

تأثیر مداخله حمایتی پرستار- همتا محور بر کیفیت زندگی بیماران با دفیبریلاتور داخل قلبی: یک مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده

علیرضا رحمانی^۱، یاسر مرادی^۲، سهراب سعادت^۳، وحید علی نژاد^۴

تاریخ دریافت ۱۳۹۷/۱۱/۲۱ تاریخ پذیرش ۱۳۹۸/۰۲/۰۳

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: امروزه کیفیت زندگی و چگونگی تطابق و رفتار بیماران با دفیبریلاتور داخل قلبی منجر به ایجاد نگرانی در افراد ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی-درمانی و تلاش برای تقلیل یا رفع مشکلات این بیماران گشته است. مطالعه حاضر باهدف تعیین تأثیر مداخله حمایتی پرستار- همتا محور بر کیفیت زندگی بیماران با دفیبریلاتور داخل قلبی در بیمارستان سیدالشهدا ارومیه انجام پذیرفت.

مواد و روش کار: در این مطالعه کارآزمایی بالینی، ۱۲۰ نفر از بیماران با دفیبریلاتور داخل قلبی مراجعه‌کننده به درمانگاه دیس ریتمی واحد شرایط ورود به مطالعه به روش تخصیص تصادفی به دو گروه ۶۰ نفری (مداخله حمایتی پرستار- همتا محور) و کنترل (مراقبت معمول) تقسیم شدند. در گروه آزمون، به مدت پنج ماه از ابتدای بهمن ۱۳۹۶ تا انتهای تیرماه سال ۱۳۹۷ مداخله حمایتی پرستار- همتا محور اجرا و میزان کیفیت زندگی بیماران با دفیبریلاتور داخل قلبی دو گروه آزمون و کنترل در زمان‌های قبل و بعد از مداخله مورد مقایسه قرار گرفت. گردآوری داده‌ها با استفاده پرسشنامه دویخشی مشخصات جمعیت شناختی و پرسشنامه استاندارد ارزیابی کیفیت زندگی مک نیو انجام گردید. داده‌ها با استفاده نسخه ۲۰ نرم‌افزار SPSS و آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (آزمون‌های کای دو؛ تی مستقل و تی زوجی) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمره کیفیت زندگی قبل از اجرای مداخله حمایتی پرستار- همتا محور در گروه آزمون $21/37 \pm 89/10$ و در گروه کنترل $23/45 \pm 83/86$ بود که از نظر آماری بین دو گروه اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد ($P=0/204$)؛ اما پس از اجرای مداخله حمایتی پرستار- همتا محور میانگین نمره کیفیت زندگی در گروه آزمون ($10/83 \pm 124/83$) نسبت به گروه کنترل ($27/67 \pm 84/83$) به‌طور معنی‌داری افزایش یافت ($P \leq 0/001$).

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های حاصل از مطالعه حاضر چنین نتیجه‌گیری می‌گردد که اجرای مداخله حمایتی پرستار- همتا محور می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی بیماران با دفیبریلاتور داخل قلبی منجر گردد.

کلید واژگان: دفیبریلاتور داخل قلبی، کیفیت زندگی، پرستار- همتا محور

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره هفدهم، شماره سوم، پی‌درپی ۱۱۶، خرداد ۱۳۹۸، ص ۲۳۸-۲۲۷

آدرس مکاتبه: ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، دانشکده پرستاری و مامایی، تلفن: ۰۹۳۷۱۹۴۵۶۰۳

Email: sohrab.saadat1988@gmail.com

مقدمه

۱۵ درصد از کل مرگ‌ومیرها را به خود اختصاص می‌دهد (۳). در ایران نیز بر پایه نتایج به‌دست‌آمده از مطالعه نیک پور و همکاران میزان مرگ ناگهانی قلبی از آوریل ۲۰۱۳ تا آوریل ۲۰۱۶ در شهر تهران ۲۱۸۲ مورد گزارش گردید که از این تعداد، ۲۷/۲ درصد (۵۹۳ مورد) در سال ۲۰۱۳، ۳۳/۴ درصد (۷۲۸ مورد) در سال ۲۰۱۴ و ۳۹/۵ درصد (۸۶۱ مورد) در سال ۲۰۱۵ رخ داده است. این

بروز مرگ ناگهانی قلبی در ایالات متحده سالانه ۶۰ در ۱۰۰۰۰۰ نفر تخمین زده شده است (۱). بر این اساس، سالانه حدود ۳۰۰،۰۰۰-۴۰۰،۰۰۰ مرگ ناگهانی قلبی در ایالات متحده رخ می‌دهد (۱، ۲). در کشورهای غربی نیز با تحلیل داده‌های گواهی مرگ مشخص گردید که مرگ ناگهانی قلبی بیش از

^۱ کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ایران

^۲ کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ایران

^۳ کارشناسی ارشد مراقبت‌های ویژه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

^۴ کارشناسی ارشد آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ایران

یافته‌ها بر افزایش نرخ سالانه مرگ ناگهانی قلبی در ایران دلالت دارد (۴).

مرگ ناگهانی قلبی به مرگ غیرمنتظره‌ای اطلاق می‌شود که در عرض یک ساعت از بروز نشانه‌ها (شواهدی دال بر ایست قلبی) و در صورت نبود آن در عرض ۲۴ ساعت از زمانی که بیمار زنده رؤیت شده و فاقد علامت بوده رخ داده باشد (۲). مرگ ناگهانی قلبی در اثر ایسکمی و با به دلایل دیگر اغلب نتیجه فیبریلاسیون بطنی است (۵). اگرچه ماساژ قلبی و احیای ریوی می‌تواند حمایت و پشتیبانی گردش خون را برای بیماران با ایست قلبی فراهم کند؛ اما تنها روش مؤثر تشخیص سریع و درمان آریتمی‌های خطرناک بطنی (تاکی کاردی بطنی یا فیبریلاسیون بطنی) استفاده از دفیبریلاتور قابل کاشت در بدن (ICD)^۱ است (۵-۷).

دفیبریلاتور قابل کاشت در بدن یک مولد الکتریکی است که حدود ۵ سانتی‌متر پهنا و نزدیک به ۸۵ گرم وزن دارد و زیر پوست قفسه سینه کاشته و دو یا سه لید به این ژنراتور وصل می‌گردد. در نوک هر سیم یک الکتروود قرار دارد که شوک الکتریکی ضروری را به قلب می‌رساند (۷). تا سال ۲۰۰۲، دفیبریلاتورهای داخل قلبی تنها به‌عنوان پیشگیری ثانویه در بیماران دارای دیس ریتمی‌های تهدیدکننده حیات و ریتم‌های ناپایدار تعبیه می‌شد؛ اما امروزه این وسیله به‌عنوان پیشگیری اولیه از مرگ ناگهانی، در تمامی بیماران دچار اختلال عملکرد بطن چپ که دارای سابقه‌ای از دیس ریتمی‌های قلبی می‌باشند؛ تعبیه می‌گردد (۸)؛ چنانکه در ایالات متحده به‌طور میانگین هرساله بر روی ۱۱۴۰۰۰ نفر دفیبریلاتور قابل کاشت در بدن جایگذاری می‌شود (۹).

کارآزمایی‌های صورت گرفته، برتری دفیبریلاتور قابل کاشت در بدن را در مقابل درمان طبی، هم در پیشگیری اولیه و هم در پیشگیری ثانویه در زمینه مرگ ناگهانی قلبی ثابت کرده است (۵، ۶)؛ اما چیزی که در این بین به‌طور فزاینده به یک چالش مهمی تبدیل شده است؛ تأثیر دفیبریلاتور قابل کاشت در بدن بر سطح کیفیت زندگی بیماران هست (۱۰). زندگی با یک دستگاه کاشتنی همراه با یادآوری یک شوک غیرقابل پیش‌بینی و دردناک منجر به احساس وابستگی، پریشانی روانی و ترس در زندگی این بیماران می‌گردد؛ که از عواقب احتمالی این امر نیز می‌توان به اضطراب، افسردگی، رفتارهای انزواطلبانه، محدودیت‌های خودخواسته در انجام فعالیت‌های فیزیکی، اشتغال و رانندگی و در نتیجه کاهش

کیفیت زندگی در ابعاد جسمی و روانی در این بیماران اشاره نمود (۱۱، ۱۲).

از آنجایی که کیفیت زندگی به‌عنوان یک پیامد مهم ناشی از درمان برای بیماران دارای دفیبریلاتور قابل کاشت در بدن محسوب می‌شود (۱۳)؛ این امر به یک نگرانی مهم برای ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی درمانی به‌ویژه پرستاران تبدیل شده است؛ تا با توسعه و کاربست راهکارهای مراقبتی - حمایتی مؤثر درزمینه کنترل مشکلات ناتوان‌کننده و عوارض بالقوه بعد از کاشت دستگاه دفیبریلاتور در جهت بهبود سازگاری جسمی - روانی، غلبه بر ترس‌ها و عوارض ناشی از آن گام‌هایی مؤثر بردارند (۷، ۱۰، ۱۴). توماس^۲ به نقل از زاپر^۳ در مطالعه خود چنین بیان می‌کند: "بیماران دارای دفیبریلاتور قابل کاشت در بدن جهت کاهش استرس و افزایش سطح سازگاری خود نیازمند بحث و تبادل نظر با سایر بیماران دارای تجارب مشابه با آنان، هستند" (۱۵). با این پیش‌فرض به نظر می‌رسد؛ یکی از مداخلاتی که در این زمینه می‌تواند مؤثر واقع گردد؛ مداخله حمایتی پرستار- همتا محور^۴ است که خود ترکیبی از به‌کارگیری برنامه خودمدیریتی از طریق گروه‌های حمایتی و هم‌تایان (ارائه‌شده توسط لوریگ و همکاران^۵ در سال ۱۹۸۰) و نظریه شناختی اجتماعی بندورا^۶ با یک برنامه مراقبتی پرستاری است. (۱۶-۱۸).

در مداخله حمایتی پرستار- همتا محور برای افراد دچار بیماری‌های مزمن (از جمله بیماران قلبی دارای ICD) در صورتی که مشکلات مربوط به بیماری همسانی داشته باشند؛ محیطی ایجاد می‌گردد تا افراد با اشتراک‌گذاری مشکلات خاص مربوط به بیماری خود و بهره‌گیری از تجارب همدیگر به‌عنوان مدل نقش، توانایی تسلط بر مهارت‌ها، تفسیر مجدد علائم و اقلان اجتماعی را کسب نمایند (۱۶-۱۸). در این روند مشارکت و حمایت پرستار نیز می‌تواند؛ اثرات بسیار مفیدی در پی داشته باشد. پرستار علاوه بر ایجاد صمیمیت، همدلی و حس هم‌دوستی در بین افراد و ترغیب آنان به بیان تجارب و اشتراک‌گذاری آن‌ها، با بررسی مجموعه تجارب و راه‌کارهای ارائه‌شده، یک نقش حمایتی محوری را در پالایش و انتخاب بهترین تجارب بر اساس پایه‌ی علمی خود درزمینه مراقبت از بیماران و همچنین ارائه آموزش‌های لازم در راستای تصحیح رفتارهای بهداشتی و بهبود کیفیت زندگی افراد ایفا می‌کند (۱۹-۲۱). بر پایه مطالعه اسکافیلد و همکاران^۷

⁵ Lorig et al

⁶ Bandura's social cognitive theory

⁷ Schofield et al

¹ Implantable Cardioverter Defibrillator (ICD)

² Tomas

³ Zapper

⁴ Nurse-Peer-Led Support Intervention

(۲۰۱۳)، انجام مداخلات نوینی که با همکاری و هماهنگی همتایان با گروه‌های ارائه‌دهنده خدمات مراقبتی- درمانی همچون پرستاران صورت پذیرد، می‌تواند در ترغیب تبعیت از اطلاعات حرفه‌ای ارائه‌شده، حمایت عاطفی و افزایش کیفیت زندگی این بیماران کمک‌کننده باشد (۲۲). لذا با استناد به مطالب مذکور و اهمیت مسئله پژوهش، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر مداخله حمایتی پرستار- همتا محور بر کیفیت زندگی بیماران با دفیبریلاتور داخل قلبی در بیمارستان سیدالشهدا شهر ارومیه (۱۳۹۶-۱۳۹۷) انجام شد.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر از نوع کارآزمایی بالینی با کد (IRCT20180808040742N1) بوده که در سال ۹۷-۱۳۹۶ در بیمارستان سیدالشهدا شهر ارومیه انجام گرفت. در این مطالعه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده گردید. به‌منظور تعیین حجم نمونه با استفاده از مطالعه باقرزاده و همکاران و با دامنه اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد، حجم نمونه ۴۸ نفر منظور و با در نظر گرفتن احتمال ریزش نمونه‌ها برای هر گروه ۶۰ نفر برآورد گردید (۲۳). بدین ترتیب که بیماران با دفیبریلاتور داخل قلبی مراجعه‌کننده به درمانگاه دیس ریتمی که شرایط ورود به مطالعه را دارا بودند، وارد پژوهش شدند. به‌منظور یکنواخت شدن شرایط پژوهش برای دو گروه آزمون و کنترل، از روش تخصیص تصادفی بر اساس جدول اعداد تصادفی استفاده شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل گروه سنی بین ۳۰ تا ۷۰ که حداقل ۳ ماه از تعبیه دستگاه دفیبریلاتور داخل قلبی گذشته باشد، داشتن هوشیاری کامل (آگاه به زمان و مکان)، توانایی برقراری ارتباط مؤثر با پرستار و هم‌تاهای، توانایی انجام خود مراقبتی، توانایی درک و تکلم به زبان فارسی، داشتن سواد حداقل خواندن و نوشتن و رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه بود. همچنین معیارهای خروج از مطالعه شامل بیماران با اختلالات شدید ذهنی یا شناختی، عدم رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه، شرکت در طرح پژوهشی مشابه و غیبت بیش از دو جلسه از کلاس‌های تشکیل‌شده توسط پرستار و همتا بود.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل دو بخش مشخصات جمعیتی شناختی شامل وضعیت عمومی، سابقه بیماری و ریسک فاکتورهای آن و پرسشنامه استاندارد ارزیابی کیفیت زندگی اختصاصی بیماران قلبی مک نیو بود (۲۴). این پرسشنامه دارای ۲۷ سؤال در سه خرده مقیاس: عملکرد فیزیکی (۱۴ سؤال)، عملکرد عاطفی (۱۲ سؤال) و عملکرد اجتماعی (۱۳ سؤال) است. لازم به یادآوری است چگونگی تقسیم‌بندی سؤالات در پرسشنامه به‌گونه‌ای است که هر

سؤال می‌تواند در یک، دو یا هر سه حوزه قرار بگیرد؛ طوری که برخی از سؤالات حیطه‌های دیگر را نیز پوشش می‌دهد (۲۵، ۲۶). هرکدام از سؤالات پرسشنامه دارای معیار پاسخ هفت‌درجه‌ای است و پاسخ آزمودنی به هر یک از هفت گزاره، موضع او را روی پیوستاری که از "همیشه" تا "اصلاً" متغیر است، نشان می‌دهد. بالاترین نمره ممکن هر حوزه "هفت" و کمترین نمره "یک" است که به ترتیب نشان‌دهنده نمره کیفیت زندگی بالا و کیفیت زندگی پایین است (۲۴، ۲۶، ۲۷). روایی صوری و محتوایی این ابزار در مطالعه صلواتی و همکاران، با نمونه ۱۰ نفری از پانل خبرگان مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین در مطالعه آنان، ضریب آلفای کرونباخ با نمونه ۱۵ نفری از بیماران ۰/۹۰ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مناسب پرسشنامه بود (۲۷). در مطالعه خیام نکویی و همکاران، پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش گردید (۲۴). محمدی و همکاران نیز جهت ارزیابی پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی مک نیو، با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون، پایایی بعد جسمی را ۰/۹۵، بعد عاطفی ۰/۹۸، بعد اجتماعی ۰/۸۵ و کیفیت زندگی در کل ۰/۹۱ به دست آوردند (۲۸). با عنایت به اقدامات انجام‌شده ضرورتی بر تأیید روایی پایایی مجدد توسط گروه تحقیق در مطالعه حاضر وجود نداشت.

در مطالعه حاضر از تمامی افراد شرکت‌کننده پیش‌آزمونی جهت ارزیابی کیفیت زندگی با استفاده از پرسشنامه اختصاصی کیفیت زندگی بیماران قلبی مک نیو گرفته شد. در گروه آزمون ۶ نفر از بیماران بر اساس معیارهایی نظیر توانایی اداره جلسات، تمایل همکاری با محقق، سازگاری بهتر با بیماری، سواد دیپلم به بالا، دارای تشابهات فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی، برخورداری از کیفیت زندگی مطلوب (توسط پرسشنامه کیفیت زندگی مک نیو) و علاقه‌مند به رهبری گروه؛ به‌عنوان هم‌تایان انتخاب شدند. در ادامه آموزش هم‌تایان در رابطه با دفیبریلاتور کاشتنی داخل قلبی و عوارض آن، نحوه مراقبت از خود و شیوه‌های سازگاری با دستگاه در طی ۴ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به‌صورت چهره به چهره همراه با پرسش و پاسخ توسط پژوهشگر در محل کلاس‌های آموزشی مرکز تخصصی و فوق تخصصی قلب سیدالشهدا ارومیه انجام گرفت. پس از آموزش هم‌تایان، افراد حاضر در گروه آزمون به ۶ گروه ۹ نفره تقسیم شده و هرکدام از هم‌تایان به‌صورت تصادفی در یکی از این گروه‌ها قرار گرفتند. هم‌تایان پس از نیازسنجی در یک محیط دوستانه و مطلوب بر اساس موارد آموزش‌دیده به بحث و هدایت گروه‌ها پرداختند. لازم به ذکر است که پژوهشگر در تمامی جلسات حضور داشت و نقش وی پالایش تجارب و پاسخ به سؤالاتی بود که هم‌تایان قادر به پاسخگویی به آن‌ها نبودند. مدت برگزاری جلسات برای هر گروه ۴ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای بود. مکان برگزاری جلسات در

نتایج آزمون آماری کای دو، آزمون روند و تی مستقل نشان داد که بین دو گروه کنترل و آزمون از نظر متغیرهای جمعیت شناختی کمی و کیفی اختلاف معنی داری وجود نداشت (جداول ۱ و ۲).

در مطالعه حاضر برای مقایسه میانگین بین گروهی از آزمون آماری تی مستقل استفاده شده است. بر اساس نتایج به دست آمده از جدول شماره ۳، بین میانگین نمره کیفیت زندگی و ابعاد آن در دو گروه آزمون و کنترل، قبل از اجرای مداخله حمایتی پرستار- همتا محور اختلاف آماری معنی داری مشاهده نشد ($P > 0/05$)؛ اما پس از اجرای مداخله حمایتی پرستار- همتا محور میانگین نمره کیفیت زندگی و تمامی ابعاد آن در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل به طور معنی داری افزایش یافت ($P \leq 0/001$). همچنین برای مقایسه میانگین درون گروهی از آزمون آماری تی زوجی استفاده گردید که بر اساس جدول شماره ۴، در درون گروه کنترل بین میانگین نمره کیفیت زندگی و ابعاد آن قبل و بعد از اجرای مداخله حمایتی پرستار- همتا محور در هیچ یک از موارد اختلاف آماری معنی داری مشاهده نشد ($P > 0/05$)؛ اما در درون گروه آزمون در تمامی موارد این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود ($P \leq 0/001$).

کلاس‌های آموزشی مرکز تخصصی و فوق تخصصی قلب سیدالشهدا ارومیه بود. شروع هر جلسه با پذیرایی مختصر و صحبت در مورد اهداف آن جلسه انجام و ۲۰ درصد از زمان هر جلسه به بحث آزاد و حمایت‌های عاطفی بیماران از یکدیگر و بیان تجارب، اختصاص داده می‌شد. در پایان جلسه نیز همتایان با حمایت پژوهشگر موارد مطرح شده در گروه را در ۵ تا ۱۰ دقیقه جمع‌بندی و به سؤالات مطرح شده پاسخ می‌دادند. در مطالعه حاضر گروه کنترل نیز مراقبت‌های روتین را دریافت می‌نمود. در نهایت دو هفته پس از پایان مداخله پس‌آزمونی از هر دو گروه به عمل آمد.

پژوهشگر جهت در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی، رضایت‌نامه کتبی از واحدهای مورد پژوهش اخذ کرده و به آن‌ها اطمینان داد که اطلاعات به دست آمده محرمانه خواهد ماند. همچنین به منظور رعایت ضوابط اخلاقی در پایان دوره مطالعه حاضر به گروه کنترل هم کتابچه‌های آموزشی ارائه گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و روش‌های آمار استنباطی (کای دو، کای دو روند، تی مستقل و تی زوجی)، توسط نسخه ۲۰ نرم‌افزار SPSS انجام گردید.

یافته‌ها

جدول (۱): مقایسه مشخصات جمعیت شناختی کیفی واحدهای پژوهش در بین دو گروه کنترل و آزمون

متغیر	نتیجه آزمون آماری کای دو و		
	کنترل	آزمون	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
جنسیت	زن	۲۶ (۴۳/۳۳)	۲۲ (۳۶/۶۶)
	مرد	۳۴ (۵۶/۶۶)	۳۸ (۶۳/۳۳)
وضعیت تأهل	مجرد	۹ (۱۵)	۶ (۱۰)
	متأهل	۴۸ (۸۰)	۴۸ (۸۰)
	بیوه/ مطلقه	۳ (۵)	۶ (۱۰)
نوع مسکن	شخصی	۴۲ (۷۰)	۴۶ (۷۶/۶۶)
	اجاره‌ای	۱۳ (۲۱/۶۶)	۱۱ (۱۸/۳۳)
	سایر موارد	۵ (۸/۳۳)	۳ (۵)
میزان تحصیلات	ابتدایی	۱۸ (۲۹/۹۹)	۱۲ (۱۹/۹۹)
	راهنمایی	۲۲ (۳۶/۶۶)	۲۳ (۳۸/۳۳)
	متوسطه	۱۸ (۳۰)	۲۱ (۳۵)
وجود فرد تحصیل کرده در بین اعضای خانواده	بله	۴۱ (۶۸/۳۳)	۴۳ (۷۱/۶۶)
	خیر	۱۹ (۳۱/۶۶)	۱۷ (۲۸/۳۳)
نحوه زندگی	با خانواده	۳۷ (۶۱/۶۶)	۴۳ (۷۱/۶۶)

P=۰/۱۲۷	۱۵ (۲۵)	۱۷ (۲۸/۳۳)	با همسر	وضعیت اقتصادی
	۱ (۱/۶۶)	۳ (۵)	با فرزند	
$\chi^2=۰/۲۶۹$ P=۰/۶۰۴	۱ (۱/۶۶)	۳ (۵)	تنها	وضعیت اقتصادی
	۴ (۶/۶۶)	۶ (۱۰)	خوب	
	۴۶ (۷۶/۶۶)	۳۹ (۶۵)	متوسط	
$\chi^2=۲/۴۸۵$ P=۰/۱۱۵	۱۰ (۱۶/۶۶)	۱۵ (۲۵)	بد	دسترسی به مراکز درمانی
	۱۴ (۲۳/۳۳)	۷ (۱۱/۶۶)	به راحتی	
	۴۱ (۶۸/۳۳)	۴۶ (۷۶/۶۶)	کمی مشکل	
$\chi^2=۰/۰۰$ P=۰/۵۸۰	۵ (۸/۳۳)	۷ (۱۱/۶۶)	به سختی	میزان فعالیت
	۱۷ (۲۸/۳۳)	۱۷ (۲۸/۳۳)	منظم	
$\chi^2=۰/۰۸۲$ P=۰/۷۷۵	۴۳ (۷۱/۶۶)	۴۳ (۷۱/۶۶)	نامنظم	سابقه مصرف دخانیات
	۱۴ (۱۲/۵)	۱۷ (۲۸/۳۳)	بله	
	۳۹ (۶۵)	۳۴ (۵۶/۶۶)	خیر	
$\chi^2=۰/۱۸۳$ P=۰/۶۶۹	۷ (۱۱/۶۶)	۹ (۱۵)	ترک کرده	سابقه مصرف الکل
	۴ (۶/۶۶)	۴ (۶/۶۶)	بله	
	۵۰ (۸۳/۳۳)	۴۸ (۸۰)	خیر	
$\chi^2=۲/۷۰۱$ P=۰/۱	۶ (۱۰)	۸ (۱۳/۳۳)	ترک کرده	سابقه مصرف مواد مخدر
	۳ (۵)	۱ (۱/۶۶)	بله	
	۵۲ (۸۶/۶۶)	۴۹ (۸۱/۶۶)	خیر	
$\chi^2=۰/۱۴۷$ P=۰/۷۰۱	۵ (۸/۳۳)	۱۰ (۱۶/۶۶)	ترک کرده	سابقه ابتلا به بیماری دیگر
	۶ (۱۰)	۵ (۸/۳۳)	تنفسی	
	۵ (۸/۳۳)	۷ (۱۱/۶۶)	کلیوی	
$\chi^2=۰/۰۷$ P=۰/۰۷	۲۳ (۳۸/۳۳)	۱۸ (۳۰)	دیابتی	سابقه ابتلا به بیماری دیگر
	۲۶ (۴۳/۳۳)	۳۰ (۵۰)	سایر	

جدول (۲): مقایسه مشخصات جمعیت شناختی کمی واحدهای پژوهش در بین دو گروه کنترل و آزمون

نتیجه آزمون تی مستقل	گروه کنترل		متغیر
	گروه آزمون	میانگین و انحراف معیار	
$t= -۰/۰۹۶$ P=۰/۹۲۴	گروه آزمون	میانگین و انحراف معیار	سن (سال)
	۵۷/۰۰ ± ۹/۸۳	۵۷/۱۸ ± ۱۱/۱۰	
$t= -۱/۹۷$ P=۰/۰۵۲	گروه آزمون	میانگین و انحراف معیار	وزن (کیلوگرم)
	۷۱/۹۱ ± ۹/۸۶	۷۵/۲۳ ± ۸/۴۸	
$t= -۰/۱۰۳$ P=۰/۹۱۸	گروه آزمون	میانگین و انحراف معیار	قد (سانتی متر)
	۱۶۵/۷۸ ± ۸/۶۷	۱۶۵/۹۶ ± ۱۰/۷۲	
$t= -۱/۷۸۴$ P=۰/۰۷	گروه آزمون	میانگین و انحراف معیار	شاخص توده بدنی
	۲۶/۲۰ ± ۳/۴۷	۲۷/۶۱ ± ۵/۰۱	

$t=1/268$ $P=0/207$	$46/33 \pm 32/79$	$39/65 \pm 24/28$	مدت ابتلا به بیماری (ماه)
$t=0/261$ $P=0/795$	$34/95 \pm 29/87$	$33/68 \pm 23/10$	مدت زمان تعبیه ICD (ماه)

جدول (۳): مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی و ابعاد آن در بیماران دارای دفیبریلاتور داخل قلبی قبل و بعد از مداخله پرستار-همتا محور، در بین دو گروه آزمون و کنترل

P-value	بعد از مداخله		P-value	قبل از مداخله		کیفیت زندگی و ابعاد آن
	گروه آزمون	گروه کنترل		گروه آزمون	گروه کنترل	
$\leq 0/0001$	$61/35 \pm 6/50$	$\pm 12/50$ $41/28$	$0/106$	$\pm 10/37$ $43/68$	$\pm 10/80$ $40/53$	عملکرد فیزیکی
$\leq 0/0001$	$62/53 \pm 5/64$	$\pm 16/02$ $43/65$	$0/287$	$\pm 12/04$ $45/55$	$\pm 13/36$ $43/06$	عملکرد عاطفی
$\leq 0/0001$	$\pm 21/37$ $89/10$	$\pm 13/53$ $40/11$	$0/231$	$\pm 11/93$ $42/38$	$\pm 11/88$ $39/76$	عملکرد اجتماعی
$\leq 0/0001$	$\pm 10/83$ $124/83$	$\pm 27/67$ $84/83$	$0/204$	$\pm 21/37$ $89/10$	$\pm 23/45$ $83/86$	کل

جدول (۴): مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی و ابعاد آن در بیماران دارای دفیبریلاتور داخل قلبی قبل و بعد از مداخله پرستار-همتا محور، در درون دو گروه آزمون و کنترل

P-value	گروه آزمون		P-value	گروه کنترل		کیفیت زندگی و ابعاد آن
	بعد	قبل		بعد	قبل	
$\leq 0/0001$	$61/35 \pm 6/50$	$\pm 10/37$ $43/68$	$0/288$	$\pm 12/50$ $41/28$	$\pm 10/80$ $40/53$	عملکرد فیزیکی
$\leq 0/0001$	$62/53 \pm 5/64$	$\pm 12/04$ $45/55$	$0/618$	$\pm 16/02$ $43/65$	$\pm 13/36$ $43/06$	عملکرد عاطفی
$\leq 0/0001$	$\pm 21/37$ $89/10$	$\pm 11/93$ $42/38$	$0/681$	$\pm 13/53$ $40/11$	$\pm 11/88$ $39/76$	عملکرد اجتماعی
$\leq 0/0001$	$\pm 10/83$ $124/83$	$\pm 21/37$ $89/10$	$0/549$	$\pm 27/67$ $84/83$	$\pm 23/45$ $83/86$	کل

بحث و نتیجه‌گیری

دفیبریلاتور داخل قلبی در مطالعه عباسی و همکاران (۱۳۹۵)، مشخص گردید که این بیماران درجات مختلفی از محدودیت‌های حرکتی و اختلال در عملکرد فیزیکی را به دلیل درد ناحیه انسزبون، ترس از جابه‌جایی لیدها و ترس از تخلیه شوک الکتریکی تجربه کرده‌اند (۲۹).

در مطالعه حاضر، مقایسه میانگین نمره عملکرد فیزیکی کیفیت زندگی بیماران دارای دفیبریلاتور داخل قلبی قبل و بعد از مداخله پرستار-همتا محور نشان از عملکرد پایین هر دو گروه داشت. بر پایه استنباط از تجارب به‌دست‌آمده از بیماران دارای

نشانه‌های خطر داشته و بر این باور بودند که وجود این علائم خطر مرگ ناگهانی را در آنان افزایش دهد که این امر با سطح بالای اضطراب و اختلالات هراسی در این بیماران همراه بود (۳۶).

در مطالعه حاضر پس از اجرای مداخله، افزایش چشمگیر در میانگین نمره عملکرد عاطفی حاکی از اثرگذاری و تأثیر مثبت مداخله پرستار-همتا محور در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل بود. این یافته با نتایج به‌دست‌آمده از مطالعه باقرزاده و همکاران (۱۳۹۱) همخوانی دارد چراکه در مطالعه آنان اجرای مداخلات شناختی- رفتاری با افزایش معنی‌دار میانگین نمرات بعد روحی- روانی یا عاطفی کیفیت زندگی گروه آزمون نسبت به گروه کنترل همراه بود (۲۳). در مطالعه دونبار و همکاران^۷ (۲۰۱۰) مداخله روان‌شناختی از طریق مشاوره تلفنی باعث کاهش علائم اضطراب و افسردگی در بیماران دارای دفیبریلاتور داخل قلبی شده بود (۳۷). در مطالعه حاضر، مقایسه میانگین نمره عملکرد اجتماعی کیفیت زندگی بیماران دارای دفیبریلاتور داخل قلبی قبل و بعد از مداخله پرستار-همتا محور، اختلاف آماری معناداری در پیش‌آزمون بین دو گروه از نظر آماری مشاهده نگردید. محدودیت در عملکرد فیزیکی و به‌ویژه عملکرد عاطفی می‌تواند عملکرد اجتماعی افراد را نیز دستخوش تغییر نماید. یافته‌های مطالعه حاضر با نتایج به‌دست‌آمده از مطالعه آبی و همکاران^۸ (۲۰۱۶)، جانسون و همکاران^۹ (۲۰۱۰) همخوانی دارد (۳۸، ۳۹). در مطالعه آنان نیز محدودیت‌های ایجادشده در عملکرد فیزیکی و عاطفی بیماران دارای دفیبریلاتور داخلی قلب با از دست دادن استقلال، افزایش اتکا به دیگران و محدودیت در تحرک و زندگی اجتماعی و در نتیجه کاهش عملکرد اجتماعی کیفیت زندگی این بیماران همراه بود.

در مطالعه حاضر پس از اجرای مداخله، افزایش چشمگیر در میانگین نمرات عملکرد اجتماعی کیفیت زندگی حاکی از تأثیر مثبت مداخله پرستار-همتا محور در بهبود عملکرد اجتماعی گروه آزمون نسبت به گروه کنترل بود. به نظر می‌رسد؛ مداخله پرستار-همتا محور بر آگاهی و عملکرد اجتماعی بیماران دارای دفیبریلاتور داخل قلبی تأثیر مثبتی داشته است و می‌تواند به‌عنوان راهکاری برای شروع مداخلات پرستاری در زمینه آموزش و حمایت این بیماران بکار گرفته شود.

در مطالعه حاضر پس از اجرای مداخله، افزایش چشمگیر در میانگین نمره عملکرد فیزیکی حاکی از اثرگذاری و تأثیر مثبت مداخله پرستار-همتا محور در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل بود. کیم و همکاران^۱ (۲۰۰۹)، داشتن احساس تسلط بر موقعیت‌های موجود و پیش رو را عاملی تسهیل‌کننده در بهبود عملکرد فیزیکی بیماران دارای ICD بیان نمودند (۳۰). برو^۲ نیز بر اهمیت تأثیر استفاده از تجارب و حمایت گروه هم‌تایان بر تسلط آموزی و بهبود رفتارهای ارتقا‌دهنده کیفیت زندگی این بیماران تأکید داشت (۳۱). این موارد حاکی از آن است که اعضای گروه درمان بخصوص پرستاران باید به عملکرد ضعیف فیزیکی بیماران دارای دفیبریلاتور داخلی قلب توجه نموده و در گسترش و توسعه دامنه برنامه‌های مداخله‌ای قلبی صورت گرفته مانند گروه‌های حمایتی یا درمان رفتاری شناختی در جهت ارائه آموزش‌های لازم برای بهبود عملکرد فیزیکی این بیماران کمک‌کننده باشند.

در مطالعه حاضر، مقایسه میانگین نمره عملکرد عاطفی کیفیت زندگی بیماران دارای دفیبریلاتور داخل قلبی قبل و بعد از مداخله پرستار-همتا محور، بیانگر این مطلب بود که دو گروه از نظر میانگین نمره عملکرد عاطفی کیفیت زندگی در محدوده یکسان و پایینی قرار دارند. در مطالعات زیادی کاهش عملکرد عاطفی را به شیوع بالای ترس، اضطراب و افسردگی در این بیماران نسبت داده‌اند (۳۲-۳۴). بر پایه نظریه روان‌شناختی^۳ نشانه‌های ترس و اضطراب می‌تواند ناشی از یک الگوی شرطی‌سازی کلاسیک^۴ که در آن محرک یا رفتار خاصی به‌طور اتفاقی با شوک ICD مقارن می‌شود؛ رخ دهد که در نتیجه برخی بیماران به دلیل ترس و اضطراب ناشی از تخلیه شوک در حال حاضر و یا در آینده، به‌طور فزاینده‌ای فعالیت‌های خود را محدود می‌کنند که وجود این امر نیز به‌طور ناخواسته مزایای دفیبریلاتور داخلی قلب را از لحاظ کیفیت زندگی کاهش می‌دهد (۳۵). در تناقض با نظریه فوق، پائولی و همکاران^۵ (۱۹۹۹) در بررسی نمرات اضطراب بیماران دارای دفیبریلاتور داخلی قلب دریافتند که وجود سطح بالای اضطراب در این بیماران مربوط به تخلیه شوک الکتریکی دستگاه نیست، بلکه به مفهوم "شناخت فاجعه‌بار"^۶ است. پائولی و همکاران در تبیین مفهوم "شناخت فاجعه‌بار" بیان داشتند که بیماران دارای نمرات بالای اضطراب تمایل زیادی به تفسیر علائم بدنی به‌عنوان

⁶ catastrophic cognitions

⁷ Dunbar et al

⁸ Ooi et al

⁹ Johansson et al

¹ Kim et al

² Brough

³ Psychological Theory

⁴ Classical conditioning paradigm

⁵ Pauli et al

نگرانی‌های آنان و اتخاذ راهکاری مناسب در جهت تقلیل یا حذف این نگرانی‌ها همراه با ایجاد درک صحیح در بیمار نسبت به توانمندی‌های خود است. پرستارانی که با بیماران دارای دفیبریلاتور داخل قلبی کار می‌کنند باید در نظر داشته باشند که مداخله حمایتی پرستار- همتا محور به‌عنوان راهکاری برای مقابله با نیازهای حمایتی اجتماعی- عاطفی و اطلاعاتی بیمار طراحی شده است. درنهایت پیشنهاد می‌شود مطالعات مداخله‌ای دیگری در زمینه مقایسه تأثیر سایر روش‌های حمایتی- آموزشی با روش بکار گرفته در مطالعه حاضر بر کیفیت زندگی بیماران دارای دفیبریلاتور داخل قلبی طراحی و اجرا گردد.

از محدودیت‌های این مطالعه، استفاده از ابزار خودگزارش‌دهی بود. بر اساس مطالعات روش خودگزارش‌دهی همیشه روش قابل اعتمادی برای بررسی موضوعات مورد نظر نیست و ممکن است برخی از بیماران جنبه‌هایی از واقعیت را جور دیگر گزارش نمایند که این موضوع با برقراری ارتباط مناسب با بیمار و اطمینان دادن به وی در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات در نزد پژوهشگر تا حدودی کنترل گردید.

تشکر و قدردانی

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری و دارای مجوز از کمیته اخلاق با شماره ir.umsu.rec.1396.349 است. معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی ارومیه است. بدین‌وسیله نویسندگان مقاله از همکاری معاونت محترم تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، تمام بیماران و خانواده‌های آنان که علیرغم مشکلات موجود و ناتوانی‌های خاص، صادقانه همکاری لازم را در طول این پژوهش داشتند و همچنین کارکنان محترم بیمارستان سیدالشهدا ارومیه تشکر و سپاس‌گزاری می‌نمایند.

در مطالعه حاضر، مقایسه میانگین نمره کل کیفیت زندگی بیماران دارای دفیبریلاتور داخل قلبی قبل و بعد از مداخله پرستار- همتا محور، اختلاف آماری معناداری در پیش‌آزمون بین دو گروه از نظر آماری مشاهده نگردید؛ اما پس از اجرای مداخله، افزایش چشمگیر در میانگین نمره کل کیفیت زندگی حاکی تأثیر مثبت مداخله پرستار- همتا محور در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل بود. یافته‌های به‌دست‌آمده از مطالعه حاضر در رابطه با میانگین نمره کلی کیفیت زندگی با مطالعه باقرزاده و همکاران (۱۳۹۱)، همخوانی ندارد؛ چراکه در مطالعه آنان پس از اجرای مداخلات شناختی- رفتاری تفاوت آماری معناداری در میانگین نمره نهایی کیفیت زندگی در بین و درون دو گروه آزمون و کنترل مشاهده نشد (۲۳). در توضیح چرایی این امر می‌توان به تفاوت‌های روش‌شناختی (ابزار مورد استفاده و نوع مداخله بکار گرفته) بین مطالعه حاضر و مطالعه باقرزاده و همکاران (۱۳۹۱) اشاره نمود. ابزار مورد استفاده در مطالعه باقرزاده پرسشنامه کیفیت زندگی ۳۶ سؤالی (SF-۳۶) و مداخله آنان نوعی مداخله روان‌درمانی توسط گروه درمان بود. استفاده از یک ابزار اختصاصی جهت سنجش کیفیت زندگی افراد مورد پژوهش در مطالعه حاضر از مواردی است که می‌تواند توجیه‌کننده تناقض بین مطالعه حاضر و باقرزاده و همکاران باشد. از طرفی، نکته حائز اهمیت در مطالعه حاضر تلاش برای تمرکز فراگیر بر روی بسیاری از نگرانی‌های بیماران و به اشتراک‌گذاری اطلاعات و استراتژی‌هایی برای مقابله با این نگرانی‌ها از طریق گروه حمایتی هم‌تایان همراه با نقش تقویتی پرستار بود.

بعد از تعبیه ICD، تغییرات اساسی در همه جنبه‌های زندگی فرد از جمله عملکرد فردی، ارتباطات اجتماعی، ارتباطات خانوادگی، فعالیت جسمی و فیزیکی، وضعیت روان‌شناختی، سبک زندگی، رژیم غذایی و درنهایت کیفیت زندگی به وجود می‌آید که یکی از نقش‌های کلیدی پرستاران به هنگام مراقبت از این افراد، توجه بر

References:

1. Stecker EC, Reinier K, Marijon E, Narayanan K, Teodorescu C, Uy-Evanado A, et al. Public health burden of sudden cardiac death in the United States. *Circ Arrhythm Electrophysiol* 2014;7(2):212-7.
2. Kuriachan VP, Sumner GL, Mitchell LB. Sudden Cardiac Death. *Current Problems in Cardiology* 2015;40(4):133-200.
3. Hayashi M, Shimizu W, Albert CM. The spectrum of epidemiology underlying sudden cardiac death. *Circulation Res* 2015;116(12):1887-906.
4. Sara N, Fares N, Mohammadali E. The Epidemiology of Sudden Cardiac Death; a Forensic Autopsy Study in Iran 2013-2016. *Middle East J Fam Med* 2016;7(10):192.
5. Akel T, Lafferty J. Implantable Cardioverter Defibrillators for primary prevention in patients

- with Nonischemic Cardiomyopathy: A Systematic Review and Meta - Analysis. *Cardiovascular Therapeutics* 2017.
6. Ghavami Ghanbarabadi V, Jamali J, Heidari-Bakavoli A, Tayyebi M, Nazari Hyanlo H, Shakeri MT. Factors influencing the status of appropriate and inappropriate shocks delivered by an implantable cardioverter defibrillator. *J Birjand Unive Med Sci* 2013;20(1):94-101.
 7. Oshvandi K, Keshmiri K, Salavati M, Emkanjoo Z, Musavi S. Effectiveness of Education based on Orem's Self-Care Model in Self-Care Activity of Patients with Implantable Cardioverter Defibrillators. *J Hayat* 2013;19(3):47-55.
 8. Magyar-Russell G, Thombs BD, Cai JX, Baveja T, Kuhl EA, Singh PP, et al. The prevalence of anxiety and depression in adults with implantable cardioverter defibrillators: a systematic review. *J Psychosomat Res* 2011;71(4):223-31.
 9. Marcus FI, Zareba W, Calkins H, Towbin JA, Basso C, Bluemke DA, et al. Arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy/dysplasia clinical presentation and diagnostic evaluation: results from the North American Multidisciplinary Study. *Heart Rhythm* 2009;6(7):984-92.
 10. Kao C-W, Chen M-Y, Chen T-Y, Lin P-H. Effect of psycho-educational interventions on quality of life in patients with implantable cardioverter defibrillators: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Health Quality Life Outcomes* 2016;14(1):138.
 11. Groeneveld PW, Matta MA, Suh JJ, Heidenreich PA, Shea JA. Costs and quality-of-life effects of implantable cardioverter-defibrillators. *Am J Cardiol* 2006;98(10):1409-15.
 12. Tomzik J, Koltermann KC, Zabel M, Willich SN, Reinhold T. Quality of life in patients with an implantable cardioverter defibrillator: a systematic review. *Frontiers in Cardiovascular Medicine* 2015;2.
 13. Kao C-W, Friedmann E, Thomas SA. Quality of life predicts one-year survival in patients with implantable cardioverter defibrillators. *Quality Life Res* 2010;19(3):307-15.
 14. Lemon J, Kirkness A, Edelman S. Educational intervention for patients with automatic implantable cardioverter defibrillators. *Australian J Adv Nurs* 2007;24(3):26.
 15. Thomas SA, Friedmann E, Kao C-W, Inguito P, Metcalf M, Kelley FJ, et al. Quality of life and psychological status of patients with implantable cardioverter defibrillators. *Am J Crit Care* 2006;15(4):389-98.
 16. Dehghani A, Hojati H, Shamsizadeh M. The effect of peer-led education on depression of multiple sclerosis patients. *Iran J Psychiatric Nurs* 2013;1(1):63-71.
 17. Habibović M, Burg MM, Pedersen SS. Behavioral interventions in patients with an implantable cardioverter defibrillator: lessons learned and where to go from here? *Pacing Clin Electrophysiol* 2013;36(5):578-90.
 18. Smeulders ES, van Haastregt JC, Dijkman-Domanska BK, van Hoef EF, van Eijk JT, Kempen GI. Nurse-and peer-led self-management programme for patients with an implantable cardioverter defibrillator; a feasibility study. *BMC Nurs* 2007;6(1):6.
 19. Schofield P, Juraskova I, Bergin R, Gough K, Mileskin L, Krishnasamy M, et al. A nurse-and peer-led support program to assist women in gynaecological oncology receiving curative radiotherapy, the PeNTAGOn study (peer and nurse support trial to assist women in gynaecological oncology): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* 2013;14(1):39.

20. Simoni JM, Pantalone DW, Plummer MD, Huang B. A randomized controlled trial of a peer support intervention targeting antiretroviral medication adherence and depressive symptomatology in HIV-positive men and women. *Health Psychol* 2007;26(4):488.
21. Van den Wijngaert L, Sieben A, Van der Vlugt M, De Leeuw F, Bredie S. A nurse-led multidisciplinary intervention to improve cardiovascular disease profile of patients. *Western J Nurs Res* 2015;37(6):705-23.
22. Schofield P, Juraskova I, Bergin R, Gough K, Mileskin L, Krishnasamy M, et al. A nurse- and peer-led support program to assist women in gynaecological oncology receiving curative radiotherapy, the PeNTAGOn study (Peer and nurse support trial to assist women in gynaecological oncology): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* 2013;14(1):39.
23. Bagherzade A, Arianfar F, Arbabi M. Evaluation of cognitive and behavioral intervention on psychological health status in patients with implantable cardioverter defibrillator. *Tehran Unive Med Sci* 2012;70(1).
24. Khayam Nekouei Z, Yousefy A, Manshaee Q. The Effect of Cognitive-Behavioral Therapy on the Improvement of Cardiac Patients' Life Quality. *Iranian J Med Educ* 2010;10(2):148-53.
25. Daskapan A, Höfer S, Oldridge N, Alkan N, Muderrisoglu H, Tuzun EH. The validity and reliability of the Turkish version of the MacNew Heart Disease Questionnaire in patients with angina. *J Eval Clin Pract* 2008;14(2):209-13.
26. Höfer S, Turk-Adawi K, Oldridge N. The MacNew heart disease health-related quality of life questionnaire: Updated reference data for users. *Eur J Pers Cent Healthc* 2016;4(1):221-9.
27. salavati m, khatiban m, moghadari koosha b, soltanian a. Evaluating the Effect of Teach Back Education on Self-Care Behaviours and Quality of Life in Patients With Myocardial Infarction in 2015: A Randomised Controlled Trial. *Scientific J Hamadan Nurs Midwifery Fac* 2017;25(1):1-8.
28. Mohammadi F, Taherian A, Hosseini MA, Rahgozar M. Effect of Home-Based Cardiac Rehabilitation Quality of Life in the Patients with Myocardial Infarction. *Arch Rehabil* 2006;7(3):0-.
29. Abbasi M, negarandfh r, mollazadeh r, Abbasinia M. The Lived Experience of Spouses of People with Implantable Cardioverter Defibrillator: A Phenomenological Hermeneutics Study. *Journal Qualitative Research in Health Sciences* 2017;6(3):266-76.
30. Kim JS, Pressler SJ, Welch JL, Damush T, Sloan RS, Wu J, et al. Physical function of patients with implantable cardioverter-defibrillators. *J Cardiovasc Nurs* 2009;24(5):398-409.
31. Brough S. Wrap Your Rhythm Around My Heart; Lead Me Through the Dance of Life [Internet]. 2008 [cited 2019 Aug 2]. Available from: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:z0p9nxk1LgwJ:www.nyu.edu/classes/keefe/r/EvergreenEnergy/brouchs.pdf+&cd=1&hl=en&ct=clnk&gl=ir&client=firefox-b-d>
32. Freedenberg V, Thomas SA, Friedmann E. Anxiety and depression in implanted cardioverter-defibrillator recipients and heart failure: a review. *Heart Failure Clin* 2011;7(1):59-68.
33. Sears SF, Sowell LDV, Kuhl EA, Kovacs AH, Serber ER, Handberg E, et al. The ICD shock and stress management program: a randomized trial of psychosocial treatment to optimize quality of life in ICD patients. *Pacing Clin Electrophysiol* 2007;30(7):858-64.

34. Suyama-Chishaki A, Miyazono M, Tsuchihashi-Makaya M, Chishaki H, Inoue S, Mukai Y, et al. Quality of Life and Psychological Factors in Patients with Implantable Cardioverter Defibrillator. *J Arrhythmia* 2007;23(4):269-76.
35. Sola CL, Bostwick JM. Implantable Cardioverter-Defibrillators, Induced Anxiety, and Quality of Life. *Mayo Clinic Proceedings* 2005;80(2):232-7.
36. Pauli P, Wiedemann G, Dengler W, Blaumann-Benninghoff G, Kuhlkamp V. Anxiety in patients with an automatic implantable cardioverter defibrillator: what differentiates them from panic patients? *Psychosomatic Medicine* 1999;61(1):69-76.
37. Dunbar SB, Langberg JJ, Reilly CM, Viswanathan B, McCarty F, Culler SD, et al. Effect of a psychoeducational intervention on depression, anxiety, and health resource use in icd patients. *Pacing Clin Electrophysiol: PACE* 2009;32(10):1259-71.
38. Johansson I, Strömberg A. Experiences of driving and driving restrictions in recipients with an implantable cardioverter defibrillator-the patient perspective. *J Cardiovas Nurs* 2010;25(6):E1-E10.
39. Ooi SL, He H-G, Dong Y, Wang W. Perceptions and experiences of patients living with implantable cardioverter defibrillators: a systematic review and meta-synthesis. *Health Qual Life Outcomes* 2016;14(1):160.

THE EFFECT OF NURSE-PEER-LED SUPPORT INTERVENTION ON QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH AN IMPLANTABLE CARDIOVERTER-DEFIBRILLATOR: A RANDOMIZED CLINICAL TRIAL

Alireza Rahmani¹, Yaser Moradi², Sohrab Saadat^{*3}, Vahid Alinejad⁴

Received: 09 Feb, 2019; Accepted: 23 Apr, 2019

Abstract

Background & Aims: Nowadays, the quality of life and how coping and treatment of patients with an implantable cardiac defibrillator has led to concern and attempts to reduce or eliminate the problems of these patients in the people who provide health care services. This study aimed to determine the effect of nurse-peer-led support intervention on quality of life in patients with an implantable cardioverter defibrillator in Seyyed-Al-Shohada Hospital in Urmia.

Materials & Methods: In this clinical trial study, 120 Patients with an implantable cardioverter defibrillator who had referred to the dysrhythmic clinic and eligible for inclusion of study, were randomly divided into two groups of 60 patients (nurse-peer-led support intervention) and control (routine care). In the intervention group, a nurse-peer-led support intervention was implemented for five months from the beginning of February to the end of July and quality of life rate in patients with an implantable cardioverter defibrillator in the two groups before and after the appalling the nurse-peer-led support intervention were analyzed. Data collection tools included two parts: Demographic characteristics and MacNew quality of life questionnaire. The data were analyzed by SPSS v. 20 and descriptive statistics (mean, standard deviation) and inferential statistics (Chi-square, independent t-test, and paired t-test).

Results: The mean score of quality of life before appalling of nurse-peer-led support intervention in the intervention group was 89.10 ± 21.37 and in control group 83.86 ± 23.45 that there was no statistically significant difference between the two groups (P -value= 0.204). But after appalling of nurse-peer-led support intervention, the mean score of quality of life in the intervention group ($124/83 \pm 10/83$) was significantly higher than the control group ($84/83 \pm 27/67$), ($P < 0.0001$).

Conclusion: According to the findings of this study, it follows that the appalling of nurse-peer-led support intervention can lead to improving the quality of life of patients with an implantable cardioverter defibrillator.

Keywords: Implantable Cardioverter Defibrillator, Quality Of Life, Nurse-Peer-Led

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

Tel: 989371945603

Email: sohrab.saadat1988@gmail.com

¹ MSc in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

² MSc in Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

³ MSc in Critical Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

⁴ MSc of Biostatistics, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran