

تأثیر مدل مراقبت مشارکتی بر میزان افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به نارسایی قلبی

* هادی خوشاب^۱، بهناز باقریان^۲، عباس عباسزاده^۳، عیسی محمدی^۴، سیمین کهن^۱، حمید ثمره راد^۴

۱. کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، کرمان، ایران

۲. دکترای پرستاری و عضو هیأت علمی، دانشکده پرستاری و مامایی، کرمان، ایران

۳. دانشیار گروه پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۴. کارشناس پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، کرمان، ایران

* نویسنده مسؤل: کرمان، دانشکده پرستاری و مامایی

پست الکترونیک: hadikhoshab@gmail.com

چکیده

مقدمه: افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی شیوع فراوانی دارد و باعث تأثیرات منفی در پیش آگهی این بیماران از جمله کاهش میزان فعالیت و استفاده بیشتر از خدمات مراقبتی می شود.

هدف: تعیین تأثیر مدل مراقبت مشارکتی بر میزان افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به نارسایی قلبی

روش: این کارآزمایی بالینی یک مطالعه نیمه تجربی بود که در آن ۹۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی از دو بیمارستان آموزشی شهر کرمان در سال ۱۳۹۰ شرکت داشتند. بیماران به صورت تصادفی دسترس در دو گروه شاهد و آزمون قرار گرفتند. مدل مراقبت مشارکتی که شامل ۴ مرحله انگیزش، آماده سازی، اجرا و ارزشیابی بود در گروه مداخله اجرا گردید. سطح اضطراب و افسردگی هر دو گروه توسط ابزار بک سنجیده شد. داده ها توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ و آزمون های آماری t زوجی و کای اسکوار تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: میانگین نمرات اضطراب در گروه شاهد و آزمون قبل از اجرای مداخله به ترتیب $32/73 \pm 10/23$ و $33/45 \pm 11/83$ بود که این نمرات بعد از اجرای مداخله به $35/32 \pm 10/10$ (در گروه شاهد) و $13/96 \pm 5/05$ (در گروه آزمون) رسید ($p < 0/001$). قبل از اجرای مداخله در گروه شاهد و آزمون، میانگین نمرات افسردگی در گروه شاهد $24/73 \pm 8/21$ و در گروه آزمون $26/97 \pm 10/40$ بود؛ که بعد از اجرای مداخله، به ترتیب به $29/14 \pm 8/62$ در گروه شاهد و $13/26 \pm 4/25$ در گروه آزمون کاهش پیدا کرد ($p < 0/001$).

نتیجه گیری: استفاده از مدل مراقبت مشارکتی، می تواند سطح اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی را کاهش دهد. بنابراین، استفاده از این مدل در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی برای کنترل و کاهش اضطراب و افسردگی توصیه می شود.

کلیدواژه ها: نارسایی قلبی، اضطراب، افسردگی، مدل مراقبت مشارکتی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۰۴/۱۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۰۴/۲۸

مقدمه

نارسایی قلبی یک سندرم بالینی شایع است که شیوع آن در دنیا رو به افزایش بوده و یکی از مشکلات طبی است که جامعه با آن روبرو می‌باشد (۱ و ۲). هر سال در حدود ۲۵۰۰۰۰ نفر در نتیجه نارسایی قلبی می‌میرند و تعداد مرگ‌های ناشی از نارسایی قلبی در طول ۴۰ سال گذشته ۶ برابر شده است (۳). بیماریهای مزمنی نظیر نارسایی قلبی، که به شدت تواناییهای عملکردی فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهند، با تغییرات جسمی، روانی-اجتماعی و تغییر در شیوه زندگی همراه است و اغلب منجر به افزایش مشکلات روانی می‌شوند (۴). شیوع اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بسیار بیشتر از جمعیت عمومی است (۵). اضطراب و افسردگی اگرچه در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی شایع است، اما توسط محققین نادیده گرفته شده و در مقالات بیشتر به شناسایی علایم و درمان آنها تاکید شده است (۶). تاثیر اضطراب و افسردگی فراگیر بوده و توانایی بیمار را برای سازگاری با علایم فیزیکی و پیروی از برنامه درمانی کاهش می‌دهد (۷).

افسردگی اصطلاحی است که به مجموعه رفتارهایی اطلاق می‌شود که عناصر مشخصه آن عبارتند از کندی در حرکت و کلام، گریستن، غمگینی، فقدان پاسخهای فعال، فقدان علاقه، کم‌ارزشی، بی‌خوابی و بی‌اشتهایی (۸). از هر سه بیمار غیربستری مبتلا به نارسایی قلب، یک نفر مبتلا به افسردگی است (۹). شیوع افسردگی در بین بیماران مبتلا به نارسایی قلبی از ۱۵ تا ۳۶ درصد متفاوت بوده و حتی تا ۷۷/۵ درصد نیز گزارش شده است (۱۰-۱۲).

اضطراب به صورت یک احساس قویاً منفی مشخص می‌شود؛ که با ترس همراه است و این ترس تظاهرات شناختی، عصبی، هورمونی و رفتاری دارد. اضطراب معمولاً در افراد مسن و بیماران مبتلا به بیماریهای مزمن، همزمان با افسردگی ایجاد می‌شود (۱۳). اگرچه در مقایسه با افسردگی، تحقیقات خیلی کمی در مورد اضطراب در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام شده است، اما مدارک موجود پیشنهاد می‌کنند که شیوع اضطراب در بیماران نارسایی قلبی به ۶۳ درصد می‌رسد (۱۴). ۴۰ درصد بیماران نارسایی قلبی ممکن است دچار اختلال اضطراب باشند و سطح کلی اضطراب در این بیماران ۶۰ درصد بیشتر از افراد سالم است (۱۵). اگرچه اضطراب به عنوان یک واکنش طبیعی به تشخیص یک بیماری مزمن و جدی، طبیعی و قابل انتظار است، اما اضطراب در بیماران قلبی اگر زیاد یا طولانی‌مدت باشد، خوش‌خیم نیست (۱۶). همراهی اضطراب و افسردگی با یک بیماری مزمن نظیر نارسایی قلبی، باعث

افزایش مرگ و میر، کاهش کیفیت زندگی، ناتوانی و افزایش نیاز به استفاده از خدمات بهداشتی و هزینه‌ها می‌شود (۵). از آنجا که نارسایی قلبی بر کل ابعاد زندگی یعنی شرایط جسمی، روانی و اجتماعی بیمار تاثیر می‌گذارد (۱۳) و افسردگی و اضطراب در این بیماران تا حد زیادی ناشی از مشکلات جسمی و افت کیفیت زندگی است (۵)؛ بنابراین، هر گونه تلاشی برای بهبود کیفیت زندگی این بیماران می‌تواند به کاهش اضطراب و افسردگی و بهبود پیش‌آگهی این بیماران کمک کند. با توجه به این که مدل‌های پرستاری می‌تواند راهنمای مناسبی برای ارتقای کیفیت مراقبت باشد، استفاده از مدل‌ها در مراقبت از بیماران توصیه شده است. در این مطالعه سعی گردید از یک مدل بومی به نام مدل مراقبت مشارکتی برای مراقبت بیماران مبتلا به نارسایی قلبی استفاده شود و کارآمدی آن در کاهش افسردگی و اضطراب این بیماران ارزیابی شود.

مدل مراقبت مشارکتی در اولین بار در سال توسط محمدی و همکاران طراحی و برای کنترل فشارخون بالا در شهرستان بابل اجرا و ارزشیابی گردید (۱۷). سپس در سال ۱۳۸۳ در مورد بیماران مبتلا به بیماریهای عروق کرونر در شهر تهران اجرا و ارزشیابی گردیده (۱۸)؛ ولی در گروه بیماران نارسایی قلبی هنوز ارزیابی نشده است. این مدل از چند پیش‌فرض اساسی منبعث گردیده است؛

در این مدل در واقع به استخدام در آوردن نظریه مشارکت در مراقبت و پرستاری و به عبارتی تئوریزه کردن مشارکت در فرآیند مراقبت برای اولین بار در ایران صورت گرفته است. در مدل‌های دیگری از قبیل روی، اورم و جانسون از تئوری‌هایی مانند سازگاری، تئوری عمومی سیستم‌ها و نظریه رفتار استفاده شده است. در این مدل، از مراقبت و مشارکت آمیزه‌ای ایجاد شده است که یکی از عناصر ساختاری مدل را تشکیل داده و آن مفهوم مراقبت مشارکتی (Partnership Caring) است. از دیدگاه این مدل در فرآیند مراقبت، کیفیت و نوع ارتباط بین دو طرف رابطه اهمیت اساسی و حیاتی دارد. در این رابطه، دانش، مهارت و ابزارهای خاص درمانی و مراقبتی در درجه بعدی اهمیت قرار دارند. اصالت و اثربخشی مراقبت در گرو شکل-گیری درست و مطلوب ماهیت و کیفیت رابطه مراقبتی است. رابطه‌ای موثر و پذیرنده که مشارکت دو طرف را تضمین می‌نماید. بنابراین: «مراقبت مشارکتی» عبارت است از فرآیند منظم و منطقی برقراری ارتباط موثر، متعادل و پویا بین مددجو (به عنوان مشارکت‌جو) و ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی و مراقبتی (به عنوان مشارکت‌کننده) به منظور درک و شناخت

بیشتر نیازها، مشکلات و انتظارات در روند کنترل بیماری و برانگیختن و درگیر ساختن مددجویان برای پذیرش مسئولیت کمک به بهبودی، حفظ و ارتقای سلامت آنها (۱۷).

برای دستیابی به اهداف مدل، مراحل زیر در قالب یک ساختار منظم ارائه گردیده است که با رعایت ارتباط و توالی منطقی و تکاملی به صورت مجموعه‌ای به هم پیوسته و پویا عمل می‌نمایند. این گامها عبارتند از: ۱- انگیزش ۲- آماده‌سازی ۳- درگیرسازی ۴- ارزشیابی که برای هر مرحله برنامه‌های عملی مشخص پیش‌بینی شده است (۱۸).

با توجه به توضیحات فوق، این مطالعه با هدف بررسی تاثیر کاربرد مدل مراقبت مشارکتی بر کاهش اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی طراحی شده است. با توجه به اینکه مدل مراقبت مشارکتی محدود به بیماری خاصی نمی‌باشد و تا کنون مطالعه‌ای که کاربرد این مدل را در بهبود افسردگی و اضطراب این گروه بیماران نشان دهد انجام نشده است، بنابراین، مطالعه حاضر درصدد پاسخ به این سوال است که آیا مدل مراقبت مشارکتی در کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به نارسایی مزمن قلب تاثیر دارد؟

روش‌ها

این مطالعه کارآزمایی بالینی است، که در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بستری در بخشهای CCU, PCCU و داخلی قلب بیمارستانهای افضلی‌پور و شفا شهرستان کرمان انجام گرفت. نمونه مورد بررسی در این مطالعه شامل ۹۰ بیمار می‌باشد که با استفاده از فرمول حجم نمونه محاسبه گردید. نمونه‌گیری به صورت در دسترس صورت گرفت؛ به این ترتیب که هر بیمار بستری در زمان انجام مطالعه که نارسایی قلبی در او مسجل شده بود در مطالعه شرکت داده می‌شد. بعد از ارزیابی اولیه و گرفتن رضایت‌نامه، پرسشنامه‌های داده‌های دموگرافیک و پرسشنامه افسردگی و اضطراب بک (Beck) توسط آنها (و در صورت عدم توانایی توسط پژوهشگر) پر می‌شد.

افسردگی با استفاده از پرسشنامه بک بررسی گردید. پرسشنامه افسردگی بک، یک ابزار ۲۱ سوالی خودایفا است و از جملاتی تشکیل شده که علائم و احساسات افراد افسرده را بیان می‌کند. پاسخها در یک مقیاس ۴ درجه‌ای (از صفر تا ۳) برحسب شدت علائم، طبقه‌بندی می‌شود. نمره کلی از صفر تا ۶۳ متغیر است. نمره صفر تا ۹ به عنوان فقدان یا حداقل افسردگی، ۱۰ تا ۱۶ افسردگی خفیف، ۱۷ تا ۲۹ افسردگی متوسط و ۳۰ تا ۶۳ به عنوان افسردگی شدید طبقه‌بندی می‌شود.

اضطراب نیز با استفاده از آزمون اضطراب بک سنجیده شد. آزمون بک که در سال ۱۹۸۸ توسط بک و همکاران ساخته شد، یک پرسشنامه خودسنجی ۲۱ پرسشی است که شدت کلی

اضطراب را می‌سنجد. آزمودنی شدت هر یک از علائم را با استفاده از مقیاسی چهار درجه‌ای از (اصلا) تا (نمی‌توانم تحمل کنم) درجه‌بندی می‌کند. نمره‌گذاری با جمع نمره‌های ۲۱ پرسش انجام می‌شود. بک و همکاران در سال ۱۹۸۸ پایایی این پرسشنامه را به روش بازآزمایی بروی ۸۳ بیمار سرپایی به فاصله یک هفته، ۰/۷۵ نشان دادند. ضریب آلفای ۰/۹۲ نیز برای پرسشنامه بر روی ۱۶۰ بیمار سرپایی بدست آمد. فردریخ و همکاران نیز در سال ۱۹۹۲ ضریب پایایی ۰/۶۷ و ضریب آلفای ۰/۹۴ را برای ۴۰ بیمار سرپایی گزارش کردند (۱۹).

کلیه نکات اخلاقی مبنی بر محرمانه بودن اطلاعات و مجاز بودن بیمار به عدم همکاری در هر مرحله از مطالعه نیز رعایت شد. سپس بیماران به طور تصادفی با انتخاب کارتهای تهیه شده بر اساس جدول اعداد تصادفی به دو گروه ۴۵ نفری آزمون و کنترل تقسیم شدند.

در این مطالعه، وجود معیارهای زیر به عنوان شاخصهای ورود به مطالعه در نظر گرفته شد: ۱- تایید تشخیص نارسایی قلب با توجه به شواهد بالینی و آزمایشگاهی توسط پزشک متخصص، ۲- قرار گرفتن در محدوده سنی بالاتر از چهل سال، ۳- برخورداری از شنوایی و بینایی و قدرت ذهنی معمولی که وی را قادر به برقراری ارتباط کند، ۴- نداشتن بیماری مزمن مهم دیگری مثل سرطان، ۵- نداشتن سابقه بستری به علت اختلالات روانی (خلقی).

گروه آزمون از همان ابتدا در جریان تجزیه و تحلیل داده‌ها به منظور انگیزش قرار گرفتند و کلیه اعضای تیم یعنی پزشک، پرستار و مددجو مشارکت فعال داشتند. در این مرحله، مشکلات مراقبتی مددجویان به صورت تشخیصهای مراقبتی تعریف شدند. گامهای بعدی یعنی آماده‌سازی و درگیرسازی نیز بر اساس مدل اجرا شد. در این دو مرحله بر اساس تشخیصهای مراقبتی ویزیت‌های مشارکتی آموزشی و پیگیر به شرح ذیل اجرا گردید. در این مراحل نیز همه اعضای تیم مشارکت فعال داشتند.

الف) ویزیت‌های مشارکتی آموزشی (سه نوبت) اهداف ویزیت اول؛ ایجاد انگیزش در مددجو از طریق آشناسازی با مشکلات مراقبتی، شرایط فعلی، تهدیدات و عوارض بیماری، علائم و نشانه‌های افسردگی و اضطراب. توانمندسازی مددجو به نحوی که بتواند بیماری نارسایی قلبی و علائم افسردگی و اضطراب را تعریف و علل و عوارض آنها را توضیح دهد. محتوای این جلسه: مروری بر آناتومی قلب، علل بوجود آمدن نارسایی قلبی و افسردگی و اضطراب ناشی از آن، عوامل تشدید کننده، تخفیف دهنده و عوارض اضطراب و افسردگی.

در پایان ویزیت‌های سوم، مددجویان به سطح قابل قبولی از آگاهی، نگرش و عملکرد جهت مشارکت در فرآیند مراقبت و درمان رسیدند.

(ب) ویزیت‌های مشارکتی پیگیر (دو نوبت)

این ویزیت‌ها با هدف استمرار برنامه مراقبتی و درگیری مددجویان انجام گرفت. محتوای این ویزیت‌ها به نوعی ارزشیابی نهایی برنامه و دادن بازخورد رفتار به مددجویان و اطلاع از میزان مشارکت آنها محسوب می‌شد. این ویزیت‌ها به فاصله دو هفته و در دو نوبت برای هر مددجو صورت گرفت. در واقع، مرحله نهایی مدل یعنی ارزشیابی در جریان این ویزیت‌ها به اجرا درآمد.

در مدت اجرای مدل بیماران بعد از ترخیص در هر ساعتی از شبانه‌روز می‌توانستند به صورت تلفنی و یا حضوری (در بیمارستان) مشکلات خود را مرتفع سازند. تاریخ برگزاری جلسات به صورت تلفنی به آنها یادآوری می‌شد و افراد هر یک از گروه‌ها می‌توانست به صورت آزادانه در هر گروهی شرکت نمایند و تعداد افراد هر گروه ثابت نبود. تیم آموزش‌دهنده ثابت و شامل پرستار و پزشک متخصص قلب بود. جلسات آموزشی در بیمارستان افضل‌پور و شفا کرمان (محل نمونه‌گیری) برگزار شد. آموزش‌های هر دوره نیز به صورت بسته آموزشی (لوح فشرده و پمفلت) در پایان هر جلسه تحویل شرکت‌کنندگان می‌گردید.

در پایان مجدداً پرسشنامه استاندارد افسردگی و اضطراب یک توسط گروه آزمون (و در صورت عدم توانایی توسط پژوهشگر) پر شد. داده‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ و با آزمون‌های آماری t زوجی، t مستقل و مجذور کای تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

تعداد کل واحدهای نمونه در این تحقیق ۹۰ نفر بود که در دو گروه شاهد و آزمون قرار داشتند. میانگین سنی در گروه آزمون ۶۱/۹۶ سال و در گروه شاهد ۶۳/۶۷ سال بود. آزمون آماری t مستقل اختلاف معنی‌داری بین گروه آزمون و کنترل از نظر متغیر سن نشان نداد. همچنین توزیع فراوانی نسبی جنس در افراد تحت مطالعه ۴۴/۴۴ درصد مذکر و ۵۵/۵۶ درصد مؤنث بود. از نظر سایر خصوصیات دموگرافیک از قبیل وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، شغل و میزان درآمد آزمون آماری مجذور کای اختلاف معنی‌داری بین دو گروه نشان نداد (جدول ۱). بر اساس هدف پژوهش که تعیین سطح اضطراب و افسردگی در دو گروه شاهد و آزمون، قبل و بعد از اجرای مداخله بود، میانگین نمرات اضطراب در گروه شاهد و آزمون قبل از اجرای مداخله به ترتیب ۳۲/۷۳ و ۳۳/۴۵ بود که این نمرات بعد از

اجرا: مطالب توسط پزشک و پرستار در قالب فیلم و سخنرانی ارائه و مددجویان بر اساس تمایل به سه گروه ۱۵ نفری تقسیم شدند. مداخلات در قالب ویزیت‌ها و سخنرانی‌ها برای هر سه گروه به طور مستقل و به طور متوسط ۶۰ تا ۹۰ دقیقه به اجرا در آمد.

ویزیت دوم؛ این ویزیت در راستای اجرای مرحله دوم یعنی آماده‌سازی مددجو جهت مشارکت در روند مراقبت و درمان به فاصله ۲ هفته انجام شد (زمان تشکیل جلسات برای هر گروه با توافق خودشان بود).

اهداف ویزیت دوم؛ مددجو قادر باشد علایم افسردگی و اضطراب و روشهای کاهش اضطراب و مقابله با افسردگی را توضیح دهد. مددجو قادر باشد کارهای هر روز خود را لیست کرده و بر اساس برنامه انجام دهد. مددجو قادر باشد در هنگام بروز اضطراب و استرس از یکی از تکنیک‌هایی که آموخته (مدیتیشن، ریلکسیشن و ...) به نحو مؤثری استفاده کند.

محتوی این جلسه: آموزش روشهایی برای نظم و ترتیب دادن به امور زندگی روزمره (از قبیل برنامه‌ریزی روزانه، لیست کردن کارهایی که در هر روز باید انجام شوند و ...). هدف از انجام این کار پیشگیری از مشکلاتی است که به دلیل کاهش حافظه و تمرکز در افراد افسرده و مضطرب ایجاد می‌شود و به دنبال آن اضطراب و افسردگی آنها را تشدید می‌کند. آموزش تکنیک‌های فکری-بدنی از قبیل مدیتیشن، یوگا، تن‌آرامی و ... برای تخفیف استرس.

اجرا: مطالب مورد نیاز این جلسه از طریق فیلم و سخنرانی توسط پرستار ارائه گردید و مجدداً هر گروه توسط پزشک تیم ویزیت شدند.

ویزیت سوم؛ اهداف این ویزیت عبارت بودند از: مددجو اهمیت مصرف داروهای تجویز شده را بدانند و با عوارض جانبی آنها آشنا شود. مددجو قادر باشد در هنگام بروز افکار منفی، آنها را یادداشت کرده و روش کنترل این افکار را ذکر نماید.

محتوی این جلسه: آموزش نحوه مصرف داروها، کاربرد دارو و عوارض جانبی آنها، آموزش تفکر ساختار یافته که در آن به بیمار آموزش داده می‌شود تفکرات و تصاویر ذهنی منفی خود را یادداشت کرده و آنها را کنترل نماید. هدف از این کار آموزش این موضوع است که چگونه این عقاید خلق، رفتار و وضعیت جسمی بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهند. بعضی از راه‌های پیشگیری از افسردگی و کاهش اضطراب را بدانند.

اجرا: اطلاعات مورد نیاز این جلسه از طریق نمایش توسط پرستار و توزیع پمفلت‌های آموزشی ارائه گردید و هر سه گروه مجدداً ویزیت شدند.

جدول ۱: مقایسه فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب ویژگی‌های دموگرافیکی در گروه‌های مورد مطالعه

شاخص	گروه آزمون N (%)	گروه شاهد N (%)	آزمون آماری
جنسیت: تعداد (درصد)			*
مرد	۲۰ (%۴۴/۴۴)	۲۰ (%۴۴/۴۴)	۰/۰۰۰
زن	۲۵ (%۵۵/۵۶)	۲۵ (%۵۵/۵۶)	۰/۰۰۰
سن (سال): میانگین ±	۶۱/۹۶	۶۳/۶۷	**۰/۰۹۰
انحراف معیار			*
وضعیت تأهل: تعداد (درصد)			
مجرد	۲ (%۴/۶۵)	۲ (%۴/۶۵)	۰/۰۰۰
متاهل	۴۳ (%۹۵/۳۵)	۴۳ (%۹۵/۳۵)	۰/۰۰۰
سطح تحصیلات: تعداد (درصد)			*
بی سواد	۹ (%۲۰)	۱۳ (%۲۸/۸)	۰/۰۱۲
ابتدایی و راهنمایی	۲۳ (%۵۱/۱۱)	۱۸ (%۴۰)	۰/۰۱۰
دبیرستان	۱۱ (%۲۴/۴۴)	۹ (%۲۰)	۰/۰۷۰
دانشگاهی	۲ (%۴/۴۴)	۵ (%۱۱/۱۱)	۰/۰۰۹
شغل: تعداد (درصد)			*
کارگر	۴ (%۸/۸)	۴ (%۸/۸)	۰/۰۰۰
کشاورز	۱۲ (%۲۶/۶۶)	۱۲ (%۲۶/۶۶)	۰/۰۰۰
کارمند	۱۲ (%۲۶/۶۶)	۱۲ (%۲۶/۶۶)	۰/۰۰۰
آزاد	۳ (%۶/۶)	۳ (%۶/۶)	۰/۰۰۰
سایر	۱۴ (%۳۱/۱۱)	۱۴ (%۳۱/۱۱)	۰/۰۰۰
میزان درآمد ماهیانه: تعداد (درصد)			*
کمتر از ۲۰۰ هزار تومان	۳ (%۶/۶)	۹ (%۲۰)	۰/۰۱۱
بین ۲۰۰ تا ۴۰۰ هزار تومان	۱۹ (%۴۲/۲)	۲۶ (%۵۷/۷)	۰/۰۱۰
بالاتر از ۴۰۰ هزار تومان	۲۳ (%۵۱/۱۱)	۱۰ (%۲۲/۲)	۰/۰۴۸
سابقه مصرف سیگار: تعداد (درصد)			**۰/۰۱۶
سابقه بستری در بیمارستان: تعداد (درصد)			**۰/۰۲۴
سابقه بستری در بیمارستان: تعداد (درصد)	۳۳ (%۷۳/۳۳)	۳۳ (%۵۵/۵۵)	

*آزمون آماری مجذورکای
**آزمون آماری t مستقل

اجرای مداخله به ۳۵/۳۲ (در گروه شاهد) و ۱۳/۹۶ (در گروه آزمون) رسید (جدول ۲).

جدول ۲: مقایسه میانگین نمره اضطراب واحدهای مورد پژوهش قبل و بعد از مداخله در گروه‌های مورد مطالعه

گروه آزمون	گروه شاهد	
۳۳/۴۵±۱۱/۸۳	۳۲/۷۳±۱۰/۲۳	قبل از مداخله
۱۳/۹۶±۵/۰۵	۳۵/۳۲±۱۰/۱۰	بعد از مداخله
۰/۰۰۰	۰/۲۲۳	*P

*آزمون آماری t زوجی

و در این مورد نیز آزمون t زوجی بین نمرات افسردگی قبل و بعد از اجرای مداخله در گروه شاهد، اختلاف معنی‌داری را نشان نداد، اما در گروه آزمون این اختلاف معنی‌دار بود ($p < 0/001$). لازم به ذکر است آزمون t مستقل اختلاف معنی‌داری بین میانگین نمرات افسردگی در دو گروه شاهد و آزمون قبل از اجرای مداخله نشان نداد ولی بعد از اجرای مداخله میانگین نمرات افسردگی بین دو گروه تفاوت معنی‌داری داشت ($p < 0/001$) نتایج فوق نشان می‌دهد که در گروهی که تحت مراقبت با مدل مراقبت مشارکتی بودند، سطح اضطراب و افسردگی نسبت به گروه شاهد، کاهش معنی‌داری پیدا کرده است و مؤثر بودن این مدل را در کاهش اضطراب و افسردگی بیماران قلبی نشان می‌دهد.

بحث

داد که مراقبت مشارکتی بهتر از مراقبت عادی به بهبود افسردگی در این افراد کمک می‌کند (۲۶).

در مدل مراقبت مشارکتی از آموزشهای حضوری و کتبی برای آشنایی بیماران با علل و علائم اضطراب و افسردگی و راههای مقابله و کنترل آنها، استفاده می‌شود. کونستام (Konstam) و همکاران در یک مطالعه مروری بیان می‌کنند که روشهای کوتاه‌مدتی از قبیل آموزش کنترل اضطراب و مداخلات شناختی درمانی (Cognitive Behavioral Therapy) که اختصاصاً برای اضطراب و افسردگی طراحی شده‌اند، می‌توانند به بیماران کمک کنند که علل جسمی و روانی اضطراب و افسردگی خود را شناسایی کنند. تصور می‌شود که پاسخ بیماران مبتلا به نارسای قلبی به آموزش این روشها، به صورت کاهش سطح اضطراب و افسردگی باشد (۷). سولیوان (Sullivan) و همکاران نیز در مطالعه خود تأثیر آموزش را بر بهبود افسردگی و اضطراب و علائم بالینی بیماران مبتلا به نارسای قلبی تست کرده و دریافتند که مداخلات روانی آموزشی باعث کاهش سطح اضطراب و افسردگی بیماران شد که این بهبودی تا ۱۲ ماه بعد از اتمام مداخله ادامه داشت. همچنین این مداخلات باعث بهبود چشمگیر علائم بالینی گروه آزمون نسبت به گروه شاهد شد (۲۷).

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه در مجموع نشان‌دهنده مفید و مؤثر بودن مدل مراقبت مشارکتی در کاهش سطح اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به نارسای قلبی است. با توجه به تأثیر منفی اضطراب و افسردگی بر عملکرد جسمی، کیفیت زندگی و مرگ و میر این بیماران، توصیه می‌شود که از این مدل بطور گسترده در کلینیکهای سرپایی، جهت آموزش بیماران مبتلا به نارسای قلبی استفاده گردد.

با توجه به اینکه شیوع اضطراب و افسردگی در بین مبتلایان به بیماریهای مزمن خیلی بیشتر از افراد عادی است (۲۸)، توصیه می‌شود تأثیر این مدل در کاهش اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سرطان، مولتیپل اسکروزیس و ... بررسی شود. لازم به ذکر است تفاوت‌های فردی و انگیزه‌های متفاوت واحدهای مورد مطالعه در یادگیری آموزشها اثر می‌گذارد که قابل کنترل نیست.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از همه بیمارانی که در این مطالعه شرکت نموده‌اند و همچنین از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان، به دلیل حمایت مالی این پژوهش، صمیمانه تقدیر و تشکر نمایند.

در این پژوهش، میانگین نمرات اضطراب بیماران گروه آزمون قبل از مداخله ۳۳/۴۵ بود که بعد از اجرای مداخله به ۱۳/۹۶ کاهش پیدا کرد. همچنین میانگین نمرات افسردگی گروه آزمون قبل از اجرای مداخله ۲۶/۹۷ بود که بعد از اجرای مداخله به ۱۳/۲۶ کاهش پیدا کرد. این نتایج نشان‌دهنده مؤثر بودن مدل مراقبت مشارکتی در کاهش اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به نارسای قلبی می‌باشد. آزادی و همکاران تأثیر مدل مراقبت مشارکتی را در بهبود کیفیت زندگی بیماران شریان کرونری مورد بررسی قرار دادند و یافته‌های تحقیق آنها نشان دهنده مؤثر بودن این مدل در بهبود کیفیت زندگی این بیماران بود (۱۸). خوشنویس و همکاران نیز تأثیر این مدل را بر کیفیت زندگی مصدومین شیمیایی مبتلا به برونشوپیت مزمن آزمایش کرده و نتایج مطالعه آنها نشان داد که مدل مراقبت مشارکتی باعث بهبود کیفیت زندگی مصدومین شیمیایی مبتلا به برونشوپیت می‌شود (۲۱).

یافته‌های مطالعه اکسمان (Oxman) و همکاران نشان داد افرادی که به توانایی خود در تغییر رفتارهای ایجاد شده توسط بیماری اعتقاد دارند، به احتمال بیشتری در رفتارهای طبی مطلوب شرکت می‌کنند (۲۲). تسی (Tsay) و چائو (Chao) ذکر می‌کنند که بیمارانی که به درک سطوح بالای خودکارآمدی نایل شده‌اند، بهتر می‌توانند نارسای قلبی خود را کنترل کنند و این امر باعث بهبود وضعیت عملکردی و در نتیجه بهبود وضعیت عاطفی (کاهش اضطراب و افسردگی) آنها می‌شود (۲۳).

سولیوان (Sullivan) و همکاران در یک مطالعه که بر روی بیماران مبتلا به انواع اختلالات اضطرابی انجام دادند، تأثیر یک مدل ابداعی مراقبت مشارکتی را در درمان اختلالات اضطرابی مورد بررسی قرار دادند. نتایج مطالعه آنها نشان داد که سطح اضطراب در بیمارانی که با این مدل تحت مراقبت قرار گرفته بودند بهبود معنی‌داری نسبت به گروه شاهد داشت (۲۴). هگل و همکاران تأثیر مراقبت مشارکتی را در کنترل افسردگی سالمندان مورد بررسی قرار دادند و یافته‌های مطالعه آنها نشان داد که این نوع مراقبت تأثیر بیشتری در کنترل افسردگی افراد سالمند نسبت به مراقبت معمول دارد (۲۵). گراهام و همکاران در مطالعه خود سهولت انجام مراقبت مشارکتی را جهت بهبود سالمندان افسرده مورد بررسی قرار دادند. پیامد اصلی مورد اندازه‌گیری در این مطالعه بهبود افسردگی بود و یافته‌ها نشان

References

1. Stewart S, Macintyre K, Cape well S, McMurray JJ .Heart failure and aging population: an increasing burden in the 21st century? *Heart* 2003;89:49-53.
2. Diskstain K ,Cohen-Solae A, Filippatos G, McMurray JJ, Ponikowski P, Noole- Wilson PA, et al. ESC guidelines for diagnosis and treatment of acute heart failure 2008:the task force fore the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008 of the uropean society of cardiology. *Eur J Heart Fail* 2008; 10:933-989.
3. American Heart Association. Heart disease and stroke statistics-2005 update. Dallas (TX): American heart association; 2005.
4. Cully J, Jimenez DE, Ledoux TA, Deswal A. Recognition and treatment of depression and anxiety symptoms in heart failure. *Prim care companion J clin psychiatry* 2009; 11(3):103-9.
5. Jiang W, Alexander J, Christopher E, et al. Relationship of depression to increase risk of mortality and rehospitalization in patients with heart failure. *Arch Intern Med* 2001; 161:1849-56.
6. Rutledge T, Reis VA, Linked SE, et al. Depression in heart failure: a meta-analytic review of prevalence, intervention effects, and associations with clinical outcomes. *J Am coll Cardiol* 2006; 48:1527-37.
7. Konstam V, Moser BK, De Jong MJ. Depression and anxiety in heart failure, cardiac failure 2005; 11(6):455-63.
8. Beck AT .Depression: causes and treatments. Philadelphia (PA): University of Pennsylvania press 1967.
9. Reigel B ,Lee CS ,Dickson VV ,Carlson B .an update on self care of heart failure index . *J Cardiovascular Nurs* 2009 ;24:485.
10. Muberg TA, Bru E, Svebak S, Tveteras R .Depressed mood and subjective health symptoms as predictors of mortality in patients with conjestive heart failure: a two-years follow- up stydy. *Int J Psychiatry Med* 1999;29:311-26.
11. Vaccarino V, Kasal SV, Abramson J, Krumholmz HM. Depressive symptoms and risk of functional decline and death in patients with heart failure. *J Am coll Cardiol* 2001; 38:199-205.
12. Faris R, Purcell H, Henein MY, Coats AJ. clinical depression is common and significantly associated with reduced survival in patients with non-ischemic heart failure. *Eur J Heart fail* 2002; 4:541-51.
13. Conwell Y. suicide in elderly patients patients.in: schnieder LS, Reynolds CT, lebowitz BD, eds. diagnosis and treatment of depression in late life. washington DC: American psychiatric press,inc;1996:397-418.
14. De jong MJ, Moser DK, An K, Chung ML. Anxiety is not manifested by elevated heart rate and blood pressure in actually ill cardiac patients. *Eur cardiovasc Nurs* 2004; 3:247-53.
15. Moser DK, Dracup K, Doering L, Evangelista L, Zambroski CH, et al. Depression, anxiety, host, Pasternak RC, Desanctic RW. The influence of anxiety and depression on outcomes of patients with coronary artery disease. *Arch Intern Med* 2000; 160:1913-21.
16. Freedland KE ,Walden J ,Stevenson L ,et al. depression in elderly with conjestive heart failure. *J Geriatr psychiatry*.1999;24(1):59-71.
17. Mohammadi E. Design and Evaluation of Partnership Care Model for High Blood Pressure. Thesis PHD, Nursing) Tehran Tarbeiat Modares University: 2002. (Persian)
18. Azadi F, Mohammadi E. Effect of using partenership care model on quality of life in coronary artery disease patients. *Iran J Nurs Res* 2006; 1(2):23-9.

19. Groth-Marnat G. [Handbook of psychological assessment]. Pasha Sharifi H. (translator). 2nd ed. Tehran: Roshd; 1996: 225-6. (Persian)
20. Kaviani H, Sadat Moosavi A, Mohit A. [Interview and psychological test]. 1st ed. Tehran: Sana; 2001: 169. (Persian)
21. Khoshnevis M, Javadinasab M, Ghanei M, Hoseini Y, Karimi Zarchi AK, Ebadi A, Babatabari H. Effect of using collaborative model of care on quality of life of chemical injuries with chronic bronchiolitis. *Iran J Crit Care Nurs* 2009; 2(2): 47-50. (Persian)
22. Oxman TE, Hull JG. Social support, depression, and activities of daily living in older heart surgery patients. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1997; 52: 1-14.
23. Tsay SL, Chao YF. Effect of perceived self efficacy and functional status on depression in patients with chronic heart failure. *J Nurs Res* 2002; 10: 271-8.
24. Sullivan G, Crasske MG, Shurbourne C, Edlund MJ, Rose RD, Golinelli D, and et al. Design of Coordinated Anxiety Learning and Management (CALM) study: innovations in collaborative care for anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry* 2007; 29: 379-87.
25. Hegel MT, Unutzer J, Tang L, Areal PA, Katon W, Noel PH, Williams JW, Lin EH. Impact of comorbid panic and posttraumatic stress disorder on outcomes of collaborative care for late-life depression in primary care. *Am Geriatr Psychiatry*. 2005; 13(1): 48-58.
26. Chew-Graham CA, Lovell K, Roberts C, Baldwin R, Morely M, Burns A, Richards D, Burroughs H. A randomized controlled trial to test the feasibility of a collaborative care model for management of depression in older people. *Br J Pract*. 2007; 57(538): 364-70.
27. Sullivan MJ, Wood L, Terry J, Brantley J, Charles A, McGee V, Diane J, Krucoff MW, and et al. The support, Education, and research in chronic Heart Failure Study (SEARCH): A mindfulness-based psycho educational intervention improves depression and clinical symptoms in patients with chronic heart failure. *Am Heart J* 2009; 157(1):84-90.
28. Cully JA, Jimenez DE, Ledux TA, and Deswal A. recognition and treatment of depression and anxiety symptoms in heart failure. *Pain care companion J clin Psychiatry* 2009; 11(3).

The Effect of Partnership Care Model on Depression and Anxiety in the Patients with Heart Failure

*Hadi Khoshab¹, Behnaz Bagheryan¹, Abbas Abbaszadeh², Eesa Mohammadi³, Simin Kohan¹, Hamid Samareh Rad⁴

1. MSc in Nursin, Nursing and Midwifery School, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2. MSc in Nursing, Faculty Member of Nursing and Midwifery School, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

3. Associate Professor, Tarbiat Modares Univesity, Tehran, Iran

4. BSc in Nursin, Nursing and Midwifery School, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

*Corresponding author, Email: hadikhoshab@gmail.com

Abstract

Background: Depression and anxiety are highly prevalent in heart failure patients and has been associated with adverse prognosis, reduced functional ability and greater use of health care resources.

Aim: To determine the effect of using partnership care model on anxiety and depression in heart failure patients.

Method: This clinical trial was conducted as quasi-experimental design on 90 patients with heart failure in two educational hospitals in Kerman/Iran in 2010 – 2011. The patients were divided equally and randomly allocated to experimental and control groups. The partnership care model which consisted of 4 main steps of orientation, sensitization, performing and evaluation was performed for experimental group. The level of anxiety and depression of both groups were measured using Beck Depression Inventory and Beck Anxiety Inventory. Data were analyzed by SPSS software (Version 18) using paired t test, one way ANONA, and Chi-square test.

Results: The mean score of anxiety in control and experimental groups was 32.73 ± 10.23 and 33.45 ± 11.83 before the intervention, respectively. The scores after the intervention were 35.32 ± 10.10 (in control group) and 13.96 ± 5.05 (in experimental group) ($P=0.000$). The mean score of depression before running the intervention was 24.73 ± 8.21 in the control group and 26.97 ± 10.40 in the experimental group, which reduced after the intervention to 29.14 ± 8.62 in control group and 13.26 ± 4.25 in experimental group ($P=0.000$).

Conclusion: Applying partnership care model can reduce level of anxiety and depression in heart failure patients. Therefore, it is recommended to use this model to control and reduce anxiety and depression in heart failure patients.

Keywords: Heart failure, Anxiety, Depression, Partnership care model

Received: 08/07/2012

Accepted: 19/07/2012

