

تأثیر الگوی مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران بعد از عمل آنژیوپلاستی کرونری

محمد مهدی دائی^۱، رضا ضیغمی^۲، زهرا ارجینی^۳، محمود علیپور حیدری^۴

۱. استادیار گروه قلب و عروق، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران
۲. استادیار گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران
۳. دانشجوی کارشناسی ارشد مراقبت های ویژه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران
۴. استادیار گروه آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

* نویسنده مسؤول: قزوین، بلوار شهید باهنر، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، دانشکده پرستاری و مامایی
پست الکترونیک: z.arjeini@yahoo.com

چکیده

مقدمه: با توجه به شیوع بالای بیماری های عروق کرونر و افزایش نیاز به جراحی های مداخله ای به ویژه آنژیوپلاستی انتظار می رود کیفیت زندگی با انجام این عمل تا حد قابل قبولی افزایش پیدا کند؛ اما مطالعات نشان می دهد که این رشد چندان قابل توجه نبوده است.

هدف: تعیین تأثیر الگوی مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران بعد از عمل آنژیوپلاستی.

روش: این کارآزمایی بالینی شاهددار تصادفی سازی شده در سال ۱۳۹۱ در بیمارستان بوعلی سینای قزوین بر روی ۹۳ بیمار کاندید آنژیوپلاستی انجام گرفت. الگوی مراقبت پیگیر در گروه آزمون در طول دو ماه به کار گرفته شد. برای گردآوری داده ها، دو پرسشنامه داده های دموگرافیک و سنجش کیفیت زندگی اختصاصی مک نیو (MNHD-Q) در ۳ مرحله استفاده شد. داده ها با آزمون های تی زوجی، مجذور کای و آنالیز واریانس با اندازه گیری مکرر با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۱۱/۵ تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: میانگین سنی در گروه آزمون $56/0 \pm 10/9$ و در گروه شاهد $56/1 \pm 13/5$ سال بود. میانگین نمرات کیفیت زندگی در گروه آزمون قبل از مداخله $126/0 \pm 3/1$ ، یک ماه بعد $132/0 \pm 3/1$ و دو ماه بعد $147/0 \pm 2/6$ و در گروه شاهد نیز قبل از مداخله $114/0 \pm 3/7$ ، یک ماه بعد $104/0 \pm 3/6$ و دو ماه بعد $110/0 \pm 3/8$ بود؛ که اثر اصلی نوع گروه $(\eta^2=0/7)$ و $(p<0/001)$ و اثر اصلی مداخله در بین گروه ها $(\eta^2=0/7)$ و $(p<0/001)$ معنی دار بود.

نتیجه گیری: پیشنهاد می گردد بستر مناسب برای اجرای الگوی مراقبت پیگیر فراهم گردد؛ تا از این طریق، موجب ارتقای کیفیت خدمات پرستاری در امر مراقبت و افزایش کیفیت زندگی بیماران گردد.

کلیدواژه ها: الگوی مراقبت پیگیر، کیفیت زندگی، آنژیوپلاستی عروق کرونر

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۹/۲۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۲/۱۹

مقدمه

بیماری‌های قلبی عروقی به عنوان مهمترین و اصلی‌ترین عامل مرگ‌ومیر در جهان شناخته شده است (۱). پیش‌بینی می‌شود که این بیماری‌ها تا سال ۲۰۲۰ به شایعترین علت مرگ در جهان تبدیل شود (۲). در ایران نیز شیوع این بیماری بالا گزارش شده است (۳). طبق آمار وزرات بهداشت و درمان، ۳۹/۳ درصد کل مرگ‌ومیرها ناشی از بیماری‌های قلبی و عروقی و ۱۹/۵ درصد مربوط به سکنه‌های قلبی است (۴).

عدم کنترل بیماری اختلال عروق کرونر باعث بروز اختلالات جبران‌ناپذیر متعددی بر دیگر سیستم‌های بدن (ریه، کلیه، گوارش، کبد و ...) می‌شود؛ از طرفی، موجب عوارض متعددی همچون نارسایی قلبی، ناتوانی جسمی و درد قلبی می‌گردد و کیفیت زندگی را به شدت آسیب‌پذیر می‌کند (۵). پایه درمان بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر درمان طبی است. بسیاری از بیماران با تکنیک عروق‌سازی مجدد کرونر بهبود می‌یابند (۲). طبق آمار انجمن قلب آمریکا، درمان بیماران با تکنیک‌های عروق‌سازی مجدد طی ده سال گذشته دو برابر شده است (۶).

آنژیوپلاستی عروق کرونر و روش‌های متنوع آن یکی از راه‌های مهم درمانی در تنگی عروق کرونر می‌باشد (۷). در نتیجه این تکنیک‌های بسیار پیشرفته و استفاده از استنت‌ها (stent) برای باز نگه داشتن شریان‌ها، امروزه آنژیوپلاستی کرونری به عنوان روش برتر برای خون‌رسانی مجدد عروق در بیماران با ترومبوز انسدادی عروق کرونر شناخته شده است (۸).

اصولاً در بیمارانی که مبتلا به مشکل مزمنی مثل ضایعه عروق کرونر هستند، درمان بیماری یک هدف واقعی و دست‌یافتنی تلقی نمی‌شود؛ چرا که این بیماری ناتوان‌کننده است، سیری پیش‌رونده دارد و عوامل متعدد بیرونی و درونی بر تشدید و بهبود آن مؤثر می‌باشد. این خصوصیات طبعاً بر روند کیفیت زندگی بیماران اثر می‌گذارد و همواره توجه به این شاخص مهم جزو اهداف اساسی مراکز درمانی و مراقبتی به شمار می‌رود (۹).

در عصر حاضر که عصر الکترونیک و تحولات صنعتی است، به اقتضای پیشرفت تکنولوژی، میل به ارتقای کیفیت زندگی پیوسته مورد تأکید است. WHO کیفیت زندگی را به عنوان ادراک فرد از موقعیت خود در زندگی، در قلمرو فرهنگ و ارزش‌های جامعه و در راستای اهداف، انتظارات، استانداردها و علایق فردی تعریف کرده است (۱۰). مطالعات نشان می‌دهد که کیفیت زندگی بیماران ۳۰-۶ ماه بعد از اولین سکته قلبی حاد کاهش می‌یابد. این کاهش در مقیاس‌های جسمانی بیشتر از مقیاس‌های روحی-روانی می‌باشد (۱۱-۱۳). تحریر و همکاران در مطالعه‌ای به مقایسه کیفیت زندگی بیماران شریان

کرونری پس از درمان جراحی بای‌پس و مداخله از راه پوست پرداختند. نتایج نشان داد که افراد تحت درمان با جراحی بای‌پس کیفیت زندگی بهتری نسبت به افراد تحت درمان با مداخله از راه پوست داشته‌اند. می‌جیونگ و دوسو (۲۰۱۳) اعلام داشتند که اگرچه PCI یک روش مؤثر در درمان بیماری‌های قلبی است؛ اما کیفیت زندگی وابسته به سلامت بعد از آنژیوپلاستی چندان کافی به نظر نمی‌رسد و ارایه برنامه‌های مراقبتی حمایتی برای این بیماران لازم است (۱۱).

مراقبت اساسی‌ترین محور فعالیت‌های پرستاری است و شالوده حرفه پرستاری تلقی می‌گردد (۸). مهمترین هدف بالینی یا هدف از مراقبت بالینی کاهش شدت علائم و استرس حاصل از آن است به طوری که کیفیت زندگی حفظ شود (۱۲).

مدلی با عنوان «مدل مراقبت پیگیر» (Continuous Care) در ایران توسط احمدی (۱۳۸۰) در رابطه با بیماران مزمن رگ‌های کرونر طراحی و ارزیابی شد. یافته‌های این پژوهش نشان داد که به‌کارگیری این مدل بر شاخص‌های متعددی از قبیل دفعات بستری شدن، روند دفعات ویزیت پزشک معالج، سطح چربی خون، اصلاح رژیم غذایی، دفعات استفاده از قرص‌های نیتروگلسیرین زیرزبانی و خصوصاً کیفیت زندگی بیماران مؤثر بوده است (۵). در پژوهش‌های قوامی (۱۳) (۱۳۸۵)، صادقی شرمه (۱۴) (۲۰۰۲)، رحیمی (۱۵) (۲۰۰۵) و مهدی‌زاده (۱۶) (۲۰۰۸)، که به ترتیب بررسی تأثیر مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی، نارسایی قلبی، همودیالیزی و مصدومین شیمیایی صورت گرفته است؛ نتایج آن‌ها نشان می‌دهد که اجرای این مدل بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر مثبت دارد.

با توجه به این که بیماران مبتلا به اختلال عروق کرونر به غیر از روش دارویی - که پایه درمان بیماران قلبی به شمار می‌رود - به یکی از دو روش درمانی پیوند عروق کرونر یا آنژیوپلاستی به عنوان دو زیرگروه بزرگ این بیماری تحت درمان قرار می‌گیرند. نظر به این که عوارض و شرایط پس از انجام عمل پیوند عروق کرونر با آنژیوپلاستی تفاوت‌های زیادی دارد؛ خلاء ناشی از انجام مطالعه در این زیرگروه محسوس بود؛ تا پایه‌ای برای انجام مطالعات مقایسه‌ای بین این دو گروه گردد. بنابراین، این پژوهش با هدف تعیین تأثیر الگوی مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران بعد از عمل آنژیوپلاستی در قزوین انجام شد.

روش‌ها

این پژوهش یک تحقیق از نوع کارآزمایی شاهددار تصادفی بود؛ که روی ۱۰۰ بیمار کاندید عمل آنژیوپلاستی در بیمارستان بوعلی سینا شهر قزوین در سال ۱۳۹۲ انجام گرفت. در این مطالعه، ابتدا تمام بیمارانی که شرط ورود به مطالعه را داشتند با

پایایی قابل قبولی داشته است (۱۷). این پرسشنامه برای بیماران قلبی در شهر اصفهان توسط یوسفی و جعفری هنجاریابی شده است (۱۸).

همچنین این ابزار در طی تحقیقی به زبان ترکی استانبولی روی بیماران مبتلا به آنژین صدری آزمایش شد و با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ اعتماد علمی آن تأیید شد (۱۹). باقی در سال ۱۳۸۰ با توجه به وضعیت بیماران در ایران و شرایط ویژه آن‌ها در ظاهر گزینه‌های پرسش‌ها تغییراتی ایجاد شد و آن‌ها را به صورت ستونی طراحی کرد. اعتبار علمی این پرسشنامه از روش اعتبار محتوا به دست آمد و روی بیماران مبتلا به آنفارتکتوس میوکارد با ضریب پایایی ۰/۹۲ به کار گرفته شد (۲۰).

بومی‌سازی این ابزار در مطالعه اسدی‌لاری در سال ۲۰۰۳ در بیماران مبتلا به آنفارتکتوس میوکارد صورت گرفت؛ که همبستگی درونی حیطه احساسی- عاطفی و فیزیکی با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و حیطه اجتماعی ۰/۹۴ و برای کل حیطه‌ها ۰/۹۵ گزارش شد (۲۱). برای تعیین روایی صوری و محتوا، پرسشنامه در اختیار تعدادی از اساتید متخصص قرار گرفت و نظرات اصلاحی آنان اعمال گردید. سپس پرسشنامه بین ۲۰ بیمار توزیع شد و به منظور تعیین میزان پایایی داده‌های جمع‌آوری شده از روش آلفای کرونباخ استفاده شد؛ که میزان آلفای کرونباخ ۰/۹۵۳ به دست آمد و پایایی آن تأیید گردید. در نهایت، نمرات کیفیت زندگی بیماران به صورت نمره کیفیت عاطفی (حداکثر نمره ۹۸)، کیفیت فیزیکی (حداکثر نمره ۸۴)، کیفیت اجتماعی (حداکثر نمره ۹۱) و نمره کیفیت زندگی کلی (حداقل ۲۶ و حداکثر نمره ۱۸۲) محاسبه شد. MNHD-Q در مطالعات متعدد و در بیماری‌های مختلف به کار گرفته شده است.

پژوهشگر پس از دریافت معرفی‌نامه کتبی و کسب اجازه از مسؤولان مربوطه، به واحد آنژیوگرافی بیمارستان بوعلی‌سینا مراجعه و اقدام به نمونه‌گیری نمود. بیمارانی که واجد شرایط شرکت در مطالعه بودند، انتخاب شدند و با ارایه فرم رضایت‌نامه برای مطالعه به افراد باسواد و توضیح شفاهی آن در حضور یک فرد ثالث برای افراد بی‌سواد، از آن‌ها برای شرکت در پژوهش رضایت کتبی کسب گردید.

در زمان پذیرش بیمار و قبل از انجام آنژیوپلاستی، ابتدا تمام بیمارانی که شرط ورود به مطالعه را داشتند وارد مطالعه شدند و پرسشنامه‌های دموگرافیک و کیفیت زندگی مک‌نیو توسط واحدهای پژوهش در مرحله قبل از به‌کارگیری مدل تکمیل شد. سپس بیماران به روش تخصیص تصادفی با استفاده از کارت اعداد، در دو گروه آزمون و شاهد (هر گروه ۵۰ نفر) قرار داده شدند.

نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند و سپس به روش تخصیص تصادفی با استفاده از کارت اعداد در دو گروه آزمون و شاهد قرار داده شدند.

حجم نمونه با توجه به هدف و با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد ($\alpha=0.05$) و با توان آزمون ۸۵ درصد و با توجه به واریانس و میانگین قبل و بعد از مداخله در مطالعات قبلی با در نظر گرفتن میزان ریزش در هر گروه، ۵۰ نفر تعیین گردید.

$$n = \frac{2(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2 \times (p(1-p))}{(p1-p2)^2} = \frac{2(1.96+1.04)^2 \times (0.55 \times 0.45)}{(0.7-0.4)^2} = 50$$

۷ نفر از واحدهای پژوهش از مطالعه خارج شدند و در مجموع، ۹۳ نفر در دو گروه مطالعه شدند. واحدهای این پژوهش را بیماران مبتلا به تنگی عروق کرونر مراجعه کننده به بخش آنژیوپلاستی بیمارستان بوعلی‌سینا شهر قزوین که کاندید عمل آنژیوپلاستی بودند، تشکیل می‌دادند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از: ابتلا به بیماری عروق کرونر، توانایی برقراری ارتباط، تمایل به همکاری و نخستین بار کاندید آنژیوپلاستی باشند. در صورتی که بیمار در طول دوره مداخله قادر یا مایل به همکاری نبود و یا با استرس شدیدی نظیر مرگ بستگان درجه یک و بروز بیماری ناتوان کننده جدید مواجه می‌شد از مطالعه خارج می‌شد.

برای گردآوری داده‌ها دو پرسشنامه داده‌های دموگرافیک و سنجش کیفیت زندگی اختصاصی مک‌نیو MacNew Heart Disease Health-related Quality of life (Instrument) در ۳ مرحله پیش، ۱ و ۲ ماه پس از انجام آنژیوپلاستی استفاده شد؛ که ابزار سنجش خودارزیابی کیفیت زندگی، نسخه ترجمه شده مک‌نیو (MNHD-Q) بود.

این ابزار به منظور ارزیابی تأثیر درمان و آموزش در بیماران بازتوانی قلبی طراحی شده و شامل سه حیطه عاطفی (۱۴ پرسش)، فیزیکی (۱۲ پرسش) و اجتماعی (۱۳ پرسش) است و در مجموع، ۲۷ پرسش تشکیل می‌شود. حداکثر نمره در هر پرسش، ۷ (بهترین شرایط موجود در رابطه با کیفیت زندگی) و حداقل نمره یک (بدترین شرایط موجود در رابطه با کیفیت زندگی) است. پرسش آخر که در رابطه با فعالیت جنسی در حیطه فیزیکی بود بنا به شرایط بیماران حذف شد.

این ابزار در بیماران آنفارتکتوس میوکارد، نارسایی قلبی و بیماران دارای تحریک‌ساز به کار گرفته شده است. اعتبار و پایایی این ابزار توسط هوفر (۲۰۰۴) روی بیماران آنفارتکتوس میوکارد تأیید شده است؛ که با ضریب همبستگی و وابستگی درونی ۰/۷۳،

این دوره شامل چهار مرحله آشناسازی، حساس‌سازی، کنترل و ارزشیابی بود. ۵ هدف مرحله آشناسازی، آشنایی، شناخت درست مشکل، توجیه و ترغیب مددجو و خانواده و ضرورت فرآیند پیگیری در مددجویان مورد نظر است. در این قسمت، پژوهشگر جلسه‌ای را در بیمارستان به این منظور تدارک دیده و هماهنگ نمود. سپس طی این جلسه که در شیفیت صبح یا عصر برگزار می‌گردید و ۱۵ الی ۳۰ دقیقه به طول می‌انجامید؛ با حضور بیمار و خانواده وی آشنایی با یکدیگر، ترغیب بیمار، انتظارات مراقبتی، آشنایی با روند مراقبت و پرسش و پاسخ‌های توجیهی و توصیه‌هایی شفاهی مبنی بر لزوم تداوم و حتی‌الامکان عدم قطع رابطه مراقبتی درمانی بین طرفین تا انتهای زمان مقرر صورت پذیرفت. در گروه شاهد هیچ اقدام خاصی با رویکرد مراقبت مداوم صورت نگرفت و فقط توصیه‌های معمول بیمارستان به آن‌ها ارائه گردید.

روند حساس‌سازی به منظور درگیر کردن بیمار و خانواده در خصوص اجرای رویکرد مراقبت مداوم می‌باشد. اقداماتی که برای واحدهای پژوهش در مرحله اجرای مدل انجام شد، در قالب جلسات مشاوره‌ای به صورت مشاوره، بحث گروهی، سخنرانی و پرسش و پاسخ بود. این جلسات با توجه به ماهیت و نوع نیازها و مشکلات بیماران و خانواده آن‌ها به منظور کشف مشکلات جدید، حساس‌سازی و تحریک نمودن مددجویان بر لزوم پیگیری مشکلات، همچنین در خصوص عوارض و تأثیر آنژیوپلاستی بر زندگی مددجویان صورت گرفت. چگونگی استفاده از رژیم غذایی مناسب، نوع روغن مصرفی، محدودیت مصرف نمک، تعدیل وزن، همچنین در خصوص اهمیت استفاده از داروها، مراجعه منظم به پزشک و کنترل شاخص‌هایی مثل نبض، فشارخون و ضرورت حذف عادات مضر مثل سیگار کشیدن و تذکر در خصوص شرایط پس از آنژیوگرافی و ضرورت توجه پیگیر و اهمیت رفتارهای مداوم و مستمر بهداشتی مورد توجه قرار گرفت. در این مرحله، جلساتی به منظور اجرای مشاوره و بحث گروهی با دعوت از بیماران در کلاسی در محیط بیمارستان تشکیل گردید. مدت جلسات ۱ تا ۲ ساعت با توجه به سطح تحمل بیماران و خانواده‌های آنان بود.

پس از اتمام جلسات گروهی، جلسات فردی برای تکمیل و تعمیق مباحث و نیز بیمارانی که در جلسات حضور نداشتند، در محل اجرای تحقیق و یا در منزل بیماران و با هماهنگی قبلی به مدت ۳۰ تا ۶۰ دقیقه صورت می‌گرفت. در تمامی جلسات بحث گروهی، پژوهشگر به عنوان رهبر گروه عمل نموده و با درگیر نمودن بیماران در بیان مشکلات و بحث در مورد آن‌ها جلسه را هدایت می‌کرد. در مواردی که مشکل مورد نظر خارج

از تخصص و حیطه دانش پژوهشگر بود، مددجو و خانواده به متخصص ارجاع داده می‌شد. لازم به ذکر است که در مورد گروه شاهد، فقط جلسه آشناسازی در بیمارستان و ارزیابی نهایی به منظور تکمیل مجدد پرسشنامه‌ها و شاخص‌های اندازه‌گیری در پایان ماه اول و دوم صورت می‌گرفت.

مرحله کنترل مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران، بصورت پیگیری بوده و با حضور فیزیکی منظم و مؤثر به طور هفتگی و مداوم با تماس‌های حضوری در محل اجرای تحقیق یا در منزل بیماران و یا تلفنی متناسب با نیازهای مراقبتی و نیز تکمیل چک‌لیست‌ها مکرراً به اجرا درمی‌آمد.

ارزشیابی به عنوان گام چهارم و نهایی الگو می‌باشد؛ ولی این مورد در تمامی مراحل از ابتدا مورد توجه بوده و جاری بود؛ به این شکل که پس از اجرای مرحله حساس‌سازی، پژوهشگر به پایش و کنترل رفتار بیمار و تأثیر آموزش‌های ارائه شده برای رسیدن به شاخص‌های کنترلی از طریق پرسش شفاهی و تکمیل چک‌لیست‌ها می‌پرداخت و رفع یا عدم رفع مشکل یا بروز مشکل جدید بررسی می‌شد. در نهایت، این مرحله با تکمیل پرسشنامه با نظارت مستقیم پژوهشگر در پایان ماه اول و دوم پس از انجام آنژیوپلاستی پایان پذیرفت.

کسب معرفی‌نامه و مجوز از مسؤولان، اخذ رضایت از بیمار و خانواده برای شرکت آگاهانه، اختیاری بودن شرکت واحدهای مورد پژوهش، محرمانه ماندن تمامی اطلاعات خصوصی کسب شده از واحدهای مورد پژوهش و اختیاری بودن خارج شدن از مطالعه در هر زمانی از انجام طرح از نکات اخلاقی بود که در این پژوهش رعایت گردید.

طرح به شماره نامه ۲۸/۲۰/۷۰۶۲ به تاریخ ۱۳۹۱/۱۲/۲۰ به تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی قزوین رسید. داده‌های به دست آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۱/۵ و آزمون‌های مجذور کای، تی مستقل و تی زوجی و آنالیز واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

میانگین سنی در گروه آزمون $56/0 \pm 10/9$ و در گروه شاهد $56/1 \pm 13/5$ سال بود. اختلاف سنی معنی‌داری بین گروه‌ها وجود نداشت ($p=0/9$). در گروه شاهد، ۲۳ نفر (۵۰/۰ درصد) زن و ۲۳ نفر (۵۰/۰ درصد) مرد و در گروه مداخله، ۲۷ نفر (۵۷/۴ درصد) زن و ۲۰ نفر (۴۲/۶ درصد) مرد بودند. اختلاف معنی‌داری بین گروه‌ها از نظر جنس وجود نداشت ($p=0/4$) (جدول ۱).

جدول ۲ میانگین نمره کیفیت زندگی در دو گروه آزمون و شاهد را قبل، یک ماه و دو ماه پس از مداخله نشان می‌دهد. میانگین نمره کل کیفیت زندگی در مرحله قبل از مداخله در گروه آزمون

گروه آزمون در مقایسه با گروه کنترل است. میانگین نمرات در سه بُعد جسمی، عاطفی، اجتماعی در دو گروه آزمون و شاهد و همچنین در طول زمان نیز تفاوت معنی داری را نشان می‌دهد. بنابراین، فرضیه تحقیق تأیید گردید و اجرای الگوی مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران بعد از عمل آنژیوپلاستی تأثیر مثبت و معنی داری داشت (جدول ۲). نمودار ۱ مقایسه روند میانگین نمرات کیفیت زندگی در هر دو گروه آزمون و شاهد در سه دوره قبل، یک ماه بعد و ۲ ماه بعد از مداخله را نشان می‌دهد.

۱/۲۶/۰±۳/۱ و در گروه شاهد ۷/۱۱۴/۰±۳ بود؛ که این میزان یک ماه پس از مداخله در دو گروه آزمون و شاهد به ترتیب ۱/۱۳۲/۰±۳/۶ و ۶/۱۰۴/۰±۳/۶ و دو ماه پس از مداخله ۶/۱۴۷/۰±۲/۶ و ۸/۱۱۰/۰±۳/۸ شد. میانگین نمره کیفیت زندگی قبل از مداخله یک ماه بعد از مداخله و دو ماه بعد از مداخله بین دو گروه در هر سه مرحله تفاوت آماری معنی داری داشت ($p < 0.05$). نتایج حاصل از آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان‌دهنده روند بهبود صعودی کیفیت زندگی در سه بار اندازه‌گیری در

جدول ۱: متغیرهای دموگرافیکی

نتیجه آزمون مجذورکای (P)	کل		آزمون		شاهد		گروه	متغیر
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۰/۴	۵۳/۸	۵۰	۵۷/۴	۲۷	۵۰/۰	۲۳	زن	جنسیت
	۴۶/۲	۵۰	۴۲/۶	۲۰	۵۰/۰	۲۳	مرد	
۰/۲	۱/۱	۱	۲/۱	۱	۰	۰	مجرد	وضعیت تأهل
	۸۴/۹	۷۹	۸۷/۲	۴۱	۸۲/۶	۳۸	متاهل	
	۴/۳	۴	۴/۳	۲	۴/۳	۲	مطلقه	
	۹/۷	۹	۶/۴	۳	۱۳/۰	۶	همسرمرده	
۰/۲	۵۰/۵	۴۷	۴۲/۶	۲۰	۵۸/۷	۲۷	بی‌سواد	تحصیلات
	۲۶/۹	۲۵	۳۱/۹	۱۵	۲۱/۷	۱۰	زیردیپلم	
	۱۷/۲	۱۶	۱۹/۱	۹	۱۵/۲	۷	دیپلم و فوق‌دیپلم	
	۵/۴	۵	۶/۴	۳	۳/۴	۲	لیسانس و بالاتر	
۰/۰۰۴	۳۴/۴	۳۲	۳۶/۲	۱۷	۳۲/۶	۱۵	دیابت	بیماری زمینه‌ای
	۵۳/۸	۵۰	۴۸/۹	۲۳	۵۸/۷	۲۷	فشارخون	
	۳۶/۶	۳۴	۴۲/۶	۲۰	۳۰/۴	۱۴	چربی خون	
۰/۲	۴۳/۰	۴۰	۴۴/۷	۲۱	۴۱/۳	۱۹	حمله قلبی	سابقه مصرف سیگار
	۳۷/۶	۳۵	۳۱/۹	۱۵	۴۳/۵	۲۰	بله	
۰/۵	۶۲/۴	۵۸	۶۸/۱	۳۲	۵۶/۵	۲۶	خیر	فعالیت روزمره
	۵/۴	۵	۸/۵	۴	۲/۲	۱	نه	
	۲۹/۰	۲۷	۱۹/۱	۹	۳۹/۱	۱۸	گهگاهی	
۰/۱	۶۵/۶	۶۱	۷۲/۳	۳۴	۵۸/۷	۲۷	روزانه	پیاپی‌روزی
	۲۵/۸	۲۴	۲۷/۷	۱۳	۲۳/۹	۱۱	نه	
	۶۱/۳	۵۷	۶۶/۰	۳۱	۵۶/۵	۲۶	گهگاهی	
۰/۴	۱۲/۹	۱۲	۶/۴	۳	۱۹/۶	۹	روزانه	ورزش
	۶۱/۳	۵۷	۵۹/۶	۲۸	۶۳/۰	۲۹	نه	
۰/۴	۳۳/۳	۳۱	۳۱/۹	۱۵	۳۴/۸	۱۶	گهگاهی	روزانه
	۵/۴	۵	۸/۵	۴	۲/۲	۱	روزانه	

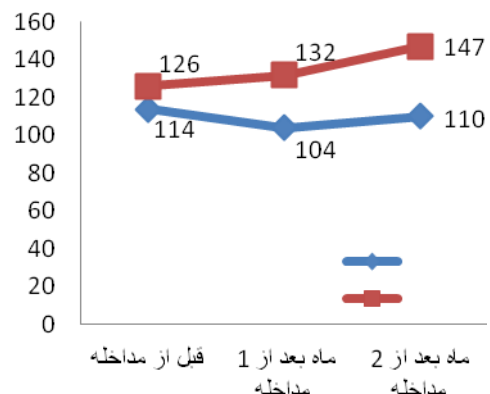
جدول ۲: توزیع واحدهای مورد مطالعه بر حسب میانگین نمرات کیفیت زندگی، قبل، یک ماه و دو ماه پس از مداخله (ANOVA با اندازه‌گیری تکراری)

نتیجه آزمون تی مستقل (P)	انحراف معیار میانگین آزمون	انحراف معیار میانگین شاهد	گروه	
			ابعاد کیفیت زندگی	
.۰/۰۱ .۰/۰۰۱ .۰/۰۰۱	۶۶/۹ ± ۱۱/۳	۶۰/۴ ± ۱۳/۳	قبل از مداخله	عاطفی
	۷۰/۷ ± ۱۱/۱	۵۶/۱ ± ۱۳/۴	یک ماه بعد	
	۷۸/۵ ± ۹/۸	۵۸/۹ ± ۱۳/۵	دو ماه بعد	
.۰/۰۱ .۰/۰۰۱ .۰/۰۰۱	۶۴/۵ ± ۱۲/۵	۵۷/۹ ± ۱۳/۷	قبل از مداخله	جسمی
	۶۷/۰ ± ۱۱/۸	۵۲/۷ ± ۱۲/۳	یک ماه بعد	
	۷۴/۶ ± ۹/۶	۵۶/۰ ± ۱۴/۱	دو ماه بعد	
.۰/۰۰۷ .۰/۰۰۱	۶۵/۳ ± ۱۱/۸	۵۸/۱ ± ۱۳/۴	قبل از مداخله	اجتماعی
	۶۶/۸ ± ۱۱/۵	۵۳/۲ ± ۱۳/۱	یک ماه بعد	
	۷۴/۵ ± ۹/۶	۵۶/۰ ± ۱۴/۸	دو ماه بعد	
.۰/۰۱ .۰/۰۰۱ .۰/۰۰۱	۱۲۶/۰ ± ۳/۱	۱۱۴/۰ ± ۳/۷	قبل از مداخله	کل
	۱۳۲/۰ ± ۳/۱	۱۰۴/۰ ± ۳/۶	یک ماه بعد	
	۱۴۷/۰ ± ۲/۶	۱۱۰/۰ ± ۳/۸	دو ماه بعد	

همچنین یافته‌های مطالعه احمدی و همکاران (۲۳) (۱۳۸۰) تأثیر اجرای این الگو بر روند و دفعات درد قفسه سینه و عود مجدد بیماری را تأیید می‌نماید. تفاوت پژوهش حاضر با تحقیقات قبلی مقایسه تغییرات کیفیت زندگی در سه دوره بود؛ به طوری که در سایر تحقیقات، کیفیت زندگی فقط قبل و بعد از مداخله بررسی شده بود.

یافته‌ها نشان می‌دهد که نمره مربوط به ابعاد کیفیت زندگی در مرحله بعد از مداخله در گروه آزمون به طور معناداری افزایش یافته است (جدول ۲). به طوری که در مدت یک ماه پس از مداخله در گروه آزمون، افزایش و در گروه شاهد کاهش کیفیت زندگی در تمام ابعاد مشاهده می‌شود. کاهش نمره کیفیت زندگی در گروه شاهد در طی زمان، نشان‌دهنده این می‌باشد که این گروه از بیماران حتماً به منظور تثبیت کیفیت زندگی در یک حد طبیعی نیاز به برنامه‌های مراقبتی خاص دارند (۲۴).

در مقایسه با مطالعه صادقی شرمه (۱۴) از برخی جهات متفاوت است. در مطالعه صادقی شرمه، در مدت یک ماه بعد از مداخله، فقط در بُعد عاطفی افزایش معنادار داشته است؛ در حالی که در مطالعه حاضر، افزایش کیفیت زندگی در تمام ابعاد افزایش معنادار داشته است؛ که به نظر می‌رسد که این تفاوت ناشی از شرایط متفاوت در یک ماه اول پس از انجام دو شیوه درمانی پیوند عروق کرونر و روش آنژیوپلاستی باشد. به این صورت که به دلیل تهاجمی‌تر بودن روش پیوند عروق نسبت به روش



نمودار ۱: مقایسه روند میانگین نمرات کیفیت زندگی در هر دو گروه آزمون و شاهد

بحث

هدف این پژوهش تعیین تأثیر الگوی مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران پس از عمل آنژیوپلاستی در قزوین بود. نتایج مطالعه نشان داد که میانگین نمره کیفیت زندگی در دو گروه پس از اجرای الگوی مراقبت پیگیر از نظر آماری اختلاف معناداری داشت؛ به طوری که کیفیت زندگی بیماران بعد از اجرای الگو در گروه آزمون افزایش یافته است (جدول ۲). یافته‌های این مطالعه با مطالعات قوامی (۱۳)، مهدی‌زاده (۱۶)، سالار (۲۲) و رحیمی (۱۵) هم‌راستا می‌باشد.

نسبت به گروه دیگر، برنامه بازتوانی بهتری داشتند (۲۶). تمام موارد بر پیگیری و توجه بیشتر به بیماران و استفاده از روش‌های مختلف پیگیری و مراقبت ایشان تأکید دارد و به عنوان یک روش مفید الگوی مراقبت پیگیر بیمار به منظور ارتقای کیفیت زندگی بیماران توصیه می‌گردد.

از محدودیت‌ها و مشکلات انجام این نوع مطالعات می‌توان به ریشه‌های فرهنگی افراد در پذیرش پژوهشگر برای برنامه پیگیری در منزل بیماران اشاره کرد؛ که در بسیاری از موارد، پژوهشگر را برای تشکیل جلسات با مشکل روبرو می‌کرد؛ برگزاری برخی از جلسات در بیمارستان و پیگیری‌های تلفنی در رفع این مشکل مؤثر بود.

نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از این مطالعه، اثرات مفید اجرای الگوی مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران پس از عمل آنژیوپلاستی را تأیید نمود. با توجه به رشد بالای آنژیوپلاستی عروق کرونر، عدم استفاده از برنامه‌های پیگیری بیماران توسط کارکنان درمانی بیمارستان‌ها و اثرات مثبت اجرای الگوی مراقبت پیگیر بر بهبود کیفیت زندگی بیماران پیشنهاد می‌گردد که مدیران پرستاری بستر مناسب برای اجرای الگوی مراقبت پیگیر را تأمین نمایند؛ تا از این طریق، موجب ارتقای کیفیت خدمات پرستاری در امر مراقبت از بیماران تحت عمل آنژیوپلاستی گردند و از طرفی، هزینه‌های ناشی از بستری مجدد را کاهش دهند.

از سویی دیگر، با به کارگیری این الگو و با ارتقای سطح خودکنترلی بیماران می‌توان به بررسی وضعیت آنان و یافتن بهترین راه حل برای مشکلات آنان پرداخت و از این طریق، بیماران را در پیشگیری یا کنترل عوارض بیماری‌شان یاری نمود؛ تا هر چه سریع‌تر با بهبود کیفیت زندگی در تمامی ابعاد، به یک زندگی طبیعی در محیط جامعه و خانواده بازگردند.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد رشته پرستاری مراقبت‌های ویژه به شماره قرارداد ۲۸/۶/۷۳۱۱ به تاریخ ۱۳۹۱/۱۲/۲۸ دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی قزوین می‌باشد. پژوهشگر به این وسیله از همکاری تمامی بیماران و خانواده‌های آنان که صادقانه در انجام این پژوهش یاری رساندند و از کلیه همکاران و مسؤولین محترم بیمارستان آموزشی بوعلی سینا شهر قزوین تشکر و سپاسگزاری می‌نماید.

References

1. Jamshidi N, Abbaszadeh A, NajafiKalyani M, the Effects of Video Education on Comfort and Tolerability of Patients Undergoing Coronary Angiography. Iranian Journal of Nursing Research 2010;5(16):38-44 (Persian)

آنژیوپلاستی، بیمار محدودیت‌های بیشتری را در این زمان و در این روش تجربه می‌کند.

کاهش کیفیت زندگی در گروه شاهد را از طرفی می‌توان به محدودیت‌های ایجاد شده و باورهای غلط نسبت به این روش درمانی و از طرفی ناشی از فراموش کردن آموزش‌های آرایه شده قبل از ترخیص نسبت داد؛ به طوری که طبق نظر درستین و درایتون (۲۰۰۰) بیماران پس از ترخیص از بیمارستان، به تدریج توصیه‌های درمانی آموزش داده شده را فراموش می‌کنند. بنابراین، تقویت این اطلاعات مورد نیاز است (۲۴)؛ که پژوهشگر در مطالعه حاضر با آرایه محتوای آموزشی، پیگیری‌های مداوم حضوری و تلفنی، آرایه راهکارهای لازم و در صورت لزوم، ارجاع به متخصص، سعی در رفع این مشکلات در گروه آزمون نمود.

در مدت دو ماه بعد از مداخله، افزایش چشمگیری در نمره کیفیت زندگی در تمام ابعاد در گروه آزمون در مقایسه با نمره کیفیت زندگی قبل از مداخله مشاهده شد. این یافته با نتایج مطالعه خیام نکویی و همکاران (۲۴) که بر روی ۵۶ نفر از بیماران قلبی انجام شد؛ همخوانی دارد. در گروه شاهد هم اگرچه افزایش نمره کیفیت زندگی در مقایسه با یک ماهه اول مشاهده می‌شود؛ اما در مقایسه با نمره کیفیت زندگی قبل از مداخله، کاهش نشان می‌دهد (نمودار ۱)؛ به طوری که مقایسه نمره کیفیت زندگی در انتهای اجرای الگو در دو گروه نشان می‌دهد که تفاوت معنادار و قابل توجهی بین کیفیت زندگی گروه آزمون و شاهد وجود دارد. این امر نقش مؤثر مراقبت پیگیر را در بهبود کیفیت زندگی بیماران بیش از پیش روشن می‌کند. با توجه به یافته‌های این پژوهش، می‌توان افزایش چشمگیر کیفیت زندگی در گروه آزمون را به برنامه مراقبت پیگیر نسبت داد.

فورویا و ماتا (۲۰۱۳) در مطالعه خود با بررسی ۷ مطالعه، نشان دادند که پیگیری تلفنی تغییرات مثبت آماری قابل توجهی در اندازه متغیرهای کیفیت زندگی وابسته به سلامت، درد، عملکرد جسمی، علایم خلقی، اضطراب، آگاهی از مراقبت از خود، عوارض دارویی و سطح لیپید ایجاد می‌کند (۲۵). هارکنس و همکاران (۲۰۰۵) در مطالعه‌ای با هدف تعیین تأثیر برنامه بازتوانی از طریق مداخله تلفنی بر روی بیماران تحت عمل بای‌پس قلبی، به این نتیجه رسیدند که بیمارانی که مراقبت‌های پرستاری از طریق تلفن را دریافت کردند به طور قابل توجهی

2. HarissonTinsely Randolph. *Harrisons Principles of Internal Medicine (Cardiovascular system)* 2005. Translated by Mousavy M, Rahmany G and Salary A. Tehran: Samat. 2005:380
3. Hatmi ZN, Tahvildari S, Gafarzadeh-Motlag A and Sabouri-Kashani A. Prevalence of Coronary Artery Disease Risk Factors in Iran: A population based survey. *BMC Cardiovasc Disord.* 2007; 7: 32. Published online Oct 30, 2007. doi: 10.1186/1471-2261-7-32
4. <http://behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=1&pageid=27467&newsview=16754&pro=nobak>, Accessed Jul 9, 2012
5. Ahmadi F. Design and evaluation of continuous care model in control of coronary artery problems. Ph.D Dissertation, Tarbiat Modares University 2002 (Persian).
6. Apostolakis E, Merkouris A, Pistolas D, Papagiannaki V, and Diakomopoulou E, Patiraki E. Quality of Life after Coronary Artery Bypass Surgery in Male Patients: 1 year follow up 2006. www.nursing.gr/cabg
7. Buffon A, Iuzzo G, Biasucci LM, et al. Preprocedural Serum Level of C - reactive protein Predict Early Complications and Late Restenosis after Coronary Angioplasty. *J Am Coll Cardiol* 1999;34:1512-21
8. L. Marino Paul. *The ICU Book*, Third edition 2007
9. Lukkarinen H. Quality of life in Coronary Artery Disease. *Nursing Research* 1998;48:337-42
10. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQoL). Development and General Psychometric Properties. *Soc Sci Med Jun* 1998;46(12):1569-85
11. Mi-Jeong K, Doo Soo J, Hyeon-Cheol G, Soo-Joong K, Kiyuk Ch, Hyo-Soo K, Seung-Jea T. Health-Related Quality-of-Life after Percutaneous Coronary Intervention in Patients with UA/NSTEMI and STEMI. the Korean Multicenter Registry <http://dx.doi.org/10.3346/jkms>. 2013.28.6.848 • *J Korean Med Sci* 2013; 28
12. Sadeghi Sherme M, Razmjooei N, Ebadi A, Najafi Mehri S, Asadi-Lari M, Bozorgzad P. Effect of Applying Continuous Care Model on Quality of Life of Patients after Coronary Artery Bypassgraft. *Iranian Journal of Critical Care Nursing* 2009; 2(1):1-6 (Persian)
13. Ghavami h, Ahmadi F, Meamarian R, Entezami h, FaghihZadeh S. Effectiveness of Applying Continuous Care Model on Diabetic Patients Body Mass Index and Weight. *Ofogh-e-danesh, Journal of Gonabad University of Medical Sciences And Health Services* 2006; 12(2):10-5 (Persian)
14. Sadeghi Sherme M, Alavi Zerang F, Ahmadi F, Karimi Zarchi A, Babatabar H. D, Ebadi A. Effect of Applying Continuous Care Model on Quality of Life in Heart Failure Patients. *Journal of Behavioral Sciences* 2009;3 (1):3-4 (Persian)
15. Rahimi A. Effect of Follow-up Care Model on Quality of Life Hemodialysis Patients. [Master Thesis]. Tehran: Tarbiat Modarres University; 2005 (Persian).
16. Mehdizade S. Effect of Applying the Model to Followup Care on Quality of Life in Chemical Injured Patients with Obstructive Bronchiolitis [Master Thesis]. Tehran: Baqiyatallah University of Medical Sciences; 2008 (Persian).
17. Hofer S, Lim L, Guyatt G, Oldridge N. The MacNewheart Disease Health-Related Quality of Life Instrument. *Health Qual Life Outcom* 2004;2(3) Available from: <http://www.hqlo.com> doi:10.1186/1477-7525-2-3
18. Jafari M. Validation of the Quality of Life MacNew Questionnaire for Cardiac Patients. [Dessertation]. Isfahan: Khorasgan University 2004 (Persian).
19. 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 Evalu Clin Practice* 2008;14(2):209-13

20. Bagheri H. Effects of Group Counseling Program Onquality of Life of Patients with Myocardial Infarction Referred to Clinics Affiliated to Tehran Medical Universities' Hospitals [Master Thesis]. Tehran: TarbiatModarres University 2001(Persian).
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 Iranianpopulation. Health Qual Life Outcom 2003; 1:23 Availablefrom: <http://www.hqlo.com>.
22. Salar AR, Ahmadi F, FaghiehZadeh S. Study of Effectiveness of Continuous Care Consultationon the Quality of Life of Elderly Clients. Tabibeshargh Journal 2004;5(4) (Persian)
23. Ahmadi F, Ghofranpour F, Abedi HA, Arefi SH, Faghieh-zadeh S. The Effect of Continuous Consultation Care Model on Rehospitalization and Chest Pain in Patients with Coronary Artery Disease. The Journal of Qazvin Univ. of Med. Sci 2005;35 (Persian)
24. KhayamNekouei Z, Yousefy A, Manshaee Q. The Effect of Cognitive-Behavioral Therapy on the Improvement of Cardiac Patients' Life Quality. Iranian journal of Medical Education 2010; 10(2):148-54. (Persian)
25. Furuya RK, Mata LR, Veras VS, Appoloni AH, Dantas RA, Silveira RC, Rossi LA. Original Research: Telephone Follow-Up for Patients After Myocardial Revascularization: a Systematic Review. Am J Nurs 2013 May;113(5):28-31
26. Harkness K, Smith KM, Taraba L, Mackenzie CL, Gunn E, Arthur HM. Hamilton Health Sciences, Ontario, Canada. Effect of a Postoperative Telephone Intervention on Attendance at Intake for Cardiac Rehabilitation after Coronary Artery Bypass Graft Surgery Heart Lung.The Journal of Acute and Critical Care, 2005 May-Jun; 34(3):179-86

The effect of continuous care model on quality of life of patients after coronary angioplasty in Bou Ali Sina hospital

Mohammad Mahdi Daei¹, Reza Zeighami², *Zahra Arjeini³, Mahmood Alipour Heidary⁴

1 Assistant professor in Cardiovascular Medicine Department, School of medical, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

2. Assistant Professor of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

3. Ms in critical care nursing, School of nursing and midwifery, Qazvin University of Medical sciences, Qazvin, Iran

4. Assistant professor in Biostatistics Department, School of medical, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

* Corresponding author, Email: z.arjeini@mums.ac.ir

Abstract

Background: Due to high prevalence of coronary artery disorders and increasing need for surgical interventions, especially angioplastic surgery, it is expected that the quality of life increases to an acceptable level with this surgery; although studies have shown an unremarkable development in this regard.

Aim: To determine the effect of continuous care model on the post-angioplasty patient's quality of life.

Methods: This clinical trial study was performed in Bou Ali Sina hospital of Qazvin in 2012 on 93 candidates of angioplasty, which were divided into two groups entitled experiment and control with random allocations. Continuous care model was applied on the experiment group for period of two months. For data collection, demographic checklist and "MacNew quality of life" questionnaire in three stages were used. Data were analyzed with paired t-test, chi-square and repeated measure ANOVA.

Results: In the experiment group, the average score of the quality of life before the intervention was 126 ± 3.1 , while it was 132 ± 3.05 after one month, and 147 ± 2.6 after two months. The same scores for the control group were 114 ± 3.7 , 104 ± 3.6 and 110 ± 3.8 , respectively. The average score in physical, emotional and social domains of the quality of life showed significant difference in the experience group ($p < 0.001$).

Conclusion: The results confirmed the positive effect of applying continuous care model on the score of post-angioplasty patients' quality of life.

Keywords: Model, Continuous Care, Quality of Life, Coronary Angioplasty, MacNew

Received: 12/12/2013

Accepted: 10/03/2014