



تأثیر الگوی توانمندسازی مراقبین خانگی بیماران نارسایی قلبی بر پذیرش مجدد بیمارستانی و مراجعه مجدد به پزشک در یک دوره ۹ ماهه

شهریار صالحی^{۱*}، حسینعلی مهرعلیان^۲، سیدعلی محمد هاشمی نیا^۳

۱- دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد- دانشجوی دکتری آموزش پرستاری- مربی.

۲- دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد- دانشکده پرستاری و مامایی- مربی.

۳- دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد- دانشکده پرستاری و مامایی- مربی.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۸/۱۰، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۲/۴

چکیده

مقدمه: توانمندکردن مراقبین خانگی یکی از اقدامات مؤثر در بهبود خودمراقبتی و کاهش پذیرش مجدد و مراجعه به پزشک در بیماران نارسایی قلبی است. هدف از این پژوهش بررسی تأثیر الگوی توانمندسازی مراقبین خانگی بیماران نارسایی قلبی بر پذیرش مجدد بیمارستانی و مراجعه مجدد به پزشک در یک دوره ۹ ماهه بوده است.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی یک سو کور با حجم نمونه ۹۷ نفر از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی که با نمونه‌گیری به روش قابل دسترس انتخاب و سپس به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمون و شاهد قرار گرفتند. چک لیست نیازهای مراقبتی بیماران نارسایی قلبی و مراقبین آنها در منزل مبنای مداخلات آموزشی و مراقبتی در این مطالعه بوده، مداخلات آموزشی و مراقبتی به صورت تئوری، عملی و ارایه فیلم و کتابچه آموزشی با بستری شدن بیمار شروع و سپس با ویزیت در منزل ادامه یافته است. تأثیر مداخلات انجام شده بر پذیرش مجدد بیمارستانی و مراجعه مجدد به پزشک در دو گروه آزمون و شاهد مورد بررسی قرار گرفت. داده‌ها با استفاده نرم‌افزار SPSS و آزمون آماری تی مستقل، آزمون دقیق فیشر، آزمون خی دو و آمار توصیفی تجزیه و تحلیل گردید.

نتایج: میانگین پذیرش مجدد در گروه آزمون $1/01 \pm 1/65$ و در گروه شاهد $1/07 \pm 2/74$ و میانگین مراجعه به پزشک در گروه آزمون $1/24 \pm 2/73$ و در گروه شاهد $2/94 \pm 3/32$ بوده و آزمون تی مستقل در میانگین پذیرش مجدد با $P=0/01$ و در میانگین مراجعه به پزشک با $P=0/009$ در دو گروه معنی‌دار بوده است.

نتیجه‌گیری: توجه به نیازهای مراقبین بیماران همراه با توانمندی آنان در فرآیند مراقبت ضمن اینکه ارایه مراقبت بهتر جهت بیماران را فراهم می‌کند، زمینه‌ساز کاهش پذیرش مجدد بیمارستانی و مراجعه آنان به مراکز درمانی خواهد بود.

واژه‌های کلیدی: نارسایی قلبی، پذیرش مجدد بیمارستانی و درمانگاهی، توانمندسازی، مراقبین خانگی.

*نویسنده مسئول: شهرکرد، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، رحمتیه، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه آموزشی پرستاری داخلی و جراحی، تلفن: ۰۹۱۳۱۸۳۵۱۱۸، شماره: ۰۳۸۳۳۳۵۶۵۴، Email: sh.salehitali@skums.ac.ir, salehi.tali47@gmail.com

ارجاع: صالحی شهریار، مهرعلیان حسینعلی، محمد هاشمی نیا سیدعلی. تأثیر الگوی توانمندسازی مراقبین خانگی بیماران نارسایی قلبی بر پذیرش مجدد بیمارستانی و مراجعه مجدد به پزشک در یک دوره ۹ ماهه. مجله دانش و تندرستی ۱۱(۳):۱-۷.

مقدمه

طبق برآوردهای انجام شده حدود ۱ درصد از جمعیت بالای ۵۰ سال و ۱۰ درصد جمعیت سالمند بالای ۸۰ سال به بیماری نارسایی قلبی مبتلا هستند (۱). نارسایی قلبی یکی از شایع‌ترین اختلالات قلبی-عروق در سراسر دنیا است (۲). میزان بروز و شیوع این بیماری با افزایش سن ارتباط مستقیم دارد (۳) و یکی از مهمترین دلایل بستری افراد مسن در بیمارستان است (۴). میزان مرگ و میر ۵ ساله این بیماری در زنان ۴۵٪ و در مردان ۶۰٪ گزارش شده است (۵). بر اساس تحقیقات انجام شده در کشور آمریکا ۴۰-۵۰٪ از بیماران نارسایی قلبی پس از ترخیص از بیمارستان مجدداً با همان مشکل بستری و هزینه سنگینی بر سیستم درمانی اعمال می‌کنند (۱). این بیماری به‌طور قابل توجهی بر عملکرد جسمی، فیزیولوژیک، اجتماعی و فعالیت‌های معمول زندگی افراد اثرگذار بوده به‌طوری‌که با تشدید علائم بیماری، بیماران به‌طور مکرر در بیمارستان بستری شده و هزینه سنگینی به خانواده و جامعه تحمیل می‌کنند (۲). مدیریت درمان‌های پزشکی، ویزیت‌های کلینیک، بستری شدن در بیمارستان زمینه‌ساز استرس‌های شدید بر خانواده و مراقبین بیماران است (۶). همچنین با پذیرش مکرر بیمار در بیمارستان ضمن اختلال در استحکام خانواده، عملکرد و برنامه‌ریزی اعضای خانواده نیز مختل خواهد شد (۷).

پذیرش و برگشت بیماران نارسایی قلبی به بیمارستان یکی از مشکلات عمده بهداشتی در جامعه امروزی است (۸). از عوامل مؤثر در پذیرش مجدد بیمارستانی این بیماران می‌توان به عوارض ناشی از بیماری و عدم رعایت مناسب رژیم دارویی و غذایی اشاره کرد که عمدتاً مربوط به کمبود آگاهی و نقص اطلاعات در زمینه علائم، عود، سیر بالینی و پیشرفت بیماری در بیماران و مراقبین آنها است (۹). گرچه ضعف خود مراقبتی زمینه‌ساز پذیرش مجدد بیمارستانی در این بیماران است (۱۰)، اما کیفیت مراقبت از بیمار در خانواده معیاری بسیار اثرگذار است (۷)، که این کیفیت تابع سلامت روانی و جسمی مراقب و همچنین میزان دانش و قدرت مدیریت او در اداره بیمار است (۱۱).

امروزه بی‌توجهی به آموزش و توانمندی بیماران و مراقبین آنها در بالین مهمترین نقص در استراتژی‌های درمانی و مراقبتی است که زمینه برگشت این بیماران به بیمارستان و مراکز درمانی است (۱۲). ارتقاء دانش و آگاهی و همچنین توانمند کردن مراقبین با آموزش و مراقبت پیگیر بعد از ترخیص از بیمارستان در زمینه بیماری، داروهای مصرفی، رژیم غذایی و نیازهای مراقبتی موردنیاز در منزل برای بیماران تحت مراقبت یک ضرورت انکارناپذیر است (۱۳). تحقیقات نشان می‌دهد که آموزش مستمر همراه با توانمند کردن مراقبین درگیر با بیمار در پذیرش مجدد و کاهش مرگ‌ومیر این بیماران تأثیر قابل

توجهی داشته است (۱). اساس درمان در بیماران نارسایی قلبی مبتنی بر تغییرات سبک زندگی و درمان عوامل زمینه‌ای است، به‌طوری‌که تغییر در سبک زندگی علائم بالینی را تخفیف داده و ضمن بهبود کیفیت زندگی در مددجویان سرعت پیشرفت بیماری را کم می‌کند (۱۴). لزوم تغییر در شیوه زندگی در بیماران قلبی مستلزم پیگیری برنامه مراقبتی و آموزش بیماران و اعضای خانواده درگیر با بیمار توسط تیم بهداشتی به‌خصوص پرستاران است (۱۵). به‌طوری‌که مداخلات مراقبتی و آموزشی پرستاران متخصص در مراقبت‌های قلبی به ۲۰۰ خانواده دارای بیمار نارسایی قلبی در یک دوره یک ساله، با کاهش پذیرش بیمارستانی و هزینه درمانی مواجهه بوده است (۱۶).

مداخلات آموزشی توسط سایر اعضای تیم سلامت برای بیماران و مراقبین آنها اثرگذار بوده است. مطالعه هولاند بیانگر آن بوده که مداخلات چند جانبه به‌خصوص آموزش و یادآوری در زمینه داروهای مصرفی، نوع و میزان فعالیت، رژیم غذایی و کنترل منظم وزن در بیماران نارسایی قلبی توسط تیم درمانی به سرپرستی متخصص دارویی به‌طور مستمر در یک دوره ۶ ماهه با کاهش پذیرش بیمارستانی، مراجعه به پزشک و کاهش مرگ و میر در بیماران مواجهه بوده، زمینه‌ساز افزایش رضایتمندی در بیماران شده است (۱۷).

اما این سؤال مطرح است که آیا توانمند کردن مراقبین و توجه به نیازهای آموزشی آنها در فرهنگ سلامتی ایران بر هزینه‌های درمانی، پذیرش بیمارستانی و مراجعه به مراکز درمانی بیماران تحت مراقبت اثرگذار است. جهت پاسخ به این سوال این پژوهش با هدف تأثیر الگوی توانمندسازی مراقبین خانگی بیماران نارسایی قلبی بر پذیرش مجدد بیمارستانی و مراجعه به پزشک در یک دوره ۹ ماهه در بیماران نارسایی قلبی ترخیص شده از بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه کارآزمایی بالینی یک سو کور به شماره ثبت (IRCT2013012612279N1) می‌باشد. که در سال ۱۳۹۰ در بیمارستان هاجر وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد انجام گرفت. حجم نمونه در این مطالعه ۹۷ نفر از بیماران مبتلابه نارسایی احتقانی قلب که با نمونه‌گیری به‌روش قابل دسترس انتخاب و سپس در صورت داشتن شرایط مطالعه و با در نظر گرفتن متغیرهایی چون سن، جنس، سطح تحصیلات، محل زندگی، سابقه بستری، درجه نارسایی قلبی و میزان کسر تخلیه به‌صورت تصادفی ساده بر اساس جدول اعداد تصادفی در یکی از گروه‌های آزمون و یا شاهد قرار گرفته‌اند. شرایط ورود به مطالعه مبتنی بر وجود اکوکاردیوگرافی در پرونده بستری و میزان کسر تخلیه پایین‌تر از ۴۵٪ (۱۸)، تشخیص نارسایی قلبی

او مورد ارزیابی قرار گرفت مدت زمان هر جلسه متناسب با نیاز مراقب بوده است. برگه ثبت پذیرش مجدد و مراجعه به پزشک که از مراقب خواسته شده بود در صورتی که بعد از ترخیص از بیمارستان دو باره بیمار او بستری مجدد شده و یا به پزشک معالج مراجعه کرده در آن برگه با تاریخ موردنظر ثبت کند را در آخرین مرحله پیگیری در منزل از بیماران گروه آزمون و در پایان ۹ ماه از ترخیص از بیماران گروه شاهد که به صورت تلفنی با تیم تحقیق در ارتباط بودند دریافت گردید. اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون‌های آماری تحلیلی تی مستقل، آزمون خی دو و آزمون دقیق فیشر و آزمون‌های آماری توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

۷۳/۵٪ گروه آزمون و ۸۴٪ گروه شاهد دارای کسر تخلیه (۴۵٪ - ۳۵٪) بوده. میانگین سنی بیماران در گروه آزمون $۱۱/۴۷ \pm ۵۷/۶۵$ سال و در گروه شاهد $۱۴/۰۸ \pm ۵۵/۶$ سال بوده که آزمون تی مستقل با $(P=۰/۰۶)$ بیانگر عدم تفاوت آماری بین دو گروه بوده. نسبت مراقبین خانگی با بیماران شامل ۲۰٪ همسر، ۴۲٪ پسر خانواده، ۳۵٪ دختر خانواده و ۳٪ سایر اعضای خانواده بوده. سایر متغیرها چون سطح سواد، پذیرش قلبی، درجه نارسایی قلبی در جدول ۱ خلاصه شده است، گرچه مداخلات آموزشی در بیماران با درجه نارسایی قلبی درجه (۲-۳) و مراقبین با تحصیلات بالاتر اثربخش تر بوده امادر سایر متغیرها تفاوت معنی دار آماری موجود نبوده. میانگین پذیرش مجدد بیمارستانی، مراجعه به پزشک در دو گروه آزمون و گروه شاهد در جدول ۲ آورده شده است.

توسط متخصص قلب تیم تحقیق، رضایت کامل از مراجعه و پیگیری در منزل به منظور ادامه آموزش‌ها و توانمندی اعضای مراقب و یا مراقب خانگی بیمار در زمینه مراقبت‌های موردنیاز بیمار در منزل توسط تیم تحقیق بوده است. شرایط خروج از مطالعه خارج شدن از حوزه استان محل تحقیق، مسافرت طولانی مدت در فاصله طول دوره تحقیق، تحت عمل جراحی قرار گرفتن، داشتن بیماری مزمن و پیش رونده دیگر به جز نارسایی قلبی، اختلال روانی شناخته شده در مراقب خانگی بیمار بوده است. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش برگه ثبت متغیرهای دموگرافیک و برگه ثبت متغیرهای پذیرش مجدد و مراجعه مجدد به پزشک و مراکز درمانی در طی ۹ ماه بعد از ترخیص بوده، مداخلات آموزشی و مراقبتی جهت توانمند کردن مراقبین شامل آموزش در زمینه داروهای مصرفی بیمار، نوع و میزان فعالیت بیمار، رژیم غذایی، عوارض بیماری، علایم بیماری نارسایی قلبی و چگونگی تغییر رفتار و سبک زندگی بیمار باتوجه به بیماری موجود، علایم برگشت بیماری، کنترل علایم حیاتی، کنترل ورم محیطی و کنترل وزن روزانه و در نهایت مراجعه فوری به پزشک معالج در صورت بروز علایم و نشانه‌های خاصی چون تنگی نفس، ورم شدید، درد قفسه صدری که این نیازهای آموزشی مبتنی بر چک لیست نیازهای مراقبتی در منزل بیماران نارسایی قلبی و مراقبین آنها اقتباس از کتاب معتبر پرستاری برونر و ثادارت بوده است (۱۹). آموزش به صورت تئوری، عملی و ارائه فیلم و کتابچه آموزشی با بستری شدن بیمار شروع و سپس با ۴ جلسه ویزیت در منزل ادامه یافته است. در هر یک از جلسات در منزل ضمن مرور مطالب به تمام پرسش‌ها و نیازهای آموزشی مراقب از طرف تیم تحقیق پاسخ داده شد و همچنین توانمندی

جدول ۱- فراوانی نسبی و مطلق متغیرهای دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش در دو گروه آزمون و شاهد

متغیر	آزمون		شاهد		P.V
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
جنس					
مرد	۳۰	۶۱/۲	۲۷	۵۴	
زن	۱۹	۳۸/۸	۲۱	۴۶	P=۰/۳
جمع	۴۹	۱۰۰	۴۸	۱۰۰	
سطح تحصیلات					
ابتدایی	۳۸	۷۷/۵	۳۳	۶۶	
راهنمایی و متوسطه	۸	۱۶/۳۲	۱۰	۲۴	P=۰/۷
دانشگاهی	۳	۶/۱۲	۵	۱۰	
جمع	۴۹	۱۰۰	۴۸	۱۰۰	
محل زندگی					
شهر	۲۷	۵۵/۱	۳۰	۶۶	
روستا	۲۲	۴۴/۹	۱۸	۳۴	P=۰/۲
جمع	۴۹	۱۰۰	۴۸	۱۰۰	
پذیرش قلبی در طی یک سال گذشته کمتر از ۳ بار	۳۳	۶۷/۳	۳۰	۶۴	P=۰/۱

	۲۲	۱۰	۸/۲	۴	۳-۵ بار
	۱۴	۸	۲۴/۵	۱۲	بیشتر از ۵ بار
					درجه نارسایی قلبی
	۴	۲	۱۰/۲	۵	درجه ۲
P=۰/۴۳	۸۲	۳۹	۷۳/۵	۳۶	درجه ۳
	۱۴	۷	۱۶/۳	۸	درجه ۴

جدول ۲- مقایسه میانگین و انحراف معیار پذیرش مجدد، مراجعه به پزشک در واحدهای مورد پژوهش در دو گروه آزمون و شاهد

گروه متغیر	آزمون		شاهد	
	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	آزمون تی مستقل
پذیرش مجدد	۱/۶۵± ۱/۰۱	۲/۷۴± ۱/۰۷	P=۰/۰۱	
مراجعه به پزشک	۲/۷۳± ۱/۲۴	۳/۲۲± ۰/۹۴	P=۰/۰۰۹	

چگونگی فعالیت‌های ورزشی و پیاده‌روی در منزل توسط یک پرستار متخصص قلب به بیمار و مراقبین بیمار که اثربخشی آن در یک پیگیری ۱۲ ماهه بر عملکرد قلبی، کیفیت زندگی، پذیرش مجدد بیمارستانی و مرگ‌ومیر گروه آزمون نسبت به گروه شاهد مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج نشان داد که در عملکرد قلبی، مرگ‌ومیر و کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری در بین دو گروه موجود نبوده، اما میزان میانگین پذیرش بیمارستانی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد به‌طور معنی‌داری کاهش یافته است (۲۱). همسویی نتایج مطالعه ما با سایر مطالعات در فرهنگ‌های مختلف بیانگر آن است که توانمند کردن مراقبین بیمارستان و مداخلات مبتنی بر مراقبت پیگیر تأثیر به‌سزایی بر پذیرش مجدد بیمارستانی و هزینه‌های درمانی در بیمارستان نارسایی قلب داشته است.

گرچه در این مطالعه تأثیر مداخلات بر کیفیت زندگی بیمارستان مورد توجه نبوده اما سایر مطالعات منعکس‌کننده آن بوده که توجه به نیازهای آموزشی و توانمندی‌های مراقبین اثر به‌سزایی بر هزینه سلامت و کیفیت زندگی بیمارستان داشته است. مطالعه در بوز و همکاران نتایج بیانگر آن بوده که مدیریت مراقبت در بیمارستان مزمن با کاهش مرگ‌ومیر، کاهش پذیرش مجدد بیمارستانی و افزایش کیفیت زندگی بیمارستان همراه بوده است به‌طوری‌که این مدیریت مراقبت به نوعی باز طراحی مراقبت متمرکز بر توانمندی مراقبین خانگی بیمار بوده است (۲۲).

گرچه توانمندی بیمارستان و مراقبین بیشتر متمرکز بر پرستاران است و یکی از مهمترین رسالت‌های پرستاری آموزش به بیمار و مراقبین است اما مداخلات آموزشی سایر اعضای تیم سلامت در بیمارستان و مراقبین آنها می‌تواند اثرگذار باشد. درست در مطالعه هولاند و همکاران که مداخلات در گروه آزمون به‌صورت بازدید از منزل از هفته دوم تا هشتم بعد از ترخیص از بیمارستان با انجام مداخلات آموزشی چون دوره کردن داروهای مصرفی، خود مدیریت کردن علائم و نشانه‌های

نتایج آماری بیانگر عدم تفاوت معنی‌دار آماری در دو گروه از نظر سن، جنس، محل زندگی، درجه نارسایی قلبی سطح تحصیلات، پذیرش قبلی در یک سال گذشته بوده است.

نتایج آزمون تی مستقل بیانگر تفاوت معنی‌دار آماری بین دو گروه از نظر پذیرش مجدد و مراجعه به پزشک بوده است

بحث

نتایج پژوهش بیانگر آن بوده که افزایش آگاهی و دانش همراه با توانمندی مراقبتی مراقبین بیمارستان نارسایی قلبی با کاهش پذیرش بیمارستانی و مراجعه مجدد به پزشک در بیمارستان تحت مراقبت خود همراه بوده است. این نتایج می‌تواند ناشی از افزایش قدرت خود مراقبتی در مراقبین بیمارستان به دنبال رفع نیازهای آموزشی و مهارتی آنها باشد. نتایج این مطالعه با مطالعه واویراناکیس و همکاران همسو بوده که در آن مطالعه مداخلات مراقبتی و آموزشی به مدت یک سال به‌صورت تلفنی و پیگیری در منزل بر روی بیمارستان نارسایی قلبی درجه ۳ با کاهش هزینه درمانی و کاهش پذیرش بیمارستانی همراه بوده است (۱۴). همچنین مطالعه چرناچ و سچونای نشان داد که توانمند کردن مراقبین بیمارستان نارسایی قلب در منزل با کاهش پذیرش بیمارستانی و بهبود کیفیت زندگی بیمارستان همراه بوده و تیم تحقیق با توجه به نتیجه مطالعه پیشنهاد کرده که به جای آموزش بیمارستان مراقبین درگیر با بیمار توانمند گردد (۲۰).

نتیجه مطالعه نشان داد که مدیریت مراقبت به سمت توانمند کردن مراقبین در پذیرش مجدد بیمارستان اثربخش بوده به‌طوری‌که نتایج سایر مطالعات نیز تأییدکننده این فرضیه پژوهش است. در مطالعه ویلر پیگیری مراقبت‌های اولیه در یک مطالعه کار آزمایشی بالینی تصادفی شده در خانواده بیمارستان مبتلا به نارسایی قلبی به‌صورت تلفنی به مدت ۱۲ تا ۱۴ هفته بعد از ترخیص توسط دانشجویان پرستاری با کاهش پذیرش بیمارستانی در گروه آزمون نسبت به شاهد همراه بوده است (۱۶). همچنین در مطالعه دراکاپ و همکاران آموزش نوع، میزان و

امکان پذیر ساخت و همچنین از کلیه کسانی که در اجرای طرح کمال همکاری را داشته تشکر و قدردانی نمایم.

References

1. Jaarsma T, Halfens R, Tan F, Abu-Saad HH, Dracup K, Diederiks J. Self-care and quality of life in patients with advanced heart failure: the effect of a supportive educational intervention. *Heart & lung: The Journal Of Critical Care* 2000;29:319-30. doi: 10.1067/mhl.2000.108323
2. Kato N, Kinugawa K, Ito N, Yao A, Watanabe M, Imai Y, et al. Adherence to self-care behavior and factors related to this behavior among patients with heart failure in Japan. *Heart Lung* 2009;38:398-409. doi: 10.1016/j.hrtlng.2008.11.002
3. Riegel B, Driscoll A, Suwanno J, Moser DK, Lennie TA, Chung ML, et al. Heart failure self-care in developed and developing countries. *J Card Fail* 2009;15:508-16. doi: 10.1016/j.cardfail.2009.01.009
4. Peters-Klimm F, Müller-Tasch T, Schellberg D, Gensichen J, Muth C, Herzog W, et al. Rationale, design and conduct of a randomised controlled trial evaluating a primary care-based complex intervention to improve the quality of life of heart failure patients: HICMan (Heidelberg Integrated Case Management). *BMC Cardiovasc Disord* 2007;7:25.
5. Chong WF, Ding YY, Heng BH. A comparison of comorbidities obtained from hospital administrative data and medical charts in older patients with pneumonia. *BMC Health Serv Res* 2011;11:105. doi: 10.1186/1472-6963-11-105
6. Dharmarajan K, Hsieh AF, Lin Z, Bueno H, Ross JS, Horwitz LI, et al. Diagnoses and timing of 30-day readmissions after hospitalization for heart failure, acute myocardial infarction, or pneumonia. *JAMA* 2013;309:355-63. doi: 10.1001/jama.2012.216476
7. Chung ES, Bartone C, Daly K, Menon S, McDonald M. The relationship among heart failure disease management, quality of care, and hospitalizations. *J Med Pract Manage* 2015;31:172-8.
8. Ducharme A, Doyon O, White M, Rouleau JL, Brophy JM. Impact of care at a multidisciplinary congestive heart failure clinic: a randomized trial. *CMAJ* 2005;173:40-5.
9. Blue L, Lang E, McMurray JJ, Davie AP, McDonagh TA, Murdoch DR, et al. Randomised controlled trial of specialist nurse intervention in heart failure. *BMJ* 2001;323:715-8. doi: 10.1136/bmj.323.7315.715
10. Chriss PM, Sheposh J, Carlson B, Riegel B. Predictors of successful heart failure self-care maintenance in the first three months after hospitalization. *Heart Lung* 2004;33:345-53. doi: 10.1016/j.hrtlng.2004.03.004
11. Fonarow GC. How well are chronic heart failure patients being managed? *Rev Cardiovasc Med* 2006;7 Suppl 1:S3-11.
12. Fonarow GC. Strategies to improve the use of evidence-based heart failure therapies: OPTIMIZE-HF. *Rev Cardiovasc Med* 2005;5 Suppl 1:S45-54.
13. Capomolla S, Febo O, Ceresa M, Caporotondi A, Guazzotti G, La Rovere M, et al. Cost/utility ratio in chronic heart failure: comparison between heart failure management program delivered by day-hospital and usual care. *J Am Coll Cardiol* 2002;40:1259-66. doi: 10.1016/S0735-1097(02)02140-X
14. Vavouranakis I, Lambrogianakis E, Markakis G, Dermizakis A, Haroniti Z, Ninidaki C, et al. Effect of home-based intervention on hospital readmission and quality of life in middle-aged patients with severe congestive heart failure: a 12-month follow up study. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2003;2:105-11.

بیماری، دادن آموزش و آگاهی مبتنی بر تغییرات سبک زندگی متناسب با بیماری توسط تیم درمان به رهبری یک متخصص داروساز بوده نتایج بیانگر آن بوده که میزان پذیرش بیمارستانی و مرگ و میر در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد کاهش معنی دار داشته است (۱۷). در تأیید مطالب فوق مطالعات گردی بیانگر آن بوده که بیماران نارسایی قلبی و خانواده آنان در صورتی که تحت برنامه های آموزش مناسب مبتنی بر رژیم غذایی، دارویی، سطح مناسب فعالیت، تغییرات سبک زندگی و درمان دارویی مناسب قرار نگیرند ضمن تحلیل روند کیفیت زندگی زمینه برای پیشرفت بیماری همراه با افزایش مراجعه به کلینیک و پذیرش بیمارستانی آنان افزایش خواهد یافت (۲۳). در حالی که مداخلات مناسب آموزش پرستاری روند پذیرش را در بیماران معکوس خواهد کرد به طوری که مطالعه سیمون نشان داد که مداخلات آموزشی و مراقبتی در بیماران نارسایی قلبی توسط پرستاران همراه با افزایش دانش خانواده بیماران در زمینه بیماری قلبی با کاهش پذیرش مجدد و افزایش بقا مواجهه بوده است (۲۴). بنابراین می توان این طور نتیجه گرفت که جهت تأثیربخشی بهتر روند درمان و جلوگیری از پیشرفت بیماری، کاهش هزینه درمانی همراه با کاهش پذیرش بیمارستانی و ارجاع به کلینیک های درمانی روند آموزش، مراقبت مداوم و مستمر به صورت پیگیری در منزل در بیماران مزمن به خصوص بیماران قلبی توسط تیم سلامت به خصوص پرستاران امری اجتناب ناپذیر است. اما در باز طراحی مراقبتی بیماران مزمن باید به توانمند و تقویت دانش اعضای خانواده بیمار تمرکز داشت. ضمن توجه به بیمار این پتانسیل را در سرلوحه آموزش و توانمند نمودن مراقبین بیمار قرار داده چون زمینه آموزش پذیری و توانمندی آنها نسبت به خود بیمار مؤثرتر و کارا تر است. باتوجه به اینکه در فرهنگ اجتماعی ایران بازدید از منزل توسط حوزه سلامت معمول نبوده و در باور اجتماعی مردم نیست لذا پذیرش این موضوع در ابتدا به وسیله مشارکت کنندگان با مقاومت همراه بود و به عنوان یک چالش و محدودیت برای محققین بوده است. باتوجه به افزایش روز افزون بیماران قلبی به کارگیری سیستم مراقبتی مستمر و پیگیر همراه با تقویت توانمندی مراقبین خانگی بیماران مناسب ترین شیوه مدیریت مراقبت و بهترین شیوه در جهت ارتقاء و تشویق فرآیند خود مراقبتی در بیماران مزمن به خصوص بیماران نارسایی قلبی است.

تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد به شماره ۳۱۸ بوده که وظیفه خود می دانیم از همکاری صمیمانه و حمایت مالی معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد که امکان اجرای طرح تحقیقاتی فوق را

15. Herrin J, St Andre J, Kenward K, Joshi MS, Audet A-MJ, Hines SC. Community factors and hospital readmission rates. *Health Serv Res* 2015;50:20-39. doi: [10.1111/1475-6773.12177](https://doi.org/10.1111/1475-6773.12177)
16. Wheeler EC, Waterhouse JK. Telephone interventions by nursing students: improving outcomes for heart failure patients in the community. *J Community Health Nurs* 2006;23:137-46. doi: [10.1207/s15327655jchn2303_1](https://doi.org/10.1207/s15327655jchn2303_1)
17. Holland R, Brooksby I, Lenaghan E, Ashton K, Hay L, Smith R, et al. Effectiveness of visits from community pharmacists for patients with heart failure: HeartMed randomised controlled trial. *BMJ* 2007;334:1098. doi: [10.1136/bmj.39164.568183](https://doi.org/10.1136/bmj.39164.568183)
18. Hunt SA. ACC/AHA 2005 guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult: a report of the American college of cardiology/American heart association task force on practice guidelines (writing committee to update the 2001 guideline). *J Am Coll Cardiol* 2005;46:e1-82. doi: [10.1161/CIRCULATIONAHA.105.167587](https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.105.167587)
19. Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & suddarth's textbook of medical surgical nursing. 12th ed. Philadelphia: JB Lippincott Company;2012.p.1345.
20. Gerlach FM, Szecsenyi J. [Family doctor-centred care in Baden-Wuerttemberg: concept and results of a controlled evaluation study]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2013;107:365-71. doi: [10.1016/j.zefq.2013.07.002](https://doi.org/10.1016/j.zefq.2013.07.002)
21. Dracup K, Evangelista LS, Hamilton MA, Erickson V, Hage A, Moriguchi J, et al. Effects of a home-based exercise program on clinical outcomes in heart failure. *Am Heart J* 2007;154:877-83. doi: [10.1016/j.ahj.2007.07.019](https://doi.org/10.1016/j.ahj.2007.07.019)
22. Drewes HW, Steuten LMG, Lemmens LC, Baan CA, Boshuizen HC, Elissen AMJ, et al. The effectiveness of chronic care management for heart failure: meta-regression analyses to explain the heterogeneity in outcomes. *Health Serv Res* 2012;47:1926-59. doi: [10.1111/j.1475-6773.2012.01396.x](https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2012.01396.x)
23. Grady KL, Dracup K, Kennedy G, Moser DK, Piano M, Stevenson LW, et al. Team management of patients with heart failure: A statement for healthcare professionals from The Cardiovascular Nursing Council of the American Heart Association. *Circulation* 2000;102:2443-56. doi: [10.1161/01.CIR.102.19.2443](https://doi.org/10.1161/01.CIR.102.19.2443)
24. Stewart S, Horowitz JD. Home-based intervention in congestive heart failure: long-term implications on readmission and survival. *Circulation* 2002;105:2861-6. doi: [10.1161/01.CIR.0000019067.99013.67](https://doi.org/10.1161/01.CIR.0000019067.99013.67)



Effect of Family Empowerment Model on Re-Hospitalization and Outpatient Visits in a Period of Nine Months among Heart Failure Patients

Shahriar Salehi (Ph.D. Student)^{1*}, Housenali Mehralin (M.Sc.)², Ali Mohamad Hasheminia (M.Sc.)²

1- Dept. of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahre-kord University of Medical Sciences, Share-kord, Iran.

2- Dept. of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahre-kord University of Medical Sciences, Share-kord, Iran.

Received: 1 November 2015, Accepted: 23 April 2016

Abstract:

Introduction: Empowerment of home care workers is one of the effective ways of improving self-care and reducing re-admissions and outpatient visits in heart failure patients. The purpose of this paper is to study the effect of family empowerment model on re-hospitalization and outpatient visits, in a period of nine months among heart failure patients.

Methods: This study was a one-blinded randomized clinical trial with a sample size of 97 heart failure patients. The sample was randomly divided into treatment and control groups. Home care and educational interventions were based on a checklist including patients' and their home care workers' needs. Home care and educational interventions were done theoretically and practically by educational movies and training manual starting by hospitalization and then continued in home visits. The effect of interventions on re-hospitalization and outpatient visits were studied in two groups. Independent t-test, fisher exact test, chi-square test and descriptive statistics were used to analyze data by SPSS.

Results: The results indicated that the averages of re-hospitalization were 1.65 ± 1.01 and 2.74 ± 1.24 in treatment and the control group, respectively. Means of outpatient visits in treatment and control group were 2.73 ± 1.24 and 3.32 ± 0.94 . Results of t-test showed significant difference between two groups in re-hospitalization ($P=0.01$) and outpatient visits ($P=0.009$).

Conclusion: Empowering families of heart failure patients by strengthening their skills in patient care reduced hospitalization and outpatient visits.

Keyword: Heart failure, Re-admission to hospital, Family, Centered empowerment.

Conflict of Interest: No

*Corresponding author: SH. Salehi, Email: sh.salehitali@skums.ac.ir, salehi.tali47@gmail.com

Citation: Salehi Sh, Mehralin H, Hasheminia AM. Effect of family empowerment model on re-hospitalization and outpatient visits in a period of nine months among heart failure patients. Journal of Knowledge & Health 2016;11(3):1-7.