Original Article

Military Caring Sciences
Volume 8, Issue 1, Spring 2021 (Serial Number: 27)

The Effect of Using the IDEAL Discharge Model on the Drug Adherence in Congestive Heart Failure Patients Hospitalized in Intensive Care Units of Military Hospitals

Rezaeifar. A[1]
*Jafari Golestan. N[2]
Pishgooie. S A H[3]

1- MSC Student Emergency Nursing, Faculty of Nursing, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
*2- (*Corresponding Author) Ph.D. Nursing, Assistant Professor, Nursing Management Department, Faculty of Nursing, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Email: Jafari_golestan_nurse@yahoo.com*
3- Ph.D. Nursing, Associate Professor, Critical Care Nursing Department, Faculty of Nursing, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Introduction: Congestive heart failure is a progressive and debilitating chronic disorder. Discharge is a period of transfer from hospital to home that the responsibility of care providers when hospitalized is transferred to the patient and the primary care physician and may lead to new problems for the patient and family.

Objective: This study aimed to investigate the effect of using the ideal discharge model on drug adherence in congestive heart failure patients hospitalized in intensive care units.

Materials and Methods: This is randomized controlled study. Sixty patients with congestive heart failure, admitted to the intensive care units of selected Aja military hospitals in Tehran in 2020 were included in the study by convenience sampling method. Patients were randomly divided into experimental and control groups (30 patients in each group) and the control group received only routine care. The study was performed in two stages before and after the intervention. To collect data, demographic information form, Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) in drug adherence was used. Data were analyzed using SPSS-21 software and using descriptive analysis, independent t-test, Pearson correlation, Fisher's exact test, and Chi-square tests ($P<0.05$).

Results: There was no significant difference between the two groups of drug adherence before the intervention ($P=0.722$). However, there was a significant difference between the two groups of drug adherence after the intervention ($P=0.005$).

Discussion and Conclusion: Applying the ideal discharge model increases the patient's participation in the treatment process and drug adherence in congestive heart failure patients hospitalized in intensive care units.

Keywords: Congestive Heart Failure, Drug Adherence, Discharge Model.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.52547/mcs.8.1.73]

Rezaeifar A, Jafari Golestan N, Pishgooie S A H. The Effect of Using the IDEAL Discharge Model on the Drug Adherence in Congestive Heart Failure Patients Hospitalized in Intensive Care Units of Military Hospitals. Military Caring Sciences. 2021; 8 (1). 73-81.
Submission: 23/8/2020 Accepted: 26/1/2021 Published: 26/6/2021

بررسی تأثیر به کارگیری مدل ترخیص ایده‌ال بر میزان تبعیت دارویی بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب بستری در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های نظامی

علی رضایی‌فر[۱]، *نسرین جعفری گلستان[۲]، سید امیر حسین پیشگویی[۳]

چکیده

مقدمه: نارسایی احتقانی قلبی یک اختلال مزمن پیش‌رونده و ناتوان کننده است. ترخیص یک دوره انتقال از بیمارستان به منزل است که در آن مسئولیت مراقبت از تیم درمان در بیمارستان، به بیمار و خانواده انتقال می‌یابد.

هدف: این مطالعه با هدف تعیین تأثیر به کارگیری مدل ترخیص ایده‌ال بر میزان تبعیت‌دارویی بیماران نارسایی احتقانی قلب بستری در بخش‌های ویژه انجام شده است.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه کنترل شده تصادفی است؛ ۶۰ بیمار مبتلا به نارسایی احتقانی قلب، بستری در بخش مراقبت‌های ویژه در بیمارستان‌های نظامی منتخب آجا واقع در شهر تهران در سال ۱۳۹۸ با روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند؛ بیماران به صورت تصادفی ساده، به ۲ گروه آزمون و کنترل (هر گروه ۳۰ نفر) تقسیم شدند که گروه کنترل صرفاً مراقبت روتین را دریافت کردند. مطالعه در دو مرحله قبل و بعد از انجام مداخله انجام شد. جهت گردآوری داده‌ها از فرم اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه تبعیت دارویی موریسکی MMAS استفاده شد. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ و روش‌های توصیفی، آزمون تی تست مستقل، همبستگی پیرسون، تست دقیق فیشر و کای اسکوئر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت ($P<0/05$).

یافته‌ها: بین دو گروه از نظر میزان تبعیت دارویی قبل از مداخله هیچ گونه اختلاف معنی‌داری وجود نداشت ($P=0/722$). لیکن از نظر میزان تبعیت دارویی در بین دو گروه بعد از اجرای مداخله اختلاف معنی‌دار داشتند ($P=0/005$).

بحث و نتیجه‌گیری: به کارگیری مدل ترخیص ایده‌ال باعث افزایش میزان مشارکت بیمار در فرایند درمان و میزان تبعیت دارویی بیماران نارسایی احتقانی قلب بستری در بخش‌های ویژه شود.

کلمات کلیدی: تبعیت دارویی، مدل ترخیص، مدل ترخیص ایده‌ال (IDEAL)، نارسایی احتقانی قلب.

مجله علوم مراقبتی نظامی ■ سال هشتم ■ شماره ۱ ■ بهار ۱۴۰۰ ■ شماره مسلسل ۲۷ ■ صفحات ۷۳-۸۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۶/۲
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۱/۷
تاریخ انتشار: ۱۴۰۰/۴/۵

مقدمه

نارسایی احتقانی قلب سندرومی بالینی است که در آن به دلیل اختلال در ساختمان و عملکرد، قلب در پر شدن یا بیرون دادن خون منطبق با نیاز بافت‌های در حال متابولیسم ناتوان می‌باشد (۱). شیوع و بروز نارسایی احتقانی قلب در حال افزایش است، درمان‌های جدید پزشکی و جراحی عامل افزایش طول عمر بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی و سبب افزایش تعداد مبتلایان به نارسایی قلب شده است (۲). این بیماری شایع‌ترین علت بستری افراد بالای ۶۵ سال و دومین علت مراجعه مکرر به پزشک در ایالات متحده می‌باشد (۳). بر اساس گزارشات انجمن قلب آمریکا در سال ۲۰۱۶ تخمین زده می‌شود که در حال حاضر ۵/۷ میلیون نفر در ایالات متحده با نارسایی قلبی زندگی

۱ـ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری اورژانس، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران.
۲ـ دکترای تخصصی پرستاری، استادیار، گروه مدیریت پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران (*نویسنده مسئول).
آدرس الکترونیک: Jafari_golestan_nurse@yahoo.com
۳ـ دکترای تخصصی پرستاری، دانشیار، گروه پرستاری مراقبت ویژه، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.52547/mcs.8.1.73]

می‌کنند و سالیانه ۵۵۰۰۰۰۰ نفر به این بیماری مبتلا می‌شوند (۴). در ایران نیز میزان مرگ و میر بالایی به علت نارسایی قلبی رخ می‌دهد و بار زیادی را از لحاظ اقتصادی و روانی به جامعه تحمیل می‌کند (۵). نارسایی احتقانی قلب یک وضعیت مزمن است که علیرغم درمان‌های موجود جنبه‌های مختلف زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۶، ۷)؛ بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب علائم فیزیکی و روانی متعددی از قبیل تنگی نفس، فقدان انرژی و ضعف، خستگی، ادم، اختلالات خواب، افسردگی و درد قفسه سینه را تجربه می‌کنند (۸، ۹). نارسایی قلبی پیامد بسیاری از بیماری‌های قلبی عروقی از جمله سکته قلبی است. پرفشاری خون، دیابت، بیماری مزمن کلیه و مصرف سیگار از عوامل خطر مرتبط با این بیماری است. علیرغم بهبود و ارتقاء روش‌های درمان این بیماری، نمی‌توان بیماری را متوقف نمود، اما به طور نسبی می‌توان پیشرفت بیماری را به تعویق انداخت. استراتژی درمان در بیماران نارسایی قلبی نیازمند تبعیت طولانی مدت از رژیم‌های خودمراقبتی است (۱۰)؛ که جهت تحقق این اهداف بیمار باید متعهد انجام رفتارهای خودمراقبتی از جمله تبعیت از رژیم دارویی (مصرف منظم داروها طبق دستور پزشک) و غذایی (خودداری از نوشیدن زیاد مایعات و رعایت رژیم غذایی کم نمک، خودمدیریتی کنترل وزن روزانه، میزان و نحوه‌ی ورزش کردن) و پایش نشانه‌ها و علائم خطر بیماری (ورم روی پا، قوزک پا، ساق پا و شکم) باشد که در نهایت منجر به تغییر سبک زندگی بیمار خواهد شد. سبک زندگی عامل تعیین کننده در ایجاد و پیشرفت بیماری‌های قلبی عروقی محسوب می‌شود، لذا، تبعیت و پایبندی بیمار به رعایت رژیم دارویی و غذایی، تحرک بدنی و به عبارتی خود مراقبتی تأمین کننده یک شیوه زندگی سالم می‌باشند (۱۱). تبعیت از درمان و رژیم دارویی بخش مهم مراقبت از بیمار به شمار می‌آید و برای دستیابی به اهداف بالینی مهم و ضروری است. تبعیت از درمان به میزان تطابق فرد با توصیه‌های پزشک و درمان‌های دارویی گفته می‌شود (۱۲). عدم تبعیت از درمان به نتایج ضعیف بالینی در بیماران منتهی و باعث افزایش میزان مرگ و میر و هزینه‌های بهداشتی درمانی می‌شود. تقریباً ۵۰ تا ۶۰ درصد از بیماران داروهایی که برای بیماری آن‌ها تجویز شده است را مصرف نکرده و یا به صورت نامنظم مصرف کرده‌اند، این مسئله به ویژه در کسانی که از بیماری‌های مزمن رنج می‌برند، بیشتر دیده می‌شود. در نتیجه، بیش از ۳۰ درصد از پذیرش بیمارستان‌ها به علت عدم تبعیت از درمان و رژیم دارویی صورت می‌گیرد (۱۳). بر اساس اعلام سازمان بهداشت جهانی، عوامل متعددی وجود دارند که منجر به تبعیت ضعیف از درمان و رژیم دارویی می‌شوند و به طور معمول به پنج دسته تقسیم می‌شوند: عوامل اجتماعی-اقتصادی، عوامل مرتبط با درمان، عوامل مرتبط با بیمار، عوامل مرتبط با تیم مراقبت‌های بهداشتی و شرایط محیطی (۱۴). یکی از مواردی که می‌تواند بر روی تبعیت از درمان و رژیم دارویی بیمار مؤثر باشد، برنامه ترخیص است (۱۵)؛ ترخیص یک دوره انتقال از بیمارستان به منزل است که در آن مسئولیت مراقبت از ارائه کنندگان مراقبت هنگام بستری در بیمارستان، به بیمار، خانواده و پزشک مراقبت‌های اولیه انتقال می‌یابد و ممکن است به ایجاد چالش‌های جدید برای بیمار و خانواده او منجر شود (۱۶). برنامه‌ریزی ترخیص، یک فرایند ارزیابی از اقدامات ضروری برای برآورده نمودن نیازهای بیمار پس از ترخیص در منزل می‌باشد، یک برنامه ترخیص خوب عوارض جا به جایی بیمار از یک محیط به مکان دیگر را به حداقل می‌رساند که این مسئله به خصوص برای بیماران سالمند و همچنین بیمارانی که در بخش‌های ویژه بستری بوده‌اند و برای ترخیص نیاز به برنامه‌ریزی منسجمی دارند، مفید است (۱۷، ۱۸). آژانس بین‌المللی کیفیت و تحقیق در سلامت The Agency for Healthcare Research (AHRQ) and Quality در زمینه ترخیص بیماران یک سند بسیار مؤثر ارائه کرده است که نام آن طرح ترخیص ایده‌ال (IDEAL) است. این طرح شامل عناصری است که به اهمیت آموزش و مشارکت بیمار، خانواده و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی در روند ترخیص می‌پردازد. در این طرح از طریق برنامه‌های آموزشی، رفتارهای خود مراقبتی مناسب به بیمار و خانواده او آموزش داده می‌شود تا از تشدید و عود بیماری پیشگیری شده و احتمال بستری‌های مجدد کاهش داده شود. عناصر کلیدی در برنامه ترخیص ایده‌ال عبارتند از: I (Inclusion) = وارد کردن بیمار و خانواده در روند مراقبت، D (Discussion) = بحث در مورد نکات کلیدی برای جلوگیری از مشکلات در محیط خانه پس از ترخیص، E (Education) = آموزش متناسب با سطح درک بیمار در مورد وضعیت سلامتی

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-05]
[DOI: 10.52547/mcs.8.1.73]

و مراقبت‌های بعدی، A (Assessment) = ارزیابی درک اطلاعات بیماران از اطلاعات ارائه شده توسط کارکنان مراقبت‌های بهداشتی، L (Listening) = گوش دادن و احترام گذاشتن به نگرانی‌های بیمار و خانواده (۱۹). در این مدل ترخیص، نیازهای مراقبتی بیماران در داخل و خارج از مرکز درمانی بررسی می‌شود و انجام مراقبت‌های صحیح به خانواده بیمار آموزش داده می‌شود که این آموزش‌ها از طریق برنامه‌های خود مراقبتی مناسب برای بیمار صورت می‌گیرد. ساختار مدل ترخیص ایده‌آل بر مبنای اصول مراقبتی، حمایتی، پیشگیری، آموزشی، هماهنگی بین اعضای تیم مراقبتی جهت ارجاع به موقع و پیگیری می‌باشد (۲۰). بقایی و همکاران در مطالعه‌ای تأثیر مدل طرح تخلیه ایده‌ال بر میزان اضطراب در بیماران مبتلا به سکته قلبی را بررسی کردند. نتایج این مطالعه نشان داد که به‌کارگیری این مدل در کاهش اضطراب بیماران مبتلا به سکته قلبی پس از ترخیص مؤثر بوده است (۲۰). بقایی و همکاران در مطالعه‌ای به بررسی تأثیر اعمال مدل مراقبت مداوم بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی پرداختند. نتایج این مطالعه نشان داد اختلاف معنی‌داری بین قبل و پس از مداخله در میزان استرس وجود داشت. به طور کلی نتایج این مطالعه نشان داد که مدل ترخیص ایده‌ال باعث کاهش میانگین نمره اضطراب موقعیتی و اضطراب کل بیماران گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل می‌شود (۲۱). آموزش به بیمار یک راه مهم برای ارتقاء سلامت بیمار، شناسایی و جلوگیری از مشکلات مربوط به سلامت و ارائه راه حل برای این مشکلات است که نقش محوری در آن بر عهده پرستار است (۲۲). پرستاران به عنوان ارائه دهندگان مراقبت سلامت در خط اول ارتباط با مددجویان مبتلا به نارسایی قلبی قرار دارند. از پرستاران انتظار می‌رود با برقراری ارتباطی مؤثر با مددجویان مبتلا به نارسایی قلبی از عوارض بیماری پیشگیری نمایند و بیماران را به سطحی از توانمندی برسانند که بتوانند خودشان مدیریت علائم و نشانه‌های ناشی از سکته‌های قلبی را بر عهده گیرند (۲۳). آموزش در هنگام ترخیص توسط پرستاران توانایی بیماران را برای خود مراقبتی و افزایش سلامت بالا برده و کیفیت مراقبت‌های بهداشتی را نیز افزایش می‌دهد (۲۴-۲۶)؛ لعل و همکاران در مطالعه‌ای به بررسی «تأثیر آموزش و پیگیری پس از ترخیص بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در میزان مراجعه و بستری دوباره» پرداختند. نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد آموزش‌های پس از ترخیص در بیماران با نارسایی قلبی به کاهش میزان بستری مجدد منجر می‌شود (۲۶)؛ بنابراین، آموزش به مددجو از مهم‌ترین نقش‌ها و مسئولیت‌های مراقبتی پرستاران است که در جهت ارتقاء و بازگرداندن سلامتی و سازگاری با اثرات بیماری عمل می‌کند (۲۷). با توجه به اهمیت خودمراقبتی در حفظ ثبات بالینی و تعدیل رفتارهای مرتبط با سلامت و تغییر سبک زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، ضرورت فهم دقیق اطلاعات بهداشتی مربوط به فرایند بیماری و به کارگیری صحیح این اطلاعات برای انجام رفتارهای مناسب خود مراقبتی و تغییر در سبک زندگی به خوبی احساس می‌شود. لذا، این مطالعه با هدف تعیین تأثیر به کارگیری مدل ترخیص ایده‌ال بر میزان تبعیت دارویی در بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب بستری در بخش‌های ویژه بیمارستان‌های منتخب آجا در سال ۱۳۹۸ انجام شده است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه کنترل‌دار تصادفی است که با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون انجام پذیرفت. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه با تشخیص نارسایی احتقانی قلب در دو بیمارستان نظامی وابسته به آجا در سطح شهر تهران در سال ۱۳۹۸ می‌باشد. محاسبه حجم نمونه بر اساس مطالعه پشت‌چمن و همکاران (۲۸) با در نظر گرفتن خطای نوع اول ۰/۰۱ (ضریب اطمینان ۰/۹۹) و توان آزمون ۰/۹۰، با استفاده از نرم‌افزار G-Power نسخه ۳.۰.۱۰ به تعداد ۲۴ نفر برای هر گروه محاسبه شد که با احتساب احتمال ریزش ۲۰ درصد، تعداد ۳۰ نمونه در هر گروه تعیین گردید. نمونه‌گیری به روش آسان و در دسترس، به صورت تصادفی ساده در دو گروه کنترل (۳۰ نفر از بیمارستان A) و آزمون (۳۰ نفر از بیمارستان B) قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه: داشتن سواد خواندن و نوشتن، عدم وجود درد در هنگام آموزش، آگاهی به مکان و زمان، سن ۴۰ تا ۶۵ سال، عدم سابقه آموزش مشابه، ساکن بودن در شهر تهران، دسترسی به تلفن؛ و معیارهای خروج از مطالعه: عدم تمایل و همکاری برای ادامه‌ی شرکت در مطالعه، بروز وخامت بیماری،

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.52547/mcs.8.1.73]

وجود بیماری هم‌زمان و به وجود آمدن شرایط بحرانی در نظر گرفته شد. آموزش‌های لازم در ۳ بازه زمانی بدو پذیرش، در طول مدت بستری و در زمان ترخیص؛ و جمع‌آوری داده‌ها در دو مرحله، قبل از شروع مداخله و بعد از پایان مداخله صورت گرفت. روش کار به این ترتیب انجام گردید که در گروه کنترل هیچ آموزشی مداخله‌ای مبنی بر آموزش مدل ترخیص ایده‌ال در نظر گرفته نشد و نمونه‌ها در گروه کنترل طبق روال عادی از بیمارستان ترخیص شدند. در بیماران گروه آزمون، مداخله به روش آموزش مدل ترخیص ایده‌ال با محوریت آموزش تبعیت دارویی اجرا شد. آموزش در سه مرحله: زمان پذیرش، طول مدت بستری و زمان ترخیص صورت گرفت. آموزش‌ها در هر یک از سه مراحل فوق دربرگیرنده موارد متفاوتی از یکدیگر بود به عنوان مثال در هنگام پذیرش، اطلاعات دموگرافیک بیماران و اطلاعات مربوط به مراقبت کننده خانوادگی آن‌ها پس از ترخیص جمع‌آوری گردید و اطلاعات لازم در مورد فرایند بیماری و سیر درمان به همراهان بیماران و خود بیمار، در صورت مساعد بودن وضعیت بیمار و نداشتن درد، داده شد و به کلیه سؤالات بیمار و مراقبت کننده نیز پاسخ داده شد؛ اطلاعات لازم در طول مدت بستری توسط پژوهشگر (کارشناس پرستاری در بخش مراقبت‌های ویژه و ۲۷ سال سابقه کار در این بخش) به بیمار و خانواده او در مورد وضعیت بیمار، نحوه استفاده از داروها، پیشرفت درمان و نحوه مشارکت بیمار و خانواده او در مورد شیوه‌های مراقبت داده شد. زمان ترخیص نیز طی یک جلسه با بیمار و مراقبت کننده در منزل در مورد آمادگی بیمار برای رفتن به منزل، پرسش‌ها و نگرانی‌های بیمار و خانواده در مورد رفتن به خانه سؤال نموده و پاسخ مناسب داده شد. فهرستی از داروهای تجویزی و روش استفاده و زمان استفاده از آن‌ها و مشخصات و تلفن پرستار که در صورت نیاز بتوان با او تماس گرفت، به بیماران داده شد. بیماران گروه آزمون پس از ترخیص، طبق دستورالعمل آموزشی موجود و نیاز بیماران، آموزش دیدند. بیماران گروه آزمون به وسیله تماس تلفنی یا حضوری (در صورت مراجعه برای ویزیت) دو ماه پس از ترخیص، چک لیست چهار آیتمی مربوط به تبعیت از درمان موریسکی (Morisky) را تکمیل کردند. پیگیری‌های لازم توسط پژوهشگر به صورت تلفنی یا حضوری (در بیمارستان) انجام شد. میزان تبعیت دارویی، قبل و پس از مداخله، با استفاده از شاخص تبعیت دارویی موریسکی Medication Adherence Scale (MMAS-۸) که پرسش نامه‌ای استاندارد برای تعیین تبعیت دارویی است، سنجیده شد. پرسشنامه تبعیت از درمان موریسکی در سال ۲۰۰۸ توسط موریسکی، انگ و وود و همکاران، طراحی شد. این پرسشنامه دارای ۷ سوال دو نمره‌ای (بلی صفر و خیر یک امتیاز) و یک سوال ۵ نمره‌ای (هرگز=۱، گاهی اوقات=۲، اغلب اوقات=۳ و همیشه=۴ امتیاز) است و کسب نمره ۶ به بالا به منزله تبعیت مطلوب از درمان می‌باشد. پایایی این پرسشنامه توسط موریسکی و همکاران (۲۹) از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمده است که عدد به دست آمده نشان از پایایی مطلوب این پرسشنامه دارد. پرسش‌نامه تبعیت از درمان موریسکی توسط قانعی قشلاق و همکاران به فارسی ترجمه و روایی و پایایی آن نیز تأیید شده است (۱۲). همچنین کوشیار و همکاران (۳۰) نیز پایایی پرسشنامه MMAS را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۶۸ تعیین کردند.

در این مطالعه به منظور تعیین روایی پرسشنامه‌ها از روش روایی صوری و روایی محتوی به روش کیفی استفاده شد. جهت تعیین روایی صوری، پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب بستری در بخش مراقبت ویژه قرار گرفت. همچنین روایی محتوی آموزشی نیز توسط ۱۰ نفر از اعضا هیئت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی ارتش و تهران که تجربه کار بالینی و تدریس در زمینه مدل‌های ترخیص را داشتند، مورد تائید قرار گرفت و پایایی پرسشنامه به روش آزمون - باز آزمون توسط ۱۵ نفر از بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب بستری در بخش مراقبت‌های ویژه که خارج از مطالعه بودند، با فاصله زمانی دو هفته انجام شد. پایایی ابزار بر اساس فرمول آلفا کرونباخ (α =۰/۹۱) ارزیابی و مورد تائید قرار گرفت. در این مطالعه ابتدا داده‌ها جمع‌آوری شد و با توجه به اهداف پژوهش با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و تحلیلی (حسب مورد)، به وسیله نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای بررسی فرضیّه‌های پژوهش از آزمون t-Test و برای محاسبه داده‌های کیفی از آزمون کای اسکوئر و فیشر دقیق استفاده شد. مطالعه حاضر در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی آجا با کد IR.AJAUMS.REC.۱۳۹۹.۰۷۸ تائید شد. اخذ رضایت کتبی از

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.52547/mcs.8.1.73]

واحدهای پژوهش، اطمینان بخشی به بیماران در مورد محفوظ ماندن اطلاعات شخصی، حق خروج از مطالعه توسط واحدها و سایر مفاد بیانیه هلسینکی و اصول اخلاق نشرکوپ (COPE) از ملاحظات اخلاقی مورد توجه در مطالعه حاضر بودند.

یافته‌ها

دو گروه از حیث مشخصات دموگرافیک، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، وضعیت تحصیلات همگن بودند. همچنین توزیع داده‌ها نرمال بود. در مطالعه حاضر همه افراد تا پایان مطالعه حضور داشتند. بر اساس نتایج به دست آمده از ویژگی‌های دموگرافیک واحدهای پژوهش حاضر، ۵۹ درصد کل بیماران در هر دو گروه زنان بودند. میانگین و انحراف معیار سن بیماران در گروه آزمون ۳۱/۷±۱/۴ و در گروه کنترل ۲۹/۴±۲/۵ بود. (جدول ۱)

بر اساس نتایج جدول شماره ۲ که وضعیت دو گروه آموزشی را بر اساس میزان تبعیت دارویی قبل و بعد از به کارگیری مدل ترخیص ایده‌ال نمایش می‌دهد. میزان تبعیت دارویی افراد مورد مطالعه بعد از آموزش به مراتب بهتر از قبل از آزمون بوده است. همچنین به‌کارگیری مدل ترخیص ایده‌ال سبب افزایش معنی‌دار تبعیت از درمان دارویی در گروه مداخله شده است. (جدول ۲) علاوه بر این آزمون پیرسون نشان داد بین نمره کلی پایبندی به درمان و مدل ترخیص ایده‌ال همبستگی معکوسی و معنی‌داری (r =۰/۷۸) وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف بررسی تأثیر به‌کارگیری مدل ترخیص ایده‌ال بر میزان تبعیت دارویی در بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب بستری در بخش‌های ویژه بیمارستان‌های منتخب آجا در سال ۱۳۹۸ انجام شد، نتایج به دست آمده از این مطالعه نشان داد که اجرای مدل ترخیص ایده‌ال در بیماران دچار نارسایی احتقانی قلب بستری در بیمارستان می‌تواند باعث افزایش تبعیت دارویی شود. میانگین نمره تبعیت دارویی در بیماران گروه آزمون قبل و بعد از انجام مداخله اختلاف معنی‌دار وجود داشت. در بیماران گروه کنترل میانگین نمره تبعیت دارویی بعد از دو ماه در مقایسه با گروه آزمون کاهش چشم‌گیری نداشته است؛ که نشان‌دهنده تأثیر مثبت اجرای مدل ترخیص ایده‌ال در گروه آزمون است. نتایج پژوهش‌های زیر با یافته‌های پژوهش حاضر همخوانی دارد. تی

جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی ویژگی‌های دموگرافیک بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب در گروه آزمون و کنترل

متغیر		گروه				آماره
		آزمون		کنترل		
		فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	
جنسیت	زن	۱۶	٪۵۲	۲۰	٪۶۷	P = ۰/۴۷۱
	مرد	۱۴	٪۴۸	۱۰	٪۳۳	df =۲
						Fisher's Exact Test= ۰/۷۲۲
وضعیت تأهل	مجرد	۱۲	٪۴۰	۱۳	٪۴۴	P = ۰/۲۴۵
	متأهل	۱۸	٪۶۰	۱۷	٪۵۶	df =۱
						Fisher's Exact Test= ۰/۴۴۲
سطح تحصیلات	زیر دیپلم	۲۵	٪۸۳	۲۳	٪۷۷	P = ۰/۸۶۹
	دیپلم و بالاتر	۵	٪۱۷	۷	٪۲۳	Fisher's Exact Test= ۱/۰۰۰
شغل	کارمند	۵	٪۱۷	۹	٪۳۰	P = ۰/۱۳۱
	کارگر	۹	٪۳۰	۷	٪۲۳	df =۱
	سایر	۱۶	٪۵۳	۱۴	٪۴۷	X^2 =۷/۱۰۱
بخش بستری	ICU	۱۵	٪۵۰	۱۹	٪۶۴	P = ۰/۵۰
	CCU	۱۵	٪۵۰	۱۱	٪۳۶	df =۲
						Fisher's Exact Test= ۱/۰۰۰

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.52547/mcs.8.1.73]

جدول ۲- مقایسه به‌کارگیری مدل ترخیص ایده‌ال بر میزان تبعیت دارویی افراد مورد مطالعه، در دو گروه قبل و بعد از مداخله

متغیر		گروه				P Value
		آزمون		کنترل		
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
نمره تبعیت دارویی	پیش آزمون	۱۵/۸۳	۳/۳۹۴	۱۶/۵۰	۲/۸۶۱	۰/۷۲۲ t Test=۱/۱۶۳ df= ۴۸
	پس آزمون	۲۰/۸۶۶	۲/۹۹۱	۱۵/۶۶۶	۲/۲۰۲	۰/۰۰۸ t Test=۱/۱۲۱ df=۳۲
P		۰/۰۳۱		۰/۴۸۸		

دای‌ها دین (Thi Thuy Ha Dinh) و همکاران مطالعه‌ای مروری تحت عنوان «بررسی تأثیر آموزش بازخورد محور بر پایبندی و خود مدیریتی در آموزش بهداشت برای افراد مبتلا به بیماری مزمن» انجام دادند؛ نتایج نشان داد که این روش دانش خاص بیماری را در شرکت‌کنندگان مداخله بهبود بخشیده است. این مطالعه نشان داد که در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل بهبود قابل ملاحظه‌ای در پیروی از دارو و رژیم غذایی بیماران دیابتی نوع دو ایجاد شده و همچنین بهبود معنی‌داری، در خودکارآمدی در گروه مداخله ایجاد شد (۳۱) که با یافته‌های پژوهش ما همخوانی دارد. همچنین کامن کالت (Comı´n Colet) و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان «تغییر مدل مراقبت بین بیماران نارسایی مزمن و حاد» به این نتیجه رسیدند که مؤلفه‌های اصلی مدل ایده‌ال شامل مداخله اولیه در مرحله بستری، ترخیص برنامه‌ریزی شده و برنامه‌ریزی منظم در جهت پیگیری مستمر بیماران می‌باشد (۳۲)، یافته‌های حاصل از این مطالعه با نتایج حاصل از مطالعه ما همسو بود. وانیگا (Waniga) و همکاران در مطالعه‌ای که نتایج آن هم راستا با مطالعه‌ی ما بود، با عنوان «تأثیر دستورالعمل‌های اصلاح شده ترخیص از بیمارستان بر رضایت بیمار» نتیجه گرفتند که انجام مجموعه دستورالعمل‌های ترخیص ایده‌ال بیمار توسط پزشک و پرستار، می‌تواند درک بیمار را با روند ترخیص بهبود بخشد (۳۳). شریف و همکاران مطالعه‌ای تحت عنوان «تأثیر اجرای مدل‌های ترخیص بیماران بر استرس و افسردگی در بیمارانی که تحت آنژیوپلاستی عروق کرونر» انجام دادند. تعداد ۸۰ بیمار واجد پروسیجر آنژیوپلاستی عروق کرونر زیر بغل را به مدت یک ماه پس از ترخیص، از طریق مقیاس استرس اضطراب افسردگی (DASS-۲۱) مورد بررسی قرار دادند. نتایج به دست آمده در این پژوهش نشان داد که استفاده از مدل ترخیص ایده‌ال در بیماران موجب کاهش چشمگیر میزان استرس، اضطراب و افسردگی می‌گردد (۳۴). یافته‌های این مطالعه با یافته‌های حاصل از مطالعه‌ی ما همسو و هم راستا بود. مطالعه‌ای همسو با مطالعه‌ی ما با عنوان «بررسی تأثیر به کارگیری مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی» که توسط بقایی و همکاران انجام شد؛ یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که پس از اجرای مدل ترخیص ایده‌ال در تمام ابعاد کیفیت زندگی جسمی، روحی، روانی و اجتماعی، اقتصادی در دو گروه مداخله و کنترل اختلاف معنی‌داری از نظر آماری وجود داشت که نشان‌دهنده افزایش تمامی ابعاد کیفیت زندگی در بیماران گروه مداخله بود. لذا، نتیجه گرفتند که اجرای مدل‌های مراقبتی اثربخش و ایده‌ال، پیگیری همراه با تغییر سبک زندگی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی می‌تواند در بهبود و افزایش کیفیت زندگی این بیماران مؤثر باشد (۲۱). نتایج به دست آمده از مطالعات فوق با نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر هم خوانی دارد و نشان می‌دهد که اجرای مدل ترخیص ایده‌ال در بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب سبب افزایش میزان تبعیت دارویی این بیماران می‌شود. محقق با جستجویی که در داده، پایگاه‌های معتبر و در دسترس انجام داد، به مطالعه ناهمسو دست نیافت.

با عملیاتی نمودن اجرای برنامه ترخیص ایده‌ال می‌توان با افزایش میزان تبعیت دارویی سبب تقویت مراقبت‌های لازم برای کنترل هر چه بهتر شرایط بیماری و کاهش بستری مجدد در بیمارستان

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.52547/mcs.8.1.73]

شود. پس انتظار می‌رود دانشکده‌های پرستاری ضمن استفاده از نتایج این پژوهش در دروس نظری برای دانشجویان پرستاری آنان را با فاکتورها و ناشناخته‌های مؤثر در ایجاد تبعیت بهتر از درمان آشنا نموده تا بتوانند در سال‌های آتی از این اطلاعات در بالین برای کیفیت بهتر مراقبت استفاده کنند و از وارد آمدن خسارت مادی و معنوی بیشتر به بیماران و جامعه جلوگیری نمایند. از جمله محدودیت‌های پژوهش؛ به کم بودن زمان آموزش می‌توان اشاره کرد. در راستای نتایج حاصل از این مطالعه؛ انجام مطالعات تکمیلی با تعداد نمونه‌های بیشتر در زمینه پژوهش حاضر، از جمله بررسی تأثیر مدل ترخیص ایده‌ال بر میزان تبعیت دارویی بیماران در جوامع دیگر از جمله بیماران مبتلا به انفارکتوس و یا بیماران ترخیص شده از بخش‌های مراقبت ویژه پیشنهاد می‌گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود تأثیر این مدل بر روی سایر متغیرها از جمله سبک زندگی کیفیت زندگی و خودکارآمدی مورد بررسی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته پرستاری ویژه می‌باشد که در دانشگاه علوم پزشکی آجا در تاریخ ۱۳۹۹/۰۳/۱۱ با شماره ۵۹۹۵۳۴ ثبت شده است. از کلیه بیماران شرکت‌کننده در پژوهش، مدیران و مسئولین محترم دانشکده پرستاری و معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی آجا و بیمارستان‌های منتخب نظامی به منظور همکاری در این مطالعه کمال تشکر و قدردانی را داریم.

تضاد منافع

بدین وسیله نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در خصوص مطالعه حاضر وجود ندارد.

References

1- Binafar N. Harrison's cardiovascular diseases. 16th ed. Tehran, Iran: Hayan-Abasaleh-ShahrabPublisher; 2006.
2- Taylor-Piliae RE, Molassiotis A. An exploration of the relationships between uncertainty, psychological distress and type of coping strategy among Chinese men after cardiac catheterization. J Adv Nurs. 2001;33(1):79-88. http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01640.x www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11155111
3- Hou N, Chui MA, Eckert GJ, Oldridge NB, Murray MD, Bennett SJ. Relationship of age and sex to health-related quality of life in patients with heart failure. Am J Crit Care. 2004;13(2):153-61. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15043243
4- Benjamin EJ, Blaha MJ, Chiuve SE, Cushman M, Das SR, Deo R, et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2017 Update: A Report From the American Heart Association. Circulation. 2017;135(10):e146-e603. http://dx.doi.org/10.1161/CIR.0000000000000485 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28122885
5- Najafi F, Jamrozik K, Dobson AJ. Understanding the 'epidemic of heart failure': a systematic review of trends in determinants of heart failure. Eur J Heart Fail. 2009;11(5):472-9. http://dx.doi.org/10.1093/eurjhf/hfp029 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19251729
6- Johansson P, Agnebrink M, Dahlstrom U, Brostrom A. Measurement of health-related quality of life in chronic heart failure, from a nursing perspective-a review of the literature. Eur J Cardiovasc Nurs. 2004;3(1):7-20. http://dx.doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2003.09.004 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15053884
7- Johansson P, Dahlstrom U, Brostrom A. The measurement and prevalence of depression in patients with chronic heart failure. Prog Cardiovasc Nurs. 2006;21(1):28-36. http://dx.doi.org/10.1111/j.0197-3118.2006.04644.x www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16522966
8- Zambroski CH, Moser DK, Bhat G, Ziegler C. Impact of symptom prevalence and symptom burden on quality of life in patients with heart failure. Eur J Cardiovasc Nurs. 2005;4(3):198-206. http://dx.doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2005.03.010 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15916924
9- Riegel B, Moser DK, Rayens MK, Carlson B, Pressler SJ, Shively M, et al. Ethnic differences in quality of life in persons with heart failure. J Card Fail. 2008;14(1):41-7. http://dx.doi.org/10.1016/j.cardfail.2007.09.008 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18226772
10- Graven LJ, Grant JS. Social support and self-care behaviors in individuals with heart failure: an integrative review. Int J Nurs Stud. 2014;51(2):320-33. http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.06.013 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23850389
11- Pillai HS, Ganapathi S. Heart failure in South Asia. Curr Cardiol Rev. 2013;9(2):102-11. http://dx.doi.org/10.2174/1573403x11309020003 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23597297
12- Ghanei Gheshlagh R, Ebadi A, Veisi Raygani A, Nourozi Tabrizi K, Dalvandi A, Mahmoodi H. [Determining concurrent validity of the Morisky medication adherence scale in patients with type

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.52547/mcs.8.1.73]

2 diabetes]. Iranian journal of rehabilitation research in nursing. 2015;1(2):24-32.

13- Brown MT, Bussell JK. Medication adherence: WHO cares? Mayo Clin Proc. 2011;86(4):304-14. http://dx.doi.org/10.4065/mcp.2010.0575 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21389250

14- Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action: World Health Organization; 2003.

15- Candela L, Piacentine LB, Bobay KL, Weiss ME. Teaching students to teach patients: A theory-guided approach. J Nursing Educat & Practice. 2018;8(11):92. http://dx.doi.org/10.5430/jnep.v8n11p92

16- Mohammadi A, Dalir Z, Hamzeh Gardeshi F, Ziaei S. [Nurses' Viewpoints Toward the Causes of not Implementing the Discharge Planning in Burn Units in 2010]. J Mazandaran Univ Med Sci. 2011;21(83):67-72.

17- Han CY, Barnard A, Chapman H. Discharge planning in the emergency department: a comprehensive approach. J Emerg Nurs. 2009;35(6):525-7. http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2009.01.015 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19914476

18- Zavala S, Shaffer C. Do patients understand discharge instructions? J Emerg Nurs. 2011;37(2):138-40. http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2009.11.008 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21397126

19- Conway G, Bell B. Discharge Planning. Short Stay Management of Atrial Fibrillation. Springer. 2016:187-94. http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-31386-3_17

20- Baghaei R, Aghakhani N, Khalkhali H. [The effect of ideal discharge plan model on anxiety levels in patients with myocardial infarction in shahid madani hospital in khoy, iran, 2016]. The J Urmia Nurs Midwifery Fac. 2017;14(10):775-82.

21- Baghaei R, Khalkhali HR, Mashalahi A. [The effect of applying continuous care model on the quality of life in heart failure patients]. The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty. 2015;13(8):666-75.

22- Basaran AG. The Role of Nurses in Health Education. Health Sciences Research in the Globalizing World. 2018;86.

23- Esmaeilpour H, Yazdi K, Kolagari S, Azimi H, Ahmadi A. [Effect of training and post discharge follow-up on self-care behavior of patients with ischemic heart disease]. Koomesh. 2017;19(2).

24- Livne Y, Peterfreund I, Sheps J. Barriers to patient education and their relationship to nurses' perceptions of patient education climate. Clinical Nursing Studies. 2017;5(4):65. http://dx.doi.org/10.5430/cns.v5n4p65

25- Sherman JR. An initiative to improve patient education by clinical nurses. Medsurg Nursing. 2016;25(5):297-334.

26- Laal N, Shekarriz-Foumani R, Khodaie F, Abadi A, Heidarnia MA. [Effects of patient education and follow up after discharge onhospital readmission in heart failure patients]. Pejouhesh dar Pezeshki (Research in Medicine). 2017;41(1):24-30.

27- Peter D, Robinson P, Jordan M, Lawrence S, Casey K, Salas-Lopez D. Reducing readmissions using teach-back: enhancing patient and family education. J Nurs Adm. 2015;45(1):35-42. http://dx.doi.org/10.1097/NNA.0000000000000155 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25479173

28- Pashtchaman Z, Milani J, Atashzadeh Shorideh M, Akbarzadeh F, Baghban A. [Evaluation of adherence to treatment of patients after coronary artery bypass graft surgery in Tehran hospitals in 2014]. Scientific-Research J Sabzevar Univ Med Sci. 2015;22(4):668-75.

29- Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. J Clin Hypertens (Greenwich). 2008;10(5):348-54. http://dx.doi.org/10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18453793

30- Kooshyar H, Shoorvazi M, Dalir Z, Hosseini M. [Health Literacy and its Relationship with Medical Adherence and Health-Related Quality of Life in Diabetic Community Residing Elderly]. J Mazandaran Univ Med Sci. 2014;23(1):134-43.

31- Ha Dinh TT, Bonner A, Clark R, Ramsbotham J, Hines S. The effectiveness of the teach-back method on adherence and self-management in health education for people with chronic disease: a systematic review. JBI Database System Rev Implement Rep. 2016;14(1):210-47. http://dx.doi.org/10.11124/jbisrir-2016-2296 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26878928

32- Comin-Colet J, Enjuanes C, Lupon J, Cainzos-Achirica M, Badosa N, Verdu JM. Transitions of Care Between Acute and Chronic Heart Failure: Critical Steps in the Design of a Multidisciplinary Care Model for the Prevention of Rehospitalization. Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2016;69(10):951-61. http://dx.doi.org/10.1016/j.rec.2016.05.001 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27282437

33- Waniga HM, Gerke T, Shoemaker A, Bourgoine D, Eamranond P. The Impact of Revised Discharge Instructions on Patient Satisfaction. J Patient Exp. 2016;3(3):64-8. http://dx.doi.org/10.1177/2374373516666972 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28725840

34- Sharif F, Moshkelgosha F, Molazem Z, Najafi Kalyani M, Vossughi M. The effects of discharge plan on stress, anxiety and depression in patients undergoing percutaneous transluminal coronary angioplasty: a randomized controlled trial. Int J Community Based Nurs Midwifery. 2014;2(2):60-8. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25349846

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.52547/mcs.8.1.73]