

تأثیر به کارگیری مدل مراقبت مشارکتی بر کیفیت خواب بیماران مبتلا به نارسایی قلبی

سمیه نیری^۱، مهدی گل افروز^{۲*}، هاجر صادقی^۳، سارا امینی^۴، لعلیا ضرابی^۵، محمد حسن رخشانی^۶

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران
^۲ مربی، کارشناس ارشد پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران
^۳ مربی، کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
^۴ استادیار، متخصص قلب و عروق، عضو مرکز تحقیقات و پیشگیری از اترواسکلروز بیمارستان امام رضا(ع) مشهد، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

^۵ استادیار و متخصص قلب و عروق، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران
^۶ استادیار و دکترای آمار زیستی، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

نشانی نویسنده مسئول: سبزوار، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، مهدی گل افروز

E-mail: M.Golafrooz@gmail.com

وصول: ۹۳/۵/۲۲، اصلاح: ۹۳/۶/۳، پذیرش: ۹۳/۸/۳۰

چکیده

زمینه و هدف: نارسایی قلبی یک وضعیت شایع و تهدید کننده زندگی است. این بیماران از کیفیت خواب پایینی برخوردار هستند. از راه-های اصلاح کیفیت خواب، آموزش مراقبت از خود با استفاده از مدل در پرستاری است. لذا، این مطالعه با هدف تأثیر به کارگیری مدل مراقبت مشارکتی بر کیفیت خواب بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی شاهددار تصادفی شده است؛ که بر روی ۱۰۲ نفر از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مزمن پایدار بستری در بخش قلب بیمارستان واسعی سبزوار ۹۳-۱۳۹۲ انجام گرفت. بیماران به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند. جهت سنجش کیفیت خواب بیماران از مقیاس کیفیت خواب پیتزبورگ که روایی آن به روش روایی محتوا و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ (۰.۷۹) به تأیید رسید. اجرای مدل مراقبت مشارکتی، در گروه آزمون به مدت سه ماه انجام گرفت. تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و تحلیلی (آزمون کای دو، آزمون من-ویتنی یو، تحلیل کوواریانس به سبک رگرسیون و رگرسیون لجستیک چند سطحی داده‌های همبسته) با نرم‌افزارهای اس.پی.اس.اس. نسخه ۱۱.۵ و SAS نسخه ۹.۱ در سطح اطمینان ۹۵ درصد انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بین نمره کیفیت خواب دو گروه قبل از مداخله اختلاف آماری معنی‌دار نبود. اما، پس از مداخله میانگین و انحراف معیار نمره کلی کیفیت خواب در گروه کنترل و آزمون به ترتیب 9.03 ± 4.03 و 8.99 ± 2.43 بود و آزمون آماری من‌ویتنی یو بین دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری نشان داد ($p=0.001$).

نتیجه‌گیری: اجرای مدل مراقبت مشارکتی بر افزایش کیفیت خواب بیماران نارسایی قلبی مؤثر است. لذا، پیشنهاد می‌شود اجرای این مدل مراقبتی در سایر بیماران مزمن نیز آزمون گردد و در مورد آنان مورد استفاده قرار گیرد.

واژگان کلیدی: مدل مراقبت مشارکتی، کیفیت خواب، نارسایی قلبی

مقدمه

نارسایی قلبی یک وضعیتی شایع و تهدید کننده زندگی است (۱). طبق آمارهای موجود در ایران، هر ساله بیماری های قلبی سبب فوت حدود ۱۵۰ هزار نفر می شود (۲). ناتوانی قلب در خونرسانی، علایم متعددی نظیر، تنگی نفس، سرگیجه، آئزین صدری، ادم و آسیت را سبب می شود که این علایم منجر به عدم تحمل فعالیت می گردد. شدت و تعداد علایم، ماهیتی تهدید کننده داشته و سبب احساس قریب الوقوع بودن مرگ، اضطراب، ترس، نگرانی و اختلالات خلقی و عدم بهره مندی از خواب مناسب می گردد (۱). مطالعات نشان می دهد که بیماران با نارسایی قلبی از کیفیت خواب پایینی برخوردار هستند. به طوری که در مطالعه ردکر و همکاران (۲۰۱۰) که با عنوان بی خوابی و عملکرد طی روز در مبتلایان نارسایی قلبی پایدار ایالت نیویورک انجام شد، ۷۳ درصد از بیماران از کیفیت خواب ضعیف برخوردار بودند (۳). همچنین در مطالعه انجام شده توسط وانگ و همکاران (۲۰۱۰) که بر روی ۱۰۲ نفر از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در تایوان انجام شد ۸۱ درصد از بیماران کیفیت خواب پایین داشتند (۴).

در مطالعه ای که توسط ضیغمی محمدی و همکاران (۱۳۹۰) با عنوان مشکلات خواب و فاکتورهای مرتبط با آن در مردان مبتلا به نارسایی سیستولیک قلبی، بستری در بخش داخلی بیمارستان تأمین اجتماعی البرز کرج و بیمارستان تأمین اجتماعی شهریار انجام شد، ۵۶ درصد مشکل در به خواب رفتن، استفاده از داروهای خواب آور برای به خواب رفتن در یک سوم افراد، ۳۹ درصد زود بیدار شدن از خواب از شایع ترین مشکلات خواب در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بوده است (۵). کیفیت پایین خواب به عنوان یک وضعیتی استرس زا باعث ترشح اپی نفرین و نوراپی نفرین می گردد. این امر خود باعث افزایش ضربان قلب، تعداد تنفس، میزان فشارخون و میزان نیازمیوکارد به اکسیژن، دیس ریتمی

قلبی، کاهش خونرسانی کلیوی می شود و این عامل موجب تشدید ایسکمی و انفارکتوس قلبی می گردد (۶). کیفیت خواب یک معیار مستقل است که قضاوت کننده کیفیت زندگی می باشد (۷). بنابراین، نیاز استکیفیت خواب به عنوان یک مفهوم مستقل از کیفیت زندگی در این بیماران مورد بررسی قرار گیرد. کمبود خواب به عنوان یکی از عوامل خطر بیماری های قلبی عروقی شناخته شده است. شواهدی از ارتباط بین اختلالات خواب و بیماری های کرونری قلبی به دست آمده است (۶). در بیماران با نارسایی قلبی از طریق کاهش فعالیت ها، خواب و استراحت کافی می توان نیازهای متابولیک بدن و قلب را تقلیل داده و سبب کاهش پیشرفت بیماری و بروز علایم در آنها شد (۸). علی رغم توصیه های عمومی که تأکید بر استفاده از روش های غیر دارویی جهت بهبود خواب دارند؛ اما، هنوز برای درمان مشکلات خواب از داروهای خواب آور استفاده می شود (۸) و با توجه به عوارض آن و هزینه های اضافه مصرف این داروها بر سیستم درمان، می توان با رفع علل مختل کننده خواب، کیفیت خواب این بیماران را بهبود بخشید. یکی از راه های اصلاح کیفیت خواب، آموزش مراقبت از خود با استفاده از تئوری و مدل در پرستاری است. زیرا، کار براساس مدل موجب کمک به بررسی وضعیت بیماران، برقراری ارتباط مفید و معنی دار بین پرستاران و بیماران، بهبود کیفیت مراقبت، راهنمایی و شفاف سازی فعالیت ها می شود (۹) و حصول و اطمینان از استراحت و خواب کافی بیماران، از بهترین مسئولیت های پرستار است. پرستار باید علت ناراحتی و برهم خوردن خواب و استراحت بیمار را شناسایی و برطرف نماید (۱۰).

این موضوع در مدل هایی که بر آمده از فرهنگ و شرایط بومی جامعه باشند، بیشتر توصیه می شود. با این وجود تا زمانی که یک مدل به طور کامل به جامعه پرستاری معرفی شود، نیاز به آزمون و به دست آوردن شواهد کافی برای اثربخشی دارد. از این رو در این مطالعه

نارسایی قلبی مزمن پایدار بستری در بخش قلب بیمارستان واسعی سبزواری از بهمن ماه ۱۳۹۲ تا فروردین ۱۳۹۳ در آن شرکت داشتند. نمونه‌گیری به روش نمونه-گیری در دسترس انجام شد تا این‌که به حجم نمونه مورد نظر برسیم (براساس فرمول $n = \frac{2s_p^2(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2}{d^2}$) (۱۳)، (۱۴)

معیارهای ورود به مطالعه شامل این موارد بود: داشتن کیفیت خواب پایین، افراد بالای ۱۸ سال، بیماران با نارسایی قلبی مزمن پایدار که طی ماه اخیر سابقه بستری در بیمارستان نداشته و طی دو هفته قبل از شروع مداخله داروهای وازواکتیو دریافت نکرده باشند، بیماران با کسر جهشی بطن چپ کم تر از ۴۵ درصد که توسط اکو کاردیوگرافی یا اسکن رادیونوکلئید به دست آمده بود، بیماران با سطح عملکردی II-IV براساس طبقه بندی انجمن قلب نیویورک به علت این که شیوع اختلال خواب بالاتری دارند (۱۵). همچنین سابقه ابتلا به اختلالات روانپزشکی، عدم سابقه و ابتلا به سایر بیماری‌های مزمن از جمله سرطان، بارداری، داشتن آئزین ناپایدار، انفارکتوس قلبی، یا جراحی در سه هفته قبل از ورود به مطالعه و ابتلا به نارسایی کلیوی نیازمند دیالیز، از معیارهای خروج از مطالعه حاضر بودند. در صورتی که بیمار به هر علتی تمایل به ادامه شرکت در مطالعه نداشت و یا بحران، یا حادثه پیش بینی نشده‌ای (شرایط حاد جسمی) طی مدت مداخله برای بیمار به وجود آمده بود، نیز از مطالعه خارج می‌شد.

به منظور یکنواخت شدن شرایط تحقیق برای گروه آزمون و کنترل، تخصیص تصادفی به شیوه SNOSE، صورت گرفت و هر بیمار قلبی که دارای کیفیت خواب نامطلوب (نمره بالای ۵ براساس شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ) بود به مطالعه وارد شد؛ به طوری که ۵۲ نفر در گروه آزمون و ۵۰ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. طی مداخله یک نفر از گروه کنترل فوت و پنج نفر از افراد

سعی شد از یک مدل بومی و متناسب با این گروه بیماران، به دلیل ماهیت مزمن بیماری به نام مدل مراقبت مشارکتی برای مراقبت بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، استفاده شود و کارآمدی آن در ارتقای کیفیت خواب این بیماران مورد بررسی قرار گیرد. این مدل برای اولین بار در سال ۱۳۸۰ طراحی و برای کنترل فشارخون بالا در شهرستان بابل اجرا و ارزشیابی شده است و به ترتیب شامل چهار مرحله انگیزش، آماده‌سازی، درگیرسازی و ارزشیابی به صورت پیوسته و پویا می‌باشد (۱۱). در این مدل برای اولین بار نظریه مشارکت در فرآیند مراقبت و پرستاری پردازش شده است. به عبارتی تئوریزه کردن مشارکت در فرآیند مراقبت برای اولین بار در ایران صورت گرفته است. در این مدل، از مراقبت و مشارکت آمیزه‌ای ایجاد شده است که یکی از عناصر ساختاری مدل را تشکیل داده و آن مفهوم مراقبت مشارکتی است. اصالت و اثربخشی مدل در گروه شکل‌گیری درست ماهیت و کیفیت رابطه مراقبتی است. رابطه‌ای مؤثر و پذیرنده که مشارکت دو طرف را تضمین می‌کند. بنابراین، "مدل مراقبت مشارکتی" عبارت است از: فرآیند منظم و منطقی برقراری ارتباط مؤثر، متعادل و پویا بین مددجو (به عنوان مشارکت‌جو) و ارایه کنندگان خدمات بهداشتی و مراقبتی (به عنوان مشارکت کننده)، به منظور درک و شناخت بیشتر نیازها، مشکلات و انتظارات در روند کنترل بیماری و برانگیختن و درگیرساختن مددجویان برای پذیرش مسئولیت و کمک به بهبودی، حفظ و ارتقای سلامت آنها (۱۲). تاکنون مطالعه‌ای در این خصوص در ایران نداشته-ایم. این مطالعه با هدف بررسی تأثیر به کارگیری مدل مراقبت مشارکتی بر کیفیت خواب بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام گردید.

مواد و روش‌ها

این تحقیق یک مطالعه تجربی (کارآزمایی بالینی شاهددار تصادفی) است که ۱۰۲ نفر از بیماران مبتلا به

گروه آزمون با توجه به معیارهای خروج مطالعه حذف شدند.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه ای سه بخشی بود؛ که به ترتیب شامل اطلاعات دموگرافیک، اطلاعات مربوط به بیماری و شاخص کیفیت خواب پیتز بورگ بود. اعتبار این پرسشنامه برای جمعیت ایرانی، توسط مطالعه ثبت شده به شماره ۲۷۳۰ از انستیتو روانپزشکی تهران مورد تأیید قرار گرفته است (۱۶). پایایی این پرسشنامه ۰/۸۳ بوده و توسط بوویس و همکاران (سازنده ابزار) پایایی آن در سطح مناسب گزارش شده است (۶). حساسیت و ویژگی آن به واسطه مقایسه نمره مقیاس کیفیت خواب راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویرایش چهارم (DSMIV-IR) بررسی شده است. نتایج نشان داد که از حساسیت ۹۸/۷ و ویژگی ۸۴/۴٪ برخوردار است (۱۷). پرسشنامه کیفیت خواب پیتز بورگ به بررسی کیفیت خواب در ۴ هفته اخیر می پردازد (۱۷) و دارای ۱۸ سوال است. این سؤالات در ۷ جز طبقه بندی می شود. امتیاز هر سوال بین ۰ تا ۳ است و امتیاز هر جز نیز حداکثر ۳ می باشد. مجموع میانگین نمرات این هفت جز، نمره کل ابزار را تشکیل می دهد که دامنه آن از ۰ تا ۲۱ است. نمره بالاتر از ۵ دلالت بر کیفیت خواب نامطلوب دارد (۱۸). جهت تعیین اعتبار علمی پرسشنامه ها، از روش شاخص روایی محتوای گویه ها (I-CVI) و شاخص روایی محتوا برای ابزار (S-CVI/Ave) استفاده شد. بدین منظور پس از طراحی و آماده سازی پرسشنامه ها، در اختیار ۱۰ نفر از مدرسین قلب (متخصص قلب و عروق، دکتری و کارشناس ارشد پرستاری)، دانشگاه های علوم پزشکی کشور قرار گرفت و نظرات اصلاحی و پیشنهادی آنها جمع آوری و اعمال شد.

برای سنجش میزان پایایی پرسشنامه، از شیوه همسانی درونی استفاده شد و پژوهشگر آن را در اختیار ۳۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی قرار داده و در نهایت مقدار آلفای کرونباخ ۰/۷۹ بود.

جهت نمونه گیری پژوهشگر حدود سه ماه روزانه در بخش قلب بیمارستان واسعی سبزواری حضور یافته و پرونده بیماران از نظر داشتن معیارهای ورود مورد بررسی قرار گرفته و تشخیص بیماری نارسایی قلبی در بین واحدهای مورد پژوهش توسط متخصص قلب مورد تأیید قرار می گرفت. سپس پژوهشگر با مراجعه به بیماران، بیان اهداف مطالعه و اخذ رضایت آگاهانه، پرسشنامه داده های دموگرافیک، اطلاعات مربوط به بیماری و نیز پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ را با استفاده از روش مصاحبه و همچنین اطلاعات موجود در پرونده بیمار تکمیل می نمود و ارزیابی اولیه صورت گرفت. سپس مداخله در گروه آزمون براساس مراحل مدل به ترتیب زیر اجرا گردید: مرحله اول (انگیزش): بهترین مکانیسم برای ایجاد انگیزش آماده ساختن بیماران نسبت به وضع موجود، در مورد عواقب و پیامدهای خطرناک احتمالی برای آنهاست (۱۲). بعد از بررسی های اولیه مشکلات مددجویان لیست شد و تشخیص های پرستاری برای تک تک آنان در پرونده تشکیل شده درج و تصمیم گیری های لازم و اقدامات درمانی و مراقبتی با حضور مددجو، پزشک و پرستار انجام گردید. مرحله دوم (آماده سازی): این مرحله به منظور ایجاد زمینه تدوین برنامه مناسب، برای درگیر شدن همه اعضای تیم مشارکت یعنی مددجو، پرستار و پزشک می باشد. از آن جا که اقدامات مراقبتی و درمانی شامل یک سری فعالیت های تخصصی و ویژه می باشد، برای ایجاد زمینه مناسب جهت درگیر ساختن و مشارکت منطقی همه اعضا، خصوصاً مددجو در فرآیند درمان و مراقبت لازم است، نوع فعالیت ها و رابطه آن با مسؤولیت ها و وظایف افراد با توجه به توانایی، مهارت و آمادگی های آنها مشخص و تعریف گردد (۱۲). در این مرحله وظایف و مسؤولیت های افراد گروه مشخص و اهداف اهمیت حضور در جلسات بیان شد. افراد با توجه به تشابه در نیازها و مشکلات، سهولت در دسترسی و هماهنگی در برگزاری کلاس های گروهی، به سه گروه تقسیم بندی

ارایه شد. مرحله چهارم (ارزشیابی): علاوه بر ارزیابی های دوره ای جهت بررسی تأثیر اجرای مدل مراقبتی مشارکتی بر کیفیت خواب بیماران، جهت ارزیابی نهایی مجدداً پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ توسط پرستار تکمیل گردید. همچنین از گروه کنترل نیز دعوت به عمل آمد و کتابچه آموزشی به همراه سی دی صوتی آماده شده توسط پژوهشگر به مددجویان اهدا و پرسشنامه در گروه کنترل نیز تکمیل گردید. به اطلاع بیماران رسانده شد که اطلاعات حاصل محرمانه خواهد ماند و در هر مرحله از تحقیق نیز بدون هیچ محدودیتی می توانند از طرح خارج شوند. همچنین نمونه گیری در ساعاتی از روز انجام شد که اختلالی در کار تیم مراقبتی وارد نشود. جهت انجام تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی (جداول فراوانی و نمودارها) و استنباطی (آزمون کای دو، آزمون تی تست، و تحلیل کوواریانس به سبک رگرسیون و رگرسیون لجستیک چند سطحی داده های همبسته) استفاده شد. کلیه محاسبات با نرم افزارهای آماری اس.پی.اس.اس. نسخه ۱۱/۵ و SAS نسخه ۹/۱، در سطح اطمینان ۹۵ درصد انجام گرفت.

یافته ها

یافته های حاصل از به کارگیری مدل مراقبت مشارکتی در بین ۱۰۲ نمونه در دو گروه آزمون (۵۲ نفر) و کنترل (۵۰ نفر) براساس اهداف مطالعه به ترتیب ارایه می شوند. اطلاعات مربوط به خصوصیات دموگرافیک واحدهای پژوهش شامل (جدول ۱). میانگین و انحراف معیار سن بیماران در گروه مداخله و کنترل به ترتیب شامل $62/11 \pm 1/06$ و $72/40 \pm 1/09$ با حداقل ۴۱ و حداکثر ۹۸ سال بود. ۴۵،۱ درصد افراد مرد، ۷۶/۵ درصد متأهل و ۵۳/۹ درصد خانه دار و ۲۵/۵ درصد نیز شغل آزاد بودند. میزان تحصیلات ۳۱،۴ درصد افراد ابتدایی و ۵۸،۸ درصد بی سواد بودند. بیشترین و کمترین تعداد اعضای خانواده به ترتیب، ۱ و ۱۰ بود. و اکثریت افراد

شدند و با توافق تمام اعضای تیم مشارکتی تاریخ و ساعت برگزاری کلاس ها به فاصله هر دو هفته به صورت یک برنامه زمان بندی شده تدوین و در اختیار افراد گروه قراردادده شد. ۳- درگیر سازی: این مرحله از حساس ترین و مهم ترین اهداف راهبردی مدل است؛ به طوری که بار اجرایی و اثر بخش مدل را به دوش می کشد تا بتواند آمادگی لازم برای مددجو را جهت تمکین و مشارکت در فرآیند درمان و مراقبت را ایجاد نماید (۱۲). در این مرحله ویزیت های مشارکتی آموزشی به قرار زیر به اجرا درآمد. در ویزیت مشارکتی اول مطالبی در مورد بیماری نارسایی قلبی، رژیم غذایی، داروهای مصرفی، اهمیت ادامه درمان و پیگیری، در جلسه دوم در رابطه با؛ تعریف و اثرات فیزیولوژیک خواب، عوامل مؤثر بر خواب و در سومین جلسه از ویزیت های مشارکتی نیز در مورد؛ انواع اختلالات خواب و اصول بهداشتی خواب توسط پرستار به روش سخنرانی مطالب ارایه گردید. در تمامی جلسات مشارکتی آموزشی بعد از ارایه مطالب تک تک بیماران سؤالات خود را در گروه مطرح نموده و پاسخ لازم را از طرف پزشک و پرستار دریافت می نمودند. آموزش ها به زبانی ساده و مطابق با وضعیت فرهنگی و تحصیلات بیماران بود. سپس بیماران توسط پزشک و پرستار و در حضور خانواده ویزیت شده و مشکلات و تشخیص های پرستاری مورد ارزیابی قرار گرفت. در پایان جلسات نیز توسط پزشک تیم لزوم پیگیری و حضور در جلسات یادآوری شد. هر جلسه حدود ۹۰ دقیقه به طول می انجامید. در پایان، محتوای آموزشی به صورت یک کتابچه به تمام بیماران اهدا شد. بعد از اتمام جلسات آموزشی مشارکتی، دو جلسه پیگیری به فاصله دو هفته شروع شد. طی این جلسات علاوه بر ویزیت و ارزیابی مشکلات بیماران، راهنمایی های لازم نیز ارایه شد. همچنین قابل ذکر است که در فواصل تمام جلسات نیز پیگیری های تلفنی توسط پرستار انجام و راهنمایی هایی لازم با مشارکت پزشک تیم به مددجویان

جدول ۱: مقایسه توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب اطلاعات دموگرافیک و مربوط به بیماری در گروه‌های مداخله و کنترل

متغیر	سطوح متغیر	آزمون فراوانی (درصد)	کنترل فراوانی (درصد)	مقدار احتمال	متغیر	سطوح متغیر	آزمون فراوانی (درصد)	کنترل فراوانی (درصد)	مقدار احتمال
جنس	مرد	۲۹(۲۸)	۱۷(۱۶/۷)	*.۰/۰۲	تعداد اعضای خانواده	۲-۴ نفر	۳۳(۳۲/۴)	۳۰(۲۹/۴)	*.۰/۰۳
	زن	۲۳(۲۲/۵)	۳۳(۳۲/۴)		<۴		۱۵(۱۴/۷)	۱۵(۱۴/۷)	
					بی سواد		۲۵(۲۴/۵)	۳۵(۳۴/۳)	
سن (سال)	۴۰-۵۹	۲۴(۲۳/۵)	۷(۶/۹)	*.۰/۰۱	تحصیلات	ابتدایی	۱۹(۱۸/۶)	۱۳(۱۲/۷)	*.۰/۱۵
	۶۰-۷۹	۲۴(۲۳/۵)	۳۲(۳۱/۴)		سیکل		۴(۳/۹)	۱(۱/۰)	
	۸۰-۹۹	۴(۳/۹)	۱۱(۱۰/۸)		دیپلم		۳(۲/۹)	۱(۱/۰)	
				دانشگاه		۱(۱/۰)	۰(۰)		
وضعیت تأهل	متاهل	۴۷(۴۶/۱)	۳۱(۳۰/۴)	*.۰/۰۰۱	نحوه اقامت	تنها	۴(۳/۹)	۱۶(۱۵/۷)	*.۰/۰۰۲
	همسر فوت شده	۴(۳/۹)	۱۸(۱۷/۶)		باوالدین	باوالدین	۱(۱)	۰(۰)	
	مطلقه	۱(۱/۰)	۱(۱)		باخانواده	باخانواده	۴۷(۴۶/۱)	۳۴(۳۳/۳)	
شغل	کارگر	۱(۱)	۲(۲/۰)	*.۰/۰۱	منابع حمایتی	بیمه	۳۷(۳۶/۳)	۲۵(۲۴/۵)	*.۰/۰۱
	خانه دار	۲۴(۲۳/۵)	۳۱(۳۰/۴)		امداد	کمپته	۰(۰)	۴(۳/۹)	
	آزاد	۱۹(۱۸/۶)	۷(۶/۹)		آزاد	آزاد	۲(۲)	۰(۰)	
	بیکار	۴(۳/۹)	۴(۳/۹)		منابع دیگر	آزاد	۱۳(۱۲/۷)	۲۱(۲۰/۶)	
	بازنشسته	۴(۳/۹)	۶(۵/۹)						

* Chi-Square

**Fisher's Exact Test

جدول ۲: مقایسه توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب اطلاعات مربوط به بیماری گروه‌های مداخله و کنترل

متغیر	سطوح متغیر	آزمون فراوانی (درصد)	کنترل فراوانی (درصد)	مقدار احتمال
علت بستری	درد قلبی	۴۱(۴۰/۲)	۲۷(۲۶/۵)	*.۰/۰۰۱
	افزایش فشارخون	۲(۲)	۹(۸/۸)	
	ادم	۰	۳(۲/۹)	
	تنگی نفس	۴(۳/۹)	۹(۸/۸)	
	تپش قلب	۰	۲(۲)	
سایر بیماری‌ها	سایر علل	۵(۴/۹)	۰	
	فشارخون بالا	۱۹(۱۸/۶)	۱۱(۱۰/۸)	*.۰/۰۳۲
	دیابت	۴(۳/۹)	۱۱(۱۰/۸)	
	کلیوی	۲(۲)	۲(۲)	
	فشارخون بالا و دیابت	۶(۵/۹)	۸(۷/۸)	
تحمل محدودیت‌ها	سایر موارد	۳(۲/۹)	۳(۲/۹)	
	هیچکدام	۱۶(۱۵/۷)	۱۷(۱۶/۷)	
	تاحدودی	۳۶(۳۵/۳)	۲۴(۲۳/۵)	*.۰/۰۲
	به سختی	۱۶(۱۵/۷)	۲۶(۲۵/۵)	

* Chi-Square Tests

** Fisher's Exact Test

بیماری این نتایج حاصل شد (جدول ۲): علت بستری بیشتر افراد (۶۶/۷ درصد) به دلیل درد قلبی بود. میانگین دفعات بستری ۳,۷۵ بود که حداقل یک بار و حداکثر دفعات بستری ۲۰ بار بود. میانگین مدت بیماری نارسایی

(۷۲/۵ درصد) سرپرست خانواده و تعداد اعضای خانواده آنها (۶۱/۸ درصد) بین ۲ تا ۴ نفر بود. ۷۹/۴ درصد افراد با خانواده زندگی می‌کردند. طی این مطالعه در مورد اطلاعات مربوط به

جدول ۳: ابعاد کیفیت خواب بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مراجعه کننده به بخش قلب بیمارستان واسعی سبزوار در مدل رگرسیون لجستیک چهار سطحی برای داده‌های همبسته

ابعاد کیفیت خواب	نسبت شانس (OR)	فاصله اطمینان	سطح معنی داری
کیفیت ذهنی خواب	۲/۳۱	۱/۲۷-۴/۱۹	۰/۰۰۵
تأخیر در به خواب رفتن	۲/۸۹	۱/۵۷-۵/۳۴	۰/۰۰۱
طول مدت خواب مفید	۱/۲۷	۰/۶۹-۲/۳۷	۰/۴۴
کفایت خواب	۲/۳۴	۱/۲۸-۴/۲۸	۰/۰۰۵
اختلالات خواب	۱/۴۶	۰/۸۲-۲/۶۱	۰/۱۹
مصرف داروی خواب آور	۰/۸۴	۰/۳۷-۱/۸۹	۰/۶۸
اختلال عملکرد صبحگاهی	۱/۹۴	۱/۱۱-۳/۳۸	۰/۰۱

جدول ۴: مقایسه تفاوت میانگین و انحراف معیار نمره کلی کیفیت خواب واحدهای مورد پژوهش در گروه‌های مداخله و کنترل

گروه	قبل مداخله	بعد مداخله	مقدار p*
	میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	
کنترل	۹/۷۵ ±۳/۷۶	۹/۰۲ ±۴/۰۳	۰/۰۰۳
آزمون	۱۰/۰۰ ±۳/۷۶	۴/۴۳ ±۲/۸۹	۰/۰۰۱
مقدار p**	۱/۰۰	۰/۰۰۱	-

* wilcoxon ** Mann-Whitney U

تأخیر در به خواب رفتن، اختلال عملکرد صبحگاهی در مدل رگرسیون لجستیک چهار سطحی داده‌های همبسته مشاهده شد ($p < 0/05$) (جدول ۳).

بعد از اجرای مدل بین میانگین قبل و بعد گروه کنترل براساس نمره کلی شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ اختلاف معنی‌داری مشاهده شد به طوری که نمره کلی کیفیت خواب در گروه آزمون کاهش یافت که نشانه بهبود کیفیت خواب بیماران مبتلا به نارسایی قلبی می‌باشد (جدول ۴).

بحث

این مطالعه نشان داد مدل مراقبت مشارکتی باعث افزایش کیفیت خواب بیماران مبتلا به نارسایی قلبی می‌شود و مقایسه کیفیت خواب بین گروه کنترل و آزمون بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P = 0/000$). این نتایج همسو با مطالعه قویدل و همکاران که به بررسی تأثیر این مدل بر کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز پرداخته اند، می‌باشد؛ به طوری که اجرای مدل مراقبت مشارکتی بر شاخص‌های فرعی از جمله کیفیت خواب مؤثر واقع شد (۹). همچنین مطالعه صادقی

قلبی در افراد (۳/۷۹) و حداقل و حداکثر مدت بیماری به ترتیب نیم و ۲۰ سال بود. بیش‌ترین فراوانی مدت بیماری نیم‌سال بود. ۷/۱۳ درصد از بیماران علاوه بر نارسایی قلبی، مبتلا به دیابت و فشارخون بالا نیز بودند. ۵۱ درصد از بیماران اصلاً از بیماری خود آگاهی نداشتند. همچنین آزمون آماری دقیق فیشر تفاوت معنی‌داری را در میزان آگاهی افراد از بیماری خود نشان نداد ($p > 0/05$). در این مطالعه بیشترین منبع کسب اطلاعات بیماری پرستار (۳۴/۳ درصد) بود. آزمون آماری دقیق فیشر نیز حاکی از معنادار بودن این متغیر می‌باشد ($P = 0/071$). ۱۰۰ درصد بیماران مایل به کسب اطلاعات در زمینه بیماری خود بودند. ۵۸/۸ درصد افراد محدودیت‌های مربوط به بیماری را تا حدی و ۱،۲ درصد به سختی تحمل می‌نمودند. ۴۰/۲ درصد افراد از حمایت خانواده به میزان زیاد برخوردار بودند.

میانگین نمره کلی کیفیت خواب در دو گروه کنترل و آزمون در مقایسه با هم قبل از اجرای مدل مراقبت مشارکتی تفاوت معنی‌داری نداشت ($p = 1/000$). همچنین بعد از اجرای مدل در گروه آزمون تغییرات معنی‌داری در ابعاد، کیفیت ذهنی خواب، کفایت خواب،

و همکاران هم که مدل مراقبت پیگیر را مورد بررسی قرار داده‌است، تأثیر مثبت استفاده از مدل مراقبتی را بر بهبود کیفیت خواب بیماران همودیالیزی تأیید می‌کند؛ بدین ترتیب که نمره کلی کیفیت خواب طی مطالعه کاهش یافت. اما، به حدّ طبیعی نرسید و میانگین امتیاز کیفیت خواب قبل و بعد از اجرای مدل مراقبت مشارکتی به ترتیب $10/39 \pm 3/76$ و $5/54 \pm 2/87$ بود؛ که تفاوت آماری معنی‌داری داشت ($p < 0/0001$) (۱۷). از آن جایی که بخشی از مدل به صورت پیگیر اجرا شد؛ بنابراین، می‌توان تأثیر مثبت مدل مراقبتی مشارکتی را تأیید نمود. زیرا، بیماران به عنوان یک انسان حق دارند در مراقبت از خودشان درگیر شوند و با استفاده از دانش خود و در صورت امکان، در زمینه درمان تصمیم بگیرند، به جای این که وابسته و ضعیف باشند (۱۹).

در ابتدای مطالعه مقایسه میانگین کیفیت خواب دو گروه نامطلوب و همگن بود ($p = 1/00$) که همسو با مطالعه قوبدل و همکاران می‌باشد (۹). همچنین با مطالعه ضیغمی محمدی و همکاران (۱)، مطالعه ردکر و همکاران که نشان دهنده وجود اختلالات خواب و نامطلوب بودن کیفیت خواب در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی می‌باشد، هم‌خوانی دارد (۳).

مقایسه میانگین نمره کیفیت خواب در گروه کنترل قبل و بعد مطالعه معنی‌دار نبود ($p = 0/12$). این نشان می‌دهد بین میانگین گروه کنترل قبل و بعد مداخله تفاوتی وجود ندارد.

در این مطالعه براساس رگرسیون لجستیک چهار سطحی برای داده‌های همبسته در ابعاد کیفیت ذهنی خواب، کفایت خواب، تأخیر در به خواب رفتن و اختلال عملکرد صبحگاهی در دو گروه بعد از مداخله تفاوت معناداری به دست آمد که نشانه مؤثر بودن مدل مشارکتی بر کیفیت خواب گروه آزمون می‌باشد و با نتایج مطالعه صادقی و همکاران هم‌خوانی دارد (۱۷).

میانگین نمره کلی کیفیت خواب زنان بیش از

مردان قبل و بعد از مداخله بود. این نتایج با مطالعه اکبرزاده و همکاران هم‌خوانی دارد (۲۰). اما، در مطالعه عرب و همکاران که جهت بررسی تأثیر استفاده از چشم بند و گوش بند بر کیفیت خواب بیماران بخش مراقبت ویژه قلبی انجام گردید، بین دو جنس و کیفیت خواب ارتباط معنی‌داری به دست نیامد که می‌تواند به دلیل شرایط بخش ویژه باشد (۲۱).

در مطالعه حاضر با افزایش سن، نمره کلی کیفیت خواب نیز افزایش یافت. در مطالعه سعیدی و همکاران نیز تنها سن واحدهای پژوهش همبستگی مستقیم و معناداری را با کیفیت خواب پس از آرام‌سازی نشان داد ($r = 0/52$, $p = 0/001$) (۱۰). اما، در مطالعه ردکر و همکاران ارتباطی بین سن و اشکال در شروع و حفظ خواب وجود نداشت (۳). این امر می‌تواند به دلیل متفاوت بودن محیط، نوع و شرایط مطالعه باشد. در مطالعه عرب و همکاران نیز بین سن و کیفیت خواب ارتباط معنی‌داری به دست نیامد که ممکن است ناشی از وضعیت محیط مطالعه باشد.

مقایسه میانگین دو گروه کنترل و آزمون بعد از مداخله تفاوت معناداری را نشان داد. به طوری که بعد از اجرای مدل مشارکتی کیفیت خواب گروه آزمون به طور معنا داری افزایش یافت. این نتایج همسو با مطالعه لیو و همکاران (۲۲) و نیز مرادی و همکاران (۲۳) می‌باشد.

لیو و همکاران وجود اختلال خواب در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی را یک عامل خود مراقبتی مشکل می‌داند. بیماران با نارسایی قلبی با مشکلات خواب کیفیت زندگی پایینی را گزارش می‌کنند (۲۲). بنابراین، می‌توان استفاده از مدل های مراقبتی را جهت بهبود کیفیت خواب بیماران توصیه نمود. امروزه ارتقای کیفیت مراقبت به عنوان یک هدف عمده در آمده است و انجام مطالعه در زمینه تبیین موضوع و ارایه مدل های مراقبتی تخصصی ضروری به نظر می‌رسد. تحقیق در زمینه علم مراقبت نقش بسیار مهمی در فهم و پاسخ به تغییر در

شود، در کلینیک های نارسایی قلبی جهت آموزش، پیگیری منظم و درمان این بیماران به صورت یک تیم مشارکتی از این مدل استفاده شود.

الگوهای سلامت و بیماری دارد (۱۹). بنابراین، استفاده از مدل مراقبت مشارکتی جهت استفاده پرستاران در کلینیک های نارسایی قلبی جهت بهبود وضعیت این بیماران توصیه می شود.

در این پژوهش تفاوت های فردی و نحوه سازگاری با بیماری، شرایط روحی و روانی بیماران در پاسخگویی به سؤالات مؤثر بودند که کنترل آن خارج از اختیار بود.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر حاصل پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد پرستاری گرایش آموزش داخلی-جراحی با کد ثبت ۹۱۱۴۲/۲۵ پ، کد اخلاق 92.27.medsab.Rec و کد کارآزمایی بالینی به شماره‌ی IRCT2014030516852N1 می باشد. بر خود لازم می دانیم از کلیه‌ی افراد مبتلا به نارسایی قلبی، خانواده‌های محترم آنها که در انجام پژوهش حاضر همراهان بودند، همچنین از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار و پرسنل محترم پرستاری بخش قلب بیمارستان واسعی تشکر و قدردانی نمایم.

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که به کارگیری مدل مراقبت مشارکتی باعث بهبود کیفیت خواب بیماران مبتلا به نارسایی قلبی می شود. لذا، با توجه به ماهیت مزمن این بیماری و نیاز به مشارکت در کنترل بیماری و پیگیری توسط سیستم مراقبت بهداشتی درمانی و بیمار که از ویژگی های به کارگیری این مدل می باشد، توصیه می -

References

1. Zeighmi Mohammadi Sh, Shahparian M. Correlation between hemoglobin level and quality of life in male patients with systolic heart failure. *Sci J Iran Blood Transfus Organ*. 2013; 6 (4) :64-73. [Persian]
2. Rezaie Luye H, Dalvandi A, Hosseini M, Rahgozar M. Effect of self care on quality of life of patients with heart failure. *Journal of Rehabilitation*. 2009;10(2):21-6.
3. Redeker NS, Jeon S, Muench U, Campbell D, Walsleben J, Rapoport DM. Insomnia symptoms and daytime function in stable heart failure. *Sleep*. 2010;33(9):1210-6.
4. wang TJ, Lee SC, Tsay SL, Tung HH. Factors influencing heart failure patients' sleep quality. *J Adv Nurs*. 2010;66(8):1730-40.
5. Mohammadi SZ, Shahparian M. Evaluation of Sleep Problems and Its Associated Factors in Male Patients with Systolic Heart Failure. *Qom Univ Med Sci J*. 2013;6(4):64-73. [Persian]
6. Zolfaghari M, Farokhnezhad Afshar P, Asadi Noghabi A, Ajri Khameslou M. Modification of Environmental Factors on Quality of Sleep among Patients Admitted to CCU . *hayat*. 2012; 18 (4) :61-8. [Persian]
7. Baraz S, Mohammadi E, Broumand B. Correlation of quality of sleep or quality of life and some of blood factors in hemodialysis patients. *J Shahrekord Univ Med Sci*. 2008;9(4):67-74. [Persian]
8. Zeraati F, Rabie MaS, Araghchian M, Sabouri t. Assessment of Quality of Sleep and Use of Drugs with Sedating Properties in Adult Patients Hospitalized in Hamadan Ekbatan Hospital. *Sci J Hamdan Univ Med Sci*. 2009;16(4):31-6. [Persian]
9. Ghavidel F, Mohammadzadeh S, Pirasteh H, Alavi Majd H. Effect assessment of applying the Partnership care model on quality of life in hemodialysis patients referring to Be'sat Hospital of IRI Air Force. *EBNESINA- Journal of Medical*. 2009; 12 (2 -3) :22-7. [Persian]
10. Saeedi M, Ashktorab T, Saatchi K, Zayeri F, Akbari SAA. The Effect of Progressive Muscle Relaxation on Sleep Quality of Patients Undergoing Hemodialysis. *Iran J Crit Care Nurs*. 2012;5(1):23-8. [Persian]
11. Khoshab H, Bagheryan B, Abbaszadeh A, Mohammadi E, Kohan S, Rad HS. The Effect of Partnership Care Model on Depression and Anxiety in the Patients with Heart Failure. *Journal of Evidence-based Care*. 2012;2(2):37-45. [Persian]
12. Borhani F, khoshab H, Abbaszadeh A, Rashidinejad H, Mohammadi E. Study of the effect of partnership care model on the quality of life in patients with heart failure. *Iran J Crit Care Nurs*. 2012;5(1):43-8. [Persian]

13. Zhong B. How to calculate sample size in randomized controlled trial? *J Thorac Dis.* 2009;1(1):51-4.
14. Jutious SA. *Sample Size for Clinical Trials* Chapman & Hall/CRC; 2010.
15. Braunwald` E. *Braunwald`s Heart Disease: A Text book of cardiovascular medicine.* 9th ed. Boston, Massachusetts: Elsevier; 2012.
16. Nasaf AF, Azimi H. Study of Patterns and Subjective Quality of Sleep and Their Correlation with Personality Traits among Medical Students of Hamadan University of Medical Sciences. *Sci J Hamdan Univ Med Sci.* 2008;15(1):11-5. [Persian]
17. Sadeghi h, Forouzi mA, Hagh dust aa, Alizadeh sM. Effect of implementing continuous care model on sleep quality of hemodialysis patients. *Iran J Crit Care Nurs.* 2010;3(1):13-8. [Persian]
18. Avaji FSI, Hajbaghery MA, Afazel MR. Quality of sleep and it's related factors in the hospitalized elderly patients of Kashan hospitals in 2007. *KAUMS Journal.* 2009;12(4):52-60. [Persian]
19. Ghafari S, Mohammadi F. Concept Analysis of Nursing Care: a Hybrid Model. *J Mazandaran Univ Med Sci.* 2012; 21 (1) :153-64. [Persian]
20. Akbarzadeh R, koushan M, Rakhshani MH, Nik SMH. Effect of the Benson relaxation technique on quality of sleep in patients with chronic heart disease. *J Sabzevar Univ Med Sci.* 2014;21(3). [Persian]
21. Arab M, mashayekhi F, Ranjba H, Abazari F, Dortaj E. Comparing the effects of using Earplugs and eye masks on sleep quality of patients in coronary care unit (CCU). *J Army Univ Med Sci.* 2013;11(2):143-9. [Persian]
22. Liu J-C, Hung H-L, Shyu Y-K, Tsai P-S. The Impact of Sleep Quality and Daytime Sleepiness on Global Quality of Life in Community-Dwelling Patients With Heart Failure. *J Cardiovasc Nurs.* 2011;26(2):99-105.
23. Moradi M, Mehrdad N, Nikpour S, Haghani H, Aalaa M, Sanjari M, Sharifi F. Sleep quality and associated factors among patients with chronic heart failure in Iran. *Med J Islam Repub Iran.* 2014; 28:149.

The effect of the partnership care model on the quality of sleep among patients with heart failure

Somayeh Nayyeri.,

MSc of Nursing Education, Department of Nursing, Student Research Committee, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran.

Mehdi Golafrooz.,

MSc of Nursing, Mentor in Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Sabzevar University of Medical Science, Sabzevar. Iran.

Hajar Sadaghi.,

MSc of Nursing, Mentor in Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Arak University of Medical Science, Arak, Iran.

Sara Amini.,

Ph.D, Assistant Professor of Cardiology, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran and Member of Atherosclerosis Reserch and Prevention Center of Imam Reza hospital of Mashhad,

Laya Zarrabi.,

Ph.D, Assistant Professor of Cardiology, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran

Mohammad Hassan Rakhshani.,

Ph.D of Biostatistics, Assistant Professor, Department of Biostatistics, School of public health, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran.

Received:13/08/2014, Revised:25/08/2014, Accepted:21/11/2014

Corresponding author:

Sabzevar University of Medical Science, Sabzevar. Iran.

E-mail:

mehdigolafrooz@yahoo.com

Abstract

Background and purpose: Heart failure is a common and life-threatening situation. These patients have poor sleep quality. One of the possible ways of improving sleep quality is based on self-care education in the nursing model, thus this study was aimed at assessing the effects of the partnership care model on sleep quality among patients with heart failure.

Materials and Methods: An experimental study (randomized controlled trials) was performed on 102 patients with chronic stable heart failure among whom referred to Vasei hospital of Sabzevar in 2014. Patients were randomly assigned into two groups. The Pittsburgh Sleep Quality Scale was used as a criterion. Intervention and implementation of the partnership care model in one of the test groups were kept running for three months. Obtained data were analyzed based on descriptive and inferential statistical methods (chi-square, Mann-Whitney U, analysis of covariance & Multilevel Logistic Regression) with SPSS (Version 11.5) & SAS (Version 9.1) Softwares with 95% of confidence (95% CI).

Results: The results showed that there wasn't any statistical significant difference in the mean score of sleep quality between the two groups before the intervention. But after the intervention the values of mean and standard deviation of sleep quality were obtained 9.02 ± 4.03 & 4.43 ± 2.89 , respectively. There was a significant difference between the two groups in sleep scores obtained by statistical test of Mann-Whitney U ($p=0.001$).

Conclusion: Implementation of the partnership care model is effective in increasing the quality of sleep among patients with heart failure. Therefore the implementation of the partnership care model among patients with chronic disease is suggested.

Keywords: Partnership Practice, care, models nursing, heart failure, sleep, patients