

تأثیر بازدید از منزل بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه ترخیص شده از بیمارستان خلیج فارس بندرعباس

مریم سرگزی^۱، فرشته مظهری آزاد^{۲*}

^۱بیمارستان تأمین اجتماعی زاهدان، زاهدان، ایران؛ ^۲دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندرعباس، بندرعباس، ایران.

تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۲/۱۵

تاریخ دریافت: ۹۵/۸/۳۰

چکیده:

زمینه و هدف: با توجه به شیوع روزافزون بیماری مزمن انسدادی ریه و کاهش کیفیت زندگی این بیماران مطالعه حاضر به بررسی تأثیر بازدید از منزل بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به COPD بستری در بیمارستان خلیج فارس بندرعباس در سال ۱۳۹۴ می‌پردازد.

روش بررسی: مطالعه حاضر یک مطالعه نیمه تجربی است که در بیمارستان خلیج فارس بندرعباس در سال ۱۳۹۴ روی ۶۲ سالمند مبتلا به COPD با شدت متوسط بر اساس نتایج اسپرومتری و تشخیص پزشک متخصص انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و بررسی میزان کیفیت زندگی (SF-36) بود. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS و با استفاده از آزمون‌های تی مستقل و کای دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: بر اساس یافته‌های پژوهش بین دو گروه از نظر جنسیت ($P=0/793$)، وضعیت تأهل ($P=0/998$)، محل سکونت ($P=0/704$)، تحصیلات ($P=0/145$) و وضعیت اقتصادی ($P=0/605$) تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. نمره کل کیفیت زندگی در گروه مورد که برنامه آموزشی را دریافت کردند، نسبت به گروه شاهد تفاوت معنی‌داری داشته است ($P<0/0001$) و در گروه مورد میانگین نمره کیفیت زندگی قبل از مداخله ۵۱/۹۰ بود که پس از مداخله به میزان ۶۶/۷۳ افزایش یافت. نسبت بستری مجدد در گروه شاهد ۶۶/۷ و در گروه مورد ۵۷/۴ می‌باشد که نشان می‌دهد بازدید از منزل در کاهش بستری شدن مجدد سالمندان موثر بوده است ($P=0/028$).

نتیجه‌گیری: با توجه به این یافته‌ها، آموزش همراه با بازدید از منزل توانسته است میزان کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه را افزایش دهد. همچنین بازدید از منزل با هدف حفظ سلامت و استقلال افراد سالمند جهت جلوگیری از کار افتادگی آنان پس از ترخیص از مراکز مراقبتی یک ضرورت محسوب می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: بازدید از منزل، کیفیت زندگی، بیماری انسدادی مزمن ریوی، سالمندی.

مقدمه:

تغییرات فیزیولوژیک شناخته شده ناشی از سالمندی، میزان بیماری‌های حاد و مزمن و نیاز به مراقبت‌های بهداشتی در سالمندان افزایش می‌یابد (۴). این افزایش شیوع بیماری‌های مزمن، در جمعیت سالمند، به‌عنوان یکی از مهم‌ترین چالش‌ها برای جامعه و سیستم مراقبت‌های بهداشتی مطرح است (۵).

با توجه به پیر شدن جمعیت و اثرات تأخیری مصرف سیگار تخمین زده می‌شود، در سال ۲۰۳۰

بخش عمده‌ای از جهان به‌سرعت در حال پیر شدن است و در حالی که هر سال ۱/۷٪ به جمعیت جهان افزوده می‌شود. این افزایش برای جمعیت ۶۵ سال و بالاتر ۲/۵٪ است (۲،۱). انتظار می‌رود جمعیت سالمند ایران در آینده نه‌چندان دور افزایش قابل‌ملاحظه‌ای پیدا کند، به‌طوری‌که در سال ۱۴۲۵ به ۲۲٪ افزایش خواهد یافت و پدیده سونامی سالمندان را در ایران ایجاد خواهد کرد (۳). با بالا رفتن سن و

بیماری COPD سومین علت مرگ و میر در سطح جهان گردد (۷،۶). در ایران به طور متوسط ۱۰٪ مردم به بیماری مزمن انسدادی ریه مبتلا هستند که با توجه شرایط آب و هوایی شیوع آن بین ۱٪ تا ۴۰٪ متغیر است (۸). بیماری مزمن انسدادی ریه با محدودیت راه‌هایی هوایی مشخص می‌شود؛ به طوری که این محدودیت به طور کامل برگشت پذیر نیست. این بیماری اثری و تحت تأثیر عوامل محیطی می‌باشد و در صورت عدم درمان به نارسایی تنفسی منجر می‌شود (۹،۸). نتایج مطالعات نشان می‌دهد که COPD در سالمندان شیوع بیشتری دارد و میزان بروز عوارض و مرگ و میر ناشی از بیماری در سالمندان بیشتر است (۱۱،۱۰). نتایج مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که در کشورهای در حال توسعه علاوه بر استعمال سیگار، استنشاق دودهای حاصل از سوخت مواد به ویژه در زنانی که در خانه‌های فاقد تهویه مناسب به پخت و پز می‌پردازند، به عنوان یک عامل خطر بالقوه در ابتلاء به COPD مطرح است. همچنین تماس‌های شغلی در مشاغل خاص مانند کشاورزی، کار در معادن زغال سنگ و نانوایی به شیوه سنتی نیز از جمله عوامل خطر ابتلاء به این بیماری می‌باشد (۱۲،۱۰،۷). اکثر تحقیقات بیانگر آن است که اثرات زیان بار گردوغبار بر سلامت شدیدتر از دیگر آلاینده‌های هوا است، زیرا این ذرات به طور عمیق تر به داخل ریه‌ها استنشاق می‌شوند (۱۳). وجود ریسک فاکتورهای متعدد در بندرعباس نظیر پالایشگاه، فولاد هرمزگان، نیروگاه‌های برق و شرایط آب و هوایی حاکم بر منطقه و تجربه ی پژوهشگر از آمار بالای بستری سالمندان مبتلا به COPD در بیمارستان بیانگر شیوع بالای بیماری در این منطقه می‌باشد.

مطالعات روی سالمندان مبتلا به بیماری‌های تنفسی مزمن نشان می‌دهد که آنان در کیفیت زندگی مشکل دارند (۸). اهمیت کیفیت زندگی و وضعیت سلامت تا حدی است که صاحب نظران، تمرکز مراقبت‌های قرن حاضر را بهبود کیفیت زندگی بیان کرده‌اند (۱۵،۱۴). در COPD کسر بزرگی از تنفس را

فضای مرده تشکیل می‌دهد؛ بنابراین بسیاری از فعالیت این بیماران محدود و باعث کاهش کیفیت زندگی آن‌ها می‌گردد. برای ارتقا کیفیت زندگی لازم است بیماران وضعیت تنفسی مناسبی داشته باشند (۸). در حال حاضر چالش عمده، چگونگی بهبود سلامت در همه جنبه‌ها و ارتقا کیفیت زندگی در سنین سالمندی است (۱۶). باقری و همکاران نشان دادند که شرایط مزمن با ابعاد جسمی کیفیت زندگی ارتباط دارد (۸).

اگرچه مبتلایان به COPD کاهش کیفیت زندگی را تجربه می‌کنند، اما برخی از فاکتورها مانند افسردگی، کم تحرکی، تنگی نفس و عدم حمایت‌های اجتماعی تأثیر منفی بر کیفیت زندگی مبتلایان می‌گذارد (۱۷). مطالعات نشان می‌دهد که وضعیت بالینی و کیفیت زندگی تحت تأثیر یکدیگر قرار می‌گیرند (۱۵). در گذشته اقدامات درمانی در بیماران COPD بر پیشگیری و اجتناب از بدتر شدن وضعیت بیماری به وسیله دارو و بدون توجه به نیازهای بیمار متمرکز بود. در صورتی که امروزه آموزش با هدف حفظ حداکثر سطح استقلال و عملکرد فرد در جامعه می‌باشد.

بازدید از منزل و ارتقای خودمراقبتی با تأکید بر حضور و مشارکت بیمار و خانواده هدف نهایی مراقبت‌های بهداشتی جامعه‌نگر می‌باشد. این خدمات به سبب ارزان بودن، قابلیت اجرا، تأمین آسایش مددجو، کاهش بستری‌های مجدد و برقراری ارتباط بین بیمارستان و جامعه از ارزشمندترین خدمات مراقبتی محسوب می‌گردد و مبتلایان به بیماری‌های مزمن، افراد معلول و سالمندان بهترین گیرندگان این خدمات می‌باشند (۱۸). یکی از اهداف بازدید از منزل ارتقا بیمار در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی است تا فرد بتواند از عهده نیازهای روزانه خود برآمده و به حداکثر سطح استقلال ممکن برسد. پرستار می‌تواند با آموزش به بیمار و خانواده در بازدید از منزل نقش مهمی در این زمینه ایفا کند.

با توجه به کاهش کیفیت زندگی این افراد انجام تحقیق در این زمینه ضروری است؛ زیرا میزان تغییرات

معیارهای خروج از پژوهش عدم تمایل واحدهای مورد پژوهش جهت ادامه شرکت در مطالعه و تبدیل بیماری از شدت کم و متوسط به شدید و نارسایی تنفسی، مسافرت طولانی بیش از دو ماه در طول انجام مطالعه و بستری شدن به علت بیماری دیگر بود.

بازدید از منزل در گروه مورد در طی ۳ مرحله ماه اول، ماه سوم و ماه پنجم پس از ترخیص انجام شد. مداخلات آموزشی شامل، آموزش در زمینه تمرینات تنفسی، داروهای مصرفی، نوع و میزان فعالیت، رژیم غذایی، عوارض بیماری، علائم بیماری نارسایی تنفسی، چگونگی تغییر در رفتار و سبک زندگی، نیازهای آموزشی بیماران مبتلا COPD، علائم عود بیماری و مراجعه فوری به پزشک معالج بود. همچنین در زمان ترخیص و در طی بازدید از منزل که توسط شخص پژوهشگر انجام گرفت. کتابچه آموزشی مشتمل بر تمام موارد ذکر شده همراه با تاریخ مراجعت به منزل به گروه تحت آموزش تحویل شد. با توجه به سطح سواد پایین و سن بالای افراد مورد مطالعه، سعی شد آموزش‌ها به زبان ساده ارائه شود و همچنین آموزش‌ها علاوه بر سالمند، به افرادی که با وی زندگی می‌نمودند داده شد. هر بازدید حدود ۲ ساعت طول می‌کشید. محقق در فواصل بازدید از منزل هر دو هفته یکبار جهت پیگیری وضعیت بیماری و پاسخ‌گویی به سوالات احتمالی افراد گروه مورد با آنان تماس تلفنی می‌گرفت.

بازار گردآوری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه دو قسمتی بود که قسمت اول شامل اطلاعات دموگرافیک و وضعیت بالینی بیماری بود که با مصاحبه و مطالعه پرونده تکمیل شد. برای به دست آوردن اعتبار علمی پرسشنامه از روش اعتبار محتوی و برای تعیین پایایی پرسشنامه از روش آزمون مجدد استفاده شد ($r=0.95$). پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی SF-36 دارای ۳۶ آیتیم در ۸ بعد (عملکرد جسمی، محدودیت فعالیت به دنبال مشکل جسمی، محدودیت فعالیت به دنبال مشکل روحی، انرژی و خستگی، سلامت روانی، عملکرد اجتماعی، درد جسمی و سلامت عمومی)

در کیفیت زندگی بیماران با شدت و طول مدت داروهای مصرفی بیمار رابطه دارد. به نظر می‌رسد با انجام مداخلات مراقبتی و آموزشی به صورت بازدید از منزل بتوان کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به COPD را ارتقا داد. در حال حاضر یکی از مسئولیت‌های مهم پرستاران ارتقا آگاهی و کیفیت زندگی بیماران از طریق آموزش و مراقبت پیگیر پس از ترخیص از بیمارستان است (۱۹)؛ لذا این مطالعه با هدف تعیین تأثیر بازدید از منزل بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به (COPD) در بندرعباس در سال ۱۳۹۴ انجام شد.

روش بررسی:

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی است که در بیمارستان خلیج فارس بندرعباس در سال ۱۳۹۴ انجام گرفت. جامعه پژوهش را در این مطالعه ۶۲ سالمند مبتلا به COPD بستری در بخش‌های داخلی بیمارستان خلیج فارس (تأمین اجتماعی) تشکیل می‌دادند. معیارهای ورود به مطالعه شامل، بستری شدن در بیمارستان با تشخیص COPD (بر اساس نتایج اسپرومتری قبلی $FEV1/FVC < 70\%$ ، علائم بالینی و تأیید پزشک متخصص)، سن بالای ۶۰ سال، مبتلا نبودن به بیماری زمینه‌ای دیگر (بیماری قلبی، سرطان، دیابت و ...)، هوشیار بودن و داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن بیمار یا یکی از نزدیکان وی بود. سپس بیماران واجد شرایط با روش نمونه‌گیری در دسترس و معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شدند. تمام اطلاعات شرکت‌کنندگان اعم از نام، شماره تلفن، آدرس و ... محرمانه باقی ماند و شرکت‌کنندگان در هر مرحله از پژوهش حق کناره‌گیری از مطالعه را داشتند. هنگامی که بیماران در بیمارستان بستری بودند، توضیحات لازم درخصوص مراحل تحقیق به آن داده و رضایت‌نامه آگاهانه جهت شرکت در پژوهش از آن‌ها اخذ گردید سپس پژوهشگر بیماران را در دو گروه مورد و شاهد براساس شماره تخت (زوج و فرد بودن) قرار داد.

شاهد، بیشترین فروانی مربوط به سطح تحصیلات ابتدایی و راهنمایی بود. از نظر وضعیت اقتصادی، ۵۱/۷٪ از گروه مورد و ۵۰٪ از گروه شاهد استقلال مالی داشتند و ۴۸/۳٪ در گروه مورد و ۵۰٪ در گروه شاهد، از نظر وضعیت مالی استقلال کامل نداشتند و به دیگران وابسته بودند. آزمون‌های کای اسکور بیانگر عدم وجود تفاوت معنی‌دار بین دو گروه از نظر جنسیت ($P=0/793$)، وضعیت تأهل ($P=0/998$)، محل سکونت ($P=0/704$)، تحصیلات ($P=0/145$) و وضعیت اقتصادی ($P=0/605$) بود.

یافته‌های پژوهش نشان داد، در گروه شاهد میانگین نمره کیفیت زندگی قبل از مداخله $42/57 \pm 17/45$ و پس از آن $44/24 \pm 15/89$ بود. در گروه مورد میانگین نمره کیفیت زندگی قبل از مداخله $47/22 \pm 16/64$ و پس از آن $60/86 \pm 14/69$ بود. در گروه شاهد، در بعد جسمانی، تنها در خرده مقیاس درد جسمی تفاوت معنی‌داری در قبل و بعد از مداخله مشاهده شد ($P=0/003$). در گروه مورد در تمام خرده مقیاس‌های بعد جسمانی، اختلاف معنی‌دار آماری در قبل و بعد از مداخله مشاهده گردید (جدول شماره ۱ و ۲). ۶ ماه پس از بازدید از منزل و آموزش، مقایسه میانگین‌ها در دو گروه نشان می‌دهد که کیفیت زندگی بیماران گروه آزمون نسبت به گروه شاهد در طول ۶ ماه به طور معنی‌داری افزایش یافته است ($P < 0/0001$) (جدول شماره ۳).

می‌باشد که روایی و پایایی آن در مطالعات انجام شده در ایران سنجیده شده است (۲۰). رفیعی و همکاران پایایی این پرسشنامه را بررسی کردند و در تحلیل درونی، آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۹۳ به دست آمد (۲۱). پرسشنامه کیفیت زندگی در دو مرحله، روز ترخیص و ۶ ماه بعد از ترخیص توسط پژوهشگر در دو گروه اجرا و نمره گذاری شد و داده‌ها با نرم‌افزار SPSS و با استفاده از آزمون‌های تی مستقل و کای دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و سطح معنی‌داری نیز کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها:

از ۶۲ سالمند مورد بررسی، ۳۱ نفر در گروه مورد و ۳۱ نفر در گروه شاهد در این مطالعه تا پایان همکاری داشتند. میانگین سنی گروه مورد $60/8 \pm 13/19$ سال و میانگین سنی گروه شاهد $60/76 \pm 13/56$ سال بود. در این مطالعه، در گروه مورد ۴۰٪ نمونه را زنان و ۶۰٪ را مردان و در گروه شاهد نیز ۴۱٪ را زنان و ۵۹٪ را مردان تشکیل دادند. از نظر وضعیت تأهل در هر دو گروه مورد و شاهد، ۹۰٪ افراد متأهل و ۱۰٪ نیز افرادی که همسرشان فوت شده بود، نمونه مورد نظر را تشکیل می‌دادند. در هر دو گروه بیش از ۷۰٪ نمونه‌ها شهرنشین بودند. از نظر سطح تحصیلات نیز در هر دو گروه مورد و

جدول شماره ۱: میانگین نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به COPD در گروه شاهد

P	شاهد		ابعاد کیفیت زندگی
	بعد از مداخله	قبل از مداخله	
	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	
۰/۶۳۱	$37 \pm 25/68$	$41/17 \pm 25/55$	عملکرد جسمی
۰/۵۶۷	$37/50 \pm 31/99$	$33/67 \pm 25/12$	بعد جسمانی
۰/۰۰۳	$65/42 \pm 17/58$	$50 \pm 21/02$	درد جسمی
۰/۳۳۳	$48/67 \pm 6/01$	$48/33 \pm 12/48$	سلامت عمومی
۰/۰۰۸	$38/05 \pm 6/84$	$45/83 \pm 14/15$	نشاط
۰/۰۱۰	$36/93 \pm 5/63$	$42 \pm 12/51$	بعد روانی
۰/۳۴۳	$55/83 \pm 8/52$	$52/47 \pm 15/84$	عملکرد اجتماعی
۰/۲۰۶	$34/11 \pm 24/94$	$27/12 \pm 13/33$	مشکلات روحی
---	$44/24 \pm 15/89$	$42/57 \pm 17/45$	میانگین نمره کل کیفیت زندگی

جدول شماره ۲: میانگین نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به COPD در گروه مورد

P	آزمون		ابعاد کیفیت زندگی
	قبل از مداخله	بعد از مداخله	
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	
۰/۰۰۱	۷۷/۳۳±۱۷/۹۴	۵۰/۸۳±۲۱/۰۵	عملکرد جسمی
۰/۰۰۱	۶۶/۹۰±۲۵/۱۰	۴۴/۳۳±۲۵/۷۲	بعد جسمانی
۰/۰۰۱	۷۶/۶۷±۱۲/۶۰	۴۵/۴۲±۱۲/۹۲	درد جسمی
۰/۰۱۰	۵۳/۸۳±۹/۳۵	۴۷/۵۰±۹/۷۲	سلامت عمومی
۰/۸۹۷	۴۷/۸۳±۹/۴۴	۴۷/۵۰±۱۳/۲۴	نشاط
۰/۴۷۱	۴۴±۱۱/۱۱	۴۵/۴۷±۱۲/۶۲	بعد روانی
۰/۳۸۴	۵۳/۳۳±۶/۵۱	۵۵±۱۲/۱۱	عملکرد اجتماعی
۰/۰۰۱	۶۶/۹۶±۲۵/۴۷	۴۱/۷۲±۲۵/۷۹	مشکلات روحی
---	۶۰/۸۶±۱۴/۶۹	۴۷/۲۲±۱۶/۶۴	میانگین نمره کل کیفیت زندگی

جدول شماره ۳: مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی بیماران مبتلا به COPD بعد از مداخله در گروه مورد و شاهد

P	گروه‌ها		نمره کیفیت زندگی
	شاهد	مورد	
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	
۰/۰۰۰۱	۴۷/۱۴±۲۰/۳۱	۶۸/۶۸±۱۶/۲۵	بعد جسمانی
۰/۰۰۱	۴۱/۳۴±۱۱/۴۸	۵۳/۰۳±۱۳/۱۳	بعد روانی
۰/۰۰۰۱	۴۴/۲۴±۱۵/۸۹	۶۰/۸۶±۱۴/۶۹	نمره کل

آزمون کای اسکوئر استفاده شد که بر این اساس نسبت بستری شدن در دو گروه معنی‌دار بود ($P=۰/۰۲۸$). به عبارتی می‌توان گفت که بازدید از منزل در کاهش بستری شدن مجدد سالمندان موثر بوده است.

چنانچه از جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود، نسبت بستری مجدد در گروه شاهد ۶۶/۷ و در گروه مورد ۵۷/۴ می‌باشد که نسبت بستری شدن مجدد در گروه شاهد بیشتر از گروه مورد است. به منظور مقایسه نسبت بستری شدن مجدد در بین دو گروه، از

جدول شماره ۴: مقایسه بستری شدن مجدد در گروه مورد و شاهد

P	گروه‌ها		بستری مجدد
	شاهد	مورد	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
۰/۰۲۸	۲۰ (۶۶/۷)	۲۷ (۵۷/۴)	بلی
	۱۰ (۳۳/۳)	۳ (۲۳/۱)	خیر

بحث:

کیفیت زندگی آنان همراه است. مقایسه میانگین‌ها در دو گروه مورد و شاهد نشان می‌دهد که کیفیت زندگی

یافته‌ها نشان داد اجرای برنامه بازدید از منزل در مددجویان مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه، با ارتقا

بیماران گروه آزمون نسبت به گروه شاهد در طول ۶ ماه به طور معنی داری افزایش یافته است. در همین راستا میرباقر آجرپز و رضایی گزارش کردند که بازتوانی در منزل بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه موثر است (۲۲). Riario-Sforza و همکاران، نیز با بررسی تأثیر برنامه بازتوانی ریه در ۲۴۸ بیمار مبتلا به COPD نشان دادند که به دنبال بازتوانی ریه، وضعیت بالینی و کیفیت زندگی بیماران بهتر می شود (۲۳). نتایج مطالعه Brophy و همکاران نیز نشان می دهد که برنامه های توانبخشی، وضعیت بالینی، مراقبت از خود و کیفیت زندگی این بیماران را ارتقا می دهد (۲۴)؛ بنابراین اجرای برنامه های آموزشی مستمر در این بیماران ضروری به نظر می رسد، زیرا آن ها پس از ترخیص از بیمارستان به تدریج توصیه های درمانی و مراقبتی را فراموش می کنند، لذا پیگیری آموزش این موارد در منزل مورد نیاز می باشد.

با توجه به یافته های پژوهش کیفیت زندگی در گروه مداخله بعد از بازدید از منزل و اجرای برنامه آموزشی در ابعاد عملکرد جسمی، مشکلات روحی، مشکلات جسمی و درد جسمانی افزایش معنی داری را نشان داد. این در حالی است که Wood-Baker و همکاران طی مطالعه ای دریافتند که توسعه برنامه خود مراقبتی در بیماران مبتلا به COPD توسط پرستاران بهداشت جامعه تأثیر قابل ملاحظه ای بر عملکرد فیزیکی و سایر ابعاد سلامت عمومی دارد و بیشترین افزایش نمره کیفیت زندگی در بعد عملکرد فیزیکی بوده است (۲۵). همچنین یافته های مختلف نشان داد که برنامه های بازتوانی ریه شامل اسپرومتری تشویقی، درناژ وضعیتی، استفاده از برونکودیلاتورها، فیزیوتراپی تنفسی و ورزش باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران مزمن انسدادی ریه می شود (۲۶). اجرای مدل مراقبت پیگیر توسط صادقی شرمه و همکاران بیانگر بهبود کیفیت زندگی گروه مورد در ۳ بعد جسمی، عاطفی و عمومی می باشد (۱۸).

علاوه بر این، نتایج مطالعه حاضر گویای این مطلب است که بازدید از منزل به همراه آموزش در بعد

عملکرد اجتماعی و سلامت روانی در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد تفاوت چندانی ندارد. یافته های مطالعه میرباقر آجرپز و رضایی حاکی از آن است که بازتوانی ریه در بعد عملکرد اجتماعی و سلامت روانی در گروه مداخله با گروه شاهد تفاوتی ندارد که هم راستا با مطالعه حاضر می باشد (۲۲). مطالعه صالحی تالی و همکاران، با عنوان تأثیر مداخلات آموزشی و مراقبتی مستمر در منزل بر پذیرش مجدد بیمارستانی، مراجعه به پزشک و هزینه درمانی در یک دوره ۶ ماهه در بیماران نارسایی قلبی ترخیص شده از بیمارستان نشان داد که آموزش و مراقبت پیگیر پس از ۳ ماه سبب بهبود کیفیت زندگی گروه مداخله در ابعاد عملکرد جسمی، محدودیت فعالیت به دنبال مشکل جسمی، انرژی و خستگی، عملکرد اجتماعی، درد بدنی و سلامت عمومی می شود، اما در بعد مشکلات روحی و سلامت ذهنی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل معنی دار نبود (۱۹). دلیل این اختلاف در بعد عملکرد اجتماعی، نشاط و خستگی را می توان به نوع بیماری مربوط دانست و اینکه مراقبت مستمر می تواند بر عملکرد اجتماعی، انرژی و خستگی تأثیرگذار باشد که در مطالعه ما تأثیر نداشته است. از نتایج می توان نتیجه گرفت که بازدید از منزل به همراه مداخلات آموزشی در بعد سلامت روانی در گروه مداخله اثربخش نبوده که می توان پیشنهاد نمود جهت ارتقا عملکرد اجتماعی و سلامت روانی مداخلات بیشتری انجام گیرد.

نتایج نشان داد، نسبت بستری مجدد در گروه شاهد ۶۶/۷ و در گروه مورد ۵۷/۴ می باشد که نسبت بستری شدن مجدد در گروه شاهد بیشتر از گروه مورد است. به عبارتی می توان گفت که بازدید از منزل در کاهش بستری شدن مجدد سالمندان موثر بوده است.

نتایج مطالعه Inglis و همکاران، در مردان دچار فیبریلاسیون دهلیزی مزمن نیز نشان دهنده کاهش روزهای بستری و پذیرش مجدد گروه تحت مراقبت می باشد که موید بهبودی عملکرد فیزیکی این بیماران

بوده، اما سطح اضطراب و افسردگی نسبت به دو مطالعه تغییر معنی داری نداشته است (۲۷).

بررسی تأثیر ارائه برنامه خود مراقبتی توسط پرستاران بهداشت جامعه بر کیفیت زندگی، سلامت و استفاده از خدمات بهداشتی بیماران COPD نسبت به مراقبت‌های معمول بیماران مبتلا به COPD نشان می‌دهد که اختلاف بین گروه مورد و شاهد از نظر نیاز به بستری مجدد و مرگ معنی دار است که هم‌راستا با پژوهش اخیر می‌باشد (۲۵).

مطالعه Utens و همکاران، نشان داد که استراتژی ترخیص زود از بیمارستان و ادامه درمان در منزل توسط پرستار سبب بهبود کیفیت زندگی و رضایت گروه مداخله می‌گردد که با مطالعه حاضر همخوانی دارد (۶). نتایج تحقیقات حاکی از آن است که پیگیری و مراقبت مستمر به صورت بازدید از منزل تأثیر قابل توجهی در کاهش میزان بستری شدن مجدد بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن دارد (۱۹).

نتیجه گیری:

پرستاران بهداشت جامعه با مداخلات آموزشی و مراقبتی مستمر در منزل تا حد زیادی می‌توانند از نظر جسمی، عاطفی و روحی روانی به مددجویان کمک کنند. بازدید از منزل با هدف حفظ سلامت و استقلال افراد سالمند جهت جلوگیری از کار افتادگی آنان پس از ترخیص از مراکز مراقبتی انجام می‌گیرد (۲۸). از مهم‌ترین مزایای بازدید از منزل، راحتی، آسایش مددجو، احساس کنترل مددجو بر موقعیت، فراهم کردن

موقعیتی برای مددجویانی که قادر به مراجعه به مراکز پزشکی نیستند و ایجاد محیط طبیعی و راحت برای بحث و گفتگو پیرامون نیازها و مشکلات بهداشتی افراد است (۲۹). در این میان پرستاران نقش مهمی در ارائه مراقبت‌ها به سالمندان بر عهده دارند.

کاربرد یافته‌های پژوهش در بالین:

برنامه‌های بازدید از منزل در دو دهه اخیر در کشورهای مختلف مورد توجه قرار گرفته است. در حال حاضر تقریباً بیش از دو سوم نیروی کار پرستاری به کار با سالمندان مشغول می‌باشند (۳۰). پرستاران توانایی تأثیر بر عوامل محیطی، موقعیت‌های اجتماعی و فردی، الگوی تغذیه و فعالیت فیزیکی و کنترل علائم و عوارض بیماری را با دادن آموزش و اطلاعات لازم به سالمند و مراقبین وی و اقدامات پرستاری را دارند و یکی از مسئولیت‌های مهم پرستاران ارتقا آگاهی و کیفیت زندگی بیماران از طریق آموزش و مراقبت پیگیر پس از ترخیص از بیمارستان است (۳۱-۲۹).

تشکر و قدردانی:

این پژوهش برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندرعباس با کد ۱۵/۱۱/۵/۱۸۹۰۵ می‌باشد. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهش و فناوری دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندرعباس و شرکت کنندگان در پژوهش تشکر و قدردانی می‌کنم.

منابع:

1. Waite LJ. The demographic faces of the elderly. Population and Development Review. 2004; 30(Supplement): 3-16.
2. Tajvar M. An overview of the various aspects of seniors' health and their lives. Generation. 2003;137. [Persian]
3. Adult Supreme Council. National strategy for aging in Iran [Internet]. [cited 2015 Sep 15]. Available from: <http://www.2.Refah.gov.ir/c/portal/layout>.

4. Hughes R. Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. Agency for Healthcare Research and Quality Rockville, MD; 2008. Available from: <https://archive.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/resources/nursing/resources/nursesfdbk/nursesfdbk.pdf>.
5. Vestbo J, Hurd SS, Agustí AG, Jones PW, Vogelmeier C, Anzueto A, et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2013; 187(4): 347-65.
6. Utens CM, Goossens LM, Smeenk FW, Van Schayck OC, Van Litsenburg W, Janssen A, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of early assisted discharge for chronic obstructive pulmonary disease exacerbations: The design of a randomised controlled trial. *BMC Public Health*. 2010; 10(1): 618-9.
7. Halvani AH, Tavakoli M, Safari Kamalabad M. Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease in patients hospitalization. *Joint Service Signal Unit*. 2009; 17(2): 3-9. [Persian]
8. Bagheri N, Memarian R, Mohammadi E. Effects of regular walking program on quality of life of elderly patients with moderate COPD lung. *Nursing Research*. 2007; 2(6-7): 19-27. [Persian]
9. Hinkle JL, Cheever KH. *Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. USA: Lippincott Williams and Wilkins; 2013.
10. Akgün KM, Crothers K, Pisani M. Epidemiology and management of common pulmonary diseases in older persons. *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences*. 2012; 67(3): 276-91.
11. Nici L, Zuwallack R. *Chronic obstructive pulmonary disease*. Nici L, ZuWallack R, editors. New York: Humana Press; 2012: 288.
12. Da Costa Di Bonaventura M, Paulose-Ram R, Su J, McDonald M, Zou KH, Wagner J-S, et al. The burden of chronic obstructive pulmonary disease among employed adults. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2012; 7: 211-19.
13. Yu H-L, Chien L-C, Yang C-H. Asian dust storm elevates children's respiratory health risks: a spatiotemporal analysis of children's clinic visits across Taipei (Taiwan). *PloS one*. 2012; 7(7): e41317.
14. Habibi A, Nikpour S, Seiedoshohadaei M, Haghani H. Quality of life and status of physical functioning among elderly people in west region of Tehran: A cross-sectional survey. *Iran Journal of Nursing*. 2008; 21(53): 29-39. [Persian]
15. Darvishpoor Kakhki A, Abed Saeedi J, Delavar A, Saeed-O-Zakerin M. Instrument Development to Measure Elderly Health-Related Quality of Life (EHRQoL). *Journal Research Hakim*. 2012; 15(1): 30-4. [Persian]
16. Haveman-Nies A, De Groot LC, Van Staveren WA. Relation of dietary quality, physical activity, and smoking habits to 10-year changes in health status in older Europeans in the SENECA study. *American Journal of Public Health*. 2003; 93(2): 318-23.
17. Shavro SA, Ezhilarasu P, Augustine J, Bechtel JJ, Christopher DJ. Correlation of health-related quality of life with other disease severity indices in Indian chronic obstructive pulmonary disease patients. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2012; 7: 291-6.
18. Sadeghi Sherme M, Alavi ZF, Ahmadi FE, Karimi ZA, Babatabar DH, Ebadi A, et al. Effect of applying continuous care model on quality of life in heart failure patients. *Journal of Behavioral Sciences*. 2009; 3(1): 9-13.
19. Salehi Tali Sh, Hasanpoor A, Hosseini SM, Hosseini Hafshjany M, Jafari A. The impact of educational interventions and home care on readmission to hospital, doctor and medical

- expenses in a six month period in patients with heart failure discharged from hospital. *Journal of Nursing and Midwifery (hayat)*. 2009; 15(4): 34-49. [Persian]
20. Montazeri A, Goshtasb A, Vahdani MS. Determine the validity and reliability of standardized instruments SF-36. *Payesh*. 2005; 5(1): 49-56. [Persian]
21. Rafiei N, Sharifian Sani M, Rafiey H, Behnampour N, Foroozesh K. Reliability and validity of Persian version of. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2014; 24(116): 75-83. [Persian]
22. Mirbager Ajorpaz N, Rezaei M. The effect of pulmonary rehabilitation program on quality of life of elderly patients with (COPD). *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 2010; 13(1): 30-5. [Persian]
23. Riario-Sforza GG, Incorvaia C, Paterniti F, Pessina L, Caligiuri R, Pravettoni C, et al. Effects of pulmonary rehabilitation on exercise capacity in patients with COPD: A number needed to treat study. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2009; 4: 315-9.
24. Brophy C, Kastelik J, Gardiner E, Greenstone M. Quality of life measurements and bronchodilator responsiveness in prescribing nebulizer therapy in COPD. *Chronic Respiratory Disease*. 2008; 5(1): 8-13.
25. Wood-Baker R, Reid D, Robinson A, Walters EH. Clinical trial of community nurse mentoring to improve self-management in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2012; 7: 407-13.
26. Rootmensen GN, Van Keimpema AR, Looyen EE, Van Der Schaaf L, De Haan RJ, Jansen HM. The effects of additional care by a pulmonary nurse for asthma and COPD patients at a respiratory outpatient clinic: Results from a double blind, randomized clinical trial. *Patient Education and Counseling*. 2008; 70(2): 179-86.
27. Inglis S, Mc Lennan S, Dawson A, Birchmore L, Horowitz JD, Wilkinson D, et al. A new solution for an old problem? Effects of a nurse-led, multidisciplinary, home-based intervention on readmission and mortality in patients with chronic atrial fibrillation. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2004; 19(2): 118-27.
28. Huss A, Stuck AE, Rubenstein LZ, Egger M, Clough-Gorr KM. Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 2008; 63(3): 298-307.
29. Stanhop M, Lancaster J. *Public health nursing*. London: Elsevier; 2008. p=1120.
30. Sargazi M, Salehi SH, Naji SA. The study of behaviours relative to the health of elders hospitalized in Zahedan during, 2010-2011. University of Khorasgan: Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan); 2011.
31. Mazharizad F, Dadipoor S, Madani A, Moradabadi AS. Investigating the prevalence and causes of events leading to falls among the elderly hospitalized in Bandar Abbas hospitals. *Journal of Education and Health Promotion*. 2015; 4: 61-6.

The effect of home visits on quality of life of elderly having Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) discharged from Khalij Fars hospital in Bandar Abbas

Sargazi M¹, Mazhariadzad F^{2*}

¹Social Security Organization Hospital in Zahedan, Zahedan, I.R. Iran; ²Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, I.R. Iran.

Received: 20/Nov/2016 Accepted: 5/Mar/2017

Background and aims: According to the increasing prevalence of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), and decreasing the quality of life these patients, the present study was aimed to investigate the effect of home visits on the quality of life of elderly suffering from COPD hospitalized in the Khalij Fars hospital of Bandar Abbas, Iran in 2015.

Methods: The current quasi- experimental study was carried on in Khalij Fars hospital of Bandar Abbas, Iran on 62 elderly suffering from COPD with moderate intensity in 2015-2016 based on Spirometry results and the specialist's recognition. The data collection tools were demographic questionnaire and quality of life questionnaire (SF-36). The data were analyzed by SPSS software, and using the independent T-test, and K₂.

Results: Based on results in the study, it was not observed a significant difference between two groups in terms of gender (P=0.793), marital status (P=0.998), habitation (P=0.704), education (P=0.145), and economic situation (P=0.605). There was a significant difference in the total score of the educated group compared to the none- educated group (P<0.0001), and the average score of the intervention groups before the test was 51.90 while this number increased to 66.73% after intervention. The rate of readmission was 66.7% in the control group and 57.4% in the case group. It shows that home visits have been effective in reducing re-hospitalization of elderly people (P=0.028).

Conclusion: Regarding these findings, the education program along with home-visiting had improved the quality of life of elderly having Chronic Obstructive Pulmonary (COPD). Also, home visits aimed at maintaining health and independence of older people to prevent their disability after discharge from care facilities are considered a necessity.

Keywords: Home visiting, Quality of life, COPD, Elderly.

Cite this article as: Sargazi M, Mazhariadzad F. The effect of home visits on quality of life of elderly having Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) discharged from Khalij Fars hospital. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2017; 6(3): 23-32.

***Corresponding author:**

Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, I.R. Iran, Tel: 00989133425256,
E-mail: fmazhari@iauba.ac.ir