

بررسی تأثیر مسیر بالینی بر رفتارهای خودمراقبتی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی

نویسندگان:

مهدی دانای مقدم^۱، حمیده یزدی مقدم^{۲*}، جواد موحدزاده^۳

- ۱- کارشناس اتاق عمل، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران
- ۲- کارشناس اتاق عمل، بیمارستان ولایت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
- ۳- دانشیار، مرکز تحقیقات لیثمانیوز، گروه اتاق عمل، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران
- ۴- متخصص قلب، مرکز تحقیقات الکتروفیزیولوژی قلب، مرکز تحقیقات پزشکی و تحقیقات قلب و عروق رجایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

Pars Journal of Medical Sciences, Vol.21, No.1, Spring 2023

چکیده:

مقدمه: نارسایی قلبی با شیوع پیش رونده و مرگ و میر بالا همراه بوده و شیوع آن با وجود پیشرفت‌های پزشکی در حال افزایش است. مسیر بالینی روشی برای مدیریت مراقبت از بیمار در دوره زمانی مشخص با هدف بهبود کیفیت مراقبت، کاهش خطرات و افزایش رضایت بیمار است. پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر مسیر بالینی بر رفتارهای خودمراقبتی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام گرفت.

روش کار: این مطالعه مداخله‌ای، روی ۶۸ بیمار با تشخیص نارسایی قلبی در بیمارستان حشمتیه تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی سبزوار در سال ۱۳۹۸-۱۴۰۰ انجام شد. بیماران به روش تصادفی به دو گروه کنترل و مداخله تقسیم شدند. پس از ترخیص، به بیماران گروه مداخله در مورد روش اجرای مسیر بالینی آموزش‌های لازم داده شد. بیماران گروه کنترل فقط دریافت‌کننده آموزش معمول از سوی بیمارستان بودند. سپس برای همه بیماران به طور مستمر در فاصله زمانی هر یک ماه تا سه ماه پرسش‌نامه خودمراقبتی و کیفیت زندگی تکمیل شد. به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون‌های مربع کای، دقیق فیشر، تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری، تی زوجی و من-ویتنی استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار سن بیماران گروه مداخله $57/43 \pm 5/74$ سال و گروه کنترل $61/70 \pm 4/76$ سال بود. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری نشان داد که در سه مرحله اندازه‌گیری بین میانگین نمره خودمراقبتی و نمره کیفیت زندگی گروه مداخله تفاوت آماری معناداری وجود دارد ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه اثربخشی مسیر بالینی را بر بهبود رفتارهای خودمراقبتی و بهبود کیفیت زندگی بیماران با تشخیص نارسایی قلبی تأیید کرد. بنابراین، به نظر می‌رسد درگیر کردن بیماران در رفتارهای مراقبت از خود، تمرین منجر به بهبود رفتارهای خودمراقبتی شده و به دنبال آن روی کیفیت زندگی آنان نیز تأثیر خواهد داشت.

واژگان کلیدی: مسیر بالینی، رفتار خودمراقبتی، نارسایی قلبی، کیفیت زندگی

Pars J Med Sci 2023;21(1):9-17

مقدمه:

ویژه در کشورهای توسعه یافته، عمدتاً به دلیل طولانی شدن طول عمر جمعیت عمومی به یک مشکل عمده بهداشت عمومی تبدیل شده است [۱]. کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، در مقایسه با جمعیت بزرگسال سالم و مبتلایان به دیگر بیماری‌های مزمن، وضع نامطلوبی داشته و به علت ایجاد عوارض

بیماری‌های قلبی-عروقی در حال حاضر یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن و علت اصلی مرگ در سراسر جهان هستند. نارسایی قلبی مسیری نهایی مشترک تمام اختلالات قلبی و علت ناتوانی و مرگ میر در بزرگسالان است. نارسایی قلبی یک سندرم بالینی است که در دهه‌های اخیر به دلیل شیوع روزافزون آن به

* نویسنده مسئول، نشانی: سبزوار، بلوار شهدای هسته ای، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دانشکده پیراپزشکی، گروه اتاق عمل، سبزوار، ایران.

تلفن تماس: ۰۹۱۵۵۷۱۱۲۹۱
پست الکترونیک: ha_yazdimoghaddam@yahoo.com

دریافت: ۱۴۰۲/۰۱/۱۸

اصلاح: ۱۴۰۲/۰۳/۲۹

پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۲۹

برای تعیین اثربخشی هنگام اندازه‌گیری اثربخشی هزینه در عمل واقعی در نظر گرفته می‌شود [۹].

آموزده مسیره‌های بالینی برای رسیدن به اهداف خاصی پدید آمده‌اند. مسیره‌های بالینی به عنوان یک برنامه مراقبت ساختاریافته و چند رشته‌ای تعریف شده که برای ارزیابی مراحل و زمان‌های ضروری در مراقبت از بیماران دارای مشکل بالینی خاصی تعریف می‌شود. مسیره‌های بالینی به عنوان بخشی از طرح‌های پیشرفته بهبود کیفیت هستند که هدف آن‌ها استاندارد کردن پروتکل‌های درمان به بهترین شیوه و دستورالعمل‌های مبتنی بر شواهد است که موجب بهبود کیفیت مراقبت، استاندارد کردن گزینه‌های درمان، کاهش هزینه‌ها و درمان موثرتر می‌شوند [۱۰].

با توجه به اهمیت نقش پرستاران در آموزش به بیماران مبتلا به نارسایی قلبی به ویژه در زمینه خودمراقبتی و مشکلاتی که در این حوزه وجود دارد، استفاده از مسیر بالینی و پیگیری دوره‌ای می‌تواند در آموزش خودمراقبتی به بیماران با نارسایی قلبی کمک کننده باشد. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی مسیر بالینی بر رفتارهای خود مراقبتی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام گرفت.

روش کار:

این مطالعه مداخله‌ای روی بیماران با تشخیص نارسایی قلبی در بیمارستان تخصصی قلب حشمتیه تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی سبزوار در سال ۱۳۹۸-۱۴۰۰ انجام شد. پس از اخذ مجوزهای لازم، نمونه‌ها بر اساس معیارهای ورود به پژوهش شامل: سن بین ۱۸ تا ۶۵ سال، داشتن رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، هوشیاری کامل برای دریافت آموزش‌های مسیر بالینی، تشخیص نارسایی قلبی با تأیید پزشک متخصص و ترخیص طبق نظر متخصص، انتخاب و پس از توضیح اهداف پژوهش، فرم رضایت آگاهانه در حالت هوشیاری کامل از بیمار اخذ و پرسش نامه اطلاعات جمعیت شناختی در هنگام ترخیص برای هر دو گروه تکمیل شد. حجم نمونه با استفاده از نرم افزار G*Power با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۹۵ درصد، ۴۲ نفر در هر گروه تعیین شد. تعداد ۸۴ نفر نمونه به روش در دسترس انتخاب و با تخصیص تصادفی به روش بلوک‌های جایگشتی به دو گروه کنترل (۴۲ نفر) و مداخله (۴۲ نفر) تخصیص داده شدند. برای تخصیص تصادفی به روش جایگشتی، گروه کنترل را با حرف A و گروه مداخله را با حرف B مشخص کرده و حجم هر بلوک ۴ تایی و اعداد مربوط به هر جایگشت در نظر گرفته شد. بر این اساس لیست بلوک‌ها تهیه شده و به هر بلوک یک عدد (BAAB, ABBA, BABA, BBAA, ...)

ناتوان کننده، تأثیر منفی بیشتری بر کیفیت زندگی دارد. در ایران آمارهای رسمی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نشان می‌دهد که ۳۳ تا ۳۹/۳ درصد مرگ و میرها در کشور ناشی از بیماری‌های قلبی و عروقی است و داده‌ها حاکی از شیوع هشت درصدی بیماری نارسایی قلبی در کشور است [۲]. نارسایی قلبی یک مشکل بهداشت عمومی به سرعت در حال رشد است که حداقل ۲۶ میلیون نفر را در سراسر جهان تحت تأثیر قرار داده است. بیش از ۱۰ درصد جمعیت گروه سنی بالای ۷۰ سال از این نارسایی رنج می‌برند [۳]. در حقیقت، پیامد اصلی نارسایی قلبی، اختلال در توانایی عملکردی بیماران و ایجاد محدودیت در وظایف شغلی، خانوادگی و اجتماعی و در نهایت افت کیفیت زندگی است. به علت ماهیت مزمن، پیش‌رونده و غیرقابل برگشت این بیماری، هدف از درمان و مراقبت، بهبود کیفیت زندگی بیماران است. از این رو، علاوه بر جستجوی روش‌های درمانی نوین و اثربخش برای درمان آن، یافتن روش‌هایی که کیفیت زندگی این دسته از بیماران را ارتقا دهد، به عنوان یک جنبه مهم از پیشرفت‌های علمی حوزه بیماری‌های قلب و عروق در پژوهش‌های کنونی مطرح است [۴].

گزینه‌های زیادی برای جلوگیری از تشدید نارسایی قلبی وجود دارد که خودمراقبتی یکی از این روش‌ها بوده و تبعیت از رفتارهای خودمراقبتی در مبتلایان به این بیماری از اهمیت به سزایی برخوردار است [۵]. خودمراقبتی در نارسایی قلبی بر مواردی چون مدیریت رژیم غذایی و دارویی، محدودیت دریافت سدیم و مایعات، توزین روزانه، ورزش منظم، پایش علائم و نشانه‌های تشدید بیماری و تصمیم‌گیری برای اقدامات مناسب درمانی دلالت می‌کند. با وجود این که خودمراقبتی پایه اصلی درمان برای بیماران مبتلا به نارسایی قلبی محسوب می‌شود، اما هنوز بیماران مبتلا در اجرای خودمراقبتی مشکلات بسیاری دارند [۶].

مسیره‌های مراقبت به ابزاری محبوب برای افزایش کیفیت مراقبت از طریق بهبود نتایج بیمار، ارتقای ایمنی بیمار، افزایش رضایت بیمار و بهینه‌سازی استفاده از منابع تبدیل شده‌اند. نتایج مطالعه کول و همکاران نشان داد که مسیره‌های مراقبتی برای درمان نارسایی قلبی، میزان مرگ و میر و طول مدت بستری را کاهش می‌دهد [۷]. در مطالعه مور یک برنامه بین رشته‌ای به رهبری پرستاران برای مدیریت نارسایی احتقانی قلب که شامل نظارت از راه دور در خانه و ارزیابی‌ها و مداخلات اولیه بود به شکل آزمایشی اجرا شد که در کاهش نرخ پذیرش مجدد ۳۰ روزه به ۹ درصد در مقایسه با میانگین کشوری ۲۳ درصدی مؤثر بود [۸]. پانلا و همکاران نیز دریافتند که مسیره‌های بالینی از بخش‌های به هم پیوسته مختلفی تشکیل شده و به عنوان قابل اعتمادترین روش

توجه به این که در نارسایی قلبی، خودمراقبتی یکی از عوامل موثر بر سیر بهبود بیمار و داشتن زندگی بهتر است، از این رو، در این طرح اجرای مسیر بالینی در خصوص آموزش خودمراقبتی در راستای تغییر سبک زندگی و هم زمان بر مصرف صحیح داروها و اقدامات مراقبتی مبتنی بود. در این راستا با توجه به شرایط بیمار در مورد بیماری های زمینه ای همچون دیابت، فشار خون و ... آموزش هایی در زمینه تغییر سبک زندگی از جمله عدم مصرف دخانیات، کنترل استرس، داشتن خواب مناسب، کنترل روزانه وزن و همچنین شیوه های صحیح فعالیت بدنی، نحوه مصرف صحیح داروها و ذخیره انرژی در صورت احتمال وقوع عارضه ارائه شد. به منظور اطمینان از به کارگیری موارد یاد شده جزوات آموزشی نیز به بیماران داده شد. شماره تماس پژوهشگر در اختیار نمونه های پژوهش قرار گرفت تا در صورت برخورد با مشکل درک مطالب، یا سوالات دیگر به آن ها اطلاعات لازم داده شود. در موارد خاص که نمونه های پژوهش نیاز به بررسی بیشتر داشتند به پزشک مربوطه ارجاع داده شده و ویزیت می شدند. سپس پشت سر هم در فاصله زمانی هر ماه یکبار و حداکثر تا ۳ ماه، بیماران گروه مداخله بر اساس زمان ترخیص بررسی می شدند. با توجه به شرایط موجود به دلیل اپیدمی بیماری کووید-۱۹ این موارد تلفنی انجام می شد. به عبارت دیگر از بیماران در مورد اجرای آموزش های داده شده تلفنی سوال می شد تا اطمینان حاصل شود که بیماران توصیه های آموزشی را اجرا کرده و در صورت داشتن مشکل به پزشک برای ویزیت معرفی شوند. از سوی پزشک در صورت نیاز به تغییر داروها یا مداخله دیگری در راستای تعدیل فعالیت بر طبق شرایط بیمار اقدام لازم انجام می شد. سپس کیفیت زندگی و خودمراقبتی بیماران بر اساس پرسشنامه توسط کمک پژوهشگر برای کور سازی مطالعه تکمیل می شد. کمک پژوهشگر هیچ اطلاعی در خصوص این که بیمار جزو کدام گروه می باشد، نداشت. وی صرفاً بر اساس موقعیت بیماران، با تماس تلفنی با بیماران پاسخ های آنان به سوالات پرسش نامه را ثبت می کرد. بیماران گروه کنترل هیچ آموزشی در مورد مسیر بالینی دریافت نمی کردند و دریافت کننده آموزش های معمول از سوی بیمارستان بودند. از کلیه شرکت کنندگان رضایت آگاهانه کتبی برای شرکت در مطالعه گرفته شد.

در راستای دست یابی به اهداف توصیفی، میانگین، انحراف معیار و جداول فراوانی متغیرهای مختلف به تناسب تهیه شد. به منظور مقایسه و ارزیابی متغیرهای کیفی بین دو گروه از آزمون مربع کای، آزمون دقیق فیشر و برای متغیرهای کمی از آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه های تکراری و همچنین برای مقایسه تغییرات در هر گروه قبل و بعد از مداخله در صورت نرمال بودن داده ها از آزمون تی زوجی و در غیر این صورت از آزمون من

اختصاص داده شد. با انتخاب هر بلوک ترتیب ورود افراد به گروه مداخله یا کنترل مشخص می شد. به همین ترتیب روند نمونه گیری تا اتمام تعداد نمونه های پژوهش ادامه یافت.

ابزارهای پژوهش شامل پرسش نامه اطلاعات جمعیت شناختی (شامل ۱۶ سوال)، پرسش نامه کیفیت زندگی SF36 و پرسش نامه سنجش رفتارهای خودمراقبتی بود. پرسش نامه کیفیت زندگی دارای ۳۶ گویه است که هشت حیطه مختلف سلامت را مورد ارزیابی قرار می دهد. حیطه ها عبارتند از: سلامت عمومی (۵ گویه)، عملکرد جسمانی (۱۰ گویه)، محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی (۴ گویه)، محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی (۳ گویه)، درد بدنی (۲ گویه)، عملکرد اجتماعی (۲ گویه)، سلامت روانی (۴ گویه) و انرژی و نشاط (۴ گویه). پایین ترین نمره در این پرسشنامه صفر و بالاترین نمره ۱۰۰ است. پایایی و روایی نسخه فارسی پرسش نامه کیفیت زندگی SF36 توسط منتظری و همکاران در سال ۲۰۰۵ تأیید شده است [۱۱]. آزمون پایایی این پرسش نامه با استفاده از تحلیل آماری "همخوانی داخلی" و آزمون روایی با استفاده از روش مقایسه گروه های شناخته شده و روایی همگرایی مورد ارزیابی قرار گرفت. همسانی درونی برای پایایی نشان داد که هر هشت مقیاس پرسش نامه حداقل استاندارد قابلیت اطمینان را دارا هستند (ضریب آلفای کرونباخ از ۰/۷۷ تا ۰/۹۰). روایی همگرا برای آزمون مفروضات مقیاس بندی با استفاده از همبستگی هر گویه با مقیاس فرضی آن نتایج رضایت بخشی را نشان داد (همه همبستگی ها بالای ۰/۴۰ از ۰/۵۸ تا ۰/۹۵). تحلیل عاملی دو مؤلفه اصلی را شناسایی کرد که به طور مشترک ۶۵/۹ درصد از واریانس را تشکیل می دهند [۱۱]. پرسش نامه سنجش رفتارهای خودمراقبتی از پرسش نامه اروپایی رفتار مراقبت از خود بیماران نارسایی قلبی توسط جاروما و همکارانش طراحی شده است. این پرسش نامه حاوی ۱۲ سؤال و پاسخ هر سؤال بر اساس مقیاس لیکرت ۵ گزینه های از "کاملاً اینطور است"، با امتیاز ۱ به معنای انجام مناسب رفتار تا "اصلاً این طور نیست"، با امتیاز ۵ متغیر است که در مجموع، امتیاز به دست آمده از ۱۲ تا ۶۰ متغیر بوده و نمره کمتر به معنای مراقبت بهتر از خود محسوب می شود. روایی و پایایی این ابزار توسط شجاعی و همکاران در سال ۱۳۸۸ از طریق اعتبار محتوا و پایایی با روش آلفای کرونباخ (۰/۶۸) تأیید شده است [۱۲]. پرسش نامه خودمراقبتی و کیفیت زندگی به صورت سریالی در فاصله زمانی هر یک ماه تا سه ماه برای بیماران گروه مداخله و در ماه سوم برای بیماران گروه کنترل تکمیل می شد.

پس از ترخیص، برای بیماران گروه مداخله به طور کامل روش اجرای مسیر بالینی توسط پرستار در بخش توضیح داده شد. با

با توجه به نرمال بودن توزیع متغیر نمره کیفیت زندگی در هر دو گروه، برای مقایسه درون گروهی از آزمون تی مستقل استفاده شد. نتایج آزمون نشان داد که دو گروه در ماه سوم از نظر نمره کیفیت زندگی آماری اختلاف معنادار آماری ندارند ($p=0/37$).

در مقایسه بین گروهی، براساس نتایج به دست آمده بین دو گروه از نظر داشتن تنگی نفس هنگام راه رفتن در هر چهار مرحله حین ترخیص، یک ماه بعد، دو ماه بعد و سه ماه بعد اختلاف معناداری مشاهده شد ($p<0/05$). همچنین در مقایسه درون گروهی، نتیجه آزمون کوکران در هر دو گروه طی چهار مرحله اندازه گیری از نظر داشتن تنگی نفس هنگام راه رفتن اختلاف آماری معناداری وجود داشت ($p<0/05$) (جدول ۳).

از نظر داشتن تنگی نفس هنگام دراز کشیدن در دو مرحله دو و سه ماه بعد، بین دو گروه اختلاف معنادار آماری مشاهده شد ($p<0/05$). همچنین در مقایسه درون گروهی طبق نتیجه آزمون کوکران بین توزیع فراوانی افراد در هر دو گروه طی چهار مرحله اندازه گیری از نظر داشتن تنگی نفس هنگام دراز کشیدن تفاوت آماری معناداری وجود داشت ($p<0/05$) (جدول ۴).

همچنین از نظر داشتن تنگی نفس ناگهانی شبانه در مرحله سه ماه بعد بین دو گروه اختلاف معناداری وجود داشت ($p=0/002$). همچنین بر اساس نتایج به دست آمده بین دو گروه از نظر داشتن خستگی یا ضعف عمومی، تورم پا یا شکم و علائم گوارشی در مرحله سه ماه بعد اختلاف معناداری مشاهده شد ($p<0/001$).

در مقایسه بین دو گروه از نظر داشتن سرفه و خس خس سینه و همچنین ضربان قلب سریع در هیچ کدام از چهار مرحله اختلاف آماری معناداری مشاهده نشد ($p>0/05$). بر اساس نتیجه آزمون کوکران بین توزیع فراوانی افراد در گروه کنترل طی چهار مرحله اندازه گیری از نظر داشتن سرفه و خس خس سینه و نیز ضربان قلب سریع تفاوت آماری معناداری وجود نداشت ($p>0/05$).

ویتنی استفاده شد. در تمامی آزمون ها ضریب اطمینان ۹۵٪ و سطح معناداری ($P<0/05$) مد نظر قرار گرفت. برای محاسبات آماری از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد.

یافته‌ها:

در مطالعه حاضر میانگین و انحراف معیار سن بیماران گروه مداخله $57/43 \pm 5/74$ سال و گروه کنترل $61/70 \pm 4/76$ سال بود. نتایج بررسی مشخصات جمعیت شناختی بیماران از نظر جنسیت، وضعیت شغلی، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، محل سکونت، تعداد فرزندان بین دو گروه مداخله و کنترل اختلاف آماری معناداری نشان نداد ($p>0/05$). همچنین مشخصات بالینی بیماران از نظر توزیع مدت ابتلا به بیماری قلبی، توزیع تعداد دفعات بستری به علت بیماری قلبی، سابقه فشار خون و علائم حیاتی زمان ترخیص بین دو گروه مداخله و کنترل اختلاف آماری معناداری نشان نداد ($p>0/05$).

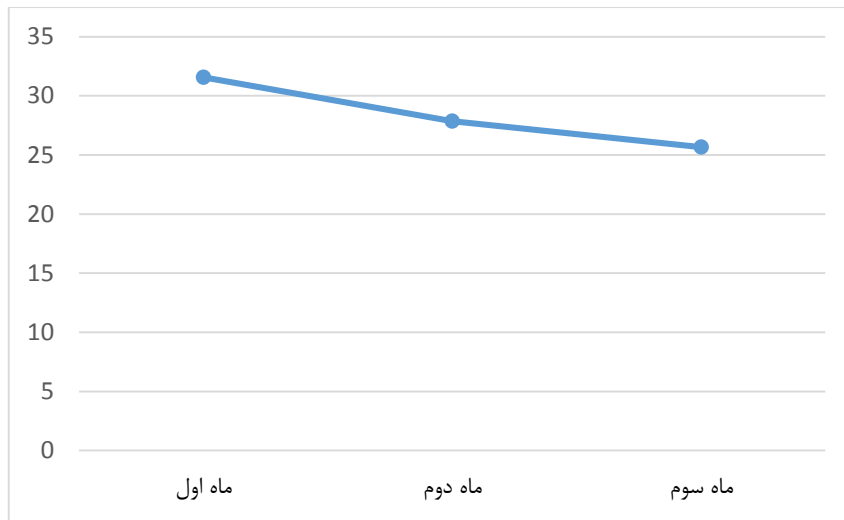
نتایج توزیع نمره خودمراقبتی در سه مرحله اندازه گیری در گروه مداخله با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه های تکراری نشان داد که در زمان های مختلف بین میانگین نمره خودمراقبتی گروه مداخله تفاوت آماری معناداری وجود دارد ($P<0/001$) (جدول ۱) و (نمودار ۱).

با توجه به نرمال بودن توزیع متغیر نمره خودمراقبتی در دو گروه، برای مقایسه دو گروه از آزمون تی مستقل استفاده شد. نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که در ماه سوم دو گروه از نظر نمره خود مراقبتی اختلاف آماری معناداری ندارند ($p=0/57$).

همچنین نتایج توزیع نمره کیفیت زندگی گروه مداخله در سه مرحله اندازه گیری با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه های تکراری نشان داد که در زمان های مختلف بین میانگین نمره کیفیت زندگی گروه مداخله تفاوت آماری معناداری وجود دارد ($p<0/001$) (جدول ۲) و (نمودار ۲).

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمره خود مراقبتی افراد تحت مطالعه در گروه مداخله در سه مرحله اندازه گیری

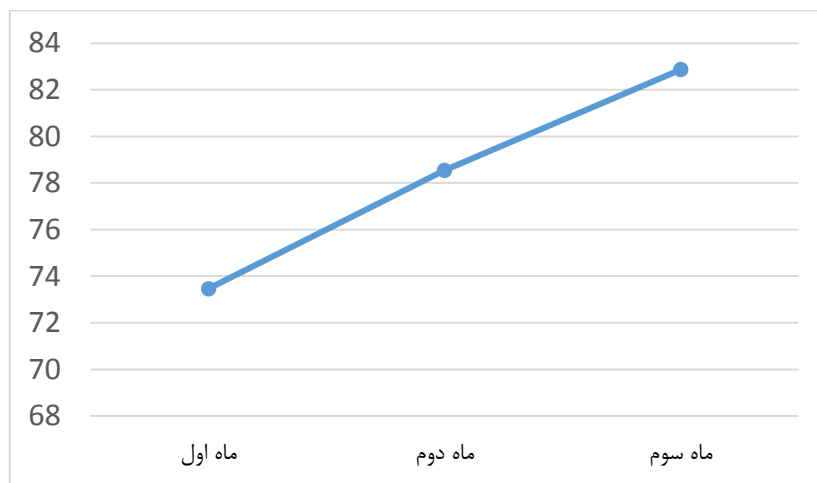
آزمون تحلیل واریانس تکراری	ماه سوم	ماه دوم	ماه اول	نمره خود مراقبتی
	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	
$F=52/58$ $P<0/001$	$5/09 \pm 25/67$	$5/47 \pm 27/86$	$6/12 \pm 31/57$	



نمودار ۱: روند نمره خود مراقبتی در سه مرحله اندازه گیری در گروه مداخله

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی افراد تحت مطالعه در گروه مداخله در سه مرحله اندازه گیری

آزمون تحلیل واریانس تکراری	ماه سوم	ماه دوم	ماه اول	نمره کیفیت زندگی
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	
F=۳۸/۸ P<۰/۰۰۱	۱۳/۵۳ ± ۸۲/۸۶	۱۲/۳۷ ± ۷۸/۵۴	۱۲/۸۴ ± ۷۳/۴۶	



نمودار ۲: روند نمره کیفیت زندگی در سه مرحله اندازه گیری در گروه مداخله

جدول ۳: توزیع فراوانی افراد دارای تنگی نفس هنگام راه رفتن در دو گروه مداخله و کنترل طی چهار مرحله اندازه گیری

تنگی نفس هنگام راه رفتن	گروه مداخله (%) تعداد	گروه کنترل (%) تعداد	نتیجه آزمون مربع کای p-value
در حین ترخیص	۳۰ (۸۱/۱)	۱۴ (۴۳/۸)	p = ۰/۰۰۱
یک ماه بعد	۲۱ (۵۶/۸)	۲۷ (۸۴/۴)	p = ۰/۰۱
دو ماه بعد	۱۶ (۴۳/۲)	۲۷ (۸۴/۴)	p = ۰/۰۰۱
سه ماه بعد	۲۳ (۶۲/۲)	۴ (۱۲/۵)	p < ۰/۰۰۱
نتیجه آزمون کوکران	p < ۰/۰۰۱	p < ۰/۰۰۱	

جدول ۴: توزیع فراوانی افراد دارای تنگی نفس هنگام دراز کشیدن در دو گروه مداخله و کنترل طی چهار مرحله اندازه گیری

تنگی نفس هنگام دراز کشیدن	گروه مداخله (%) تعداد	گروه کنترل (%) تعداد	نتیجه آزمون مربع کای p-value
در حین ترخیص	۱۳ (۳۵/۱)	۵ (۱۵/۶)	p = ۰/۰۹
یک ماه بعد	۸ (۲۱/۶)	۱۱ (۳۴/۴)	p = ۰/۲۳
دو ماه بعد	۳ (۸/۳)	۱۳ (۴۰/۶)	p = ۰/۰۰۳
سه ماه بعد	۳ (۸/۱)	۲۴ (۷۵/۰)	p < ۰/۰۰۱
نتیجه آزمون کوکران	p < ۰/۰۰۱	p < ۰/۰۰۱	

بحث:

لازمه کنترل بیماری‌های مزمن همچون نارسایی قلبی خودمدیریتی بیماران است که کوششی است در تمام عمر برای حفظ کیفیت زندگی. مطالعه حاضر با هدف بررسی اثر بخشی مسیر بالینی بر رفتارهای خودمراقبتی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام گرفت. نتایج مطالعه نشان داد که نمره خودمراقبتی و نمره کیفیت زندگی در بیماران گروه مداخله به دنبال استفاده از مسیر بالینی در طی سه ماه معنادار بوده و از نظر بالینی روند بهبود داشته است، اما بین گروه مداخله و گروه کنترل اختلاف آماری معنادار مشاهده نشد. به بیان دیگر، با وجود پیگیری و آموزش بیماران، نمره کیفیت زندگی و خودمراقبتی آنان روند صعودی قابل ملاحظه‌ای نشان نداده که می‌تواند به علت شرایط بیماری کووید-۱۹ باشد که بر کیفیت زندگی کلیه افراد جامعه به ویژه بیماران مزمن تاثیر منفی داشته است.

نتایج مطالعه رانجان و همکاران با عنوان "اثر بخشی مسیر بالینی در مدیریت نارسایی قلبی" نشان داد که معیار بستری کمتر از ۴ روز در بیمارستان به ۶۵ درصد رسیده است [۱۳]. در حال حاضر، پزشکان، مدیران و کارکنان سیستم درمانی باید فرصت منحصر به فردی که در راستای همکاری نزدیک با بیماران برای برنامه‌ریزی، طراحی، توسعه، اجرا و توانمندسازی یک رابطه راهبردی جدید فراهم شده است را در نظر بگیرند. چرا که در روش مسیر بالینی، بیماران نقش یک شریک ایده‌آل در پیش‌برد

برنامه‌های مراقبت بهداشتی - درمانی و فرآیندهای بهبود سلامتی خود دارند [۱۴].

نتایج مطالعه کارآزمایی بالینی بقایی و همکاران با عنوان "بررسی تأثیر به کارگیری مدل مراقبت پیگیری بر کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی" نشان داد که اجرای مدل‌های مراقبتی اثربخش، آموزش و پیگیری همراه با تغییر سبک زندگی در این دسته از بیماران می‌تواند باعث بهبود و افزایش کیفیت زندگی آنان شود [۴]. برهانی و همکاران در بررسی تاثیر به کارگیری مدل مراقبت مشارکتی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی نشان دادند که میانگین نمرات کیفیت زندگی در هر سه بعد جسمی، روحی - روانی و اجتماعی - اقتصادی نسبت به گروه کنترل، بهبود معناداری داشته است [۱۵]. همچنین نتایج مطالعه عباسی و همکاران نشان داد که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی نسبت به دیگر مطالعات بهبود داشته که بیانگر تاثیر مداخلات درمانی و مراقبتی است؛ اما وضعیت کیفیت زندگی این بیماران در حد مطلوبی گزارش نشده است. از این رو، برنامه‌ریزی برای بهبود کیفیت زندگی بیماران با نارسایی قلبی و کنترل برخی متغیرهای قابل اصلاح در این دسته از بیماران ضروری به نظر می‌رسد [۱۶]. عبداللهی در پژوهش خود با عنوان "تأثیر برنامه آموزشی مبتنی بر الگوی سازگاری روی خستگی و فعالیت‌های زندگی روزمره بیماران مبتلا به نارسایی قلبی" حاکی از آن بود که اجرای برنامه آموزشی به عنوان یک مداخله پرستاری کم

این که مطالعه مذکور در کشور برزیل با ساختار مراقبتی و محیط درمانی متفاوت با کشور ایران انجام شده است، اما همخوانی نتایج این دو مطالعه نشان دهنده این واقعیت است که بدون توجه به زمینه و ساختار، بیماران با تشخیص نارسایی قلبی نیاز به پیگیری و آموزش مداوم دارند. از این رو، برای بهبود رفتارهای خودمراقبتی نیاز به سرمایه گذاری است و پرستاران با اجرای مسیر بالینی می توانند نقش مناسب و مهمی در این زمینه داشته باشند.

از جمله محدودیت های مطالعه حاضر می توان به انتخاب نمونه ها تنها از بیمارستان تخصصی قلب در شهرستان سبزوار اشاره کرد، بنابراین تعمیم نتایج این مطالعه به جمعیت های دیگر با زبان، فرهنگ و مذهب متفاوت باید با احتیاط انجام شود. پیشنهاد می شود با توجه به اهمیت آموزش خودمراقبتی به بیماران با نارسایی قلبی، اجرای مسیر بالینی با برگزاری کلاس های آموزشی به پرستاران در این زمینه آموزش لازم داده شود تا کیفیت زندگی و خودمراقبتی بیماران در کلیه مراکز درمانی کشور نیز بهبود یابد.

نتیجه گیری:

نتایج این مطالعه اثربخشی مسیر بالینی را بر بهبود رفتارهای خودمراقبتی و بهبود کیفیت زندگی بیماران با تشخیص نارسایی قلبی تایید کرد. همچنین نتایج نشان داد که درگیر کردن بیماران در رفتارهای مراقبت از خود ثمربخش منجر به بهبود رفتارهای خود مراقبتی شده و به دنبال آن کیفیت زندگی بیماران بهبود یافته است. بهبود رفتارهای خودمراقبتی زمینه را برای کاهش علائم بالینی مرتبط با بیماری فراهم کرده و در نهایت می تواند منجر به بهبود کیفیت زندگی وابسته به سلامت بیماران شود.

دستاوردهای اساسی این مطالعه بیانگر تأثیر استفاده از مسیر بالینی بر الگوی خودمراقبتی و به نوعی ضرورت پرداختن به امور مراقبتی و استفاده از الگوهایی است که قادر به ترغیب و توجه به خودمراقبتی و تعدیل عوامل مؤثر در بروز افزایش کیفیت زندگی می باشد. پژوهش ها در زمینه خودمراقبتی برای بیماران با بیماری های مزمن همچون نارسایی قلبی بیان می کنند که آموزش خودمراقبتی به افراد بیمار باعث جلوگیری از گسترش عوارض بیماری، افزایش طول عمر، سازگاری بیشتر فرد و کاهش هزینه های درمانی می شود. البته دست یافتن به چنین اهدافی نیازمند آموزش پویا و پیگیری مستمر خواهد بود.

تشکر و قدردانی:

این مقاله حاصل طرح مصوب دانشگاه علوم پزشکی سبزوار با کد ۹۷۲۵۱ و با شناسه اخلاق IR.MEDSAB.REC.1398.035 می باشد. نویسندگان از تمام بیماران شرکت کننده در مطالعه که با همکاری صادقانه خود زمینه اجرای پژوهش را فراهم آوردند،

هزینه، موثر و غیر تهاجمی باعث کاهش خستگی و بهبود فعالیت های روزانه در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی می شود [۱۷]. نتایج بیشتر پژوهش ها حاکی از معنادار بودن اثر مداخلات بر شاخص های کیفیت زندگی می باشد [۱۹-۱۸]، هر چند که در برخی از آن ها رابطه معناداری مشاهده نشده است [۲۰]. اصلاح کیفیت زندگی نه تنها برای بیماران سودمند و با ارزش است، بلکه هزینه های مراقبت بهداشتی و پزشکی مرتبط با آنان را نیز کاهش می دهد. بر اساس نتایج پژوهش های انجام شده نارسایی قلبی و عوارض ناشی از آن را می توان از طریق مراقبت های پزشکی و آموزش بهداشت، پیشگیری و کنترل نمود.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که پیگیری و آموزش بیماران با بیماری های مزمن همچون نارسایی قلبی می تواند بر میزان خودمراقبتی آن ها تأثیر مثبت داشته باشد. نتایج مطالعه اسماعیلی شاد با عنوان " اثربخشی آموزش خودمراقبتی بر کیفیت زندگی، رفتارهای خودمراقبتی و قند خون در سالمندان " نشان داد که آموزش خودمراقبتی باعث افزایش کیفیت زندگی و رفتارهای خودمراقبتی و کاهش قند خون سالمندان می شود [۲۱]. نتایج مطالعه آقاجانی و همکاران نیز نشان داد که آموزش خودمراقبتی در هر دو گروه آموزش با استفاده از روش سخنرانی و روش ارائه بسته آموزشی موجب بهبود کیفیت زندگی مبتلایان به پرفشاری خون در ابعاد مختلف آن به جز در دو حیطة درد جسمی و نقش عاطفی می شود [۲۲]. همچنین نتایج مطالعه شهباز و همکاران نشان داد که مداخله آموزشی باعث ایجاد اختلاف آماری معناداری بین دو گروه در رفتار خودمراقبتی بعد از مداخله شده و توانسته است موجب افزایش رفتارهای خودمراقبتی در افراد شود [۲۳]. این یافته با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد که می تواند به دلیل تشابه ساختارهای مراقبتی تحت نظارت وزارت بهداشت و درمان در هر دو مطالعه باشد. به طور کلی، نتایج پژوهش های متعدد نشان داده اند که آموزش به بیماران و پیگیری های بعدی می تواند تأثیر به سزایی در میزان خودمراقبتی آن ها داشته باشد.

در مطالعه حاضر با پیگیری در گروه مداخله در طول زمان اجرای مسیر بالینی، علائم بالینی همچون داشتن تنگی نفس هنگام دراز کشیدن، تنگی نفس ناگهانی شبانه، خستگی یا ضعف عمومی، تورم پا یا شکم و علائم گوارشی در هر چهار مرحله، حین ترخیص، یک ماه بعد، دو ماه بعد و سه ماه بعد اختلاف معناداری را نشان دادند. بنابراین، با توجه به مزمن بودن بیماری، پیگیری بیماران سبب بهبود و ارتقا سبک زندگی و عملکرد آن ها می شود. نتایج مطالعه کانسیساو و همکاران در توصیف رفتار خودمراقبتی و عوامل مرتبط نشان داد که میانگین نمرات خرده مقیاس های شاخص خودمراقبتی نارسایی قلبی نشان دهنده خودمراقبتی، مدیریت خودمراقبتی و اعتماد به نفس نامناسب بود [۲۴]. با وجود

تضاد منافع:

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ گونه تضاد منافع در قبال انتشار مقاله ایجاد نخواهد شد.

تشکر می‌کنند. این مطالعه با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار انجام شده است.

References:

1. Bytyçi I, Bajraktari G. Mortality in heart failure patients. *Anadolu Kardiyol Derg.* 2015; 15(1):63.
2. Whitaker-Brown CD, Woods SJ, Cornelius JB, Southard E, Gulati SK. Improving quality of life and decreasing readmissions in heart failure patients in a multidisciplinary transition-to-care clinic. *Heart Lung.* 2017; 46(2):79-84.
3. Mlynarska A, Golba KS, Mlynarski R. Capability for self-care of patients with heart failure. *Clin Interv Aging.* 2018;1919-27 (Persian)
4. Baghaei R, Mashalahi A, Khalkhali HR. The effect of applying continuous care model on the quality of life in heart failure patients. *J Urmia Nurs Midwifery Fac.* 2015; 13(8): 666-675. (Persian)
5. Sadeghi R, Aghakhani N, Baghaei R, Nejadrahim R. Participatory Care Model Implementation on Quality of Life in Patients with Diabetic Foot Ulcers Referred To Taleghani Hospital, Urmia. *Nurs Midwifery J* 2021; 19(8), 0-0. (Persian)
6. Bleser LD, Depreitere R, Waele KD, Vanhaecht K, Vlayen J, Sermeus W, et al. *Avalere Health LLC (2015). Clinical Pathways: Overview of Current Practices and Potential Implications for Patients, Payers, and Providers.* Washington DC: Avalere Health LLC. Azwar, S. *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya.* Yogyakarta: Pustaka Pelajar Manage. 2006; 14:553-63.
7. Kul S, Barbieri A, Milan E, Montag I, Vanhaecht K, Panella M. Effects of care pathways on the in-hospital treatment of heart failure: a systematic review. *BMC Cardiovasc Disord.* 2012, 12.1: 1-9.
8. Moore JA. Evaluation of the efficacy of a nurse practitioner-led home-based congestive heart failure clinical pathway. *Home Health Care Serv Q.* 2016;35(1):39-51.
9. Panella M, Marchisio S, Gardini A, Di Stanislao F. A cluster randomized controlled trial of a clinical pathway for hospital treatment of heart failure: study design and population. *BMC Health Serv Res.* 2007; 7:1-7.
10. Riegel B Dickson V A. Situation-specific theory of heart failure self-care. *J Cardiovasc Nurs.* 2008; 23(3): 190-196.
11. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res.* 2005; 14:875-82.
12. Shojaei F, Asemi S, Yarandi AN, Hosseini F. Self-care behaviors in patients with heart failure. *Payesh (Health Monitor).* 2009; 8(4):361-9.
13. Ranjan A, Tarigopula L, Srivastava RK, Obasanjo OO, Obah E. Effectiveness of the clinical pathway in the management of congestive heart failure. *South Med J.* 2003; 96(7): -661-3
14. D'Amario D, Canonico F, Rodolico D, Borovac JA, Vergallo R, Montone RA, Galli M, Migliaro S, Restivo A, Massetti M, Crea F. Telemedicine, artificial intelligence and humanisation of clinical pathways in heart failure management: back to the future and beyond. *Cardiac Failure Review.* 2020;6.
15. Borhani F, khoshab H, Abbaszadeh A, Rashidinejad H, Eesa Mohammadi E. Study of the effect of partnership care model on the quality of life in patients with heart failure. *Iranian J Crit Care Nurs.* 2012; 5(1):43-48.
16. Abbasi K, Mohammadi E, Sadeghian H, Gholami Fesharaki M. Quality of Life in Patients with heart Failure. *Iran J Nurs Res.* 2016; 11(2):10-23. (Persian)
17. Abdolahi M, Doustmohamadi MM, Sheikhbardsiri H. The effect of an educational plan based on the roy adaptation model for fatigue and activities of daily living of patients with heart failure disease. *Ethiop J Health Sci.* 2020; 30(4).
18. Lakdizaji S, Hassankhani H, Khalilzad P. Effect of training program based on Roy's adaptation model on quality of life of patients with heart failure: A randomized clinical trial. *Nurs Pract Today.* 2014; 1(4):183-91.
19. Najmi B, Ahadi H, Delavar A, Hashemipor M. The effectiveness of multidimensional psychological treatment in enhancing the adherence to medical treatment in adolescents with type 1 diabetes. *Behav Sci Res.* 2007; 5(2): 127-37.
20. Bidi F, Hassanpour K, Ranjbarzadeh A, Kheradmand A. Effectiveness of educational program on knowledge, attitude, self care and life style in patients with type II diabetes. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences.* 2012; 19(4): 336-344. (Persian)
21. Esmaeilshad B. The Effectiveness of Self-Care Training on Quality of Life, Self-Care Behaviors and Blood Sugar in Elderly without Self-Care Behaviors. *Aging Psychology.* 2020; 6(1):1-11.
22. Aghajani M, Ajorpaz NM, Atrian MK, Raofi Z, Abedi F, Vartoni SN, et al. Effect of self-care education on quality of life in patients with primary hypertension: comparing lecture and educational package. *Nurs Midwifery Stud.* 2013; 2(4):71.
23. Shahbaz A, Hemmati MM, Nejadrahim R, Khalkhali HR. The Effect of Implementing Orem's Self-Care Program on Self-care Behaviors in Patients with diabetic Footulcer. *J Urmia Nurs Midwifery Fac.* 2016; 14(2):108-18.
24. Conceição AP, Santos MA, Santos BD, Cruz DD. Self-care in heart failure patients. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2015; 23:578-86.

Assessment the effect of clinical path on self-care behaviors and quality of life of heart failure patients

Mahdi Danai Moghadam^{1,2}, Hamideh Yazdimoghaddam^{3*}, Javad Movahed zadeh⁴

Received: 2023-04-07

Revised: 2023-06-19

Accepted: 2023-06-19

1. Bsc in Operating Room, Student Research Committee, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran
2. Bsc in Operating Room, Velayat Hospital, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
3. Associate Professor, Leishmaniasis Research Center, Operating Room Department, Faculty of Paramedics, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran
4. MD, Cardiac Electrophysiology Research Center, Rajaie Cardiovascular Medical and Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Pars Journal of Medical Sciences, Vol.21, No.1, Spring 2023

Pars J Med Sci 2023; 21(1):9-17

Abstract:

Introduction:

Heart failure is associated with progressive prevalence and high mortality, and the prevalence of this disease is increasing despite medical advances. A clinical pathway is a method for managing patient care over a defined period of time with the goal of improving the quality of care, reducing risks, and increasing patient satisfaction. Therefore, this research was conducted with the aim of the assessment of the clinical course on self-care behaviors and quality of life patients with heart failure.

Materials and Methods:

This interventional study was conducted on 68 patients diagnosed with heart failure in Heshmatieh Hospital under Sabzevar University of Medical Sciences in 2019-2021. Patients were randomly divided into two control and intervention groups. After ensuring the discharge, the patients of the intervention group were taught about the purpose of conducting the research and the method of implementing the clinical path. Patients in the control group received routine training from the hospital. Serially, every one to three months, self-care and quality of life questionnaires were completed for the patients. Chi-square tests, Fisher's exact test, analysis of variance with repeated measures, paired t-test and Mann-Whitney test were used in data analysis.

Results:

The average age of patients in the intervention group is 57.43 ± 5.74 and in control group is 61.70 ± 4.76 . The results of the analysis of variance test with repeated measures showed that there is a significant difference between the average self-care score and quality of life score of the intervention group in the three stages of measurement ($p < 0.001$).

Conclusion:

The results of this study confirmed the effectiveness of the clinical pathway on improving self-care behaviors and improving the quality of life of patients diagnosed with heart failure.

Keywords: Clinical Pathway, Self-Care, Heart Failure, Quality of Life

* Corresponding author Email: ha_yazdimoghaddam@yahoo.com