

بررسی تأثیر کاربرد نظریه موقعیتی اختصاصی، بر کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی

مرضیه صادقی زاده^۱، بهناز باقریان^۲، حامد وحیدی^۳، سکینه سبزواری^{۴*}

نوع مقاله:

چکیده

مقاله اصیل

زمینه و هدف: آموزش خودمراقبتی از جمله روش‌های مؤثر در افزایش کیفیت زندگی و سلامت بیماران نارسایی قلبی است. هدف این مطالعه تعیین تأثیر کاربرد نظریه موقعیتی اختصاصی بر کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی بوده است.

روش بررسی: مطالعه حاضر از نوع کارآزمایی بالینی است. تعداد ۸۰ بیمار نارسایی قلبی کلاس ۲ و ۳ مراجعه‌کننده به بیمارستان ۱۲ فروردین شهر کهنوج در سال ۱۳۹۷، در آن شرکت داشتند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌های ویژگی‌های فردی، اختلال عملکرد بطن چپ جهت کیفیت زندگی و خودمراقبتی در نارسایی قلب بود. پرسشنامه‌ها در اولین معاینه و سه ماه پس از پی‌گیری توسط بیماران تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از آزمون t مستقل و زوجی، آنالیز واریانس یک راهه و ضریب همبستگی پیرسون در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: قبل از مداخله بین دو گروه از نظر نمرات خودمراقبتی و کیفیت زندگی تفاوت آماری وجود نداشت. پس از مداخله میانگین نمره کیفیت زندگی، خودمراقبتی و ابعاد آن در بیماران گروه مداخله نسبت به گروه کنترل افزایش یافت ($p < 0/001$). در مورد خودمراقبتی بعد از مداخله، بیش‌ترین نمره مربوط به اعتماد به خودمراقبتی با میانگین و انحراف استاندارد $21/43 \pm 3/30$ و کم‌ترین نمره مربوط به مدیریت خودمراقبتی با میانگین و انحراف استاندارد $17/45 \pm 5/5$ بود ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: توجه به خودمراقبتی براساس الگوی نظریه موقعیتی اختصاصی می‌تواند موجب شناخت دقیق‌تر مشکلات و برنامه‌ریزی مناسب شده و متعاقب آن کیفیت زندگی بیماران را بهبود بخشد. از آنجا که در این مطالعه اکثراً کم سواد یا بی‌سواد بودند، استفاده از وسایل کمک آموزشی به صورت تصویری، تنظیم برنامه براساس شرایط و زمان آمادگی بیمار و در صورت لزوم مشارکت خانواده می‌تواند نتایج مثبتی به همراه داشته باشد. توجه به عوامل زمینه‌ای به خصوص در افرادی که تحصیلات و درآمد پایین‌تری دارند، ضروری به نظر می‌رسد.

ثبت کارآزمایی بالینی: IRCT20141109019862N6

نویسنده مسئول:
سکینه سبزواری؛
دانشکده پرستاری و
مامایی رازی، دانشگاه
علوم پزشکی کرمان،
کرمان، ایران

e-mail:
S_Sabzevari@kmu.
ac.ir

واژه‌های کلیدی: نظریه، خودمراقبتی موقعیتی، نارسایی قلبی، کیفیت زندگی

- دریافت مقاله: اسفند ماه ۱۳۹۹ - پذیرش مقاله: اردیبهشت ماه ۱۴۰۰ - انتشار الکترونیک مقاله: ۱۴۰۰/۰۹

مقدمه

بیماری‌های قلبی به عنوان یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن و علت مرگ و میر

بزرگسالان در سراسر دنیا مطرح است. براساس گزارش انجمن قلب آمریکا در سال ۲۰۱۵، حدود ۵/۷ میلیون بیمار دچار نارسایی قلبی در آمریکا گزارش شده و تعداد این بیماران در اروپا ۱۵ میلیون نفر تخمین زده می‌شود. این بیماران دارای مشکلاتی هستند که بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر گذاشته و موجب

۱ - گروه آموزشی پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران؛ مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
۲ - گروه آموزشی پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران؛ مرکز تحقیقات قارچ شناسی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
۳ - گروه آموزشی قلب و عروق، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران؛ مجتمع بیمارستان امام خمینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

بستری مجدد می‌شود (۱). این مشکل هزینه‌های زیادی را به نظام‌های بهداشتی و درمانی تحمیل می‌کند، به طوری که سالانه تقریباً ۳۸ میلیارد دلار برای آمریکا هزینه به دنبال دارد (۲). شیوع و بروز نارسایی قلبی در حال افزایش است، به طوری که ۲۰ میلیون نفر در سراسر جهان دچار این عارضه هستند. میزان شیوع این بیماری در آسیا ۱/۳ تا ۶/۷٪ و در ایران ۸٪ جمعیت بالای ۶۰ سال گزارش شده که بالاتر از متوسط آسیا است. این میزان با افزایش سن بیشتر شده و براساس آمارهای سازمان بهداشت جهانی، ۶ تا ۱۰٪ جمعیت بالای ۶۵ سال گرفتار نارسایی قلبی می‌شوند. در هر دهه آمار ابتلا به نارسایی قلبی ۲ برابر می‌شود و هزینه درمان نارسایی قلبی ۲ برابر هزینه‌های درمان سرطان است (۳).

یکی از مؤلفه‌هایی که باید در بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی مورد مطالعه قرار گیرد، کیفیت زندگی است. سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را به عنوان درک فرد از موقعیت خود در زمینه نظام‌های فرهنگی و ارزش‌گذاری تعریف می‌کند. کیفیت زندگی طیف گسترده‌ای از تجربه انسان‌ها، از جمله نیازهای روزانه مانند غذا و سرپناه، پاسخ‌های درون فردی و بین فردی به بیماری و فعالیت‌های مرتبط با موفقیت حرفه‌ای و شاد بودن فرد است (۴). بیماران مبتلا به نارسایی قلبی پیامدهایی مانند کاهش کیفیت زندگی، بستری شدن مجدد و میزان بالای مرگ و میر را تجربه می‌کنند (۵).

ارزیابی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی به پرستاران کمک می‌کند که

مراقبت‌های اصولی‌تری ارائه دهند. این بیماران نیازمند آموزش و حمایت در مورد نحوه مصرف داروها، رژیم غذایی، استراحت، فعالیت و انجام اقدام مناسب در هنگام بروز علائم هستند. با توجه به نقش مثبت آموزش در ارتقای کیفیت زندگی، یافتن یک روش آموزشی مناسب برای بهبود کیفیت زندگی این بیماران حایز اهمیت است (۶). از آن‌جا که این بیماران با افزایش هزینه‌های درمانی نیز مواجه هستند و همه این عوامل کیفیت زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۷)، انتظار می‌رود چنانچه این بیماران بتوانند برنامه‌های خودمراقبتی را به طور مناسب اجرا کنند، عوارض ناشی از بیماری آنان کاهش یابد (۸).

به واسطه تأثیر زیاد بیماری‌های مزمن بر وضعیت سلامت و هزینه‌های سنگین مراقبت بهداشتی، در سال‌های اخیر برنامه‌های خودمدیریتی رشد قابل توجهی داشته است. چنین برنامه‌هایی بر نقش محوری بیمار در مدیریت بیماری تأکید دارند. هدف برنامه‌های خودمدیریتی کمک به بیماران جهت مدیریت اولیه درمان، حفظ وظایف و نقش‌های زندگی، مدیریت احساسات منفی نظیر ترس و افسردگی می‌باشد. به علاوه برنامه‌های خودمدیریتی دانش لازم، مهارت‌ها و خودتکایی را در مواجهه با مشکلات مرتبط با بیماری فراهم کرده و آن‌ها را جهت مشارکت در مراقبت‌های تخصصی و سیستم‌های مراقبت آماده می‌کند. یکی از این برنامه‌ها، نظریه موقعیتی اختصاصی خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی است (۹). در این نظریه، خودمراقبتی به عنوان یک فرآیند تصمیم‌گیری

طبیعت گرایانه تعریف شده که بر ثبات فیزیولوژیک، تسهیل درک علایم، و مدیریت علایم مؤثر است. براساس این نظریه، خودمراقبتی شامل ۳ مفهوم جداگانه اما مرتبط می‌باشد که منعکس‌کننده فرآیندهایی است که غالباً به دنبال یکدیگر انجام می‌گیرند. اولین مفهوم، نگرانی است که تمامیت درمان و رفتارهای سالم (مصرف داروها، ورزش کردن، رعایت رژیم غذایی با محدودیت نمک) را حفظ می‌کند. دومین مفهوم درک علایم می‌باشد که شامل تعیین احساسات فیزیکی و تفسیر معنی آن‌هاست. درک علایم به طور ویژه شامل توجه به زبان بدن، پایش علایم و درک و تفسیر و نام‌گذاری علایم است. سومین مفهوم این فرآیند، مدیریت علایم یا پاسخ به علایمی است که رخ می‌دهند. هر ۳ فرآیند شامل یک جزء مستقل و مشاوره‌ای هستند. براساس این نظریه عملکرد خودمراقبتی شامل تصمیم‌گیری است و تصمیم‌گیری طبیعت گرایانه (Naturalistic Decision-Making: NDM) به خوبی این فرآیند را در بر می‌گیرد. تصمیم‌گیری طبیعت گرایانه یک نظریه است که به توضیح چگونگی تصمیم‌گیری افراد در موقعیت واقعی که برای آن‌ها معنادار و آشنا است کمک می‌کند (۱۰).

در این زمینه Johnson براساس مطالعه خود در مورد نارسایی قلبی و مراقبت تسکینی اظهار می‌دارد: امروزه هدف نهایی مراقبت‌های طبی در بسیاری از بیماری‌های مزمن فقط افزایش طول عمر نبوده، بلکه تسکین علایم و ارتقای عملکرد و بهبود کیفیت زندگی، اهداف مهم درمان‌ها را تشکیل می‌دهند. همچنین عواملی مانند ویژگی‌های فردی، داشتن اعتماد

به نفس، توانایی جهت‌سازگاری با بیماری، حمایت همسر، خانواده و نظام‌های مراقبت بهداشتی در بهبود کیفیت زندگی بیماران مؤثر هستند (۱۱).

Liou و همکاران پژوهشی با عنوان تأثیر برنامه‌های خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در چین تایپه انجام دادند. در این مطالعه نیمه تجربی که دانش و آگاهی بیماران در مورد نارسایی احتقانی قلب، قبل و بعد از آموزش مورد آزمایش قرار گرفت، خودمراقبتی با استفاده از پرسشنامه خودمراقبتی بیماران نارسایی قلبی (Self-Care OF Heart Failure Index: SCHFI) و کلاس عملکردی قلب نیویورک (New York Heart Functional class: NYHA) در مجموع ۴ بار برای هر شرکت‌کننده اندازه‌گیری شد. اطلاعات مربوط به بستری مجدد و میزان مرگ و میر نیز بررسی شد. یافته‌های این مطالعه نشان داد در گروه مداخله، میانگین نمره آگاهی از CHF بعد از آموزش با گروه کنترل از نظر آماری تفاوت معنادار داشته است. نتایج حاصل از ارزیابی خودمراقبتی نیز نشان‌دهنده تفاوت معناداری بین دو گروه مداخله و کنترل بود. حفظ و مدیریت خودمراقبتی و اعتماد به توانایی‌های شخصی بعد از آموزش بهبود یافته بود. نویسندگان معتقدند استفاده از نظریه‌ها و مدل‌های خودمراقبتی می‌تواند به نحو مؤثری توانایی بیماران را در حیطه‌های خودمراقبتی بهبود بخشد (۱۲).

به نظر می‌رسد اجرای برنامه‌های خودمراقبتی باعث افزایش رفتارهای ارتقادهنده سلامت، نتایج درمان بهتر و افزایش طول عمر

بیماران می‌شود (۱۳). با توجه به این که آمار بیماران نارسایی قلبی رو به افزایش است، چنانچه بتوان برای این گروه از بیماران از نظریه‌ها و مدل‌های اختصاصی استفاده کرد، انتظار می‌رود کاهش بستری شدن، افزایش میزان رضایت از زندگی و کاهش خطر مرگ و میر را به دنبال داشته باشد. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر کاربرد نظریه موقعیتی اختصاصی، بر کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی انجام یافته است.

روش بررسی

مطالعه کارآزمایی بالینی حاضر با کد (IRCT20141109019862N6) در سال ۱۳۹۷، انجام گرفته است. جامعه پژوهش، بیماران نارسایی قلبی مراجعه‌کننده به بیمارستان ۱۲ فروردین کهنوج از توابع شهرستان جیرفت در استان کرمان بودند. برای محاسبه حجم نمونه از فرمول اختلاف دو میانگین استفاده شد و براساس این فرمول و با در نظر گرفتن مطالعات قبلی (۱۴) حجم نمونه برای هر گروه ۲۶ نفر محاسبه شد و با احتساب ریزش در هر گروه ۴۰ نفر در نظر گرفته شد.

$$Z_{1-\alpha/2} = 1/96, Z_{1-\beta} = 1/62 (\text{power} = 90\%),$$

$$S_1 = 22/5, S_2 = 18/8$$

$$\mu_1 = 40/9, \mu_2 = 0/61$$

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 (S_1^2 + S_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

S₁ - انحراف معیار متغیر مورد مطالعه در گروه اول (مورد، مواجهه یافته یا مداخله)

S₂ - انحراف معیار متغیر مورد مطالعه در گروه دوم (شاهد، غیرمواجهه یافته یا مقایسه)

μ₁ - میانگین متغیر مورد مطالعه در گروه اول

μ₂ - میانگین متغیر مورد مطالعه در گروه دوم

تعداد ۸۰ بیمار به صورت در دسترس، از بین بیمارانی که در بخش مراقبت ویژه قلبی بستری و یا به طور سرپایی به کلینیک قلب مراجعه کرده بودند، انتخاب شده و با استفاده از جدول بلوک‌های تصادفی شش تایی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند (نمودار کانسورت).

معیارهای ورود به مطالعه شامل تشخیص نارسایی قلبی توسط پزشک متخصص و معالج، ابتلا در مرحله ۳ و ۲ نارسایی قلبی براساس مقیاس طبقه‌بندی عملکرد قلبی نیویورک، ملیت ایرانی، سن حداقل ۱۸ سال، توانایی تکمیل پرسشنامه معیارهای عدم ورود شامل: تعلق به تیم بهداشت و درمان، افراد با سابقه عمل جراحی در ۶ ماه گذشته، نارسایی کلیه و همودیالیز، ابتلا به سرطان و تحت رادیوتراپی و شیمی درمانی، ابتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه، نیازمند به تهویه مکانیکی، نقایص شنوایی و بینایی، دچار ضایعه عروقی مغز یا آرتروز روماتوئید شدید (به دلیل تأثیر در خودمراقبتی)، معیارهای خروج نیز شامل: فوت بیمار، عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه، خروج از کهنوج و مراجعه به محل زندگی خود، بود (۱).

بیماران گروه کنترل، تحت مراقبت‌های معمول بخش قرار داشتند. اقدامات شامل ویزیت‌های روزانه، کنترل علائم حیاتی، دادن داروهای تجویز شده براساس دستور پزشک، کنترل ریتم قلبی، آموزش‌های معمول در مورد داروها، رژیم غذایی و ورزش، پی‌گیری آزمایش‌ها و مراجعات بود.

در مورد گروه مداخله، آموزش به طور انفرادی و در صورت نیاز با حضور افراد

خانواده شامل موارد زیر بود: تعریف بیماری، علل نارسایی قلبی، اهداف درمان، داروهای مورد استفاده، فعالیت و استراحت، چک کردن ادم روزانه، بررسی روزانه شدت علائم، تغذیه، نکات خاص مربوط به مصرف داروها، فعالیت جنسی، زمان مراجعه به پزشک و پی‌گیری‌های بعدی. به علاوه در دفترچه‌ای که به بیمار داده می‌شد تمامی موارد به طور مبسوط به زبانی ساده توضیح داده شد و یک جدول نیز قرار داده شده بود که در آن از بیمار یا از خانواده خواسته می‌شد که وزن، فشارخون، نبض، وضعیت ورم، اندازه مچ پا، داورهای مصرفی و سایر یادداشتهای روزانه خود را در آن ثبت کنند. همچنین روی جلد این دفترچه مواردی که باید در زندگی روزانه به آن‌ها توجه کنند، از قبیل موقعیت‌هایی که ایجاب می‌کنند تا برای کنترل و پی‌گیری به کلینیک قلب مراجعه کرده یا در بخش بستری شوند، نوشته شده و از آن‌ها خواسته شد که دفترچه را در جایی قرار دهند که در معرض دید آن‌ها باشد (مثلاً روی میز تلویزیون یا روی اپن آشپزخانه). از بیماران خواسته شد که به صورت هفتگی برای کنترل وزن، فشارخون و ادم به مرکز بهداشت نزدیک منزل خود مراجعه کنند. به کارکنان مراکز بهداشت موردنظر نیز آموزش‌های لازم در مورد کنترل وزن، فشارخون و ادم داده شد و یک دستگاه فشارسنج فراهم شد تا با استفاده از یک ابزار واحد به سنجش فشارخون بیماران اقدام شود. سپس به مدت ۳ ماه هر هفته یک بار از طریق تماس تلفنی بیماران وضعیت بیماران پی‌گیری می‌شد و آن‌ها می‌توانستند در صورت

داشتن هر مشکل یا علائم غیرطبیعی تماس بگیرند (۱۶ و ۱۵). به بیمارانی که سواد داشتند توصیه شد که دفترچه راهنما را در منزل مطالعه کنند. در مورد بیماران بی‌سواد و کم سواد، از همراه ایشان که اکثراً فرزندان آن‌ها بوده و باسواد بودند، خواسته شد که دفترچه را برای بیمار خود بخوانند و پی‌گیری‌ها را یادآور شوند. دفترچه راهنما براساس نظریه موقعیتی اختصاصی براساس منابع معتبر و با تأیید متخصص قلب و اعضای هیأت علمی پرستاری که براساس محتوای نظریه موقعیتی اختصاصی تهیه شده بود؛ مورد استفاده قرار گرفت (۱۷ و ۱۸).

ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش شامل سه پرسشنامه بود: اول فرم اطلاعات فردی و بیماری شامل ۱۲ سؤال در زمینه‌های سن، جنس، وضعیت تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، میزان درآمد، مدت زمانی که از تشخیص نارسایی قلبی می‌گذرد، کلاس نارسایی قلبی براساس طبقه‌بندی انجمن قلب آمریکا (کلاس ۲ و ۳) سابقه ابتلا به سایر بیماری‌های مزمن و سابقه بستری مجدد در یک سال گذشته، قادر بودن به انجام فعالیت‌های روزانه، سابقه دریافت اطلاعاتی در مورد مراقبت از خود.

دوم، پرسشنامه اختلال عملکرد بطن چپ (Left Ventricular (LVDS 36 Dysfunction Scale) شامل ۳۶ گویه اختصاصی بود و کیفیت زندگی بیماران را بررسی می‌کرد. این پرسشنامه توسط Jones و O'Leary در سال ۲۰۰۰ طراحی شده است. پاسخ‌ها دوگانه و به صورت صحیح (۱)

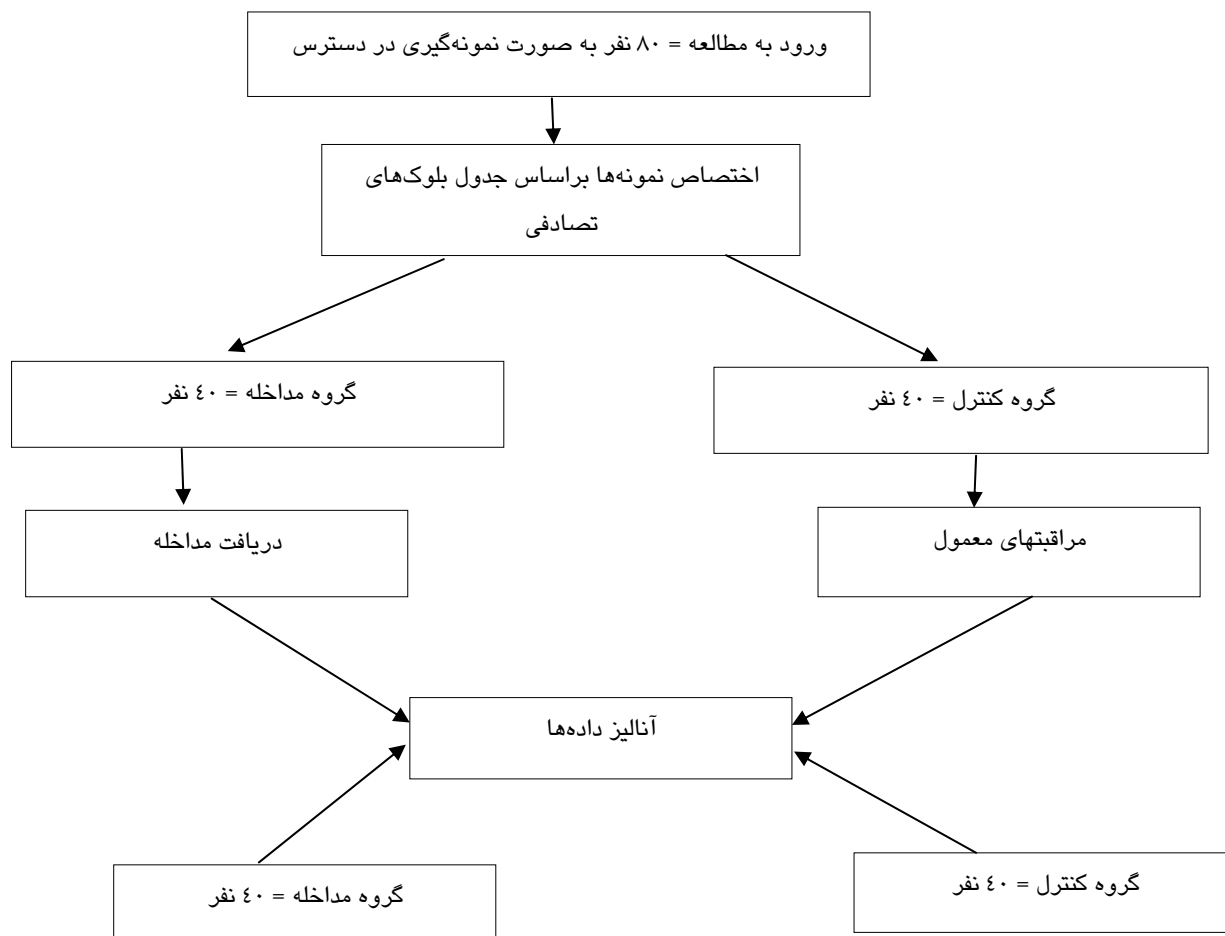
نمره) یا غلط (صفر) هستند. پاسخ‌های صحیح با هم جمع می‌شود و نمره صفر بدترین و نمره ۳۶ بهترین کیفیت زندگی را نشان می‌دهند (۱۹). پس از مکاتبه و کسب اجازه از تهیه‌کننده پرسشنامه توسط دو مترجم یک نفر آشنا با زبان تخصصی پزشکی و مترجم دیگر ناآشنا با زبان تخصصی پزشکی به فارسی ترجمه شده و مجدد به انگلیسی برگردانده شد و مورد عدم انطباقی بین ترجمه برگردان دوم و نسخه اصلی پرسشنامه مشاهده نشد. پس از تأیید روایی محتوا توسط ۱۵ نفر از صاحب‌نظران شامل اعضای هیأت علمی پرستاری و متخصصان قلب، پایایی ابزار در مطالعه مقدماتی بر روی ۲۰ نفر از بیماران غیر از نمونه پژوهش بررسی شد و با ضریب الفای ۰/۷۶ مورد تأیید قرار گرفت.

سوم، پرسشنامه خودمراقبتی در نارسایی قلبی (Self-Care of Heart Failure Index) شامل ۲۲ سؤال است که توسط Riegel و همکاران در سال ۲۰۰۹ طراحی شده است. سؤالات این پرسشنامه شامل سه بخش است: تعداد ۱۰ سؤال مربوط به حفظ خودمراقبتی در زمینه‌های رفتارهای تبعیت از رژیم درمانی و کنترل علائم، تعداد ۶ سؤال مربوط به مدیریت خودمراقبتی در زمینه‌های توانایی تشخیص تغییر در علائم، ارزیابی اهمیت تغییر موردنظر، اجرای راه‌حل‌ها و ارزیابی اثربخشی درمان و ۶ سؤال نیز مربوط به اعتماد به خودمراقبتی در حیطه‌های توانایی درک شده نسبت به سهم شدن و شرکت کردن در خودمراقبتی است. نمره‌گذاری در بعد اول از یک تا ۴ و ابعاد دوم و سوم از ۱ تا ۵ است. با توجه به تعداد سؤالات براساس ابعاد یاد

شده دامنه نمرات بعد نخست بین ۱۰ تا ۴۰ و ابعاد دوم و سوم نیز ۶ تا ۳۰ است. در نهایت با استانداردسازی نمره صفر تا ۱۰۰ به کل پرسشنامه تعلق می‌گیرد که نمره بالاتر یا مساوی ۷۰ به عنوان خودمراقبتی کافی در نظر گرفته می‌شود (۲۰). این پرسشنامه نیز پس از کسب اجازه از تهیه‌کننده به فارسی ترجمه و مجدد به انگلیسی برگردانده شد. پس از اطمینان از عدم انطباقی بین ترجمه برگردان دوم و نسخه اصلی، پرسشنامه توسط ۱۵ نفر از اعضای هیأت علمی پرستاری و متخصصان قلب از نظر روایی تأیید شد. همچنین با مطالعه مقدماتی در ۲۰ بیمار غیر از نمونه پژوهش، پایایی با آلفا کرونباخ ۰/۸۱ مورد تأیید قرار گرفت. لازم به ذکر است که پرسشنامه‌ها در اولین معاینه بیماران، و سه ماه پس از پی‌گیری تکمیل می‌شد.

انجام مطالعه با اخذ کد اخلاق (IR.KMU.REC.1397.066) از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کرمان و رضایت آگاهانه از بیماران مورد مطالعه انجام یافت. لازم به ذکر است که محتوای آموزشی بعد از مطالعه، در اختیار گروه کنترل نیز قرار داده شده است و از آن‌ها نیز خواسته شده تا در صورت هر گونه سؤالی با نویسنده اول تماس بگیرند و راهنمایی شوند.

داده‌های این مطالعه با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ و آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (مجذور کای دو، آزمون t زوجی، آزمون t مستقل و ضریب همبستگی پیرسون) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معناداری در تمامی آزمون‌ها، کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.



یافته‌ها

در مطالعه حاضر ابتدا به منظور بررسی تفاوت بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر ویژگی‌های فردی و بیماری از آزمون کای‌دو استفاده شد که در هیچ یک از موارد تفاوت مشاهده نشد و از نظر متغیرهای یاد شده یکسان بودند (جدول شماره ۱).

میانگین نمره کیفیت زندگی بین گروه کنترل و مداخله، قبل از مداخله، تفاوت آماری معناداری نداشت ($p=0/16$)، اما پس از مداخله بین دو گروه تفاوت آماری معنادار ($p<0/001$) مشاهده شد (جدول شماره ۲).

در مورد میانگین نمره خودمراقبتی و ابعاد آن، قبل از مداخله بین دو گروه تفاوت آماری معناداری وجود نداشت، اما بعد از مداخله در میانگین نمره خودمراقبتی و ابعاد حفظ خودمراقبتی، مدیریت خودمراقبتی و اعتماد به خودمراقبتی تفاوت آماری معناداری مشاهده شد (جدول شماره ۳).

به منظور تعیین ارتباط بین ابعاد مختلف خودمراقبتی و کیفیت زندگی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن بین نمرات ابعاد خودمراقبتی از جمله حفظ خودمراقبتی، مدیریت خودمراقبتی و اعتماد به خودمراقبتی با کیفیت زندگی بیماران ارتباط معناداری ($p<0/001$) را نشان می‌دهد (جدول شماره ۴).

جدول ۱- مقایسه توزیع فراوانی مطلق و نسبی ویژگی‌های فردی و بیماری ۸۰ نفر از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مراجعه‌کننده به بیمارستان ۱۲ فروردین کهنوج در سال ۱۳۹۷

آماره آزمون <i>p-value</i>	مجذور کای	گروه مداخله		گروه کنترل		گروه متغیر
		درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	
۰/۱۷۳	۴/۹۸			۵۰	۲	کم‌تر از ۲۰ سال
		۱۲/۵	۵	۲/۵	۱	۲۰ تا ۴۵ سال
		۳۵	۱۴	۴۲/۵	۱۷	۴۶ تا ۶۰ سال
		۵۲/۵	۲۱	۵۰	۲۰	بالای ۶۰ سال
۰/۵۰۲	۰/۴۵	۱۰۰	۴۰	۱۰۰	۴۰	جمع
		۵۵	۲۲	۴۷/۵	۱۹	زن
		۴۵	۱۸	۵۲/۵	۲۱	مرد
۰/۰۸۲	۴/۹۹	۱۰۰	۴۰	۱۰۰	۴۰	جمع
		۵۷/۵	۲۳	۶۲/۵	۲۵	بی‌سواد
		۳۷/۵	۱۵	۲۰	۸	زیردیپلم
		۵	۲	۱۷/۵	۷	دیپلم
۰/۳۱۴	۱/۰۱	۱۰۰	۴۰	۹۷/۵	۳۹	جمع
		۱۰۰	۴۰	۲/۵	۱	متاهل
		۱۰۰	۴۰	۱۰۰	۴۰	مجرد
۰/۷۶۶	۰/۵۳	۳۰	۱۲	۳۷/۵	۱۵	جمع
		۶۰	۲۴	۵۲/۵	۲۱	شاغل
		۱۰	۴	۱۰	۴	بی‌کار
		۱۰۰	۴۰	۱۰۰	۴۰	پازنشسته
۰/۷۱۴	۱/۳۷	۱۰	۴	۱۰	۴	جمع
		۵۰	۲۰	۴۵	۱۸	خوب
		۴۰	۱۶	۴۵	۱۸	متوسط
		۱۰۰	۴۰	۱۰۰	۴۰	ناکافی
۰/۴۹۱	۰/۴۷	۳۵	۱۴	۴۲/۵	۱۷	جمع
		۶۵	۲۶	۵۷/۵	۲۳	ندارد
		۱۰۰	۴۰	۱۰۰	۴۰	دارد
۰/۴۰۹	۲/۸۹	۷/۵	۳	۱۷/۵	۷	جمع
		۴۷/۵	۱۹	۴۷/۵	۱۹	کامل
		۴۲/۵	۱۷	۳۵	۱۴	نسبتاً کامل
		۲/۵	۱			نسبتاً ناکامل
۰/۲۴۵	۱/۳۵	۱۰۰	۴۰	۱۰۰	۴۰	جمع
		۷۰	۲۸	۵۷/۵	۲۳	خیر
		۳۰	۱۲	۴۲/۵	۱۷	بله
۰/۵۸۴	۱/۰۷	۱۰۰	۴۰	۱۰۰	۴۰	جمع
		۵۷/۵	۲۳	۶۵	۲۶	کم‌تر از ۵ سال
		۳۰	۱۲	۲۰	۸	۵ تا ۱۰ سال
		۱۲/۵	۵	۱۵	۶	بالای ۱۰ سال
۰/۶۴۶	۲/۴۹	۱۰۰	۴۰	۱۰۰	۴۰	جمع
		۱۵	۶	۱۲/۵	۵	کم‌تر از ۲۰٪
		۳۰	۱۲	۲۷/۵	۱۱	۲۰٪ تا ۳۰٪
		۵۰	۲۰	۵۲/۵	۲۱	۳۰٪ تا ۴۰٪
		۵	۲	۷/۵	۳	بالای ۴۰٪
۰/۲۷۰	۲/۶۲	۱۰۰	۴۰	۱۰۰	۴۰	جمع
		۶۰	۲۴	۷۲/۵	۲۹	۲
		۴۰	۱۶	۲۷/۵	۱۱	۳

جدول ۲- مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از اجرای مداخله در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مراجعه کننده به بیمارستان ۱۲ فروردین کهنوج در سال ۱۳۹۷

کنترل (۴۰ نفر)		مداخله (۴۰ نفر)		کیفیت زندگی
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۶/۸۲	۲۱/۹۵	۵/۶۲	۱۹/۹۸	قبل از مداخله
۶/۷۸	۲۲/۱۳	۳/۷۲	۲۷/۷۸	بعد از مداخله
$p=۰/۱۳۳$ $t=۰/۹۶۸$		$p<۰/۰۰۱$ $t=۶/۶۲$		آزمون تی زوجی هر گروه
$t=-۱/۴۱$ $p=۰/۱۶$				آزمون تی مستقل بین دو گروه قبل از مداخله
$t=۴/۶۲$ $p<۰/۰۰۱$				آزمون تی مستقل بین دو گروه بعد از مداخله

جدول ۳- مقایسه میانگین نمره خودمراقبتی گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از اجرای مداخله در بیماران نارسایی قلبی مراجعه کننده به بیمارستان ۱۲ فروردین کهنوج در سال ۱۳۹۷

نمره کل خودمراقبتی	اعتماد به خودمراقبتی		مدیریت خودمراقبتی		حفظ خودمراقبتی		خودمراقبتی
	کنترل	مداخله	کنترل	مداخله	کنترل	مداخله	
میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار
۴۵/۶۳±۱۱/۰۲	۴۲/۹۰±۸/۶۳	۱۵/۴۸±۴/۱۳	۱۶/۵±۲/۸۳	۱۴/۲۳±۴/۰۳	۱۳/۹۸±۴/۹۲	۱۴/۸۳±۳/۸۹	۱۴/۹۵±۳/۰۱
۴۵/۸۳±۱۰/۹۶	۵۷/۱۰±۱۲/۱۱	۱۵/۶۸±۴/۰۸	۲۱/۴۳±۳/۳۰	۱۴/۶۰±۲/۸۹	۱۷/۴۵±۵/۰۵	۱۴/۹۰±۳/۵۶	۲۰/۱۳±۳/۵۹
$t=۰/۶۵$ $p=۰/۵۷$	$t=۱۴/۳۶$ $p<۰/۰۰۱$	$t=۰/۷۶۷$ $p=۰/۱۷۹$	$t=۴/۳۹۸$ $p<۰/۰۰۱$	$t=۰/۶۷۵$ $p=۰/۱۵۴$	$t=۴/۵۴۶$ $p<۰/۰۰۱$	$t=۰/۷۶۸$ $p=۰/۲۱$	$t=۵/۲۸۷$ $p<۰/۰۰۱$
$t=۱/۲۳$ $p=۰/۲۲$	$t=۱/۲۹۶$ $p=۰/۱۹۹$	$t=۰/۲۴۹$ $p=۰/۸۰۴$	$t=۰/۱۶۱$ $p=۰/۸۷۳$				
$t=۴/۳۹$ $p<۰/۰۰۱$	$t=۶/۹۲$ $p<۰/۰۰۱$	$t=۲/۶۸$ $p=۰/۰۰۹$	$t=۱/۵۳$ $p<۰/۰۰۱$				

جدول ۴- تعیین ارتباط بین ابعاد مختلف خودمراقبتی و کیفیت زندگی در بیماران نارسایی قلبی مراجعه کننده به بیمارستان ۱۲ فروردین کهنوج در سال ۱۳۹۷

آزمون ضریب همبستگی پیرسون	کیفیت زندگی	ضریب همبستگی	p-value
حفظ خودمراقبتی	۰/۶۵۷	۰/۰۰۱	
مدیریت خودمراقبتی	۰/۵۹۸	۰/۰۰۱	
اعتماد به خودمراقبتی	۰/۶۶۷	۰/۰۰۱	
خودمراقبتی	۰/۶۸۷	۰/۰۰۱	

بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که پس از مداخله براساس نظریه موقعیتی اختصاصی، میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران گروه مداخله در مقایسه با بیماران گروه کنترل افزایش داشته است. با توجه به عدم تفاوت بین

دو گروه قبل از مداخله می توان نتیجه گرفت که افزایش نمره به دنبال مداخله در مطالعه حاضر بوده است. نتایج مطالعه فتحانی و همکاران نشان داد که آموزش مبتنی بر نیازهای خودمراقبتی سبب بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی

قلب می‌گردد (۲۱). Sezgin و همکاران براساس مطالعه خود معتقدند مراقبت پرستاری و برنامه پی‌گیری اجرا شده برای بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، خودمراقبتی و کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد (۱). نتایج مطالعه آقاخانی و همکاران نیز همراستا با مطالعه حاضر بوده و آنان توصیه می‌کنند که با توجه به تأثیر مثبت اجرای برنامه خودمراقبتی اورم در افزایش کیفیت زندگی بیماران، ارایه‌دهندگان مراقبت بهداشتی و پرستاران برنامه خودمراقبتی را براساس نظریه‌های پرستاری و برنامه‌ریزی مراقبتی به کار برند. همچنین معتقدند کاربرد برنامه‌ها می‌تواند باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی شود (۲۲). در مطالعه Tung و همکاران در ابتدا سطح خودمراقبتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی پایین بوده و آموزش خودمدیریتی باعث ارتقای خودمراقبتی و کیفیت زندگی در این بیماران شده است (۲۳). لازم به ذکر است که در هیچ یک از مطالعات یاد شده از نظریه موقعیتی اختصاصی استفاده نشده و بیش‌تر به روش‌های معمول آموزش مددجو و یا الگوهای بزرگ و مطرح در پرستاری مانند اورم پرداخته شده که با توجه به نوع مطالعات، نتایج یاد شده تا حد زیادی قابل پیش‌بینی بودند. در مطالعه حاضر مبنای مداخله نظریه موقعیتی اختصاصی و سنجش با ابزارهای اختصاصی مرتبط با این نظریه و کیفیت زندگی اختصاصی بیماران قلبی بوده است. به علاوه پی‌گیری به مدت سه ماه و مراجعات مکرر به مدت هفتگی به مراکز بهداشتی از تفاوت‌های مطالعه حاضر با سایر مطالعات می‌باشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که وضعیت کلی خودمراقبتی و سه زیرمقیاس آن (حفظ، مدیریت و اعتماد به خودمراقبتی) در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، با توجه به نمره کسب شده از بین زیرمقیاس‌ها، بیش‌ترین و کم‌ترین میانگین و انحراف معیار به ترتیب به زیرمقیاس اعتماد خودمراقبتی و مدیریت خودمراقبتی تعلق داشت. در مرور متون مطالعه‌ای که خودمراقبتی را با ابزار مورد استفاده در مطالعه حاضر سنجیده باشد، یافت نشد. لذا سطح‌بندی خودمراقبتی با مطالعه حاضر متفاوت است. زمان‌زاده و همکاران براساس نتایج خود اظهار داشتند اکثر بیماران خودمراقبتی در حد متوسط داشته و از این رفتارها پیروی می‌کردند (۲۴). در تحقیق باقری ساوه و همکاران نیز نیمی از بیماران رفتارهای خودمراقبتی در سطح متوسط و نیمی دیگر در سطح خوب داشتند (۲۵). در مطالعه مومنی و همکاران فقط ۶/۱٪ از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، خودمراقبتی خوب داشتند (۲). در مطالعه ابوطالبی دریاگیری و همکاران نیز ۷٪ از مبتلایان دارای وضعیت خودمراقبتی خوبی بودند (۲۶). لازم به ذکر است که در هیچ یک از مطالعات یاد شده ابعاد خودمراقبتی مانند مطالعه حاضر مورد توجه قرار نگرفته است. با توجه به نتایج حاصل به نظر می‌رسد که بیماران مورد مطالعه حساسیت موضوع را درک کرده بودند، از این رو معتقد به حفظ خودمراقبتی بودند، ولی از آن‌جا که از نظر بعضی عوامل تأثیرگذار بر خودمراقبتی مانند تحصیلات، میزان درآمد و وضعیت اقتصادی اجتماعی شرایط مطلوبی نداشتند اعتماد

خودمراقبتی در آن‌ها کمتر از بقیه حیطه‌های خودمراقبتی گزارش شده است.

نتایج نشان داد که بین خودمراقبتی و ابعاد آن با کیفیت زندگی ارتباط وجود داشته است، به گونه‌ای که با افزایش نمرات خودمراقبتی کیفیت زندگی بهتر بوده است. فتحانی و همکاران نیز در مطالعه خود با عنوان تأثیر آموزش مبتنی بر نیازهای خودمراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلب اظهار داشتند که آموزش رایج شده موجب بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلب شده است (۲۱). نتایج مطالعه قهرمانی و همکاران در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بستری بیمارستان‌های شهرستان اردبیل نیز نشان داد برنامه‌های آموزشی اجرا شده در ارتقای آگاهی، رفتارهای خودمراقبتی و کاهش بستری مجدد بیماران مؤثر واقع شده است (۲۷). Sezgin و همکاران نیز براساس نتایج مطالعه خود اظهار داشتند که مراقبت پرستاری و برنامه پی‌گیری اجرا شده برای بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، خودمراقبتی و کیفیت زندگی را بهبود بخشیده است (۱).

البته با توجه به پی‌گیری‌های مکرری که در جریان اجرای برنامه وجود داشت، مراجعات حضوری بیماران به مراکز بهداشتی درمانی و پی‌گیری‌های تلفنی و امکان تماس با نویسنده اول، به طوری که بیماران و یا خانواده آن‌ها در هر زمان که نیاز داشتند می‌توانستند تماس بگیرند، سؤال پیرسند و راهنمایی شوند و همچنین توجه به جزییات موارد خودمراقبتی با توجه به نظریه موقعیتی اختصاصی، نتیجه حاصل دور از انتظار نیست.

با توجه به این که بیماران دچار نارسایی قلبی معمولاً علایمی مثل خستگی، تنگی نفس و درد قفسه سینه با کم‌ترین فعالیت و یا در حال استراحت را تجربه می‌کنند و به بیماری‌های مزمن دیگر نیز مبتلا هستند، خودمراقبتی آن‌ها به میزان زیادی تحت تأثیر قرار می‌گیرد. از این‌رو کاهش کیفیت زندگی و توانایی خودمراقبتی بیماران که بستری مجدد را در پی دارد، از جمله مشکلاتی است که در برنامه‌های پرستاری به آن توجه می‌شود. لذا نقش پرستاران جهت ارتقای رفتارهای خودمراقبتی به منظور کنترل علایم بیماری و جلوگیری از پیشرفت و بروز عوارض بیماری از اهمیت خاصی برخوردار است و در مطالعات مختلف نیز بر این نکته تأکید شده است. چنان که یوسفی و همکاران نیز براساس نتایج مطالعه خود در زمینه کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلب اظهار می‌دارند: محدودیت‌های جسمی و علایم نارسایی قلبی باعث کاهش کیفیت زندگی می‌شود و ارزیابی کیفیت زندگی به پرستاران کمک می‌کند تا مراقبت‌های اصولی‌تری ارائه دهند. از ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی به خصوص پرستاران انتظار می‌رود با فراهم کردن زمینه‌های لازم برای مراقبت‌های پی‌گیر، درمان مناسب و امکانات مورد نیاز، شرایط لازم را برای برخورداری بیماران از کیفیت زندگی مطلوب مهیا نمایند (۲۸). صالحی‌تالی و همکاران براساس نتایج مطالعه خود گزارش کردند که مداخلات آموزشی و مراقبت مستمر با کاهش پذیرش مجدد و مراجعه به پزشک معالج در بیماران نارسایی قلبی همراه بوده است (۲۹). حیدری و همکاران نیز معتقدند پی‌گیری تلفنی پرستار می‌تواند منجر به ارتقای رفتارهای خودمراقبتی و کاهش خستگی بیماران شود (۳۰).

می‌شود تأثیر مداخله در مدت زمان طولانی‌تری
سنجیده شود.

در مجموع، این مطالعه تأثیر کاربرد
نظریه موقعیتی اختصاصی خودمراقبتی بر
ارتقای خودمراقبتی و کیفیت زندگی بیماران
نارسایی قلبی را مورد تأیید قرار داد. انجام
مداخلات آموزشی در قالب برگزاری دوره و
ارایه آموزش‌های خودمراقبتی و مدیریت علایم
بیماری در مراکز قلب و براساس این نظریه
می‌تواند موجب مدیریت بیماری، ارتقای سلامت
و کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بدین‌وسیله از بیماران
شرکت‌کننده، مسئولان و همکاران بخش
مراقبت‌های ویژه قلبی بیمارستان ۱۲ فروردین
کهنوج و خانواده بیماران که امکان انجام
مطالعه را فراهم کردند، تشکر و قدردانی
می‌نمایند.

تعارض منافع: نویسندگان این مطالعه
متذکر می‌شوند که هیچ‌گونه تعارض منافی در
انجام مطالعه وجود نداشته است.

همچنین با توجه به سطح سواد
شرکت‌کنندگان در این مطالعه که اکثر بی‌سواد
یا کم‌سواد بودند، استفاده از وسایل کمک
آموزشی تصویری و فیلم و بهره‌گیری از
فضاهای مجازی به دلیل استفاده روزافزون از
گوشی‌های هوشمند، حساس‌سازی اعضای
خانواده به سلامتی بیمارشان و احساس
مسئولیت در قبال وی، با فراهم‌سازی امکان
مشارکت خانواده در برنامه‌های خودمراقبتی
می‌تواند تأثیر مثبتی در حفظ، مدیریت و اعتماد
به رفتارهای خودمراقبتی داشته باشد.

از جمله محدودیت‌ها در پژوهش حاضر
می‌توان به حجم محدود نمونه‌ها و مشارکت
بیماران کلاس ۳ و ۲ نارسایی قلبی اشاره کرد
که قابلیت تعمیم‌پذیری یافته‌ها را کاهش داده
است. لذا انجام این مطالعه با حجم نمونه بالاتر
و مشارکت بیماران با کلاس ۱ تا ۴ نارسایی قلبی
می‌تواند در رفع این محدودیت مؤثر باشد. این
پژوهش تأثیر مداخله را ۳ ماه در بیماران
بررسی کرده است، بنابراین نمی‌توان گفت که
مداخله در مدت زمان طولانی‌تر هم می‌تواند
مؤثر باشد. جهت رفع این محدودیت توصیه

References

- 1 - Sezgin D, Mert H, Ozpelit E, Akdeniz B. The effect on patient outcomes of a nursing care and follow-up program for patients with heart failure: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2017 May; 70: 17-26. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.02.013.
- 2 - Momeni M, Khoshtarash M, Ghanbari Khanghah A, Salehzadeh A, Rahmatpour P. [Self-care behaviors and related factors in patients with heart failure referring to medical & educational center of heart in Rasht]. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*. 2013; 23(1): 22-29. (Persian)
- 3 - Emamgholipour S, Akbari Sari A, Pakdaman M, Geravandi S. Economic burden of cardiovascular disease in the southwest of Iran. *Int Cardiovasc Res J*. 2018; 12(1): 1-6.

- 4 - Fotos NV, Giakoumidakis K, Kollia Z, Galanis P, Copanitsanou P, Pananoudaki E, et al. Health-related quality of life of patients with severe heart failure. A cross-sectional multicentre study. *Scand J Caring Sci*. 2013 Sep; 27(3): 686-94. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01078.x.
- 5 - Vellone E, Pancani L, Greco A, Steca P, Riegel B. Self-care confidence may be more important than cognition to influence self-care behaviors in adults with heart failure: testing a mediation model. *Int J Nurs Stud*. 2016 Aug;60:191-9. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.04.016.
- 6 - Jahanshahi F, Abbasi-Abyaneh N, Ebrahimi-Abyaneh E. [Effect of peer education on quality of life in people with heart failure]. *Iranian Journal of Cardiovascular Nursing*. 2016; 5(2): 38-45. (Persian)
- 7 - Aghamohammadi T, Khaleghipour M, Shahboulaghi FM, Dalvandi A, Seyed Bagher Maddah S. [Effect of self-management program on health status of elderly patients with heart failure: a single-blind, randomized clinical trial]. *Journal of Acute Disease*. 2019; 8(5): 179-184. doi: 10.4103/2221-6189.268405. (Persian)
- 8 - Vellone E, Chung ML, Cocchieri A, Rocco G, Alvaro R, Riegel B. Effects of self-care on quality of life in adults with heart failure and their spousal caregivers: testing dyadic dynamics using the actor-partner interdependence model. *J Fam Nurs*. 2014 Feb;20(1):120-41. doi: 10.1177/1074840713510205.
- 9 - Kodiath M, Kelly A, Shively M. Improving quality of life in patients with heart failure: an innovative behavioral intervention. *J Cardiovasc Nurs*. 2005 Jan-Feb; 20(1): 43-8. doi: 10.1097/00005082-200501000-00009.
- 10 - Riegel B, Dickson VV, Faulkner KM. The situation-specific theory of heart failure self-care: revised and updated. *J Cardiovasc Nurs*. 2016 May-Jun; 31(3): 226-35. doi: 10.1097/JCN.0000000000000244.
- 11 - Johnson MJ. Heart failure and palliative care: Time for action. *Palliat Med*. 2018 Oct 1: 269216318804456. doi: 10.1177/0269216318804456.
- 12 - Liou HL, Chen HI, Hsu SC, Lee SC, Chang CJ, Wu MJ. The effects of a self-care program on patients with heart failure. *J Chin Med Assoc*. 2015 Nov; 78(11): 648-56. doi: 10.1016/j.jcma.2015.06.004.
- 13 - Farsi Z, Chehri M, Zareiyani A, Soltannezhad F. [The effect of a caring program based on Pender's Model on health promoting behaviors and self-care in patients with heart failure: a single-blind randomized controlled trial]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2019; 25(2): 106-123. (Persian)
- 14 - Charan J, Biswas T. How to calculate sample size for different study designs in medical research?. *Indian J Psychol Med*. 2013 Apr; 35(2): 121-6. doi: 10.4103/0253-7176.116232.
- 15 - Sezgin D, Mert H, Ozpelit E, Akdeniz B. The effect on patient outcomes of a nursing care and follow-up program for patients with heart failure: a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2017 May; 70: 17-26. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.02.013.
- 16 - Bryant R, Gaspar P. Implementation of a self-care of heart failure program among home-based clients. *Geriatr Nurs*. 2014 May-Jun; 35(3): 188-93. doi: 10.1016/j.gerinurse.2014.01.003.
- 17 - Living with heart failure and managing advanced HF. Available at: <https://www.heart.org/en/health-topics/heart-failure/living-with-heart-failure-and-managing-advanced-hf>. Accessed May 31, 2017.

- 18 - White MF, Kirschner J, Hamilton MA. Self-care guide for the heart failure patient. *Circulation*. 2014 Jan 21; 129(3): e293-4. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.113.003991.
- 19 - O'Leary CJ, Jones PW. The left ventricular dysfunction questionnaire (LVD-36): reliability, validity, and responsiveness. *Heart*. 2000 Jun; 83(6): 634-40. doi: 10.1136/heart.83.6.634.
- 20 - Riegel B, Lee CS, Dickson VV, Carlson B. An update on the self-care of heart failure index. *J Cardiovasc Nurs*. 2009 Nov-Dec; 24(6): 485-97. doi: 10.1097/JCN.0b013e3181b4baa0.
- 21 - Fathani M, Afzal Aghae M, Tadayonfar M. [Evaluation of the effect of designated educational intervention on the improvement of quality of life in caregivers of patients with chronic heart failure]. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2016; 18(5): 20-25. doi: 10.22088/jbums.18.5.20. (Persian)
- 22 - Aghakhani N, Alizadeh S, Hemmati Maslakhak M, Alinejad V, Khademvatan K. [Study of the effect of self-care program model based on Orem's pattern on the quality of life in patients with heart failure]. *Nursing and Midwifery Journal*. 2018; 16(1): 65-72. (Persian)
- 23 - Tung HH, Lin CY, Chen KY, Chang CJ, Lin YP, Chou CH. Self-management intervention to improve self-care and quality of life in heart failure patients. *Congest Heart Fail*. 2013 Jul-Aug; 19(4): E9-E16. doi: 10.1111/chf.12014.
- 24 - Zamanzadeh V, Valizadeh L, Jamshidi F, Namdar H, Maleki A. Self-care behaviors among patients with heart failure in Iran. *J Caring Sci*. 2012 Nov 26; 1(4): 209-14. doi: 10.5681/jcs.2012.029.
- 25 - Bagheri Saveh MI, AshkTorab T, Borz Abadi Farahani Z, Zayeri F, Zohari Anboohi S. [The relationship between self-efficacy and self-care behaviors in chronic heart failure]. *Advances in Nursing & Midwifery*. 2013; 22(78): 17-26. (Persian)
- 26 - Abootalebi Daryasari Gh, Vosoghi Karkezloo N, Mohammadnejad E, Namadi Vosooghi M, Akbari Kagi M. [Study of the self-care agency in patients with heart failure]. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*. 2012; 4(4): 203-208. (Persian)
- 27 - Ghahramani A, Kamrani F, Mohamadzadeh Sh, Namadi M. [Effect of self care education on knowledge, performance and readmission of heart failure patients admitted in city hospitals of Ardabil]. *Iranian Journal of Nursing Research (IJNR)*. 2013; 8(2): 65-72. (Persian)
- 28 - Yousefi P, Sabzevari S, Dalizade M, Haghdoost AA. Study of quality of life in heart failure hospitalized patients In Kerman medical university hospital in 2008. *Life Sci J*. 2014; 11(1s): 110-116.
- 29 - Salehitali Sh, Hasanpour Dehkordi A, Hoseini Hafshejani SM, Jafarei A. [The effect of continuous home visits and health education on the rate of readmissions, referrals, and health care costs among discharged patients with heart failure]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2010; 15(4): 43-49. (Persian)
- 30 - Heidari M, Sarvandian S, Moradbeigi Kh, Akbari Nassaji N, Vafaizadeh M. [Comparing the effect of telenursing and education without follow-up in the caregivers of heart failure patients on the self-care behavior and clinical status of heart failure patients]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2017; 23(1): 44-58. (Persian)

Effect of applying the specific situation theory on the quality of life in patients with heart failure

Marzieh Sadeghizadeh¹, Behnaz Bagherian², Hamed Vahidi³, Sakineh Sabzevari^{1*}

Article type:
Original Article

Received: Mar. 2021
Accepted: May 2021
e-Published: 31 Jul. 2021

Abstract

Background & Aim: Self-care education is one of the effective ways to improve the quality of life and health in patients with heart failure. The purpose of this study was to determine the effect of applying the specific situation theory on the quality of life in patients with heart failure.

Methods & Materials: In a clinical trial study, 80 patients with class 2 or 3 heart failure, referred to 12 Farvardin hospital in Kahnooj in 2018 were included. Data collection tool included a three-part questionnaire: demographic variables, Left Ventricular Dysfunction Scale to assess patients' quality of life, and Self-care Heart Failure Index. The questionnaires were completed at the first visit and three months after follow-up. Data was analyzed using independent and paired *t*-test, ANOVA, Pearson correlation through the SPSS software version 20.

Results: Before the intervention, there was no significant difference in the scores of quality of life and self-care between the two groups. After the intervention, the mean score of quality of life and self-care dimensions increased ($P<0.001$). Regarding self-care after the intervention, the highest score was related to self-care confidence with mean and standard deviation of 21.43 and 3.30 respectively, and the lowest score was related to self-care management with mean and standard deviation of 17.45 and 5.5 ($P<0.001$).

Conclusion: Paying attention to the dimensions of self-care based on a specific situation theory can lead to a better understanding of these patients' problems and appropriate planning, and in turn improvement of the quality of life. Since in this study, most of the participants were illiterate, using visual teaching aids, adjusting the schedule according to the patient's conditions and readiness, and if necessary, family involvement can have positive results. It appears necessary to consider the underlying factors in the implementation of self-care programs, especially in people with lower levels of education and income.

Clinical trial registry: IRCT20141109019862N6

Corresponding author:
Sakineh Sabzevari
e-mail:
S_Sabzevari@kmu.ac.ir

Key words: theory, self-care, heart failure, quality of life

Please cite this article as:

Sadeghizadeh M, Bagherian B, Vahidi H, Sabzevari S. [Effect of applying the specific situation theory on the quality of life in patients with heart failure]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences.* 2021; 27(2): 146-160. (Persian)

1 - Dept. of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran; Nursing Research Center, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2 - Dept. of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran; Medical Mycology and Bacteriology Research Center, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

3 - Dept. of Cardiologist, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; Imam Khomeini Hospital Complex, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

