

تأثیر اجرای روش مراقبت پرستاری اولیه (پرایمری) بر درک بیماران از رفتار مراقبتی پرستاران بعد از انجام آنژیوپلاستی عروق کرونر

شهناز طبیبی^۱، سید علی معزی^۲، غلامرضا شریفزاده^۳، بهاره زارعی^۱، فاطمه کبری شفیع^{۱*}

نوع مقاله:

چکیده

مقاله اصیل

زمینه و هدف: بیماری‌های قلبی و عروقی به خصوص انسداد عروق کرونر از شایع‌ترین بیماری‌های منجر به مرگ در سطح جهان است. اخیراً برای درمان، از مداخله کرونر از طریق پوست، استفاده می‌شود که باعث کاهش قابل توجه در میزان مرگ و میر شده است. برای کاهش عوارض آنژیوپلاستی رفتارهای مراقبتی پرستاران اهمیت خاصی دارد. هدف این مطالعه تعیین تأثیر اجرای روش مراقبت پرستاری اولیه بر درک بیماران از رفتارهای مراقبتی پرستاران بعد از انجام آنژیوپلاستی عروق کرونر بوده است. روش بررسی: در این مطالعه مداخله‌ای تصادفی شاهددار، تعداد ۶۰ نفر بیمار که پس از آنژیوپلاستی در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی بیمارستان رازی شهر بیرجند از اسفند ۱۳۹۷ لغایت اردیبهشت ۱۳۹۸ بستری شده بودند، به روش در دسترس انتخاب و به طور تصادفی ساده به دو گروه ۳۰ نفره تخصیص یافتند. برای بیماران گروه کنترل مراقبت‌های معمول بخش به روش موردی و برای بیماران گروه مداخله مراقبت‌های پرستاری اولیه براساس فرآیند پرستاری اجرا گردید. در زمان ترخیص، پرسشنامه استاندارد درک از رفتار مراقبتی پرستاران برای همه بیماران به روش مصاحبه تکمیل شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون t مستقل در سطح معناداری $p < 0/05$ تجزیه و تحلیل شد. یافته‌ها: نتایج نشان داد که بعد از مداخله، میانگین نمره کلی درک از رفتار مراقبتی و همچنین ابعاد «احترام» و «اطمینان از حضور انسانی» در گروه مداخله به طور معناداری بالاتر از گروه کنترل بوده است ($p < 0/05$). اما در ابعاد «گرایش و ارتباط مثبت»، «دانش و مهارت حرفه‌ای» و «توجه به تجارب دیگری» تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد ($p > 0/05$).

نتیجه‌گیری: آرایه مراقبت پرستاری به روش اولیه منجر به افزایش درک بیمار از رفتار مراقبتی پرستاران و افزایش حس احترام و اطمینان از حضور انسانی پرستار می‌شود. لذا به کارگیری این روش مراقبتی در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی توصیه می‌گردد.

نویسنده مسؤول: فاطمه کبری شفیع؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ایران
e-mail: f.shafiei@bums.ac.ir

واژه‌های کلیدی: پرستاری اولیه، درک، مراقبت، بیماران، پرستاران، آنژیوپلاستی عروق کرونر

- دریافت مقاله: اردیبهشت ماه ۱۳۹۹ - پذیرش مقاله: مرداد ماه ۱۳۹۹ - انتشار الکترونیک مقاله: ۹۹/۹/۲۶

مقدمه

بیماری‌های قلبی و عروقی، به خصوص انسداد عروق کرونر از شایع‌ترین بیماری‌های منجر به مرگ و ناتوانی در سطح جهان است. به طوری که در آمریکا سالانه ۱/۱ میلیون نفر

این بیماری را تجربه می‌کنند و حدود ۳۰٪ از این افراد در اثر عوارض بیماری از بین می‌روند (۱). آمارهای منتشر شده از سوی وزارت بهداشت نیز نشان می‌دهد، بیماری‌های قلبی و عروقی تقریباً عامل ۴۶٪ از موارد مرگ و میر در ایران می‌باشد (۲ و ۳).

۱- گروه آموزشی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران
۲- گروه آموزشی قلب و عروق، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران
۳- گروه آموزشی آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

در سال‌های اخیر جهت درمان انسداد عروق کرونر استفاده از آنژیوپلاستی عروق کرونر به وسیله بالون و استنت به طرز چشمگیری افزایش یافته است (۴). به دلیل مزایای بیش‌تر روش آنژیوپلاستی عروق کرونر نسبت به روش جراحی بای‌پس عروق کرونر، از قبیل هزینه و مخاطرات کم‌تر، طول مدت بستری کوتاه‌تر و از سرگیری سریع‌تر فعالیت‌های بیمار، تنها در ایالات متحده آمریکا سالانه ۴۰۰/۰۰۰ مورد آنژیوپلاستی عروق کرونر انجام می‌گیرد (۵).

کالج کاردیولوژی آمریکا عواقب آنژیوپلاستی عروق کرونر را به ۸ دسته تقسیم‌بندی کرده است که شامل مرگ مرتبط با مداخله، سکته مغزی، انفارکتوس میوکارد، ایسکمی مجدد، نیاز به انجام اورژانسی جراحی بای‌پس عروق کرونر، عواقب محل دسترسی عروقی، نفروپاتی ناشی از مواد کنتراست، خون‌ریزی قابل توجه با نیاز به درمان و پرفوراسیون کرونری است (۶). در این میان، انجام مراقبت‌های مناسب پرستاری قبل و بعد از آنژیوپلاستی در راستای کاهش عوارض از اهمیت خاصی برخوردار است (۷).

رفتارهای مراقبتی ترکیبی از عملکردها و نگرش‌های هدفمند پرستاری است که سبب تسکین ناراحتی‌های بیمار و برطرف ساختن نیازهای پیش‌بینی‌شده آنان می‌شود. این رفتارها نشان‌دهنده نگرانی پرستاران در مورد آسایش بیمار و شایستگی حرفه‌ای آنان را به بیمار انتقال می‌دهد (۸). مراقبت زمانی اتفاق می‌افتد که پرستاران، خواسته‌ها، دیدگاه‌ها و نیازهای فردی بیمار را تشخیص می‌دهند و

خود را در موقعیت بیمار می‌پندارند. لذا، می‌توانند مراقبت جامع پرستاری را براساس نیاز فردی بیمار فراهم سازند (۹).

یکی از روش‌های مراقبتی پرستاران، مراقبت پرستاری اولیه است که از اوایل دهه ۱۹۷۰ متداول شده است. این روش از جمله روش‌های مراقبتی با حداکثر بیمار محوری به شمار می‌رود که پرستار ضمن جلب اعتماد بیمار، از بدو پذیرش تا زمان ترخیص مسؤلیت مراقبت ۲۴ ساعته از ۱ تا ۳ بیمار را بر عهده می‌گیرد. در این روش مواردی از قبیل دوباره کاری، انجام مراقبت‌های موازی، کاهش تداوم مراقبت و ارتباط ضعیف با بیمار اتفاق نمی‌افتد. لازم به ذکر است که در این روش مراقبتی، ارتباط پرستار اولیه با سرپرستار به صورت همکاری است و در صورت در دسترس نبودن پرستار اولیه، پرستاران دستیار برنامه مراقبتی بیمار را اجرا می‌کنند (۱۰ و ۱۱).

در بخش‌های مراقبت ویژه قلبی عموماً مراقبت‌های پرستاری بعد از آنژیوپلاستی به صورت موردی انجام می‌گیرد. در روش موردی گرچه حداکثر مراقبت از ۳ تا ۴ بیمار در هر نوبت کاری به یک پرستار واگذار می‌شود، لیکن تداوم مراقبت وجود ندارد و در نوبت‌های بعدی مراقبت از این بیمار بر عهده پرستار دیگری گذاشته می‌شود. به این ترتیب مواردی مانند دوباره کاری، انجام مراقبت‌های موازی، کاهش تداوم مراقبت و ارتباط ضعیف با بیمار محتمل است (۱۲).

در خصوص اجرای روش مراقبت اولیه مطالعات محدودی در دسترس است. در این مطالعات تأثیر اجرای این روش مراقبتی در

تخصیص بیماران به گروه مداخله و کنترل به صورت تصادفی انجام یافت.

حجم نمونه براساس مطالعه فضل‌الهی و همکاران، براساس فرمول زیر با توان آزمون ۰/۹۰ و آلفای ۰/۰۵ و حداقل ۵ نمره تفاوت برای هر گروه حدوداً ۳۰ نفر و در مجموع ۶۰ بیمار برآورد گردید ($S_1=3/43$ و $S_2=5/39$) (۱۴).

$$n = \frac{2(Z_1 - \frac{\alpha}{2} + Z_1 - \beta)^2 (\sigma)^2}{d^2}$$

معیارهای ورود بیماران شامل رضایت آگاهانه برای حضور در مطالعه، سن بین ۳۰ تا ۶۵ سال، انجام آنژیوپلاستی برای اولین بار، توانایی برقراری ارتباط، عدم ابتلا به بیماری‌های اعصاب و روان (مانند افسردگی، اختلال دو قطبی، اختلال استرس پس از سانحه، اختلالات اضطرابی و غیره) و عدم مصرف داروهای اعصاب و روان (مانند داروهای ضد افسردگی، داروهای ضد جنون، داروهای آرام‌بخش و غیره)، نداشتن اشتغال در کادر بهداشتی-درمانی و داشتن حداقل سواد ابتدایی بود و معیارهای خروج بیماران شامل عدم تمایل به ادامه همکاری در هر زمان از انجام پژوهش و بروز هر گونه عوارضی که منجر به انتقال بیمار به بخش دیگری شود، بود.

در این مطالعه از دو پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و درک از رفتار مراقبتی استفاده شد. پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی مشتمل بر سؤالاتی مانند سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، شغل و محل سکونت بیماران بود. همچنین، جهت سنجش درک بیماران از رفتارهای مراقبتی

بخش‌هایی از قبیل مراقبت ویژه قلبی و داخلی جراحی و بر متغیرهایی مانند رضایت بیمار و نیز برخی از عملکردهای پرستاری از جمله مراقبت از زخم بستر، عفونت سیستم ادراری و عفونت کاتتر وریدی مورد بررسی قرار گرفته است (۱۳ و ۱۴). لیکن، جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی مختلف نشان داد که در خصوص اجرای روش مراقبت پرستاری اولیه در بیماران بعد از آنژیوپلاستی عروق کرونر و تأثیر آن بر درک بیماران از رفتار مراقبتی پرستاران در ایران مطالعه‌ای صورت نگرفته است. همچنین، لازم به ذکر است که تجربه پژوهشگران مطالعه حاضر طی سال‌ها آرایه خدمت در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی و مراقبت بعد از آنژیوپلاستی، نشان می‌دهد که عدم تداوم و یکپارچگی مراقبت در روش مراقبت پرستاری موردی، منجر به بروز مشکلاتی از جمله مصرف نکردن به موقع داروها، عدم رعایت رژیم درمانی و در نتیجه کاهش رضایتمندی بیماران می‌شود. لذا این مطالعه با هدف تعیین تأثیر اجرای روش مراقبت پرستاری اولیه بر درک از رفتارهای مراقبتی پرستاران بعد از انجام آنژیوپلاستی عروق کرونر انجام گرفته است.

روش بررسی

این مطالعه مداخله‌ای تصادفی شاهددار در مورد ۶۰ بیمار که بعد از آنژیوپلاستی عروق کرونر در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی بیمارستان رازی شهر بیرجند در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۷ بستری شده بودند، انجام گرفت. انتخاب نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس بود و

پرستاران از پرسشنامه درک از رفتار مراقبتی (Caring Behavior Inventory: CBI) توسعه یافته توسط Colahan و Wolf (۱۹۹۸) استفاده گردید. پرسشنامه یاد شده شامل ۴۲ گویه و ۵ زیرمقیاس (احترام قایل شدن برای دیگران، اطمینان از حضور انسانی، ارتباط و گرایش مثبت، دانش و مهارت حرفه‌ای و توجه به تجارب دیگری) می‌باشد. منظور از زیرمقیاس احترام قایل شدن برای دیگران، رفتارهای مؤدبانه و توأم با احترام پرستار است که به هنگام مراقبت به بیمار نشان داده می‌شود. برای مثال گویه‌های این زیرمقیاس شامل مواردی مانند گوش دادن با دقت پرستار به حرف‌های بیمار و وقت گذاشتن برای بیمار است. منظور از زیرمقیاس اطمینان از حضور انسانی نوعی از رفتارهای مراقبتی پرستار است که در بیمار حس اطمینان و دلگرمی ایجاد می‌کنند و موجب کاهش نگرانی‌های بیمار می‌شوند. برای مثال گویه‌های این زیرمقیاس شامل حساس بودن پرستار نسبت به مسایل بیمار و صحبت کردن با وی است. زیرمقیاس ارتباط و گرایش مثبت، به احساس همدلی و همراهی بین بیمار و پرستار اشاره دارد که در زمان مراقبت از بیمار توسط پرستار نشان داده می‌شود. برای مثال گویه‌هایی مانند امیدبخشی به بیمار و لمس وی از جمله مصادیق این زیرمقیاس می‌باشند. همچنین، زیرمقیاس دانش و مهارت حرفه‌ای، به نقش حرفه‌ای پرستار در اجرای امور درمانی و مراقبت از بیمار اشاره دارد. برای مثال گویه‌هایی مانند چگونگی انجام مهارت‌های عملی پرستار برای بیمار در این زیرمقیاس

می‌گنجد. در پایان، زیرمقیاس توجه به تجارب دیگری، به توجه و مواظبت پرستار اشاره دارد که از طریق گوش دادن به بیمار و برآوردن نیازها و خواسته‌های وی برآورده می‌شود. گویه‌هایی مانند رفع علایم ناخوشایند بیمار و ارایه مراقبت جسمانی مطلوب به این زیرمقیاس مربوط می‌باشد. بیماران براساس مقیاس لیکرت ۶ نقطه‌ای (۱=هرگز و ۶=همیشه) به گویه‌های پرسشنامه پاسخ می‌دهند. حداقل نمره قابل کسب ۴۲ و حداکثر نمره ۲۵۲ است. سؤالات ۱ تا ۱۲ مربوط به بعد «احترام قایل شدن برای دیگری» (محدوده نمره ۱۲ تا ۷۲)، سؤالات ۱۳ تا ۲۴ مربوط به بعد «اطمینان از حضور انسانی» (محدوده نمره ۱۲ تا ۷۲)، سؤالات ۲۵ تا ۳۳ مربوط به بعد «گرایش و ارتباط مثبت» (محدوده نمره ۹ تا ۵۴)، سؤالات ۳۴ تا ۳۸ مربوط به بعد «دانش و مهارت حرفه‌ای» (محدوده نمره ۵ تا ۳۰) و سؤالات ۳۹ تا ۴۲ مربوط به بعد «توجه به تجارب دیگری» (محدوده نمره ۴ تا ۲۴) می‌باشد. نمرات بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده رفتار مراقبتی مناسب‌تر می‌باشد. این پرسشنامه توسط رفیعی و همکاران به فارسی ترجمه و روایی و پایایی آن تأیید شده است (۱۵). پایایی پرسشنامه در مطالعه حاجی‌نژاد و همکاران با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شده است (۱۶). در مطالعه حاضر نیز آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۹۲ بود. پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی قبل از تخصیص بیماران و پرسشنامه درک از رفتار مراقبتی پرستاران توسط پرستار اولیه در زمان ترخیص برای کلیه بیماران دو گروه آزمون و کنترل به روش مصاحبه تکمیل گردید.

روش اجرای مداخله بدین صورت بود که ابتدا پژوهشگر اصلی اهداف طرح و نیز مختصری از روش اجرای آن را برای پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی توضیح داد. سپس، از بین ۱۶ پرستار شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه تعداد ۸ نفر که تمایل به مشارکت در اجرای طرح مراقبت پرستاری اولیه در نقش دستیار پرستار اولیه را داشتند، انتخاب شدند. پژوهشگر اصلی که از کارکنان بخش مراقبت‌های ویژه قلبی نیز است، طی ۴ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای اقدام به آموزش نحوه اجرای مراقبت پرستاری به روش اولیه به سرپرستار و دستیاران به روش سخنرانی و پرسش و پاسخ نمود.

محتوای آموزش شامل، اصول زمینه‌ای پرستاری اولیه، نقش پرستار اولیه و نقش پرستاران دستیار در مراقبت، راهنمایی جهت تدوین تشخیص‌های پرستاری برای بیماران، طرح‌ریزی مراقبت ۲۴ ساعته، اولویت‌بندی اهداف و نحوه ثبت آن در برگه گزارش، بررسی نیازهای آموزشی بیمار و اصول و نحوه آموزش به بیمار بود. همچنین، در این جلسات سرپرستار بخش نیز حضور داشت که نحوه کنترل و نظارت بر عملکرد پرستاران، نحوه اجرای پرستاری اولیه و تقسیم بیماران بین دستیاران آموزش دیده مورد تأیید وی قرار می‌گرفت. لازم به ذکر است که شرایط کاری، سابقه کار، نسبت تعداد پرستار به بیمار و گذراندن دوره‌های آموزش ضمن خدمت در پرستارانی که به عنوان دستیار اعلام آمادگی کردند، با سایر پرستاران بخش مشابه بود. در گام بعدی، در بدو ورود بیمار به بخش، اهداف مطالعه توسط پژوهشگر اصلی

برای کلیه بیماران بیان شد. سپس بیمارانی که معیارهای ورود به پژوهش را دارا بودند، با استفاده از روش تصادفی ساده با برداشتن کارت‌های اعداد زوج و فرد به گروه مداخله یا کنترل تخصیص می‌یافتند (شکل شماره ۱). برای بیماران گروه مداخله مراقبت‌های پرستاری اولیه براساس فرآیند پرستاری در ۵ مرحله بررسی، تشخیص، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی انجام گرفت. بیماران گروه کنترل روش معمول مراقبت پرستاری در بخش را دریافت کردند.

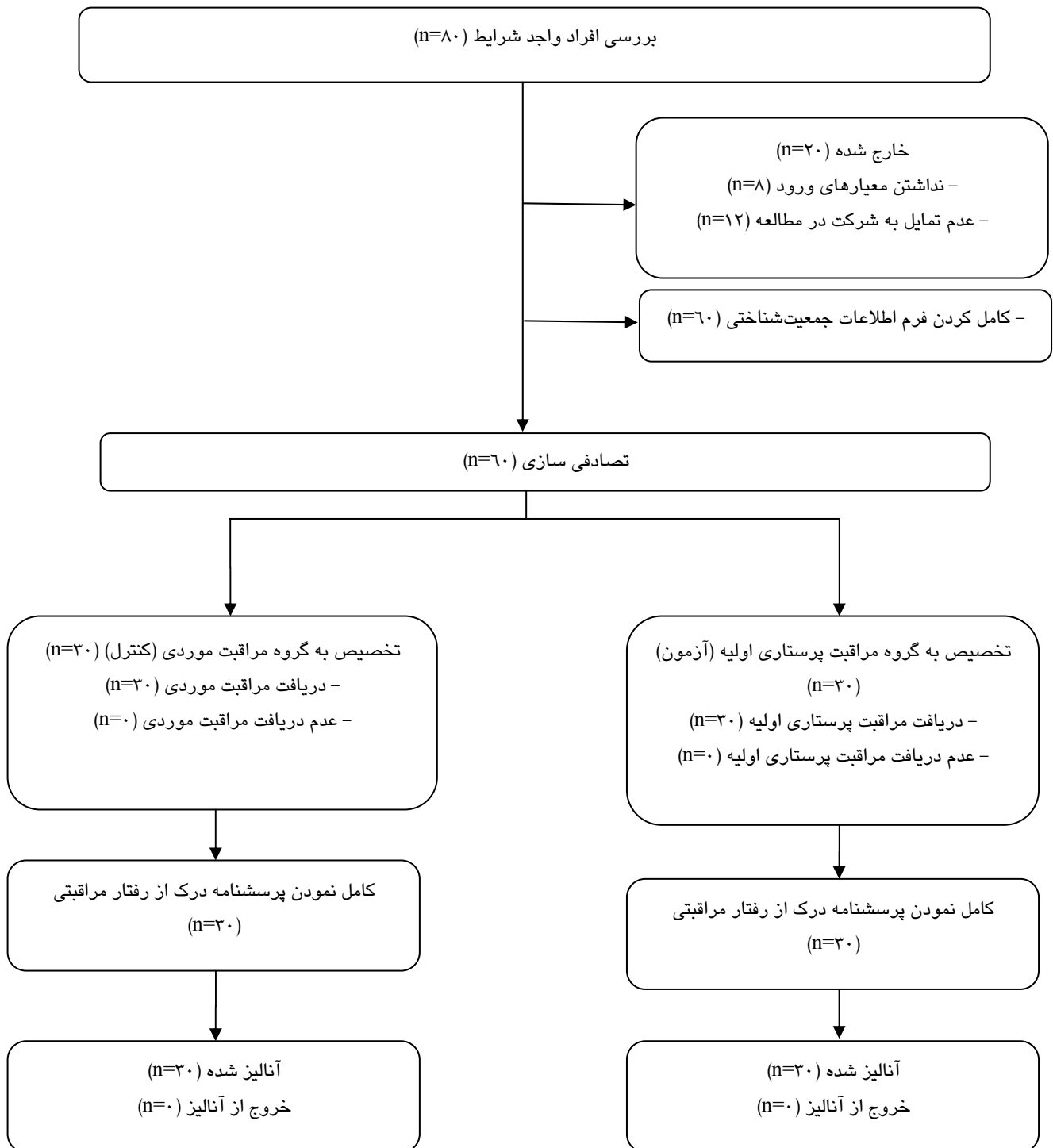
در روش مراقبت پرستاری اولیه (۱۷)، پرستار اولیه (پژوهشگر اصلی) طی دو ماه مسئولیت مراقبت از ۳۰ بیمار گروه مداخله را بر عهده داشت. با توجه به این که باید پرستار اولیه در یک نوبت کاری ثابت حضور دایم داشته باشد، پژوهشگر اصلی به عنوان پرستار اولیه در نوبت کاری صبح حضور دایم داشت و مسئولیت مراقبت از ۱ تا ۳ بیمار را برعهده می‌گرفت و در بدو پذیرش مصاحبه با بیمار و بررسی وی را انجام می‌داد. بعد از بررسی دقیق براساس فرم ارزیابی اولیه که در پرونده بیمار موجود بود، مشکلات مراقبتی به شکل تشخیص‌های پرستاری تدوین می‌شد و برای هر بیمار برنامه مراقبتی با نظارت پزشک معالج و سرپرستار و با کمک پرستاران دستیار طراحی می‌گردید. مسئولیت اجرای برنامه‌های طراحی شده در نوبت کاری صبح با پرستار اولیه و در سایر نوبت‌ها با پرستار دستیار بود. کنترل اجرای مراقبت‌ها توسط پرستار اولیه به صورت حضوری یا تلفنی در نوبت کاری عصر و شب انجام می‌گرفت.

از اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی بیرجند کنترل و تأیید شد.

داده‌های جمع‌آوری شده در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ وارد شد. ابتدا چگونگی توزیع داده‌ها به وسیله آزمون آماری کولموگروف-اسمیرنوف بررسی شد. سپس، با توجه به برخورداری داده‌ها از توزیع نرمال ($p > 0.05$)، تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون t مستقل انجام یافت. برای مقایسه متغیرهای کیفی در دو گروه از آزمون مجذور کای و یا آزمون دقیق فیشر استفاده شد. در تمام آزمون‌ها $p < 0.05$ از نظر آماری معنادار تلقی شد. این مطالعه مصوب کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ایران به شماره Ir.bums.REC.1397.260 می‌باشد. جهت نمونه‌گیری، اهداف مطالعه برای همه شرکت‌کنندگان بالقوه در مطالعه شرح داده شد. از همه بیماران دارای معیارهای ورود به مطالعه که جهت شرکت در مطالعه رضایت داشتند، فرم رضایت‌نامه آگاهانه کتبی اخذ گردید. همچنین، محرمانه بودن اطلاعات جمع‌آوری شده از شرکت‌کنندگان و نیز ماهیت اختیاری شرکت در مطالعه به آنان یادآوری شد.

همچنین در اجرای برنامه علاوه بر انجام مراقبت‌های برنامه‌ریزی شده، آموزش به بیماران براساس نیازهای آموزشی آن‌ها (رژیم غذایی، فعالیت، مصرف دارو، کنترل نبض و فشارخون، عوارض بیماری) به صورت آموزش چهره به چهره و نیز استفاده از پمفلت آموزشی انجام می‌گرفت. پمفلت مراقبت‌های بعد از آنژیوپلاستی براساس منابع معتبر (۹ و ۱۸) توسط پژوهشگر تهیه گردید و پس از تأیید اساتید راهنما و مشاور در اختیار بیماران قرار گرفت. به منظور رعایت اخلاق در پژوهش پمفلت تهیه شده بعد از ترخیص در اختیار بیماران گروه کنترل نیز قرار گرفت.

کنترل اجرای روش مراقبت پرستاری اولیه توسط سرپرستار نیز صورت می‌گرفت. بدین منظور از لیست کنترل راهنمای مراقبتی پرستار اولیه که توسط شرفی و همکاران طراحی شده است، استفاده گردید (۱۷). این لیست کنترل شامل ۲۵ عبارت در مورد مراحل اجرای این روش مراقبتی است که با تکمیل آن مشخص می‌شود که پرستار اولیه و دستیاران کلیه مراحل این روش را اجرا کرده‌اند. محتوای لیست کنترل توسط ۱۰ نفر



شکل ۱- نمودار کانسورت

یافته‌ها

نتایج نشان داد که میانگین و انحراف معیار سن بیماران در گروه کنترل (مراقبت معمول) $55/72 \pm 7/31$ و در گروه مداخله (مراقبت اولیه) $56/95 \pm 8/51$ بوده است ($p=0/154$). اکثر بیماران ۴۴ نفر (۷۳/۳٪) مرد، ۵۲ نفر (۸۶/۷٪) متأهل، ۳۸ نفر (۶۳/۶٪) زیردیپلم و ۲۱ نفر (۳۵٪) شغل آزاد داشتند (جدول شماره ۱). براساس داده‌های جدول شماره ۱، اختلاف آماری معناداری در توزیع

فراوانی جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل و محل سکونت در دو گروه مورد مطالعه مشاهده نشد ($p>0/05$).

براساس نتایج، میانگین نمره کلی درک از رفتار مراقبتی و ابعاد احترام و اطمینان در گروه آزمون به طور معناداری بالاتر از گروه کنترل بود ($p<0/05$). ولی در ابعاد «گرایش و ارتباط مثبت»، «دانش و مهارت حرفه‌ای» و «توجه به تجارب دیگری» اختلاف معناداری در میانگین نمره بین دو گروه مشاهده نگردید ($p>0/05$) (جدول شماره ۲).

جدول ۱- مقایسه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دو گروه مورد مطالعه از بیماران بعد از آنژیوپلاستی عروق کرونر بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی بیمارستان رازی شهر بیرجند در سال ۱۳۹۷-۱۳۹۸

نتیجه آزمون مجذور کای یا آزمون دقیق فیشر	کنترل (n=۳۰) (درصد) فراوانی	مداخله (n=۳۰) (درصد) فراوانی	گروه مورد مطالعه	
			متغیر	
$X^2=1/36$ $p=0/247$	۶ (۲۰)	۱۰ (۳۳/۳)	زن	جنس
	۲۴ (۸۰)	۲۰ (۶۶/۷)	مرد	
Fisher=۱/۶۶ $p=0/435$	۱۹ (۶۳/۳۱)	۱۹ (۶۳/۳)	زیردیپلم	سطح تحصیلات
	۸ (۲۶/۷)	۵ (۱۶/۷)	دیپلم	
	۳ (۱۰)	۶ (۲۰)	دانشگاهی	
Fisher=۱/۲۱ $p=0/712$	۰ (۰)	۱ (۳/۳)	مجرد	وضعیت تأهل
	۲۷ (۹۰)	۲۵ (۸۳/۳)	متأهل	
	۳ (۱۰)	۴ (۱۳/۴)	جدا شده یا فوت همسر	
$X^2=3/38$ $p=0/490$	۱ (۳/۳)	۲ (۶/۷)	کارمند	شغل
	۱۰ (۳۳/۳)	۱۱ (۳۶/۷)	آزاد	
	۶ (۲۰)	۴ (۱۳/۳)	کارگر	
	۱۰ (۳۳/۳)	۶ (۲۰)	بازنشسته	
	۳ (۱۰)	۷ (۲۳/۳)	خانه دار	
$X^2=0/74$ $p=0/691$	۱۳ (۴۳/۳)	۱۵ (۵۰)	بیرجند	محل سکونت
	۷ (۲۳/۳)	۸ (۲۶/۷)	روستا	
	۱۰ (۳۳/۳)	۷ (۲۳/۳)	سایر	

جدول ۲- مقایسه میانگین نمره درک از رفتار مراقبتی و حیطه‌های آن بین دو گروه مورد مطالعه از بیماران بعد از آنژیوپلاستی عروق کرونر بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی بیمارستان رازی شهر بیرجند بعد از مداخله پرستاری اولیه در سال ۱۳۹۷-۱۳۹۸ (N=۶۰)

نتیجه آزمون آماری t مستقل		کنترل n=۳۰	مداخله n=۳۰	گروه مورد مطالعه ابعاد و نمره کل
p<۰/۰۰۱	t=۳/۵۱	۵۶/۲۸±۸/۵۴	۶۳/۲۷±۶/۶۶	احترام قایل شدن
p=۰/۰۳۰	t=۲/۱۶	۵۸/۷۹±۹	۶۳/۳۵±۷/۴۵	اطمینان از حضور انسانی
p=۰/۰۵۱	t=۰/۶۷	۴۰/۵۱±۸/۷۳	۴۳/۳۴±۱۱/۳۹	گرایش و ارتباط مثبت
p=۰/۰۹۳	t=۰/۰۴	۲۴/۱۳±۵/۱۱	۲۵±۷/۱۷	دانش و مهارت حرفه‌ای
p=۰/۰۸۱	t=۰/۲۵	۱۸/۴۶±۳/۴۱	۱۹/۱۳±۴/۷۲	توجه به تجارب دیگری
p=۰/۰۴۲	t=۱/۶۹	۱۹۸/۷۶±۳۰/۲۳	۲۱۴/۶۴±۳۱/۴۱	نمره کل درک از رفتار مراقبتی

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که اجرای مراقبت پرستاری اولیه سبب افزایش میانگین امتیاز کلی درک بیمار از رفتارهای مراقبتی پرستاران در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل شده است. در این راستا، Nadeau و همکاران در مطالعه‌ای که با هدف تعیین میزان درک بیمار و خانواده از مراقبت پرستاری اولیه در واحد انکولوژی/هماتولوژی اطفال انجام دادند، گزارش کردند که ۴۰/۷٪ از بیماران و خانواده آن‌ها قویاً از این روش مراقبتی رضایت داشتند. این رضایتمندی به خصوص در زمینه آموزش به بیمار، تداوم مراقبت و ارتباط مناسب بین بیمار و پرستار عنوان شد که از جمله موارد مؤثر بر بهبود درک بیماران از این روش مراقبتی بوده است (۱۹). Omari و همکاران در پژوهش خود با هدف تعیین درک بیماران و پرستاران نسبت به رفتارهای مراقبتی پرستاران، به بررسی رفتارهای مراقبتی در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی در اردن پرداختند. نتایج نشان داد که بیماران در واحد مراقبت‌های ویژه قلبی رفتارهای فیزیکی و تکنیکی را به عنوان مهم‌ترین رفتارهای مراقبتی

درک کرده بودند. این در حالی بود که پرستاران این بخش‌ها، رفتارهای آموزشی را به عنوان مهم‌ترین رفتارهای مراقبتی درک کرده بودند. در مطالعه یاد شده تفاوت معناداری بین درک بیمار و پرستار نسبت به رفتار مراقبتی به خصوص در زمینه آموزش به مددجو، برطرف کردن نیازهای اساسی بیمار، امیدبخشی و نیز توجه به نیازهای روحی- روانی بیماران گزارش شد که باید در هنگام مراقبت از مبتلایان به بیماری‌های عروق کرونر مورد توجه قرار گیرد (۲۰).

در پژوهش حاضر علاوه بر بالاتر بودن میانگین نمره کلی درک از رفتار مراقبتی پرستاران در بیماران گروه مداخله، میانگین امتیاز در بعد احترام قایل شدن برای دیگری در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری بیشتر بود. در برخی از مطالعات نیز نتایج مشابه گزارش شده است. از جمله Christopher و Hegedus و نیز Wolf و همکاران در مطالعات خود پیرامون درک بیماران از رفتارهای مراقبتی پرستاران، میانگین امتیاز احترام قایل شدن برای دیگری را بالاتر گزارش کردند (۲۱ و ۲۲). اما در مطالعه حاجی‌نژاد و همکاران و عزیززی فینی و

همکاران بالاترین میانگین امتیاز مربوط به دانش و مهارت حرفه‌ای و کم‌ترین میانگین امتیاز در بعد احترام به دیگری گزارش شد (۱۶ و ۲۳). این تفاوت را شاید بتوان به تفاوت در بخش بستری بیماران، نوع مراقبت پرستاری انجام یافته، مدت بستری بیمار در هر بخش و همچنین فرهنگ و مذهب بیمار نسبت داد. به هر حال، یکی از خواسته‌های بیماران این است که می‌خواهند محترم شمرده شوند (۲۴) و پرستار موظف است مراقبت‌های خود را با رعایت احترام به بیمار به عنوان یک فرد ارایه دهد (۲۵).

در مطالعه حاضر، میانگین امتیاز اطمینان از حضور انسانی نیز در گروه مداخله به طور معناداری بیشتر بود. بیماران می‌خواهند که پرستار بلافاصله در دسترس خودشان و خانواده قرار بگیرد و بر این باورند که با برقراری ارتباط نزدیک‌تر احساس امنیت بیشتری می‌کنند. از طرفی در دسترس بودن فوری پرستار بر بالین بیمار تأثیر مثبتی بر باور و ذهن آنان دارد و موجب می‌شود تا باورشان بر این باشد که مراقبت حرفه‌ای و دقیقی را دریافت کرده‌اند (۲۶). در مطالعه لک‌دیزجی و همکاران و مطالعه راستی و همکاران نیز میانگین امتیاز اطمینان از حضور انسانی بالا گزارش شد (۲۶ و ۲۷). حضور پرستار زمانی اطمینان‌بخش است که در دسترس باشد، در کوتاه‌ترین زمان به درخواست بیماران پاسخ دهد و در بالین بیمار حضور یابد (۱۵).

در مطالعه حاضر میانگین امتیاز گرایش و ارتباط مثبت در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معناداری نداشت. با توجه به

گویه‌های این بعد به نظر می‌رسد برخی از این گویه‌ها دارای بار فرهنگی هستند. از جمله گویه «برای نشان دادن توجه خود به بیمار او را لمس می‌کند»، در بسیاری از موارد با فضای فرهنگی جامعه ما نامأنوس می‌باشد. چنان که در کشور ما، پرستاران برای نشان دادن توجه خود به بیمار لزوماً از لمس کردن وی استفاده نمی‌کنند و این امر به دلیل اعتقادات مذهبی بیماران و پرستاران به ویژه در مورد پرستارانی که از بیماران غیرهمجنس مراقبت می‌کنند، می‌تواند بسیار بارزتر باشد. در حالی که در کشورهای غربی یکی از نشانه‌های بارز توجه لمس کردن بیمار می‌باشد (۲۸). در مطالعه حاجی‌نژاد و همکاران و راستی و همکاران نیز امتیاز پایینی از بعد ارتباط و گرایش مثبت به دست آمد. این پژوهشگران علت این امر را نداشتن وقت و خستگی عنوان کردند که منجر به ایجاد نگرش منفی و فشار عاطفی در پرستاران، کناره‌گیری عاطفی و عدم ارتباط مناسب با بیماران و بی‌توجهی کارکنان نسبت به نیازهای عاطفی بیماران می‌شود (۱۶ و ۲۷). در پژوهش حاضر به دلیل انجام مراقبت اولیه، پرستاران برای برقراری ارتباط با بیمار وقت کافی داشتند و هر پرستار به طور متوسط در طول نوبت کاری از ۲ تا ۳ بیمار مراقبت می‌کرد. لذا به نظر می‌رسد عامل خستگی و نداشتن وقت در این مطالعه عامل کاهش میانگین نمره گرایش و ارتباط مثبت محسوب نمی‌شود.

در این پژوهش بین میانگین امتیاز دانش و مهارت حرفه‌ای و نیز توجه به تجارب دیگری در دو گروه تفاوت معناداری مشاهده نشد. این

نتیجه را شاید بتوان به شرایط خاص بخش مراقبت‌های ویژه قلبی نسبت داد. شرایط این بخش از نظر تعداد بیماران بستری، حضور پرستاران با سابقه بالینی بالا و نیز آموزش‌های مداوم حین خدمت سبب می‌شود که توجه خاص به بیمار، اجرای مراقبت با مهارت کافی، انجام به موقع امور درمانی و نیز قرار دادن بیمار در اولویت رفع مشکلات جسمی و علایم ناخوشایند بیماری به صورت مداوم در جریان باشد. از طرفی مراقبت‌های پرستاری در این بخش به صورت موردی انجام می‌شود و هر پرستار مسئول مراقبت از حداکثر ۳ بیمار است.

در مطالعه Wolf و همکاران که با هدف تعیین ارتباط بین رفتارهای مراقبتی پرستاران و رضایت بیمار در بیماران تحت آنژیوپلاستی انجام یافت، ارتباط معناداری بین دو متغیر گزارش گردید. همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که در بین ابعاد درک بیمار از رفتارهای مراقبتی، کم‌ترین میانگین امتیاز مربوط به بعد توجه به تجارب دیگری و نیز بعد دانش و مهارت حرفه‌ای پرستاران است. پژوهشگران دلیل این نتیجه را این‌گونه مطرح کردند که درک بیمار از رفتار مراقبتی پرستار را نمی‌توان تنها محدود به رفتار پرستاران بخش آنژیوگرافی دانست، بلکه این درک به صورت مجموعه‌ای از تجارب بیمار به صورت عمومی از زمان حضور در بیمارستان شکل می‌گیرد (۲۲). در مطالعه حاجی‌نژاد و همکاران و نیز مطالعه Wolf و همکاران نیز امتیاز پایینی در بعد توجه به تجارب دیگری گزارش گردید (۱۶ و ۲۸). برخی مطالعات اشاره کرده‌اند که کاهش مدت

زمان مراقبت، درک بیماران از مراقبت را به طور قابل توجهی تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲۸). با توجه به اهمیت مراقبت، به عنوان مهم‌ترین جزء اقدامات پرستاری و نیز تفاوت درک رفتارهای مراقبتی در فرهنگ‌های مختلف و اختلاف نظر محققان در توجیه این موضوع، مطالعه بیشتر رفتارهای مراقبتی پرستاران از دیدگاه بیماران و عوامل مرتبط بر این رفتارها در محیط کار پرستاران ضروری به نظر می‌رسد. چنین مطالعاتی به مدیران پرستاری در تخصیص منابع منطبق بر واقعیت و آرایه حمایت‌های سازمانی لازم از پرستاران کمک خواهند کرد.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به اجرای طرح در یک مرکز که قدرت تعمیم نتایج را به سایر موارد مشابه کاهش می‌دهد و عدم امکان استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی که در صورت انجام، نمونه اخذ شده می‌توانست معرف بهتری از جامعه هدف باشد، اشاره نمود. در مجموع آرایه مراقبت پرستاری به روش اولیه منجر به افزایش درک بیماران از رفتار مراقبتی پرستاران، افزایش حس احترام و نیز اطمینان از حضور انسانی پرستار می‌شود. لذا به کارگیری این روش مراقبتی در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی در راستای بهبود درک بیماران از خدمات مراقبتی آرایه شده توسط پرستاران توصیه می‌گردد. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آینده این روش مراقبتی با حجم نمونه بیشتر و نیز در سایر بخش‌ها (عمومی، اطفال، زنان و ...) انجام گیرد و تأثیر اجرای این روش مراقبتی بر رضایت کارکنان و رضایت از کیفیت مراقبت نیز مورد بررسی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری اورژانس مصوب دانشگاه علوم پزشکی بیرجند به کد ۴۵۵۷۸۲ می‌باشد. بدین‌وسیله مراتب قدردانی و تشکر

خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه قلبی بیمارستان رازی و همچنین کلیه عزیزانی که به هر نحوی ما را در اجرای پژوهش یاری نمودند، اعلام می‌نماییم.

منابع

- 1 - Fiscella K, Meldrum S, Barnett S. Hospital discharge against advice after myocardial infarction: deaths and readmissions. *Am J Med.* 2007 Dec; 120(12): 1047-53. doi: 10.1016/j.amjmed.2007.08.024.
- 2 - Keikha Sh. [Electrocardiographic results of patients with acute coronary syndrome]. *Iranian Journal of Emergency Medicine.* 2015; 2(1): 1. doi: 10.22037/ijem.v2i1.7791. (Persian)
- 3 - Momeni M, Salari A, Ghanbari A, Rostamnia L. [Hospital mortality of patients with acute myocardial infarction and related factor]. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences.* 2014; 6(2): 407-414. doi: 10.29252/jnkums.6.2.407. (Persian)
- 4 - Sheifer SE, Gersh BJ, Yanez ND 3rd, Ades PA, Burke GL, Manolio TA. Prevalence, predisposing factors, and prognosis of clinically unrecognized myocardial infarction in the elderly. *J Am Coll Cardiol.* 2000 Jan; 35(1): 119-26. doi: 10.1016/s0735-1097(99)00524-0.
- 5 - Parry M, Watt-Watson J. Peer support intervention trials for individuals with heart disease: a systematic review. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2010 Mar; 9(1): 57-67. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2009.10.002.
- 6 - Noori Tajer M. [Third level prevention in patients who have coronary artery bypass graft]. 1st ed. Tehran: Maahtab Publications; 2006. P. 10-11. (Persian)
- 7 - Zipes DP, Libby P, Bonow RO, Mann DL, Tomaselli GF. Braunwald's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. 11th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Health Sciences; 2018.
- 8 - Hinds PS. The relationship of nurses' caring behaviors with hopefulness and health care outcomes in adolescents. *Arch Psychiatr Nurs.* 1988 Feb; 2(1): 21-9.
- 9 - Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. 13th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
- 10 - Ladwig KH, Meisinger C, Hymer H, Wolf K, Heier M, von Scheidt W, et al. Sex and age specific time patterns and long term time trends of pre-hospital delay of patients presenting with acute ST-segment elevation myocardial infarction. *Int J Cardiol.* 2011 Nov 3; 152(3): 350-5. doi: 10.1016/j.ijcard.2010.08.003.
- 11 - Agema WR, Jukema JW, Pimstone SN, Kastelein JJ. Genetic aspects of restenosis after percutaneous coronary interventions: towards more tailored therapy. *Eur Heart J.* 2001 Nov; 22(22): 2058-74. doi: 10.1053/euhj.2000.2589.
- 12 - Yoder-Wise PS. Leading and managing in nursing - E-Book. 6th ed. London: Elsevier Health Sciences; 2014.
- 13 - Dal Molin A, Gatta C, Boggio Gilot C, Ferrua R, Cena T, Manthey M, et al. The impact of primary nursing care pattern: results from a before-after study. *J Clin Nurs.* 2018 Mar; 27(5-6): 1094-1102. doi: 10.1111/jocn.14135.

- 14 - Fazlolahi M, Sanagoo A, Vakili M, Jouybari L. [Evaluating the effect of primary nursing method on patients' and nurses self-care knowledge and patients' satisfaction level of care in open heart surgery]. *The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2016; 14(7): 580-591. (Persian)
- 15 - Rafii F, Hajinezhad ME, Haghani H. Nurse caring in Iran and its relationship with patient satisfaction. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2008 Dec; 26(2): 75-84.
- 16 - Hajinezhad ME, Azodi P, Rafii F, Ramezani N, Tarighat M. [Perspective of patients and nurses on caring behaviors of nurses]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2012; 17(4): 36-45. (Persian)
- 17 - Sharafi S, Chamanzari H, Bazi A, Mazloom SA, Maghsoodi Sh. [Impact of nursing care delivery systems; "case method and primary nursing" on nurse-patient interaction in CCU]. *Quarterly Journal of Nursing Management*. 2016; 4(4): 58-66. (Persian)
- 18 - Win HK, Kleiman NS. Diagnosis and treatment of complications of coronary and valvular interventions. In: Jeremias A, Brown DL. *Cardiac intensive care*. 2nd ed. Philadelphia, PA: Saunders/Elsevier; 2010. P. 255-269.
- 19 - Nadeau K, Pinner K, Murphy K, Belderson KM. Perceptions of a primary nursing care model in a pediatric hematology/oncology unit. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2017 Jan/Feb; 34(1): 28-34. doi: 10.1177/1043454216631472.
- 20 - Omari FH, AbuAlRub R, Ayasreh IR. Perceptions of patients and nurses towards nurse caring behaviors in coronary care units in Jordan. *J Clin Nurs*. 2013 Nov; 22(21-22): 3183-91. doi: 10.1111/jocn.12458.
- 21 - Christopher KA, Hegedus K. Oncology patients' and oncology nurses' perceptions of nurse caring behaviours. *Eur J Oncol Nurs*. 2000 Dec; 4(4): 196-204. doi: 10.1054/ejon.2000.0108.
- 22 - Wolf ZR, Miller PA, Devine M. Relationship between nurse caring and patient satisfaction in patients undergoing invasive cardiac procedures. *Medsurg Nurs*. 2003 Dec; 12(6): 391-6.
- 23 - Azizi-Fini I, Mousavi MS, Mazroui-Sabdani A, Adib-Hajbaghery M. Correlation between nurses' caring behaviors and patients' satisfaction. *Nursing and Midwifery Studies*. 2012; 1(1): 36-40. doi: 10.5812/nms.7901.
- 24 - Movaffaghi Z, Makarem A, Beyraghi N, Hosseini F, Farsi M. [The time allowed to patients to explain their problem in outpatient clinics of Mashhad university of medical sciences hospitals]. *Iranian Journal of Medical Education*. 2013; 13(7): 561-570. (Persian)
- 25 - Organization of Iranian Nursing System. [Nursing services standards reference book]. Tehran: Organization of Iranian Nursing System; 2006. (Persian)
- 26 - Lakdizaji S, Pashae S, Zamanzade V, Rahmani A. [Perspectives of patients and nurses on priorities of caring behaviors in critical care units: a comparative study]. *The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2014; 12(9): 866-873. (Persian)
- 27 - Rasti F, Joolae S, Ghiyasvandian Sh, Haghani H. [Patients' perceptions of caring behaviors in oncology settings]. *Iranian Journal of Nursing Research (IJNR)*. 2014; 9(1): 59-67. (Persian)
- 28 - Wolf ZR, Colahan M, Costello A. Relationship between nurse caring and patient satisfaction. *Medsurg Nurs*. 1998 Apr; 7(2): 99-105.

The effect of primary nursing care on the patients' perception of nursing care behavior after coronary angioplasty

Shahnaz Tabiei¹, Seyyed Ali Moezi², Gholamreza Sharifzadeh³, Bahare Zarei¹, Fatemeh Kobra Shafiei^{1*}

Abstract

Article type:
Original Article

Received: Mar. 2020
Accepted: May 2020
e-Published: 16 Dec. 2020

Background & Aim: Cardiovascular diseases, especially coronary artery disease, are one of the most common causes of death worldwide. Recently, coronary intervention through the skin has been used for treatment, which has significantly reduced mortality rates. Nursing care behavior is of special importance in reducing the complications of angioplasty. The purpose of this study was to determine the effect of primary nursing care on the patients' perception of nursing care behavior after coronary angioplasty.

Methods & Materials: In this randomized controlled clinical trial, 60 patients admitted from February 2018 to April 2018, to the CCU of Razi hospital in Birjand were selected by the convenience sampling method and assigned into two groups of 30, using a simple random allocation method. For the patients in the control group, routine care was delivered case by case, and for the patients in the primary nursing care group, care was provided based on the nursing process. At the time of discharge, the Caring Behaviors Inventory (CBI) was completed for the patients via interviews. Data were analyzed using the independent *t*-test and the significance levels of 0.05.

Results: The results showed that the mean scores of perception of care behavior and dimensions "respect" and "assurance of humanistic presence" in the intervention group were significantly higher than those of in the control group ($P < 0.05$). However, no significant differences were observed between the two groups in the dimensions "positive attitude and relationship", "knowledge and professional skill" and "attention to other experiences" ($P > 0.05$).

Conclusion: Provision of primary nursing care leads to improving the patient's perception of nursing care behavior, increasing sense of respect, and assurance of humanistic presence of the nurse. Therefore, it is recommended to use this caring method in the cardiac intensive care unit.

Key words: primary nursing, perception, caring, patients, nurses, coronary angioplasty

Corresponding author:
Fatemeh Kobra Shafiei
e-mail:
f.shafiei@bums.ac.ir

Please cite this article as:

- Tabiei Sh, Moezi SA, Sharifzadeh Gh, Zarei B, Shafiei FK. [The effect of primary nursing care on the patients' perception of nursing care behavior after coronary angioplasty]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences.* 2020; 26(3): 343-356. (Persian)

1 - Dept. of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

2 - Dept. of Cardiology, School of Medicine, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

3 - Dept. of Health Education, School of Health, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran