارائه شده در مدت طولانی تری انجام شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه دانشجویی کارشناسی ارشد مصوب شورای پژوهش پردیس بین الملل دانشگاه علوم پزشکی کرمان با شماره ۹۲/۱۰/۲۶/۱۴۱ است. نویسندگان از مسئولین محترم و همه ی بیماران عزیز شرکت کننده و خانواده ایشان که امکان پژوهش حاضر را فراهم نمودند کمال تشکر و قدردانی را دارند.

آسم بر زندگی و احساس تندرستی فرد شدید تر از خود بیماری یا شرایط حاد دیگر می باشد و بیماری با ایجاد محدودیت در عملکردهای مختلف بیماران منجر به عدم رضایت آنان از زندگی می گردد (۱۴).

یافته های این مطالعه نشان می دهد که بعد از مداخله با به کارگیری مدل مراقبت مشارکتی در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل تغییر معنی داری در بهبود کیفیت زندگی بیماران آسمی مشاهده شد. در تحقیقی که ناصحی در کرمان با عنوان تأثیر آموزش مبتنی بر اجرای دستورات بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم، انجام داد اجرای آموزش مبتنی بر اجرای دستورات بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم تأثیر داشت (۱۵). علیجانی نیز در بررسی تأثیر مدل مشارکتی بر کیفیت زندگی کودکان مبتلا به تالاسمی ماژور دریافت که مدل مراقبت مشارکتی بر بهبود کیفیت زندگی کودکان سن مدرسه تالاسمی موثر است (۱۶). همچنین مطالعه خوشنویس در مورد مصدومین شیمیایی و مطالعه قویدل در مورد بیماران همودیالیز با مطالعه حاضر مشابهت دارد (۱۷،۱۸). به علاوه احمد تأثیر آموزش از طریق وب را روی بیماران مبتلا به آسم در کانادا مورد بررسی قرارداد و نتیجه این بود که در گروه شاهد علاوه بر اینکه کیفیت زندگی در حد مطلوب گزارش شده بود از لحاظ اقتصادی ۳۰۶ میلیون دلار صرفه جویی شده بود (۱۹).

نتایج مطالعه ی Kotwani بر روی ۵۰ نفر (۲۶ زن و ۲۴ مرد) از بیماران مبتلا به آسم و گروه سنی بیشتر از هیجده سال نشان داد مدیریت بیماری آسم نا مطلوب و تعامل بین پزشک و بیمار ضعیف بود و همچنین کیفیت زندگی بیماران در حد متوسطی قرار داشت. اما آموزش مناسب به بیماران آنان را قادر ساخت، تا با رژیم درمانی مناسب، کیفیت زندگی آنها بهبود یابد

فهرست منابع

- 1- Heidarnia M, Entezari A, Moein M, Mehrabi Y, Pourpak Z. [Prevalence of asthma symptom in Iran: a meta-analysis.] *Pejouhesh*. 2007; 31(3): 217-25. Persian.
- 2- Chen H, Cisternas MG, Katz PP, Omachi TA, Trupin L, Yelin EH, et al. Evaluating quality of life in patients with asthma and rhinitis: English adaptation of the rhinasthma questionnaire. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2011;106(2):110-8.

- 3- Arif AA, Rohrer JE, Delclos GL. A population-based study of asthma, quality of life, and occupation among elderly Hispanic and non-Hispanic whites: a cross-sectional investigation. *BMC Public Health*. 2005;5(1):97. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/5/97>.
- 4- Tapp H, Hebert L, Dulin M. Comparative effectiveness of asthma interventions within a practice based research network. *BMC Health Serv Res*. 2011;11(1):188. available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/188>.
- 5- Kotwani A, Chhabra S, Tayal V, Vijayan V. Quality of asthma management in an urban community in Delhi, India. *Indian J Med Res*. 2012;135(2):92-184.
- 6- Mohammadi E. [Evaluation of partnership care model in the control of hypertension patients [dissertation]]. Tarbiyat Modarres University Tehran. 2002: 92-3. Persian
- 7- Mohammadi E, Abedi HA, Jalali F, Ghofranipour F, Kazemnejad A. [Evaluation of partnership care model in the control of hypertension] . *Int J Nurs Pract*. 2006 ;12(3): 153-9 Persian
- 8- Azadi F, Mohammadi I. [Effects Of Partnership Care Model On Quality Of Life Of Coronary Artery Disease Patients] . *Iranian Journal Of Nursing Research*. 2007;1(2):23-9. Persian
- 9- Borhani F, Khoshab H, Abbaszadeh A, Rashidinejad H, Mohammadi E. [Study of the effect of partnership care model on the quality of life in patients with heart failure.] *J C C N*. 2012;5(1):43-8. Persian.
- 10- Pedram Razi SH, Bassampour SH, Kazemnejad A. [Quality of Life in Asthmatic Patients]. *HAYAT*.2007, 13(1): 29-34. Persian.
- 11- Karimlou M, Salehi M, Zayeri F, Massah Choolabi O, Hatami A, Moosavy Khattat M. [Developing the Persian Version of the World Health Organization Quality of Life-100 Questionnaire]. *J Rehab*. 2011;11(4):73-82.Persian
- 12- Bakas T, McLennon SM, Carpenter JS, Buelow JM, Otte JL, Hanna KM, et al. Systematic review of health-related quality of life models. *Health Qual Life Outcomes*. 2012;10(1):134. .Available from: <http://www.hqlo.com/content/10/1/134>.
- 13- Pedram Razi S, Piroozmand N, Zolfaghari M, Kazemnejad A, Firoozbakhsh S. [Education of How-to-Use Peak Flow Meter and Following up via SMS on Asthma Self-Management]. *Hayat*. 2012;18(4):19-27. Persian.
- 14- Alvim CG, Picinin IM, Camargos PM, Colosimo E, Lasmar LB, Ibiapina CC, et al. Quality of life in asthmatic adolescents: an overall evaluation of disease control. *J Asthma*. 2009;46(2):186-90.
- 15- Nassehi A, Arab M, Borhani F, Abbaszade A. [The Effects of the Compliance Based Education on Asthmatic Patients' Quality of Life.] *Scientific Journal OF Hamadan Nursing and midwifery faculty*.2012;20(2): 32-42. Persian
- 16- Alijany-Renany H, Tamaddoni A, Haghighy-zadeh M, Pourhosein S. [The effect of using partnership care model on the quality of life in the school-age children with β -thalassemia.] *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. 2012;14(1):41-9. Persian.
- 17- Khoush Nm, Javadinasab M, Ghaneei Mostafa Hs, Karimi Zarchi A, Ebadi A, Babatabar Dh. [Effect Of Using Collaborative Care Model On Life Quality Of Chemical Injuries With Chronic Bronchiolitis]. *IJCCN*. 2009; 2(2) :47-50 Persian
- 18- Ghavidel F, Mohammadzadeh S, Pirasteh H, Alavi Majd H. [Effect assessment of applying the partnership care model on quality of life in hemodialysis patients referring to Be'sat Hospital of IRI Air Force]. *EBNESINA*. 2009;12(2):22-7. Persian
- 19- Ahmed S, Bartlett SJ, Ernst P, Paré G, Kanter M, Perreault R, et al. Effect of a web-based chronic disease management system on asthma control and health-related quality of life: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2011;12(1):260. available from: <http://www.trialsjournal.com/content/12/1/260>
- 20- Janevic MR, Sanders GM, Thomas LJ, Williams DM, Nelson B, Gilchrist E, et al. Study protocol for Women of Color and Asthma Control: A randomized controlled trial of an asthma-management intervention for African American women. *BMC Public Health*. 2012;12(1):76.

The Effect of Partnership Care Model on the Quality of Life of Adults with Asthma

¹Daneshi F. Ms.

*²Sabzevari S. PhD.

³Pooraboli B. PhD.

⁴ShojaeiShahrokhbabdi M. Ms.

Abstract

Background & Aims: Asthma is one of the most common chronic diseases in the world and despite medical advances; it is still a major problem for healthcare systems. Improving the quality of life is one of the objectives of the nursing care programs. This study was done to evaluate the effect of partnership care model on the quality of life of patients with Asthma.

Material & Methods: It was a clinical trial which was conducted in 2012, in medical wards of Imam Khomeini Hospital of Jiroft University of Medical Sciences. Using convenience sampling method, 80 hospitalized patients were selected and randomly assigned into experimental and the control groups. During a period of 3 months, intervention including the stages of motivation, preparation, engagement, and evaluation was performed. The control group just received routine care. Data was collected by Quality of Life Questionnaire for adults including 26 questions on the four major dimensions of the quality of life: physical, psychological, social and living environment and was analyzed by Chi-Square, paired samples t-test, independent samples t-test and ANOVA using SPSS-PC (v.20).

Results: There was a significant difference between the two groups in terms of the mean quality of life score (from 46.3 ± 12.2 to 72.93 ± 9.2 in the experimental and 41.1 ± 13.1 to 41.5 ± 13.8 in the control group). There was also significant differences between the dimensions of quality of life including physical, psychological, social, and environmental aspects in the two groups ($P < 0.05$).

Conclusion: According to the findings, this model could be recommended for caring of asthmatic patients.

Key words: Partnership Care Model, Asthma, Quality of life

Received: 3 March 2014

Accepted: 25 May 2014

¹ Master degree, Medical Surgical Nursing, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.

² Assistant professor, Neuroscience Research Center, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran. (Corresponding author). Tel: +98-3433205219 Email: S.Sabzevari@kmu.ac.ir

³ PhD, Public Health group, School of Nursing & Midwifery, Kerman University of Medical Sciences Kerman, Iran.

⁴ Master degree in Biostatistics, Jiroft University of Medical Sciences, Jiroft, Iran.