مقاله تحقیقاتی

تأثیر اجرای الگوی مراقبت مشارکتی بر کیفیت زندگی بیماران قلبی

حلیمه زارع شورکی[1]، *سید امیر حسین پیشگویی[2]، آرمین زارعیان[3]، فروزان آتش‌زاده شوریده[4]

چکیده

مقدمه: بیماری کرونر قلب یک بیماری مزمن است که جهت جلوگیری از پیشرفت بیماری و عوارض آن نیاز به درمان، مراقبت و نظارت طولانی مدت دارد. بار مالی و اجتماعی ناشی از این بیماری در جامعه به قدری زیاد است که محققین را بر آن داشت تا جهت کاهش عوارض آن، در جستجوی راهکارهای مؤثر باشند و این بیماران بتوانند زندگی با کیفیتی را سپری کنند.

هدف: هدف از این مطالعه بررسی تأثیر اجرای مدل‌های مراقبتی در کاهش عوارض بیماری و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به این عارضه می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه یک کارآزمایی بالینی تجربی است. جامعه پژوهش شامل ۵۸ بیمار کرونری که در فاصله زمانی بهمن ماه ۱۳۹۴ تا اردیبهشت ۱۳۹۵ در بخش‌های ویژه قلب بیمارستان‌های ولی‌عصر ناجا و ۵۰۲ ارتش بستری شده بودند، تشکیل می‌دهد. این بیماران با توجه به معیارهای ورود انتخاب و به روش بلوک‌بندی اختصاصی در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند. سپس به مدت ۳ ماه مدل مراقبت مشارکتی در گروه آزمون اجرا شد و از پرسشنامه کیفیت زندگی ناتینگهام جهت جمع‌آوری اطلاعات بیماران استفاده گردید. سپس داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و آزمون‌های آماری t مستقل، t زوجی و آزمون دقیق فیشر آنالیز گردید.

یافته‌ها: آزمون‌های آماری بین گروه آزمون و گروه کنترل از نظر مشخصات دموگرافیک اختلاف معنی‌داری را نشان نداد. میانگین نمره کیفیت زندگی قبل از مداخله در گروه آزمون ۱۳۷/۲۳±۱۴۱/۵۹ و در گروه کنترل ۱۴۴/۵۲±۲۰۹/۱۲ بود. آزمون آماری t مستقل اختلاف معنی‌داری را از نظر کیفیت زندگی قبل از مداخله بین دو گروه آزمون و کنترل نشان نداد (P=۰/۰۷۳). ولی نمره کیفیت زندگی، ۳ ماه بعد از مداخله در گروه آزمون و کنترل به ۸۰/۹۷±۷۶/۱۱ و ۱۵۱/۹۸±۱۶۷/۷۸ کاهش یافت و تفاوت آماری معنی‌داری (P<۰/۰۵) را نشان داد. مقایسه میانگین نمرات چهار نوبت مشاهده پس از مداخله، روند کاهشی معنی‌داری را در هر دو گروه نشان داد (P<۰/۰۵). اندازه اثر این تفاوت معنی‌دار، متوسط بود.

بحث و نتیجه‌گیری: مدل‌های مراقبتی نقش بسزایی در بالا بردن کیفیت مراقبت از بیماران به خصوص در بیماری‌های مزمن دارند. مدل مراقبتی مشارکتی جهت مراقبت از بیماران قلبی مؤثر است و آموزش این مدل به پرستاران بخش‌های قلب و مراقبت‌های ویژه توصیه می‌شود.

کلمات کلیدی: ایران، بیماری کرونر قلب، مدل مراقبتی، پرستاری، مشارکت.

مجله علوم مراقبتی نظامی ■ سال چهارم ■ شماره ۱ ■ بهار ۱۳۹۶ ■ شماره مسلسل ۱۱ ■ صفحات ۳۹-۴۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۹/۱۵
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۱/۱۰
تاریخ انتشار: ۱۳۹۶/۳/۲۷

مقدمه

بیماری قلبی عروقی یک بیماری مزمن است که برای جلوگیری از پیشرفت آن به سمت عوارض بیشتر مانند انفارکتوس میوکارد (MI) و نارسایی مزمن قلبی (CHF)، نیاز به نظارت و درمان

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد مراقبت‌های ویژه پرستاری، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی آجا، دانشکده پرستاری.
۲- دکترای تخصصی پرستاری، استادیار، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی آجا، دانشکده پرستاری، گروه داخلی- جراحی (*نویسنده مسئول).
آدرس الکترونیک: apishgooie@yahoo.com
۳- دکترای تخصصی آموزش پرستاری، دانشیار، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی آجا، دانشکده پرستاری، گروه بهداشت.
۴- دکترای پرستاری، استادیار، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده پرستاری و مامایی.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.29252/mcs.4.1.39]

طولانی‌مدت دارد. علی‌رغم کاهش میزان مرگ‌ومیر ناشی از بیماری عروق قلبی در طول زمان، تعداد بیماران قلبی که مجبور به تبعیت از نوع خاصی از سبک زندگی هستند، به میزان قابل ملاحظه‌ای افزایش یافته است (۱). با این سیر پیشرونده، برآورد می‌شود که آمار تلفات این بیماری تا سال ۲۰۳۰ به ۲۳/۶ میلیون نفر برسد (۲) آمار دقیقی از میزان شیوع بیماری‌های قلبی عروقی در ایران نداریم ولی آخرین آمار حاکی از افزایش ۱۰ درصدی مرگ‌ومیر ناشی از این بیماری در فاصله سال‌های ۱۳۶۸ تا ۱۳۸۵ است (۲). از طرفی مبتلایان به بیماری‌های عروق قلبی می‌توانند دچار از کار افتادگی، ترس، نومیدی، اضطراب، افسردگی، تغییر شیوه زندگی، کاهش امید به زندگی و در نهایت کاهش کیفیت زندگی شوند (۳، ۴).

کیفیت زندگی، دریافت فرد از موقعیت خود در زندگی بر اساس فرهنگ، انتظارات، ارزش‌ها، اهداف و استانداردهای آن جامعه است و جنبه‌های مختلفی دارد که شامل رفاه روحی روانی، رفاه جسمی و علایق اجتماعی است. مطالعات اخیر توانایی انجام فعالیت‌های روزمره را به عنوان راهی برای ارزیابی موفقیت عمل، کیفیت مراقبت و بازتوانی معرفی می‌کند (۵). کیفیت زندگی بیماران قلبی تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار دارد. با توجه به نقش مهم پرستاران در مراقبت از بیمار و دانش ایشان از چگونگی گسترش آترواسکلروز، چگونگی پیشرفت بیماری و خطرات تهدید کننده حیات، تدابیر پرستاری و نوع مراقبت ارائه شده در این افراد برای بالا بردن کیفیت زندگی بیماران، نقش بسزایی دارند (۶). بعضی مداخلات درمانی از جمله عمل قلب باز یا آنژیوپلاستی ممکن است باعث افزایش طول عمر، کاهش خطر حوادث قلبی و سایر علائم بالینی شود. در عین حال این اقدامات، خود می‌توانند بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر گذارند (۵). اندازه‌گیری سلامت وابسته به کیفیت زندگی (Health Related Quality of Life) برای ارزیابی مداخلات و پیش‌بینی نیازها برای مراقبت اجتماعی مهم است. تعدیل ریسک فاکتورهای مهم قلبی (۷) و فعالیت‌های بازتوانی می‌تواند باعث افزایش سلامت جسمی و روانی در بیماران شوند (۸). به دلیل ماهیت مزمن این بیماری، درگیری خانواده در این مسئله غیرقابل اجتناب است و باید در ارائه مراقبت، احساسات و اعتقادات خانواده نیز در نظر گرفته شود (۹). البته پذیرش تمام این فعالیت‌ها از طرف بیمار شرط اصلی موفقیت مراقبت است. هدف از مراقبت کاهش میزان ابتلا، مرگ و میر و ارتقاء کیفیت زندگی از طریق افزایش کارایی و مدیریت بیماری‌ها در زمینه درمان، پیشگیری و افزایش سازش با بیماری‌ها است (۱۰). بیماری قلبی مزمن بوده و باعث افت عملکرد فرد در تمام جوانب زندگی می‌شود، بنابراین آموزش چگونگی مراقبت از خود، در کاهش دفعات بستری و افزایش کیفیت زندگی مؤثر است (۱۱).

جهت مراقبت از بیماران قلبی و پیگیری آن‌ها در محیط خارج از بیمارستان، مدل‌های مختلفی در دنیا وجود دارد که بر روی سطوح مختلف پیشگیری کار کرده‌اند. تلاش‌های تحقیقات بین‌المللی در کشف راه‌هایی برای پیاده‌سازی استراتژی‌های پیشگیری، بر دو عامل مؤثر بودن و مقرون به صرفه بودن متمرکز شده است. تیمی متشکل از متخصصان مراقبت‌های بهداشتی با تخصص در پرستاری، رژیم غذایی، فعالیت بدنی و مهارت‌های رفتاری سطوح بالایی از موفقیت را در فعالیت‌های پیشگیرانه‌شان، به ویژه در جمعیت‌های در معرض خطر و آسیب‌پذیر، نشان داده‌اند. استفاده مناسب از فردی پرستار که مدیریت تیم را به عهده بگیرد، باعث ایجاد تغییر مثبت در زمینه پیشگیری از بیماری‌های عروق قلبی می‌شود (۱۲). مدل‌ها بر اساس نگرش ساختاری‌شان بر نقش پرستار، موقعیت، رابطه پرستاران با بیماران و آنچه پرستاران به آن توجه می‌کنند، به وجود می‌آیند. مدل‌های مراقبتی مختلفی در دنیا وجود دارد که بر اساس سیاست‌های هر موسسه، میزان بودجه، تعداد پرسنل و سطح مراقبتی، از انواع مختلف آن استفاده می‌شود (۱۳). مدل‌های مراقبتی باعث می‌شوند که همه پرسنل از رویکرد واحدی جهت مراقبت از بیماران استفاده کرده و ارزیابی یکنواختی از مراقبت به عمل آورند (۱۴). بیماری قلبی مزمن بوده و باعث افت عملکرد فرد در تمام جوانب زندگی می‌شود، بنابراین آموزش چگونگی مراقبت از خود، در کاهش دفعات بستری و افزایش کیفیت زندگی مؤثر است (۱۱). مدل‌های مراقبتی در پرستاری، خط‌مشی واحدی برای بررسی مجدد کار پرستاری ارائه کرده و باعث مشارکت پرستار در امر مراقبت از بیمار می‌شود (۱۵). در این بین مدل‌های بومی چون سازگار با فرهنگ جامعه ماست، توسط پژوهش‌گران و بیماران به خوبی درک شده و قابلیت اجرایی دارند. مدل مراقبتی مشارکتی برگرفته از پایان‌نامه محمدی است که در

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.29252/mcs.4.1.39]

سال ۱۳۸۰ جهت اخذ مدرک دکتری از دانشگاه تربیت مدرس تدوین شده است (۱۶). تأثیر این مدل مراقبتی تاکنون توسط علمدارلو و همکاران بر کیفیت خواب بیماران تحت عمل قلب باز (۱۷)، نیری و همکاران بر کیفیت خواب بیماران مبتلا به نارسایی قلبی (۱۸)، خوشاب و همکاران بر افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به نارسایی قلبی (۱۹) مورد بررسی قرار گرفته و کارآیی آن به اثبات رسیده است. ولی تاکنون تأثیر این مدل مراقبتی بر بیماران کرونری نیروهای مسلح و خانواده آنان بررسی نشده است. این مطالعه با هدف شناساندن این مدل مراقبتی به کادر درمانی نیروهای مسلح و به دست آوردن شواهد کافی مبنی بر تأثیر آن بر کیفیت زندگی این بیماران انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش آن را بیماران کرونری که حداقل سابقه یک بار بستری در بخش‌های مراقبت ویژه قلبی بیمارستان‌های منتخب نظامی را داشتند، تشکیل می‌داد.

بیماران به روش نمونه‌گیری در دسترس از بهمن ماه ۱۳۹۴ تا اردیبهشت ۱۳۹۵ انتخاب و سپس به روش بلوک‌بندی اختصاصی به دو گروه کنترل و آزمون تقسیم شدند. جامعه پژوهش را بیماران کرونری که در دو بیمارستان منتخب نظامی شهر تهران سابقه بستری داشتند، تشکیل می‌دادند. حجم نمونه با استناد به مقاله برهانی و همکاران (۱۹) و با استفاده از فرمول زیر محاسبه شد.

Standardized difference=۴۲/۶۳-۱۱/۹/۵۷/۴۵=۰/۹=(d)

و سپس با استفاده از فرمول زیر

$$n=\frac{۲}{d^2}\times C_{P,Power}$$

و با احتساب α=۰/۰۵ و قدرت آزمون ۹۵٪ حجم نمونه ۲۶ نفر و با احتساب ۱۰٪ ریزش، حجم نمونه ۲۹ نفر تعیین شد.

شرایط ورود به مطالعه عبارت بودند از: سن ۶۵-۱۸ سال، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، توانایی صحبت و درک زبان فارسی، بیمه نیروهای مسلح، سابقه بستری در بیمارستان حداقل یک بار، مسجل شدن بیماری کرونری با آنژیوگرافی و وجود فردی معتمد که بیمار را طی این دوران، همراهی نماید. معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم تمایل بیمار به ادامه همکاری با پژوهش‌گر در هر زمان از مطالعه و غیبت بیش از ۱ جلسه یا عدم حضور جهت ویزیت‌های ماهیانه بود.

پرسش‌نامه مورد استفاده جهت مطالعه شامل ۲ قسمت بود. قسمت اول پرسشنامه مربوط به اطلاعات جمعیت‌شناختی واحدهای مورد پژوهش و قسمت دوم، پرسشنامه کیفیت زندگی ناتینگهام (Nottingham Health Profile) است. این پرسش‌نامه شامل ۲ قسمت است. قسمت اول بر روی اندازه‌گیری وضعیت ذهنی سلامت تأکید داشته و شامل ۳۸ سؤال در ۶ حیطه که به شرح زیر: درد ۷ سؤال، انرژی ۳ سؤال، خواب ۴ سؤال، تحرک ۸ سؤال، عکس‌العمل عاطفی ۹ سؤال و انزوای اجتماعی ۵ سؤال بود (۲۰). تمامی این حیطه‌ها بیان‌گر محدودیت‌های فعالیتی و پریشانی فرد است. تمام سؤالات گزینه بله و خیر داشته و امتیاز هر قسمت وزن مخصوص به خود را دارد. بالاترین امتیاز هر قسمت ۱۰۰ می‌باشد. هر چه امتیاز بالاتر، شدت مشکل بیشتر است. تفسیر نمره‌گذاری تحت تأثیر تعداد سؤالات در هر قسمت و سطح نسبی مؤثر در جمع وزنه‌ها بود. قسمت دوم اختیاری بود و می‌توانست بدون آن‌که تأثیر منفی بر روی نتایج بگذارد، حذف شود. این قسمت شامل ۷ سؤال مربوط به شغل، توانایی انجام کارهای منزل، زندگی اجتماعی، فعالیت جنسی، زندگی خانوادگی، سرگرمی و تعطیلات که انجام آن‌ها تحت تأثیر سلامت فرد است، بود. اگر پاسخ افراد به این سؤالات مثبت بود، بیان‌گر آن بود که وضعیت سلامت فعلی فرد باعث ایجاد مشکل در آن قسمت شده است. سؤالات این قسمت وزن نداشته و نتایج تحت تأثیر تعداد یا درصد افراد پاسخ‌گو بود (۲۱). در مطالعه حاضر، قسمت دوم توسط بیماران تکمیل نگردید. در سال‌های ۱۹۷۸ تا ۱۹۸۱ این پرسش‌نامه بارها در انگلستان و سایر کشورها از جمله ایران مورد سنجش واقع شده، روایی و اعتبار آن در افراد مختلف مورد تائید قرار گرفت و ضریب آلفای کرونباخ (r=۰/۸۷) و پایایی آن با آزمون مجدد (r=۰/۸۸) گزارش شد (۲۲، ۲۳). در این مطالعه برای آزمون همبستگی درونی پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ (r=۰/۸۸) و جهت بررسی پایایی از روش آزمون- آزمون مجدد با استفاده از آماره همبستگی اسپیرمن (r=۰/۸۵) گزارش شد و مورد تائید قرار گرفت.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-26]
[DOI: 10.29252/mcs.4.1.39]

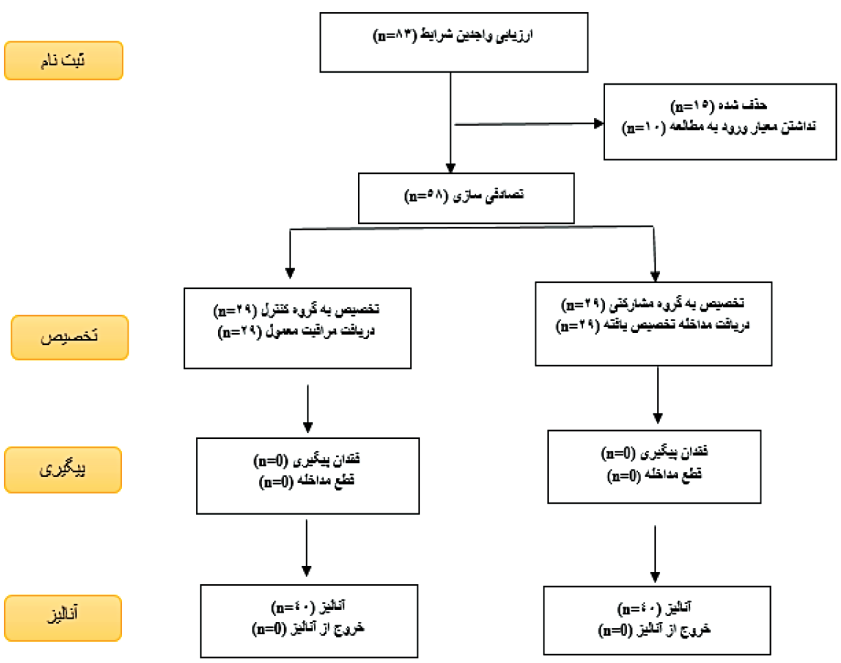
قبل از شروع مطالعه، شرایط تحقیق به طور کامل با حضور همراه بیماران برای آن‌ها توضیح داده شد و تأکید شد که در صورت عدم تمایل به ادامه همکاری در هر زمانی از تحقیق می‌توانند از مطالعه خارج شوند. سپس رضایت‌نامه آگاهانه از بیماران اخذ و پرسش‌نامه‌ها جهت تکمیل در اختیار آن‌ها قرار گرفت. مدت زمان اجرای مدل مراقبتی ۳ ماه بود. در شروع مطالعه ابتدا ارزیابی اولیه‌ای بر روی بیمار به منظور شناخت مشکلات آنان انجام گرفت. سپس نتایج توسط پزشک و پژوهشگر تجزیه و تحلیل شد و جهت آگاهی، افزایش دانش و انگیزش بیماران در اختیار آنان قرار گرفت و مشکلات مراقبتی مددجویان به صورت تشخیص‌های مراقبتی فهرست شد. اعضای تیم شامل پزشک، پرستار، بیمار و یکی از همراهان بیمار بودند. طی آماده‌سازی و درگیرسازی بر اساس تشخیص مراقبتی، ویزیت‌های مشارکتی آموزشی و پیگیر اجرا شد.

الف) جلسات مشارکتی آموزشی شامل ۳ ویزیت با فواصل ۱۰ روز بود.

۱- ایجاد انگیزش: این مرحله در یک جلسه با هدف ایجاد انگیزش در مددجویان از طریق آشنا سازی آن‌ها با مشکلات مراقبتی، شرایط فعلی و خطرات بعدی به منظور جلب مشارکت مددجو در فرآیند مراقبت از خود بود. محتوای جلسه شامل توضیح در مورد آناتومی قلب، نقش قلب در حفظ حیات، چگونگی به وجود آمدن بیماری، سیر تشکیل پلاک آترواسکلروز و عوامل تشدید کننده آن، عوارض و خطرات تشکیل پلاک بود. مطالب در قالب سخنرانی و عکس توسط پزشک و پرستار با مشارکت ۳ گروه ۱۰ نفری از بیمارانی که مشکلات مشابهی داشتند، ارائه شد. این جلسه بین ۴۰ تا ۶۰ دقیقه زمان برد.

۲- آماده‌سازی طی ۲ جلسه انجام شد. اهداف جلسه دوم این بود که مددجو بتواند الگوی رژیم غذایی کم‌چرب را با ذکر مثال توضیح دهد، اهمیت استفاده از میوه و سبزیجات تازه در را در رژیم غذایی ذکر کند و روش‌های کنترل استرس و پیشگیری از درد را بیان کند. مطالب در قالب سخنرانی، عکس و بحث گروهی توسط پزشک و پرستار با مشارکت ۳ گروه ۱۰ نفری از بیمارانی که مشکلات مشابهی داشتند، ارائه شد. این جلسه بین ۴۰ تا ۶۰ دقیقه زمان برد.

اهداف جلسه سوم این بود که مددجو قادر باشد اهمیت انجام برنامه ورزشی را توضیح داده، ورزش‌های مفید و مضر را تقسیم‌بندی کند. به‌طور صحیح ضربان قلب خود را در یک دقیقه شمارش کرده، روش‌های پیشگیری، دارو درمانی، اهمیت مصرف صحیح داروها، نحوه تأثیر و عوارض جانبی داروها را ذکر کند. اطلاعات به روش سخنرانی و نمایش توسط پزشک و پرستار در اختیار بیماران قرار گرفت. در انتهای جلسه سوم، پرسش‌نامه توسط خود مددجویان



[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-26]
[DOI: 10.29252/mcs.4.1.39]

و در مواردی با خواندن سؤالات توسط پژوهش‌گر و پاسخ‌دهی مددجویان و با نظارت پژوهش‌گر تکمیل شد.

ب- جلسات مشارکتی پیگیر

۳- درگیرسازی که شامل ۴ جلسه به فاصله ۲ هفته و با اهداف تداوم برنامه مراقبتی و مشارکت مددجویان بود و به لحاظ کمی و کیفی مانند ویزیت‌های آموزشی برگزار شد. در این جلسات ارزشیابی مداخلات و اثرات برنامه‌های قبلی، اصلاح برنامه‌ها، تمکین مددجویان از درمان، هم‌چنین مسائل و مشکلات مددجویان جهت ارائه راه حل و انتقال تجربیات مطرح شد. در پایان ماه دوم مجدداً پرسش‌نامه کیفیت زندگی ناتینگهام در اختیار مددجویان قرار گرفت که توسط خود مددجویان و در مواردی با خواندن سؤالات توسط پژوهش‌گر و پاسخ‌دهی مددجویان و با نظارت پژوهش‌گر تکمیل شد.

۴- ارزشیابی: در پایان ماه سوم ارزشیابی نهایی با ارزیابی وضعیت کیفیت زندگی مددجویان انجام شد. (نمودار ۱)

سپس اطلاعات از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و با استفاده از آزمون‌های آماری t مستقل، t زوجی و آزمون دقیق فیشر تجزیه و تحلیل شد. سطح معنی‌داری P<۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

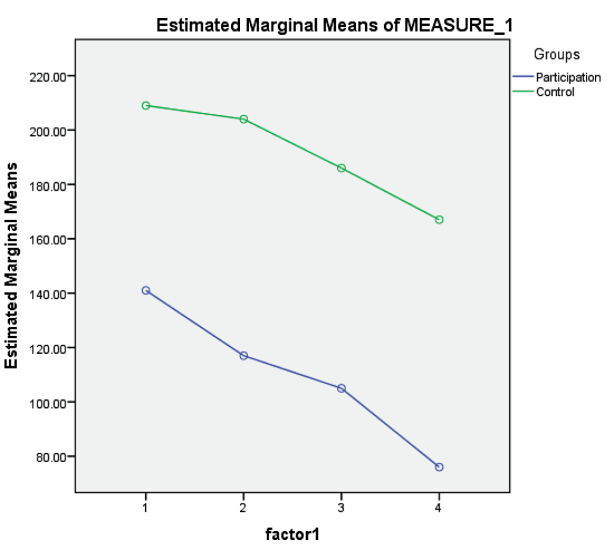
این مطالعه با کسب مجوز اخلاق به شماره IR.AJAUMS.REC.۱۳۹۴.۴۱ از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی آجا و ثبت مطالعه در پایگاه کارآزمایی بالینی (کد IRCT۲۰۱۶۰۴۱۶۲۷۴۰۵N۱) انجام شد. معرفی‌نامه دانشگاه علوم پزشکی آجا به محیط پژوهش ارائه و اهداف تحقیق برای آنان توضیح داده شد. اهداف و روش کار به بیماران و خانواده توضیح داده و بر مختار بودن آن‌ها برای خروج از پژوهش در هر زمان و محرمانه ماندن اطلاعات تأکید و سپس رضایت‌نامه کتبی و آگاهانه از آنان جهت شرکت در تحقیق گرفته شد. صداقت در انتخاب نمونه‌ها، جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها حفظ شده و نتایج پژوهش به بیماران و مسئولین محیط پژوهش با رعایت حقوق مؤلفین ارائه شد. از بیماران مورد پژوهش و کلیه مسئولین ذی‌ربط نیز قدردانی به عمل آمد.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در این مطالعه ۵۸ نفر شامل دو گروه ۲۹ نفری آزمون و کنترل بودند. دو گروه از نظر سن، جنس، تأهل، تحصیلات، شغل و اینکه با چه کسانی زندگی می‌کنند، مورد بررسی قرار گرفتند. آزمون‌های آماری، اختلاف معنی‌داری بین دو گروه آزمون و کنترل از نظر متغیرهای دموگرافیک نشان نداد. (جدول ۱)

بر اساس هدف پژوهش، ارزیابی اولیه کیفیت زندگی قبل از مداخله در گروه آزمون و کنترل انجام شد. میانگین کیفیت زندگی قبل از مداخله در گروه آزمون ۱۳۷/۲۳±۱۴۱/۵۹ و در گروه کنترل ۱۴۴/۵۲±۲۰۹/۱۲ بود. آزمون آماری t مستقل اختلاف معنی‌داری را از نظر کیفیت زندگی قبل از مداخله بین دو گروه آزمون و کنترل نشان نداد (P=۰/۰۷۳). بعد از انجام مداخله، میانگین نمره کلی کیفیت زندگی در هر ۳ مرحله در گروه آزمون به صورت معنی‌داری کمتر از گروه کنترل بود (P<۰/۰۵). اندازه اثر این تفاوت معنی‌دار، متوسط بود. مقایسه میانگین نمرات چهار نوبت مشاهده پس از مداخله، روند کاهشی معنی‌داری را در هر دو گروه نشان داد (P<۰/۰۵) (جدول ۲).

آزمون‌های تعقیبی بین جلسه سوم و قبل از مداخله در گروه مشارکت تفاوت معنی‌داری در نمره کیفیت زندگی نشان می‌دهد (P<۰/۰۵) و در گروه کنترل در مقایسه نمره کیفیت زندگی قبل از مداخله و جلسه سوم، همچنین بین جلسه اول و سوم تفاوت معنی‌داری به وجود آمده است (P<۰/۰۵) (نمودار ۱).



نمودار ۱- مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون و کنترل

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-26]
[DOI: 10.29252/mcs.4.1.39]

جدول ۱- مقایسه مشخصات دموگرافیک بین گروه آزمون و کنترل

متغیر		گروه: مشارکتی میانگین ± انحراف معیار	گروه: کنترل میانگین ± انحراف معیار	آزمون t مستقل
سن		۵۶/۱۷ ± ۶/۳۹	۵۷/۴۵ ± ۶/۹۷	df=۵۶ ،p=۰/۴۷ ، t=-۰/۷۳
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	آزمون دقیق فیشر
جنس	مرد	۲۳(۷۹/۳)	۲۱ (۷۲/۴)	x^2=۰/۳۷ P=۰/۷۶ df=۱
	زن	۶ (۲۰/۷)	۸ (۲۷/۶)	
تأهل	مجرد	۱ (۳/۴)	۰ (۰/۰)	x^2 =۲/۱۸ P=۰/۷۴ df=۳
	متأهل	۲۶ (۸۹/۷)	۲۸ (۹۶/۶)	
	تنها	۲ (۶/۸)	۱ (۳/۴)	
تحصیلات	مبتدی	۳ (۱۰/۳)	۳ (۱۰/۳)	x^2=۳/۶۴ P=۰/۳۱ df=۳
	سیکل	۶ (۲۰/۷)	۶ (۲۰/۷)	
	دیپلم	۷ (۲۴/۱)	۱۳ (۴۴/۸)	
	دانشگاهی	۱۳ (۴۴/۸)	۷ (۲۴/۱)	
شغل	کارمند	۰ (۰/۰)	۲ (۶/۹)	x^2 =۲/۴۱ P=۰/۵۶ df=۳
	بازنشسته	۲۲ (۷۵/۹)	۱۸ (۶۲/۱)	
	خانه‌دار	۵ (۱۷/۲)	۶ (۲۰/۷)	
	آزاد	۲ (۶/۹)	۳ (۱۰/۳)	
همراه	والدین	۲ (۶/۹)	۰ (۰/۰)	x^2 =۲/۲۵ P=۰/۶۱ df=۳
	همسر و فرزندان	۲۲ (۷۵/۹)	۲۵ (۸۶/۲)	
	همسر	۴ (۱۳/۸)	۳ (۱۰/۳)	
	فرزندان	۱ (۳٪/۴)	۱ (۳٪/۴)	

جدول ۲- مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون و کنترل

گروه	قبل از مداخله میانگین± انحراف معیار	نوبت اول میانگین± انحراف معیار	نوبت دوم میانگین± انحراف معیار	نوبت سوم میانگین ± انحراف معیار	آزمون آنالیز واریانس اندازه‌های تکراری
مشارکتی	۱۴۱/۵۹±۱۳۷/۲۳	۱۴۴/۴±۱۱۰/۰۱	۱۰۵/۹۶±۱۰۵/۲	۷۶/۱۱±۸۰/۹۷	f=۱۲/۲۲ P=۰/۰۰۲
کنترل	۲۰۹/۱۲±۱۴۴/۵۲	۲۰۴/۴۴±۱۴۸/۷۹	۱۸۶/۶۸±۱۵۵/۹۹	۱۶۷/۷۸±۱۵۱/۹۸	f=۵/۷۵ P=۰/۰۲۳
نتیجه آزمون t مستقل	t=-۱/۸۲ df = ۵۶ P=۰/۰۷۳	t=-۲/۵۳ df = ۵۶ P=۰/۰۱۴ EF=۰/۴۹	t=-۲/۵۳ df = ۵۶ P=۰/۰۲۵ EF=۰/۶	t=-۲/۸۶ df = ۵۶ P=۰/۰۰۶ EF=۰/۵۷	

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعات نشان داده‌اند افرادی که بیماری قلبی دارند در قیاس با افراد بدون این بیماری کیفیت زندگی پایین‌تری دارند (۲۴). پژوهش هائو (Hao) و همکاران در سال ۲۰۱۶ در مورد کیفیت

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-26]
[DOI: 10.29252/mcs.4.1.39]

مراقبت از ۳۵۶۱۶ بیمار قلبی بستری در ۱۵۰ بیمارستان کشور چین نشان داد که کیفیت مراقبت از این بیماران پایین است و شکاف قابل توجهی بین رهنمودهای توصیه‌شده و عملکرد بالینی در چین وجود دارد. استراتژی بهبود مستمر کیفیت مراقبت می‌تواند باعث کاهش این فاصله شود (۲۵). با پیشرفت تکنولوژی درمان و مراقبت از بیماری‌های مزمن از جمله بیماری کرونر قلب، امید به زندگی در این گروه از بیماران افزایش یافته است. ولی این مسئله لزوماً به معنای افزایش کیفیت زندگی در آن‌ها نیست. مطالعات گسترده‌ای جهت افزایش کیفیت زندگی بیماران مزمن انجام شده و یکی از راهکارهای مؤثر در این زمینه، طراحی و اجرای مداخلات آموزشی و حمایتی معرفی شده است (۲۶). این مطالعه به منظور بررسی تأثیر مدل مراقبتی مشارکتی که یک مدل بومی ایران است، بر کیفیت زندگی بیماران کرونری انجام شد. بر اساس نتایج به دست آمده مشخص شد که میزان ابتلا به این بیماری در مردان بیشتر است (۷۵/۹٪) که با مطالعه نحریر، صادقی شرمه و کاروالهو مطابقت دارد (۶، ۱۵، ۳۲). اکثر بیماران مطالعه (۶۹٪) بازنشسته و متأهل بودند. حدود نیمی از بیماران (۴۸/۲۷٪) سابقه چندین بیماری زمینه‌ای را به طور همزمان داشتند که با مطالعه صادقی هماهنگ است (۱۱). ۶۹٪ این بیماران تحصیلات دیپلم و بالاتر داشتند که با نتایج دموگرافیک مطالعه علمدارلو همسو است (۱۷). بعد از انجام مداخله، کیفیت زندگی بیماران گروه آزمون در قیاس با گروه کنترل افزایش معنی‌داری پیدا کرد که با مطالعه خوشاب و همکاران (۱۹) در مورد تأثیر اجرای این مدل بر میزان اضطراب و افسردگی بیماران نارسایی قلبی و مطالعه برهانی و همکاران (۱۹) مبنی بر اجرای مدل مشارکتی بر کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی مطابقت دارد. در مطالعه قویدل و همکاران، بیماران دیالیزی قبل از اجرای مراقبت مشارکتی ۱۰۰ درصد مشکلات خواب داشتند و بعد از اجرای مداخله، کاهش ۴۰ درصدی در مشکلات خواب را نشان دادند (۲۷). کاهش چشمگیر افسردگی سالمندان پس از اجرای مراقبت مشارکتی توسط گراهام و همکاران نشان‌دهنده تأثیر مثبت این نوع مراقبت است (۲۸). سودمندی اجرای مدل مراقبت مشارکتی در بیماران قلبی و دیابتی که همزمان افسردگی هم داشتند، توسط کاتن (Katton) و همکاران بررسی شد. نتایج نشان داد که افراد گروه مداخله، کیفیت زندگی بهتر و روزهای بدون افسردگی بیشتری را تجربه کردند (۳). مطالعه لورنکو (Lourenco) و همکاران نشان داد که صرفاً اجرای استراتژی‌های دارو درمانی تأثیری بر افزایش سلامت وابسته به کیفیت زندگی این بیماران ندارد و جهت نیل به نتایج مطلوب، بررسی و مداخلات بیشتری در این مورد نیاز هست (۲۹). ولی در مطالعه افرند و همکاران بعد از مداخلات درمانی در بیمارانی که عمل قلب باز کرده بودند، کیفیت زندگی به لحاظ آماری معنی‌دار نشد (۳۰) که به نتایج حاصل از مطالعه حاضر همسو نیست.

در مطالعه حاضر در گروه کنترل شاهد روند کاهش میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی در تمامی مراحل پس از شروع مداخله هستیم و آنالیز واریانس اندازه‌های تکراری، تفاوت آماری معنی‌داری را نشان داد (P=۰/۰۲۸) که نشان از بهبود کیفیت زندگی این بیماران می‌باشد. همسو با این نتیجه در پژوهش حاضر، مطالعه صادقی شرمه و همکاران است که اجرای دو روش پیگیری تلفنی و پیامکی را بر کیفیت زندگی بیماران دریچه‌ای مقایسه کرده بود. پس از مداخله بین هیچ یک از گروه‌ها تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نشد (۳۱) که ممکن است علت آن بهبود کیفیت زندگی در اثر دریافت آموزش توسط گروه کنترل به دلایل اخلاقی همزمان با گروه مداخله باشد. ولی در مطالعه حاضر به نظر می‌رسد علت این امر، توجه بیشتر بیماران گروه کنترل به امور درمانی خود طی مراجعات ماهیانه جهت تکمیل پرسش‌نامه پژوهش می‌باشد. در مطالعه برهانی و همکاران، کیفیت زندگی گروه کنترل پس از مداخله کاهش یافت که با مطالعه حاضر همخوانی ندارد (۱۹).

یافته‌های مطالعه حاضر و سایر مطالعات نشان می‌دهد که کیفیت زندگی بیماران قلبی پایین است و اجرای مدل مراقبت مشارکتی می‌تواند در بهبود این وضعیت مفید واقع شود. با توجه به افزایش امید به زندگی در بیماران کرونری و نقشی که پرستاران می‌توانند در اجرای مراقبت از این بیماران داشته باشند، توصیه می‌شود مدل‌های مراقبتی مؤثر به پرستاران آموزش داده شود و جهت تأمین نیروی انسانی مورد نیاز، تدابیر لازم پیش‌بینی شود.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به نقش عوامل فرهنگی و اجتماعی تأثیرگذار در هنگام تکمیل پرسش‌نامه اشاره کرد. همچنین پایین بودن حجم نمونه، می‌تواند مانعی جهت تعمیم

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.29252/mcs.4.1.39]

نتایج آن در این بیماران باشد. لذا، توصیه می‌شود در مطالعات بعدی، پژوهش با حجم نمونه بیشتر و با بکارگیری افراد خبره انجام شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه به شماره ۵۹۴۲۵۹ مصوب ۱۳۹۴/۸/۴ دانشگاه علوم پزشکی آجا می‌باشد. بدین وسیله از کلیه مسئولین، پرسنل و بیماران قلبی بیمارستان ۵۰۲ ارتش و ولی‌عصر ناجا خصوصاً جناب آقای دکتر فرقانی که همکاری صادقانه و صمیمانه در تمامی مراحل مطالعه را داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1- Lee Geraldine A. Coronary artery disease and quality of life: Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange (CIRRIE); 2010 [cited 2016 7/8]. Available from: http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/134.
2- Jaberi P, Baraz S, Beiranvand S, Makvandi M. A study on the quality of life in coronary artery bypass graft surgery patients. J Jundishapur Sci Med. 2014;13(5):545-55.
3- Katon WJ, Lin EH, Von Korff M, Ciechanowski P, Ludman EJ, Young B, et al. Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. N Engl J Med. 2010;363(27):2611-20. DOI: 10.1056/NEJMoa1003955 PMID: 21190455
4- Ziegelstein RC. Depression after myocardial infarction. J Cardiol Rev. 2001;9(1):45-51. DOI: 10.1097/00045415-200101000-00009 PMID: 11174915
5- Carvalho ALdO. Quality of Life in Patients with Multivessel Coronary Artery Disease: Ten-year Follow-up of a Comparison of Surgical, Angioplasty or Medical Strategies - MASS II Trial. J Clin Trials. 2014;04(02). DOI: 10.4172/2167-0870.1000159
6- Sadeghzadeh V. Improved quality of life with cardiac rehabilitation in post-myocardial infarction patients. J Int Res Appl Basic Sci. 2012;3(2):394-401.
7- Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB, et al. Heart disease and stroke statistics--2013 update: a report from the American Heart Association. J Circulation. 2013;127(1):e6-e245. DOI: 10.1161/CIR.0b013e31828124ad PMID: 23239837
8- Beckie TM, Beckstead JW. The effects of a cardiac rehabilitation program tailored for women on their perceptions of health: a randomized clinical trial. J Cardiopulm Rehabil Prev. 2011;31(1):25-34. DOI: 10.1097/HCR.0b013e3181f68acc PMID: 21037482
9- Newman MC, Lawless JJ, Gelo F. Family-oriented patient care. Am Fam Physician. 2007;75(9):1306, 10. PMID: 17508523
10- Vahedian Azimi A, Ebadi A, Saadat S, Ahmadi F. What is an appropriate nursing care model in critical care units: domestic or international models. J Int Med Rev. 2014;1(2).
11- Sadeghi Shermeh M, Alavi Zerang F, Ahmadi FE, Karimi ZA, Babatabar Darzi H, Ebadi A, et al. Effect of applying continuous care model on quality of life in heart failure patients. J Behav Sci. 2009;3(1):9-13.
12- Berra K, Miller NH, Jennings C. Nurse-based models for cardiovascular disease prevention: from research to clinical practice. J Cardiovasc Nurs. 2011;26(4 Suppl):S46-55. DOI: 10.1097/JCN.0b013e318213ef5c PMID: 21659813
13- Jennings BM. Care Models. In: Hughes RG, editor. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Advances in Patient Safety. Rockville (MD)2008.
14- Dubois CA, D›Amour D, Tchouaket E, Clarke S, Rivard M, Blais R. Associations of patient safety outcomes with models of nursing care organization at unit level in hospitals. Int J Qual Health Care. 2013;25(2):110-7. DOI: 10.1093/intqhc/mzt019 PMID: 23422039
15- Pridmore JA, Murphy F, Williams A. Nursing models and contemporary nursing 2: can they raise standards of care? Nurs Times. 2010;106(24):22-5. PMID: 20642215
16- Mohammadi E. Design and evaluation of partnership care model for high blood pressure. granded theory. Tehran: Tehran Tarbeiat Modares University; 2002.
17- Alamdarloo A, Hosseini M, Reza K, Noroozi K, Reza Soltani P, Mazki S. [The effect of collaborative care model on sleep quality of patients›undergoing Coronary Artery Bypass Graft Surgery]. Iranian J Rehabil Rec Nurs. 2015;1(4):49-59.
18- Nayyeri S, Golafrooz M, Sadaghi H, Amini S, Zarrabi L, Rakhshani M. [The effect of the partnership care model on the quality of sleep among patients with heart failure]. Q J Sabzevar Univ Med Sci. 2015;22(2):289-99.
19- Borhani F, Khoshab H, Abbaszadeh A, Rashidinejad H, Mohammadi E. Study of the effect of partnership care model on the quality of life in patients with heart failure. J Crit Care Nurs. 2012;5(1):43-8.
20- Najafi S, Vahedparast H, Hafezi S, Saghafi A, Farsi Z, Vahabi Y. Effect of self-care education on quality of life in patients suffering from myocardial infarction. Iranian J Crit Care Nurs. 2008;1(1):35-9.
21- O›Brien BJ, Banner NR, Gibson S, Yacoub MH. The Nottingham Health Profile as a measure of quality of life following combined heart and lung transplantation. J Epidemiol Community Health. 1988;42(3):232-4. PMID: 3150765
22- Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Backett EM, Williams J, Papp E. A quantitative approach to perceived health status: a validation study. J Epidemiol Community Health. 1980;34(4):281-6. PMID:

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-26]
[DOI: 10.29252/mcs.4.1.39]

7241028

23- Dehdari T, Hashemifare T, Heidarnia A, Kazemnegad A. [Continuing impact of health education on quality of life in patients after coronary artery bypass surgery]. Med Sci J Islamic Azad Univ. 2005;15(1):41-6.

24- Unsar S, Sut N, Durna Z. Health-related quality of life in patients with coronary artery disease. J Cardiovasc Nurs. 2007;22(6):501-7. DOI: 10.1097/01.JCN.0000297382.91131.8d PMID: 18090192

25- Hao Y, Liu J, Liu J, Smith SC, Huo Y, Fonarow GC, et al. Quality of Care for Patients Hospitalized With Acute Coronary Syndrome in China: Findings From the Improving Care for Cardiovascular Disease in China (CCC) Project-Acute Coronary Syndrome Program. American Heart Association; 2016.

26- Ghasemi E, Mohammad Aliha J, Bastani F, Haghani H, Samiei N. Quality of life in women with coronary artery disease. Iran Red Crescent Med J. 2014;16(7):e10188. DOI: 10.5812/ircmj.10188 PMID: 25237559

27- Ghavidel F, Mohammadzadeh S, Pirasteh H, Alavi Majd H. Effect assessment of applying the partnership care model on quality of life in hemodialysis patients reffering to Be›sat Hospital of IRI Air Force. Ebnesina. 2009;12(2):22-7.

28- Chew-Graham CA, Lovell K, Roberts C, Baldwin R, Morley M, Burns A, et al. A randomised controlled trial to test the feasibility of a collaborative care model for the management of depression in older people. Br J Gen Pract. 2007;57(538):364-70. PMID: 17504586

29- Lourenco LB, Rodrigues RC, Sao-Joao TM, Gallani MC, Cornelio ME. Quality of life of coronary artery disease patients after the implementation of planning strategies for medication adherence. Rev Lat Am Enfermagem. 2015;23(1):11-9. DOI: 10.1590/0104-1169.0144.2519 PMID: 25806626

30- Afrand M. Effect of Off-Pump Coronary Artery Bypass Surgery on Patients' Quality of Life. Cardiol Res. 2014;5(1):30-7. DOI: 10.14740/cr326e

31- Sadeghi Sherme M, Ghafori F, Tadrisi SD, Tayyebi A. The effect of follow-up care by telephone and short massage services on patient's quality of life after cardiac valve replacement surgery. J Crit Care Nurs. 2013;6(1):65-72.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.29252/mcs.4.1.39]

The Effect of the Collaborative Care Model Implementation on Quality of Life in Patients with Heart Diseases

Zare Shorakie. H[1], *Pishgooie. SAH[2], Zareiyan. A[3], Atashzade Shooride. F[4]

Abstract

Introduction: Coronary heart disease is a chronic disease that requires long-term treatment, care and monitoring to prevent disease progression and its complications. The financial and social burdens of the disease in the society are too high to have made researchers look for effective solutions for reducing the side effects in order for patients to have qualitative lives. The aim of this study was to evaluate the effects of care model implementation so as to reduce the complications and improve the quality of life for these patients.

Materials and Methods: This study was a randomized clinical trial. The study population included 58 patients with coronary artery disease who were hospitalized in intensive care units of NAJA Vali-Asr and 502 AJA hospitals during February to June 2016. These patients were divided into intervention and control groups according to the inclusion criteria and the specific block method. Then, collaborative care model in the test group was administered for three months and Nottingham quality of life questionnaire was used to collect information. The data were analyzed with SPSS 22 software and independent t-test, t-test and Fisher›s exact test.

Results: Statistical analysis between the experimental and control groups showed no significant difference in demographic characteristics. Quality of life mean scores before the intervention were 141.59 ± 137.23 and 209.12 ± 144.52 in the experimental and control groups, respectively. Independent t-test showed no significant difference in quality of life between the two groups before the intervention ($P = 0.073$). However, the quality of life scores decreased in experimental and control groups (76.11 ± 80.97 and 167.78 ± 151.98 respectively), indicating a significant difference after three months of intervention ($P < 0.05$). Comparing the mean scores of four times of observation showed a significantly decreasing trend ($P < 0.05$) in both groups after the intervention. The significant difference in the level of effectiveness was average.

Discussion and Conclusion: Care models have important roles in enhancing the quality of care for patients, especially in chronic diseases. Collaborative care model is effective for the care of heart disease, and training of this model is recommended for critical care nurses.

Keywords: Care Model, Coronary Artery Disease, Collaboration, Iran, Nursing.

Zare Shorakie H, Pishgooie SAH, Zareiyan A, Atashzade Shooride F. The Effect of the Collaborative Care Model Implementation on Quality of Life in Patients with Heart Diseases. Military Caring Sciences. 2017; 4 (1). 39-48.

Submission: 5/12/2016 Accepted: 29/1/2017 Published: 17/6/2017

1- MSc Student of Critical Care, Iran, Tehran, AJA University of Medical Sciences, Faculty of Nursing.

2- (*Corresponding Author) Ph.D. in Nursing, Assistant Professor, Iran, Tehran, AJA University of Medical Sciences, Faculty of Nursing, Medical-Surgical Department. Email: apishgooie@yahoo.com

3- Ph.D. in Nursing Education, Associate Professor, Iran, Tehran, AJA University of Medical Sciences, Faculty of Nursing, Health Department.

4- Ph.D. in Nursing Education, Associate Professor, Iran, Tehran, AJA University of Medical Sciences, Faculty of Nursing, Health Department.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.29252/mcs.4.1.39]