مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره ۲۴، شماره ۶، شهریور ۱۳۹۵
صفحه: ۵۲۳-۵۱۳

Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
Vol. 24, No.6, Sep 2016
Pages: 513-523

بررسی تأثیر الگوی مراقبت پیگیر بر وضعیت سلامت اجتماعی مراقبین خانوادگی بیماران تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر

طاهره نصرآبادی[۱]، شکوفه شرفی*[۲]، بهاره فلاح تفتی[۳]، علی اکبر واعظی[۴]، محمدرضا حیدری[۵]

چکیده

مقدمه: مراقبت از بیمار مزمن باعث فشار یا بار مراقبتی، کاهش زمان برای فعالیت‌های معمول و مراقبت از خود، همچنین موجب کاهش سازگاری در مقابله با استرس‌ها و اختلال در سلامت جسمی و روانی، عاطفی، اجتماعی و رفاه مالی مراقبین می‌گردد، لذا این پژوهش با هدف تعیین تأثیر الگوی مراقبت پیگیر بر وضعیت سلامت اجتماعی مراقبین خانوادگی بیماران تحت عمل جراحی عروق کرونر انجام گرفت.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک مطالعه کارآزمایی بالینی تک گروهی است. نمونه‌های پژوهش ۴۸ مراقب خانوادگی بیماران تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر بودند که به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه مشخصات دموگرافیکی و پرسشنامه استاندارد بار مراقبتی نواک و گست می‌باشد که در ابتدا و ۸ هفته پس از مداخله اندازه‌گیری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی(تی زوجی و آنالیز کوواریانس) توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ صورت گرفت.

نتایج: میانگین نمرات بار مراقبتی مربوط به حیطه اجتماعی قبل از مداخله ۶/۱۱ ± ۳/۸۶ و بعد از مداخله ۲/۳۳±۱/۸۱ بود. در بررسی ابعادی پنج گانه بار مراقبتی، الگوی مراقبت پیگیر بر روی همه ابعاد بار مراقبتی تأثیر داشت و باعث کاهش بار مراقبتی مربوط به تمامی ابعاد شده است به طوری که حیطه اجتماعی نیز کاهش چشم‌گیری داشته است($p<۰/۰۱$).

نتیجه‌گیری: اجرای الگوی مراقبت پیگیر به عنوان مداخله‌ای ارزان و در دسترس می‌تواند گام مؤثری در کاهش بار مراقبتی مراقبین بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر در بعد وضعیت سلامت اجتماعی محسوب گردد.

واژه‌های کلیدی: الگوی مراقبت پیگیر، سلامت اجتماعی، مراقب خانوادگی، پیوند عروق کرونر

۱- استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد واحد علوم پزشکی تهران، تهران
۲- کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی خرم آباد، لرستان
۳- کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری میبد، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد
۴- استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد
۵- کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد
* (نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۰۹۱۶۳۹۷۳۳۲۹، پست الکترونیکی: fatemeh2857@yahoo.com
تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱۱/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۳/۱۳

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

مقدمه

امروزه بیماری‌های مزمن به عنوان یک معضل جدید و مهم‌ترین مشکل بهداشتی به خصوص در کشورهای در حال توسعه شناخته شده است(۱). در بین بیماری‌های مزمن، بیماری‌های قلبی عروقی یکی از شایع‌ترین گروه بیماری‌ها در جهان محسوب می‌شود(۲). بر اساس آمارهای سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۸، حدود ۱۷ میلیون نفر در جهان بر اثر بیماری‌های قلبی عروقی فوت کردند که ۳۰٪ از کل مرگ و میر جهانی را شامل می‌شود و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰ بیش از ۲۳ میلیون نفر در جهان بر اثر بیماری‌های قلبی عروقی جان خود را از دست بدهند(۳). بیماری‌های قلبی عروقی در ایران پس از تصادفات، بیشترین مرگ و میر را به خود اختصاص می‌دهد(۴).

با وجود درمان‌های دارویی مؤثر کنونی برای درمان بیماری شریان کرونری، بسیاری از بیماران ممکن است نیاز به پیوند بای-پس شریان کرونری (CABG)(coronary artery bypass graft surgery) داشته باشند (۵).

CABG می‌تواند باعث عوارض ناتوان کننده‌ای شود که مراقبت‌های ویژه‌ای با توجه به شرایط جدید جسمی و روحی بیماران ایجاد می‌نماید(۶) و به خاطر این عوارض، ممکن است بیماران بعد از عمل مرتباً در بخش ویژه بستری شوند(۷).

مراقبت‌های ویژه‌ای در زمینه دردهای پس از جراحی، مراقبت‌هایی از قبیل مراقبت زخم سینه و پا، خواب و استراحت، نحوه انجام فعالیت‌ها، کنترل وزن، رعایت رژیم غذایی و ورزش، تغییر در سبک زندگی و مدیریت درمان توسط مراقبین خانوادگی این بیماران انجام می‌شود(۸). مراقبت از بیمار مزمن باعث فشار یا بار مراقبتی، کاهش زمان برای فعالیت‌های معمول و مراقبت از خود در مراقبین می‌شود(۹). علاوه بر آن مراقبت موجب کاهش سازگاری در مقابله با استرس‌ها و اختلال در سلامت جسمی و روانی، اجتماعی، عاطفی و رفاه مالی مراقبین می‌گردد(۹،۱۰). به طور کلی سلامت اجتماعی به معنای سازگاری درون شخصی و بین شخصی با جامعه و اعضای جامعه و دنیایی است که فرد در آن زندگی می‌کند. بعد اجتماعی سلامتی سطوح و رفتارهای اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به عنوان عضوی از جامعه بزرگ‌تر است(۹). بعد سلامت اجتماعی به کیفیت ارتباطات یک فرد با دیگران بر می‌گردد. درجه صبر و بردباری و احترام فرد به دیگران بخشی از سلامت اجتماعی فرد به حساب می‌آید، همچنین توانایی توسعه و حفظ روابطی که به زندگی افراد ارزش می‌بخشد نیز بخشی دیگر از سلامت اجتماعی محسوب می‌شود که از طریق بررسی روابط سالم فرد با جامعه، خانواده، مدرسه و محیط شغلی قابل بررسی است(۱۱). زمانی شخص را واجد سلامت اجتماعی می‌دانیم که بتواند فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی خود را در حد متعارف بروز و ظهور دهد(۹،۱۰). مراقبین در صورت عدم دریافت حمایت کافی، ممکن است در آینده به عنوان فرد بیمار وارد سیستم‌های بهداشتی شوند(۱۲)، لذا حمایت از مراقبین حائز اهمیت است. بیماران و مراقبین خانوادگی آن‌ها مایل هستند توسط کارکنان درمانی حمایت و بعد از ترخیص پیگیری شوند و با ترخیص بیماران فوراً اقدامات دوره بعد از ترخیص، با تلاش‌های پرستاران برای فراهم کردن مراقبت پیگیر بین بیمارستان و خانه در نظر گرفته شود(۱۳،۱۴).

در ایران، مدلی با عنوان مراقبت پیگیر(continuous care) توسط احمدی ۱۳۸۰ در رابطه با بیماران مزمن کرونری طراحی و ارزیابی شد. یافته‌های این پژوهش نشان داد که به‌کارگیری این مدل بر شاخص‌های متعددی از قبیل دفعات بستری شدن، روند دفعات ویزیت پزشک معالج، سطح چربی خون، اصلاح رژیم غذایی، دفعات استفاده از قرص‌های نیتروگلیسیرین زیر زبانی 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 ارایه دهنده خدمات بهداشتی و مراقبتی) به منظور شناخت نیازها و مشکلات و حساس‌سازی مددجویان برای قبول رفتارهای مداوم بهداشتی و کمک به بهبود و ارتقای مراقبتی مستمر، پویا و مؤثر اشاره نمود که کاملاً با ویژگی‌های بیماران تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر و

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

پویایی مشکلات آن‌ها مناسبت و هماهنگی دارد(۱۵). از آنجا که ۹۰٪ از بیماران در زمان ترخیص و در ادامه فعالیت‌های روزمره در منزل سؤالاتی راجع به مراقبت از خود، رژیم‌های غذایی و دارویی، عوارض بیماری و... دارند، مراکز درمانی به ویژه پرستاران باید با ارتباط مؤثر و مداوم خود با پیگیری از راه دور، در صورت بروز هر مشکل و سؤالی به بیماران و مراقبان آنان کمک کنند و برای حل مشکلات آن‌ها راهنمایی‌های لازم را ارائه نمایند(۱۶). از آنجا که در پژوهش‌های قوامی(۱۷)، صادقی(۱۸)، خدا ویسی(۱۹) و صادقی شرمه(۶) تأثیر مدل مراقبت پیگیر به ترتیب بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی، نارسایی قلبی، بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس و بیماران تحت عمل جراحی عروق کرونر، نشان می‌دهد که اجرای این مدل بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر مثبت دارد و نتایج بر گرفته از آن تحقیقات تائید کننده تأثیر مدل مراقبت پیگیر است. با توجه به آمار بالای عمل جراحی پیوند عروق کرونر در ایران و این که تاکنون هیچ تحقیقی در مورد تأثیر اجرای این الگو بر وضعیت سلامت اجتماعی مراقبین خانوادگی بیماران تحت این عمل جراحی صورت نگرفته است، لذا این پژوهش با هدف تعیین تأثیر اجرای مدل مراقبت پیگیر بر وضعیت سلامت اجتماعی مراقبین خانوادگی بیماران تحت عمل جراحی عروق کرونر انجام شد.

روش بررسی

این پژوهش، از نوع قبل و بعد(نیمه تجربی) است که در سه ماهه چهارم سال ۱۳۹۳ روی ۴۸ مراقب اولیه عضو خانواده بیماران تحت عمل جراحی عروق کرونر بستری در بیمارستان فوق تخصصی قلب شهر خرم آباد انجام شد. نمونه‌های این مطالعه به روش غیر احتمالی مبتنی بر هدف انتخاب شدند. حجم نمونه مورد نیاز بر اساس مطالعات مشابه(۷) با احتساب α=۰/۵۰ (سطح اطمینان ۹۵٪) و با توان آزمون ۹۰٪ و با توجه به واریانس و میانگین قبل و بعد از مداخله، حدود ۴۳ نفر برآورد شد که با در نظر گرفتن میزان ریزش نمونه‌ها، حجم نمونه نهایی ۵۰ نفر انتخاب شدند، در حین مطالعه ۲ نمونه از مطالعه خارج شدند و در مجموع ۴۸ نفر از مراقبین مورد مطالعه قرار گرفتند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل وابستگان درجه یک بیمار که مسئولیت مستقیم مراقبت از بیمار را از ابتدای بیماری به عهده داشته و تمایل به شرکت در این مطالعه داشتند، همچنین به بیماری‌های عصبی و حرکتی محدود کننده مبتلا نبودند و سابقه کار یا آموزش در مراکز بهداشتی- درمانی یا دانشکده پرستاری- مامایی و پزشکی را نداشتند، بود و معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم پیروی از آموزش‌ها و نیز انصراف و عدم تمایل مراقب خانوادگی جهت ادامه مطالعه بود.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها مشتمل بر پرسشنامه‌های ویژگی‌های دموگرافیک(سن، جنس، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات، وضعیت شغلی و نسبت با بیمار)، پرسشنامه نواک و گست(۲۰) و چک لیست‌های پژوهشگر ساخته شامل: الف. انجام مراقبت‌ها در منزل با ۲۰ سؤال در پنج حیطه ۱- رژیم غذایی(۵ سؤال)، ۲- شیوه‌های کاهش اضطراب(۷ سؤال)،۳- رعایت دستورالعمل دارویی(۶ سؤال)، ۴- کنترل فشارخون(۱ سؤال)، ۵- مصرف سیگار(۱ سؤال) و ب. به‌کارگیری توصیه‌های ورزشی توسط بیمار در منزل با ۴ سؤال که علت تهیه این پرسشنامه اهمیت فوق‌العاده حرکات ورزشی بعد از عمل است چرا که بخیه‌های ناحیه سینه باعث محدودیت حرکتی اندام‌های فوقانی می‌شود و از هفته پنجم ورزش‌های مناسب شروع می‌شود که این چک لیست‌های پژوهشگر ساخته به منظور پیگیری مراقبت‌ها تهیه شده بود. پرسشنامه نواک و گست، جهت سنجش بار مراقبتی بیماران طراحی شده و پنج بعد وابستگی زمانی(سؤال ۵-۱)، تکاملی(۱۰-۶)، جسمی(۱۴-۱۱)، اجتماعی(۱۹-۱۵) و عاطفی (۲۴-۲۰) را در بر می‌گیرد. ۲۴ سؤال بر مبنای لیکرت پنج گزینه‌ای بوده که حداکثر نمره در هر سؤال، چهار(بدترین شرایط موجود در رابطه با فشار مراقبتی) و حداقل نمره صفر(بهترین شرایط موجود در رابطه با فشار مراقبتی) است. در این پژوهش، از میان ابعاد پنج گانه بار مراقبتی، بعد اجتماعی آن به منظور بررسی وضعیت سلامت اجتماعی مراقبین خانوادگی مورد مطالعه قرار گرفت.

برای تعیین روایی پرسشنامه، از روش اعتبار صوری و محتوی استفاده شد، بدین ترتیب که برای تعیین اعتبار محتوا، ابزارها در

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

اختیار ۱۰ نفر از اعضاء هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران قرار داده شد و گویه‌ها از نظر واضح بودن، ساده بودن و مربوط بودن بررسی شده و همچنین ظاهر و محتوای عبارات نیز مورد قضاوت و بررسی قرار گرفت. پس از جمع‌آوری نظرات، تغییرات لازم بر روی سؤالات انجام شد.

در این پژوهش جهت تعیین پایایی ابزار سنجش بار مراقبتی نواک و گست(Novak Guest) از روش همسانی درونی(ضریب آلفای کرونباخ) استفاده شد، به این ترتیب که مطالعه‌ای آزمایشی بر روی ۳۰ نفر از بیماران واجد شرایط پژوهش انجام شد، سپس همسانی درونی به شیوه آلفای کرونباخ برای بعد وابستگی زمانی ۸۵/.، اجتماعی ۸۹/. تکاملی ۰/۸۱ جسمی ۰/۸۷ عاطفی ۰/۷۱ و برای تمام ابعاد ۰/۸۲ و برای چک لیست‌های پژوهشگر ساخته انجام مراقبت‌ها در منزل و بکارگیری توصیه‌های ورزشی در منزل به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۹۰ به دست آمد. لازم به ذکر است که این افراد حذف شدند و جزء نمونه‌های پژوهش محسوب نشدند.

جهت جمع‌آوری اطلاعات، محقق پس از انجام مراحل کسب مجوز جهت ورود به بیمارستان، اقدام به مطالعه پرونده‌ها نموده و با توجیه بیماران تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر، پس از تماس تلفنی با مراقب خانوادگی آن‌ها، افراد واجد شرایط، به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند به این ترتیب که مراقبین به صورت غیر تصادفی انتخاب شدند و افرادی وارد مطالعه شدند که برای اطلاعات مورد نیاز بهترین شرایط را داشتند.

مداخله به صورت چهره به چهره و شامل ۴ مرحله آموزشی مدل مراقبت پیگیر در بخش Post Icu مرکز فوق تخصصی قلب خرم آباد اجرا شد.

بدین صورت که محقق پس از معرفی و توجیه اهداف و روش کار برای مددجویان و خانواده آن‌ها، پس از کسب رضایت‌نامه کتبی، یک روز قبل از عمل پرسشنامه های دموگرافیک و بار مراقبتی توسط همراهان به روش خود ایفا تکمیل شد و به این ترتیب میزان بار مراقبتی آنان قبل از مداخله اندازه‌گیری شد. سپس مدل مراقبت پیگیر به مدت ۲ ماه اجرا شد. مدل مراقبت پیگیر که مدل مراقبتی بومی ایران است، مراحل مختلفی دارد که با پیوستگی و انسجام خاص خود به ترتیب انجام می‌شود و شامل ۴ مرحله: آشناسازی(Orientation)، حساس‌سازی(Sensitization)، کنترل(Control) و ارزشیابی (Evaluation) است

۱- در مرحله آشناسازی، جلسه‌ای به مدت ۴۵ تا ۳۰ دقیقه‌ای با حضور بیمار و مراقب خانوادگی‌اش و با هدف آشناسازی، شناساندن صحیح مشکل، انگیزه سازی و احساس نیاز به فرآیند در مددجویان و خانواده‌های آن‌ها و چگونگی انتظارات از یکدیگر، لزوم تداوم رابطه مراقبتی و تبیین مراحل مدل مراقبت پیگیر برگزار شد و برنامه چگونگی برقراری ارتباط و اوقات ملاقات حضوری و تلفنی توافق و تبیین شد.

۲- در مرحله حساس‌سازی که از اساسی‌ترین مراحل مراقبت پیگیر تلقی می‌گردد و روندی مستمر دارد، مشاوره‌های مراقبتی هم در بیمارستان قبل از ترخیص(به مدت حدود ۳۰ تا ۴۰ دقیقه) و نیز در منزل بیماران بعد از ترخیص(به مدت حدود ۲۰ تا ۳۰ دقیقه)، به منظور درگیرکردن بیمار و خانواده در خصوص اجرای رویکرد مراقبت مداوم صورت گرفت. در این مرحله شناخت ماهیت بیماری، عوارض زودرس و دیررس، محدودیت‌ها و آموزش‌های عملی در زمینه نحوه گرفتن نبض، کنترل فشارخون و چک قند در بیماران دیابتی به آنان داده شد. لازم به ذکر است که به جز ۷ نفر از بیماران، بقیه دستگاه فشارسنج در منزل داشتند، ۵ نفر از آنان به علت داشتن استطاعت مالی خودشان دستگاه فشارسنج تهیه و به ۲ نفر دیگر این دستگاه اهدا شد و نیز بیماران دیابتی که گلوکومتر نداشتند با ارائه کارت دیابت به مراکز تجهیزات پزشکی به طور رایگان، گلوکومتر دریافت کردند و در این مرحله چک لیست‌های پژوهشگر ساخته انجام مراقبت‌ها در منزل و به‌کارگیری توصیه‌های ورزشی در منزل و طریقه پر کردن آن‌ها به مراقب خانوادگی داده شد. مطالب به صورت بحث، سخنرانی، پرسش و پاسخ و کتابچه آموزشی به بیمار و مراقب خانوادگی‌اش ارائه شد.

۳- در مرحله کنترل جهت ارزیابی رسیدن به اهداف مراقبت پیگیر، ادامه مشاوره‌های مراقبت پیگیر و حساس‌سازی مجدد و نیز ارائه آموزش‌های جنبی به مراقبین به طور هفتگی با

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

تماس‌های حضوری و تلفنی متناسب با نیازهای مراقبتی به اجرا درآمد، در این مرحله چک لیست‌های پژوهشگر ساخته مراقبت در منزل و به‌کارگیری توصیه‌های ورزشی چک شدند.

۴- مرحله ارزشیابی به عنوان مرحله نهایی الگو در تمامی مراحل مورد توجه بود. به این شکل که پس از اجرای مرحله حساس سازی، پژوهشگر به پایش و کنترل رفتار مراقب بیمار و تأثیر آموزش‌های ارایه شده پرداخته و رفع یا عدم رفع مشکل یا بروز مشکل جدید مورد بررسی قرار می‌گرفت.

درنهایت پس از تکمیل و جمع‌آوری پرسشنامه‌های دموگرافیک و بار مراقبتی، در پایان ماه دوم پس از مداخله، به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تی همبستگی که فاصله‌های اطمینان را مشخص می‌کرد و برای بررسی روابط بین متغیرهای دموگرافیک با بار مراقبتی از تحلیل تی‌زوجی و کواریانس با اندازه‌گیری مکرر در محیط نرم‌افزاری SPSS ۱۶ استفاده شد. وضعیت روانی شرکت کنندگان در هنگام پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه‌ها می‌تواند در نتایج پژوهش تأثیر داشته باشد که از کنترل پژوهشگر خارج بوده است. اگرچه پژوهشگر سعی کرد با فراهم نمودن فضای مناسب و آرام برای بیماران در هنگام پاسخگویی به پرسشنامه‌ها تا حدودی از محدودیت حاضر بکاهد.

- با توجه به این که بار مراقبتی پدیده‌ای چندگانه است و می‌تواند تحت تأثیر متغیرهای زیادی همچون تغییرات عاطفی و سایر علائم در مراقبان این بیماران قرار بگیرد، لذا بررسی دقیق آن مشکل و کنترل آن از عهده پژوهشگر خارج است.

- سبک زندگی مراقبان از نظر جام فعالیت‌های مراقبتی متفاوت بوده و امکان یکسان‌سازی آن‌ها از این نظر وجود نداشت.

- گزارش نکردن عدم تبعیت مراقب و نیز بیمار از برنامه مراقبتی طراحی شده و القاء شده که خارج از کنترل پژوهشگر بود.

نتایج

مشخصات دموگرافیکی مراقبین خانوادگی بیماران بعد از عمل جراحی پیوند عروق کرونر به همراه فراوانی و درصد در جدول ۱ خلاصه شده است.

جدول ۱: تعداد و درصد متغیرهای جمعیت شناختی سن، جنس، تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل و نسبت مراقبت کننده

فراوانی متغیر ها		فراوانی	درصد
سن	۱۵-۳۰	۸	۱۶/۷
	۳۱-۵۵	۴۰	۸۳/۳
جنس	مرد	۳۲	۶۶/۷
	زن	۱۶	۳۳/۳
تحصیلات	ابتدایی	۱۷	۳۵/۴
	متوسطه	۱۹	۳۹/۶
	عالی	۱۲	۲۵
وضعیت تأهل	مجرد	۸	۱۶/۷
	متأهل	۴۰	۸۳/۳
شغل	بیکار	۱۵	۳۱/۳
	شاغل	۳۳	۶۸/۸
نسبت مراقب با بیمار	نسبی	۳۱	۶۰/۴
	سببی	۱۷	۳۳/۳

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

۸۳/۳ در صد نمونه‌ها میانگین سنی ۵۵-۳۱ داشتند، ۳۹/۶ درصد آنان تحصیلات متوسطه، ۶۰/۴ درصد آنان با بیماران نسبت نسبی داشتند و ۶۶/۷ در صد آنان مرد بودند. اکثر نمونه‌ها دارای تحصیلات متوسطه، متأهل، شاغل و نسبت آن‌ها با بیماران نسبی بود.

برای مقایسه میانگین نمره‌های بار مراقبتی مربوط به حیطه سلامت اجتماعی هنگام پذیرش مراجع(پیش‌آزمون) و میانگین نمره‌های بار مراقبتی پس از ارائه الگوی مراقبت پیگیر(پس‌آزمون) ضمن در نظر گرفتن سن، جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی و رابطه مراقب با بیمار از آزمون تحلیل کواریانس(ANCOVA) استفاده گردید و نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: میانگین نمره‌های بار مراقبتی مربوط به حیطه سلامت اجتماعی با در نظر گرفتن سن، جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی و رابطه مراقب با بیمار

منبع تغییرات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig	اندازه اثر
پیش‌آزمون سن	۱	۱۴۱۲/۰۸	۲۰/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۳۱۹
پس‌آزمون سن	۱	۱۶۲/۰۴	۲/۳۶	۰/۱۳۱	۰/۰۵
پیش‌آزمون جنس	۱	۱۱۵۵/۲۳	۱۶/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۲۷۸
پس‌آزمون جنس	۱	۰/۳۵۷	۰/۰۰۵	۰/۹۴۳	۰/۰۰۰
پیش‌آزمون تحصیلات	۱	۱۳۹۹/۷۹	۲۱/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۳۴۳
پس‌آزمون تحصیلات	۲	۰/۵۶۰	۰/۰۰۹	۰/۹۹۱	۰/۰۰۰
پیش‌آزمون تأهل	۱	۲۳۴/۰۳	۳/۲۴	۰/۰۷۹	۰/۰۷
پس‌آزمون تأهل	۱	۰/۰۳۸	۰/۰۰۱	۰/۹۸۲	۰/۰۰۰
پیش‌آزمون شغل	۱	۱۲۷۷/۸۲	۱۸/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۲۹۷
پس‌آزمون شغل	۱	۲۴/۶۷	۰/۳۵۸	۰/۵۵۳	۰/۰۰۸
پیش‌آزمون نسبت مراقب	۱	۲۶۴/۰۵	۳/۴۸	۰/۰۶۹	۰/۰۷۷
پس‌آزمون نسبت مراقب	۲	۷/۸۸	۰/۱۰۴	۰/۹۰۱	۰/۰۰۵

با توجه به نتایج به دست آمده، می‌توان استنباط کرد که ارائه الگوی مراقبتی پیگیر فارغ از سن، جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی و نسبت مراقب با بیمار می‌تواند تأثیر معنی‌داری در کاهش بار مراقبتی مربوط به حیطه سلامت اجتماعی مراقبین خانوادگی بیماران تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر داشته باشد.

میانگین، انحراف استاندارد و ارزش p متغیرهای بار مراقبتی خانواده در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش شامل بار مراقبتی مربوط به حیطه سلامت اجتماعی قبل و بعد از مداخله

گویه	قبل از مداخله M±SD	بعد از مداخله M±SD	سطح معنی‌داری
حیطه اجتماعی	۳/۸۶±۶/۱۱	۱/۸۱±۲/۳۳	۰/۰۰۱
بار مراقبتی	۲۴/۳۹±۲۲/۵۶	۱۱/۲۴±۱۳/۶۳	۰/۰۰۱

در بررسی ابعادی پنج‌گانه بار مراقبتی، الگوی مراقبت پیگیر بر روی همه ابعاد بار مراقبتی تأثیر داشته و باعث کاهش در بار مراقبتی مربوط به تمامی ابعاد شده است به طوری که حیطه اجتماعی نیز کاهش چشم گیری داشته است($p<۰/۰۱$).

برای مقایسه میانگین نمره‌های بار مراقبتی خانواده هنگام پذیرش مراجع(پیش‌آزمون) و میانگین نمره‌های بار مراقبتی پس از ارائه الگوی مراقبت پیگیر(پس‌آزمون)، از آزمون T برای دو گروه همبسته استفاده گردید.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

نتایج حاصل از پژوهش نشان داد بار مراقبتی بعد وضعیت سلامت اجتماعی مراقبان، قبل از مداخله ۶/۱۱±۳/۸۶ بوده و بعد از مداخله به ۲/۳۳±۱/۸۱ رسیده است که نتایج آزمون تی زوجی تفاوت معنی‌دار از لحاظ آماری نشان داد(p<۰/۰۱) و نشان دهنده کاهش میزان بار مراقبتی مربوط به بعد اجتماعی در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون است.

بحث

نتایج این پژوهش نشان داد که با اجرای الگوی مراقبت پیگیر، بار مراقبتی مربوط به بعد اجتماعی مراقبین پس از مداخله کاهش یافته است(p<۰/۰۵). نتایج این یافته با نتایج تحقیقات (Karlsson) و همکاران(۱۴)، (Theobald) و همکاران(۲۱) و (Holland) و همکاران(۲۲) همخوانی دارد. وجود تفاوت معنی‌دار آماری در کل بار مراقبتی و ابعاد آن با ترتیب اولویت در حیطه‌های وابستگی زمانی، اجتماعی، تکاملی، جسمی و عاطفی که بیشترین کاهش را داشته است را می‌توان به اثربخشی برنامه‌های الگوی مراقبت پیگیر نسبت داد؛ بنابراین طبق یافته‌ها، فرضیه پژوهش مبنی بر مؤثر بودن الگوی مراقبت پیگیر بر بعد اجتماعی بار مراقبتی خانواده بیماران تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر حمایت می‌شود.

همچنین کاهش بار مراقبتی در این مطالعه با پژوهش (Watanabe) و همکاران در مطالعه‌ای تحت عنوان فاکتورهای کاهش بار مراقبتی به منظور پذیرفتن بیماران با بیماری عروق مغزی برای تداوم مراقبت خانوادگی طولانی مدت هم راستا بود در این پژوهش نشان دادند کاهش بار مراقبتی به استفاده از سرویس‌های مراقبتی، کاهش زمان مراقبت و دادن زمان فراغت از مراقبت به مراقبت کننده نیاز دارد و اختلاف معنی‌داری در انجام فعالیت‌های روزمره از سال ۱۹۹۹ تا ۲۰۱۰ وجود داشت(۲۳).

نتیجه این مطالعه با مطالعه احمدی و همکاران با هدف تعیین تأثیر مدل مراقبت پیگیر بر فشارخون بیماران دیابتی همخوانی دارد، احمدی و همکاران نشان دادند که میانگین میزان فشارخون سیستولیک در میان دو گروه مطالعه بعد از اجرای الگوی مراقبت پیگیر با آنالیز واریانس در اندازه‌گیری‌های مکرر تفاوت معنی‌داری در زمان‌های مختلف نداشته است ولی در مورد فشارخون دیاستولیک تفاوت معنی‌داری داشته است(۱۵).

نیز نتایج این مطالعه با پژوهش (Harrison) و همکاران کاملاً مطابقت داشت: نشان دادند که در مقایسه بین مدل انتقال از بیمارستان به خانه، تمرکز روی انتقال بیمار از بیمارستان به خانه و ارتباط مداوم و مستمر بین بیمار و پرستار و مراقبت معمول، نمرات کیفیت زندگی مینه سوتا ۶ ماه بعد از ترخیص در مدل انتقالی ۱۹/۱ و در مراقبت معمول ۳۷/۵ و ۱۲ ماه بعد در مدل انتقالی ۲۵/۷ و در مراقبت معمولی ۳۸/۲ شده و کیفیت زندگی در مدل انتقالی به طور معنی‌داری افزایش یافته است(p=۰/۰۰۲). میانگین نمره کل کیفیت زندگی مینه سوتا در این پژوهش در مراحل قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون از ۷۱ به ۳۳/۵ رسیده است(۲۴).

همچنین با مطالعه عظیمی و همکاران با هدف تعیین تأثیر توان‌بخشی مبتنی بر منزل بر کیفیت زندگی بیماران سکته مغزی و فشار مراقبتی مراقبین خانوادگی آنان همسویی دارد، نشان دادند که میانگین نمرات فشار مراقبتی مراقبین قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی‌دار از لحاظ آماری دارد که این تفاوت در بعد سلامت اجتماعی نیز به طور قابل‌ملاحظه‌ای معنی‌دار بوده است که نشان دهنده کاهش میزان فشار مراقبتی مراقبین در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون است، همچنین در بررسی حیطه‌های مقیاس کیفیت زندگی اختصاصی(۱۲ حیطه) بین میانگین تفاضل نمرات بیماران مبتلا به سکته مغزی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود دارد(۲۵).

با مطالعه معینی و همکاران با هدف بررسی تأثیر مداخله پرستاری خانواده محور بر بار مراقبتی اعضای خانواده بیماران تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر همخوانی دارد، مشخص کردند تغییرات نمرات بار مراقبتی نشان داد که اختلاف معنی‌داری بعد از مداخله در گروه آزمون وجود داشته است(p<۰/۰۰۱)(۷).

همچنین نتایج این مطالعه نشان داد رابطه معنی‌دار بین اطلاعات دموگرافیک و بار مراقبتی وجود نداشته است(p>۰/۰۵).

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

در مجموع، عدم وجود رابطه معنی‌دار بین اطلاعات جمعیت‌شناسی و بار مراقبتی به معنای عدم وجود رابطه واقعی نیست، بلکه حجم نمونه این مطالعه برای بررسی این ارتباطات برآورد نشده است.

با توجه به نتایج به دست آمده، می‌توان استنباط کرد که ارائه الگوی مراقبتی پیگیر فارغ از سن، جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی و نسبت مراقب با بیمار می‌تواند تأثیر معنی‌داری در کاهش بار مراقبتی خانواده بیماران تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر داشته باشد.

در مطالعه معینی و همکاران با هدف بررسی تأثیر مداخله پرستاری خانواده محور بر بار مراقبتی اعضای خانواده بیماران تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر نیز رابطه معنی‌دار بین برخی اطلاعات جمعیت‌شناسی و بار مراقبتی وجود نداشت(۷).

همچنین خدا ویسی و همکاران در مطالعه ای تحت عنوان تأثیر مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، رابطه معنی‌دار بین برخی اطلاعات جمعیت شناسی و کیفیت زندگی وجود نداشت(۱۹).

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه می‌تواند زنگ خطری مهم و قابل تعمق برای مسئولین بهداشت و درمان در جامعه باشد. مراقبت از بیماران تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر می‌تواند فشارهای منفی با درجات مختلف را بر سلامت جسمی، روانی، عاطفی و اجتماعی مراقبین تحمیل کرده و قدرت سازگاری مراقبین با شرایط استرس‌زا را نیز کاهش دهد. همچنین اجرای الگوی مراقبت پیگیر مبتنی بر منزل با مدیریت پرستاران، به ویژه پرستاران شاغل در بیمارستان، فشار مراقبتی مراقبین خانوادگی آن‌ها و به ویژه فشار مراقبتی مربوط به وضعیت سلامت اجتماعی آنان را کاهش می‌دهد، باعث بهبود روابط اجتماعی آنان شده و در نتیجه موجب تسهیل توانمندسازی مراقبین بیماران و خانواده‌ها می‌شود، همچنین نقش فعال بیمار و اعضاء خانواده او در فرایند پیگیری، در ثمربخش بودن آن تأثیر بسزایی دارد. به علاوه، از آن جایی که الگوی مراقبت پیگیر مبتنی بر منزل در مورد تمام اقشار جامعه قابل اجراست، می‌توان گفت استفاده از این شیوه در گسترش عدالت محوری، در سیستم سلامت سهم عمده‌ای ایفا می‌کند. در واقع اجرای برنامه‌های پیگیری مبتنی بر منزل به نوعی تحقق برنامه‌های آموزشی و پیگیری مبتنی بر جامعه است.

از آن جا که بیماری‌های مزمن از چالش‌های اساسی سلامت جامعه است، توسعه این برنامه‌ها سبب بهبود مدیریت بیماری‌های مزمن می‌گردد. پیشنهاد می‌شود که مطالعه‌ای با همین عنوان بر روی مراقبین خانوادگی بیماران تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر با حجم نمونه بیشتر، زمان پیگیری و مدت زمان مداخله طولانی‌تر و ترجیحاً با گروه شاهد و در ابعاد دیگر سلامتی ازجمله بعد جسمی، بعد روانیو بعد عاطفی انجام گردد.

سپاسگزاری

این مقاله استخراج شده از پایان نامه دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران با کد اخلاق ۱۰۶۶ است که در بیمارستان فوق تخصصی قلب شهید آیت الله مدنی خرم آباد انجام گرفته است. مراتب تقدیر و تشکر خود را از تمامی اساتید، بیماران و خانواده‌های آنان، پزشکان، پرستاران، مدیریت و کارکنان و کلیه افرادی که در انجام این مطالعه همکاری و همراهی داشتند، ابراز می‌نماییم.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

References:

1- de la Salud Mental FM. ***Mental Health and chronic physical illnesses–the need for continued and integrated care, 2010.*** Woodbridge: WORLD Federation for Mental Health, 2010; 7(3): p.127.

2- Pauwels RA, Buist AS, Calverley PM, Jenkins CR, Hurd SS. ***Global strategy for 2- the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease.*** Am J Respirat Critic Care Med 2012.

3- Organization WH. ***WHO report on the global tobacco epidemic, 2013:*** enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship: World Health Organization; 2013.

4- Hosseiny R, Bastani F, Sayahi S, Momen AH, Alijanpoor AM. ***The effect of educational-counseling program on general health of women as caregivers of patient, with Alzheimerdisease***. 2011: 83-93.

5- Prasad AS. ***Essential and Toxic Element: 5- Trace Elements in Human Health and Disease.*** Elsevier; 2013.

6- Sadeghi Sherme M, Razmjooei N, Ebadi A, Najafi Mehri S, Asadi-Lari M, Bozorgzad P. ***Effect of applying continuous care model on quality of life of patients after coronary artery bypass graft.*** J Critic Care Nurs 2009; 2(1): 1-6.

7- Moieni M, Poorpooneh Z, Pahlavanzadeh S. ***Investigating the effect of family-focused nursing intervention on caregiver burden of the family members of the patients undergoing coronary bypass surgery in Isfahan Shahid Chamran Hospital during 2012.*** Iran J Nurs Midwifery Res 2014; 19(2):187.

8- Garza JJ, Gantt DS, Van Cleave H, Riggs MW, Dehmer GJ. ***Hospital disposition and long-term follow-up of patients aged≥ 80 years undergoing coronaryartery revascularization.*** Am J Cardio 2003; 92(5): 590-2

9- Mitnick S, Leffler C, Hood VL, ***American College of Physicians Ethics P, Committee HR. Family caregivers, patients and physicians: ethical guidance to optimize relationships.*** J General Internal Med 2010; 25(3): 255-60.

10- Abbasi A, Asayesh H, Rahmani H, Shariati A, Hosseini S. Rouhi Gh. ***The Burden on Cargivers from Hemodialysis Patients and Related Factors.*** J Gorgan Univ Med Sci 2011; 8(1): 26-33.

11- Telfer DJ, Sharpley R. ***Tourism and development in the developing world:*** Routledge; 2015.

12- Hoshino J, Hori Y, Kondo T, Tamakoshi K, Toyoshima H, Sakakibara H. ***Characteristics of hypertension related factors in female home caregivers in Japan comparison with general community non-caregivers.*** J Clinic Nurs 2013; 22(3-4): 466-78.

13- Myaskovsky L, Posluszny DM, Schulz R, DiMartini AF, Switzer GE, Dabbs AD, et al. ***Predictors and Outcomes of Health-Related Quality of Life in Caregivers of Cardiothoracic Transplant Recipients.*** Am J Transplant 2012; 12(12): 3387-97.

14- Karlsson A-K. ***Open heart surgery and its consequences for well-being-the perspectives of patients, relatives and health care professionals: Inst of Medicine.*** Dept of Public Health and Community Medicine; 2008; 23.

15- Ahmadi, Fazllolah. ***Effect of continuous care model on quality of life of hemodialysis patients.*** J Iran Med Sci2006; (53): 123-134

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

16- Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Blaha MJ, et al. ***Heart disease and stroke statistics-2014 update.*** Circulation 2014; 129(3).

17- Ghavami H, Ahmadi F, Meamarian R, Entezami H, Faghih Zadeh S. ***Effectiveness of applying continuous care model on diabetic patients body mass index and weight.*** Horizon Med Sci 2006; 12(2): 10-6

18- Sadeghi SM, 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*** 2009: 9-13.

19- Khodaveisi M, Ashtarani F, Mohammadi N, Mahjub H, Mazdeh M. ***The effect of continuous care on quality of life in multiple sclerosis patients.*** Sci J Hamadan Nurs amp; Midwifery Faculty 2014; 22(2): 64-73.

20- Novak M, Guest C. ***Application of a multidimensional caregiver burden inventory.*** The gerontologist. 1989; 29(6): 798-803.

21- Theobald K, McMurray A. ***Coronary artery bypass graft surgery: discharge planning for successful recovery.*** J adv nurs 2004; 47(5): 483-91.

22- Holland DE, Mistiaen P, Bowles KH. ***Problems and unmet needs of patients discharged home to self-care.*** Professional Case Management. 2011; 16(5): 240-50.

23- Watanabe A, Fukuda M, Suzuki M, Kawaguchi T, Habata T, Akutsu T, et al. ***Factors decreasing caregiver burden to allow patients with cerebrovascular disease to continue in long-term home care.*** J of Stroke Cerebrovascular Diseases 2015; 24(2): 424-30.

24- Harrison MB, Browne GB, Roberts J, Tugwell P, Gafni A, Graham ID. ***Quality of life of individuals with heart failure: a randomized trial of the effectiveness of two models of hospital-to-home transition.*** Med Care 2002; 40(4): 271-82

25- Azimi R, Mohammadi F, Mohammadi H, Farzi M. ***The effect of home-based stroke rehabilitation on quality of life of stroke survivors and their family caregiver's of strain.*** J Evidence-Based Care 2014; 3(1): 77-85.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

Investigating the effect of continuous care model on social health status of family caregivers in hospitalized patients undergoing coronary artery bypass graft surgery

Tahereh NasrAbadi (PhD)[1], Shokoufeh Sharafi (MS)[*2], Bahare FallahTafti (MS)[3]
Aliakbar Vaezi (PhD)[4], MohammadRraza Heidari (BS)[5]

[1] *Department of Nursing, Nursing Faculty, Tehran Medical Sciences Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.*
[2] *Department of Nursing Khorramabad, Lorestan Medical Sciences, Lorestan, Iran.*
[3] *Meybod Nursing Faculty, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.*
[4] *Nursing Faculty, Department of Nursing, Shahid sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.*
[5] *Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.*

Received: 1 Feb 2016 ***Accepted:*** 2 Jun 2016

Abstract

Introduction: Chronic patient care causes some problems, including pressure or burden of care, reducing the time for routine activities and self care, also causes compatibility decline in deal with stress and disorders of physical and mental health, emotional, social and financial prosperity of caregivers. The aim of this study was to determine the effect of continuous care model on social health status of family caregivers in patients underwent coronary artery bypass surgeries.

Methods: This study was one-group clinical trial research, the samples consisted 48 family caregiver of the patients underwent coronary artery bypass graft surgeries, who were selected using purposive sampling method. Data collection tools included the standard questionnaire Data collection tool was Novak and Guest caring burden inventory (CBI) s as well as demographic questionnaire, which was measured at the baseline and 8 weeks after intervention. Data were analyzed using descriptive and analytic statistic (paired t-test, and covariance analysis) with SPSS version 16.

Results: The mean score of caring burden realated to the social health status before intervention was 3.86±6.11 and after intervention was 1.81±2.33. In examining five dimensions burden of care, continuous care model had an impact on all aspects of the caring burden and it led to the reduction of the burden of care in all aspects. So, it had a significant decrease in the social health status ($p < 0.01$).

Conclusion: Implementation of continuous care model as the intervention of cheaper and available, can be an effective step inreducing the burden of care of the patients with coronary artery disease in health status of social.

Keywords: Continuous Care Model; Social Health Status; Family Caregiver; Coronary Artery Bypass Graft

This paper should be cited as:
Tahereh NasrAbadi, Shokoufeh Sharafi, Bahare Fallah Tafti, Aliakbar Vaezi, Mohammad raza Heidari. ***Investigating the effect of continuous care model on social health status of family caregivers in hospitalized patients undergoing coronary artery bypass graft surgery.*** J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2016; 24(6): 513-23.

****Corresponding author: Tel: 09163973329, email: fatemeh2857@yahoo.com***

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]