بررسی تأثیر به کارگیری مدل مراقبت پیکر بر کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی

حقیم باقی، 1 غلیپژا ماشاهلی، 2 حمیدرضا خلخالی 3

تاریخ دریافت 1394/08/28 تاریخ پذیرش 1394/05/20

چکیده
پیش زمینه و هدف: نارسایی قلبی با شروع پیش رونده و مرگومیر با اهمیت شدید و پیروی ابتدایی پیشرفته‌های پزشکی در حال افزایش است. این بیماری جدای از پیش گذشته، به واسطه بافت محرومین در فعالیت جسمی، خطر تعلیقات اجتماعی، دسترسی به رهبری، افزایش قلبی و بار افزایشی زودرسی می‌تواند تأثیر منفی بر کیفیت زندگی را تجربه کند. مطالعه حاضر به‌وسیله بررسی تأثیر اجرای مدل مراقبت پیکر بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع کارآزمایی بالینی است که روی 60 بیمار مبتلا به نارسایی قلبی در بیمارستان‌های سیدالله‌ان و طالقانی ارومیه سال 1392 انجام گرفت. نمونه‌های پژوهشی به صورت در دسترس انداخته و سپس به صورت تصادفی در 6 گروه مانند و نه سهی شدند. برای سنجش کیفیت زندگی از پرسشنامه استاندارد مینه سنکا که حاوی 21 سوال در 4 حیطه به جمعیت و روحی و اجتماعی انتقادی است انتخاب شد. مدل مراقبت پیکر در طی 3 ماه در گروه مداخله اجرا گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها از اطلاعات (مباحث و احراز معیار، فراوانی مطلوق و نسبی) و تحلیل آزمون مستقل، نهایی 95 نفر انجام گرفت.

پژوهش ها: مطالعه کلی کیفیت زندگی در گروه مداخله بعد از اجرای مدل از ابتدا تا اتمام اجرای مدل از انجام اجرای مدل در این بیماران به‌وسیله می‌تواند گذشته شد که

پژوهش ها: اجرا مدل مراقبت پیکر به‌طور زنده و آموزش و بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، می‌تواند بهبود پیوسته واقعیت شود.

کلیدواژه‌های نارسایی قلبی، مدل مراقبت پیکر، کیفیت زندگی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره سیزدهم، شماره هشتم، پی در پی 3، آبان 1394، ص 675-686

آدرس مکانی: دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، تلفن: 021-22727491 Email: alireza_mashalh166@yahoo.com

مقدمه
بیماری‌های قلبی در حال حاضر بیکی از شایع ترین بیماری‌های مرگ‌ور ناتوانی قلبی مصرف نهایی مشترک می‌باشند و مبتلا به سایر بیماری‌ها یا در مورد اغلب از این بیماری‌ها به‌طور مداوم می‌باشد. این بیماری اغلب به دلیل بیماری‌های شیرین، کاردیوپیوپاتی، قلب‌چربی، خون و احتلاط‌های دیگر رخ می‌دهد. نشان‌های بیماری شامل احساسات هستنی محرومی در فعالیت‌ها احتقان در ریوی، آدم و نگن نفس می‌پاشند.

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه

661 دوره سیزدهم، شماره هشتم، پی در پی 32، آبان 1392
تحقیق و تولید مقاله با توجه به این موضوع، یکی از اهداف اصلی این پژوهش، به کسب شناختی در بخش‌های مختلف بیماری‌ها و پیگیری درمانی مبتلایان، خدمات بهداشتی و درمانی یافته‌ها و نیازهای بیماران نارسایی قلبی است. به عنوان نمونه، این پژوهش اثر به کارگیری مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی را بررسی کرده است.

توضیحات در مورد این مقاله به عنوان مرجع بعدی و درستی برای پژوهشگران و مشاوران در این زمینه می‌باشد.
بدرترین حالت می‌باشد. یکسانه‌تر هر چه بیشتر نمودگر بالاتری
دشت بخش در معنا افزایش آن‌هایی که در به کنش‌های زندگی و
شناسه افزایش کننده بیمار است. این بخش باریک از پیام‌ها
و انتظار بالای بی‌بسمه و سیبا بی‌سرپرستی، در حالت و در
تولید مطالب انجام شده، آن‌ها به‌طور کامل، بر خلاف این،
استر. در همین راستا، رکر (اپایای بریشکا) در 181 بریشکا
نارسایی قلبی کلاس 3 سنجش که با آن‌ها مطرح می‌باشد.
ایپایای بالای را نشان داد (21). این مقاله انجام شده به بهینه‌سازی
نتیجه‌گیری بررسی‌ها و بررسی‌های دیگر. بنابراین هم‌پیوستگی
میان این فرآیندها، سیبا و سیبا نارسایی انحراف بلندی
یک ردریگی برای سیبا سیبا و سیبا نارسایی انحراف بلندی
تریک تجربه از ارزش میان رده‌های زبان مشترک - زبان
منبع به زبان فارسی بی‌سرپرستی شده است. 
جهت تعبیه انتخاب
بی‌سرپرستی از روش برتر روش‌ها را ممکن که
و میاس طبقه‌بندی بررسی‌ها و بررسی‌های دیگر.
از شرکت‌ها در مورد آمار و تعدادهای
به‌جای آمدن خلاصه انسانی کمیککاریک و مصرف
ارزشی‌ترین به‌جهت دست‌به‌دست کردن
شوق آتش‌نشان تکمیل گردید. شمار و وضعیت عمومی، سابقه
باتلی و فکسک بریشکا (فکسک بریشکا) به
میان گودی و در روی کتاب، مصرف
عوامل و رویاهای مصرفی و خیلی
در سیبا و سیبا سیبا سیبا و سیبا
در زبانهای برنامه‌ریزی
در سیبا و سیبا و سیبا و سیبا
در سیبا و سیبا و سیبا و سیبا

1 Rector
2 Ney
3 Short Form 36
4 Minnesota questionnaire
پیگیری گذشت زمان به فراموشی سپرده‌ای می‌شود و با تأثیر
محلول خود را از دست می‌دهد. پیگیری مستمر بیماران بعد از
ترخیص از بیمارستان بر اساس مراقبتی آموزشی و خود مراقبتی
بیماران بود یپوهرگر با بیماران و خانواده آنها فارز گذاشته
که پس از ترخیص در منابع با توجه ویدن و نویسندن با
تلقن همراه محض بی‌گری و جاری جهت کنن. بند ۳ ماه
اعاده مراقبت پیگیری به‌صورت ثابت مناسب با نیازهای
بیمار به‌طور کلی به‌دست آمده از پروایز و روش‌های
بیماری و توجه به مسایل و مشکلات مراقبتی، بیماری گیران
ور یپوهرگر با خسته بر خلاف آن چیزی برآورافته تأثیر
زندگی بیماران، چگونگی فعالیت‌های ازودنی، تکان نفیس با
نام‌گذاری آنها است و افزایش از افزایشی و
پرسش‌های گیگین‌هی مبنایکی با جمع زیاد گردید.

۴. مرحله ارزیابی: به عنوان گام نهایی مراقبت پیگیری مطرح,
اما در تمامی مراحل توسط راهنمایی خانه بود و تفکیک پس
از ۳ ماه از اگری مغلب جزئی پیگیری مراقبتی کنن. داده‌ها به استفاده از آزمون ۶۴ مورد
spss تجزیه و تحلیل شرح همکاری کرد.

یافته‌ها
در این مطالعه ۶۰ نفر مبتلا به نارسایی قلبی در استیت گروه
بیماران با ویژگی‌هایی مانند سنی بیماران در هر
دو گروه حدود ۱۵ سال بود. در افزایش در هر دو گروه مرد (۷۵\%)
درصد) و زن (۶۰\%) دارای ارتفاع سطح سواد باین (۸۸ درصد) و
دارای میانگین ضخامت (۱۰۸ درصد) بودند. بیشتر نمونه‌ها در هر
دو گروه با خانواده‌ی زن‌گرد ۶۰ درصد (۳۸\%) در اغلب
خانواده‌ی بیماران به‌طور حداکثر فرد که داشته‌گاهی و
وجود یافته‌های در هر گروه دارای آمار
مقدار ۸۰\% (۶۰\%) بودند و به میانگین بیمارستان (۴۲/۶۸)
درصدی داشتند. میانگین نمایه توده بنی بیمارستان دربارت
۱۴/۶۸ و میانگین کسر تابن چپ برای ۲۴ و ۳۰\% بودند.

۵. مصربی بیماران تعداد ۳۵ فقره (۵۸/۵\% در کلاس ۳ بازرسی قلبی بیماران. همچنین بیماران
عوامل نرمال و هیپرتمیک همچنین بیماران همه‌های هر دو گروه
بود. تعداد ۱۸ نفر (۵۰\%) از بیماران سابقه استعمال
داخالت داشتند. میانگین تعداد روزهای سیستم در بیمارستان
برای هر دو گروه حدود ۶ روز بود. در افزایش فرد هر دو گروه قبل از
مداخله در هیچ‌کاکی از مفهوم‌های دموگرافیک اختلاف آمار
معنی‌داری دیده نشد. (جدول شماره ۱.)

در اصل مسیر ارتباط مرحله تأثیر داده مراقبت پیگیری در کمک
بیمار و خانواده مشاهده می‌شود و تکمیل چک‌چسب
وضعیت دموگرافیک و فیزیکی نشان می‌دهد. شکاف‌سازی
انتقالات بیمار و خانواده و تکمیل رشته‌های اگاهی، تغییر
نوافق در اقتراح، مطالب طرح و نقش و چگونگی امکان ارتباط
بود می‌تواند پذیرش شده تلقین خود را از اختصاص و
بیمار و همراه به برنامه پیگیری به دست آورند و
کنترل و مداخله تکنیک اما از انتقال نیازنامه و نوع انتقالات
و برنامه‌های جدید توانایی بیشتری از انتقال فردی
کنترل تغییر و تمایک و تکمیل داده‌های مورد نظر یافته.

۲. در مرحله حساس سازی برد مداربیز پیگیری جلسه
بعد از تعریف تاریخ‌های مزدوج و خانواده در امر
مراقبت پیگیری برگزار کرد که به گونه‌ای تمیز
و تغییر روزانه، محدودیت‌های مصرف مایعات، اهمیت فعالیت
فیزیکی و جلوگیری از درد و شکننده که بیماران آزمون
بیمارستان مراقبتی پیگیری و تأثیر چهار فرد
مرکز سیگار و عدم مصرف مواد مخدر و اکلیت انجام
و اکسپرسیونی روز کاهش دارد و رو به های
گلبه برد. یکنون فشار خون، لزوم کنترل کد بیمارستان داینی و
بیماران به مورد درمان، آگاهی طبیعی و نظر
تغییر نگرفته از نمود شد و درمان نظر
در انتخاب، نگرفته از بیمارستان و مسئول
ابتدا خبر حفظ برای بیماران کلاس آموزش بیماری
به سرویس بهره به بهره به بیماران یک پیازی در
کلاس ۳ بازرسی قلبی بیماران. به گونه‌ای به
ون‌بود راهنما در اجام از بیمارستان در
سال سالار امکانه داشته شده سالم بود.
بیماران در بیمارستان در ادامه بعد از ترجیح در
بیمارستان در بیمارستان در ادامه بعد از ترجیح در
بیمارستان در بیمارستان در ادامه بعد از ترجیح در
بیمارستان در بیمارستان در ادامه بعد از ترجیح در
جدول (۱): فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مراجعه‌کننده به مراکز اموزشی درمانی ارومیه سال ۱۳۹۲

<table>
<thead>
<tr>
<th>پمپیل (P value)</th>
<th>تغییر متغیر</th>
<th>متغیر</th>
<th>فراوانی درصد ۱۳۹۲</th>
<th>فراوانی درصد ۱۳۹۱</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>P=0.60</td>
<td></td>
<td>جنسیت</td>
<td>۱۶</td>
<td>۱۶</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>زن</td>
<td>۱۴</td>
<td>۱۴</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>بیواد</td>
<td>۴۱</td>
<td>۴۱</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>ابتدایی و سیکل تحصیلات</td>
<td>۳۳/۳</td>
<td>۳۳/۳</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>دیپلم و متعدّت</td>
<td>۵۴/۷</td>
<td>۵۴/۷</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>داشتگاهی</td>
<td>۳۳/۳</td>
<td>۳۳/۳</td>
</tr>
<tr>
<td>P=0.58</td>
<td></td>
<td>کلاس ۲</td>
<td>۱۲</td>
<td>۱۲</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>کلاس ۳</td>
<td>۱۸</td>
<td>۱۸</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>ضعیف</td>
<td>۱۷</td>
<td>۱۷</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>رشد ماهانه متغییر</td>
<td>۳۳/۳</td>
<td>۳۳/۳</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>خون</td>
<td>۳۷/۷</td>
<td>۳۷/۷</td>
</tr>
<tr>
<td>P=0.77</td>
<td></td>
<td>استعمال دخانیات</td>
<td>۱۶/۷</td>
<td>۱۶/۷</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>نادر</td>
<td>۳۳/۳</td>
<td>۳۳/۳</td>
</tr>
<tr>
<td>P=0.59</td>
<td></td>
<td>بیماری عروق گرون</td>
<td>۴۰/۰</td>
<td>۴۰/۰</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>نادر</td>
<td>۳۳/۳</td>
<td>۳۳/۳</td>
</tr>
<tr>
<td>P=0.76</td>
<td></td>
<td>هیپرتانسیون</td>
<td>۱۷/۳</td>
<td>۱۷/۳</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>نادر</td>
<td>۳۳/۳</td>
<td>۳۳/۳</td>
</tr>
<tr>
<td>P=0.77</td>
<td></td>
<td>دیابت</td>
<td>۸/۷</td>
<td>۸/۷</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>نادر</td>
<td>۳۳/۳</td>
<td>۳۳/۳</td>
</tr>
<tr>
<td>P=0.60</td>
<td></td>
<td>هیپرلیپیدمی</td>
<td>۴۴/۷</td>
<td>۴۴/۷</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>نادر</td>
<td>۳۳/۳</td>
<td>۳۳/۳</td>
</tr>
<tr>
<td>P=0.58</td>
<td></td>
<td>بیماری تنفسی</td>
<td>۱۱/۳</td>
<td>۱۱/۳</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>نادر</td>
<td>۳۳/۳</td>
<td>۳۳/۳</td>
</tr>
<tr>
<td>P=0.54</td>
<td></td>
<td>بیماری همه‌ی</td>
<td>۳۴/۷</td>
<td>۳۴/۷</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>نادر</td>
<td>۳۳/۳</td>
<td>۳۳/۳</td>
</tr>
<tr>
<td>P=0.74</td>
<td></td>
<td>تی سنبل ۳۸/۷</td>
<td>۱۴/۳</td>
<td>۱۴/۳</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>نادر</td>
<td>۳۳/۳</td>
<td>۳۳/۳</td>
</tr>
</tbody>
</table>

بر اساس هدف مطالعه ارزیابی اولیه کیفیت زندگی قبل از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل انجام شد. میانگین کیفیت زندگی قبل از مهم‌ترین کیفیت زندگی در گروه مداخله به ۳۳/۳۰ در گروه کنترل ۴۳/۳۳ نسبت. آزمون آماری ۱ زوجی اختلاف معنی‌داری را بین دو گروه همکاری‌گر.
زوجی برای هر دوی از این به صورت مجزا اختلاف آماری معنی‌داری نسبت به قبل از مداخله وجود داشت که نشان به‌پیش کیفیت زندگی در گروه مداخله است (0.000). در بررسی کیفیت زندگی در قلب پایش‌نامه کیفیت زندگی بیماران تاریخی قبل به بعد جسمی، روحی و روانی، اجتماعی و اقتصادی سنجیده شد. در گروه مداخله در مخلوط قبل از انجام مطالعه نمره کیفیت زندگی در بعده جسمی (2000) از بعد روحی و روانی (14/02) و در بعده اقتصادی اجتماعی (15/00/20) بود. این مقایسه از مداخله در بعده جسمی به (18/00) در بعد روحی، روانی به (14/02) در بعد اقتصادی، اجتماعی به (15/00) ریسی که آن‌تر آزمون آماری نیست.

جدول (2): مقایسه میانگین کل و انحراف معیار ابعاد کیفیت زندگی در مداخله قبل و بعد از مداخله

<table>
<thead>
<tr>
<th>ابعاد کیفیت زندگی</th>
<th>انحراف معیار</th>
<th>میانگین</th>
<th>انحراف معیار</th>
<th>میانگین</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>مداخله قبل</td>
<td>0/76</td>
<td>0/31</td>
<td>1/17</td>
<td>0/35</td>
</tr>
<tr>
<td>مداخله بعد</td>
<td>0/27</td>
<td>0/19</td>
<td>0/34</td>
<td>0/30</td>
</tr>
</tbody>
</table>

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه نشان می‌دهد که مداخلات آموزشی، مراقبت‌گیری و مشاوره‌ها به سه بعد کیفیت زندگی بیماران مؤثر بوده است و از آنجاکه در این مقاله شما به‌طور عمومی و در صورتی که درمان بیماری قلبی توسط پرسنل متخصص نارسایی قلب انجام شود بهبود کیفیت زندگی بیماران می‌شود به‌طوری که بیماران طبق رژیم رژیمی و درمانی خود عمل کرد و برای برتری جهادی که کاملاً می‌پیامد (26). سالار و همکاران (2014) نشان دادند که هر دوی از این بیماران را در بعد مداخله نسبت به هر دوی از این بیماران را در بعد مداخله نسبت به هر دوی از این بیماران را در بعد مداخله نسبت به هر دوی از این بیماران را در بعد مداخله نسبت به هر دوی از این بیماران را در بعد مداخله نسبت به هر دوی از این بیماران را در بعد مداخله نسبت به هر دوی از این بیماران را در بعد مداخله نسبت به هر دوی از این بیماران را در بعد مداخله نسبت به هر دوی از این بیماران را در بعد مداخله نسبت به هر دوی از این بیماران را در بعد مداخله نسبت به هر دوی از این بیماران را در بعد مداخله نسبت به هر دوی از این بیماران را در بعد مداخله نسبت به هر دوی از این بیماران را در بعد مداخله نسبت به هر دوی از این بیماران را در بعد مداخله نسبت به هر دوی از این بیماران را در بعد مداخله نسبت به هر دوی از این بیماران را در بعد مداخله نسبت به هر دوی از این بیماران را در بعد مداخله نسبت به هر دوی از این بیماران را در بعد مداخله نسبت به هر دوی از این بیماران را در بعد مداخله نسبت به هر دوی از این بیماران را در بعد مداخله نسبت به هر دوی از این بیماران را در بعد مداخله نسبت به هر دوی از این بیماران را در بعد مداخله نسبت به هر دوی از این بیماران را در بعد مداخله نسبت به هر دوی از این بیماران را در بعد مداخله نسبت به هر دوی از این بیماران را در بعد مداخله نسبت به هر دوی از این بیماران را در بعد مداخله نسبت به هر دوی از این بیماران را در بعد مداخله نسبت به هر دوی از این بیماران را در بعد مداخله نسبت به هر دوی از این بیماران را در بعد مداخله نسبت به هر دوی از این بیماران را در بعد مداخله Nیست.
دریافت‌پذیری خبره می‌تواند این مطالعه سبب تغییر در ابتدای کیفیت زندگی بیماران گروه مداخله شده باشد. در این نتیجه‌گیری از همان ابتدا بعد جسمی به وجود آمدن کاهش بهبود گردیده و سایر برای این‌ها نشان داده شده است.

**qw**

**References:**


5. Sharifzadeh S. Effective techniques in educating patients with CHF. Tehran: Proceding of second biannual international heart failure in Iran;2009 P. 64. (Persian)


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

Bagaei R¹, Mashalahi A²*, Khalkali HR³

Received: 22 May, 2015; Accepted: 19 Aug, 2014

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 admitted to 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 continuous 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 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