

بررسی تأثیر اجرای برنامه‌ی خود مراقبتی بر اساس الگوی اورم بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی

نادر آقاخانی^۱، سالار علیزاده^۲، معصومه همتی مسلک پاک^۳، وحید علی‌نژاد^۴، کمال خادم وطن^۵

تاریخ دریافت ۱۳۹۶/۰۸/۳۰ تاریخ پذیرش ۱۳۹۶/۱۱/۱۶

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: نارسایی قلبی یکی از شایع‌ترین اختلالات قلبی عروقی بوده و به‌عنوان یک اختلال مزمن، پیش‌رونده و ناتوان‌کننده باعث کاهش توان فیزیکی، اختلال در روابط فردی و اجتماعی، کاهش توانایی انجام وظایف شغلی، مشکلات اقتصادی و معیشتی و سرانجام افت کیفیت زندگی مبتلایان می‌شود. برای حل این مشکلات به مداخلات پرستاری از جمله روش‌های آموزشی نوین نیاز خواهد بود. این مطالعه باهدف تعیین تأثیر اجرای برنامه‌ی خودمراقبتی بر اساس الگوی اورم بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام شد.

مواد و روش کار: در این کارآزمایی بالینی که روی ۶۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی در بیمارستان سیدالشهدا ارومیه در سال ۱۳۹۵ انجام گرفت، نمونه‌ها پژوهش به‌صورت در دسترس انتخاب و سپس به‌صورت تصادفی در ۲ گروه ۳۰ تایی مداخله و کنترل تقسیم‌بندی شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسشنامه نیازهای بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بر اساس مدل اورم و کیفیت زندگی در بیماری‌های قلبی (مک نیو) بود که در دو مرحله‌ی قبل و ۳ ماه بعد از اجرای برنامه خودمراقبتی سنجیده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های کای دو، تی مستقل، من ویتنی و آنالیز واریانس صورت گرفت.

یافته‌ها: میانگین کلی نمرات کیفیت زندگی در گروه مداخله بعد از اجرای مدل از $92/83 \pm 5/35$ به $101/13 \pm 7/89$ و در گروه کنترل از $89/73 \pm 8/48$ به $89/72 \pm 5/69$ رسید. در تمامی ابعاد کیفیت زندگی فیزیکی، عاطفی و اجتماعی بعد از مداخله، بین دو گروه مداخله و کنترل، اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده شد که نشان‌دهنده افزایش کل کیفیت زندگی در بیماران گروه مداخله بود ($P=0/000$).

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به تأثیر مثبت اجرای برنامه خودمراقبتی اورم در افزایش کیفیت زندگی بیماران، توصیه می‌شود ارائه‌دهندگان مراقبت بهداشتی و پرستاران با اجرای برنامه‌ی خودمراقبتی در این افراد بر اساس تئوری‌های پرستاری و برنامه‌ریزی مراقبتی باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی شوند.

کلیدواژه‌ها: نارسایی قلبی، الگوی خود مراقبتی اورم، کیفیت زندگی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره شانزدهم، شماره اول، پی‌درپی ۱۰۲، فروردین ۱۳۹۷، ص ۷۲-۶۵

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، تلفن: ۰۹۱۴۱۶۴۷۴۹۷

Email: salaralizadeh93@yahoo.com

مقدمه

آمریکا تقریباً یک درصد از افراد بالای ۵۰ سال و حدود ده درصد از سالمندان بالای ۸۰ سال مبتلا به نارسایی قلبی می‌باشند. از طرف دیگر، پیشرفت در اقدامات درمانی و جراحی سبب شده بیمارانی که

نارسایی قلبی^۱ یکی از شایع‌ترین اختلالات قلبی عروقی بوده و به‌عنوان یک اختلال مزمن، پیش‌رونده و ناتوان‌کننده مطرح می‌باشد. شیوع و بروز این بیماری با افزایش سن بالا می‌رود، به‌طوری‌که در

^۱ استادیار، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (نویسنده مسئول)

^۳ دانشیار، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۴ دانشجوی دکترا، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۵ دانشیار، عضو هیئت علمی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

¹ Heart Failure

از مرگ در اثر سکته‌ی قلبی نجات یافته‌اند، متعاقباً به نارسایی قلبی مبتلا شوند (۱).

طبق آخرین آمار نزدیک به ۶ میلیون نفر در ایالت متحده به نارسایی قلبی مبتلا هستند و هرساله بیش از ۵۵۰ هزار مورد جدید نیز تشخیص داده می‌شوند. این بیماری شایع‌ترین علت بستری افراد بالاتر از ۶۵ سال و دومین علت شایع مراجعه به مطب پزشکان است. میزان مراجعه به بخش‌های اورژانس و بستری‌های مکرر در بیمارستان نیز همچنان بالاست (۲). به طوری که حدود ۲۴ درصد از بیمارانی که بعد از درمان نارسایی قلبی ترخیص می‌شوند، مجدداً پس از ۳۰ روز در بیمارستان بستری می‌شوند (۳). تخمین زده شده است که بار اقتصادی درمان نارسایی قلبی بیشتر از ۳۹ میلیارد دلار در سال، شامل هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم بوده و انتظار افزایش آن هم می‌رود (۴). در ایران نیز تعداد بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در حدود ۳۵۰۰ نفر به ازای هر صد هزار نفر برآورد می‌شود و هزینه‌ی سالیانه‌ی بستری این بیماران در ایران معادل ۴۰۰ میلیون ریال تخمین زده می‌شود که باید در نظر گرفته شود (۵). نارسایی قلبی باعث کاهش توان فیزیکی، اختلال در روابط فردی و اجتماعی، کاهش توانایی انجام وظایف شغلی، مشکلات اقتصادی و معیشتی می‌شود. علاوه بر این بیماران با افزایش هزینه‌های درمانی نیز مواجه خواهند بود که همه‌ی این عوامل کیفیت زندگی^۲ آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۶). بیماران مبتلا به نارسایی قلبی دارای کیفیت زندگی پایین‌تری می‌باشند (۱، ۷، ۸). کیفیت زندگی، مفهومی مرتبط با رشته‌ی پرستاری بوده و پرستاران همواره در جهت ارتقاء آن کوشیده‌اند، به طوری که آن‌ها همواره با ارائه‌ی خدمات درمانی و مشارکت در تحقیقات پرستاری، سعی در بهبود کیفیت زندگی بیماران داشته‌اند (۹). گزینه‌های زیادی برای کنترل نارسایی قلبی وجود دارد که خود مراقبتی^۳ یکی از این گزینه‌هاست (۱۰). مراقبت از خود، شامل فعالیت‌هایی است که انسان به‌طور مشخص برای ادامه‌ی حیات، عملکرد مناسب، پیشرفت مداوم و احساس خوب بودن انجام می‌دهد (۱۱). الگوی خود مراقبتی اورم^۴ یکی از کامل‌ترین نظریه‌های خود مراقبتی است که راهنمای بالینی مناسبی برای برنامه‌ریزی و اجرای اصول خود مراقبتی در اختیار می‌گذارد (۱۲). اورم انسان را عامل مراقبت از خود می‌داند که تمام مراقبت‌های لازم برای سلامتی را انجام می‌دهد تا بدین‌وسیله حیات و تندرستی خود را حفظ کند و به‌طور دائم احساس خوب بودن داشته باشد (۱۳). خود مراقبتی ناکافی منجر به ایجاد پیامدهای ضعیف سلامتی و بستری شدن‌های مکرر می‌شود

(۱۴، ۱۵). مشخص شده که حداقل ۵۰ درصد از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی از توصیه‌های درمانی خود تبعیت نمی‌کنند و همین امر منجر به بستری شدن مجدد آن‌ها می‌شود (۱۶) و در نقطه‌ی مقابل، خود مراقبتی مؤثر، عامل مهم در ارتقاء پیامدهای مثبت سلامتی و پیشگیری از بستری شدن‌های مکرر می‌باشد (۱۷). خود مراقبتی در نارسایی قلبی بر مواردی چون مدیریت رژیم غذایی و دارویی، محدودیت سدیم و مایعات، توزین روزانه، ورزش منظم، پایش علائم و نشانه‌های تشدید بیماری، جستجو و تصمیم‌گیری جهت اقدامات مناسب درمانی دلالت می‌کند (۱۸). ارتقاء رفتار مراقبت از خود به بیماران کمک می‌کند تا کنترل بیشتری بر روی زندگی روزانه‌ی خود داشته باشند و بتوانند از عهده‌ی عملکرد اجتماعی خود برآیند و بدین‌وسیله کیفیت زندگی خود را ارتقاء بخشند (۱۹). با توجه به شیوع بالا و پیامدهای این بیماری به‌عنوان یک اختلال مزمن، پیش‌رونده و ناتوان‌کننده که باعث کاهش توان فیزیکی، اختلال در روابط فردی و اجتماعی، کاهش توانایی انجام وظایف شغلی، مشکلات اقتصادی و معیشتی و سرانجام افت کیفیت زندگی مبتلایان می‌شود، به مداخلات پرستاری از جمله روش‌های آموزشی نوین نیاز خواهد بود، این مطالعه جهت بررسی تعیین تأثیر اجرای برنامه‌ی خود مراقبتی اورم بر روی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام گرفت.

مواد و روش کار

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی با کد IRCT2016081929420N است، که در مرکز آموزشی درمانی سیدالشهدا ارومیه انجام گرفت. نمونه‌ای شامل ۶۰ نفر بیمار واجد شرایط مطالعه به‌صورت در دسترس انتخاب شد. سپس بیماران به روش تخصیص تصادفی به دو گروه ۳۰ نفری مداخله و کنترل تقسیم شدند به این صورت که لیستی از افرادی که واجد شرایط شرکت در مطالعه بودند، تهیه و به هر یک از افراد یک شماره اختصاص داده شد. این شماره‌ها بر روی کاغذ نوشته و در داخل یک جعبه انداخته شد. از داخل جعبه شماره‌ها به تعداد افراد گروه مداخله قرعه‌کشی شده و لیست افراد گروه مداخله مشخص شد. حجم نمونه از فرمول زیر محاسبه شد.

$$N = \frac{4\delta^2 \left(\frac{z_{\alpha} + z_{\beta}}{2} \right)^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

با توجه به مطالعات قبلی و با احتمال خطای ریزش ۲۵ درصد، ۲۱ نفر در هر گروه باید وارد مطالعه می‌شدند. ولی برای دقت بیشتر

⁴ Orem's Self Care

² Quality of life

³ Self-Care

قابل ذکر است که تعلق نمرات در سؤالات مثبت برعکس می‌باشد. کمترین نمره یعنی ۲۷ مربوط به کمترین نمره کیفیت زندگی فرد و بیشترین نمره یعنی ۱۸۹ نشانگر کیفیت زندگی بالای فرد محسوب می‌شود. قبل از شروع مداخله، پیش‌آزمون از شرکت‌کنندگان جهت سنجش کیفیت زندگی و پرسشنامه نیازسنجی بر اساس مدل اورم برای هر دو گروه مداخله و کنترل به عمل آمد. برنامه خودمراقبتی بر اساس نیازسنجی طراحی گردیده و این برنامه شامل سیستم پرستاری جبرانی نسبی (مشارکت در بعضی از فعالیت‌های بیمار) و سیستم پرستاری حمایتی آموزشی (انجام اقدامات مشاوره‌ای و تسهیل‌کننده) بود. سپس بر اساس نیازهای مددجویان که از پرسشنامه‌ی نیازسنجی بر اساس مدل اورم استخراج شده بود، مددجویان گروه مداخله، ۶-۴ جلسه آموزش انفرادی و مراقبت‌های پرستاری مربوط به هر نیاز بیمار طبق نیازسنجی، به مدت ۴۵-۳۰ دقیقه (۲۴) را دریافت کردند. بیمارانی که از بیمارستان ترخیص شدند و به هر دلیل قادر به رفت و آمد به بیمارستان نبودند، پژوهشگر به منزل بیماران رفته و جلسات آموزش انفرادی و مراقبت‌های پرستاری مربوطه را در منزل بیماران انجام داد. در این جلسات، آموزش‌های خود مراقبتی و اقدامات پرستاری بر اساس مراقبت‌های پرستاری مدون مندرج در کتاب‌های جامع پرستاری انجام گرفت. در طول این برنامه بیماران گروه کنترل مراقبت‌های معمول پرستاری را دریافت نمودند. در طول مدت پیگیری که ۳ ماه بود، از بیماران خواسته شد این مراقبت‌ها را در منزل ادامه داده و در صورتی که نیاز به راهنمایی داشته باشند، با پژوهشگر تماس گرفته و رفع اشکال نمایند. پس از ۳ ماه از اجرای برنامه‌ی خود مراقبتی، پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی برای هر دو گروه مداخله و کنترل تکمیل شد و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های کای دو، تی مستقل و من ویتنی و آنالیز واریانس انجام شد.

یافته‌ها

یافته‌های مطالعه نشان داد که بیشتر بیماران گروه مداخله (۵۶/۶۶ درصد) و کنترل (۵۳/۳۴ درصد) را مردان تشکیل می‌دادند. بیشتر شرکت‌کنندگان گروه مداخله (۴۰ درصد) و کنترل (۴۶/۶۶ درصد) در گروه سنی ۶۱ تا ۷۰ سال قرار دارند. آزمون آماری کای دو نشان داد که واحدهای مورد پژوهش در دو گروه کنترل و مداخله از نظر متغیرهای سن، جنسیت، وضعیت تأهل، تحصیلات، درآمد ماهیانه، شدت بیماری، سابقه بیماری در خانواده، وضعیت بیمه و وضعیت اشتغال تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند (جدول ۱).

۳۰ نفر را برای هر گروه وارد مطالعه شدند. پژوهشگر پس از معرفی خود، اهداف پژوهش را به بیماران توضیح داد. افراد مورد مطالعه در این پژوهش مبتلا به نارسایی قلبی کلاس ۲ و ۳ بر اساس طبقه‌بندی انجمن قلب نیویورک از هر دو جنس بودند. معیار ورود به مطالعه عبارت بودند از: ۱. تشخیص بیماری نارسایی قلبی بر اساس کلاس II و III با نظر پزشک مشاور ۲. عدم سابقه‌ی بیماری روانی و معلولیت جسمی بر اساس پرونده بیمار ۳. عدم سابقه‌ی عمل جراحی قلب در ۶ ماه گذشته بر اساس پرونده بیمار ۴. سکونت در شهرستان ارومیه ۵. عدم ابتلا به اختلالات شناختی، شنوایی، و بینایی ۶. نداشتن تحصیلات در گروه پزشکی ۷. فقدان سابقه آموزش رسمی در مورد بیماری نارسایی قلبی ۸. داشتن توان و تمایل شرکت در مطالعه ۹. امکان برقراری تماس تلفنی. معیارهای خروج شامل: ۱. عدم دسترسی از طریق تماس تلفنی (چندین بار در چند روز متوالی) با بیمار و خانواده او در حین اجرای پژوهش ۲. عدم تمایل بیمار به ادامه مشارکت در مطالعه ۳. مرگ بیمار در اثر بیماری یا وقوع هر حادثه و وخیم شدن حال بیمار. ابزار گردآوری داده‌ها شامل سه بخش بود، بخش اول پرسشنامه‌ی فرم جمعیت شناختی واحدهای پژوهش، بخش دوم فرم نیازسنجی آموزشی بیماران بر اساس الگوی خودمراقبتی اورم، که این فرم مشتمل بر ۳۰ سؤال در مورد نیازهای بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بر اساس مدل اورم بود که پاسخ هر سؤال به صورت لیکرت ۵ گزینه‌ای بوده و گزینه‌ی هیچ‌وقت نمره‌ی ۱ و گزینه‌ی همیشه نمره‌ی ۵ می‌باشد. این بخش از پرسشنامه توسط تیم پژوهشی بر اساس نیازهای بیماران مبتلا به نارسایی قلبی تهیه شد و حاوی سه طبقه نیازهای زیاد یا وابسته، نیازهای متوسط یا نیمه وابسته و نیازهای کم یا مستقل بود. به صورت قراردادی کسب نمره‌ی ۳۰-۷۰ به عنوان زیاد یا وابسته، نمره‌ی ۷۰-۱۱۰ به عنوان متوسط یا نیمه وابسته و نمره‌ی ۱۱۰-۱۵۰ به عنوان کم یا مستقل از نظر خودمراقبتی منظور شد. کمترین نمره‌ی این پرسشنامه ۳۰ و بیشترین نمره ۱۵۰ بود، که نمره‌ی بیشتر بیانگر داشتن نیازهای خودمراقبتی کم‌تر می‌باشد. بخش سوم، شامل پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی در بیماری‌های قلبی (مک نیو)^۵ است که پایایی و روایی آن در مطالعات انجام شده تأیید شده است (۲۰-۲۳). این پرسشنامه شامل ۲۷ سؤال و سه بعد عاطفی، فیزیکی و اجتماعی می‌باشد. در این پرسشنامه ۱۲ سؤال مربوط به عملکرد عاطفی، ۱۰ سؤال مربوط به عملکرد فیزیکی و ۵ سؤال مربوط به عملکرد اجتماعی است. پاسخ به هر سؤال توسط لیکرت هفت گزینه‌ای همیشه تا هیچ‌وقت داده می‌شود که در سؤالات منفی گزینه همیشه، نمره یک و گزینه هیچ‌وقت، نمره هفت را به خود اختصاص داد.

⁵ MacNew

جدول (۱): فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی سیدالشهدا ارومیه

آزمون آماری کای دو	گروه کنترل		گروه مداخله		متغیرها
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
P = ۰/۶۶	۲۳/۳۴	۷	۳۰	۹	۵۰ تا ۶۰
	۴۶/۶۶	۱۴	۴۰	۱۲	۶۱ تا ۷۰
	۳۰	۹	۳۰	۹	۷۱ به بالا
P = ۰/۹۶	۵۳/۳۴	۱۶	۵۶/۶۶	۱۷	مرد
	۴۶/۶۶	۱۴	۴۳/۳۴	۱۳	زن
P = ۰/۳۴	۶۳/۳۳	۱۹	۵۶/۶۶	۱۷	متاهل
	۳۶/۶۷	۱۱	۴۴/۳۴	۱۳	مجرد- بیوه
P = ۰/۱۴	۴۰	۱۲	۳۳/۳۳	۱۰	بیسواد
	۴۰	۱۲	۴۲/۳۳	۱۳	دیپلم و پایین‌تر
	۲۰	۶	۲۳/۳۴	۷	دانشگاهی
P = ۰/۹۷	۳۳/۳۳	۱۰	۳۰	۹	ضعیف
	۴۳/۳۳	۱۳	۴۳/۳۳	۱۳	متوسط
	۲۳/۳۴	۷	۲۶/۶۷	۸	خوب
P = ۰/۴۳	۴۳/۳۴	۱۳	۴۶/۶۶	۱۴	کلاس ۲
	۵۶/۶۶	۱۷	۵۳/۳۴	۱۶	کلاس ۳
P = ۰/۸۸	۴۰	۱۲	۴۳/۳۳	۱۳	دارد
	۶۰	۱۸	۵۶/۶۷	۱۷	ندارد
P = ۰/۵۷	۳۰	۹	۳۶/۶۶	۱۱	سلامت
	۳۳/۳۳	۱۰	۲۶/۶۶	۸	تأمین اجتماعی
	۱۳/۳۳	۴	۱۰	۳	نیروهای مسلح
P = ۰/۰۸	۲۳/۳۴	۷	۲۶/۶۶	۸	روستایی
	۲۰	۶	۱۶/۶۶	۵	بیکار
	۱۳/۳۳	۴	۱۶/۶۶	۵	خانه‌دار
	۱۳/۳۳	۴	۱۰	۳	کارمند
	۱۳/۳۳	۴	۱۰	۳	از کار افتاده
	۱۰	۳	۱۳/۳۳	۴	بازنشسته
	۳۰	۹	۳۳/۳۳	۱۰	آزاد

به $101/13 \pm 7/89$ و در گروه کنترل به $89/72 \pm 5/69$ رسید که از نظر آماری اختلاف آماری معنی‌داری از نظر کیفیت زندگی بین دو گروه مداخله و کنترل بعد آزمون را نشان داد ($p=0/000$). بر اساس سنجش کیفیت زندگی در سه بعد، نتایج نشان داد که اختلاف میانگین بعد از مداخله، در بین گروه مداخله و کنترل در بعد عاطفی ($p=0/000$) و اجتماعی ($p=0/01$) و فیزیکی ($p=0/009$) معنی‌دار بود. به دلیل معنی‌دار بودن اختلاف میانگین بعد فیزیکی قبل و بعد از مداخله، بین گروه مداخله و کنترل، نتیجه آزمون آنالیز واریانس دو طرفه نشان داد که مقدار p برابر با $0/034$ بوده و این اختلاف معنی‌دار ($p=0/034$) حاکی از تأثیر خالص مداخله می‌باشد (جدول ۲).

نتایج نشان داد که قبل از مداخله، ۷۰ درصد گروه مداخله و ۷۳/۳ درصد گروه کنترل و بعد از مداخله، ۹۳/۴ درصد گروه مداخله و ۷۶/۶۶ درصد گروه کنترل از نظر خودمراقبتی مستقل می‌باشند. این نتایج نشان می‌دهد که بعد از مداخله، نیازهای بیماران گروه مداخله نسبت به گروه کنترل کم شده است. 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 مداخله $92/83 \pm 5/35$ و در گروه کنترل $89/73 \pm 8/48$ بود که از نظر آزمون آماری t مستقل اختلاف آماری معنی‌داری از نظر کیفیت زندگی بین دو گروه مداخله و کنترل قبل آزمون را نشان نداد ($p=0/095$). بعد از مداخله میانگین کیفیت زندگی در گروه مداخله

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

ابعاد کیفیت زندگی	مداخله	کنترل		نتیجه آزمون
		میانگین	انحراف معیار	
بعد جسمی	قبل	۳۵/۷۰	۴/۳۷	**P=۰/۰۰۶
	بعد	۳۶/۲۶	۳/۹۵	
بعد عاطفی	قبل	۴۰/۵۳	۳/۷۳	*P=۰/۰۵۶
	بعد	۴۶/۱۶	۵/۵۸	
بعد اجتماعی	قبل	۱۶/۶۰	۲/۶۲	*P=۰/۰۶۱
	بعد	۱۸/۷۰	۲/۶۲	
کل	قبل	۹۲/۸۳	۵/۳۵	*P=۰/۰۹۵
	بعد	۱۰۱/۱۳	۷/۸۹	

× آزمون تی مستقل ×× آزمون من ویتنی ××× آزمون آنالیز واریانس دو طرفه

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که اجرای برنامه‌ی خودمراقبتی اورم بر روی هر سه ابعاد (فیزیکی، عاطفی، اجتماعی) کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مؤثر می‌باشد و از طرفی به دلیل اینکه در این مدل مراقبتی به تمامی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی (رژیم غذایی و دارویی، محدودیت سدیم و مایعات، توزین روزانه، ورزش منظم، پایش علائم و نشانه‌های تشدید بیماری، جستجو و تصمیم‌گیری جهت اقدامات مناسب درمانی) تأکید شده و باعث درگیری فرد در امر خودمراقبتی می‌شود، کیفیت زندگی در تمامی ابعاد افزایش یافته است. آموزش به بیمار توسط پرستاران در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مؤثر بوده و این روش باعث بهبود نقش بیمار در کنترل علائم و خودکنترلی می‌شود. تحقیقات نشان داده‌اند که برنامه مراقبتی شامل آموزش درباره نارسایی قلب، آموزش داروها، برنامه‌ریزی جهت ترخیص و پیگیری بیماران از طریق ویزیت در منزل و تماس تلفنی از وظایف پرستاران است (۲۵). نتایج تحقیق اسکات و همکاران با نتایج تحقیق حاضر هم‌خوانی دارد. این تحقیق از نوع تجربی و با عنوان بررسی اثر مداخلات پرستاری بر ارتقاء کیفیت زندگی و سلامت روان بیماران نارسایی قلبی صورت گرفت. در این مطالعه برای گروه مداخله علاوه بر آموزش رایج مواردی مثل مشاوره عمومی، تشخیص بیماری، رژیم درمانی، تغذیه و نحوه پیگیری در نظر گرفته شد. نتایج موید آن بود که افراد گروه مداخله به علت مشارکت در برنامه‌های درمانی و اهداف بر اساس انتظارات، ارزش‌ها و مشارکت در تصمیم‌گیری به ارتقاء بهتر مراقبت از خود و افزایش کیفیت زندگی نائل شدند (۲۶). استوارت و همکاران نشان دادند که در صورتی که درمان نارسایی قلب، توسط پرستار متخصص نارسایی قلب انجام شود موجب بهبود کیفیت زندگی بیماران می‌شود به طوری که بیماران طبق رژیم دارویی و درمانی خود عمل کرده و میزان بستری مجدد آن‌ها کاهش

می‌یابد (۲۷). همسو با این تحقیق مطالعه‌ی میر و همکاران بود که تحت عنوان تأثیر برنامه جامع بازتوانی روی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام شد. در این تحقیق ۵۱ بیمار مرد و زن در عرض ۱۲ هفته تحت درمان قرار گرفتند. مداخلات شامل درمان دارویی، آموزش ورزش و فعالیت جسمی، مشاوره و آموزش بود. نتایج آماری حاکی از بهبود معنی‌دار کیفیت زندگی و افزایش ظرفیت فعالیت در عرض ۱۲ هفته بازتوانی جامع بود (۲۸). این مطالعات نتیجه‌ی پژوهش حاضر را تأیید می‌کند.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه مشخص نمود که کاربرد این مدل، جدا از تفاوت‌های فردی بیماران از لحاظ متغیرهای موردبررسی می‌تواند بر ارتقای کیفیت زندگی عموم بیماران مؤثر باشد. از طرفی، نظر به فراوانی بیماری‌های قلبی و گسترش نارسایی قلبی و آثار مخربی که این بیماری بر کیفیت زندگی برجای می‌گذارد، به جاست که پرستاران در صدد یافتن راه‌هایی نوین برای ارتقای کیفیت زندگی بیماران دچار نارسایی قلبی باشند. بر همین اساس، مدل خود مراقبتی اورم می‌تواند ابزار مناسبی برای دستیابی به هدف ارتقای کیفیت زندگی بیماران باشد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه از پایان‌نامه دانشجویی مقطع کارشناسی ارشد از دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه استخراج گردیده است. از تمامی بیمارانی که در انجام این پژوهش شرکت نمودند سپاسگزاری می‌گردد. از تمامی اساتید پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، همچنین از پرسنل زحمت کش مرکز آموزشی درمانی سیدالشهدا ارومیه و کلیه کسانی که در انجام هر چه بهتر این تحقیق یاری و ابراز لطف نموده‌اند کمال تشکر می‌گردد.

References:

1. Jaarsma T, Halfens R, Tan F, Abu-Saad HH, Dracup K, Diederiks J. Self-care and quality of life in patients with advanced heart failure: the effect of a supportive educational intervention. *Heart Lung* 2000;29(5):319-30.
2. Smeltzer Suzanne C, Bare Brenda G, Hinkle Janice L, Cheever Kerry H. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. 13th ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
3. Hernandez AF, Greiner MA, Fonarow GC, Hammill BG, Heidenreich PA, Yancy CW, et al. Relationship between early physician follow-up and 30-day readmission among Medicare beneficiaries hospitalized for heart failure. *JAMA* 2010; 303(17): 1716-22.
4. Norton C, Georgiopoulou VV, Kalogeropoulos AP, Butler J. Epidemiology and cost of advanced heart failure. *Prog Cardiovasc Dis* 2011; 54(2): 78-85.
5. Hekmatpour D, Mohammadi E, Ahmadi F, Arefi SH, Rafie M. The Effectiveness of Applying "Making Sensitivity to Re-admission Caring Model" on Controlling Congestive Heart Failure Complications Among Hospitalized Patients in Tehran Cardiovascular Centers. *J Iran Univ Med Sci* 2010; 17(75): 33-50.
6. Dunderdale K, Thompson DR, Miles JN, Beer SF, Furze G. Quality-of-life measurement in chronic heart failure: do we take account of the patient perspective? *Eur J Heart Fail* 2005; 7(4): 572-82.
7. Calvert MJ, Freemantle N, Cleland JG. The impact of chronic heart failure on health-related quality of life data acquired in the baseline phase of the CARE-HF study. *Eur J Heart Fail* 2005; 7(2): 243-51.
8. Ditewig JB, Blok H, Havers J, Van Veenendaal H. Effectiveness of self-management interventions on mortality, hospital readmissions, chronic heart failure hospitalization rate and quality of life in patients with chronic heart failure: a systematic review. *Patient Educ Counsel* 2010; 78: 297-315.
9. Sammarco A. Perceived social support, uncertainty, and quality of life of younger breast cancer survivors. *Cancer Nurs* 2001; 24(3): 209-12.
10. Albert NM. Promoting self-care in heart failure. *J Cardiovasc Nurs* 2008; 23(3): 277-84.
11. Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G. Guidelines for the diagnosis and treatment of acute chronic heart failure. *Eur Heart J* 2008; 29(19): 2388-442.
12. Alligood MR. Nursing theorists and their work. Elsevier Health Sciences; 2014.
13. Alligood MR. Nursing theory: Utilization & application. Elsevier Health Sciences; 2013.
14. Cameron J, Worrall-Carter L, Page K, Stewart S. Self-care behaviors and heart failure: Does experience with symptoms really make a difference? *Eur J Cardiovasc Nurs* 2010; 9(2): 92-100.
15. Heo S, Moser DK, Lennie TA, Riegel B, Chung ML. Gender differences in and factors related to self-care behaviors: a cross-sectional, correlational study of patients with heart failure. *Int J Nurs Stud* 2008; 45(12): 7-15.
16. Venner GH, Seelbinder JS. Team management of congestive heart failure across the continuum. *J Cardiovasc Nurs* 1996; 10(2): 71-84.
17. Mast C. Personal and environmental factors affecting self-care behaviors of patients with heart failure. (Dissertation). USA: Ball State University; 2008.
18. Deaton C, Grady KL. State of the science for cardiovascular nursing outcomes: heart failure. *J Cardiovasc Nurs* 2004; 19(5): 329-38.

19. Artinian NT, Magnan M, Christian W, Lange MP. What do patients know about their heart failure? *Appl Nurs Res* 2002; 15(4): 200-8.
20. Höfer S, Lim L, Guyatt G, Oldridge N. The MacNew Heart Disease health-related quality of life instrument: a summary. *Health Qual Life Outcomes* 2004;2:3.
21. Asadi-Lari M, Javadi H, Melville M, Martin R, Oldridge N, Gray D. Adaptation of the MacNew quality of life questionnaire after myocardial infarction in an Iranian population. *Health Qual Life Outcomes* 2003; 1(23): 1-6.
22. Daskapan A, Hofer S, Oldridge N, Alkan N, Muderrisoglu H, Tuzun E. The validity and reliability of the Turkish version of the MacNew heart disease questionnaire in patients with angina. *J Eval Clin Practice* 2008; 14(2): 209-13.
23. Bagheri H. Effects of group counseling program on quality of life of patients with myocardial infarction referred to Clinics affiliated to Tehran Medical Universities' Hospitals. (Dissertation). Tehran: Tehran Tarbiat Moddares University; 2001.
24. Rostami M, Baraz SH, Farzianpour F, Rasekh A. Effect of Orem self-care model on elderly's quality of life in health care centers of Masjed Solaiman in 2007-2008. *Arak Med Univ J* 2009; 12(2): 51-9.
25. Rezayi luyeh HA, Dalvandi A, Hosseini MA, M. R. The effect of self-care education on quality of life in patients with heart failure. *Rehabil J* 2008; 10(2): 21-6.
26. Scott LD, Kline KS, Brittan A. The effect of nursing intervention to enhance mental health & quality of life among individuals with heart failure. *Appl Nurs Res* 2004; 17(4): 248-56.
27. Stewart M. clinical service frame work for heart failure 2003; 2: available from: <http://www.health.nsw.gov.au>.
28. Katharina M, Laederach-Hofmann K. Effects of a comprehensive rehabilitation program on quality of life in patients with chronic heart failure. *Prog Cardiovasc Nurs* 2003;18(4): 169-76.

STUDY OF THE EFFECT OF SELF -CARE PROGRAM MODEL BASED ON OREM'S PATTERN ON THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH HEART FAILURE

Aghakhani N¹, Alizadeh S², Hemmati Maslakkpak M³, Alinejad V⁴, Khademvatan K⁵.

Received: 20 Nov, 2017; Accepted: 28 Feb, 2018

Abstract

Background & Aims: Heart failure is one of the most common cardiovascular disorders and as a chronic, progressive and debilitating disorder that causes deterioration of the physical, personal and social relationships, ability to perform duties, economic and livelihood problems and finally, decrease in quality of life. For solving these problems, nursing intervention such as new patient education methods are needed. This study was carried out to assess the effect of self -care program model based on Orem's pattern on the quality of life in patients with heart failure.

Materials & Methods: In the present clinical trial which, 60 patients with heart failure admitted in Seyedolshohada Urmia hospitals were selected by using accessible-sampling method and randomly divided into two groups of 30 patients as the experimental and control groups. Data collection included educational evaluate needs forms of Orem-based model and MacNew quality-of-life questionnaire was evaluated before and three months after implementing the self-care program. Data were analyzed via chi-square, independent t-tests, ANCOVA and Man witney U analysis.

Results: the total mean of quality of life reached in the experimental, and control groups from 92.83 ± 5.35 to 101.13 ± 7.89 , and from 89.73 ± 8.48 to 89.72 ± 5.69 , respectively. There was a significant difference between the two groups after intervention in all aspects of quality of life including the physical, psychological and social dimension and this results demonstrator increase total mean of quality of life in the experimental groups ($p=0.000$).

Conclusion: In regards of Implementing Orem's self-care model positive influence on improving quality of life of the heart failure patients, nurses and other healthcare providers are suggested to reinforce self-care spirit in these patients, according to the nursing theories and health care programs, to improve quality of life of heart failure patients.

Key words: Heart failure, Orem self-care model, quality of life.

Address: Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran.

Tel: +98 9141647497

Email: salaralizadeh93@yahoo.com

¹ Assistant Professor of Nursing, Patient Safety Research Center, Urmia University of Medical Sciences

² Msc in Nursing, Urmia University of Medical Science (Corresponding Author)

³ Associate Professor of Nursing, Faculty of Nursing, Urmia University of Medical Sciences

⁴ PHD student, Urmia University of Medical Sciences

⁵ Associate Professor of Medical, Urmia University of Medical Sciences