

بررسی تأثیر به کارگیری مدل مراقبتی مشارکتی بر کیفیت زندگی مصدومین شیمیایی مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه

*سید پدا.. حسینی^۱، دکتر محمد علی خوشنویس^۲

چکیده

مقدمه: بیماریهای مزمن انسدادی ریه شایعترین اختلال ناشی از مواجهه با گازهای شیمیایی مخصوصاً خردل می باشد. این مطالعه به منظور بررسی تأثیر بکارگیری مدل مراقبتی مشارکتی بر کیفیت زندگی مصدومین شیمیایی مبتلا به انسدادی مزمن ریه در بیمارستان ساسان شهر تهران انجام گرفته است.

روش بررسی: تعداد ۳۶ بیمار در گروه سنی ۳۰ تا ۵۴ سال در نظر گرفته شد. مشکلات مراقبتی و نیز کیفیت زندگی قبل از انجام مداخله با استفاده از پرسشنامه طراحی شده و پرسشنامه استاندارد SF-36 بررسی شد. در ارزیابی نهایی برای سنجش تأثیر اجرای مدل مراقبتی مشارکتی بر میزان کنترل عوارض و علائم و همچنین تغییر کیفیت زندگی، بیماران مجدداً این متغیرها مورد ارزیابی قرار گرفتند. پس از اتمام مراحل اجرایی جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم افزار SPSS استفاده شد.

یافته ها: در بررسی کیفیت زندگی در زیر بدهای برآیند قبل و پس از مداخله شامل عملکرد فیزیکی، محدودیت نقش فیزیکی و درد قبل و پس از مداخله، آزمون آماری تی زوجی اختلاف معنی داری نشان داده است. ($p < 0.05$) همچنین در بررسی میانگین نمره کیفیت زندگی در زیر بدهای برآیند روانی قبل و پس از مداخله شامل سلامت روانی، محدودیت نقش روانی و عملکرد اجتماعی، آزمون آماری تی زوجی اختلاف معنی داری نشان داده است. ($p < 0.05$) بررسی نمره کل کیفیت زندگی قبل و پس از مداخله نشان دهنده آن است که میزان این متغیر نیز از ۲۹/۷ به ۳۴/۳ افزایش یافته است. آزمون آماری تی زوجی اختلاف معنی داری نشان داده است ($p < 0.001$).

بحث: بنابراین براساس نتایج داده ها و یافته ها می توان ادعا کرد که فرضیه پژوهش تأیید گردیده است. مطمئناً اجرای مدل به صورت عملی و با امکانات مناسب و در زمان طولانی تر می تواند آثار خود را به صورت مشهود و قابل ملاحظه نشان دهد و تأثیر خود را حتی در مواردی از قبیل بهبود الگوی داروهای مصرفی بیماران و کاهش عوارضی از قبیل عفونت های تنفسی، سطح فعالیت و در نهایت بهبود وضعیت تنفسی بیماران نیز نمایان کند.

کلمات کلیدی: مصدومین شیمیایی، کیفیت زندگی، مدل مراقبتی مشارکتی، بیماری انسدادی مزمن ریه.

اهمیت بکارگیری مدل در پرستاری

مقدمه

حرفه پرستاری در سال‌های اخیر بر آن بوده است تا اساس ارایه مراقبت‌ها را بر نتایج تحقیقات استوار کند و امتحان و بکارگیری مدل‌ها از گام‌های مهم و اساسی در ابعاد عملکردی آموزشی و تحقیقاتی، تلاشی برای حصول این اهداف می‌باشد. تئوری‌های پرستاری موجب تسهیل یادگیری دانشجویان، کمک به بررسی وضعیت بیماران، برقراری ارتباط مفید و معنی‌دار بین پرستاران، تعیین اهداف مراقبتی، بهبود کیفیت مراقبت و راهنمایی و شفاف‌سازی فعالیت‌ها می‌گردد. مدل‌ها بیانگر افکار و عقاید پرستاران در مورد مددجویان است و به منزله‌ی تابلوهای راهنمایی عملکرد، در فعالیت‌های بالینی، آموزشی و پژوهشی پرستاران است [۴].

مدل مراقبتی مشارکتی

مدل مراقبتی مشارکتی برای اولین بار در سال ۱۳۸۰ در دانشگاه تربیت مدرس توسط دکتر عیسی محمدی در گروه پرستاری طراحی و برای کنترل فشارخون بالا در شهرستان بابل ارزشیابی و اجرا گردید. در این مدل در واقع به استخدام درآوردن نظریه مشارکت در مراقبت و پرستاری و به‌عبارتی تئوری‌ریزه کردن مشارکت در فرآیند مراقبت برای اولین بار صورت گرفته است.

مراقبت مشارکتی عبارت است از فرآیند منظم برقراری ارتباط مؤثر متقابل و پویا بین مددجو (بعنوان مشارکت مددجو) و ارایه‌کنندگان خدمات بهداشتی و مراقبتی (به‌عنوان مشارکت‌کننده) در جهت درک و شناخت بیشتر نیازها و مشکلات به‌منظور کنترل بیماری و برانگیختن و درگیر ساختن مددجویان [۵].

روش بررسی

این پژوهش یک پژوهش نیمه تجربی است که در آن گروه کنترل و آزمون یکی هستند. در این پژوهش تأثیر متغیر مستقل اجرای مدل مراقبتی مشارکتی بر متغیر وابسته‌ی کیفیت زندگی

برای نخستین بار سلاح‌های شیمیایی در ماه آوریل ۱۹۱۵ توسط آلمان مورد استفاده قرار گرفت که در این حمله شش هزار سیلندر حاوی گاز برای مسموم کردن نیروهای مقابل به کار گرفته شد؛ که در نتیجه‌ی آن ۵۰۰۰ نفر از نیروهای متفقین به هلاکت رسیدند [۳].

در جنگ تحمیلی عراق علیه ایران علی‌رغم قرارداد ژوئن ژنو در خصوص ممنوعیت استفاده از جنگ‌افزارهای شیمیایی، دشمن شروع به استفاده از سلاح‌های شیمیایی نمود.

طبق آمار معاونت درمان بنیاد جانبازان تعداد ۶۵ هزار نفر بیمار شیمیایی در کشور وجود دارد که از این تعداد فقط ۴۵ هزار نفر دارای پرونده کلینیکی می‌باشند [۲].

پژوهش نشان می‌دهد که اکثر مصدومین شیمیایی گاز خردل بعد از ناراحتی اولیه بهبودی می‌یابند ولی علایم ریوی مربوط به برونشیت مزمن ممکن است سال‌ها ادامه یابد.

مطالعات اسپیرومتری نشان می‌دهد که درصد بالایی از مصدومین شیمیایی دچار مشکلات انسدادی و محدودکننده‌ی ریوی می‌باشند. یش مست نهی (۱۳۶۷) بر روی ۶۷۴ نفر مصدوم شیمیایی مطالعه اسپیرومتری انجام داد و نتیجه‌گیری کرد که ۸۴ درصد افراد دچار عوارض تنفسی هستند که ۵۱/۶ درصد آن اختلالات انسدادی مزمن ریوی، ۱۸/۵ درصد اختلالات انسدادی و محدودکننده‌ی ریوی و ۱۳/۹ درصد اختلالات محدودکننده‌ی ریوی داشتند [۳].

در میان بیماری‌های ایجاد شده بر اثر مسمومیت با گازهای شیمیایی به‌خصوص گاز خردل بیماری انسدادی مزمن ریوی (COPD) از همه شایع‌تر است. علایم این بیماری همچون خستگی عضلات تنفسی، تنگی نفس، کاهش تهویه ریوی، کاهش اکسیژن خون و احتباس CO_2 باعث نارسایی در عملکرد ریوی شده که هم کیفیت زندگی و هم سبک زندگی افراد را به مخاطره می‌افکند.

درد بدنی (۲ سؤال) و بهداشت روانی افراد (۵ سؤال) می‌باشد [۷].

اجرای مراحل مداخله براساس مدل

پس از کسب موافقت نمونه‌ها برای شرکت در این پژوهش در ابتدا با استفاده از پرسشنامه‌های دموگرافیک و ارزیابی اولیه، ویژگی‌های بیماران و نیز نوع مشکلات و عوارض ایجاد شده برای بیمار تعیین گردید.

سپس پرسشنامه‌ی سنجش کیفیت زندگی توسط پژوهشگر با روش راهنمای مصاحبه تکمیل گردید. پایان این مرحله راه را برای انجام مداخله براساس ساختار تدوین شده مدل باز نمود. در برآورد اولیه‌ای که از امکانات زمانی و موقعیت‌های لازم برای انجام مراحل اصلی مداخله توسط پژوهشگر و پزشک مشاور تحقیق به عمل آمد، یک فاصله سه ماهه برای انجام مداخله از زمان انجام اندازه‌گیری اولیه جهت انجام ویزیت‌های مشارکتی آموزشی و ویزیت‌های پیگیری مقرر گردید. در این فاصله زمانی هر مددجو پنج بار ویزیت شد.

اولین مرحله در مدل مراقبتی مشارکتی انگیزش است بهترین مکانیسم برای ایجاد انگیزش آگاه ساختن بیماران نسبت به وضع موجود در مورد عواقب و پیامدهای خطرناک احتمالی برای آنهاست.

آماده‌سازی، مرحله دوم مدل به‌منظور ایجاد زمینه‌ی تدوین برنامه مناسب برای درگیر شدن همه اعضای تیم مشارکت یعنی مددجو، پرستار و پزشک می‌باشد. از آنجا که اقدامات جهت درگیر ساختن و مشارکت منطقی همه اعضای خصوصاً مددجو در فرآیند درمان و مراقبت لازم است، نوع فعالیت‌ها، رابطه آن با مسئولیت‌ها و وظایف افراد با توجه به توانایی‌ها و مهارت‌ها و آمادگی‌های آنها مشخص و تعریف گردد.

مورد بررسی قرار می‌گیرد. در پژوهش تک گروهی با طرح آزمون قبل و بعد، متغیر وابسته قبل از مداخله‌ی متغیر مستقل مورد سنجش قرار می‌گیرد؛ سپس متغیر مستقل اعمال می‌گردد و بعد از گذشت مدت زمان مناسب مجدداً متغیر وابسته اندازه‌گیری می‌شود [۶].

جامعه مورد مطالعه در این تحقیق مصدومین شیمیایی مبتلا به بیماری انسدادی مزمن ریه ساکن شهر تهران و دارای سابقه درمانی در بیمارستان ساسان هستند.

نمونه‌گیری در این پژوهش مبنی بر هدف بوده و نمونه‌ها با استفاده از نتایج تحقیقی که در سال ۱۳۷۳ توسط شهرداری برای بررسی تأثیر آموزش مراقبت از خود بر وضعیت تنفسی مصدومین شیمیایی مبتلا به COPD انجام گرفت. در پژوهش فوق با توجه به مشخصات واحد پژوهش و بر اساس مطالعه راهنمای انجام شده با انحراف معیار وضعیت تنفسی ۰/۶ و با دقت خطای ۲٪ و ضریب اطمینان ۹۵٪ برابر ۱/۹۶ تعداد ۳۶ نفر برآورد گردید.

به علت مراجعه مصدومین شیمیایی به درمانگاه بیمارستان ساسان شهر تهران، محیط پژوهش بیمارستان ساسان تهران می‌باشد.

در این پژوهش ابزار گردآوری اطلاعات شامل دو پرسشنامه می‌باشد:

۱- پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و تعیین مشکلات مراقبتی که بر اساس کتب و مقالات و رویکرد مدل مراقبتی تهیه شده است.

۲- پرسشنامه استاندارد SF-36 می‌باشد که در واقع شامل ۳۶ سؤال برای سنجش کیفیت در ۸ بعد: وضعیت سلامت عمومی (۶ سؤال)، عملکرد فیزیکی (۱۰ سؤال)، محدودیت عملکرد جسمی (۴ سؤال)، محدودیت عملکرد روانی (۲ سؤال)، فعالیت‌های اجتماعی (۲ سؤال)، نیروی حیات و انرژی (۴ سؤال)،

کیفیت زندگی بیماران قبل و بعد از مداخله، از آزمون آماری تی‌زوجی استفاده گردید.

ج- برای بررسی رابطه بین فاکتورهای دموگرافیک کمی با کیفیت زندگی، از آزمون‌های همبستگی استفاده شده است.

د- برای بررسی رابطه بین فاکتورهای کیفی با کیفیت زندگی، از آزمون آماری آنالیز و ارزیابی یک طرفه استفاده شده است.

یافته‌ها

نمودار شماره (۱) توزیع فراوانی نسبی سن و ارتباط آن با کیفیت زندگی در افراد تحت مطالعه می‌باشد. میانگین سنی نمونه‌ها ۴۰/۱ سال می‌باشد. هر چند بیماری مزمن انسدادی ریه در سنین بالا و اکثراً در دهه‌های پنجم و ششم بروز می‌کند اما این بیماری در میان جانبازان شیمیایی در سنین پایین‌تر بروز کرده است و این به دلیل حضور بیشتر جوانان در صفحه‌های جنگ تحمیلی بوده است.

از طرفی سن یکی از فاکتورهای تأثیرگذار بر شدت بیماری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه می‌باشد. براساس نتایج این نمودار در گروه‌های سنی پنجگانه با افزایش سن کیفیت زندگی کاهش می‌یابد. آزمون آماری همبستگی پیرسون با $p < 0/5$ رابطه معنی‌داری بین کیفیت زندگی بیماران در گروه‌های سنی نشان می‌دهد.

نمودار شماره (۲) شامل بررسی میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی در زیربدهای برآیند فیزیکی قبل و پس از مداخله.

بررسی داده‌ها در این جدول نشان‌دهنده میانگین نمره کیفیت زندگی در برآیند اجزای فیزیکی شامل عملکرد فیزیکی، محدودیت نقش فیزیکی و درد قبل و پس از مداخله می‌باشد. آزمون آماری تی‌زوجی اختلاف معنی‌داری در متغیرهای مذکور قبل و پس از مداخله نشان داده است ($p < 0/5$). این نتایج نشان‌دهنده‌ی تأثیر مثبت اجرای مدل بر کیفیت زندگی این بیماران می‌باشد. در بررسی کیفیت زندگی در قالب فرم استاندارد SF-36 دو زیر بعد روانی و فیزیکی به‌عنوان اجزای عمده و

مراحل قبلی برای زمینه‌سازی این مرحله بود. در واقع این مرحله یکی از مهم‌ترین و حساس‌ترین هدف‌های راهبردی مدل است. مراحل درگیرسازی عبارتند از:

۱- تعیین مسؤول اصلی تیم مراقبت و مشارکت؛
۲- توافق اعضای تیم با تفویض مسؤولیت و همکاری با مسؤول گروه؛
۳- اجرای برنامه با برقراری و انجام ویزیت‌های آموزشی و پیگیری؛

۴- برای تحقق کنترل و بررسی‌های منظم و دوره‌ای می‌توان از یک دفترچه و یا چارت‌هایی برای ثبت بروز و میزان کنترل عوارض و علایم بیماری استفاده نمود؛

۵- میانگین شاخص‌های کنترل بیماری از جمله تعدیل عوامل خطر ساز و کاهش عوارض بیماری باید به‌صورت بازخورد در هر ویزیت، پیگیری و به مددجو منعکس شود.

ارزشیابی

ارزیابی مرحله در ابتدا و انتهای هر ویزیت انجام گرفت و در ارزیابی نهایی برای سنجش تأثیر اجرای مدل مراقبتی مشارکتی بر میزان کنترل عوارض و علایم و همچنین کیفیت زندگی بیماران، این موارد مجدداً توسط ابزارهای از پیش گفته شده در گروه مورد مطالعه سنجیده شد.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

پس از اتمام مراحل اجرا و تکمیل پرسشنامه‌ها جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

در این پژوهش جهت تجزیه تحلیل اطلاعات و طبقه‌بندی آنها از روش‌های زیر استفاده شده است:

الف- برای توصیف مشخصات واحدها، از آمار توصیفی شامل جداول توزیع فراوانی نمودارها و سایر شاخص‌های پراکندگی و مرکزی استفاده شده است.

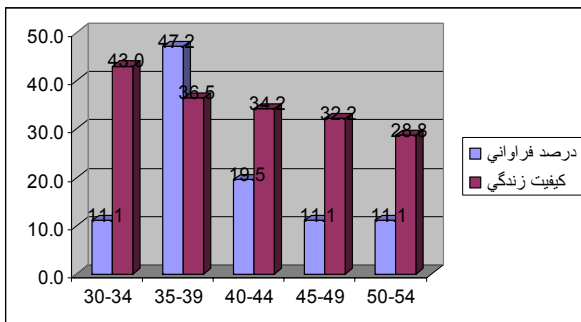
ب- برای بررسی تأثیر اجرای مدل مراقبتی مشارکتی بر

داده‌ها در این جدول نشان‌دهنده آن است که میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی در برآیند اجزای روانی قبل و پس از مداخله از ۲۸/۹ به ۳۴/۷ افزایش یافته است. آزمون آماری تی‌زوجی اختلاف معنی‌داری در متغیر مذکور قبل و پس از مداخله نشان داده است ($P=0$).

جدول شماره (۳) شامل بررسی میانگین نمره کل کیفیت زندگی قبل و پس از مداخله می‌باشد. بررسی داده‌ها در این جدول نشان‌دهنده آن است که میانگین نمره‌ی کل کیفیت زندگی قبل و پس از مداخله از ۲۹/۷ به ۳۴/۳ افزایش یافته است. آزمون آماری تی‌زوجی اختلاف معنی‌داری در متغیر مذکور قبل و پس از مداخله نشان داده است ($P=0$).

بحث و نتیجه‌گیری

با نگاهی گذرا به بررسی و تحلیل داده‌ها و یافته‌های بدست آمده در قسمت قبل مشخص می‌گردد که با ارایه مراقبت بر اساس مدل مراقبتی مشارکتی میزان کیفیت زندگی در ابعاد فیزیکی روانی و در بعد کلی بهبود معنی‌داری حاصل گردید و می‌توان ادعا کرد که فرضیه پژوهشی تأیید گردیده است.



نمودار شماره ۱- توزیع فراوانی نسبی سن و ارتباط آن با کیفیت زندگی در افراد مطالعه

با توجه به جدول فوق، افراد تحت مطالعه در ۵ گروه سنی تقسیم شده‌اند. بر اساس جدول مذکور گروه‌های سنی ۳۹-۳۵، بیشترین و گروه‌های سنی ۵۴-۵۰ و ۴۹-۴۵ به ترتیب کمترین فراوانی را دارند. میانگین سنی نمونه‌ها ۴۰/۱ سال می‌باشد. آزمون آماری همبستگی پیرسون با $P<0.05$ رابطه معنی‌داری بین کیفیت زندگی بیماران در گروه‌های سنی نشان داد.

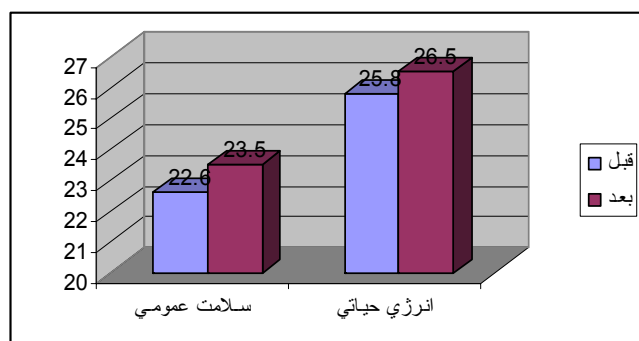
تشکیل دهنده‌ی کیفیت زندگی معرفی شده‌اند و این بعد به لحاظ اهمیت کاملاً برابر و دارای ارزش یکسان تلقی شده است. نمودار شماره (۳) بیانگر بررسی میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی در زیر بعدهای برآیند روانی قبل و پس از مداخله می‌باشد. بررسی داده‌ها در این نمودار نشان‌دهنده میانگین نمره کیفیت زندگی در برآیند اجزای روانی شامل عملکرد روانی، محدودیت نقش روانی و عملکرد اجتماعی قبل و پس از مداخله می‌باشد. آزمون آماری تی‌زوجی اختلاف معنی‌داری در متغیرهای مذکور قبل و پس از مداخله نشان داده است. ($P<0/05$) همانطور که ملاحظه می‌شود کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در سه بعد سلامت روانی، محدودیت نقش روانی و عملکرد اجتماعی در این نمودار مقایسه شده است. این ابعاد خود زیر مجموعه کیفیت زندگی در برآیند اجزای روانی است.

نمودار شماره (۴) بررسی میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی در ابعاد سلامت عمومی و انرژی حیاتی قبل و پس از مداخله بررسی داده‌ها در این نمودار نشان‌دهنده میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی در ابعاد سلامت عمومی و انرژی حیاتی قبل و پس از مداخله می‌باشد. آزمون آماری تی‌زوجی اختلاف معنی‌داری در متغیرهای مذکور قبل و پس از مداخله نشان داده است ($P<0/05$).

سلامت عمومی و انرژی حیاتی از ابعاد فرعی می‌باشند که در برآوردهای نمره کل کیفیت زندگی در ابعاد فیزیکی و روانی دارای ارزش و تأثیر معادل می‌باشند.

جدول شماره (۱) شامل جدول بررسی میانگین نمره کیفیت زندگی در برآیند اجزای فیزیکی قبل و پس از مداخله می‌باشد بررسی داده‌ها در این جدول نشان‌دهنده آن است که میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی در برآیند اجزای فیزیکی قبل و پس از مداخله از ۴۴/۶ به ۴۹/۹ افزایش یافته است. آزمون آماری تی‌زوجی اختلاف معنی‌داری در متغیر مذکور قبل و پس از مداخله نشان داده است ($P=0$).

جدول شماره (۲) شامل بررسی میانگین نمره کیفیت زندگی در برآیند اجزای روانی قبل و پس از مداخله می‌باشد. بررسی



نمودار ۴- بررسی میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی در ابعاد سلامت عمومی و انرژی حیاتی قبل و پس از مداخله

بررسی داده‌ها در این نمودار نشان دهنده میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی در ابعاد سلامت عمومی و انرژی حیاتی قبل و پس از مداخله می‌باشد. آزمون آماری تی زوجی اختلاف معنی‌داری در متغیرهای مذکور قبل و پس از مداخله نشان داده است. ($P < 0.05$)

جدول ۵- بررسی میانگین نمره کیفیت زندگی در برآیند اجزای فیزیکی قبل و پس از مداخله

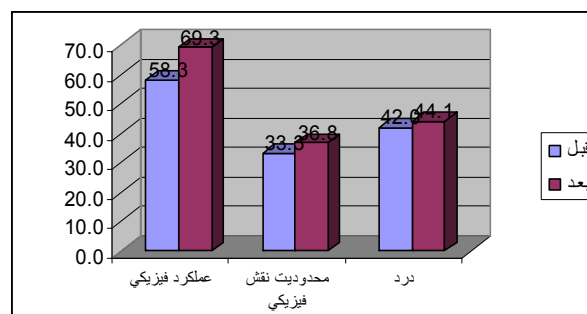
	قبل	بعد
برآیند اجزای فیزیکی	۴۴/۶	۴۹/۹

بررسی داده‌ها در این جدول نشان دهنده آن است که میانگین نمره کیفیت زندگی در برآیند اجزای فیزیکی قبل و پس از مداخله از ۴۴/۶ به ۴۹/۹ افزایش یافته است. آزمون آماری تی زوجی اختلاف معنی‌داری در متغیرهای مذکور قبل و پس از مداخله نشان داده است. ($P = 0.00$)

جدول ۶- بررسی میانگین نمره کیفیت زندگی در برآیند اجزای روانی قبل و پس از مداخله

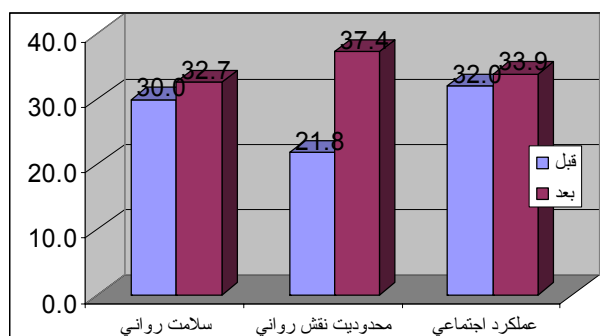
	قبل	بعد
برآیند اجزای روانی	۲۸/۱	۳۴/۷

بررسی داده‌ها در این جدول نشان دهنده آن است که میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی در برآیند اجزای روانی قبل و پس از مداخله از ۲۸/۱ به ۳۴/۷ افزایش یافته است. آزمون آماری تی زوجی اختلاف معنی‌داری در متغیرهای مذکور قبل و پس از مداخله نشان داده است. ($P = 0.00$)



نمودار ۲- بررسی میانگین نمره کیفیت در زیر بعدهای برآیند فیزیکی قبل و پس از مداخله

بررسی داده‌ها در این جدول نشان دهنده میانگین نمره کیفیت زندگی در برآیند اجزای فیزیکی، محدودیت نقش فیزیکی و درد قبل و پس از مداخله می‌باشد. آزمون آماری تی زوجی اختلاف معنی‌داری در متغیرهای مذکور قبل و پس از مداخله نشان داده است. ($P < 0.05$)



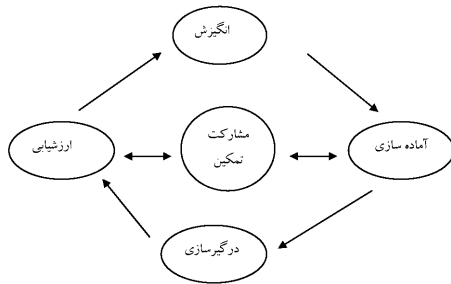
نمودار ۳- بررسی میانگین نمره کیفیت زندگی در زیر بعدهای برآیند روانی قبل و پس از مداخله

بررسی داده‌ها در این نمودار نشان دهنده میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی در برآیند اجزای روانی شامل سلامت روانی، محدودیت نقش روانی و عملکرد اجتماعی قبل و پس از مداخله می‌باشد. آزمون آماری تی زوجی اختلاف معنی‌داری در متغیرهای مذکور قبل و پس از مداخله نشان داده است. ($P < 0.05$)

جدول ۷- بررسی میانگین نمره‌ی کل کیفیت زندگی قبل و پس از مداخله

	قبل	بعد
نمره‌ی کل کیفیت زندگی	۲۹/۷	۳۴/۳

نمودار ارتباط متقابل مراحل، اجزا و اهداف مدل با یکدیگر



بررسی داده‌ها در این جدول نشان‌دهنده‌ی آن است که میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی قبل و پس از مداخله از ۲۹/۷ به ۳۴/۳ افزایش یافته است. آزمون آماری تی زوجی اختلاف معنی‌داری در متغیرهای مذکور قبل و پس از مداخله نشان داده است. (P=0.00)

مراحل و نحوه ارتباط متقابل آنها با یکدیگر را شماتیک اینگونه نمایش داد:

مراجع

۱. قنبرزاده، محسن. مقایسه اثر دو نوع برنامه‌ی ویژه‌ی تمرین روی تی زوجی اسپرومتری و تحمل به فعالیت در مصدومین شیمیایی جنگی استان خوزستان. پایان‌نامه‌ی دکتری تربیت بدنی و علوم ورزش دانشگاه تربیت مدرس. ۱۳۸۱.
۲. محمدیان، معصومه. بررسی تأثیر طب فشاری به مشکلات تنفسی مصدومین شیمیایی مراجعه‌کننده به کلینیک بیمارستان ساسان تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری دانشگاه بقیه‌ا... ۱۳۸۱.
۳. میش مست نهی، قاسمعلی. بررسی پارامترهای اسپرومتری در مجروحین جنگی. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس. ۱۳۶۷.
۴. معماریان، ربابه. کاربرد مفاهیم و نظریه‌های پرستاری. تهران، مرکز نشر آثار علمی دانشگاه تربیت مدرس. ۱۳۷۸. صفحه ۳۸.
۵. محمدی، عیسی. طراحی و ارزشیابی مدل مراقبتی مشارکتی برای کنترل فشارخون بالا. پایان‌نامه‌ی دکتری پرستاری دانشگاه تربیت مدرس تهران ۱۳۸۰.
6. Noncy, Burns, Susan. K. Grove. The practice of nursing researeh. 7th ed. P: 262
7. Jenikson Coulter A, wright L. short from 36(SF36) health survey questionnaire: hormative data for adults of working age. 1999, 737-40.

A Survey of the effect of partnership care modle on quality of life of chemical Victims Suffering From COPD

Abstract

Introduction: COPD is the commonest sequela of exposure to chemical agents, especially mustard gas.

Materials and methods: This is a pre experimental study whose case and control groups are the same. This study has been done to investigate the effect of implementation of partnership Care Modle on the quality of life of the chemical victims suffering from COPD in Sasan hospital in Tehran. A physician confirmed COPD and the ability of self-care for patients.

Results: we studied 60 patients aging between 30 and 54. Care problems and quality of life in groups were assessed with SF-36 questionnaire and a designed questionnaire. In the final evaluation for determination of the effect of intervention on signs and sequelae of disease and measuring quality of life, these variables were assessed again. After implementation of a model the data were analyzed using SPSS.

$P > 0.05$ obtained from paired t test revealed significant difference between quality of life before and after intervention in physical components including physical function, role limitation, physical and somatic pain. Investigation of quality of life in emotional component includes: emotional health, role Imitation emotional and social function with paired t test showed significant difference before and after intervention as the same ($P > 0.05$). Similarly, measurement of total quality of life showed that this variable has increased from 29.7 to 34.3 and paired t test showed significant difference. ($P > 0.05$)

Conclusion: Data analysis confirmed the hypothesis of this study. Certainly, implementation of this model in reality with better facilities and adequate time will show considerable results in use of drugs pattern and will reduce sequelae of disease like pulmonary infections, improvement of activities and will finally improve pulmonary function.

Keywords: Nursing care model- Chemical victims- Partnership- Quality of life- COPD.

Hoseini Y M.S.

IRIAF Health Administration

Hkoshnevis M.A M.D.

Baghiyatallah hospital