تأثیر کاربرد مدل مراقبت مشارکتی بر کیفیت زندگی بزرگسالان مبتلا به آسم

فرشته دانشی ۱
بتول پورابویلی ۲
محمدرضا شاهکر شابک ۳

چکیده

زمینه و هدف: از شاخص تینی برای ماهیت سرطانی جراحی مبتلاهای کودکی، که با وجود پیشرفت‌های پزشکی هنوزی از مشکلات عمده نظام‌های بهداشت و درمان به شمار می‌رود. از اهداف برنامه‌های مراقبت پزشکی، بهبود کیفیت زندگی است. این مطالعه به منظور ارزیابی تأثیر مدل مراقبت مشارکتی بر کیفیت زندگی بزرگسالان مبتلا به آسم، انجام شد.

روش و نحوه: این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی است. آنها در بخش‌های داخلی بیمارستان امام خمینی دانشگاه علوم پزشکی چهاردانگه، سال ۱۳۹۲ انجام شد. از بیماران مبتلا به آسم مراجعه و به ضروری متأخره به طور تصادفی به دو گروه ۴۰ نفری از ابتدا و کنون تفاوت شده. دلال تحقیق در طول سه ماه به روش آزمون شمار مراحل انگرش آماده سازی، درک‌سازی، و ارزیابی صورت گرفت. گروه کنترل مراقبتهای معمول بخش را دریافت کرده و جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه کیفیت زندگی بزرگسالان مبتلا به آسم، شامل ۴ اصلی کیفیت زندگی: جسمی، عاطفی، اجتماعی و محیطی استفاده شد. داده‌ها پس از جمع‌آوری، توسط افزایش توانایی دانشگاه اصلی کیفیت پژوهشی با بهره‌گیری تجربه تحلیل فاصله و تحلیل تفاوت بهره‌گیری (ANOVA) سنجیده شد. نتایج نشان از تفاوت‌های منظوره مربوط به پارامترهای رفتاری و اجتماعی در دو گروه آزمون و کنترل تفاوت آماری معنی‌داری دارای مشاهده شد.

کلیدواژه‌ها: مدل مراقبت مشارکتی، آسم، کیفیت زندگی

کلیدواژه‌ها: مدل مراقبت مشارکتی، آسم، کیفیت زندگی

تاریخ دریافت: ۲۴/۱۲/۹۲
تاریخ پذیرش: ۲/۳/۹۳

کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۱ استادیار مرکز تحقیقات علوم و اعمال دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران (نوبت‌های مسئول) شماره تماس: ۰۲۳۴۱۵۷۳۱۹.
Email:S_Sabzevari@kmu.ac.ir

۲ دکتر آموزش پرستاری، گروه بهداشت هملگانی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۳ کارشناسی ارشد اندام زیستی، مربی، دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، جیرفت، ایران

۴ کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی چهاردانگه، تبریز، ایران
مقدمه
آسم نوی بیماری متراوم، قابل برگشت، و آسنادی راه‌هایی است که با واکنش بیش از اندازه بروز‌های بیماری‌های گوناگون مشخص می‌گردد. این تغییرات باعث تغییر راه‌هایی و تنگی نفس بیمار می‌شود و یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن در سراسر جهان است که تقریباً ۳۰۰ میلیون نفر در سراسر جهان به یمن بیماری مبتلا هستند. این اینقدر ۱۲ درصد شامل بیماران بوده و پیش بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۵ به گسترش بیماری در ایران در کل جمعیت حداکثر درصد بروز رگیدی تا کنون مطالعات متعددی در نطق مختلف گرفته است، اما به دلیل اینکه مطالعات در نطق مختلف کشور در زمینه بیماری اکثریت گرفته‌اند که به یک روش انتقال انجام شده است، هیچ کدام به نهایی برای یک انتقال اخلاقی در کشور را در اختیار سیاست‌گذاران سلامت کشور قرار نمی‌دهد.

امروز، کیفیت زندگی به عنوان یک مکار مهم جهت مطالعه در بیماری‌های مزمن در نظر گرفته می‌شود. کیفیت زندگی به معنی احساس خوب بودن در حیطه‌های جسمانی، روحی و اجتماعی می‌باشد. آسم نموده از اختلالات است که کیفیت زندگی را در شرایط بحرانی قرار می‌دهد. از انجا که آسم یک بیماری مزمن و با هزینه درمان است، به کمک به بهبود و بهبود کیفیت زندگی به عنوان یک جزء ضروری و اساسی در درمان آن بیماران شناخته شده است. آسم یا توجه به شیوع آن، یک بیماری یک در هزینه است که خصوصی ناشی از انرژی زندگی ظرف می‌گذشته و در نتیجه باعث کاهش کیفیت زندگی در گروه پزشکی از مبتلا‌اند. می‌شود (۱). در بین اعضای تیم سلامت، با توجه به اینکه بیماران نیازمند ارتباط با بیماران و خانواده‌هایشان دردند. قادیرند با استفاده از طریق کاربرد روش‌های مناسب موجب ارتقای تولیدی اعضاً
تأثیر کاربرد مدل مرافقات مشارکتی بر کیفیت زندگی بزرگسالان مبتلا به آسم

فرشته دانش و همکاران

نداشت از پژوهش حذف می‌شود. سپس برای تخصیص افراد به دو گروه کنترل و آزمون، به منظور یکنوشته شدن شرایط تحققی از روش تخصیص تصادفی (Random allocation) که با استفاده از شماره کارت به صورت تصادفی ساده نمونه‌ها به دو گروه تقسیم شدند.

ابزار بر اثر اطلاعات شامل پرسشنامه می‌باشد که شامل بهبود های زیر است: پرسشنامه اطلاعات فردی و تبعین مشکلات مراقبتی که بر اساس منابع موجود در کتب و مقالات تهیه شد و بر اساس نظر صاحبان نظران روای‌های محتوای آن تایید شد. در این بهبود موارد مانند: سن، جنس، شغل، سطح تحصیلات، وضعیت تعلیم، سابقه مصرف میکاگر، سابقه سیگاری، شدن در بیمارستان، تعداد فرزند، آورده شده است. بخش دوم پرسشنامه شامل مسایل که آزمونی دقیق آن‌ها در چهار حیطه نسبت به پیوستگی در پیوند بین کیفیت زندگی در دو گروه کنترل و آزمون و حداکثر خطای نوع او و دوم/۱۰ و صورت گرفت و تخمین ما از انحراف معیار کیفیت زندگی در افراد مبتلا به آسم برای ۸ بود و ما به دنبال کشف حداقل ۷/۵ واحد اختلاف (d) بودیم. بنابراین حجم نمونه مورد نظر از فرمول زیر برابر است:

\[ n = \frac{\left(\frac{z_{1 - \alpha} + z_{1 - \beta}}{2}\right)^2 \sigma^2}{(d)^2} \]

سپس از بین افراد مبتلا به آسم برای تهیه پارامتر های ارائه شده در پژوهش تعداد ۸۰ نفر را به نمونه‌گیری گردیدند. این برای پیوستگی کیفیت زندگی در پیوند بین کیفیت زندگی بین بیمارستان‌ها در فاصله سنی ۴۰ تا ۶۰ سال بودند. سپس می‌باشد که آزمون‌های وزارت بهداشت توسط محققان و معلولین توانایی ذکر که در توانایی افراد کیفیت زندگی بهتر است. درآمدها در مطالعات کریمل و همکاران وویاپی و این برای پرسشنامه در کاهش شد (۲۰٪). در گروه آزمون مرحله خنثی شد: این برای افراد مبتلا به آسم ابتدا تجزیه و تحلیل مشکلات موجود و همچنین نیاز‌های موجود در انجام رفتارهای بیشتری به منظور مقابله با عوارض بیماری و ارزش‌پذیر (۱) این مطالعه به منظور تیزیت تأثیر مدل مرافقات مشارکتی بر کیفیت زندگی بزرگسالان مبتلا به آسم انجام شده است.
تشکیل پرستاری ایران

دوره ۲۷/ شماره ۸۸/ تیر ماه ۱۳۹۳

توضیح به دنیگر، شدن بیشتر در مرافقات از خود، جهت ایجاد انگیزه انجام شد. همچنین در این مرحله توضیحاتی درباره انگزش، قرارگیری، جهانگیری، آموزش و بازگردانی به دنیگر، مورد نظر بود. همچنین در این مرحله توضیحاتی درباره انگزش، مورد نظر بود. همچنین در این مرحله توضیحاتی درباره انگزش، مورد نظر بود.

درمان، پژوهشکده اورژانس و راه حل، صورت گرفت. زمان انجام هر جلسه از ویرایش و مددجویان و پژوهشگر همان‌گونه که گفته دو هفته ای براوی هر ویرایش و مددجویان درباره ممکن و احتمال ویرایش و مدیر انجام آن و لزوم ایجاد نظم و ثبت منظم تغییرات برای مطالب از توضیح داده شد. مرحله دریگر سایی با ارائه برنامه‌های آموزشی و پیگیری صورت گرفت. در این جلسات در مورد علوم خطرساز، زمین درمان، مصرف داروها، صورف داروهای استنشاقی و اسپری، هزینه غذایی، روش عملی آزمایش، استفاده از آزمایش‌ها، اجتناب از فعال‌های بدنی، گرد و غیره، داروهای پیشگیری کننده، و داروهای ایجاد کننده حملات آموزش داده شد. آموزش‌ها و توضیح‌های با زبان ساده بود و در پایان یک‌میل مدت آموزشی نیز به آنان داده می‌شد. در این مرحله سه ویرایش به فاصله دو هفته یک‌میل به این‌نگار مراجعه مددجویان به سمت‌ها و ادغام با پژوهشگر، انجام می‌شد. در این جلسات پرستاری به تعیین عوامل خطرساز و کاهش عوارض پیشگیری توجه کرد، و نتایج به صورت باز خورد به مددجوی متعکس می‌شد و ارزش‌کنترل یک بازیکن خطرات و این‌پی به آن مورد ارزیابی انگیزش و مشابه‌بودن گردید. سپس به منظور پی‌گیری و جلسه به فاصله در هفته نیز برای هر مددجو تعیین گردید. در این ویرایش‌ها ضمن بررسی مشکلات مددجویان، تایپ مثبت و منفی آموزش‌ها و اقدامات قبیل، مورد بررسی قرار گرفت و راهنمایی‌های لازم چهت

[DOI: 10.29252/ijn.27.88.1]
تأثیر کاربرد مدل مراقبت مشارکتی بر کیفیت زندگی بزرگسالان مبتلا به آسم

فشرشه دانشی و همکاران

می‌توانستند از طریق خارج شوند. قبلاً از موضع شفت و کار با داده‌ها و مسائل، به میان‌رده و کردن که هیچ آزمونی داده نشده بود در یکی از کارکنان بیمارستان داده شد.

یافته‌ها

شرکت کنندگان در این مطالعه ۱۰۰ نفر، شامل دو گروه ۹۰ نفری آزمون و کنترل بودند. آزمون آماری کای دو اختلاف معنی‌داری بین دو گروه آزمون و کنترل از نظر متغیرهای سن، جنس، سطح تحصیلات و سابقه مصرف سیگار، وضعیت تاهل، سابقه بستری، نشان‌دادن و از نظر ویژگی‌های مادکار تفاوتی نداشتند و یکسان بودند.

(جدول شماره ۱)

جدول شماره ۱: مقایسه توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدی مورد پژوهش بر حسب ویژگی‌های فردی به تفکیک گروه

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر</th>
<th>کای دو (P)</th>
<th>فراوانی (درصد)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>نیم‌های آسمان</td>
<td>۴۰/۴۸/۹</td>
<td>۲۲/۶۶/۵ (درصد)</td>
</tr>
<tr>
<td>سن</td>
<td></td>
<td>۲۲/۶۶/۵ (درصد)</td>
</tr>
<tr>
<td>تنگی سری خون</td>
<td>۵۸/۷۰/۹</td>
<td>۲۲/۶۶/۵ (درصد)</td>
</tr>
<tr>
<td>عوارض جانبی</td>
<td></td>
<td>۲۲/۶۶/۵ (درصد)</td>
</tr>
<tr>
<td>تعهدات</td>
<td></td>
<td>۲۲/۶۶/۵ (درصد)</td>
</tr>
<tr>
<td>مصرف سیگار</td>
<td></td>
<td>۲۲/۶۶/۵ (درصد)</td>
</tr>
<tr>
<td>سیگار و کشید</td>
<td></td>
<td>۲۲/۶۶/۵ (درصد)</td>
</tr>
<tr>
<td>دیابت و بیماری</td>
<td></td>
<td>۲۲/۶۶/۵ (درصد)</td>
</tr>
<tr>
<td>دانشگاهی</td>
<td></td>
<td>۲۲/۶۶/۵ (درصد)</td>
</tr>
<tr>
<td>شایع بستری</td>
<td></td>
<td>۲۲/۶۶/۵ (درصد)</td>
</tr>
<tr>
<td>شایع بستری</td>
<td></td>
<td>۲۲/۶۶/۵ (درصد)</td>
</tr>
<tr>
<td>کمتر از ۵ بار</td>
<td></td>
<td>۲۲/۶۶/۵ (درصد)</td>
</tr>
<tr>
<td>بین ۵ تا ۱۰ بار</td>
<td></td>
<td>۲۲/۶۶/۵ (درصد)</td>
</tr>
<tr>
<td>بیش از ۱۰ بار</td>
<td></td>
<td>۲۲/۶۶/۵ (درصد)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

بر اساس هدف پژوهش، ارزیابی اولیه کیفیت زندگی بر اساس هدف پژوهش، ارزیابی اولیه کیفیت زندگی قبل از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل انجام شد. میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی قبل از مداخله، میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی در مداخله و میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی در مداخله ۴۶/۳ ± ۱۲/۷ و ۴۶/۳ ± ۱۲/۷ بود.


{\text{DOI: 10.29252/ijn.27.88.1}}
بیماران (آزمی) چهار بعد اصلی جسمی، روحی روتوی و اجتماعی و محیط زندگی سنگینی شد. آزمون آماری زوجی (برای هر بعد به صورت مرحله‌ای) اختلاف را با ابعاد چهارگانه ی کیفیت زندگی تنبیه با قیل از مداخله تنش داد. همچنین بر اساس نتایج آزمون 1 مستقل اختلاف میانگین کیفیت زندگی در ابعاد چهارگانه در دو گروه آزمون و کنترل قبل از مداخله از نظر آماری معنم دار نبود (p<0.05)؛ اما پس از این که قبل از گروه معنی دار بود (p<0.05)، تمام نتایج فوق تنش‌آمی بهبود کیفیت زندگی در هر چهار بعد است (جدول شماره 2).

جدول شماره 2: مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اسم قبل و بعد از مداخله در دو گروه کنترل و آزمون به تفکیک

<table>
<thead>
<tr>
<th>ابعاد کیفیت زندگی</th>
<th>انحراف معیار میانگین</th>
<th>کنترل (n=40)</th>
<th>آزمون (n=40)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>بعد جسمی</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>قبل از مداخله</td>
<td>3/01±1/3</td>
<td></td>
<td>1/30±2/4</td>
</tr>
<tr>
<td>بعد مداخله</td>
<td>0/88±0/0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>بعد روحی</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>قبل از مداخله</td>
<td>9/61±3/8</td>
<td></td>
<td>1/01±4/6</td>
</tr>
<tr>
<td>بعد مداخله</td>
<td>0/83±0/0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>بعد اجتماعی</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>قبل از مداخله</td>
<td>5/81±3/2</td>
<td></td>
<td>9/71±4/8</td>
</tr>
<tr>
<td>بعد مداخله</td>
<td>0/33±0/0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>بعد محیطی</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>قبل از مداخله</td>
<td>1/37±4/5</td>
<td></td>
<td>15/92±4/8</td>
</tr>
<tr>
<td>بعد مداخله</td>
<td>0/66±0/0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>کل</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>قبل از مداخله</td>
<td>1/11±4/3</td>
<td></td>
<td>4/71±12/2</td>
</tr>
<tr>
<td>بعد مداخله</td>
<td>0/87±0/0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
تأثیر کاربرد مدل مراقبت مشارکتی بر کیفیت زندگی بیرگسالان مبتلا به آسم

همچنین بر اساس تجرب جدول شماره 3 بین بهبود کیفیت زندگی در گروه آزون و ویژگی‌های فردی شرکت کنندگان ارتباط معنی داری وجود نداشت (p>0.05).

جدول شماره 3: مقایسه میانگین نمره بهبود کیفیت زندگی (اختلاف کیفیت زندگی پس از مداخله و قبل از مداخله) در گروه آزون و برحسب ویژگی‌های فردی

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر</th>
<th>گروه آزون (n=40)</th>
<th>mean±SD</th>
<th>تعداد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>جنس</td>
<td>زن</td>
<td>26±2</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>مرد</td>
<td>30±9</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>سن</td>
<td>زیر 30 سال</td>
<td>37±9</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>31-40 سال</td>
<td>24±6</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>41-50 سال</td>
<td>21±6</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>51 سال و بیشتر</td>
<td>23±7</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>وضعیت تاهل</td>
<td>مجرد</td>
<td>26±7</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>مناهل</td>
<td>35±8</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>تحصیلات</td>
<td>سیگار و کمتر</td>
<td>28±8</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>دیپلم و پایین‌تر</td>
<td>24±6</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>دانشگاهی</td>
<td>27±6</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>مصرف سیگار</td>
<td>سیگار</td>
<td>28±7</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>خیار</td>
<td>29±6</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>کمتر از 5 بار</td>
<td>سابقه بستری</td>
<td>28±7</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>بیشتر از 5 بار</td>
<td>28±6</td>
<td>16</td>
</tr>
</tbody>
</table>

بحث و نتیجه گیری

امروزه توجه به کیفیت زندگی در بیماران آسیب باعث بهبود کیفیت زندگی در این بیماران شده است. نتایج مطالعات نشان می‌دهد که کیفیت زندگی می‌تواند به عنوان نشان‌دهنده کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و جزئی از برنامه‌ی درمان بیماران محصور شود و اندازه‌گیری آن در بیماران می‌تواند اطلاعات بیشتری در مورد وضعیت سلامت بیماران در اختیار بیمارستان قرار دهد. مطالعاتی که کیفیت زندگی بیماران را مورد بررسی قرار دهند و اقداماتی که می‌توانند باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران باشند را پیشنهاد می‌دهند.

پژوهش‌های مرتبط با آن، راه‌را برای بهبود زندگی این گروه از بیماران فراهم کرده‌اند.

با نگاه به کیفیت زندگی گروه مورد بررسی قبل از مداخله مشخص می‌شود که این بیماران از کیفیت زندگی مطلق و محدود ترین نیاز دارند. در یکی از مطالعات انجام شده در مورد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم نتایج نشان داد این بیماری بر کیفیت زندگی تأثیر منفی داشته و بیشتر بیماران مورد پژوهش وضعیت نامطلوبی در ابعاد جسمی، روحی، روانی، اجتماعی و مالی زندگی داشته‌اند.

پژوهشی انجام شده در مورد بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم نیز اثبات کیفیت زندگی را متکرک شده است. Alvin و همکاران بر اساس نتایج مطالعه خود اظهار داشتند که تأثیر بیماری
در تحقیقی به روی زنان آمریکایی آفریقا تاب که مبتلا به بیماری آسم بودند و از لحاظ کنترل آسم مدیریت خویی شانه پذیرفتند و با مرگ و میر زیادی مواجه بودند به این ترتیب دست‌بافت که اگر به این افراد آموزش داده شود که در موقع تشخیص بیماری بستری شوند و رژیم درمان را به خودی رعایت کنند، کیفیت زندگی بان به طور قابل توجهی بهبود می‌یابد.
نتایج نشان دهنده بهبود کیفیت زندگی در ابعاد مختلف جسمی، روحی، اجتماعی و محسوسی بعد از مداخله در گروه آسیم بود که جوان قلب از انجام مداخله در گروه نتاخدادن نبود. این نتایج به این ترتیب، که این تفکر ناشی از تأثیر مداخله بوده است. از انجا که آسم آثار نامطلوب بر کیفیت زندگی بیماران دارد، هرگونه اقدام برای ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران از مهم‌ترین ابزار است. پیشنهاد می‌شود تأثیر این مدل در سایر بیماری‌های مزمن به منظور بهبود کیفیت زندگی آنها مورد بررسی قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود این مطالعه به حجم نمونه بیشتر به منظور بررسی تأثیر منجرگان آموزش‌های ارائه شده در مدت طولانی تری انجام شود.

نشک و قدردانی
این مقاله حاصل پانه‌نامه دانشجویی کارشناسی ارشد میکروب شناسی پزشکی برای سرپرستی منصوب شده می‌باشد. پروفسور کرمانگی با شماره ۹۴/۱۴۲۳۱۰۱۲۴۸۹ است. نویسنیان از مسئولین محترم و همه بیماران عزیز شرکت کنند، و خانواده باشی که امکان پذهش حاضر را قراراهم تمدید کمال تشرک و قدردانی را دارند.

آسم بر زندگی و احساس تندربندی فرد شدیدتر تر از خود بیماری با یک متغیر حاد دیگر همیشگی و بیماری با ایجاد محدودیت در عملکردهای مختلف بیماران معنی بر عدم رضایت آنان از زندگی می‌گردد.

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که بعد از مداخله به یک تکنیک درمانی مشترکی در گروه آسیم و نیست به گروه کنترل تغییر معنی‌داری در بهبود کیفیت زندگی بیماران آسیم می‌شود. در تحقیقی که نامی از کرمان با عنوان تأثیر آموزش مثبت بر اجرای دستورات بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم، انجام داد اجرای آموزش مثبت بر اجرای دستورات بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم تأثیر داشت. علی‌جانی نیز در بررسی تأثیر مداخله بر کیفیت زندگی کودکان مبتلا به آسیم مواردی دریافت که مدل مداخله مشارکتی بر بهبود کیفیت زندگی کودکان، سن مدرسه، جنس‌ی، میزان است. همچنین مطالعه خوشنوشی در مورد مصدوم ایده‌پذیر و مطالعه قوی‌لنگ در مورد بیماران همه‌پالایی با مطالعه حاضر مشابه دارد. به علاوه احمد تأثیر آموزش از طریق وب در روز بیماران مبتلا به آسم در کنارا مرد بررسی قرارداد و نتیجه این بود که در گروه شاهر علائم به اینکه کیفیت زندگی در حد مطلوب گزارش شده بود از لحاظ اقتصادی ۳۰۲ میلیون دلار کوتیاوا (Kotwani) صرفه جویی شده بود. (۱۸) نتایج مطالعه‌های روى ۵۰ و ۲۴ مدرد از بیماران مبتلا به آسم و گروه مشابه از جهاد سال نهان دای مدریت بیماری آسیا مطلوب و تعامل بین پزشک و بیمار ضعیف بود و همچنین کیفیت زندگی بیماران در حد متوسطی قرار داشت. اما آموزش مناسب به بیماران آنان را قادر ساخت، تا با رژیم درمانی مناسب، کیفیت زندگی آنها بهبود یابد.

فهرست منابع


The Effect of Partnership Care Model on the Quality of Life of Adults with Asthma

1 Daneshi F. Ms.  2 Sabzevari S. PhD.  3 Pooraboli B. PhD.  4 ShojaeiShahrokhhababdi M. Ms.

Abstract

Background & Aims: Asthma is one of the most common chronic diseases in the world and despite medical advances; it is still a major problem for healthcare systems. Improving the quality of life is one of the objectives of the nursing care programs. This study was done to evaluate the effect of partnership care model on the quality of life of patients with Asthma.

Material & Methods: It was a clinical trial which was conducted in 2012, in medical wards of Imam Khomeini Hospital of Jiroft University of Medical Sciences. Using convenience sampling method, 80 hospitalized patients were selected and randomly assigned into experimental and the control groups. During a period of 3 months, intervention including the stages of motivation, preparation, engagement, and evaluation was performed. The control group just received routine care. Data was collected by Quality of Life Questionnaire for adults including 26 questions on the four major dimensions of the quality of life: physical, psychological, social and living environment and was analyzed by Chi-Square, paired samples t-test, independent samples t-test and ANOVA using SPSS-PC (v.20).

Results: There was a significant difference between the two groups in terms of the mean quality of life score (from 46.3 ± 12.2 to 72.93 ± 9.2 in the experimental and 41.1 ± 13.1 to 41.5 ± 13.8 in the control group). There was also significant differences between the dimensions of quality of life including physical, psychological, social, and environmental aspects in the two groups (P<0.05).

Conclusion: According to the findings, this model could be recommended for caring of asthmatic patients.

Key words: Partnership Care Model, Asthma, Quality of life

Received: 3 March 2014
Accepted: 25 May 2014