

## تأثیر اجرای الگوی مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران بعد از عمل جراحی پیوند عروق کرونر

مهدى صادقى شرمده<sup>۱</sup>, نسرین رزمجويي<sup>\*</sup>, عباس عبادى<sup>۱</sup>  
سهيل نجفى مهرى<sup>۱</sup>, محسن اسدی لاري<sup>۲</sup>, پريسا بزرگزاد<sup>۱</sup>

<sup>\*</sup>آدرس نويسنده مسئول: دانشکده پرستارى، دانشگاه علوم پزشکى ياسوج، ياسوج، ايران

razmjo1358@yahoo.com

### چكیده

**اهداف:** بیماران عروق کرونری قلبی از بیماری و عمل جراحی قلب در ابعاد مختلف تاثیر می‌پذیرند که نیازهای ویژه‌ای با توجه به شرایط جدید جسمی و روحی آنها ایجاد می‌نماید. این مطالعه با هدف بررسی تاثیر اجرای الگوی مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران بعد از جراحی پیوند عروق کرونر انجام شد.

**روش‌ها:** در این مطالعه کارآزمایی بالینی دوگوه‌ی شاهدار، ۶۶ بیمار که تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر قرار گرفته بودند به روش غیراحتمالی مبتنی بر هدف انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه شاهد و آزمون تقسیم شده و به مدت ۲ ماه مورد بررسی قرار گرفتند. در گروه آزمون، الگوی مراقبت پیگیر اجرا شد ولی در گروه شاهد هیچ‌گونه مداخله‌ای انجام نشد. کیفیت زندگی نمونه‌ها در هر دو گروه با استفاده از پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی اختصاصی مکنیو در سه مرحله قبل از مداخله، یک ماه بعد و دو ماه بعد از مداخله بررسی شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون آماری آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرمافزار SPSS 15 استفاده شد.

**یافته‌ها:** میانگین نمره‌های به دست آمده در سه حیطه پرسشنامه کیفیت زندگی مکنیو در گروه آزمون، تفاوت معنی‌داری داشت ( $p < 0.001$ ). میانگین نمرات کیفیت زندگی در گروه آزمون قبل از مداخله  $4/2 \pm 0/8$ ، یک ماه بعد از مداخله  $4/6 \pm 0/6$  و دو ماه بعد از مداخله  $4/4 \pm 0/2$  و در گروه شاهد نیز به ترتیب  $4/0 \pm 0/8$ ،  $5/2 \pm 0/9$  و  $4/0 \pm 0/9$  بود.

**نتیجه‌گیری:** اجرای مدل مراقبت پیگیر روی بیماران بعد از عمل جراحی پیوند عروق کرونر، موجب بهبود کیفیت زندگی آنها می‌شود.

**کلیدواژه‌ها:** الگوی مراقبت پیگیر، کیفیت زندگی، پیوند عروق کرونر

<sup>۱</sup> دانشکده پرستارى، دانشگاه علوم پزشکى ياسوج، ياسوج، ايران

<sup>۲</sup> بخش اپیديميولوژي، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکى ايران، تهران، ايران

**مقدمه**

کند. با توجه به اینکه نظریه‌ها و مدل‌های پرستاری به فعالیت‌های بالینی و آموزش و تحقیقات این رشته جهت می‌دهند، استفاده از مدل‌های پرستاری یکی از گام‌های مهم و اساسی برای حصول به این هدف است [۷].

در ایران، مدلی با عنوان "مراقبت پیگیر" (Continuous Care) توسعه/حمدای در رابطه با بیماران مزمن کرونری طراحی و ارزیابی شد. یافته‌های این پژوهش نشان داد که به کارگیری این مدل بر شاخص‌های متعددی از قبیل دفعات بستری شدن، روند دفعات و بیزیت پزشک معالج، سطح چربی خون، اصلاح رژیم غذایی، دفعات استفاده از قرص‌های نیتروگلیسیرین زیزبانی و خصوصاً کیفیت زندگی بیماران مؤثر بوده است. این الگو مددجو را به عنوان عامل مراقبت پیگیر و تأثیرگذار در روند سلامتی خود معرفی می‌نماید. مراقبت پیگیر بین مددجو (به عنوان عامل مراقبت پیگیر) و پرستار (به عنوان ارایه‌دهنده خدمات بهداشتی و مراقبتی) به منظور شناخت نیازها و مشکلات و حساس‌سازی مددجویان برای قبول رفتارهای مداوم بهداشتی و کمک به بهبود و ارتقای سلامتی آنها انجام می‌شود. لذا، از ویژگی این نوع مراقبت می‌توان به نوعی ارتباط مراقبتی مستمر، پویا و مؤثر اشاره نمود که کاملاً با ویژگی‌های بیماران تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر و پویایی مشکلات آنها مناسب و هماهنگی دارد [۹].

همچنین در پژوهش‌های قوامی [۷]، علوی زرنگ [۱۰]، رحیمی [۱۱] و مهدی‌زاده [۱۲]، تأثیر مدل مراقبت پیگیر بهترین بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی، نارسایی قلبی، همودیالیزی و مصدومین شیمیایی مورد بررسی قرار گرفته است و نتایج آنها نشان می‌دهد که اجرای این مدل بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر مثبت دارد.

از آنجایی که این مدل، قبلاً در بیماری‌های مزمن متعددی از جمله دیابت، بیماران دیالیزی و در بیماران نارسایی مزمن قلبی-ربوی اجرا شده و نتایج برگرفته از آن تحقیقات تأیید‌کننده تأثیر مدل مراقبت پیگیر است و با توجه به آمار بالای عمل جراحی در ایران و اینکه تاکنون هیچ تحقیقی راجع به تأثیر اجرای این الگو بر کیفیت زندگی بیماران تحت این عمل جراحی صورت نگرفته است، لذا این پژوهش با هدف بررسی تأثیر اجرای مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر انجام شد.

**روش‌ها**

این پژوهش، مطالعه کارآزمایی بالینی شاهددار است که روی ۶۶ بیمار تحت عمل CABG در سه بیمارستان شهر تهران انجام شد. نمونه‌های این مطالعه به روش غیراحتمالی مبتنی بر هدف انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه شاهد و آزمون قرار داده شدند.

نتایج مطالعات متعدد انجام‌شده در ایران نشان می‌دهد که بیماری‌های قلبی-عروقی در دهه اخیر، مهم‌ترین علت مرگ‌ومیر بوده است. شیوع بیماری‌های عروق کرونر و عوارض آنها در جامعه سبب مرگ‌ومیر، ناتوانی و از کارافتادگی بخش وسیعی از نیروهای مولد کشور بهویژه در بهترین سال‌های بازدهی شغلی و در نهایت، کاهش تولید و افزایش هزینه‌های درمانی شده است [۱].

شایع‌ترین بیماری قلبی-عروقی، بیماری سرخرگ عروق کرونر است. آنرواسکلروز کرونر شایع‌ترین بیماری قلبی در ایالات متحده آمریکا است که با تجمع غیرطبیعی لیپید، مواد چربی و بافت فیبری در جدار رگ مشخص می‌شود و باعث انسداد، تنگی رگ و کاهش جریان خون به میوکارد می‌شود [۲]. بیماری عروق کرونر یکی از رایج‌ترین انواع بیماری‌های قلبی-عروقی و عامل اصلی مرگ ناشی از این بیماری‌ها است. انجمن قلب آمریکا محاسبه کرده که ۱/۲ میلیون آمریکایی به‌طور سالیانه دچار انفارکتوس میوکارد شده و ۲۵ درصد از آنها در واحدهای اورژانس یا قبل از رسیدن به بیمارستان می‌میرند [۳].

در مقایسه با درمان طبی، عمل پیوند شرایین کرونر در رفع دردهای آثربینی و افزایش سطح تحمل فعالیت مؤثرتر بوده و موجب افزایش طول عمر در بیمارانی می‌شود که قطر داخلی قسمت‌هایی از شرایین کرونری اصلی در آنها بیش از ۷۵ تا ۸۰ درصد تنگ شده است [۴]. عمل جراحی پیوند عروق کرونر، درمانی وقت و نه قطعی است. مطالعات نشان می‌دهد که مدت زمان حیات، مدت زمان بهبود بیماران و کیفیت زندگی بیماران بعد از این عمل افزایش می‌یابد [۵].

در عصر حاضر که عصر الکترونیک و تحولات صنعتی است به اقتضای پیشرفت تکنولوژی، میل به ارتقای کیفیت زندگی پیوسته مورد تأکید است [۶]. از نظر کینگز (Kings) و هینذرز (Hinds)، کیفیت زندگی، برداشت و درک فرد از وضعیت زندگی خود است که در ارتباط با عوامل فرهنگی، عقاید و باورهای وی تعیین می‌شود [۷]. هدف از عمل پیوند شرایین کرونری (CABG)، برطرف کردن عالیم آثربین و بهبود توانایی عملکردی، کیفیت زندگی و بقااست. اگرچه بیشتر بیماران بهبود و سلامتی بیشتر را بعد از عمل CABG گزارش کرده‌اند، اما بسیاری نیز از دوره بهبود و بازتوانی به عنوان مجموعه فرآیندی با عوارض طولانی مدت و کوتاه‌مدت یاد کرده‌اند. این دیدگاه‌ها کمک می‌کند که نیازهای احتمالی بیماران را پیش‌بینی نماییم و مداخلاتی مناسب با شرایط بیمار را به اجرا درآوریم که این امر، خوداتکایی بیمار را به منظور دستیابی به سلامتی مطلوب و حفظ آن تسهیل می‌کند [۸]. حرفة پرستاری در سال‌های اخیر بر آن بوده است تا اساس ارایه مراقبت‌های پرستاری را بر نتایج تحقیقات مبتنی بر شواهد، استوار

مدل مراقبت پیگیر شامل چهار مرحله آشناسازی (Orientation)، حساس‌سازی (Sensitization)، کنترل (Control) و ارزشیابی (Evaluation) است. هدف از مرحله آشناسازی، شناساندن صحیح مشکل، انگیزه‌سازی و احساس نیاز به فرآیند در مددجویان است. به این منظور جلسه‌ای به مدت ۳۰-۴۵ دقیقه باحضور بیمار و همراهان وی و با هدف آشناسازی به مراحل مدل و ترغیب بیماران، چگونگی انتظارات از یکدیگر و لزوم تداوم رابطه مراقبتی تا انتهای زمان مقرر برگزار شد.

رونده حساس‌سازی به منظور درگیر کردن بیمار و خانواده در خصوص اجرای رویکرد مراقبت مداوم انجام شد. اقداماتی که در این مرحله انجام گرفت در قالب جلسات مشاوره‌ای از چهار روز بعد از عمل جراحی به صورت مشاوره، بحث، سخنرانی، پرسش و پاسخ و پس از ترجیح بیمار به صورت فردی و صحبت با خانواده وی از طریق تلفن و ارایه کتابچه آموزشی بود. محورهای مورد بحث، بیشتر بر اساس میزان آگاهی، مشکلات بیمار و نیازهای بیمار با توجه به عمل جراحی و عوارض ناشی از آن و نحوه مراقبت از خود بود. بیماران طی دو ماه مرتباً پیگیری و کنترل شده و به طور هفتگی و مداوم با تماس‌های تلفنی متناسب با نیازهای مراقبتی و توجه به مسایل و مشکلات جدید مورد بررسی قرار می‌گرفتند. مرحله ارزشیابی به عنوان مرحله نهایی الگو در تمامی مراحل مورد توجه بود. به این شکل که پس از اجرای مرحله حساس‌سازی، پژوهشگر به پایش و کنترل رفتار بیمار و تأثیر آموزش‌های ارایه شده پرداخته و رفع یا عدم رفع مشکل یا بروز مشکل جدید مورد بررسی قرار می‌گرفت و در نهایت این مرحله با تکمیل پرسش‌نامه در پایان ماه اول و پایان ماه دوم پس از مداخله، پایان پذیرفت. امتیاز حاصل از پرسش‌نامه کیفیت زندگی بین یک (حداقل نمره) و هفت (حداکثر نمره) قرار داده شد. در نهایت، پس از تکمیل و جمع‌آوری پرسش‌نامه‌های دموگرافیک و کیفیت زندگی، به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون آماری مجذور کای و ضریب همبستگی پیرسون برای بررسی روابط بین متغیرهای دموگرافیک با کیفیت زندگی بیماران، تی زوجی و تی مستقل به منظور مقایسه تفاوت میانگین‌ها در دو گروه و آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه روند تغییرات کیفیت زندگی، در محیط نرم‌افزاری SPSS 15 استفاده شد.

## نتایج

میانگین و انحراف معیار سنی و احدهای مورد پژوهش در دو گروه آزمون و شاهد به ترتیب  $55/52 \pm 7/3$  و  $59/28 \pm 7/3$  بود. اکثربیت واحدهای مورد پژوهش مرد بودند. در گروه آزمون  $85/3\%$  و در گروه شاهد  $90/6\%$  متأهل بودند. اکثربیت واحدهای مورد پژوهش در این مطالعه سطح سواد سیکل داشتند. بر حسب سابقه بیماری زمینه‌ای، اکثربیت واحدهای پژوهش بیش از دو

ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه دو پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و کیفیت زندگی مکنیو (MNHD-Q) بود. ابزار سنجش خودارزیابی کیفیت زندگی، نسخه ترجمه شده مکنیو بود. این ابزار جهت ارزیابی تأثیر درمان و آموزش در بیماران بازتوانی قلبی طراحی شده و شامل سه حیطه عاطفی (۱۴ سؤال)، فیزیکی (۱۲ سؤال) و اجتماعی (۱۳ سؤال) است و در مجموع از ۲۷ سؤال تشکیل می‌شود. حداکثر نمره در هر سؤال، هفت (بهترین شرایط موجود در رابطه با کیفیت زندگی) و حداقل نمره یک (بدترین شرایط موجود در رابطه با کیفیت زندگی) است. سؤال آخر که در رابطه با فعالیت جنسی در حیطه فیزیکی بود بنا به شرایط بیماران حذف شد. این ابزار در مطالعات متعدد و در بیماری‌های مختلف به کار گرفته شده است. اعتبار و پایایی این ابزار توسط هوفر روی بیماران انفارکتوس میوکارد تأیید شده که با ضریب همبستگی وابستگی درونی  $73/73$ ، پایایی قابل قبولی داشته است [۱۳]. همچنین طی تحقیقی این ابزار به زبان ترکی استانبولی روی بیماران مبتلا به آنژین صدری آزمایش شد و با ضریب آلفای کرونباخ  $0/80$ ، اعتبار درونی آن تأیید شد [۱۴]. این ابزار در بیماران انفارکتوس میوکارد، نارسایی قلبی و بیماران دارای تحریک‌ساز به کار گرفته شده است [۱۳].

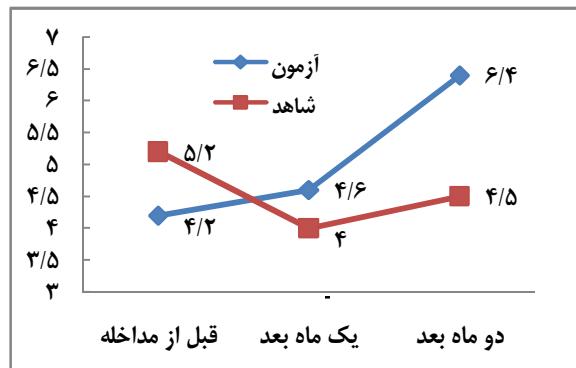
باقری در سال ۱۳۸۰، با توجه به وضعیت بیماران در ایران و شرایط ویژه آنها، در ظاهر گزینه‌های سؤالات تغییراتی ایجاد و آنها را به صورت ستونی طراحی کرد. اعتبار علمی این پرسشنامه از روش اعتبار محتوا به دست آمد و روی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد با ضریب پایایی  $0/92$  به کار گرفته شد [۱۵]. همچنین بومی‌سازی این ابزار در مطالعه اسدی لاری در سال  $2003$  در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد صورت گرفت که همبستگی درونی حیطه احساسی- عاطفی و فیزیکی با ضریب آلفای کرونباخ  $0/92$  و حیطه اجتماعی  $0/94$  و برای کل حیطه ها  $0/95$  گزارش شد [۱۶].

در این پژوهش، حجم نمونه مورد نیاز در هر گروه بر اساس مطالعات مشابه [۷] و با احتساب  $\alpha=0/05$  و  $\beta=0/10$  و Power= $0/90$  و با استفاده از نوموگرام آلمان، حدود  $30$  نفر برآورد شد که با احتساب  $15\%$  ریزش نمونه‌ها، حجم نمونه نهایی در هر گروه  $35$  نفر در نظر گرفته شد در حین مطالعه  $4$  نمونه از مطالعه خارج شدند و در مجموع  $66$  نفر از بیماران به صورت تصادفی در دو گروه مورد مطالعه قرار گرفتند.

پس از معرفی و توجیه اهداف و روش کار برای مددجویان و خانواده آنها، یک روز قبل از عمل و پس از کسب رضایت‌نامه، ابتدا پرسشنامه‌های اطلاعات دموگرافیک و کیفیت زندگی اختصاصی بیماران قلبی مکنیو تکمیل شد. سپس مدل مراقبت پیگیر روی گروه آزمون به مدت دو ماه اجرا شد و روی گروه کنترل هیچ اقدامی صورت نگرفت.

جدول (۲) میانگین نمره کل کیفیت زندگی قبل و دو ماه پس از مداخله

	گروه ←	آزمون	شاهد (تی زوجی)	نوبت ↓	مقدار p
	M±SD	M±SD			
<.001	۵/۲±۰/۸	۴/۲±۰/۸	قبل از مداخله		
<.001	۴/۵±۰/۸	۶/۴±۰/۲	دو ماه بعد		
	<.001	<.001	(تی زوجی) مقدار		



نمودار (۱) مقایسه روند میانگین نمرات کیفیت زندگی در هر دو گروه آزمون و شاهد

جدول (۳) توزیع واحدهای مورد مطالعه بر حسب میانگین نمرات کیفیت زندگی، قبل از اجرای مدل و در دو ماه متوالی بعد از آن (ANOVA)

	گروه ←	آزمون	شاهد	سطح	مقدار p	ابعاد کیفیت زندگی ↓	Mean±SD	Mean±SD	معنی داری
p<.001	احساسی -	۵/۴±۰/۸	۴/۶±۰/۸	قبل	.۰۵۶	جنسیت	۸۷/۵	۸۲/۴	مرد
	اعاطفی	۴/۶±۰/۹	۵/۴±۰/۶	یک ماه بعد			۱۲/۵	۱۷/۶	زن
p<.001	جسمی	۴/۹±۰/۹	۶/۵±۰/۲	دو ماه بعد	.۰۴۸	وضعیت تأهل	۹۰/۶	۸۵/۳	متاهل
	اجتماعی	۴/۸±۱/۱	۳/۹±۰/۹	قبل			۹/۴	۱۴/۷	همسر فوت کرده
p<.001	نمره کل	۳/۷±۱/۰	۴/۱±۰/۶	یک ماه بعد	.۰۷۵	تحصیلات	۱۵/۶	۲۰/۶	خواندن و نوشتن
		۴/۵±۰/۶	۶/۱±۰/۲	دو ماه بعد			۴۰/۶	۳۵/۳	سیکل
p<.001	احساسی -	۵/۱±۰/۹	۴/۱±۰/۹	قبل	.۰۹۶	سابقه بیماری	۱۸/۸	۱۱/۸	دیپلم
	اعاطفی	۳/۶±۱/۰	۴/۱±۰/۷	یک ماه بعد			۲۵	۳۲/۴	دانشگاهی
p<.001	جسمی	۴/۲±۰/۷	۶/۳±۰/۲	دو ماه بعد	.۱۱۶	زمینهای	۳/۸	۳/۸	دیابت
	اجتماعی	۵/۲±۰/۸	۴/۲±۰/۸	قبل			۱۱/۵	۷/۷	فسارخون
p<.001	نمره کل	۴/۰±۰/۹	۴/۶±۰/۶	یک ماه بعد	.۱۱۶	زمانی	۱۱/۶	۳/۸	چربی خون
		۴/۵±۰/۸	۶/۴±۰/۲	دو ماه بعد			۱۱/۶	۰/۶	سکته و حمله قلبی

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج به دست آمده از یافته‌های فوق نشان می‌دهد که قبل از انجام مداخله، نمره کل کیفیت زندگی در گروه شاهد بالاتر است و آزمون آماری تی مستقل، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه نشان می‌دهد ( $p < .001$ ). این تفاوت می‌تواند به دلیل همگن بودن گروه‌ها از نظر متغیرهایی مانند ورزش، پیاده‌روی و فعالیت‌های روزانه باشد. در این پژوهش این متغیرها از شرایط ورود به مطالعه

مورد از بیماری‌های زمینه‌ای را ذکر کردند. واحدهای پژوهش دو گروه در سه مورد از متغیرهای دموگرافیک یعنی توانایی انجام فعالیت‌های روزانه ( $p = .01$ )، برنامه ورزش ( $p = .04$ ) و برنامه پیاده‌روی ( $p = .004$ ) تفاوت آماری معنی‌داری داشتند (جدول ۱). جدول ۲، میانگین نمره کل کیفیت زندگی قبل و دو ماه پس از مداخله را نشان می‌دهد. آزمون آماری تی مستقل در سه حیطه "حساسی و عاطفی"، "جسمی" و "اجتماعی"، قبل و دو ماه بعد از مداخله، تفاوت آماری معنی‌داری در نمره کیفیت زندگی گروه آزمون در مقایسه با گروه شاهد نشان داد. جدول ۳، توزیع واحدهای مورد مطالعه بر حسب میانگین نمرات کیفیت زندگی، قبل از اجرای مدل و در دو ماه متوالی را نشان می‌دهد. نمره کل کیفیت زندگی سه حیطه قبل از عمل در گروه آزمون  $4/2 \pm 0/8$  و در گروه شاهد  $5/4 \pm 0/6$  بود که به ترتیب یک ماه بعد از عمل در گروه آزمون و شاهد به ترتیب  $4/0 \pm 0/9$  و دو ماه بعد از عمل در گروه آزمون و شاهد به ترتیب  $4/5 \pm 0/2$  و  $6/4 \pm 0/8$  شد. آزمون آماری آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر، حاکی از معنی‌دار بودن میانگین نمرات کیفیت زندگی در هر دو گروه است (نمودار ۱).

جدول (۱) اطلاعات متغیرهای دموگرافیک

	گروه ←	آزمون	شاهد	نوبت ↓	متغیر ↓
		(%)	(%)		
		۸۷/۵	۸۲/۴	مرد	جنسیت
		۱۲/۵	۱۷/۶	زن	
		۹۰/۶	۸۵/۳	متاهل	وضعیت تأهل
		۹/۴	۱۴/۷	همسر فوت کرده	
		۱۵/۶	۲۰/۶	خواندن و نوشتن	تحصیلات
		۴۰/۶	۳۵/۳	سیکل	
		۱۸/۸	۱۱/۸	دیپلم	
		۲۵	۳۲/۴	دانشگاهی	
		۳/۸	۳/۸	دیابت	
		۱۱/۵	۷/۷	فسارخون	سابقه بیماری
		۱۱/۶	۳/۸	چربی خون	زمینهای
		۱۱/۶	۰/۶	سکته و حمله قلبی	
		۶۱/۵	۷۳	بیش از دو مورد	
		۲۱/۹	.	توانایی انجام	
		۵۰/۱	۷۰/۶	بلی با مشکل	فعالیت‌های
		۲۸	۴۹/۴	بلی بدون مشکل	روزمره
		۵۰	۷۹/۴	هیچ وقت	
		۲۸/۱	۱۱/۸	گهگاهی	برنامه ورزش
		۲۱/۹	۸/۸	روزانه	
		۲۱/۹	۶۱/۸	هیچ وقت	برنامه
		%۴۳/۸	%۱۷/۶	گهگاهی	پیاده‌روی
		%۳۴/۳	%۲۰/۶	روزانه	

نقش جسمی، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه دیده می‌شود [۲۰]. همچنین در تحقیقی دیگر که با هدف تأثیر مداخله پرستاری از طریق تلفن انجام شد، بیمارانی که مراقبت‌های پرستاری را از طریق تلفن دریافت کردند در مقایسه با دیگر بیمارانی که مراقبت عادی دریافت کردند، شرایط بازتوانی بهتری داشتند (p<0.001) [۲۱].

از آنجا که در این مدل به تمامی عوامل مؤثر بر کنترل مشکلات ناشی از عمل جراحی (فعالیت فیزیکی، رژیم غذایی، رژیم دارویی، تعییر در سبک زندگی، نحوه انجام فعالیت‌ها، مراقبت‌های بعد از عمل، کنترل استرس، مراقبت از زخم، کنترل فشار خون و ...) توجه شده و روند حساس‌سازی استمرار داشته و در گیری خانواده در پیگیری‌ها و آموزش به آنها به عنوان اصل تلقی شده، افزایش کیفیت زندگی در گروه آزمون در مقایسه با قبل از عمل طی دو ماه بعد از عمل روند صعودی را طی کرده است. از آنجا که یکی از مشکلات اساسی بیماران مزمن، وضعیت کیفیت زندگی و چگونگی گذران عمر آنها است، این پژوهش توانسته تأثیر مطلوبی بر کیفیت زندگی این بیماران به عنوان اساسی‌ترین شاخص کنترلی داشته باشد.

با نگاهی گذران به بررسی و تحلیل داده‌ها و یافته‌های به دست آمده، مشخص می‌شود که اجرای مدل مراقبت پیگیر تفاوت معنی‌داری در سطوح مختلف ابعاد کیفیت زندگی بیماران بعد از عمل جراحی پیوند عروق کرونر ایجاد می‌کند؛ به طوری که اجرای این مدل مراقبتی با افزایش کیفیت زندگی بیماران فوق همراه است.

**تشکر و قدردانی:** نویسنده‌گان مقاله بدین وسیله از همکاری تمامی بیمارانی که صادقانه در انجام این پژوهش ما را یاری کرده‌اند و از کلیه همکاران و مسئولین محترم بیمارستان‌های محل انجام مطالعه تشکر و سپاسگزاری می‌نمایند.

#### منابع

- 1- Noori Tajer M. Third-level prevention in patients who have coronary artery bypass graft. 1<sup>st</sup> ed. Tehran: Nashre Maahatib; 2006. [Persian]
- 2- Smeltzer S, Branda B, Hinkl J, Chuber K. Brunner & Sudarth internal surgery nursing; Heart and vascular disease and blood. 3<sup>rd</sup> ed. Mohammadaliha J, Asemi S, Alimi H, [Translators]. Tehran; Nashre Salemi; 2008. [Persian]
- 3- Lewis SL, Heltkemper MM, Dirksen SR, Brien PG, Bucher L. Medical surgical nursing; Assessment and management of clinical problems. 17<sup>th</sup> ed. Williams & Wilkins; 2007.
- 4- Nikravan Mofrad M, Shiri H. Principles & intensive care in CCU, ICU and dialysis. Tehran: Noore Danesh; 2006. [Persian]

نیوتند که پژوهشگر توصیه می‌کند در پژوهش‌های آتی از موارد فوق در شروط ورود به مطالعه استفاده شود تا نمونه‌های پژوهش همگن‌تر شوند. وضعیت جسمی، یکی از ابعاد کیفیت زندگی است [۱۷] و از نظر سازمان بهداشت جهانی، یکی از سطوح بعد سلامت فیزیکی در کیفیت زندگی، ظرفیت کار و فعالیت است [۱۸]. ارتباط دادن کاهش کیفیت زندگی در گروه آزمون قبل از مداخله، به کاهش عملکردهای فیزیکی آنها دور از ذهن نیست. بعد از مداخله با آموزش‌ها و برنامه فعالیتی مدونی که ارایه شد، سطح کیفیت زندگی بیماران افزایش یافت. در بررسی میانگین نمرات حیطه احساسی- عاطفی بعد از یک ماه مداخله، در گروه آزمون افزایش معنی‌داری در میانگین نمره کیفیت زندگی مشاهده می‌شود (p<0.001). اگرچه، افزایش نمره در ابعاد جسمی و اجتماعی نیز در گروه آزمون مشاهده می‌شود، اما این افزایش معنی‌دار نیست؛ در صورتی که در گروه شاهد، افت نمره تمام حیطه‌ها در واحدهای پژوهش مشاهده می‌شود که این کاهش معنی‌دار است (نمونه ۱). نمره کیفیت زندگی در گروه شاهد نسبت به قبل از عمل نیز کاهش یافته است. کاهش نمره گروه شاهد در ماه اول را می‌توان به مشکلات و عوارض ناشی از عمل و کاهش عملکردهای بیمار نسبت داد. به طور کلی در دوره بعد از عمل جراحی (۱ تا ۳ ماه)، بیماران چندین نوع از مشکلات احساسی و عاطفی و کاهش فعالیت را ذکر می‌کنند [۱۹] که پژوهشگر در این مطالعه با ارایه کتابچه و آموزش مداوم تمام موارد فوق را با ارایه استراتژی‌های مناسب در مواجه با هر مشکل برطرف نمود و به صورت تلفی در گروه آزمون پیگیری کرد. همچنین، به صورت شفاهی و با ارتباط مداوم و مستمر با بیمار و خانواده وی، بر مشکلات اساسی بعد از عمل تأکید شد و راهنمایی لازم صورت پذیرفت.

نمرات کیفیت زندگی، دو ماه پس از مداخله، نشان داد که در گروه آزمون در هر سه بعد احساسی- عاطفی، فیزیکی و اجتماعی، افزایش معنی‌داری ایجاد شده است (نمونه ۱). اگرچه در گروه شاهد نیز، افزایش معنی‌دار نمرات کیفیت زندگی نسبت به یک ماه بعد از عمل مشاهده شد، اما این افزایش نمره در گروه آزمون بیشتر بوده و نسبت به قبل از عمل نمره کیفیت زندگی افزایش یافته است؛ در صورتی که در گروه شاهد، در مقایسه با قبل از عمل نمره کیفیت زندگی پایین‌تر است. بررسی معیارهای جسمی مربوط به کیفیت زندگی که در مددجویان کرونری بسیار پراهمیت است نشان می‌دهد که امتیاز این معیار پس از دو ماه مداخله در گروه آزمون ارتقای چشمگیری داشته که نشان‌دهنده تأثیر به کارگیری مدل مراقبت پیگیر است.

نتایج مطالعه/سمیت و همکاران نیز نشان داد که پس از اجرای برنامه‌های بازتوانی که آموزش در آن سهم عمده‌ای دارد، در حیطه عملکرد جسمی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی و محدودیت

- 14- Daskapan A, Hofer S, Oldridge N, Alkan N, Muderrisoglu H, Tuzun E. The validity and reliability of the Turkish version of the MacNew heart disease questionnaire in patients with angina. *J Evalu Clin Practice.* 2008;14(2):209-13.
- 15- Bagheri H. Effects of group counseling program on quality of life of patients with myocardial infarction referred to Clinics affiliated to Tehran Medical Universities' Hospitals [Master Thesis]. Tehran: Tarbiat Modares University; 2001. [Persian]
- 16- Asadi-Lari M, Javadi H, Melville M, Martin R, Oldridge N, Gray D. Adaptation of the MacNew quality of life questionnaire after myocardial infarction in an Iranian population. *Health Qual Life Outcom.* 2003;1:23. Available from: <http://www.hqlo.com>.
- 17- Anderson KL, Burckhardt CS. Conceptualization and measurement of quality of life as an outcome variable for health care intervention and research. *J Adv Nurs.* 1999;29(2):298-306.
- 18- Maryon R, Beryant B. Quality of life in cardiovascular disease. *B Heart J.* 2002;6:693-5.
- 19- Barnason S, Zimmerman L, Anderson A, Mohr-Burt S, Nieveen J. Functional status outcomes of patients with a coronary artery bypass graft over time. *Heart Lung.* 2000;29(1):33-46.
- 20- Smith LN, Belcher Pr. Experience of cardiac rehabilitation after coronary artery surgery: Effects on health and risk factors. *Int J Cardio.* 2002;23:1221-4.
- 21- Harkness K, Smith KM, Taraba L, MacKenzie CL, Gunn E, Arthur HM. Effect of a postoperative telephone intervention on attendance at intake for cardiac rehabilitation after coronary artery bypass graft surgery. *J Acute Critical Care.* 2005;34(3):179-86.
- 5- Eagle KA, Guyton RA, Davidoff R. Guideline update for CABG surgery: A report of the ACC/AHA task force on practice guideline 2004. Available at: [www.acc.org/clinical/guideline/cabg/](http://www.acc.org/clinical/guideline/cabg/). Accessed Jun30, 2006.
- 6- Egleton P, Kalmerz H. Nursing theories. 1<sup>st</sup> ed. Tabari R, [Translator]. Tehran: Nashre Boshra; 2003. [Persian]
- 7- Alavi Zerang F. Effect of follow-up care model on quality of life of patients with heart failure [Master Thesis]. Tehran: Baqiyatallah University of Medical Sciences; 2005. [Persian]
- 8- Tolmiea EP, Lindsaya GM, Belcherb PR. Coronary artery bypass graft operation: Patients' experience of health and well-being over time. *Euro J Cardiovasc Nurs.* 2006;5(3):228-36.
- 9- Ahmadi F. Design and evaluation of care model for follow-up coronary control disorder [Dissertation]. Tehran: Tarbiat Modares University; 2001. [Persian]
- 10- Ghavami H. Effect of follow-up care model on quality of life of diabetic patients. [Master Thesis]. Tehran: Tarbiat Modares University; 2004. [Persian]
- 11- Rahimi A. Effect of follow-up care model on quality of life hemodialysis patients. [Master Thesis]. Tehran: Tarbiat Modares University; 2005. [Persian]
- 12- Mehdizade S. Effect of applying the model to follow-up care on quality of life in chemical injured patients with obstructive bronchiolitis [Master Thesis]. Tehran: Baqiyatallah University of Medical Sciences; 2008. [Persian]
- 13- Hofer S, Lim L, Guyatt G, Oldridge N. The MacNew heart disease health-related quality of life instrument. *Health Qual Life Outcom.* 2004;2(3). doi:10.1186/1477-7525-2-3. Available from: <http://www.hqlo.com>.