

تأثیر پیگیری تلفنی پرستار بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندروم حاد کرونری پس از ترخیص

چکیده

زمینه: یکی از موثرترین اقدامات مرحله بازتوانی، آموزشهای حین ترخیص و پیگیری تلفنی پس از ترخیص توسط پرستار می‌باشد. هدف از این مطالعه بررسی تأثیر پیگیری تلفنی پرستار بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندروم حاد کرونری پس از ترخیص در بیمارستان امام رضا (ع) کرمانشاه در سال ۱۳۹۴ بود.

روش‌ها: این مطالعه کارآزمایی بالینی بر روی ۷۸ بیمار مبتلا به سندروم حاد کرونری که به صورت تصادفی به دو گروه کنترل و مداخله تقسیم شده بودند انجام گرفت. ابزار جمع آوری اطلاعات شامل اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 بود. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری تی‌زوجی، تی‌مستقل، ویلکاکسون، من ویتنی با نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ مورد تحلیل قرار گرفتند. **یافته‌ها:** میانگین نمرات کیفیت زندگی گروه مداخله قبل و بعد از انجام مداخله تلفنی پرستار معنا دار بود ($p \leq 0/001$). از نظر زیرمقیاس کلی سلامت روانی بین دو گروه قبل و پس از انجام مداخله و از لحاظ بعد سلامت عمومی تفاوت معناداری وجود نداشت ($p > 0/05$). از نظر ابعاد کیفیت زندگی، میانگین نمرات دو گروه کنترل و مداخله پس از مداخله در ابعاد کارکرد جسمی، اجتماعی، درد، اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی و سلامت هیجانی، انرژی/خستگی و بهزیستی هیجانی، از لحاظ آماری تفاوت معناداری داشتند ($p \leq 0/001$).

نتیجه گیری: پیگیری تلفنی بعد از ترخیص توسط پرستاران بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندروم حاد کرونری موثر است و به عنوان یک روش کم هزینه و در دسترس جهت ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران توصیه می‌گردد.

کلید واژه: پیگیری مراقبت تلفنی پرستار، کیفیت زندگی، سندروم حاد کرونری

فاطمه رازیانی^۱، ارسلان نادری پور^{۲*}

رستم جلالی^۳، منصور رضایی^۴

بیژن صبوری^۲، روح‌الله محمدی^۱

۱. بیمارستان امام رضا(ع)، دانشگاه علوم پزشکی، کرمانشاه، ایران.
۲. گروه فوریت های پزشکی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی، کرمانشاه، ایران.
۳. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی، کرمانشاه، ایران.
۴. گروه آمارزیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی، کرمانشاه، ایران.

* **عهده دار مکاتبات:** ایران، کرمانشاه، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، دانشکده پیراپزشکی، گروه فوریت های پزشکی

Email: naderipoura@yahoo.com

مقدمه:

و انفارکتوس میوکارد همراه با بالا رفتن قطعه ST) (ST elevation myocardial infarction) باشد^۳. در این بیماران شناسایی علائم و عوارض بیماری و عوامل خطر قابل تعدیل باعث محدود کردن اثرات و پیشرفت بیماری شده و از وقوع حمله قلبی مجدد پیشگیری می‌کند. لذا این بیماران باید طرح‌هایی برای پیشگیری ثانویه داشته باشند. اجرای یک برنامه بازتوانی به کمک پرسنل مراقبت سلامت تأثیر مطلوبی بر روی شرایط بالینی بیماران بعد از انفارکتوس گذاشته و باعث کاهش عوارض ناشی از ایسکمی راجعه و انفارکتوس مجدد می‌شود.

در سطح جهان، ۳۰ درصد از مرگ‌ها (تقریباً ۱۷ میلیون مرگ در سال) ناشی از بیماریهای قلبی عروقی هستند^۱. تا سال ۲۰۲۰ بیماری‌های قلبی اولین علت مرگ و ناتوانی در دنیا خواهد بود^۲. سندروم حاد کرونری از جمله تظاهرات بیماری عروق کرونری قلبی و وضعیتی اورژانسی است که با ایسکمی حاد و ناگهانی میوکارد مشخص می‌شود که در صورت عدم انجام مداخلات صحیح می‌تواند منجر به مرگ میوکارد گردد. این سندروم طیفی شامل آئزین صدی ناپایدار، انفارکتوس میوکارد بدون بالا رفتن قطعه ST (Non ST elevation myocardial infarction)

منجر به بهبود مراقبت‌های درمانی و کاهش هزینه‌های بهداشتی می‌شود.^{۱۱} در این راستا مطالعات مختلفی انجام شده است در مطالعه‌ای که توسط صادقی شرمه و همکاران سال ۱۳۹۲ انجام شد نتایج نشان داد که مراقبت پیگیری تلفنی و پیامکی هر دو، کیفیت زندگی بیماران دریچه قلب را ارتقاء می‌بخشد.^{۱۲} همچنین پرجمی عراقی و همکاران در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۹۳ بر روی بیماران کله‌سومی انجام دادند به این نتیجه رسیدند که مشاوره تلفنی بر کیفیت زندگی کل به شکل معناداری موثر بوده است و اختلاف معنی‌داری بین دو گروه در بعد جسمی، روانی و اجتماعی مشاهده شده است.^{۱۳} مطالعه شجاعی و همکاران در سال ۱۳۹۲ نیز نشان داد که آموزش دادن و ارائه کتابچه آموزشی به بیماران نمی‌تواند به تنهایی پذیرش مجدد را کاهش دهد و آموزش به بیمار باید با روشهای پیگیری بعد از ترخیص همراه باشد.^{۱۴}

با توجه به این که پیشگیری ثانویه در بیماران نجات‌یافته از سندروم حاد کرونر مانع از پیشرفت بیماری و تغییر ماهیت آن از مرحله آثرین صدی ناپایدار به سمت انفارکتوس میوکارد شده و فرصت بزرگی را برای کاهش مرگ‌ومیر و ناتوانی ناشی از حوادث قلبی عروقی، کاهش مدت زمان بستری بیماران در بیمارستان و در نتیجه کاهش هزینه‌ها فراهم می‌نماید، مطالعه حاضر با هدف بررسی تاثیر پیگیری تلفنی پرستار بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونر پس از ترخیص صورت گرفت.

مواد و روش‌ها:

این پژوهش یک کارآزمایی بالینی نیمه‌تجربی بوده که به صورت دو گروهی قبل و بعد انجام گردید و با کد IRCT2015061914333N36 در سایت کارآزمایی‌های بالینی ایران به ثبت رسیده است. در این پژوهش تعداد ۷۸ بیمار مبتلا به سندرم حاد کرونر به روش نمونه‌گیری در دسترس در بخش‌های CCU و POSTCCU بیمارستان امام رضا (ع) کرمانشاه، که دارای معیار ورود (داشتن هوشیاری کامل، سن ۷۰-۳۵ سال، تشخیص سندروم حاد کرونر بدون عارضه (عدم آثرین صدی پایدار، نارسایی قلبی درمان نشده و آریتمی کنترل نشده) که توسط پزشک معالج در پرونده پزشکی درج شده بود، داشتن

هدف از بازتوانی در این بیماران افزایش طول عمر و بالا رفتن کیفیت زندگی می‌باشد.^{۱۵}

کیفیت زندگی یکی از بخش‌های تاثیرپذیر در بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونری بوده بطوریکه کاهش ظرفیت قلبی و ظرفیت جسمی متعاقب حملات ایسکمی قلبی، کیفیت زندگی بیماران را دستخوش تغییر می‌نماید.^{۱۶} شاخص کیفیت زندگی با سلامت فیزیکی روانی، داشتن روابط رو به پیشرفت با مردم، شرکت در فعالیت‌های اجتماعی مورد توجه قرار می‌گیرد.^{۱۷} لذا در درمان این بیماران نمی‌توان تنها به جنبه‌های فیزیکی بیمار توجه داشت و برای کمک به بیماران جهت رسیدن به زندگی عادی باید همه جنبه‌های زندگی بیمار را مد نظر قرار داد.^{۱۸} در این میان آموزش به بیمار به عنوان فرایندی است که بر رفتار بیمار اثر می‌گذارد و در آگاهی‌ها، نگرش‌ها و مهارت‌های لازم جهت حفظ سلامت تغییر ایجاد می‌کند و ارائه برنامه‌های آموزشی قبل و بعد از بازتوانی در بیماران قلبی عروقی بر روی تمام زیر مجموعه‌های کیفیت زندگی تاثیر به‌سزایی دارد.^{۱۹} یکی از موثرترین اقدامات برای پیشگیری از بروز عوارض و کاهش نگرانی بیماران، آموزش‌های حین ترخیص و پیگیری پس از ترخیص توسط پرستار می‌باشد.^{۲۰} پیگیری تلفنی توسط پرستار به عنوان ابزاری مناسب برای تبادل اطلاعات، دادن آموزش‌ها و آگاهی‌های سلامتی، اداره کردن علائم و نشانه‌های بیماری، تشخیص سریع عوارض و اطمینان بخشیدن به بیمار و خانواده بیمار به کار می‌رود و سبب افزایش ارتباط بین بیمار و مراقبین سلامتی می‌شود.^{۲۱} پرستاری از راه دور، بدون در نظر گرفتن بعد زمانی و مکانی می‌تواند به ارائه خدمات به بیماران پردازد. بیمارانی که دارای شرایط خاصی هستند از جمله بیمارانی که در مناطق روستایی زندگی می‌کنند و یا دچار ناراحتی‌های مزمن‌اند می‌توانند بدون مراجعه به مراکز درمانی از مشاوره‌های پزشکی بهره‌مند شوند و به این ترتیب هم هزینه‌های مراقبت بهداشتی کاهش می‌یابد و هم در وقت بیماران صرفه‌جویی می‌شود. مدت بستری با به کارگیری این تکنولوژی کاهش می‌یابد و استقلال بیماران و خود مدیریت در بیماران افزایش می‌یابد. تله‌نرسینگ فرصتی را برای استمرار و بهبود فرایند آموزش فراهم می‌کند و

حیاتی، میزان فعالیت جنسی، ترک سیگار، کنترل وزن و قند خون، عدم مصرف الکل و مشروبات الکلی، کاهش استرس) و بر اساس محتوی کتابچه آموزشی پس از ترخیص بود. این کتابچه در زمان ترخیص در اختیار هر دو گروه کنترل و مداخله قرار داده شد. پس از پایان سه ماه و آخرین جلسه پیگیری، مجدداً پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 به صورت مصاحبه حضوری توسط پژوهشگر یا همکارانی که در این زمینه آموزش دیده بودند برای هر دو گروه مداخله و کنترل تکمیل گردید. روایی و پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 در ایران توسط دکتر منتظری و همکارانش انجام شده و از ضریب پایایی ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ برخوردار است^{۱۵}.

نتایج:

میانگین سنی افراد مطالعه (۵۷/۳۲±۰/۹۷۵) بود. بیشتر افراد شرکت کننده در مطالعه مرد (۶۴/۱٪) و متاهل (۸۷/۲٪) و دارای تحصیلات زیردیپلم (۷۳/۰۸٪) بودند. اطلاعات جمع آوری شده حاکی از این مطلب می باشد که ۵۳/۸ درصد بیماران فشار خون، ۶۲/۹ درصد قند خون و ۶۴/۱ درصد چربی خون نداشتند. ۸۷/۲ درصد افراد سابقه بیماری قلبی نداشتند و ۶۰/۳ درصد از افراد دارای سابقه بیماری خانوادگی بودند.

بین میانگین نمرات کیفیت زندگی گروه مداخله قبل و بعد از انجام مداخله تلفنی پرستار تفاوت معناداری وجود داشت ($P < 0/001$). از نظر زیر مقیاس کلی سلامت روانی بین دو گروه قبل و پس از انجام مداخله تفاوت معناداری وجود نداشت. از نظر ابعاد کیفیت زندگی، میانگین نمرات دو گروه کنترل و مداخله پس از مداخله در ابعاد کارکرد جسمی ($P = 0/013$)، کارکرد اجتماعی ($P = 0/007$)، درد ($P = 0/006$)، اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی ($P < 0/001$)، اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی ($P < 0/001$)، انرژی/خستگی ($P < 0/001$) و بهزیستی هیجانی ($P < 0/001$)، از لحاظ آماری تفاوت معناداری داشتند. اما از لحاظ بعد سلامت عمومی تفاوت معناداری بین دو گروه وجود نداشت.

خط تلفن ثابت در منزل، داشتن سواد خواندن و نوشتن، آشنا بودن به زبان فارسی، نداشتن مشکل تکلم و شنوایی شناخته شده، عدم ابتلا به بیماری روانی و عقب ماندگی ذهنی بر اساس تشخیص پزشک و پرونده بیمار، عدم مصرف داروهایی که روی شرایط ذهنی تاثیر می گذارند) و معیار خروج (در صورتی که شرکت کنندگان برای ادامه شرکت در مطالعه تمایل نداشتند و به مدت ۲ هفته در ماه اول مداخله و به مدت ۳ هفته در ماههای ۲ و ۳ مداخله ارتباط تلفنی را قطع می نمودند از پژوهش کنار گذاشته می شدند. همچنین فوت بیمار در زمان انجام مطالعه و بستری شدن بیمار در طول مدت مطالعه، از معیارهای خروج از مطالعه بود) انتخاب شده و با استفاده از تعیین روزهای زوج و فرد هفته در دو گروه کنترل و مداخله (هر گروه ۳۹ نفر) قرار داده شد. دلیل قرار دادن نمونه ها در روزهای زوج و فرد اطلاع نداشتن بیماران از روش گروه دیگر است. بیمارانی که روزهای زوج هفته مراجعه کردند در گروه مداخله و بیمارانی که در روزهای فرد مراجعه نمودند در گروه کنترل قرار داده شد. سپس گروه ها از لحاظ (جنس، سن، سواد، سابقه بیماری) همسان سازی شدند. در ابتدا فرم گردآوری اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 برای هر دو گروه به صورت مصاحبه حضوری توسط پژوهشگر یا همکارانی که در این زمینه آموزش لازم را دیده بودند پرشد، سپس به گروه کنترل فقط آموزش های پس از ترخیص از بیمارستان داده شد و گروه مداخله علاوه بر این آموزشها به مدت ۳ ماه بعد از ترخیص پیگیری تلفنی توسط پژوهشگر را دریافت نمودند. تماس های تلفنی با نمونه های مونث توسط پژوهشگر و با نمونه های مذکر توسط دو همکار آموزش دیده همجنس انجام شد. در هر بار تماس علاوه بر پیگیری نکات مراقبتی و مهم به بیماران به سوالات احتمالی آنان نیز پاسخ داده شد. در ضمن شماره تلفنی نیز توسط پژوهشگر در اختیار این گروه قرار گرفت تا در صورت داشتن هر گونه مشکل یا سوالی تماس بگیرند. محتوای مکالمات تلفنی شامل پیگیری موارد آموزش داده شده حین ترخیص (شناخت بیماری و علائم و عوامل خطر مربوط به آن، چگونگی مصرف داروها و آگاهی از عوارض آنها، نحوه مراقبت از خود، نحوه تغذیه، میزان فعالیت فیزیکی، کنترل علائم

جدول ۱: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد کیفیت زندگی در گروه کنترل و مداخله قبل و پس از مداخله

مقدار p	مداخله		کنترل		وضعیت	
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	قبل	بعد
۰/۴۸	۴/۶۲	۵۳/۳۳	۴/۵۶	۵۷/۹۵	قبل	کارکرد جسمی
۰/۰۱۳	۳/۷۶	۶۹/۶۲	۴/۳۹	۵۴/۸۷	بعد	
<۰/۰۰۱	۲/۴۴	۱۶/۲۹	۱/۴۹	-۳/۰۸	تفاوت	
	<۰/۰۰۱		۰/۰۴۵		معنی داری	
۰/۲۳۶	۲/۰۱	۴۶/۱۵	۱/۶۲	۴۹/۰۴	قبل	کارکرد اجتماعی
۰/۰۰۷	۱/۷۹	۴۶/۱۵	۱/۹۶	۵۳/۸۵	بعد	
۰/۱۱۹	۲/۱۵	۰	۱/۸۷	۴/۸۱	تفاوت	
	۰/۸۷۶		۰/۰۱۶		مقایسه	
۰/۳۵۱	۳/۶۲	۴۳/۶۵	۴/۳۲	۳۹/۳۶	قبل	درد
۰/۰۰۶	۲/۱۳۴	۲۳/۹۱	۴/۰۸	۴۰/۱۹	بعد	
<۰/۰۰۱	۲/۶۷	-۱۹/۷۴	۲/۳۶	۰/۸۳	تفاوت	
	<۰/۰۰۱		۰/۷۲۶		مقایسه	
۰/۲۰۷	۱/۵۵	۶۳/۴۶	۱/۷۲	۶۶/۴۱	قبل	سلامت عمومی
۰/۷۹۹	۱/۷۷	۷۰	۱/۷۷	۶۹/۳۶	بعد	
۰/۰۸۲	۱/۶۵	۶/۵۴	۱/۱۹	۲/۹۵	تفاوت	
	<۰/۰۰۱		۰/۰۱۷		مقایسه	

ادامه جدول ۱: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد کیفیت زندگی در گروه کنترل و مداخله قبل و پس از مداخله

مقدار p	مداخله		کنترل		وضعیت	
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	قبل	بعد
۰/۸۴۹	۳/۸۷	۱۶/۹۶	۵/۰۰۱	۱۸/۴۲	سطح پایین	قبل
۰/۴۲۷	۳/۰۵	۹۵/۴۵	۰/۱۰	۱۰۰	سطح بالا	
<۰/۰۰۱	۵/۹۶	۶۳/۳۹	۶/۹۱	۱۷/۱۱	سطح پایین	بعد
۰/۱۸۳	۰/۰۲	۱۰۰	۳/۲۸	۹۱/۲۵	سطح بالا	
<۰/۰۰۱	۴/۶۵	۳۴/۶۲	۳/۶۹	-۵/۱۳	تفاوت	

<0/001			0/103		مقایسه		اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی
0/027	0/34	23/33	7/18	17/78	سطح پایین	قبل	
1	0	100	0	100	سطح بالا		
<0/001	0/20	86/67	9/69	17/78	سطح پایین	بعد	
0/486	0	100	2/09	94/44	سطح بالا		
<0/001	6/08	48/72	3/19	-3/42	تفاوت		
<0/001			0/35		مقایسه		
0/051	1/74	10/68	1/27	14/36	سطح پایین	قبل	
0/780	1/91	48/76	3/204	49/70	سطح بالا		
<0/001	1/07	9/79	1/64	21/50	سطح پایین	بعد	
<0/001	1/78	27/60	3/18	48/20	سطح بالا		
<0/001	1/88	-10/60	1/29	4/02	تفاوت		
<0/001			0,009		مقایسه		
0/780	1/47	13/14	1/06	13/93	سطح پایین	قبل	بهبودی هیجانی
0/004	1/02	39/21	2/16	37/63	سطح بالا		
<0/001	1/64	9/23	1/16	17/38	سطح پایین	بعد	
<0/001	1/39	23/22	1/62	41/37	سطح بالا		
<0/001	1/44	-11/96	0/78	3/00	تفاوت		
<0/001			<0/001		مقایسه		

جدول ۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات زیر مقیاس‌ها و مقیاس کیفیت زندگی در گروه کنترل و مداخله قبل و پس از مداخله

مقدار p	مداخله		کنترل		وضعیت		زیر مقیاس و مقیاس	
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	قبل	بعد		
۰/۰۴۷	۹/۰۳۳	۱۹۹/۵۵	۸/۰۳۹	۲۲۳/۹۷	قبل	سلامت جسمی		
۰/۱۱۰	۶/۷۴	۲۳۷/۲۴	۸/۶۰	۲۱۹/۵۵	بعد			
<۰/۰۰۱	۶/۵۴	۳۷/۶۹	۴/۷۲	-۴/۴۲	تفاوت			
	<۰/۰۰۱		۰/۳۵۵		مقایسه			
۰/۱۳۲	۵/۷۲	۱۵۴/۵۸	۵/۱۵	۱۶۶/۳۱	قبل	سلامت روانی		
۰/۹۵۴	۴/۵۴	۱۷۵/۶۹	۵/۶۳	۱۷۵/۲۷	بعد			
۰/۱۱۳	۶/۳۷	۲۱/۱۱	۴/۰۹	۸/۹۶	تفاوت			
	۰/۰۰۲		۰/۰۳۵		مقایسه			
۰/۹۳۰	۸/۶۰	۳۱۵/۴۶	۱۰/۱۷۱	۳۱۳/۷۵	سطح بالا	قبل	مقیاس کیفیت زندگی	
۰/۳۳۱	۹/۱۵۱	۴۲۳/۲۰	۵/۶	۴۳۳/۱۴	سطح پایین			
۰/۰۰۴	۱۱/۵	۳۹۱/۸	۱۸/۴۸	۳۲۹/۳۴	سطح بالا	بعد		
۰/۱۲۸	۷/۹	۴۵۰/۶۷	۹/۴۴	۴۳۱/۴۹	سطح پایین			
<۰/۰۰۱	۹/۰۷	۵۸/۸	۶/۲۷	۴/۵۳	تفاوت			
	<۰/۰۰۱		۰/۴۷۴		مقایسه			

بحث:

یافته‌های این پژوهش نشان داد که میانگین امتیاز کیفیت زندگی در گروه مداخله و کنترل قبل از اجرای روش پیگیری تلفنی در یک سطح بوده اما پس از اجرای روش پیگیری تلفنی میانگین امتیاز کیفیت زندگی در گروه مداخله افزایش یافته است. از نظر ابعاد کیفیت زندگی دو گروه کنترل و مداخله در ابعاد کارکرد جسمی، کارکرد اجتماعی، درد، اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی، اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی، انرژی/خستگی و بهزیستی هیجانی از لحاظ آماری تفاوت معناداری را نشان می‌دهند اما از نظر بعد سلامت عمومی تفاوت معناداری را نشان نمی‌دهند. با توجه به یافته‌ها و اثربخش بودن پیگیری تلفنی بر کیفیت زندگی بیماران سندروم حاد کرونری پس از مداخله، این امر را می‌توان به آموزش حین ترخیص، کنترل و پیگیری تلفنی بیماران در فاصله زمانی سه ماه پس از ترخیص نسبت داد.

در مطالعه‌ای که توسط شفیع پور و همکاران بر روی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد انجام شد کیفیت زندگی کل بیماران در دو گروه آزمون و کنترل قبل از انجام مداخله، تفاوت معنادار آماری با یکدیگر نداشت اما پس از مداخله از لحاظ آماری اختلاف معنی‌داری داشت همچنین در کلیه ابعاد به جزء در بعد عملکرد اجتماعی و در دو بعد اصلی جسمی، روحی - روانی تفاوت معنی‌دار آماری داشتند^{۱۶}. در مطالعه دیگری که توسط Holmes و همکاران در مورد پیگیری تلفنی پرستار پس از بستری شدن بیماران سندرم حاد کرونری انجام شد، نتایج نشان داد که بیماران گروه مداخله در طول سه ماه نخست فعالیت فیزیکی بهتر و تعداد مراجعات کمتر را گزارش کردند اما ترک سیگار و داروهای مورد استفاده در ماه هشتم پس از مداخله نسبت به قبل از مداخله متفاوت نبود، لذا نویسندگان اظهار داشتند که پیگیری تلفنی پرستار پس از بستری در بیماران سندرم حاد کرونری در کوتاه مدت موثر است اما در طولانی مدت تایید نشد^{۱۷}. موثر نبودن مداخله بر کیفیت زندگی کل در دراز مدت شاید به این علت باشد که در مراکز درمانی که این مداخله انجام شده است، به دلیل اهمیت آن در ماه‌های اول بیشتر مورد توجه قرار می‌گرفته

است و برنامه مشخصی برای طولانی مدت وجود نداشته است. اما طولانی بودن زمان پیگیری (هشت ماه) نسبت به مطالعه حاضر یک امتیاز مثبت می‌باشد. Furuya و همکاران در مطالعه خود با عنوان پیگیری تلفنی بیماران بعد از عروق سازی مجدد میوکارد، پیگیری تلفنی به صورت دوره‌ای و منظم را جهت بررسی دانش بیمار، نگرانی‌های بیمار و ارائه راه کارهایی برای مقابله با آنها، نظارت بر علائم خلق و خوی و سطح اضطراب و تشویق به تغییرات رفتاری و شیوه زندگی توصیه می‌کند^{۱۸}. همچنین مطالعه Jolly و همکاران بر روی بیماران نارسایی احتقانی قلبی، نشان داد که آموزش و پیگیری اعمال تمرینات ورزشی در منزل توسط پرستار متخصص مراقبت‌های قلبی در یک دوره ۶ ماهه باعث ارتقای کیفیت زندگی همراه با کاهش هزینه‌های درمان در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل شده است^{۱۹}. در مطالعه پرجمی عراقی و همکاران تحت عنوان بررسی تاثیر مشاوره تلفنی از طریق پرستار (تله نرسینگ) بر کیفیت زندگی بیماران با کلسومی، نتایج نشان داد که مشاوره تلفنی بر کیفیت زندگی کل به شکل معناداری موثر بوده است. همچنین اختلاف معنی‌داری بین دو گروه در بعد جسمی، روانی و اجتماعی مشاهده شد اما در بعد معنوی کیفیت زندگی اختلاف معنی‌داری بین دو گروه دیده نشد^{۱۳}. همچنین مطالعه مروری kotb و همکاران نشان می‌دهد که در پیگیری تلفنی بیماران قلبی در ۲۶ مطالعه‌ای که بر اساس معیارهای ورود انتخاب شده بودند، هیچ تفاوتی در مرگ و میر بین گروه کنترل و پیگیری تلفنی وجود نداشت. در گروه مداخله به طور بارزی فشارخون سیستولیک کمتر، اضطراب کمتر، تعداد روزهای بستری کمتر و ترک سیگار مشاهده شد. بنابراین مداخله پیگیری تلفنی منظم ممکن است به کنترل فشارخون و احتمال ترک سیگار کمک کند^{۲۰}. مطالعه کوتب با مطالعه حاضر همخوانی ندارد اما علی‌رغم بارز نبودن اثر مداخله بر نمره کل کیفیت زندگی، پیگیری تلفنی بیماران را حمایت می‌کند. این مطالعه حجم نمونه بالایی دارد و جامع می‌باشد چون اثر چندین مطالعه را با هم بیان نموده است اما گروه خاصی از بیماران قلبی مورد بررسی قرار نگرفته است و به صورت اختصاصی کار نشده است.

نتیجه گیری:

نتایج به دست آمده از این تحقیق نشان داد که پیگیری تلفنی تأثیرات مثبتی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندروم حاد کرونری از نظر ابعاد کارکرد جسمی، کارکرد اجتماعی، درد، اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی، اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی، انرژی/خستگی و بهزیستی هیجانی داشته و نقش بسزایی در پیشگیری از بیماریهای مخاطره آمیز پس از سندرم حاد کرونری و یا بازتوانی پس از مرحله حاد بیماری دارد. بنابراین می توان گفت با وجود اینکه ارائه برنامه آموزشی به بیمار توسط پرستاران در طول بستری بخصوص در بیماریهای مزمن (قلبی) مفید می باشد ولی کافی نیست و بایستی پس از ترخیص نیز ادامه یابد. لذا این روش می تواند به عنوان یک روش کم هزینه و در دسترس جهت پیگیری بیماران پس از ترخیص از بیمارستان مورد استفاده قرار گیرد.

محدودیت های پژوهش:

این مطالعه با محدودیت هایی همراه بود. یکی از محدودیت های این مطالعه نحوه انجام مصاحبه و شرایط پاسخگویی بیمار بود که می توانست در پاسخگویی او به سؤالات تأثیر داشته باشد. همچنین تعیین صحت و سقم پاسخ بیماران از

کنترل پژوهشگر خارج بود و با اعتماد به پاسخگویی آنها مداخله انجام می گرفت. برقراری تماس تلفنی از ۸ صبح الی ۸ شب نیز از دیگر محدودیت های مطالعه بود که جهت رفع این محدودیت تعیین زمان تماس با نمونه ها طبق هماهنگی قبلی و رضایت آنها انجام شد. دریافت اطلاعات از رادیو و تلویزیون، روزنامه ها و سایر منابع، خصوصیات روحی روانی متفاوت، تفاوت در انگیزه و سایر تفاوت های شخصی واحدهای مورد پژوهش (عوامل موثر در یادگیری)، از دیگر محدودیت های خارج از کنترل پژوهشگر بودند.

تشکر و قدردانی:

این مقاله منتج از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته پرستاری ویژه خانم فاطمه رازیانی است که با شماره ۵۳ ثبت و توسط معاونت پژوهشی هزینه آن پرداخت شده لذا از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه و همچنین کلیه پرسنل پرستاری بیمارستان امام رضا (ع) که در مراحل مختلف انجام این طرح ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی می گردد.

References:

1. Safari S. Cardiac rehabilitation. J Med Sci Res 462 th ed 2009:358-362. [Persian].
2. American Heart Association. International Cardiovascular Disease Statistics, Cardiovascular Disease Available from: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/international-cardiovascular-disease-statistics.pdf>. (Accessed 10 Jul 2010).
3. Zakeri moghadam M, Jalaliniya F, Cardiovascular- blood. 1 th ed. Publishing Andisheh Rafie. Tehran 2011: 148-156. [Persian].
4. Nemati M, Mirjani Branwald's heart disease.. 1th ed. Publishing Parsian Danesh, Tehran 2012: 1195-1206. [Persian].
5. Taghadosi M, Gilasi HR. The general and specific quality of life in patients with Ischemia in Kashan. J Nurs Res 2008; 3(8, 9):39-46. [Persian].
6. Hsanpour-Dehkordi A, Nazari A, Heidar-Nejad MS, Asadi-Noghabi AA, Forouzandeh N, Kasiri A, et al. Factors Influencing Quality of Life in Patients with

Myocardial Infraction. J Nurs Res 2009; 22(57): 43-52. [Persian].

7. Bagheri H, Memarian R, Alhani F. Survey the effect of group counselling on quality of life in myocardial infarction patients who have been referred to the clinics of Imam Khomeini and Shariati Hospitals in Tehran. J hakim 2003; 6(4): 89-95. [Persian].

8. Sadegh zadeh V. Effect of Education on improving the quality of life in patients with myocardial infarction Ayatollah Mousavi Hospital Znjn. ARUMS 2010; 12(3):1-9. [Persian].

9. Ali-Akbari F, Khalifehzadeh A, Parvin N. The effect of short time telephone follow-up on physical Conditions and quality of life in patients after Pacemaker implantation. JSKUMS 2009; 11(3):23-28. [Persian].

10. Mistiaen P, Poot E. Telephone follow-up, initiated by a hospital-based health professional, for Postdischarge problems in patients discharged from

hospital to home. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 18 (4): CD004510.

11. Elham M, Samadi N, Mehrnush N, Mohamad R, Zali M. Tele Nursing: Optimal Option for Patient Educational Improvement. *J Hum Cap* 2011; 13 (3):47-52. [Persian].

12. Sadeghi shermeh mehdi, Ghafouri Fatemeh, Tadrissi Seyed Davood, Tayyebi Ali. [The effect of follow-up care by telephone and short massage services on patient's quality of life after cardiac valve replacement surgery. *J Crit Care Nurs* 2013; 6(1):65-72. [Persian]

13. Parchami Araghi M, Rahnavard Z, Ahmadi Z, saki A. [Study of the Effect of Telephone Counseling by Nurse (Telenursing) on Quality of Life for Patients with Colostomies, *jccnc* 2016; 2(2):123-130. [Persian]

14. Shojaee Asma, Nehrir Batool, Naderi Nasim, Zareyan Armin. [Assessment of the effect of patient's education and telephone follow up by nurse on readmissions of the patients with heart failure. *Jccnursing*. 2013; 6(1):29-38. [Persian]

15- Montazeri A, Gashtasebi A, Vahedani nia M. Translation and determine the reliability and validity of the Persian standard tools SF-36. *payeshjournal* 2005; (11):49. [Persian].

16- Shafipour V, Shafipour L Jafari H. The effect of the Cardiac Rehabilitation Program on the quality of

life in patients with myocardial infarction. *Amuj* 2011; 14 (5):34-42. [Persian].

17- Holmes M, Stommel M, Corse Olmo A, Holtrop G, Dunn S. Does outpatient telephone coaching add to hospital quality improvement following hospitalization for acute coronary syndrome? *J Gen intern Med* 2008; 23(9):1464-1470.

18- Furuya RK, Mata LR, Veras VS, Appoloni AH, Dantas RA, Silveira RC, Rossi LA. Telephone follow up for patients after myocardial revascularization: a systematic review. *Am J Nurs* 2013; 113(5): 28-31.

19- Jolly K, Taylor RS, Lip GY, Davies M, Davis R, Mant J, et al. A randomized trial of the addition of home-based exercise to specialist heart failure nurse care: the Birmingham Rehabilitation Uptake Maximisation study for patients with Congestive Heart Failure study. *Eur J Heart Fail* 2009; 11(2): 13-25.

20- kotb A, Hsieh S, George A. The effect of telephone support interventions on coronary artery disease (CAD) patient outcomes during cardiac rehabilitation: A systematic review and Meta-analysis. *PLoS ONE* 2014; 5: 1-13.

The Effect of Nurse Telephone Follow up Care on Quality of Life in Patients with Acute Coronary Syndrome after Discharge

Raziani Fatemeh¹,
Naderipour Arsalan², Jalali
Rostam³, Rezaie Mansour⁴,
Sabour Bizhan², Mohammadi
Rohollah¹

1. Imam Reza Hospital,
Kermanshah University of
Medical Sciences, Kermanshah,
Iran

2. Emergency Medicine
Department, Paramedical
School, Kermanshah University
of Medical Sciences,
Kermanshah, Iran.

3. Department of Nursing,
Faculty of Nursing and
Midwifery, Kermanshah
University of Medical Sciences,
Kermanshah, Iran.

4. Department of Biostatistics,
School of Public Health,
Kermanshah University of
Medical Sciences, Kermanshah,
Iran.

***Corresponding Author:**

Iran, Kermanshah, Kermanshah
University of Medical Sciences,
Paramedical School, Emergency
Medicine Department

Email: naderipoura@yahoo.com

Abstract

Introduction: One of the most effective rehabilitation is phase discharge training and post-discharge telephone follow-up by nurses. The aim of this study was to investigate the effect of nurse's telephone follow up care on quality of life in patients with acute coronary syndrome after discharge in Kermanshah Imam Reza hospital in 2015.

Methods: This clinical trial, was performed on 78 patients with acute coronary syndrome randomly were divided into two intervention and control groups. The data collected by demographic data collection form and quality of life questionnaire SF-36. Data were analyzed by using t-test, Wilcoxon, Mann Whitney with SPSS software (version 21).

Results: There was a significant difference between the mean scores of the intervention group before and after nurse telephone intervention ($P < 001$). There was no significant difference between the two groups before and after the based on general psychological health and general health ($p > 0/05$). Based on dimensions of quality of life, mean scores in intervention and control groups after the intervention, there was statistically significant difference in physical function, dimensions social functioning, pain, impairment of role due to physical and emotional health, energy / fatigue and emotional ($P < 001$).

Conclusion: Telephone follow-up after discharge by the nurses on the quality of life in patients with acute coronary syndrome is effective and as a low-cost method available, it is recommended to improve the quality of life of these patients.

Key words: Nurse Telephone Follow up care, Quality of life, Acute coronary syndrome.

How to cite this article

Raziani F, Naderipour A, Jalali R, Rezaie M, Sabur B, Mohammadi R. The effect of duration of using cochlear implant and hearing aid on the speech intelligibility of children with hearing loss. J Clin Res Paramed Sci 2017; 6(2):300-309