بررسی تأثیر به‌کارگیری مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی

رحیم بقایی[۱]، علیرضا ماشاالهی[۲*]، حمیدرضا خلخالی[۳]

تاریخ دریافت ۱۳۹۴/۰۳/۰۱ تاریخ پذیرش ۱۳۹۴/۰۵/۲۸

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: نارسایی قلبی با شیوع پیش‌رونده و مرگ‌ومیر بالا همراه است و شیوع و بروز این بیماری علی‌رغم پیشرفت‌های پزشکی در حال افزایش است. این بیماری جدای از پیش آگهی ضعیف، باعث محدودیت در فعالیت جسمی، قطع تعاملات اجتماعی، دیسترس‌های روانی، افزایش وابستگی و بازنشستگی زودرس می‌شود و تأثیر منفی بر کیفیت زندگی را تحمیل می‌کند. مطالعه حاضر باهدف بررسی تأثیر اجرای مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلب انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع کارآزمایی بالینی است که روی ۶۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی در بیمارستان‌های سیدالشهدا و طالقانی ارومیه در سال ۱۳۹۲ انجام گرفت. نمونه‌های پژوهش به‌صورت در دسترس انتخاب و سپس به‌صورت تصادفی در ۲ گروه ۳۰ تایی مداخله و کنترل تقسیم‌بندی شدند. برای سنجش کیفیت زندگی از پرسشنامه استاندارد مینه سوتا که حاوی ۲۱ سؤال در ۳ حیطه بعد جسمی و روحی روانی و اجتماعی اقتصادی است استفاده شد. مدل مراقبت پیگیر در طی ۳ ماه در گروه مداخله اجرا گردید. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار، فراوانی مطلق و نسبی) و تحلیلی (آزمون تی مستقل، تی زوجی، کای دو) در نسخه ۱۹ نرم‌افزار SPSS انجام گرفت.

یافته‌ها: میانگین کلی کیفیت زندگی در گروه مداخله بعد از اجرای مدل از ۵/۳۹±۶۵/۱۳ به ۴/۸۵±۳۳/۸۳ و در گروه کنترل از ۳/۷۰±۶۵/۸۶ به ۷/۰۳±۶۷/۴۳ رسید. در تمام ابعاد کیفیت زندگی جسمی، روحی، روانی و اجتماعی، اقتصادی در دو گروه مداخله و کنترل اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده شد که نشان‌دهنده افزایش تمامی ابعاد کیفیت زندگی در بیماران گروه مداخله است (P=۰/۰۰).

یافته‌ها: اجرای مدل‌های مراقبتی اثربخش و آموزش و پیگیری همراه با تغییر سبک زندگی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی می‌تواند باعث بهبود و افزایش کیفیت زندگی در آنان گردد.

کلیدواژه‌ها: نارسایی قلبی، مدل مراقبت پیگیر، کیفیت زندگی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره سیزدهم، شماره هشتم، پی‌درپی ۷۳، آبان ۱۳۹۴، ص ۶۷۵-۶۶۶

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، تلفن: ۰۴۴-۳۲۷۵۴۹۶۱

Email: alireza_mashalahi66@yahoo.com

مقدمه

بیماری های قلبی در حال حاضر یکی از شایع ترین بیماری‌های مزمن هستند و نارسایی قلبی مسیر نهایی مشترک تمام اختلالات قلبی و علت ناتوانی و مرگ‌ومیر بزرگ‌سالان است (۲،۱). آمارهای ارائه‌شده در زمینه تعداد بیماران مبتلا در ایالات متحده آمریکا بر این مسئله تأکید دارد که این میزان، روند رو به رشد فزاینده‌ای داشته و طبق آخرین آمار، حدود ۵ میلیون نفر به این بیماری مبتلا هستند و هرسال بیش از ۱.۵۰۰.۰۰۰ مورد جدید تشخیص داده می شود (۲). طبق آمار مرکز مدیریت بیماری ها، تعداد مبتلایان به نارسایی احتقانی قلب در ایران حدود ۳۴۰۰ نفر در هر صد هزار نفر می‌باشند که از عوارض ناتوان‌کننده آن رنج می‌برند (۳). در نارسایی قلبی، قلب به دلیل اختلال عملکرد بطنی، از پمپ کردن خون متناسب با نیازهای متابولیک بدن ناتوان است که اغلب به دنبال بیماری شریان کرونر، کاردیومیوپاتی، پرفشاری خون و اختلالات دریچه رخ می‌دهد (۴). نشانه‌های بیماری شامل احساس خستگی، محدودیت در فعالیت‌ها، احتقان ریوی، آدم و تنگی تنفس می‌باشند.

[۱] استادیار، عضو هیت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

[۲] کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (نویسنده مسئول)

[۳] دانشیار، عضو هیت علمی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

اکثر افراد مبتلا از بیماری خودآگاه نیستند و بسیاری از علائم شایع ازجمله احساس خستگی و کوتاهی تنفس را نشانه افزایش سن می‌دانند، حال‌آنکه این علائم به‌مرور بر عملکرد روزانه زندگی آن‌ها تأثیرگذار خواهد بود (۵). این بیماری، با شیوع پیش‌رونده و مرگ‌ومیر بالا همراه است و شیوع و بروز این بیماری با افزایش سن رابطه مستقیم دارد، به‌طوری که با هر دهه افزایش سن امکان نارسایی قلبی دو برابر می‌شود و میزان مرگ‌ومیر ۵ ساله آن در زنان ۴۵ درصد و در مردان ۶۰ درصد می‌باشد (۷،۶). در ایران بررسی‌ها نشان داده که بیماری‌های قلب و عروق در مقایسه با سایر بیماری‌ها، بالاترین میزان مرگ‌ومیر را دارند (۸) همچنین نارسایی قلبی شایع ترین علت بستری اولیه و بستری مجدد در بیماران بالای ۶۵ سال است (۹). این بیماری جدای از پیش‌آگهی ضعیف، باعث محدودیت در فعالیت جسمی، قطع تعاملات اجتماعی، دیسترس‌های روانی، کاهش نشاط، افزایش وابستگی و بازنشستگی زودرس می‌شود و تأثیر منفی بر کیفیت زندگی را تحمیل می‌کند (۱۰). سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را درک افراد از وضعیت زندگی در قالب فرهنگ و ارزش‌های حاکم بر جامعه و در راستای اهداف، استانداردها، انتظارات و علایق فرد معرفی می‌کند. به‌عبارت‌دیگر کیفیت زندگی یک فرآیند منطقی و مفهوم استوار بر پایه فرهنگ است که خلاصه‌ای از ارزش‌ها، عقاید، سمبل‌ها و تجارب شکل‌گرفته آن فرهنگ را نشان می‌دهد و راهی را برای شناخت و فهم شرایط و تجارب انسان در زندگی فراهم می‌کند (۱۱). اختلال در کیفیت زندگی نه‌تنها اثر منفی بر زندگی اجتماعی، خانوادگی، کار و فعالیت دارد، بلکه خطر بستری شدن و مرگ ناشی از این بیماری را افزایش می‌دهد (۱۲). بیماران مبتلا به نارسایی قلبی می توانند با کسب آموزش‌های مبتنی بر مهارت‌های مراقبت از خود بر آسایش، توانایی‌های عملکردی و فرآیندهای بیماری خود تأثیرگذار باشند (۱۳). همچنین این بیماران برای درمان بیماری و مواجهه با مشکلات بیماری نیازمند رفتارهای مراقبت از خود خواهند بود (۱۴). این رفتارها شامل مواردی چون رژیم غذایی و دارویی، محدودیت سدیم و مایعات، میزان فعالیت‌های مجاز، توزین روزانه، جستجو و تصمیم گیری جهت اقدامات مناسب درمانی در هنگام شدت بیماری می‌باشد (۱۵) که می تواند به بیماران کمک کند تا کنترل بر روی زندگی خود را از دست ندهند و با عوارض ناشی از بیماری خودسازگار شوند که این سازگاری منجر به ارتقاء کیفیت زندگی در این بیماران می‌گردد. (۲) از طرفی کیفیت زندگی مفهومی مرتبط با رشته پرستاری بوده و پرستاران همواره در جهت ارتقای آن کوشیده‌اند. آن‌ها با ارائه خدمات درمانی و مشارکت در تحقیقات پرستاری سعی در بهبود کیفیت زندگی بیماران داشته‌اند. ازآنجاکه اکثر بیماران در زمان ترخیص و در ادامه آن در منزل سؤالاتی راجع به مراقبت از خود نظیر رژیم غذایی و رژیم دارویی، میزان فعالیت مجاز و عوارض بیماری و ... دارند. پرسنل درمانی به‌ویژه پرستاران می‌توانند 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 (۱۶). در ایران، مدلی با عنوان مراقبت پیگیر توسط احمدی در رابطه با بیماری های مزمن طراحی و بررسی شده است که شامل چهار مرحله آشناسازی، حساس سازی، کنترل و ارزشیابی است. در این مدل، مددجو به عنوان عامل مراقبت پیگیر و تأثیرگذار در روند سلامتی خود معرفی می شود. مراقبت مستمر یا پیگیر فرآیندی منظم است برای برقراری ارتباط مؤثر و تعامل بین مددجو و پرستار به‌عنوان ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و مراقبتی به‌منظور شناخت نیازها، مشکلات و حساس سازی بیماران نسبت به قبول رفتارهای مداوم بهداشتی و کمک به حفظ، بهبود و ارتقای سلامتی آن‌ها است. از ویژگی‌های این مدل بومی می‌توان به‌عنوان نوعی ارتباط مراقبتی مستمر و پویا اشاره نمود که کاملاً با ویژگی‌های بیماری مزمن نظیر نارسایی قلبی هماهنگی دارد (۱۷) مطالعه حاضر باهدف بررسی تأثیر اجرای مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلب انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع کارازمایی بالینی است که به‌منظور یکنواخت شدن شرایط تحقیق برای دو گروه مداخله و کنترل از روش تخصیص تصادفی استفاده شد و ۶۰ بیمار مبتلا به نارسایی احتقانی قلب بستری در بیمارستان‌های سیدالشهدا و طالقانی ارومیه در سال ۱۳۹۲ به دو گروه ۳۰ نفری کنترل و مداخله تقسیم شدند. ابتدا معرفی‌نامه از دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه به بیمارستان های سیدالشهدا و طالقانی ارائه گردید و مجوز پژوهش از ریاست بیمارستان‌ها اخذ شد. تعداد نمونه‌ها با توجه به مطالعه صالحی تالی و همکاران (۱۸) با توان آزمون ۸۰ درصد و اطمینان ۹۵ درصد برای هر گروه ۲۸ نفر برآورد شد ولی به‌منظور افزایش دقت و با توجه به‌احتمال ریزش نمونه‌ها تعداد ۳۰ نفر در هر گروه قرار گرفتند. در کل با ۶۰ نمونه مطالعه انجام شد. نمونه‌گیری بیمارانی که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند به روش در دسترس انجام و سپس به‌طور تصادفی در دو گروه تقسیم شدند. اهداف پژوهش به بیمار و خانواده آن‌ها توضیح داده شد. از شرکت‌کنندگان رضایت کتبی اخذ شد. به نمونه‌ها توضیح داده شد برای ترک و ادامه مطالعه آزادی عمل دارند. افراد موردمطالعه در این پژوهش مبتلا به نارسایی قلبی کلاس ۲ و ۳ بر اساس

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

طبقه بندی انجمن قلب نیویورک از هر دو جنس بودند. معیار ورود نمونه‌ها در این مطالعه عبارت بودند از: ۱. ابتلا به نارسایی قلبی که بـر اسـاس علائـم بـالینی، نـوار قلبـی و اکوکـاردیوگرافی کـه نشان‌دهنده‌ی کسر تخلیه کمتر از ۴۰ درصد، با استناد بـه پرونـده بیماران که مورد تأیید متخصص قلب قرار گرفتـه اسـت. ۲. وجـود نارسایی قلبی درجه ۲ و ۳ بر اسـاس تقسـیم بنـدی انجمـن قلـب نیویورک ۳. بیمار تمایل به همکاری و شرکت در پـژوهش داشـته باشد. ۴. بیمار رضایت کامل از مراجعه و پیگیری به‌صورت تلفنی و در صورت لزوم به‌صورت حضوری در منزل به‌منظور مراقبت و ادامه آموزش‌های و مشاوره‌های مراقبتی موردنیاز توسط محقق را داشته باشد. ۵. امکان دسترسی و کنترل آن ها در طی ۳ ماه وجود داشته باشد. معیارهای خروج شامل: ۱. امتناع بیمار از ادامه مشـارکت ۲. زوال عقلی یا هرگونه بیماری حاد و مزمن روانی دیگـر ۳. ناشـنوا و نابینا بودن ۴. وجود بیماری دریچه‌ای که نیازمند به جراحی باشـد ۵. وجود بیماری بدخیم نارسایی کبـد، نارسـایی کلیـه (کـراتینین بیش از ۳ میلی‌گرم بر دسی لیتر)، بیمـاری مـزمن انسـدادی ریـه، اختلالات عصبی، عضلانی که نیازمند بسـتری شـدن مکـرر بیمـار باشد.۶. سکته قلبی یا انجام عمل جراحی قلـب حـین پـژوهش ۷. وجود ضربان‌ساز قلب و یا دفیریلاتور کاشتنی تبـدیل‌کننـده ریـتم قلب در بیماران. ابزار گرداوری داده ها در ایـن مطالعـه پرسشـنامه شامل ۲ بخش بود: بخش اول پرسشنامه دموگرافیک و متغیرهـای رفتاری خطرساز می باشد که این پرسشنامه توسط پرسـتار جهـت آغاز آشنایی پرستار با بیمار و ریسک فاکتورهای بیماری در مرحله شروع آشنایی تکمیل گردید. شامل وضعیت عمومی، سابقه بـالینی و ریسک فاکتورهای بیماری (دفعات بستری شـدن، شـاخص هـای خونی، شاخص توده بدنی، بررسی وضـعیت رژیـم غـذایی، مصـرف دخانیات و داروهای بیمار) می‌باشد. بخش دوم پرسشنامه کیفیـت زندگی مینه سوتا بود. مینه توسا یک پرسشنامه اختصاصـی اسـت که به‌وسیله رکتور در سال ۱۹۸۴ به‌منظور تعیین تأثیر درمـان بـر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی طراحی گردید (۱۹). پرسشنامه مینه توسـا[1] رایـج‌تـرین ابـزار مورداسـتفاده در ارزیـابی کیفیت زندگی این بیماران در مطالعات تحقیقاتی است (۲۰). ایـن پرسشنامه درک بیماران از اثرات نارسـایی قلبـی روی جنبـه هـای فیزیکی (جسمی) اقتصادی اجتماعی و روانی زندگی‌شان را ارزیابی می‌نماید و مشتمل بر ۲۱ سؤال است که در سه حیطـه الـف: بعـد جسمی ب: بعـد روحـی و روانـی و ج: بعـد اجتمـاعی و اقتصـادی می‌باشد و هر سؤال ۶ معیار دارد که از صفر تـا پـنج نمـره‌گـذاری شده‌اند. عدد صفر نشان‌دهنده بهترین حالت و عدد ۵ نشان‌دهنـده بدترین حالت می باشد. بنابراین هر چه بیمار نمره مجموع بـالاتری داشته باشد به معنای تأثیر بیشـتر بیمـاری بـر کیفیـت زنـدگی و نشانه افت کیفیت زندگی بیمار است. ایـن پرسشـنامه از پایـایی و اعتبار بالایی نسبت بـه سـایر پرسشـنامه‌هـا برخـوردار اسـت و در تمامی مطالعات انجام شـده آلفـای کرونبـاخ بـالاتر از ۰/۹ داشـته است. در همین راستا رکتور[2] پایایی پرسشنامه را در ۱۸۱ بیمـاران نارسایی قلبی کلاس ۳ سنجید کـه بـا آلفـای برابـر ۰/۹۴ پایـایی بالایان را نشان می‌داد. (۲۱) در اکثر مطالعات انجام شده به‌منظـور تعیین اعتبار از روش همبستگی میان نمرات پرسشنامه مینه سوتا و نمرات سایر روش های موجود استفاده گردیـد. بنـت همبسـتگی میان نمرات پرسشنامه مینه سوتا و نمرات نارسایی مزمن قلبـی بـا ضریب همبستگی برابر با ۰/۸۱ اعتبار بالایی بـه دسـت آورد (۲۲) همچنین نی[3] همبسـتگی میـان نمـرات پرسشـنامه مینـه سـوتا و نمرات فرم کوتاه[4] برابر بـا ۰/۸۱ اعتبـار بـالایی را نشـان داد (۲۳). نسخه اصلی این پرسشـنامه بـه زبـان انگلیسـی اسـت و بـا اجـازه موسسه مربوطه توسط حکمت پور با استفاده از روند علمی تعیـین کیفیت ترجمه ابزار از روش ترجمه بازگشتی زبان مقصـد – زبـان منبع به زبان فارسی برگردانده شـده اسـت. جهـت تعیـین اعتبـار علمی یا روایـی ایـن پرسشـنامه، از روش اعتبـار محتـوا اسـتفاده گردید، بدین صورت که با مطالعه کتب، مقالات، نشریات داخلـی و خارجی و استفاده از پایگاه‌های اطلاعاتی الکترونیک و بهـره‌گیـری ازنظرات ۷ نفر از پزشکان متخصص قلب و عروق شـاغل در مراکـز آموزشی درمانی ارومیه اصلاح گردید. درنهایت جهت تعیین پایایی ابزار از روش آزمون مجدد استفاده شد که پرسشنامه به ۳۰ نفـر از بیماران داده شد و تکمیل گردید سپس یک هفته بعد نیـز دوبـاره توسط همان بیماران این پرسشنامه تکمیل گردیـد کـه نهایتـاً بـا ضریب همبستگی ۰/۹۱ و آلفای کرونباخ ۰/۸۱ مـورد تأییـد قـرار گرفت. پس از نمونه‌گیری مدل مراقبت پیگیر در گروه مداخله اجرا گردید و گروه کنترل فقط مراقبت های روتـین را دریافـت کردنـد. برنامه مراقبت پیگیر دارای مراحل مختلفی است کـه ایـن مراحـل پیوستگی و انسجام خاص خود را دارد و بـه ترتیـب شـامل چهـار مرحله: آشناسازی، حساس سازی، کنترل و ارزشیابی می‌شود.

۱. در مرحله آشناسازی اولین جلسه به‌منظور توجیه و ترغیب مددجو و خانواده‌اش و احساس نیاز به‌ضرورت فرآینـد پیگیـری در بیماران در طی جلسه‌ای ۴۰-۳۰ دقیقه‌ای با حضور بیمار و خانواده وی تشکیل شد. در ایـن مرحلـه محقـق و بیمـار و خـانواده‌اش بـا یکدیگر آشنا شدند و انتظارات خود را بیـان کردنـد و بـر ضـرورت

[1] Minnesota *questionnaire*

[2] Rector
[3] Ney
[4] short Form 36

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

عدم قطع ارتباط مراقبتی تأکید شد. اقدامات این مرحله از مداخله شامل معرفی پرستار بـه بیمـار و خـانواده و تکمیـل چـک لیسـت وضعیت دموگرافیک و کیفیت زندگی مینه سوتا بود، شفاف‌سـازی انتظارات بیمار و خانواده وی، تکمیل فرم رضایت آگاهانـه، تعیـین توافق در اوقات ملاقات حضوری و تلفنی و چگونگی امکان ارتبـاط بود. همچنین پژوهشگر شـماره تلفـن خـود را در اختیـار بیمـار و همراهان جهت پیگیری بعدی قرار داد. این جلسه برای هر دو گروه کنترل و مداخله تشکیل شد اما ازنقطه‌نظر زمان و نوع انتظـارات و برنامه های بعدی تفاوت داشت. زیرا هدف از آشناسازی برای گـروه کنترل ترغیب به همکاری و تکمیل داده‌های موردنظر بود.

۲. در مرحله حساس سازی بر طبق مدل مراقبت پیگیر جلسه بعد به‌منظور حساس سازی و درگیر کردن مددجو و خانواده در امر مراقبـت و پیگیـری برگـزار شـد کـه در محـل اجـرای تحقیـق (کلاس‌های داخل بیمارستان) و با همـاهنگی قبلـی بـا سـوپروایزر آموزشی و بیماران و خانواده آن ها بـه مـدت ۹۰ تـا ۱۲۰ دقیقـه صورت گرفت کـه محورهـای مراقبتـی و کلیـه نیازهـای آموزشـی مراقبتی بیماران موردبررسی و توجه قرار گرفتند. محتـوای برنامـه آموزشی بر اساس جدیدترین مقالات و کتب و مشـاوره بـا اسـاتید صاحب نظر تنظیم گردید. هدف از این مرحله آمـوزش مطـالبی در رابطه با آشنایی با بیمـاری، ماهیـت نارسـایی قلـب در حـد درک بیماران و خانواده آن‌ها، اهمیت تبعیت از رژیم دارویی، راه مصـرف و دوز داروها بر طبق دستور پزشک، اهمیت تبعیت از رژیم غـذایی و چگونگی رعایت محدودیت‌های مربوطـه، اهمیـت و نحـوه انجـام توزین روزانه، محدودیت در مصرف مایعات، اهمیت فعالیت فیزیکی مجاز و چگونگی انجام آن، سـبک درسـت زنـدگی، اهمیـت تـرک سـیگار و عـدم مصـرف مـواد مخـدر و الکـل، اهمیـت انجـام واکسیناسیون، لزوم کاهش استرس و فشـارهای روحـی و راه هـای غلبه بر آن، کنترل فشارخون، لزوم کنترل قند در بیماران دیابتی و آموزش به بیماران در مورد علائم بدتر شدن وضـعیت آن‌هـا نظیـر تنگی نفس و ورم شـدید و درد قفسـه سـینه، سـرفه‌هـای مقـاوم، توسعه بی‌خوابی و افزایش بالش‌های موردنیاز هنگام خواب توسـط پژوهشگر انجام شد. به دلیل مسن بودن اکثر بیماران و مسـئولیت خطیر حفظ جان بیماران برگزاری کـلاس آمـوزش بـرای بیمـاران به‌صورت چهره به چهره در بخش و برای خـانواده آن‌هـا در سـالن سمینار بیمارستان انجام شد. مداخلات یادشـده در زمـان بسـتری بودن بیماران در بیمارستان و در ادامـه بعـد از تـرخیص در منـزل بودند. در انتهای جلسه بسته آموزشی شامل جزوات خود مراقبتـی در اختیار بیمار و خانواده آن‌ها قرار گرفت.

۳. در مرحله کنترل هدف از این مرحله استمرار رونـد اجـرای الگوی مراقبت پیگیر بود زیرا مناسب‌ترین برنامه‌ها بدون کنتـرل و پیگیری با گذشت زمان به فراموشی سپرده مـی شـوند و یـا تـأثیر مطلوب خود را از دست می‌دهند. پیگیری مستمر بیمـاران بعـد از ترخیص از بیمارستان بر اساس نیازهای آموزشی و خـود مراقبتـی بیماران بود و پژوهشگر با بیماران و خانواده‌ی آن ها قـرار گذاشـت که پس از ترخیص و در منزل با هر مشکل و سؤالی روبرو شدند بـا تلفن همراه محقق تماس بگیرند و چاره‌جویی کنند. به مدت ۳ ماه ادامه مراقبت پیگیر به‌صورت تلفنی متناسب بـا نیازهـای مراقبتـی به‌طور مکرر با اهداف بررسی رونـد مراقبـت‌هـا و چگـونگی آن‌هـا، بررسی و توجه به مسائل و مشکلات مراقبتی، بررسی سیر بیمـاری و چگونگی بازخورد مربـوط بـه جلسـات قبلـی چگـونگی کیفیـت زندگی بیماران، چگونگی دفعـات افـزایش وزن، تنگـی نفـس، آدم اندام‌ها اجرا شد و اطلاعات به‌دست‌آمده با استفاده از چک‌لیست و پرسشنامه کیفیت زندگی مینه سوتا جمع‌آوری گردید.

۴. مرحله ارزشیابی: به‌عنوان گام نهایی مراقبت پیگیر مطـرح، اما در تمامی مراحل مطالعه موردتوجه و جاری بود و درنهایت پس از ۳ ماه از اجرای مدل جمع‌آوری پرسشنامه کیفیت زندگی دوباره توسط بیماران تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌هـای آمـاری تی زوجی و مستقل و آنالیز واریـانس در نـرم‌افـزار spss 19 مـورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

در این مطالعه ۶۰ نفر مبتلا به نارسایی قلبی در دو گروه ۳۰ نفری مداخله و کنترل قرار گرفتند. میانگین سنی بیماران در هر دو گروه حدود ۶۵ سال بود. اکثر افراد در هر دو گروه مرد (۵۷ درصد)، متأهل (۸۰ درصد) و دارای سطح سواد پایین (۵۸ درصد) و دارای مسکن شخصی (۸۰ درصد) بودند. بیشتر نمونه‌ها در هر دو گروه با خانواده زندگی می‌کردند (۶۰ درصد) و در اغلب خانواده‌های بیماران حداقل یک فرد تحصیل‌کرده دانشگاهی وجود داشت (۸۵ درصد). اکثر بیماران در هر دو گروه دارای درآمد متوسط (۷۸ درصد) بودند و به سهولت به بیمارستان (۶۲ درصد) دسترسی داشتند. میانگین نمایه توده بدنی بیماران برابر ۲۶/۵۸ و میانگین کسر تخلیه بطن چپ برابر با ۲۹ درصد و تعداد داروهای مصرفی برابر ۸ عدد بود. بیشتر بیماران تعداد ۳۵ نفر (۵۸/۳۳ درصد) در کلاس ۳ نارسایی قلب بودند. همچنین بیماری‌های عروق کرونر و هیپرتانسیون، مهم‌ترین بیماری همراه هر دو گروه بود. تعداد ۱۸ نفر (۳۰ درصد) از بیماران سابقه‌ی استعمال دخانیات داشتند. میانگین تعداد روزهای بستری در بیمارستان برای هر دو گروه حدود ۶ روز بود. در افراد هر دو گروه قبل از مداخله در هیچ‌یک از متغیرهای دموگرافیک اختلاف آماری معنی‌داری دیده نشد. (جدول شماره ۱).

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

جدول (۱): فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مراجعه‌کننده به مراکز آموزشی درمانی ارومیه سال ۱۳۹۲

متغیر / گروه		مداخله		کنترل		آزمون آماری	P value
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد		
جنسیت	مرد	۱۶	۵۳/۳	۱۸	۶۰	کای دو	P=۰/۶۰
	زن	۱۴	۴۶/۷	۱۲	۴۰		
تحصیلات	بی‌سواد	۱۹	۶۳/۳	۱۶	۵۳/۳	کای دو	P=۰/۸۱
	ابتدایی و سیکل	۷	۲۳/۳	۱۰	۳۳/۳		
	دیپلم و متوسطه	۳	۱۰	۳	۱۰		
	دانشگاهی	۱	۳/۳۳	۱	۳/۳۳		
نحوه زندگی	با خانواده	۱۷	۵۶/۷	۱۹	۶۳/۳	کای دو	P=۰/۹۸
	با همسر	۱۰	۳۳/۳	۹	۳۰		
	با فرزند	۲	۶/۶۶	۱	۳/۳۳		
	تنها	۱	۳/۳۳	۱	۳/۳۳		
درجه نارسایی قلبی	کلاس ۲	۱۲	۴۰	۱۳	۴۳/۳	کای دو	P=۰/۷۹
	کلاس ۳	۱۸	۶۰	۱۷	۵۶/۷		
درآمد ماهیانه	ضعیف	۵	۱۶/۷	۴	۱۳/۳	کای دو	P=۰/۹۳
	متوسط	۲۳	۷۶/۷	۲۴	۸۰		
	خوب	۲	۶/۶۶	۲	۶/۶۶		
استعمال دخانیات	دارد	۸	۲۶/۷	۱۰	۳۳/۳	کای دو	P=۰/۵۷
	ندارد	۲۲	۷۳/۳	۲۰	۶۶/۷		
آدم اندام تحتانی	دارد	۱۸	۶۰	۱۷	۵۶/۷	کای دو	P=۰/۵۹
	ندارد	۱۲	۴۰	۱۳	۴۳/۳		
بیماری عروق کرونر	دارد	۱۶	۵۳/۳۳	۱۷	۵۶/۷	کای دو	P=۰/۷۹
	ندارد	۱۴	۴۶/۷	۱۳	۴۳/۳		
هیپرتانسیون	دارد	۱۹	۶۳/۳	۱۸	۶۰	کای دو	P=۰/۷۹
	ندارد	۱۱	۳۶/۷	۱۲	۴۰		
دیابت	دارد	۹	۳۰	۸	۲۶/۷	کای دو	P=۰/۷۷
	ندارد	۲۱	۷۰	۲۲	۷۳/۳		
هیپرلیپیدمی	دارد	۱۳	۴۳/۳	۱۴	۴۶/۷	کای دو	P=۰/۰۶
	ندارد	۱۷	۵۶/۷	۱۶	۵۳/۳		
بیماری تنفسی	دارد	۳	۱۰	۴	۱۳/۳۳	کای دو	P=۰/۶۸
	ندارد	۲۷	۹۰	۲۶	۸۶/۶۷		
بیماری همراه	دارد	۲۸	۹۳/۳۳	۲۷	۹۰	کای دو	P=۰/۶۴
	ندارد	۲	۶/۶۶	۳	۱۰		
درصد کسر تخلیه بطن چپ	میانگین و انحراف معیار	۲۹/۱±۱/۲۱		۲۸/۳۶ ±۲/۲۰		تی مستقل	P=۰/۱۴
روزهای بستری	میانگین و انحراف معیار	۶/۰۳±۳/۳۵		۶/۴۰ ±۲/۸۸		تی مستقل	P=۰/۶۵

بر اساس هدف مطالعه ارزیابی اولیه کیفیت زندگی قبل از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل انجام شد. میانگین کیفیت زندگی قبل از مداخله در گروه آزمون ۶۵/۱۳ و در گروه کنترل ۶۵/۸۶ بود که ازنظر آزمون آماری t مستقل اختلاف آماری معنی‌داری ازنظر کیفیت زندگی بین دو گروه مداخله و کنترل قبل آزمون را نشان نداد (p=۰/۵۴)بعد از انجام مداخله میانگین کیفیت زندگی در گروه مداخله به ۳۳/۰۶ و در گروه کنترل ۶۷/۴۳ رسید. آزمون آماری t زوجی اختلاف معنی‌داری را بین دو گروه

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

مداخله و کنترل نشان داد که نشانه بهبود کیفیت زندگی در گروه مداخله است (p=۰/۰۰). در بررسی کیفیت زندگی در قالب پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی سه بعد جسمی، روحی و روانی، اجتماعی و اقتصادی سنجیده شد. در گروه مداخله در مرحله قبل از انجام مطالعه نمرات کیفیت زندگی در بُعد جسمی (۳۸/۱۶) و در بعد روحی و روانی (۱۴/۴۶) و در بُعد اقتصادی، اجتماعی (۱۵/۵۰) بودند. این مقادیر بعد از مداخله در بعد جسمی به (۱۸/۲۰)؛ در بعد روحی، روانی به (۶/۳۶) در بُعد اقتصادی، اجتماعی به (۸/۵۰) رسید که ازنظر آزمون آماری تی زوجی برای هریک از ابعاد به‌صورت مجزا اختلاف آماری معنی‌داری نسبت به قبل از مداخله وجود داشت که نشانه بهبود کیفیت زندگی در هر ۳ بعد است (p=۰/۰۰) هم‌زمان با اجرای مدل مراقبت پیگیر در گروه مداخله میانگین کیفیت زندگی در گروه کنترل در ابعاد جسمی، روحی و روانی، اجتماعی و اقتصادی به ترتیب به ۳۹/۴۶ و ۱۱/۴۳ و ۱۶/۵۳ رسید که آزمون آماری t زوجی در ابعاد ۳ گانه‌ی کیفیت زندگی اختلاف معنی‌داری در این گروه نشان داد که نشان‌دهنده افت کیفیت زندگی در گروه کنترل است (p=۰/۰۰) (جدول شماره ۲).

جدول (۲): مقایسه میانگین کل و انحراف معیار ابعاد کیفیت زندگی در مراحل قبل و بعد از مداخله

ابعاد کیفیت زندگی		قبل از مداخله		بعد از مداخله		آزمون
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	تی مستقل
بُعد جسمی	گروه مداخله	۳۸/۱۶	۴/۰۷	۱۸/۲۰	۳/۶۱	t=۶/۲۲
	گروه کنترل	۳۸/۴۰	۳/۱۹	۳۹/۴۶	۴/۵۵	P=۰/۰۰
بُعد روحی روانی	گروه مداخله	۱۴/۴۶	۲/۳۵	۶/۳۶	۲/۲۵	t=۷/۷۱
	گروه کنترل	۱۱/۲۰	۲/۴۲	۱۱/۴۳	۴/۵۲	P=۰/۰۰۳
بُعد اقتصادی اجتماعی	گروه مداخله	۱۵/۵۰	۱/۸۵	۸/۵۰	۲/۲۲	t=۶/۱۱
	گروه کنترل	۱۶/۰۶	۱/۹۶	۱۶/۵۳	۱/۶۱	P=۰/۰۰
نمره کل	گروه مداخله	۶۵/۱۳	۵/۳۹	۳۳/۸۳	۴/۸۵	t=۲۲/۶۱
	گروه کنترل	۶۵/۸۶	۳/۷۰	۶۷/۴۳	۷/۰۳	P=۰/۰۰

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه نشان می‌دهد که مداخلات آموزشی، مراقبتی و مشاوره‌ها بر سه بعد کیفیت زندگی بیماران مؤثر بوده است و ازآنجاکه در این مدل مراقبتی به تمامی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی (فعالیت فیزیکی، رژیم غذایی، رژیم دارویی، تعیین الگوی مهارتی و تغییر در سبک زندگی نمایش موفقیت‌ها و شکست‌ها به‌طور مشخص و با تأکید بر عوارض زودرس و دیررس بیماری برای فرد و خانواده آن‌ها) تأکید شده و بر روند حساس سازی استمرار داشته و باعث درگیری خانواده در امر مراقبت بیماران می‌شود کیفیت زندگی در تمامی ابعاد افزایش یافته است. رودریگز و همکاران (۲۰۰۸) می نویسند آموزش بیماران مبتلا به نارسایی قلب اساس اداره فردی نارسایی قلب است. در این راستا شناخت درک و تجربه بالینی و فردی بیماران مهم است. اکثر بیماران به اهمیت تمکین واقف‌اند که بر کیفیت زندگی و فعالیت روزمره آن‌ها اثر می گذارد به همین دلیل در جستجوی دانستن بیشتر هستند ولی درباره بیماری خود و یا برنامه پیشرفته مراقبتی، آموزشی دریافت نمی‌کنند (۲۴). هاریسون (۲۰۰۲) با آموزش مبتنی بر رهبری یک پرستار متخصص و ویزیت آن‌ها ۲ هفته بعد از ترخیص و پیگیری تا ۱۲ هفته، کیفیت زندگی بیماران گروه مداخله را در بعد جسمی و روحی روانی افزایش داد؛ این افزایش پس از ۶ هفته در گروه مداخله معنی‌دار بود (۲۵) استوارت و همکاران اظهار کردند که درصورتی‌که درمان نارسایی قلب توسط پرستار متخصص نارسایی قلب انجام شود موجب بهبود کیفیت زندگی بیماران می‌شود به‌طوری‌که بیماران طبق رژیم دارویی و درمانی خود عمل کرده و میزان بستری مجددان ها کاهش می‌یابد (۲۶). سالار و همکاران (۱۳۸۲) با به کارگیری الگوی مشاوره پیگیر بر روی ۲۰۰ سالمند شهر زاهدان در طول ۴ ماه و پرسشنامه فرم کوتاه ۳۶ توانستند کیفیت زندگی این بیماران را در بعد جسمی، روان‌شناختی و همچنین میانگین کل آن را در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل و بعد از مداخله، افزایش دهند که این تفاوت معنی‌دار می‌باشد (۲۷). وست و همکاران با اجرای برنامه درمانی توسط پرستار که شامل آموزش و کنترل و پیگیری ۲۴ ساعته بود نشان دادند که کیفیت زندگی در ابعاد جسمی و روانی به طور معنی‌داری بهبود یافته است. (۲۸). عصاره و همکاران (۲۰۰۸) با

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

بررسی تأثیر آموزش حین ترخیص بر کیفیت زندگی بیماران می نویسند این مداخله سبب تغییر در ابعاد کیفیت زندگی بیماران گروه مداخله شده بود و این تغییرات از همان ابتدا در بعد جسمی به وجود آمده است (۵۰ به ۴۵ در گروه آزمون کاهش یافته است ولی در گروه کنترل با اندکی افزایش روبرو بوده است (۵۳ به ۵۴)(۲۹). صادقی و همکاران نیز با اجرای مدل مراقبت پیگیر در طول ۳ ماه نشان دادند که کیفیت زندگی در تمامی ابعاد کیفیت زندگی افزایش یافت (p<۰/۰۰۱)(۳۰). این مطالعات یافته‌های پژوهش حاضر را تائید می‌کند.

نتیجه گیری: اجرای برنامه پیگیری بیماران حین و بعد از ترخیص با استفاده از پرستاران مجرب در راستای افزایش آگاهی و ارتقای رفتارهای خود مراقبتی جهت کنترل علائم بیماری، جلوگیری از پیشرفت و بروز عوارض بیماری ازجمله بستری مجدد و افزایش کیفیت زندگی بیماران بسیار حائز اهمیت است. یافته‌ها و نتایج پژوهش بیانگر این واقعیت است که به‌کارگیری "مدل مراقبت پیگیر" موجب افزایش کیفیت زندگی این بیماران شده است. لذا می‌توان از این مدل در جهت بهبود کیفیت زندگی بیماران گردیده و سایر برآیندهای آن استفاده نمود.

تقدیر و تشکر

این مطالعه از پایان‌نامه دانشجویی مقطع کارشناسی ارشد از دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه استخراج گردیده است. محقق از تمامی بیمارانی که با رضایت خود در انجام این پژوهش شرکت نمودند و با صبر و حوصله فراوان به ما کمک نمودند کمال سپاسگزاری را دارد. در پایان از تمامی اساتید دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه به خاطر حمایت‌های بی‌دریغشان و از پرسنل پرستاری به‌ویژه مسؤولین محترم بخش‌ها و سوپروایزر آموزشی بیمارستان های سیدالشهدا و طالقانی ارومیه و تمامی کسانی که ما را در انجام این تحقیق یاری کردند قدردانی می‌گردد.

References:

1. Verdiani V, Ognibene A, Rutili MS, Lombardo C, Bacci F, Terreni A, Nozzoli C. NT-ProBNP reduction percentage during hospital stay predicts long-term mortality and readmission in heart failure patients. J Cardiovasc Med (Hagerstown). 2008 Jul; 9(7): 694-9.
2. Zambroski CH, Moser DK, Bhat T, Ziegler C.impact of symptom prevelance and symptomburden on quality of life in patient with heart failure. Eur Cardiovasc Nurs 2005; 4:198-206.
3. Rahnavard Z, Zolfaghari M, Kazemnejad A, Hatamipour K. An investigation of quality of life and factors affecting it in the patients with congestive heart failure. Hayat 2006;1(12):77-86.
4. Eugene B, Zipes DP, Libby P. Heart disease: a text book of cardiovascular medicine, 6th ed.W.B.Saunders Company; 2001.P. 639, 555-56.
5. Sharifzadeh S. Effective techniques in educating patients with CHF. Tehran: Proceding of second biannual international heart failure in Iran;2009.P. 64. (Persian)
6. Peters-Klimm F, Müller-Tasch T, Schellberg D, Gensichen J, Muth C, Herzog W, et al. Rationale, design and conduct of a randomised controlled trial evaluating a primary care-based complex intervention to improve the quality of life of heart failure patients: HICMan (Heidelberg Integrated Case Management). BMC cardiovascular disorders 2007;7(1):25.
7. Xuan J, Duong PT, Russo PA, Lacey MJ, Wong B. The economic burden of congestive heart failure in a managed care population. Am J Manag Care 2000; 6(6): 693-700.
8. Research assistance, statistical & machinery services office. Tehran: Preventive and caring disease. Publication; 2006. P. 3. (Persian)
9. Suzanne C, Brendabare GS, Hinkle J. 11th ed. Brunner & suddarth, text book of medical surgical nursing. 2008.
10. Johansson P, Brostron A, Dahlsron U, Alehagen U. Global perceived health and health-related quality of life in elderly primary care patients with symptoms of heart failure. Europ J Cardiov Nurs. 2008; 7(4): 76-96.

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

11. Nejat S. The quality of life and evaluation of it. Iran J Epidemiol 2008; 4(2): 57-62.(Persian)
12. Moser DK. Psychosocial factors and their association with clinical outcomes in patients with heart failure: Why clinicians do not seem to care. Eur J Cardiov Nurs. 2002; 1(3): 183-8.
13. Tolijamo M, Hentinen M. Adherence to self care and social support. J Clinic Nurs 2001; 10(5): 618-30.
14. Jaarsma T, Halfen R, Senten M, Huijer AH, Dracup K. Developing a supporstive educative program for patient with advanced HF within orems general theory nursing. Nurs science quart 1998; 2:79-85.
15. Jaarsma T, Halfen R, Abusaad H, Dracup K, Diederiks J. Self care and quality of life in patient with advanced heart failure:the effect of a supporative educational intervaention. Heart Lung 2000;29(5):319-30.
16. Heart and stroke statistical update. Dallas (TX): American Heart Association; 2000. P. 1-29.
17. Ahmadi F, Ghofranipour F, Abedi H, Arefi H, Faghihzadeh S. The effect of continuous consultation on readmission and chest pain in patients with coronary artery disease. J Qazvin Univ Med Sci 2005 (35):11-203.
18. Salehitale S, Hassanpur A, Hosseini M, AJafari. The effect of continuous home visits and health education on the Rate of Readmissions, referrals, and health care costs among discharged patients withHeart Failure. J Faculty Nurs Midwifery, Tehran Univ Med Sci 2009;15:43-9.
19. Rector TS, Kubo SH, Cohn JN. Patients' self assessment of their congestive heart failure: II. Content, reliability and validity of a new measure-the Minnesota Living with Heart Failure questionnaire. Heart Failure 1987;3:198-209.
20. Parajón T, Lupón J, González B. Use of the“Minnesota Living With Heart Failure” Quality of Life Questionnaire in Spain. Revista Espanola de Cardiologia 2004; 57:155-60.
21. Rector TS, Cohn JN. With the Pimobendan Multicenter Research Group. Assessment of patient outcome with the Minnesota Living with Heart Failure questionnaire; reliability and validity during a randomized, double-blind, placebo- controlled trial of pimobendan. Am Heart J 1992; 124:1017-25.
22. Bennet SJ, Oldridge NB, Eckert GJ, Embree JL, Browning S, Hou N, et al. Discriminant properties of commonly used quality of life measures in heart failure. Qual Life Res 2002;11(4):349–59.
23. Ni H, Toy W, Burgess D, et al. Comparative responsiveness of short-form 12 and Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire in patients with heart failure. J Cardiac Failure. 2000;6(2):83-91.
24. Rodriguez KL, Appelt J, Switzer GE, Sonel AE, Robert MA. “They diagnosed bad heart”: A qualitative exploration of patients’ knowledge about and experiences with heart failure. Heart Lung 2008 37:257-65.
25. Harrison MB. Quality of life individuals with heart failure: A randomized trial of the effectiveness of two models of hospital to home transition. Med Care J 2002;40(4);271-82.
26. Stewart M. clinical service frame work for heart failure draft volume 2. 2003. availabe from: http://www.health.nsw.gov.av.
27. Ahmadi F, Faghihzadeh S. Effects of continuous consultation on the quality of life of elderly people in Zahedan. Physician East 2003;: 261-7.
28. West J. A comperhensive management system for heart failure improves clinical out comes and reduce medical resource utilization. Am J Cardiol 2003 79 (5):58-63.
29. Assareh AR, Alasti M, Beigi S, Fayyazi S. Effect of discharge education on quality of life andhospital readmission in patients with heart

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

failure: is it effective? J The Univ Heart Ctr 2008;1: 17-20.

30. Sherme M, AlaviZerang F, Ahmadi F, Karimi Z, Babatabar H, Ebadi A, et al. Effect of applying continuous care model on quality of life in heart failure patients. J Behav Sci 2009;3(1) 9-13.

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

Original Article

THE EFFECT OF APPLYING CONTINUOUS CARE MODEL ON THE QUALITY OF LIFE IN HEART FAILURE PATIENTS

Bagaei R[1], Mashalahi A[2]*, Khalkhali HR[3]

Received: 22 May, 2015; Accepted: 19 Aug , 20145

Abstract

Background &Aims : The prevalence and mortality of heart failure is high and progressive. The incidence and prevalence of this disease is increasing in spite of medical advances. Because of the poor prognosis of the disease, limitations in physical activity, cessation of social interaction, psychological distress, increasing dependence and early retirement, it imposes a negative impact on the quality of life of the patients. The purpose of this study is assessing the effect of applying continuous care model on the quality of life in patients with heart failure.

Materials & Methods*:* In the present clinical trial which was carried out in 2013, 60 patients with heart failure admited in Taleghani and Seyedolshohada Urmia hospitals were selected using accessible-sampling method, and they were randomly divided into two groups of 30 patients as the experimental and control groups. To evaluate the quality of life as a dependent variable, the Minnesota standard quality-of-life questionnaire was used for heart failure patients, including 21 questions on the three major dimensions of the quality of life (physical, mental and socioeconomic). The intervention was implemented during three months according to the continous care model in the experimental group. Data were analyzed by SPSS v.19 software using descriptive statistics (mean, standard deviation, frequency) ,chi-square, independent and paired t-tests analysis.

Results: At the end of third month, the mean of quality of life reached in the experimental, and control groups from 65.13±5.39 to 33.83±4.85, and from 65.86±3.7 to 67.43±7.03, respectively. There was a significant difference between the two groups in all aspects of quality of life including the physical, psychological, and socioeconomic dimension (p=0.00).

Conclusion: Applying effective care model, training and follow-up with lifestyle changes in patients with heart failure can improve and enhance quality of life in them.

Key words: Heart failure, continuous care model, quality of life.

Address: Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran.
Tel: (+98) 44 32754961
Email: alireza_mashalahi66@yahoo.com

[1] *Assistant Professor of of Nursing, Faculty of Nursing, Urmia University of Medical Sciences*
[2] *Msc in Nursing, Urmia University of Medical Science (Corresponding Author)*
[3] *Associate Professor Biostatistics of Urmia University of Medical Science*

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]