



Original

The Effect of Continuous Care Model on Quality of Life of women with Endometriosis: A Quasi -Experimental Study

Fatemeh Jalalinezhad¹ , Khadijeh Shadjoo², Roghieh Bayrami^{3*} , Vahid Alinezhad⁴

1. Student Research Committee, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran
2. Reproductive Biotechnology Research Center, Avicenna Research Institute, ACECR, Tehran, Iran
3. Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran
4. Department of Biostatistics, Faculty of Medicine, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

Article history:

Received: 04 May 2024

Revised: 22 July 2024

Accepted: 23 August 2024

ePublished: 19 March 2025

*Corresponding author:

Roghieh Bayrami,
Department of Midwifery, School
of Nursing and Midwifery, Urmia
University of Medical Sciences,
Urmia, Iran

Email: Bayrami.r@umsu.ac.ir



Abstract

Background and Objective: The relatively high prevalence of endometriosis in women of childbearing age and its negative impact on the health related quality of life, requires the use of intervention appropriate to their conditions. The aim of present study was determining the effect of using the continuous care model on the quality of life of women with endometriosis.

Materials and Methods: This non-parallel semi-experimental study was conducted from December 2022 to September 2023 on 60 people (30 people in each group) of women with endometriosis with convenience sampling at Avicenna Clinic in Tehran. For the intervention group, the continuous care model was implemented in four stages among three months. The 30-EHP quality of life questionnaire was completed before, two and three months after the end of the intervention. Data were analyzed using chi-square tests, independent t- test and repeated measures analysis of variance in SPSS16 software.

Results: The mean scores of pain, degree of control, emotional, social support, self-perception, job, intercourse, efficiency of existing treatments and perception of infertility dimensions were statistically significant in measurements before, two months and three months after the intervention in two groups ($P < 0.05$). However, no statistically significant difference was observed regarding the dimensions of relationship with the child ($P = 0.085$) and medical attention ($P = 0.271$).

Conclusion: The continuous care model has improved some aspects of the quality of life, except for the aspects of the relationship with the child and medical attention. It is suggested to use other interventions to improve these aspects along with continues care model.

Keywords: Continuous care model, Endometriosis, Iran, Quality of life



Extended Abstract

Background and Objective

Endometriosis is a benign, estrogen-dependent inflammatory disease defined as the presence of endometrial glands and stroma outside the uterine cavity. Endometriosis affects 7-15% of women of reproductive age, 30-50% of infertile women, and 50% of women with chronic pelvic pain. Pain associated with endometriosis is negatively correlated with quality of life (QoL), sexual function, quality of relationships with sexual partners, mood, and work and social activities. These patients experience a lower QoL, and fundamental changes in their lifestyle are necessary. The objective of therapeutic care is to optimize the patient's QoL. Given the chronic nature of this disease and the potential and actual problems of these patients are dynamic and variable, the need to use a model appropriate for their situation seems quite sensible and necessary. The continuous care model is entirely consistent with the characteristics of chronic disease and the dynamics of its problems. This study aimed to determine the effect of implementing a follow-up care model on the QoL of women with endometriosis who were referred to the Avicenna Clinic in Tehran, Iran, from 2022 to 2023.

Materials and Methods

This non-parallel quasi-experimental study was conducted from December 2022 to September 2023 on 60 women (30 in each group) with endometriosis using convenience sampling at the Avicenna Clinic in Tehran, Iran. Inclusion criteria included being 18 to 49 years old, being literate, having Grade 2 or higher endometriosis diagnosed through laparoscopy, having passed at least six months to one year since surgery, residing in Tehran, and not having premature menopause. Exclusion criteria included having other chronic diseases and a university education in medical sciences. The data collection tool in this study was a questionnaire named Endometriosis Health Profile – 30 (EHP-30) that included demographic and obstetric information and a specific questionnaire for measuring the QoL of patients with endometriosis. The EHP-30 questionnaire has two sections; the central questionnaire has 30 items in five domains, including 11 questions in pain, 6 in control, 6 in emotional, 4 in social support, and 3 in self-perception domains, which all patients completed. Each of the questions is answered by the patients with the options always, often, sometimes, rarely, and never. The questionnaire also had an additional section containing 23 questions regarding employment (5 questions), intercourse (5 questions), relationships with children (2 questions), medical attention (4 questions), effectiveness of available treatments (3 questions), and perception of infertility (4 questions), which was completed only by some of the patients for whom these aspects were applicable. All questions were in the form of a 5-point Likert scale, with the first option (worst health status)

assigned a score of 1. The questionnaire does not measure QoL as a whole, as a single score, but for each dimension of the questionnaire, a separate QoL score is calculated. In this questionnaire, the best health status in each dimension is given a score of 0, and the worst health status is given 100.

In order to prevent information disclosure, the control group was first questioned before the intervention group. Among the clinic clients, women who met the inclusion criteria were selected conveniently. The participating women entered the study if they gave informed consent and completed the questionnaires. Two and three months later, the questionnaires were completed again by the control group. Then, sampling for the intervention group was conducted among the eligible clients. The women in the intervention group were initially divided into five groups of six individuals, and the follow-up care model was implemented for them in four stages and over a period of three months. The intervention group completed the questionnaires again two and three months after the end of the intervention.

Data analysis was performed using SPSS (version 16.0) software. A P-value of less than 0.05 was considered significant. In addition, a paired t-test was used to compare the means before and after in each group, an independent t-test was used to compare the means between the two intervention and control groups, a chi-square test was applied to compare the frequency of qualitative variables in the two groups, and two-way analysis of variance (ANOVA) with repeated measures was employed to determine the effects of the groups on the outcomes studied over time after removing the effects of confounding variables.

Results

The average age of women participating in this study was 35.60 ± 5.12 years in the control group and 37.70 ± 5.97 years in the intervention group. According to the results of the repeated measures ANOVA test for the mean score of the pain, control, emotional, social support, and self-perception dimensions, the group, time, and combination of time and group components are significant, which indicates that the mean scores of the aforementioned dimensions in the intervention group were lower than those in the control group, and this difference is statistically significant. Additionally, in examining the results obtained, the mean scores of the dimensions of job, intercourse, the effectiveness of existing treatments, and the perception of infertility in the intervention group were lower at two and three months after the intervention compared to those related to before the intervention, and these values show a statistically significant difference ($P < 0.05$). The mean scores of these variables in the control group do not exhibit a regular trend and experience a fluctuation; therefore, it can be concluded that the intervention was able to significantly reduce the average scores of the aforementioned dimensions in the intervention group compared to the control group.

Conclusion

The follow-up care model has improved other aspects of the QoL of women with endometriosis, except for the relationship with children and medical attention dimensions. It is suggested that additional interventions be employed alongside the follow-up care model to

enhance the relationship with children and medical attention dimensions.

Please cite this article as follows: Jalalinezhad F, Shadjoo Kh, Bayrami R, Alinezhad V. The Effect of Continuous Care Model on Quality of Life of women with Endometriosis: A Quasi -Experimental Study *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2024; 33(1): 45-58. DOI: 10.32592/ajnmc.33.1.45

بررسی تاثیر به کارگیری مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به اندومتريوز: یک مطالعه نیمه تجربی

فاطمه جلالی نژاد^۱، خدیجه شادجو^۲، رقیه بایرامی^{۳*}، وحید علی نژاد^۴

۱. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران
۲. مرکز تحقیقات بیوتکنولوژی تولید مثل، پژوهشکده ابن سینا، جهاد دانشگاهی، تهران، ایران
۳. گروه آموزشی مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران
۴. گروه آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

چکیده

سابقه و هدف: شیوع نسبتاً بالای اندومتريوز در زنان سنین باروری و تاثیر منفی آن بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی، به کارگیری مداخله‌ای متناسب با شرایط آنان را ایجاب می‌کند. مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر به کارگیری مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به اندومتريوز انجام شده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه نیمه تجربی غیر موزی از دی ماه ۱۴۰۱ تا شهریورماه ۱۴۰۲ بر روی ۶۰ نفر (در هر گروه ۳۰ نفر) از زنان مبتلا به اندومتريوز با نمونه‌گیری در دسترس در کلینیک ابن سینای تهران انجام شد. برای گروه مداخله، مدل مراقبت پیگیر در ۴ مرحله و به مدت سه ماه اجرا شد. پرسش‌نامه کیفیت زندگی EHP-۳۰ قبل، دو و سه ماه بعد از اتمام مداخله تکمیل شد. داده‌ها با استفاده نسخه ۱۶ نرم‌افزار SPSS و آمار توصیفی و استنباطی (آزمون‌های کای دو، تی مستقل و آنالیز واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر) تجزیه و تحلیل شده‌اند.

یافته‌ها: میانگین نمرات ابعاد درد، میزان کنترل، عاطفی، حمایت اجتماعی، خویشتن‌بینی، شغل، مقاربت، کارایی درمان‌های موجود و ادراک ناباروری در اندازه‌گیری‌های قبل، دو ماه و سه ماه بعد از مداخله در دو گروه اختلاف آماری معناداری داشته است ($P < 0/05$). درباره ابعاد رابطه با کودک ($P = 0/085$) و توجه پزشکی ($P = 0/271$) اختلاف آماری معنادار مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: مدل مراقبت پیگیر به جز ابعاد رابطه با کودک و توجه پزشکی باعث ارتقای سایر ابعاد کیفیت زندگی زنان مبتلا به اندومتريوز شده است. پیشنهاد می‌شود در کنار مدل مراقبت پیگیر از سایر مداخلات برای بهبود رابطه با کودک و توجه پزشکی استفاده شود.

واژگان کلیدی: مدل مراقبت پیگیر، ایران، آندومتريوز، کیفیت زندگی

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۲/۱۵

تاریخ ویرایش مقاله: ۱۴۰۳/۰۵/۰۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۶/۰۲

تاریخ انتشار مقاله: ۱۴۰۳/۱۲/۲۹

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

* نویسنده مسئول: رقیه بایرامی، گروه آموزشی مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران
ایمیل: Bayrami.r@umsu.ac.ir

استناد: جلالی نژاد، فاطمه؛ شادجو، خدیجه؛ بایرامی، رقیه؛ علی نژاد، وحید. بررسی تاثیر به کارگیری مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به اندومتريوز: یک مطالعه نیمه تجربی. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا، زمستان ۱۴۰۳؛ ۳۳(۱): ۴۵-۵۸

مقدمه

درد مرتبط با آندومتريوز رابطه منفی با کیفیت زندگی [۲]، عملکرد جنسی، کیفیت رابطه با شریک جنسی [۳]، خلق و خوی [۴]، و کار و فعالیت اجتماعی دارد [۵]. با در نظر گرفتن علائم و عوارض آندومتريوز در افراد مبتلا، نه تنها باید به شرایط جسمانی بلکه باید به جنبه‌های اجتماعی و روانی بیماران نیز توجه کرد [۶].

آندومتريوز بیماری التهابی، خوش خیم و وابسته به استروژن است که به صورت حضور غدد و استرومای اندومتر در خارج از حفره رحمی تعریف می‌شود. آندومتريوز ۱۵-۷ درصد زنان سنین باروری، ۵۰-۳۰ درصد زنان نابارور و ۵۰ درصد زنان مبتلا به درد لگنی مزمن را تحت تاثیر قرار می‌دهد [۱].

است. جامعه پژوهش را زنان مبتلا به آندومتريوز که به کلينیک ناباروری ابن سینای تهران مراجعه کرده‌اند، تشکیل داده است. نمونه پژوهش شامل ۶۰ زن مبتلا به آندومتريوز واجد معیارهای ورود به مطالعه بوده‌اند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. حجم نمونه، براساس اطلاعات مطالعه ساید و همکاران [۱۴]، $\alpha = 0.05$ ، $\beta = 0.8$ ، اختلاف میانگین کیفیت زندگی = $2/99$ و انحراف معیار $3/67$ به کمک فرمول زیر، و با احتساب ریزش ۲۵ درصد، در هر گروه ۳۰ نفر تعیین شده است.

$$N = \frac{2 \times \delta^2 \left(Z1 - \frac{\alpha}{2} + Z1 - \beta \right)^2}{\mu1 - \mu2}$$

معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن سن ۱۸ الی ۴۹ سال، داشتن سواد خواندن و نوشتن، گرید دو و بالاتر بیماری آندومتريوز که از طریق لاپاراسکوپي تشخیص داده شده باشد، گذشت حداقل ۶ ماه تا یک سال از عمل جراحی، سکونت در تهران و نداشتن یائسگی زودرس بوده است. ابتلا به سایر بیماری‌های مزمن و تحصیلات دانشگاهی در رشته‌های علوم پزشکی از معیارهای خروج از مطالعه بوده‌اند.

ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه پرسش‌نامه شامل اطلاعات دموگرافیک و مامایی و پرسش‌نامه اختصاصی سنجش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آندومتريوز EHP-۳۰ بوده است. پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک و مامایی شامل اطلاعاتی از قبیل سن، تحصیلات، شغل زن و همسر، وضعیت اقتصادی، مدت ازدواج، سن منارک، وضعیت سیکل قاعدگی، سن تشخیص آندومتريوز، سن بروز علائم، شاخص توده بدنی، محل آندومتريوز و علائم بیماری بوده است. نظرات ده نفر از صاحب‌نظران درباره پرسش‌نامه دموگرافیک و مامایی پرسیده و اعمال شد.

پرسش‌نامه EHP-۳۰ دارای ۲ بخش است که پرسش‌نامه مرکزی دارای ۳۰ آیت در ۵ حوزه شامل ۱۱ سوال در حوزه درد، ۶ سوال در حوزه میزان کنترل، ۶ سوال در حوزه عاطفی، ۴ سوال در حوزه حمایت اجتماعی و ۳ سوال در حوزه خویش‌بینی است که توسط تمام بیماران تکمیل می‌شود. هرکدام از سوالات به این صورت پرسیده می‌شود که شما طی ۴ هفته گذشته به دلیل آندومتريوز در موارد بیان‌شده در هریک از گزینه‌ها تا چه حد دچار مشکل شده‌اید؟ که با گزینه‌های همیشه، اغلب، بعضی اوقات، به ندرت و هرگز توسط بیماران پاسخ داده می‌شود. به گزینه همیشه نمره ۵، اغلب نمره ۴، بعضی اوقات نمره ۳، به ندرت نمره ۲ و هرگز نمره ۱ تعلق می‌گیرد. به این ترتیب محدوده نمره در حوزه درد ۵۵-۱۱؛ حوزه میزان کنترل ۳۰-۶؛ حوزه عاطفی ۳۰-۶؛ حوزه حمایت اجتماعی ۲۰-

هدف از توجه به کیفیت زندگی انتخاب بهترین روش درمان و مراقبت با در نظر گرفتن وضعیت جسمانی، روانی و رفاه اجتماعی بیماران است [۷]. این بیماران از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار هستند و تغییرات اساسی در سبک زندگی این بیماران لازم است رخ دهد [۸]. هدف مراقبت‌درمانی، مطلوب کردن کیفیت زندگی بیمار است [۹]. با توجه به ماهیت مزمن این بیماری و از سویی با عنایت به اینکه مشکلات بالقوه و بالفعل این بیماران پویا و متغیر است، لزوم به‌کارگیری مدلی متناسب با وضعیت این بیماران کاملاً محسوس و ضروری به نظر می‌رسد.

در ایران مدلی با عنوان مدل مراقبت پیگیر توسط احمدی در رابطه با بیماران مزمن کرونر، طراحی و ارزیابی شده و از چهار مرحله آشناسازی، حساس‌سازی، کنترل و ارزش‌یابی تشکیل شده است [۱۰]. این مدل با هدف ارائه برنامه‌ای برای ارتقای بینش و عملکرد بیمار در مراقبت و مدیریت بیماری و عوارض احتمالی با آموزش مهارت‌های مورد نیاز برای بیماران طراحی شده است تا بدین وسیله در کنترل مشکلات، عوارض ناشی از بیماری و کیفیت زندگی موثر واقع شود [۱۱]. در این مدل، بیمار عامل مراقبت و موثر در روند سلامتی خود بوده و مراقبت پیگیر یا مستمر، فرایندی منظم جهت برقراری ارتباط موثر، متعامل و پیگیر بین بیمار و فرد ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی در جهت شناخت نیازها و مشکلات و حساس‌سازی بیماران برای قبول رفتارهای بهداشتی و کمک به حفظ بهبودی و ارتقای سلامتی آن‌ها است که کاملاً با خصوصیات بیماری مزمن و پویایی مشکلات آن، مناسب و هماهنگی دارد [۱۲]. تاثیر مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی زنان نابارور [۱۳]، زنان مبتلا به پره اکلامپسی [۱۴]، سبک زندگی مبتلایان به سرطان پستان [۱۵] ثابت شده است.

با توجه به بررسی متون هیچ مطالعه‌ای درباره تاثیر مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به آندومتريوز که یک اختلال مزمن است، انجام نشده است. با توجه به اینکه هم نحوه ارائه مراقبت در حوزه پرستاری و مامایی و هم روش انجام مطالعات تحقیقاتی اساساً مبتنی بر نظریه‌ها و مدل‌ها است، اجرای مدل مراقبت مستمر گام مهمی در دستیابی به این هدف است [۱۶] مراقبت بخشی جدایی‌ناپذیر از مراقبت‌های بهداشتی با کیفیت بالا است، به ویژه افرادی که از بیماری‌ها و مشکلات مزمن رنج می‌برند و بدون آن، مراقبت ارائه‌شده نمی‌تواند از نظر بالینی کارآمد، قابل اعتماد، مبتنی بر شواهد و مقرون به صرفه باشد؛ بنابراین، این مطالعه با هدف تعیین تاثیر به‌کارگیری مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به آندومتريوز که به کلينیک ناباروری ابن سینای تهران در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۱ مراجعه کرده‌اند، انجام شده است.

روش کار

این مطالعه یک مطالعه نیمه‌تجربی غیر موازی دو گروهی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون است که در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۱ انجام شده

۴ و حوزه خویشتن‌بینی ۱۵-۳ است. همچنین پرسش‌نامه دارای یک بخش ضمیمه بوده که حاوی ۲۳ سوال درباره شغل (۵ سوال)، مقاربت (۵ سوال)، رابطه با کودکان (۲ سوال)، توجه پزشکی (۴ سوال)، کارایی درمان‌های موجود (۳ سوال) و ادراک از نازایی (۴ سوال) است که تنها توسط بعضی از بیماران که این جنبه‌ها درباره آن‌ها صدق می‌کند؛ تکمیل می‌شود. همه سوالات به صورت ۵ گزینه‌ای در مقیاس لیکرت بوده و گزینه اول (بدترین وضعیت سلامتی) نمره ۵ و گزینه آخر (بهترین وضعیت سلامتی) نمره ۱ را به خود اختصاص می‌دهد. پرسش‌نامه، کیفیت زندگی را به طور کلی، به صورت یک نمره واحد اندازه‌گیری نمی‌کند بلکه برای هر بعد پرسش‌نامه، نمره جداگانه کیفیت زندگی محاسبه می‌شود. در این پرسش‌نامه بهترین وضعیت سلامتی در هریک از ابعاد نمره صفر و بدترین وضعیت سلامتی نمره ۱۰۰ را می‌گیرد [۱۷].

اعتبارسنجی این پرسش‌نامه در کشورهای مختلف از جمله آمریکا، برزیل و استرالیا مشخص کرده است که EHP-۳۰ یک ابزار معتبر و پایا برای ارزیابی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا اندومتریوز است [۱۷] در مطالعه نجومی و همکاران ضریب آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه اصلی ۰/۹۴ و پرسش‌نامه ضمیمه ۰/۹۷ برآورد شده و از اعتبار و پایایی مناسبی برخوردار است [۱۸]. در مطالعه حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه اصلی و پرسش‌نامه ضمیمه به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۷ برآورد شده است.

برای جلوگیری از انتقال اطلاعات، ابتدا پرسشگری از گروه کنترل و قبل از گروه مداخله انجام گرفت. جمع‌آوری داده‌ها از گروه کنترل از دی‌ماه ۱۴۰۱ تا آخر اسفند ۱۴۰۲ انجام شده است. برای انتخاب مشارکت‌کنندگان، محقق هر روز هفته به کلینیک ناباروری ابن سینای تهران مراجعه می‌کرد. از بین مراجعان کلینیک، زنانی که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند به صورت در دسترس انتخاب شدند. نمونه‌گیری تا زمان دسترسی به حجم نمونه مد نظر ادامه یافت. پژوهشگر پس از معرفی خود، روش کار و اهداف مطالعه برای افراد را توضیح داده و رضایت آگاهانه کتبی از آن‌ها اخذ کرده و به افراد توضیح داد که شرکت آن‌ها در مطالعه کاملاً داوطلبانه بوده و هر وقت بخواهند می‌توانند از مطالعه خارج شوند. زنان شرکت‌کننده پس از آگاه شدن از محرمانه ماندن اطلاعاتشان در صورت داشتن رضایت آگاهانه وارد مطالعه شدند و پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند. در صورت موافق نبودن فرد دیگری جایگزین شده است. دو و سه ماه بعد دوباره پرسش‌نامه‌ها توسط گروه کنترل تکمیل شد. سپس نمونه‌گیری برای گروه مداخله از بین مراجعان واجد شرایط به صورت در دسترس انجام گرفت. زنان گروه مداخله ابتدا به ۵ گروه

شش نفره تقسیم شده و مدل مراقبت پیگیر در چهار مرحله و در مدت سه ماه برای آن‌ها اجرا شد. محل کلاس‌ها پس از هماهنگی با مسئولان مرکز یکی از کلاس‌های آموزشی در مرکز درمان ناباروری ابن سینا بود. برای گروه مداخله محتوای مداخله با استفاده از منابع در دسترس و مقالات استخراج‌شده از سایت‌های معتبر علمی تهیه شد [۱۹،۲۰]. همه مادران دو گروه آموزش‌های معمول را دریافت کردند و هیچ فردی از آموزش‌های مربوطه در کلینیک محروم نشد. جمع‌آوری داده‌ها از گروه مداخله از فروردین تا شهریورماه ۱۴۰۲ انجام شده است. بر طبق مدل مراقبت پیگیر مراحل آشناسازی و حساس‌سازی در ۳ هفته اول در نظر گرفته شده انجام شده و زمان باقی‌مانده مربوط به پیگیری بود که همان مرحله کنترل است. مشاوره‌های مراقبت پیگیر به طور هفتگی و مداوم به مدت سه ماه که با تماس‌های حضوری و تلفنی متناسب با نیازهای مراقبتی و توجیه به مسائل و مشکلات جدید مراقبتی، با توجه به پویا بودن مفهوم سلامت و بیماری و شروع مرحله حساس‌سازی برای مشکل جدید و ادامه روند پیگیری و بررسی روند مراقبت‌ها و کیفیت آن، اجرا شد. در این پژوهش روند پیگیری مسائل به طور هفتگی و گاهی طی هر مراجعه بیمار به مرکز و یا شرکت در جلسات گروهی صورت گرفت، به طوری که پس از اطمینان از وجود یا نبود مشکلات قبلی، بروز هرگونه مشکل جدید، بررسی شده و برای آن مشکل خاص، اقدامات مراقبتی و مشاوره‌ای انجام گرفت. ارزشیابی گام چهارم و نهایی مدل بوده، ولی این مورد در همه مراحل از ابتدا مورد توجه و جاری بود. اهداف و اقدامات هر مرحله از مدل در جدول (۱) نشان داده شده است. دو ماه و سه ماه بعد از پایان مداخله پرسش‌نامه مربوط به سوالات پس‌آزمون در گروه مداخله تکمیل شده است (شکل ۱).

تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 16 انجام گرفت. میزان P کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد. توصیف داده‌ها از طریق تعیین فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار صورت گرفت. برای مقایسه میانگین‌های قبل و بعد در هر گروه از آزمون تی زوجی، مقایسه میانگین‌ها بین دو گروه مداخله و کنترل از آزمون تی مستقل، مقایسه فراوانی متغیرهای کیفی دو گروه از آزمون کای دو و برای تعیین اثرات گروه‌ها بر روی پیامدهای مورد بررسی در طول زمان بعد از حذف اثر متغیرهای مخدوشگر از آنالیز واریانس دو طرفه با اندازه‌گیری‌های تکراری استفاده شد. آزمون کولموگروف - اسمیرنوف نرمال بودن توزیع فراوانی داده‌ها را تایید کرد (P>۰/۰۵)؛ بنابراین، شرایط استفاده از آزمون‌های پارامتریک وجود داشت.

شماره جلسه	محتوای مداخله
جلسه ۱. آشناسازی ۴۵-۶۰ دقیقه	هدف: آشنایی محقق با مراجعان، توضیح اهداف مطالعه، توضیح درباره ماهیت بیماری و درمان آن. اقدامات: ایجاد ارتباط موثر با شرکت‌کنندگان، شناخت وضعیت کنونی بیمار، ایجاد انگیزه و تاکید بر قطع نکردن رابطه، برآورد احساس نیاز و چگونگی ارتباط حضوری و تلفنی، مشخص کردن توقعات بیمار، درگیر کردن بیمار و خانواده درباره اجرای رویکرد مراقبت مداوم، تکمیل پرسش‌نامه‌ها، پاسخ به سوالات، جمع‌بندی و ارائه تکلیف خانگی و برنامه‌ریزی جلسه آینده. تکلیف خانگی: مطالعه مطالب ارسالی توسط محقق درباره بیماری و روش‌های درمانی.
جلسه ۲. حساس‌سازی ۹۰-۱۰۰ دقیقه یک هفته بعد از جلسه ۱	هدف: ایجاد مسئولیت‌پذیری سلامت، توانمندی در کنترل درد و کنترل علائم اقدامات: کمک به مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی خود و درگیرسازی بیمار با بیماری خود، آموزش بهداشت فردی، استفاده از مواد غذایی سالم و رژیم غذایی سرشار از فیبر و ویتامین‌ها و با حداقل چربی اشباع و میوه و سبزیجات فراوان. آموزش راهکارهای مدیریت استرس و استفاده از تکنیک‌های یوگا، تمرینات تنفسی با تمرکز بر ذهن گاهی. برنامه‌ریزی فعالیت بدنی منظم، توصیه به داشتن خواب و استراحت کافی در طول شبانه‌روز، روش مصرف صحیح و کنترل عوارض ناشی از داروها، پاسخ به سوالات، جمع‌بندی و ارائه تکلیف خانگی و برنامه‌ریزی جلسه آینده. تکلیف خانگی: ثبت تجربیات زیسته درباره هر کدام از مداخلات ذکر شده در کلاس، موانع موجود برای اجرای هر مداخله جهت انتقال تجربیات به سایر اعضای گروه.
جلسه ۳. حساس‌سازی ۹۰-۱۰۰ دقیقه یک هفته پس از جلسه ۲	هدف: ارتقای روابط بین فردی و حمایت اجتماعی (به‌صورت فردی با حضور یکی از افراد خانواده) اقدامات: مروری بر مطالب جلسه قبل، انتقال تجربه افراد درباره تکالیف ارائه‌شده، سبک زندگی سالم، آموزش مهارت‌های ارتباطی و ارائه بروشورهای مناسب در این باره، دادن نگرش مثبت خود به زندگی، اختصاص زمانی به شرکت در فعالیت‌های مفرد با خانواده و دوستان، صحبت درباره درد قاعدگی و دیسپارونی و اهمیت معاشقه در روابط جنسی بر کاهش درد، پاسخ به سوالات در صورت وجود و جمع‌بندی و برنامه‌ریزی جلسه آینده. تکلیف خانگی: ثبت تجربیات و موانع موجود برای اجرای هر مداخله
جلسه چهارم، حساس‌سازی ۹۰-۱۰۰ دقیقه یک هفته بعد از جلسه ۳	اهداف: توجه به بعد عاطفی و خویش‌ن‌داری اقدامات: مرور مطالب جلسه قبل، انتقال تجربیات افراد درباره انجام تکالیف، تمرکز بر افکار مثبت، پذیرش مشکلات غیرقابل تغییر، تاکید بر ارتباط با خالق هستی، پرورش روح و امیدواری به آینده، انجام کارهای عام‌المنفعه، کمک به نیازمندان براساس علایق فردی، خواندن نماز و قرائت قرآن و شرکت در مراسم‌های مذهبی بنا بر اعتقادات فردی، توجه به نقاط مثبت درباره بدن خویش، آموزش تمرینات شکرگزاری، پاسخ به سوالات در صورت وجود و جمع‌بندی و برنامه‌ریزی جلسه آینده. تکلیف خانگی: ثبت تجربیات درباره هر کدام از مداخلات، موانع موجود برای اجرای هر مداخله
جلسه پنجم، مرحله کنترل یک هفته بعد از جلسه ۴	هدف: حفظ ارتباط متقابل شرکت‌کنندگان با محقق، بررسی روند مراقبت، نهادینه کردن و تداوم رفتارهای بهداشتی مرتبط با بیماری و درمان آن. اقدامات: کنترل، بازبینی و ارزیابی هفتگی غیرمحموس مهارت‌های کسب شده درباره هریک از توصیه‌های کیفیت خواب، تغذیه و احساس آرامش، کاهش میزان استرس، بهبود روابط بین فردی، فعالیت فیزیکی، راهنمایی‌ها و آموزش‌های ارائه‌شده طی هر جلسه، تشکیل گروه‌های واتساپ برای هر گروه ۵ نفره از اعضای گروه مداخله و ارتباط با ایشان جهت ارسال مطالب آموزشی افزون بر جلسات حضوری، ایجاد احساس امیدواری و انگیزه جهت تداوم و تمکین برنامه‌های اجرا شده و بررسی نیازهای جدید یا سوالات احتمالی ایجاد شده.
مرحله ارزیابی (۶۰-۹۰) دقیقه	این مرحله گام نهایی مدل مراقبت پیگیر ارائه شده است اما در همه مراحل مورد توجه بوده است. اهداف: بررسی روند مراقبت، موفقیت‌ها و عدم موفقیت‌ها، اندازه‌گیری و مقایسه شاخص‌های کنترلی است. اقدامات: بررسی اظهارات بیمار و همسر درباره رفتارهای مراقبتی و امکان ادامه آن‌ها، مرور مجدد موفقیت‌ها و شکست‌ها و توجه به پیشنهادها، تقویت ارتباط حضوری و تلفنی، توجه به پیشنهادهای شرکت‌کنندگان، تلاش جهت نهادینه کردن و تداوم رفتارهای بهداشتی، حذف یا تعدیل عوامل خطر آفرین بیماری است. جهت ارزیابی مددجوهای شرکت‌کننده در هر دو گروه دفترچه یادداشت برای ثبت افکار، احساسات، تجربه و رفتارهای روزانه در رابطه با ابعاد پرسش‌نامه سبک زندگی در اختیارشان قرار گذاشته شد. ارزیابی نهایی ابعاد سبک زندگی و تکمیل پرسش‌نامه‌های پس از آزمون.

نتایج

ابعاد پرسش‌نامه فرض همگنی واریانس‌ها (فرض کرویت) با استفاده از آزمون مویلی بررسی شد. نتایج آزمون نشان داد که پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها برقرار نیست ($P < 0.05$)، بنابراین از روش درجه آزادی تعدیل‌شده استفاده شد.

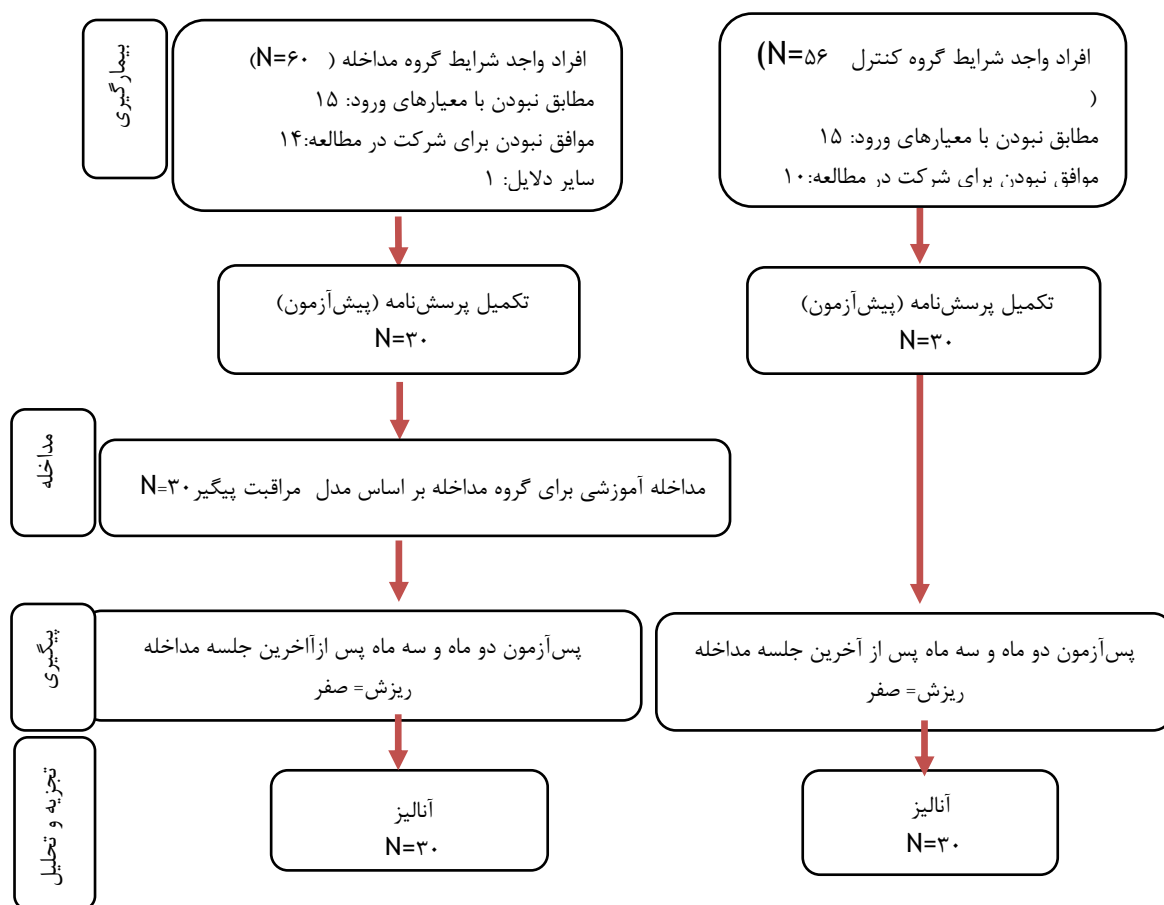
با توجه به نتایج حاصل از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های

میانگین سنی زنان شرکت‌کننده در این مطالعه در گروه کنترل برابر $5/12 \pm 35/60$ سال بوده و برای گروه مداخله برابر $5/97 \pm 37/70$ سال بود (جدول ۲).

در همه آزمون‌های تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری برای تمام

مداخله کمتر است و این مقادیر تفاوت آماری معناداری را نشان می‌دهند ($P < 0/05$). به طوری که میانگین نمرات این متغیرها در گروه کنترل روند منظمی ندارد و روند کاهشی افزایشی یا افزایشی در این گروه وجود داشته است؛ بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که مداخله مدنظر توانسته است به میزان قابل توجهی میانگین نمرات ابعاد مذکور را در گروه مداخله را نسبت به گروه کنترل کاهش دهد. (جدول ۴).

تکراری برای میانگین نمره ابعاد درد، میزان کنترل، عاطفی، حمایت اجتماعی و خویشتن‌بینی مولفه گروه، زمان و توام زمان گروه معنادار است که می‌توان این گونه استنباط کرد که میانگین نمرات ابعاد مذکور گروه مداخله از گروه کنترل کمتر بوده که این اختلاف از نظر آماری معنادار است (جدول ۳). همچنین، در بررسی نتایج به‌دست‌آمده، میانگین نمره ابعاد شغل، مقاربت، بعد کارایی درمان‌های موجود و ادراک نازایی در گروه مداخله در زمان‌های دو ماه و سه ماه بعد از مداخله، از زمان قبل از



شکل ۱. دیاگرام مطالعه

جدول ۲. توزیع توام متغیرهای کیفی مطالعه بین دو گروه کنترل و مداخله

متغیر	گروه‌ها	
	کنترل (n=30)	مداخله (n=30)
	Mean ± SD	Mean ± SD
سن (سال)	35/60 ± 5/12	37/70 ± 5/97
t=1/462 *P=0/149		
طول مدت تاهلی (سال)	10/48 ± 6/34	13/32 ± 4/80
t=1/836 *P=0/072		
سن اولین قاعدگی (سال)	12/30 ± 1/15	12/93 ± 1/72
t=1/676 *P=0/099		
شاخص توده بدن (kg/m ²)	23/68 ± 3/87	25/09 ± 5/18
t=1/19		

*P=۰/۲۳۹					
سن تشخیص با جراحی (سال)					
۳۰/۳۶ ± ۴/۶۷		۲۹/۶۰ ۳/۷۸		t=۰/۶۹۸	
*p=۰/۴۸					
سن شروع علائم (سال)					
۲۸/۳۰ ± ۴/۸۸		۲۷/۵۰ ± ۴/۶۸		t=۰/۶۴۸	
*p=۰/۵۲					
فراوانی		فراوانی		درصد	
۶		۱۰		۱۳/۳	
ابتدایی و راهنمایی		۸		۲۶/۷	
سطح تحصیلات		۴۶/۷		** P=۰/۲۷	
۱۴		۳۳/۳		۴۶/۷	
دانشگاهی		۱۶		۵۳/۳	
بدون درآمد		۱		۳/۳	
درآمد در خانه		۳۰		۴۳/۳	
شاغل		۴		۷/۵	
ابتدائی و راهنمایی		۱۳		۳۴/۴	
تحصیلات همسر		۴۳/۳		*P=۰/۵۵	
دانشگاهی		۱۱		۴۷/۸	
کارگر		۲		۸/۷	
کارمند		۷		۳۰/۴	
شغل همسر		۲۵		*P=۰/۵۱	
آزاد		۱۴		۲۶/۹	
۷		۲۳/۳		۱	
دخل کمتر از خرج		۶۳/۳		*P=۰/۳۷۱	
دخل برابر خرج		۱۹		۷۶/۷	
دخل بیشتر از خرج		۴		۱۳/۳	
منظم		۸۳/۳		X ² =۰/۱۳۱	
نامنظم		۱۶/۷		*P=۰/۷۱۸	
۵		۴۶/۷		۴۰	
در یک محل		۱۲		X ² =۰/۲۷۱	
بیشتر از یک محل		۱۸		*P=۰/۶	
۱۶		۵۳/۳		۶۰	
بلی		۱۶/۷		X ² =۲/۹۶	
خیر		۸۳/۳		*P=۰/۰۸	
۲۵		۵۳/۳		۶۶/۷	
مصرف سیگار		۱۶		X ² =۱/۱۱۸	
صفر		۳۶/۷		*P=۰/۵۷۲	
یک		۱۰		۲۶/۷	
تعداد فرزند		۳		۶/۷	
دو		۱۷		X ² =۱/۱۴۸	
بلی		۵۶/۷		*P=۰/۲۸۴	
خیر		۴۳/۳		۳۰	
درد لگنی		۱۳		۵۶/۷	
بلی		۵۳/۳		X ² =۰/۰۶	
خیر		۴۶/۷		*P=۰/۷۹۵	
۱۴		۴۳/۳		۲۴/۱	
دارد		۸۳/۳		X ² =۰/۵	
ندارد		۲۵		*P=۰/۴۷	
۷۵/۹		۲۳		۴۰	
دارد		۴۶/۷		X ² =۰/۲۷۱	
ندارد		۵۳/۳		*P=۰/۶	
۱۶		۶۶/۷		۶۶/۷	
دارد		۳۳/۳		*P=۱	
ندارد		۱۰		۱۶/۷	
احساس خستگی		۵۶/۷		X ² =۰/۱۳۱	
دارد		۸۶/۷		*P=۰/۷۱۸	
ندارد		۲۶		۸۳/۳	
خونریزی نامنظم		۱۷		X ² =۱/۸۳	
دارد		۴۳/۳		*P=۰/۱۷۶	
ندارد		۱۳		۳۰	
دیسمنوره					

*آزمون تی مستقل ** آزمون کای دو

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد مرکزی کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در زنان مبتلا به آندومتريوز

ابعاد	گروه	قبل از مداخله			دو ماه بعد از		سه ماه بعد از		زمان × گروه*
		انحراف معیار ±	میانگین	انحراف معیار ±	میانگین	انحراف معیار ±	میانگین		
درد	کنترل	۵۲/۳۰±۷/۳۴	۴۸/۲۳±۸/۸۹	۵۰/۴۱±۷/۹۸	F=۴۵/۳۲۴	F=۴۵/۶۹۹	F=۲۵/۵۹		
	مداخله	۱۵/۱۶ ± ۵/۵۰	۳۳/۱۰±۹/۸۱	۳۰/۹۰±۱۲/۸۹	df=۱/۷۶	df=۱	df=۱/۷۶		
میزان کنترل	کنترل	۵۴/۶۶±۱۰/۴۹	۴۶/۵۶±۸/۳۲	۴۷/۷۶±۶/۸۵	F=۵۹/۹۰	F=۷۴/۹۴	F=۱۴/۴		
	مداخله	۵۲/۶۶±۷/۵۵	۳۰/۴۳±۱۰/۷۱	۳۱±۷/۳۱	df=۱/۹۴	df=۱	df=۱/۹۴		
بعد عاطفی	کنترل	۵۱/۹۶±۱۴/۷۳	۵۰±۱۴/۰۸	۵۲/۲±۱۳/۵۷	F=۲۳/۹۳	F=۲۷/۲۸	F=۲۱/۰۷		
	مداخله	۴۷/۱۰۳±۱۵/۴۵	۳۳/۱۰±۹/۰۸	۲۸/۲۳±۹/۷۳	df=۱/۲۵	df=1	df=۱/۲۵		
حمایت اجتماعی	کنترل	۴۹/۱۵±۲۲/۰۵	۵۱/۱۵±۱۹/۶۴	۵۱/۱۵±۱۹/۶۴	F=۸/۰۵	F=۱۲/۵۷	F=۱۵/۴۰		
	مداخله	۴۳/۳۵±۲۰/۸۶	۳۱/۶۵±۱۱/۳۹	۳۰/۳۵±۱۲/۲۴	df=۱/۰۴	df=1	df=۱/۰۴		
خوابشستن بینی	کنترل	۳۴±۲۴/۳۴	۲۶/۶۶±۱۵/۰۶	۲۴/۲±۱۴/۸	F=۳۶/۲۵	F=۷/۰۶	F=۵/۰۲		
	مداخله	۳۵/۱۳±۲۰/۸۶	۱۳/۸±۱۰/۰۴	۱۲±۱۰/۱۲	df=۱/۱۶	df=۱/۱۶	df=۱		

*آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد ضمیمه کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در زنان مبتلا به آندومتريوز

ابعاد کیفیت زندگی	گروه	قبل از مداخله			دو ماه بعد از		سه ماه بعد از		زمان*	گروه*	زمان × گروه*
		انحراف معیار ±			انحراف معیار ±		انحراف معیار ±				
		میانگین			میانگین		میانگین				
شغل	کنترل (n=۱۴)	۱۹/۱۶±۶/۸۳	۲۶/۰۰±۸/۱۱	۲۴/۲۸±۸/۹۴	F=۰/۹۴۵	F=۱۰/۸۶۶	F=۵/۰۹۴				
	مداخله (n=۱۰)	۱۸/۴ ± ۹/۵۲	۹/۲۰±۴/۵۰	۴/۸۰±۲/۹۶	df=۱/۰۹۵	df=۱	df=۱/۰۹۵				
					p=۰/۳۴۹	p=۰/۰۰۳	p=۰/۰۳۱				
مقاربت	کنترل (n=۱۴)	۴۳/۷۲±۱۲/۷۹	۴۲/۵۶±۱۱/۰۵	۴۰/۸۴±۱۱/۱۱	F=۱۴/۹۹	F=۴/۵۳	F=۷/۰۰۹				
	مداخله (n=۲۱)	۴۳/۴۴±۱۰/۱۴	۳۳/۷۲±۸/۰۵	۲۹/۳۲±۱۱/۷۵	df=۱/۵۶۱	df=۱	df=۱/۵۶۱				
					p<۰/۰۰۱	p=۰/۰۴۱	p=۰/۰۴۱				
رابطه با کودک	کنترل (n=۱۰)	۴۲/۰۰±۱۳/۹۸	۳۴±۱۵/۷۸	۳۷/۰۰±۱۷/۶۷	F=۲۱/۸۲	F=۳/۱۸۷	F=۸/۹۴۲				
	مداخله (n=۲۱)	۵۰±۱۱/۴۰	۱۹±۱۶/۷۰	۲۱±۱۴/۱۱	df=۱/۳۲۵	df=1	df=۱/۳۲۵				
					p<۰/۰۰۱	p=۰/۰۸۵	p=۰/۰۰۲				
توجه پزشکی	کنترل (n=۳۰)	۲۴/۳۵±۱۳/۴۴	۲۷/۵±۱۲/۶۴	۲۶±۱۰/۳۷	F=۳/۴۱	F=۱/۲۳	F=۹/۶۵				
	مداخله (n=۲۹)	۲۷/۹۵±۱۲/۹۲	۲۲/۰۵±۵/۰۹	۱۹/۸۵±۶/۷۴	df=۱/۴۳۸	df=1	df=۱/۴۳۸				
					p=۰/۰۵۳	p=۰/۰۲۷	p<۰/۰۰۱				
کارایی درمان‌های موجود	کنترل (n=۲۹)	۳۹/۵۳±۱۵/۶۲	۳۷/۷۳±۱۴/۱۷	۲۰/۲±۹/۸۲	F=۳۴/۰۶	F=۸/۱۲	F=۱۵/۷۴				
	مداخله (n=۳۰)	۱۳/۷۹±۴۱/۱۳	۱۰/۵۵±۲۶	۹/۸۲±۲۰/۲	df=۱/۷۶	df=۱	df=۱/۷۶				
					p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۶	p<۰/۰۰۱				

F=۱۴/۹۷	F= ۱۵/۲۸	F=۱۵/۶۵				کنترل (n=۳۰)
df=۱/۶۲	df=۱	df=۱/۶۲	۴۰/۳۵±۱۱/۲۹	۴۱/۶۵±۱۰/۷۷	۴۰/۸۵±۱۱/۲۲	ادراک نازایی
p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱				
			۲۵/۳۵±۱۱/۸۱	۲۹±۹/۵۹	۳۹±۱۲/۸۹	مداخله (n=۳۰)

*آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر

بحث

تجزیه و تحلیل داده‌ها با آزمون آماری آنالیز واریانس دو طرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داده است که میانگین نمرات ابعاد درد، میزان کنترل، بعد عاطفی، حمایت اجتماعی، خویشتن‌بینی، شغل، مقاربت، کارایی درمان‌های موجود و ادراک ناباروری در اندازه‌گیری‌های قبل، دو و سه ماه بعد از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل اختلاف آماری معناداری داشته‌اند که بیانگر این موضوع است که مداخله با مدل مراقبت پیگیر توانسته است تا حد مطلوبی کیفیت زندگی را بهبود ببخشد. اگرچه درباره ابعاد رابطه با کودک و توجه پزشکی اختلاف آماری معنادار مشاهده نشده است. در این باره در مطالعه مت والی و همکاران (۲۰۱۸) نتایج نشان داده است که بعد از مداخله، از نظر کیفیت زندگی و کاهش سطح درد، بهبود قابل توجهی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل مشاهده شده است [۲۱] که همسو با مطالعه حاضر است. درباره بعد کنترل نیز، همسو با مطالعه حاضر نورمن و همکاران (۲۰۲۱)، در مطالعه خود با هدف شناسایی مداخلات خودمراقبتی زنان ساکن ایالات متحده برای مدیریت درد مرتبط با اندومتریوز، نشان داده‌اند که زنان به طور متوسط از ۵/۸ مداخله خودمراقبتی بیش از یک بار در هفته استفاده کرده‌اند. همچنین، استفاده مکرر از راهبردهای چندگانه به طور قابل توجهی با نمرات بدتر برای همه ابعاد دیگر کیفیت زندگی، بعد درد و اعتماد کمتر به توانایی فرد برای کنترل علائم مرتبط بوده است [۲۲]. این موضوع، ارائه‌دهندگان خدمت می‌توانند آموزش مداخله خودمراقبتی مبتنی بر شواهد را برای کمک به کاهش درد ناشی از اندومتریوز، جلوگیری از عوارض جانبی و کمک به افراد در کشف آنچه برای آن‌ها مفید است ارائه دهند. مطالعات قبلی نشان داده است که زنان مبتلا به اندومتریوز از وضعیت خود احساس شرمندگی می‌کنند و در نتیجه احساس می‌کنند نمی‌توانند درباره سلامت خود با کارفرما، همکاران، دوستان و خانواده خود صحبت کنند [۲۳]. این می‌تواند منجر به این واقعیت شود که زنان با اندومتریوز احساس انزوا و تنهایی کنند. نتایج مطالعه مارکی و همکاران (۲۰۱۷) نشان داده است که علائم درد جسمی و مشکلات عاطفی بر کیفیت زندگی از طریق استرس روانی در زنان مبتلا به اندومتریوز تاثیر منفی می‌گذارد [۲۴]. همسو با یافته مطالعه حاضر، فرشی و همکاران (۲۰۲۰)، در مطالعه خود تاثیر مشاوره خودمراقبتی بر افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به اندومتریوز را نشان داده‌اند؛ به طوری که میانگین نمره کیفیت زندگی در بعد جسمی و بعد روحی - روانی در گروه مشاوره به طور

معناداری بالاتر از گروه کنترل بوده است [۲۵].

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمره بعد خویشتن‌بینی گروه مداخله از گروه کنترل کمتر بوده که این اختلاف از نظر آماری معنادار است. تحقیقاتی که به نحوه ارتباط افراد مبتلا به اندومتریوز با بدن خود در زمینه کیفیت زندگی آن‌ها می‌پردازد، محدود است. مرادی و همکاران (۲۰۱۴) گزارش کرده‌اند که افراد مبتلا به اندومتریوز از ظاهر بدن خود ناراضی هستند؛ زیرا وزن آن‌ها افزایش یافته، زخم‌های ناشی از جراحی دارند، یا به دلیل خونریزی شدید و کم‌خونی رنگ‌پریده هستند [۶]. در مطالعه گلر و همکاران (۲۰۲۱)، نتایج نشان داده است که پریشانی روانی در زنان مبتلا به اندومتریوز، ممکن است از نگرانی‌های مربوط به تصویر بدن، انتقاد از خود و شدت درد ناشی شود [۲۶]. بنابراین پزشکان و سایر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی باید علل ایجاد اضطراب و افسردگی را در زنان مبتلا به اندومتریوز شناسایی کنند و بر اساس ویژگی‌های بیمار مشاوره مناسب ارائه دهند. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمره بعد حمایت اجتماعی گروه مداخله از گروه کنترل کمتر بوده که این اختلاف از نظر آماری معنادار است. بنابراین لازم است در جلسات مشاوره به نقش حمایتی خانواده و دوستان برای مدیریت درد تاکید شود [۲۲].

نتایج مطالعه حاضر نشان داده است که میانگین نمره بعد شغل گروه مداخله از گروه کنترل کمتر بوده که این اختلاف از نظر آماری معنادار است. اندومتریوز می‌تواند بر اشتغال به کار بیماران تاثیر بگذارد؛ زیرا زنان به دلیل مشکلات در مرخصی استعلاجی و به دلیل محل اشتغال که نیازهای آن‌ها را برآورده نمی‌کند، قادر به مدیریت یک شغل تمام‌وقت نیستند. به همین دلیل، ارزیابی و بهبود این بعد از کیفیت زندگی مهم بوده و لازم است مداخلات درخور در این باره انجام شود [۲۷].

نتایج مطالعه حاضر نشان داده است که میانگین نمره بعد مقاربت گروه مداخله از گروه کنترل کمتر بوده که این اختلاف از نظر آماری معنادار است. گفتنی است علائم مرتبط با اندومتریوز می‌تواند بر زندگی جنسی زنان به صورت کاهش تعداد و کیفیت رابطه جنسی و عملکرد کلی فعالیت جنسی، بر عزت نفس و رضایت جنسی تاثیر بگذارد [۲۸]. همسو با مطالعه حاضر، نتایج مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۸ تاثیر مثبت یک مداخله آموزشی بر کیفیت زندگی و عملکرد جنسی در زنان مبتلا به اندومتریوز را نشان داده است [۲۹]. با توجه به اینکه، سلامت جنسی یک جنبه بسیار مهم کیفیت زندگی است، باید بخشی از ارزیابی‌های ارائه‌دهندگان خدمت برای بیماران مبتلا

به آندومتریوز مرتبط با سلامت و عملکرد جنسی زنان باشد و به عنوان هدف درمان در نظر گرفته شود.

نتایج مطالعه حاضر نشان داده است که میانگین نمره بعد رابطه با کودک گروه مداخله و گروه کنترل تقریباً یکسان بوده که این اختلاف از نظر آماری معنادار نیست. شواهد زیادی درباره تاثیر منفی آندومتریوز بر روابط وجود دارد. یک نظرسنجی بین‌المللی نشان داده است که ۵۰ درصد از ۳۲۱۶ زن دعوت‌شده برای شرکت در یک مطالعه، گزارش داده‌اند که آندومتریوز بر روابط آن‌ها تاثیر گذاشته است و باعث جدایی زوج‌ها در ۱۰ درصد موارد شده است [۳۰]. ممکن است روابط زنان با کودکان نیز، تحت تاثیر عوامل متعددی در زندگی باشد که ابتدا به آندومتریوز، نقش جزیی در این ارتباط داشته باشد.

در مطالعه حاضر، میانگین نمره بعد توجه پزشکی گروه مداخله و گروه کنترل تقریباً یکسان بوده که این اختلاف از نظر آماری معنادار نیست. اغلب به تاثیر بیماری بر کیفیت زندگی حتی توسط پزشکان توجه نمی‌شود. در یک مطالعه کیفی، زنان تجربیات منفی از ارتباط با پزشکان را گزارش کرده‌اند [۶]. علاوه بر این، اکثر پزشکان به اندازه کافی خود را برای درک و ارائه مراقبت‌های روانی اجتماعی ملزم نکرده‌اند و بسیاری دریافته‌اند که انجام این کار ضروری نیست [۳۱]: بنابراین، پیشنهاد می‌شود در مداخله بر اساس مدل مراقبت پیگیر، پزشکان و درمانگران نیز به عنوان ارائه دهنده خدمت مورد آموزش قرار بگیرند، تا درباره بعد توجه پزشکی در زنان مبتلا به آندومتریوز، این مدل اثربخشی بیشتری داشته باشد.

بکر و همکاران (۲۰۱۷) در یک بررسی سیستماتیک نشان داده‌اند که مطالعات اندکی از درمان‌های پزشکی برای آندومتریوز، پیامدهایی را گزارش می‌کنند که به بیماران مربوط می‌شود و فقدان داده‌ای درباره ویژگی‌های جمعیت بیماران که علائم آن‌ها به درمان پاسخ نمی‌دهند وجود دارد. استفاده از پیامدهای استانداردشده و حجم نمونه کافی بیمار در مطالعات مربوط به اثربخشی درمان‌های پزشکی برای آندومتریوز برای تولید داده‌های قوی که مقایسه بین مطالعات و درمان‌ها را تسهیل می‌کند، مورد نیاز است. عود درد مرتبط با آندومتریوز پس از قطع درمان، حتی پس از زمان‌های کوتاه پیگیری گزارش شده در مطالعات، شایع است. آندومتریوز یک بیماری مزمن است و بیماران به درمان‌های پزشکی جدید نیاز دارند که مزایای طولانی‌مدت را از نظر پیشگیری از پیشرفت بیماری و عود درد، که پس از قطع درمان ادامه می‌یابد، ارائه کند [۳۲]. این یافته‌ها می‌تواند

لزوم کاربرد مراقبت‌های مداوم و پیگیر را در کنترل عوارض بیماری آندومتریوز قوت ببخشد. از محدودیت‌های مطالعه حاضر امکان دسترسی و استفاده گروه کنترل به منابع اطلاعاتی مانند کتاب، اینترنت و مجلات حاوی مطالب مربوط به آندومتریوز است که خارج از کنترل محقق بوده است. با توجه به اینکه احتمال دسترسی به نمونه‌ها در یک باره سنی محدود کاهش پیدا می‌کرد در انتخاب حجم نمونه باید محدوده سنی گسترده از ۱۸ تا ۴۹ سال در نظر گرفته می‌شد که از دیگر محدودیت‌های این مطالعه به شمار می‌رود.

نتیجه‌گیری

با مرور گذرا به یافته‌های به‌دست‌آمده مشخص می‌شود اجرای مدل مراقبت پیگیر در بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به آندومتریوز موثر است و چون اجرای آن با کمترین امکانات میسر است؛ پیشنهاد می‌شود که این مدل در مراکز تخصصی درمان آندومتریوز اجرا شود. بدیهی است با بهبود کیفیت زندگی و ابعاد آن از جمله درد از تحمیل هزینه‌های بالای درمان برای سیستم و خانواده‌ها پیشگیری می‌شود.

تشکر و قدردانی

از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه که ما را در انجام مطالعه حمایت کرده‌اند سپاس‌گزاری می‌شود. همچنین این مقاله بر گرفته از پایان‌نامه دانشجویی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی است.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی برای نویسندگان در این مطالعه وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی

گرفتن مجوزهای لازم و کد اخلاق IR.UMSU.REC. 1401/320 و گرفتن رضایت آگاهانه از تمام افراد شرکت‌کننده در مطالعه، توضیح در زمینه روش اجرا و هدف از انجام تحقیق و پاسخ به سوال شرکت‌کنندگان از ملاحظات اخلاقی بوده که در این پژوهش رعایت شده است.

سهم نویسندگان

تمام نویسندگان در نگارش مقاله سهیم بوده‌اند.

حمایت مالی

این مقاله را دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ارومیه حمایت کرده است.

REFERENCES

- Bourdel N, Chauvet P, Billone V, Douridas G, Fauconnier A, Gerbaud L, et al. Systematic review of quality of life measures in patients with endometriosis. *PLoS One*. 2019;14(1):e0208464. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208464>, <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0208464>
- Bieñ, A., Rzońca, E., Zarajczyk, M. et al. Quality of life in women with endometriosis: a cross-sectional survey. *Qual Life Res*. 2020; 29, 2669–2677. <https://doi.org/10.1007/s11336-020-02515-4>.
- Shum LK, Bedaiwy MA, Allaire C, Williams C, Noga H, Albert A, Lisonkova S, Yong PJ. Deep Dyspareunia and Sexual Quality of Life in Women With Endometriosis. *Sex Med*. 2018;6(3):224-233. doi:10.1016/j.esxm.2018.04.006. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29801714/>
- Szyplowska M, Tarkowski R, Kulak K. The impact of endometriosis on depressive and anxiety symptoms and quality of life: a systematic review. *Front Public Health*. 2023 ;6;11:1230303. doi10.3389/fpubh.2023.1230303.

- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37744486/>
5. Gremillet L, Netter A, Sari-Minodier I, Miquel L, Lacan A, Courbiere B. Endometriosis, infertility and occupational life: women's plea for recognition. *BMC Womens Health*. 2023;23(1):29. doi:10.1186/s12905-023-02183-9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36670397/>
 6. Moradi M, Parker M, Sneddon A, Lopez V, Ellwood D. Impact of endometriosis on women's lives: a qualitative study. *BMC Womens Health*. 2014;14:123. doi:10.1186/1472-6874-14-123. <https://bmcmwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6874-14-123>
 7. Gallagher JS, DiVasta AD, Vitonis AF, Sarda V, Laufer MR, Missmer SA. The Impact of Endometriosis on Quality of Life in Adolescents. *J Adolesc Health*. 2018;63(6):766-772. doi:10.1016/j.jadohealth.2018.06.027. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30454733/>
 8. van Aken MAW, Oosterman JM, van Rijn CM, Ferdek MA, Ruigt GSF, Peeters BWMM, Braat DDM, Nap AW. Pain cognition versus pain intensity in patients with endometriosis: toward personalized treatment. *Fertil Steril*. 2017;108(4):679-686. doi:10.1016/j.fertnstert.2017.07.016. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28911933/>
 9. Facchin F, Barbara G, Dridi D, Alberico D, Buggio L, Somigliana E, Saita E, Vercellini P. Mental health in women with endometriosis: searching for predictors of psychological distress. *Hum Reprod*. 2017;32(9):1855-1861. doi:10.1093/humrep/dex249. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28854724/>
 10. Sadeghi N, Ahmadi F, Rasekhi A. The Effect of Continuous Care Model on Blood Pressure and Quality of Life in Patients with Hypertension: A Randomized Clinical Trial. *J CaringSci*. 2022;11(4):210-216. doi:10.34172/jcs.2022.23. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9720501/>
 11. Moosavinasab SMM, Vahedian-Azimi A, Salehi M, Vahedi E, Zarchi A, Khoshfetrat M, et al. A review of 17 years of application of a continuous care model on the consequences of acute and chronic diseases: describing and assessing the quality of methodology of papers. *Journal of Military Medicine*. 2018;20(1):27-55. https://militarymedj.bmsu.ac.ir/article_1000725.html?lang=en
 12. Tavakolizadeh M, Moshki M, Basiri Moghadam M, Delshad A. Efficacy of Continuous Care Model Implementation on Body Mass Index and Lifestyle of Middle-aged Obese People. *Journal of Research & Health*. 2021;11(6):413-422. <http://dx.doi.org/10.32598/JRH.11.6.1901.1>. <https://jrjh.gmu.ac.ir/article-1-1963-en.html>
 13. Fadaei M, Damghanian M, Rahimi-Kian F, Tehrani ESN, Mehran A. The effect of educating based on continuous care model on the infertility treatment related quality of life. *Nursing Practice Today*. 2016;3(3):81-90. <https://npt.tums.ac.ir/index.php/npt/article/view/88>
 14. Sayed AE, Elahmady Sarhan A, Abdallah Abdel-Mordy M. Effect of Implementing Continuous Care Model on Health-Related Behaviors and Quality of Life among Women with Preeclampsia. *Egyptian Journal of Health Care*. 2020;11(4):726-42. doi:10.21608/EJHC.2020.177143. https://ejhc.journals.ekb.eg/article_177143.html
 15. Moghaddam Tabrizi, Fatemeh PhD; Rajabzadeh, Hanieh MSc(Mid); Eghtedar, Samereh PhD. Effects of the Continuous Care Model on the Health-Promoting Lifestyle in Breast Cancer Survivors: A Randomized Clinical Trial. *Holist Nurs Pract*. 2020; 34(4):p 221-233. DOI:10.1097/HNP.0000000000000392. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32404725/>
 16. Rezamand F, Shahnazi H, Hassanzadeh A. The Effect of Continuous Care Model Implementation on the Quality of Life of Patients with Heart Failure: A Randomized Controlled Trial. *Korean J Fam Med*. 2021;42(2):107-115. doi:10.4082/kjfm.20.0040. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32434300/>
 17. Jones G, Kennedy S, Barnard A, Wong J, Jenkinson C. Development of an endometriosis quality-of-life instrument: The Endometriosis Health Profile-30. *Obstet Gynecol*. 2001;98(2). [https://doi.org/10.1016/S0029-7844\(01\)01433-8](https://doi.org/10.1016/S0029-7844(01)01433-8). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11506842/>
 18. Grundström H, Rauden A, Olovsson M. Cross-cultural adaptation of the Swedish version of Endometriosis Health Profile-30. *J Obstet Gynaecol*. 2020;40(7):969-973. doi:10.1080/01443615.2019.1676215. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31909643/>
 19. Ashrafizaveh A, Sabouri Fard H, Azmoudeh E. Application of Medicinal Plants, Acupuncture, Massage Therapy and Transcutaneous Electric Nerve Stimulation in Treatment of Endometriosis: Review Study. Iranian journal of obstetrics, gynecology and infertility. 2019;22(5). doi:10.22038/IJOGI.2019.13593. https://ijogi.mums.ac.ir/article_13593.html
 20. Jalalmarvi F, Kordi M, Mazloom SR. Assessing the impact of continuous care model on the treatment of Chronic Diseases. *Paramed Sci Military Health*. 2018;13(2):35-43. <https://www.semanticscholar.org/paper/Assessing-the-Impact-of-Continuous-Care-Model-on-of-Jalalmarvi-Kordi/38a49b82df68321c83726848815a2ab1f56cc921>
 21. Metwally HMS, Desoky M. Improving quality of life among women with endometriosis: an intervention study. *American Journal of Nursing Research*. 2018;6(6):668-78. DOI:10.12691/ajnr-6-6-38. <https://www.sciepub.com/AJNR/abstract/11620>
 22. Norman M, Razmpour O, Olsen JM. Women's Use of Self-Care Interventions for Endometriosis Pain in the United States. *Nurs Womens Health*. 2021;25(5). <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2021.07.008>. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34437866/>
 23. Seear K. The etiquette of endometriosis: stigmatisation, menstrual concealment and the diagnostic delay. *Soc Sci Med*. 2009;69(8):1220-7. DOI:10.1016/j.socscimed.2009.07.023. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19699572/>
 24. Márki G, Bokor A, Rigó J, Rigó A. Physical pain and emotion regulation as the main predictive factors of health-related quality of life in women living with endometriosis. *Hum Reprod*. 2017;32(7):1432-1438. doi:10.1093/humrep/dex091. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S027953609004808?via%3Dihub>
 25. Farshi N, Hasanpour S, Mirghafourvand M, Esmaeilpour K. Effect of self-care counselling on depression and anxiety in women with endometriosis: a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*. 2020;20(1):1-12. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02795-7>. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32727601/>
 26. Geller S, Levy S, Ashkeloni S, Roeh B, Sbiet E, Avitsur R. Predictors of Psychological Distress in Women with Endometriosis: The Role of Multimorbidity, Body Image, and Self-Criticism. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(7):3453. doi:10.3390/ijerph18073453. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8037734/>
 27. Gilmour JA, Huntington A, Wilson HV. The impact of endometriosis on work and social participation. *Int J Nurs Pract*. 2008;14(6):443-8. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2008.00718>. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19126072/>
 28. Mabrouk M, Del Forno S, Spezzano A, Raimondo D, Arena A, Zanello M, Leonardi D, Paradisi R, Seracchioli R. Painful Love: Superficial Dyspareunia and Three Dimensional Transperineal Ultrasound Evaluation of Pelvic Floor Muscle in Women with Endometriosis. *J Sex Marital Ther*. 2020;46(2):187-196. doi:10.1080/0092623X.2019.1676852. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31612796/>
 29. Sayed HAE, Aboud SAHH. Effect of an educational

- intervention on quality of life and sexual function in women with endometriosis. *Int J Stud Nurs*. 2018;3(2):127. [doi:10.20849/ijsn.v3i2.452](https://www.researchgate.net/publication/327056311_Effect_of_an_Educational_Intervention_on_Quality_of_Life_and_Sexual_Function_in_Women_with_Endometriosis)
https://www.researchgate.net/publication/327056311_Effect_of_an_Educational_Intervention_on_Quality_of_Life_and_Sexual_Function_in_Women_with_Endometriosis
30. De Graaff A, D'hooghe T, Dunselman G, Dirksen C, Hummelshoj L, Consortium WE, et al. The significant effect of endometriosis on physical, mental and social wellbeing: results from an international cross-sectional survey. *Hum reprod*. 2013;28(10):2677-85. [doi: 10.1093/humrep/det284](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23847114/)
 31. Young K, Fisher J, Kirkman M. Clinicians' perceptions of women's experiences of endometriosis and of psychosocial care for endometriosis. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2017;57(1):87-92. DOI: [10.1111/ajo.12571](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28251627/).
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28251627/>
 32. Becker CM, Gattrell WT, Gude K, Singh SS. Reevaluating response and failure of medical treatment of endometriosis: a systematic review. *Fertil Steril*. 2017;108(1):125-36. [doi: 10.1016/j.fertnstert.2017.05.004](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28668150/).
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28668150/>