

## تأثیر به کارگیری مدل مراقبتی مشارکتی بر کیفیت زندگی بیماران شریان کرونری

فریبرز آزادی<sup>۱</sup>، دکتر عیسی محمدی<sup>۲</sup>

### چکیده

**مقدمه:** بیماری عروق کرونری یکی از مهم ترین بیماری های مزمن است که مشکلی جهانی محسوب میشود و بعلت داشتن ماهیت پیچیده و چند عاملی تمامی کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه را به چالشی بزرگ کشانده است. با وجود آمار شیوع در حال فزونی و علیرغم پیشرفت فن آوری پزشکی و صرف هزینه های زیاد، هنوز در حل این مشکل موفقیت قابل قبولی حاصل نگردیده است. امروزه یکی از اهداف برنامه های مداخله ای کنترل این مشکل بهداشتی درمانی، بهبود کیفیت زندگی است. در این مطالعه، پژوهشگر به ارزیابی کفایت مدل مراقبتی جدیدی به نام مدل مراقبتی مشارکتی پرداخته که بر اساس عوامل بومی طراحی شده است.

**مواد و روش کار:** این بررسی یک تحقیق نیمه تجربی از نوع کارآزمایی بالینی است که به منظور بررسی تأثیر به کارگیری مدل مراقبتی مشارکتی بر کیفیت زندگی بیماران شریان کرونری انجام شده است. تعداد کل نمونه ها ۶۰ نفر بود که در دو گروه ۳۰ نفری آزمون و شاهد قرار گرفتند. برای سنجش کیفیت زندگی از پرسش نامه استاندارد SF-36 استفاده گردید. مداخله بر اساس مدل مراقبتی مشارکتی به مدت سه ماه طراحی و اجرا گردید. نتایج با استفاده از ابزار پژوهش در قبل و بعد از مداخله اندازه گیری شدند. سپس داده ها با استفاده از آزمون های آماری تجزیه و تحلیل گردید.

**یافته ها:** در دو گروه مقایسه تفاوت میانگین نمره کیفیت زندگی برای ابعاد فیزیکی، روانی و نمره کل کیفیت زندگی در گروه آزمون و شاهد پس از مداخله تفاوت معنی داری نشان داده است ( $p < 0/05$ )

**بحث و نتیجه گیری:** یافته ها حاکی از آن است که در گروهی که بر اساس مدل مراقبتی مشارکتی تحت مراقبت قرار گرفته اند، میانگین نمره کیفیت زندگی در ابعاد فیزیکی، روانی و در بعد کلی نسبت به گروه شاهد بهبود معنی داری حاصل گردیده است.

**واژه های کلیدی:** مدل پرستاری، بیماری شریان کرونری، مراقبتی مشارکتی، کیفیت زندگی

پذیرش مقاله: ۸۵/۳/۱

دریافت مقاله: ۸۴/۵/۱۰

۱- دانش آموخته کارشناسی ارشد پرستاری دانشگاه تربیت مدرس (نویسنده مسؤول)

۲- استادیار دانشگاه تربیت مدرس

**آدرس:** پل گیشا، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی

**تلفن:** ۰۹۱۲۱۴۸۳۳۴۵

**پست الکترونیکی:** mohamade@modares.ac.ir

## مقدمه

خاص هر جامعه ضروری به نظر می رسد. در این رابطه محقق به ارزیابی یک مدل جدید به نام مدل مشارکتی مراقبت که بر اساس عوامل بومی طراحی شده اقدام نموده است.

مدل مشارکتی مراقبت برای اولین بار در سال ۱۳۸۰ در دانشگاه تربیت مدرس توسط یکی از دانشجویان مقطع دکتری در رشته پرستاری طراحی و برای کنترل فشارخون بالا در شهرستان بابل اجرا و ارزشیابی گردید. در این مدل برای اولین بار نظریه مشارکت در فرآیند مراقبت پردازش شده است. اهداف این مدل: ۱- ایجاد و برقراری یک رابطه مؤثر، متعامل و مستمر بین اعضاء تیم در فرآیند مراقبت و درمان، ۲- افزایش همکاری، انگیزش و مسؤولیت پذیری افراد تیم در فرآیند مراقبت و درمان، ۳- افزایش رضایت و کیفیت زندگی بیماران، ۴- کاهش عوارض و عوامل خطر ساز بیماری می باشد. یکی از اهداف اساسی مدل، بهبود کیفیت زندگی مددجویان است. برای دستیابی اهداف مدل، مراحل ذیل در قالب یک ساختار منظم عملیاتی ارائه گردیده است که با رعایت ارتباط و توالی منطقی و تکاملی بصورت مجموعه ای به هم پیوسته و پویا عمل می نماید. گامهای چهارگانه ذیل: ۱- انگیزش<sup>۱</sup>، ۲- آماده سازی<sup>۲</sup>، ۳- درگیرسازی<sup>۳</sup>، ۴- ارزشیابی<sup>۴</sup> برای هر یک از مراحل برنامه های عملی مشخص پیش بینی شده است [۸].

## مواد و روش کار

روش این پژوهش کارآزمایی بالینی است. برای گروه مداخله برنامه ها بر اساس گام ها و مراحل مدل طراحی و اجرا گردید. مرحله اول انگیزش می باشد. در این مرحله بر اساس مبانی و اهداف مدل اقداماتی جهت برانگیختن مددجو پیش بینی و اجرا گردید. در این راستا ابتدا با استفاده از پرسش نامه هایی استاندارد وضعیت سلامت مددجو بررسی و سپس با استفاده از پرسش نامه استاندارد SF-36، کیفیت زندگی آنها تعیین گردید. پس از ارزیابی اولیه نتایج و یافته های آن توسط پژوهشگر و پزشک معالج تجزیه و تحلیل و سپس نتایج در حضور

آمارها در سطح جهانی نشان می دهد که بیماری های قلبی عروقی ۲۳ درصد کل مرگ و میر را به خود اختصاص می دهند. در میان کشورهای پیشرفته از ۷/۲ میلیون مرگ گزارش شده در سال، بیماری شریان کرونری بیشترین علت را به خود اختصاص داده است به طوری که از هر سه مرد و هر چهار زن یک نفر در اثر ابتلا به این بیماری از بین می روند [۲۰۱]. در سال ۱۹۹۳ بیش از ۹۰،۰۰۰ مرد و ۷۶،۰۰۰ زن در اثر این بیماری جان خود را از دست داده اند. یعنی ۱۹ نفر در ساعت و یا ۴۵۶ نفر در روز که بزرگترین عامل مرگ و میر تلقی می گردد [۴۰۳]. تخمین زده می شود که تا سال ۲۰۲۰ بیماری های قلبی عروقی، خصوصاً آترواسکلروز، سردسته بیماری هایی خواهند بود که کارآیی مفید افراد را به دلیل از کار افتادگی و مرگ زودرس کاهش می دهند. در سال های اخیر موفقیت های چشم گیری در کاهش عوارض و مرگ و میر ناشی از حوادث حاد کرونر حاصل شده است، با این حال امکان درمان فرآیند زمینه ساز (یعنی آترواسکلروز) و پیشگیری از عوارض حاد آن، چالش بزرگی برای محققین محسوب می شود [۵].

در سال ۱۳۷۷ بیماری های قلبی عروقی شایع ترین علت مرگ و میر در ایران بشمار رفته بطوری که ۴۰ درصد از آمار مرگ و میرها را به خود اختصاص داده است. متوسط سن بیماری های قلبی طی سال های گذشته به ۴۲ رسیده یعنی سن ابتلا کاهش زیادی داشته است [۶]. در ایران بیماری های قلبی عروقی سالانه سبب مرگ ۱۵۰،۰۰۰ نفر می شوند. در تهران آمار بهشت زهرا نشان می دهد که از ۳۸۳۹۲ مورد مرگ ثبت شده در سال ۱۳۷۳، ۱۷۷۷۸ مورد (۴۶/۳ درصد) ناشی از آن بیماری های قلبی عروقی بوده است. بر طبق آمارهای همان سازمان در سال ۱۳۷۹، ۱۵۴۲۹ نفر (برابر ۳۶/۱۶ درصد کل فوت شدگان) بر اثر سکته قلبی فوت شده اند و در سال ۱۳۸۰، تعداد فوت شدگان بر اثر سکته قلبی ۱۵۳۲۶ نفر (برابر با ۳۶/۳۵ درصد کل فوت شدگان) بوده است [۷]. مطالب فوق موید آن است که علی رغم مداخلات دارویی و غیر دارویی گسترده در راه کنترل بیماری، هنوز موفقیت مطلوب حاصل نشده است و تلاش برای آرایه راهکارهای تازه و متناسب با بسترهای فرهنگی و اجتماعی

- 1 - Motivation
- 2 - Readiness
- 3 - Involvement
- 4 - Evaluation

اهداف: مددجو بتواند: ۱- روشهای پیشگیری از افزایش چربی خون و تصحیح الگوی رفتاری و کنترل استرس را توضیح دهد.

۲- الگوی رژیم غذایی کم چربی و مفهوم آن را با یک مثال از غذاهای مصرفی خود توضیح دهد.

۳- اهمیت یک رژیم غذایی مناسب و سرشار از میوه و سبزی را بیان نمایند.

۴- روش صحیح تن آرامی را برای کنترل استرس توضیح دهد.

۵- روشهای پیشگیری از بروز درد را توضیح دهد.

۶- اطلاعات مورد نیاز مربوط به این هدف به طور ساده با روش سخنرانی و نمایش تصویر توسط پرستار ارائه گردید. این ویزیت ها برای سه گروه ۱۰ نفری به طور مستقل و به طور متوسط به مدت ۸۰-۶۰ دقیقه انجام یافت.

• ویزیت سوم، اهداف این ویزیت برای مددجو عبارت بود از:

۱- اهمیت انجام یک برنامه ورزشی حرکتی منظم روزانه و گرم نگه داشتن بدن را مختصراً توضیح دهد.

۲- ورزش های مفید و مضر را دسته بندی کند.

۳- بطور صحیح تعداد ضربان قلب خود را در یک دقیقه محاسبه کند.

۴- با روش های پیشگیری و درمان دارویی، اهمیت مصرف صحیح و به موقع، نحوه اثر و عوارض جانبی داروها آشنا گردد.

۵- اطلاعات مورد نیاز مربوط به این هدف به طور ساده با روش سخنرانی و نمایش حرکات توسط پرستار و پزشک ارائه گردید.

در پایان ویزیت های فوق، مددجویان به سطح قابل قبول آگاهی، نگرش و عملکرد برای مشارکت در فرآیند مراقبت و درمان رسیدند.

ب- ویزیت های مشارکتی پیگیر

این ویزیت ها با هدف تداوم برنامه مراقبتی و درگیری مددجویان انجام می گرفت که به لحاظ ترکیب و شرایط مانند ویزیت مشارکتی آموزشی تشکیل می گردید. تعداد ویزیت های مشارکتی پیگیر دو جلسه به فاصله دو هفته برای هر مددجو تعیین شد. محتوای این ویزیت به نوعی ارزشیابی نهایی اجرای برنامه و دادن بازخورد رفتار مددجویان و میزان مشارکت آنها نیز محسوب می شد. در نهایت اصلاحات و تغییرات لازم در برنامه با توافق نظر

بیماران مورد بحث و بررسی قرار گرفت. این اقدام بر اساس فلسفه مشارکت بوده و کلیه اعضاء تیم اعم از مددجویان، پرستار و پزشک از ابتدای مداخلات تا انتها مشارکت فعال داشتند. از سویی دیگر بحث روی نتایج بررسی اولیه موجب افزایش آگاهی و توجه مددجو و انگیزش برای پیگیری و تداوم برنامه های مراقبتی و درمانی می گردید. در این مرحله مشکلات مراقبتی مددجویان در هر گروه به صورت تشخیص های مراقبتی تعریف و مورد توافق واقع شد. گامهای بعدی مدل یعنی آماده سازی و درگیر سازی طراحی و اجراء گردید. در این دو مرحله بر اساس تشخیص های مراقبتی ویزیت های مشارکتی آموزشی و پیگیری به اجرا درآمد.

الف- ویزیت های مشارکتی آموزشی

• ویزیت اول، اهداف این ویزیت عبارت بودند از:

۱- ایجاد انگیزش مددجویان از طریق آشنا سازی مددجو با مشکلات مراقبتی تعیین شده، شرایط فعلی و تهدیدات و خطرات آینده

۲- توانمندسازی مددجو طوری که در آخر جلسه ویزیت ضمن تعریف بیماری عروق کرونر قلب، علل آن عوارض و خطرات آنرا درک کرده و توضیح دهد.

محتوای جلسه شامل: مرور آناتومی قلب، نقش حیاتی قلب در حفظ حیات و نحوه شکل گیری بیماری، تشکیل پلاک و آترواسکلروزیس، علل و عوامل خطر ساز در ایجاد بیماری آترواسکلروز، عوارض و خطرات ناشی از آن.

اجراء: این ویزیت با حضور ۱۰ نفر از بیماران که مشکلات و شرایط مشابهی داشتند با حضور پزشک معالج و پرستار تشکیل گردید. مددجویان در این مرحله با سایر بیماران هم گروه خود آشنا شدند و سپس هر مددجو توسط پزشک تیم و با حضور سایر بیماران و پرستار ویزیت شد. پس از یک ویزیت معمول توسط پزشک، مطالب فوق به طور ساده با روش سخنرانی و نمایش تصویر توسط پرستار ارائه گردید. در این جلسه هر بیمار اطلاعات و راهنمایی هایی درباره داروها و مسایل مربوط به سیر درمانی خود نیز دریافت نمود. مداخلات در قالب این ویزیت ها برای سه گروه ۱۰ نفری به طور مستقل و به طور متوسط به مدت ۸۰-۶۰ دقیقه به اجرا درآمد.

• ویزیت دوم، این ویزیت در راستای مرحله دوم مدل یعنی آماده سازی مددجویان برای مشارکت در روند مراقبت و درمان به فاصله دو هفته انجام گردید.

گروه مداخله با  $p < 0/05$  این افزایش را معنی دار نشان داد. ضمناً آزمون آماری تی مستقل اختلاف معنی داری بین تفاضل میانگین نمرات کیفیت زندگی در اجزاء بعد فیزیکی در گروه آزمون و شاهد قبل و بعد از مداخله نشان می داد ( $p = 0/04$ ). این ابعاد خود زیر مجموعه کیفیت زندگی در برآیند فیزیکی می باشند. این نتایج نشان دهنده تأثیر مثبت اجرای مدل بر کیفیت زندگی این بیماران می باشد. در بررسی کیفیت زندگی در قالب فرم استاندارد Sf-36 دو زیر مجموعه از ابعاد روانی و فیزیکی به عنوان اجزاء عمده و تشکیل دهنده کیفیت زندگی معرفی شده اند و این دو بعد به لحاظ اهمیت کاملاً برابر و دارای ارزش یکسان تلقی شده است.

اما بررسی میانگین نمرات کیفیت زندگی در اجزاء بعد روانی در گروه آزمون و شاهد قبل و بعد از مداخله نشان داد که در سه بعد سلامت روانی، محدودیت نقش روانی و عملکرد اجتماعی برای گروه شاهد قبل از مداخله به ترتیب  $48/9$ ،  $32$  و  $39/1$  می باشد. این مقادیر پس از مداخله به  $48/5$ ،  $30/9$  و  $38/5$  کاهش یافت. آزمون آماری تی زوجی بین میانگین های قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله با  $p > 0/05$  این کاهش را معنی دار نشان نداد. اما در گروه آزمون قبل از مداخله به ترتیب  $48/4$ ،  $30/9$  و  $47/7$  که پس از مداخله به  $52/5$ ،  $38/6$  و  $47/7$  افزایش یافت (نمودار شماره ۲). آزمون آماری تی زوجی بین میانگین های قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله با  $p < 0/05$  این افزایش را معنی دار نشان داد. ضمناً آزمون آماری تی مستقل اختلاف معنی داری را برای تفاضل میانگین نمرات کیفیت زندگی در اجزاء بعد روانی در گروه آزمون و شاهد قبل و بعد از مداخله نشان می دارد ( $p = 0/013$ ). این نتایج نیز نشان دهنده تأثیر مثبت اجرای مدل بر کیفیت زندگی این بیماران می باشد. این ابعاد خود زیر مجموعه کیفیت زندگی در برآیند اجزاء روانی می باشند.

یکی از مؤلفه هائی که قبل و بعد از مداخله در دو گروه بیماران مورد ارزیابی قرار گرفت دفعات مصرف نیتروگلیسرین زیر زبانی بود. نمودار ۱ فراوانی مطلق میانگین دفعات مصرف نیتروگلیسرین زیر زبانی در افراد تحت مطالعه قبل و بعد از مداخله فوق را نشان می دهد که در گروه آزمون میانگین تعداد موارد مصرف

اعضای تیم انجام می گرفت. در واقع مرحله آخر مدل، یعنی ارزشیابی در جریان این نوع ویزیت ها به اجراء می آمد. تعداد ویزیت های مشارکتی پیگیری برای هر گروه دوبار و به فاصله یک ماه تعیین شده بود.

## یافته ها

تعداد کل نمونه ها در این تحقیق ۶۰ نفر در دو گروه ۳۰ نفری آزمون و شاهد بودند. میانگین سنی در گروه آزمون  $53/4$  سال و در گروه شاهد  $52/8$  سال بود. آزمون آماری  $t$  اختلاف معنی داری بین دو گروه آزمون و شاهد از نظر متغیر سن نشان نداد. هم چنین توزیع فراوانی نسبی جنس در افراد تحت مطالعه در نمودار فوق نشان می دهد که در دو گروه آزمون و شاهد نمونه ها به ترتیب  $66/7$  درصد مذکر و  $33/3$  درصد مؤنث می باشند. از نظر وضعیت تحصیلات در گروه آزمون نمونه ها در رده تحصیلی متوسطه و دیپلم ( $30$  درصد) و بی سواد ( $10$  درصد) بیشترین و کمترین درصد فراوانی و در گروه شاهد متوسطه و دیپلم ( $26/5$  درصد) و بی سواد ( $10$  درصد) بیشترین و کمترین درصد و فراوانی را دارا بودند.

بررسی سابقه مصرف نشان می دهد که در گروه آزمون و شاهد نیتراها بیشترین درصد و مسدود کننده های کانال کلسیم کمترین درصد مصرف را دارا هستند. آزمون آماری مجذور کای از نظر نوع داروها نیترات ها، بتابلکرها، مسدود کننده های کانال کلسیم و آنتی کوآگولانت ها ارتباط معنی داری نشان نداد.

بر اساس هدف اول پژوهش تعیین میزان کیفیت زندگی قبل از مداخله در دو گروه شاهد و آزمون، میانگین نمرات کیفیت در گروه آزمون و شاهد قبل و بعد از مداخله، در سه بعد عملکرد فیزیکی، محدودیت نقش فیزیکی و درد بدنی برای گروه شاهد قبل از مداخله به ترتیب:  $45/4$ ،  $33/3$  و  $48/5$  بود. این مقادیر پس از مداخله به  $43/7$ ،  $32/5$  و  $46/3$  کاهش پیدا کرد. آزمون آماری  $t$  زوج بین میانگین های قبل و بعد از مداخله در گروه شاهد با  $p > 0/05$  این کاهش را معنی دار نشان نداد. اما در گروه آزمون میانگین های کیفیت زندگی قبل از مداخله به ترتیب:  $50$ ،  $40/8$  و  $40/2$  بود که پس از مداخله به  $50/7$ ،  $42/5$  و  $43/1$  افزایش یافت (نمودار شماره ۱). آزمون آماری تی زوجی بین میانگین های قبل و بعد از مداخله در

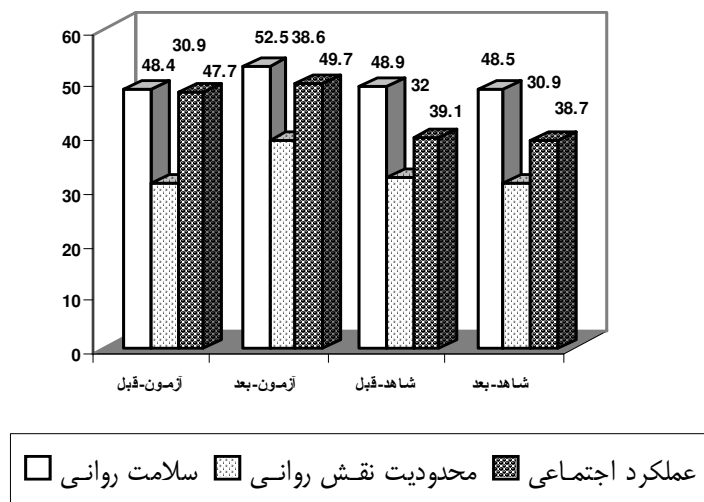
می‌گردد که در گروهی که تحت مراقبت بر اساس مدل مراقبتی مشارکتی قرار داشته‌اند (گروه آزمون) میزان کیفیت زندگی در ابعاد فیزیکی، روانی و در بعد کلی نسبت به گروه شاهد بهبود معنی‌داری حاصل گردیده است. هم‌چنین اجرای این مدل در گروه آزمون بر شاخص‌های فرعی نظیر: تعدیل رفتارهای بهداشتی، مراقبتی و فعالیتی و حرکتی و نیز در مورد کاهش علائم و عوارض بیماران از قبیل کاهش چربی‌های خون و کاهش دفعات بروز درد مؤثر بوده است.

نیتروگلیسرین زیر زبانی قبل از مداخله ۸ بار و در ماه آخر از دوره سه ماهه مداخله به ۱۲ بار رسیده است. هم‌چنین در گروه شاهد تعداد موارد مصرف نیتروگلیسرین زیر زبانی قبل از مداخله ۷ بار و در ماه آخر از دوره سه ماهه مداخله به ۸ بار رسیده است. آزمون آماری تی مستقل اختلاف معنی‌داری را بین دو گروه آزمون و شاهد ( $p=0/000$ ) قبل و بعد از مداخله از نظر متغیر مزبور نشان داد. با نگاهی گذرا به بررسی و تحلیل داده‌ها و یافته‌های به دست آمده در قسمت قبل مشخص

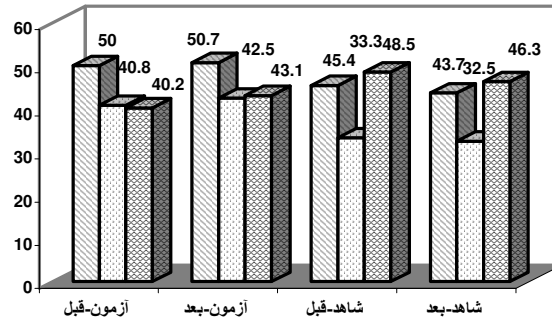
نمودار شماره ۱: فراوانی مطلق دفعات مصرف نیتروگلیسرین زیر زبانی در بیماران



نمودار شماره ۲: مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی در اجزاء بعد فیزیکی در گروه آزمون و شاهد قبل و بعد از مداخله



نمودار ۳: مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی در اجزاء بعد روانی در گروه آزمون و شاهد قبل و بعد از مداخله



■ درد ■ محدودیت نقش فیزیکی ■ عملکرد فیزیکی

### بحث و نتیجه گیری

از آنجایی که بیماری شریان کرونری همچنان یکی از مهم ترین و مطرح ترین مسایل بهداشتی و درمانی پیش رو در سراسر دنیا و از جمله در کشور ما می باشد، ارایه برنامه ها و الگوهای مراقبتی و درمانی مناسب برای کنترل بیماری و بهبود کیفیت زندگی یکی از ارکان اساسی مداخلات در بیماران شریان کرونری است. در پرستاری مدرن نیز تلاش جدی برای بازشناسی و تعریف منشأ و اساس دانش حرفه ای در پرستاری به تعریف و تبیین مدل ها و تئوری های پرستاری منتهی شده است اصول حرفه ای پرستاری بر گرفته شده از دانشی است که باید توجیه گر و پشتوانه نحوه عملکرد حرفه ای باشد [۹].

در این پژوهش نیز با رویکرد یافتن یک راهکار مراقبتی مناسب برای بهبود کیفیت بیماران شریان کرونری از یک مدل ارایه شده بومی در ایران یعنی مدل مراقبتی مشارکتی استفاده گردید.

داده های فوق در نمودارهای ۱ و ۲ آزمون های آماری نشان داده که بکارگیری مدل مراقبت مشارکتی در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد تأثیر معنی داری در بهبود کیفیت زندگی بیماران شریان کرونری داشت. مشابه همین یافته در مطالعه گری<sup>۱</sup> و همکاران در سال ۲۰۰۲ با مقایسه کیفیت زندگی بیماران شریان کرونری قبل و بعد از عمل جراحی قلب باز با پیوند عروق کرونری نشان داد که کیفیت زندگی بیماران در ۸ بعد از ابزار فرم کوتاه ۳۶ بعد

از عمل نسبت به قبل از عمل بهبود پیدا کرد [۱۰]. هم چنین احمدی (۱۳۸۰) در مطالعه ای روی بیماران عروق کرونری با استفاده از مدل مراقبتی پیگیر نشان داد که کیفیت زندگی بیماران پس از مداخله بهبود معنی داری پیدا کرد [۱۱].

بر اساس نمودار شماره ۳ دفعات مصرف نیتروگلیسرین در گروه آزمون ۴ بار و در گروه شاهد ۱ بار در ماه افزایش یافته است. اگرچه دفعات مصرف نیتروگلیسرین زیر زبانی در یک دوره زمانی معین می تواند نشان دهنده دفعات بروز درد قلبی در مددجو باشد، اما این افزایش دفعات مصرف نیتروگلیسرین زیر زبانی در گروه آزمون را می توان به مصرف آن به عنوان عامل پیشگیری از بروز درد قلبی پیش از انجام برنامه ورزش و پیاده روی روزانه و یا قبل از انجام فعالیت جنسی نسبت داد که این یکی از نکات آموزشی تأکید شده در قالب ویزیت های آموزشی دوم و سوم بوده است. اما در گروه شاهد افزایش دفعات مصرف نیتروگلیسرین زیر زبانی می تواند ناشی از افزایش دفعات بروز درد قلبی در مددجو باشد. هم چنین بر اساس نتیجه آزمون هم بستگی که بین تغییرات دفعات بروز درد و دفعات مصرف نیتروگلیسرین در گروه آزمون پس از مداخله به عمل آمد رابطه معنی داری دیده نشد.  $(p=0/117)$  همچنین مقایسه فراوانی دفعات بروز درد (ماهانه) در افراد دو گروه قبل و بعد از مداخله نشان می دهد که در گروه آزمون میانگین دفعات بروز درد پیش از مداخله ۷ بار و پس از آن ۴ بار می باشد همچنین در

1 - Gary

قلب به اکسیژن مصرفی بود. وجود اختلاف معنی دار برای متغیر مورد نظر قبل و پس از انجام مداخله در دو گروه به نوعی مؤید موفقیت در اجرای مدل و دسترسی به یکی از اهداف فرعی و مکمل پژوهش است. در پایان می توان نتیجه گرفت که این مدل برای بهبود کیفیت زندگی بیماران کرونری قابل استفاده است. ضمناً از آنجایی که این مطالعه دومین عرصه آزمون و ارزشیابی مدل در محیط های بالینی است می توان مطالعات دیگر را در همین گروه از بیماران و جهت گروه های دیگر از نظر سایر اهداف مدل مورد ارزیابی قرار داد.

گروه شاهد میانگین دفعات بروز درد پیش از مداخله ۸ بار و پس از آن نیز ۸ بار می باشد. آزمون آماری تی مستقل اختلاف معنی داری را برای متغیر مورد نظر قبل و پس از انجام مداخله در دو گروه نشان داده است. ( $p=0.000,0$ ) دفعات بروز درد را می توان یکی از مهم ترین شاخص های مراقبتی درمانی و نیز یکی از بهترین معیارهای تعیین کیفیت زندگی در بیماری عروق کرونری دانست. راهکاری که در مداخلات اعمال شده در قالب مدل مراقبتی مشارکتی در این پژوهش جهت کنترل درد، علاوه بر مصرف صحیح و آگاهانه دارو به مددجویان پیشنهاد شده بود اعمال یک برنامه فعالیتی حرکتی در جهت کاهش نیاز

## منابع

- ۱ - وودزان کاسمیر دی. ان. پرستاری داخلی جراحی قلب، کتاب پرستاری بیماری های قلب و عروق. ترجمه: نام آور ح و مقدم ل. چاپ اول، تهران: نشرچهر، ۱۳۷۲.
- 2 - Forrester JS, Shan PK. Lipid lowering versus revascularization: An idea whose time (for testing) has come. *Circulation* 1997; 96:1360 - 2.
- ۳ - براون والد، کاسپر هوسر. اصول طب داخلی هاریسون ۲۰۰۱، بیماری های قلب و عروق. ترجمه: فتح الهی ع. چاپ اول، تهران: ارجمند، ۱۳۸۰، ص ۳۳۰.
- 4- Scandinavian simvastatin survival study group. Randomized trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian simvastatin survival study. *Lancet* 1994; 344; 1383 - 9.
- 5 - Duryee R. The efficacy of inpatient after MI. *Heart Lung*, 1992; 21(3) 213.
- ۶ - فرجی خ ف، رضایت بیمار، هزینه تخت، روز و مدت اقامت در سی.سی.یو در بیمارستان های عمومی تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی، تهران دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۸۱.
- ۷ - صفری م، آموزش پرستاران به روش بحث گروهی بر کیفیت مراقبت های پرستاری. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۸۱.
- ۸ - محمدی ع، طراحی و ارزشیابی مدل مراقبتی مشارکتی برای کنترل فشار خون بالا. پایان نامه دکترای، پرستاری، تهران: دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۸۰.
- 9 - B.Gorge, J. *Nursing Theories*. 2nd ed new Jersey: Prentice- Hall, Inc; 1985: p.2.
- 10 - Gary, K. Use of SF-36 to document status survey of life in patient with CAD: effects of disease and response to CABG. *Pearson, Heart & Lung*. Vol. 34(3), P.206.
- ۱۱ - احمدی، ف. طراحی و ارزشیابی مدل مراقبت پیگیر در بیماران شریان کرونری. پایان نامه دکترای پرستاری. دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس. تهران: ۱۳۸۰. ص ۹۲.