

فرآیند بازگشت به کار در بیماران پس از جراحی قلب: یک مطالعه نظریه پایه

علی پورحبیب^۱، زهرا فتوکیان^۱، زهرا سبزی^{۲*}، خدیجه یزدی^۳

نوع مقاله:

چکیده

مقاله اصیل

زمینه و هدف: اطلاعات محدودی در خصوص تجارب افراد از بازگشت به کار پس از جراحی قلب، با توجه به بافت فرهنگی-اجتماعی جامعه ایرانی در دسترس است. هدف این مطالعه، کشف فرآیند بازگشت به کار افراد پس از جراحی قلب است.

روش بررسی: این مطالعه کیفی با رویکرد نظریه پایه در طی سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ انجام یافت. ۲۱ فرد درگیر با فرآیند بازگشت به کار پس از جراحی قلب به روش نمونه‌گیری هدفمند و نظری از بخش جراحی قلب بیمارستان امیرالمؤمنین کردکوی و مراجعان به مطب جراحان قلب استان گلستان انتخاب شدند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته و یادداشت در عرصه جمع‌آوری شد. تحلیل داده‌ها با روش کوربین و اشتراوس ۲۰۱۵ انجام یافت.

یافته‌ها: «احساس تردید نسبت به بازگشت به کار»، «حمایت روانی-اجتماعی درک شده»، «عوامل فردی و شغلی»، «پیامدهای نامطلوب جراحی قلب» و «پشتیبانی محدود مؤسسات دولتی/غیردولتی» به عنوان عوامل زمینه‌ای مؤثر بر بازگشت به کار مشخص شدند. «تکاپو جهت تعدیل شغل»، «ارزیابی موقعیت» و «خودمدیریتی» به عنوان راهبردها و «تطبیق پذیری با شغل» به عنوان پیامد بازگشت به کار معرفی شد. «تلاش مدیرانه جهت تطابق شغلی» به عنوان متغیر مرکزی شناسایی شد.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج، عوامل متعدد فردی و محیطی بر فرآیند بازگشت به کار افراد تحت جراحی قلب تأثیر دارد. تسهیل فرآیند بازگشت به کار نیازمند حمایت روانی-اجتماعی خانواده و محیط کاری است. توصیه می‌شود، سیاست‌گذاران بهداشتی و امور اجتماعی با توانمندسازی افراد در دوران بعد از نقاهت و ایجاد تعامل بین وزارت کار، بهداشت و درمان با سازمان‌های بیمه‌گر به تسهیل بازگشت به کار افراد پس از جراحی قلب کمک نمایند.

نویسنده مسؤول: زهرا سبزی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، ایران
e-mail: sabzi@goums.ac.ir

واژه‌های کلیدی: بازگشت به کار، جراحی گرفت بای پس قلبی، گزند تئوری

- دریافت مقاله: اسفند ماه ۱۴۰۱ - پذیرش مقاله: اردیبهشت ماه ۱۴۰۲ - انتشار مقاله: ۱۴۰۲/۶/۲۸

مقدمه

امروزه، به‌واسطه توسعه روش‌های درمانی همچون آنژیوپلاستی عروق کرونر، جراحی قلب و به‌کارگیری برنامه‌های بازتوانی قلبی، مرگومیر ناشی از بیماری قلبی عروقی کاهش و امید به زندگی بعد از جراحی قلب

افزایش یافته است. جراحی قلب برای درمان بیماری‌های قلبی عروقی (Coronary Artery Disease: CAD) در بین افراد سنین کار شایع است (۳-۱). چالش پیش روی بیماران در بعد از جراحی قلب، تغییر سبک زندگی، بازگشت به زندگی عادی و ایفای نقش‌ها است (۴). بسیاری از افراد پس از جراحی قلب، شانس و توانایی بازگشت به کار را دارند (۵). بازگشت به کار و اشتغال مجدد باعث حفظ اعتماد به نفس، تأمین

۱- گروه آموزشی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی رامسر، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران؛ مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
۲- گروه آموزشی پرستاری بهداشت کودک و خانواده، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گلستان، ایران
۳- گروه آموزشی پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گلستان، ایران؛ مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گلستان، ایران

افراد تحت جراحی قلب ایرانی، مطالعه حاضر در راستای پر کردن خلأ دانش نظری در مورد کشف فرآیند بازگشت به کار بیماران پس از جراحی قلب طراحی و اجرا شده است.

روش بررسی

مطالعه کیفی حاضر با رویکرد نظریه پایه (Grounded Theory) در طی سال‌های ۱۴۰۱-۱۴۰۰ انجام گرفته است. مشارکت‌کنندگان اولیه، افرادی بودند که تجربه جراحی قلب داشتند. این افراد از طریق نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. با پیشرفت تحلیل داده‌ها و تحلیل مقایسه‌ای مداوم از طریق نمونه‌گیری نظری، سایر افراد نیز وارد مطالعه شدند. در مجموع ۲۳ مصاحبه با ۲۱ مشارکت‌کننده تا زمان دستیابی به اشباع داده‌ها انجام یافت که از این تعداد، ۱۲ فرد تحت جراحی قلب و ۹ فرد درگیر در فرآیند بازگشت به کار افراد در پس از جراحی قلب (تیم درمان، خانواده، کارفرما و کارشناس بیمه) بودند. مشارکت‌کنندگان از بخش جراحی قلب بیمارستان امیرالمؤمنین کردکوی و مراجعان به مطب جراحان قلب استان گلستان انتخاب شدند. مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته به صورت حضوری و با رعایت پروتکل‌های بهداشتی در منزل یا محیط کار انجام گرفت. افرادی که پس از جراحی قلب در سنین کار قرار داشتند، قبل از جراحی شاغل بودند و دوره حاد بیماری را پشت سر گذاشته بودند، برای شرکت در مطالعه دعوت شدند. میانگین و انحراف معیار سن مشارکت‌کنندگان اصلی مطالعه $52/3 \pm 5/92$ سال بود و $82/3\%$ (۱۰ نفر) مرد بودند.

نیازهای اقتصادی و اجتماعی افراد پس از جراحی می‌شود (۸-۶). نتایج مطالعه Maznyczka و همکاران نشان داد که بازگشت سریع‌تر به کار بعد از دوران نقاهت با ظهور علائم عوارض بیماری نسبت عکس دارد. در مقابل ناتوانی در بازگشت به کار منجر به ایجاد مشکلات مالی، انزوای اجتماعی و کاهش اعتمادبه‌نفس می‌شود. براساس نتایج این مطالعه، حدود ۶۶٪ افراد در ۳ ماه اول پس از جراحی، ۳۳٪ در ۶ ماه بعد از جراحی و ۴۰٪ در ۱۲ ماه پس از جراحی قلب، مشکلات کاری و یا وضعیت بدتر شغلی را تجربه می‌کنند (۹). بیماران پس از جراحی قلب، مشکلات زیادی را در جریان بازگشت به کار و حفظ شغل خود تجربه می‌کنند. آنان علاوه بر نیازهای شخصی خود، بایستی پاسخ‌گوی تقاضای محیط کار و کارفرمای خود باشند که ممکن است آنان را دچار تنش و اضطراب نماید. از این رو، این افراد پس از جراحی قلب نیازمند حمایت در طی فرآیند بازگشت به کار هستند (۱۰). حمایت کامل و مناسب از این بیماران در مورد بازگشت به کار نیاز به درکی جامع و کامل از فرآیند بازگشت به کار و عوامل مؤثر بر این فرآیند دارد. تبیین فرآیند بازگشت به کار در افراد پس از جراحی قلب، با شفاف‌سازی و شناسایی ابعاد مختلف فرآیند بازگشت به کار و ارائه یک الگوی منحصربه‌فرد، سیاست‌گذاران سلامت، کارکنان نظام سلامت و کارفرمایان را در طراحی برنامه‌های مراقبتی و حمایتی یاری نموده، منجر به تسهیل بازگشت افراد به کار و ارتقای کیفیت زندگی آنان می‌شود. با توجه به ناشناخته ماندن ابعاد فرآیند بازگشت به کار در

مصاحبه‌ها به صورت چهره به چهره انجام گرفت و از طریق ضبط صوت MP3 Player شرکت Sony ضبط شد. مدت زمان مصاحبه‌ها بین ۹۰-۴۰ دقیقه متغیر بود. در ابتدای مصاحبه، از افراد خواسته شد تا تجارب خود از فرآیند بازگشت به کار، راهکارها، موانع و تسهیل‌کننده‌های بازگشت به کار را بیان کنند. برحسب ضرورت، سوالات پیگیری‌کننده نظیر «لطفاً بیشتر توضیح دهید»، «لطفاً یک مثال بزنید»، استفاده شد. از مصاحبه ۱۹ به بعد، داده یا کد جدیدی که منجر به کدگذاری و تشکیل طبقات جدید نشود، حاصل نشد. اما برای اطمینان، چهار مصاحبه دیگر جهت دستیابی به اشباع داده‌ها انجام یافت. حین انجام مصاحبه‌ها، پژوهشگر واکنش‌ها، احساسات و عواطف مشارکت‌کنندگان را در صورت لزوم، یادداشت می‌کرد. نمونه‌ای از یادداشت در عرصه به شرح زیر است:

(دفتر مشاور املاک، مربوط به مشارکت‌کننده ۳، ساعت ۱۱ صبح)

چند نفر از ماشین پیاده شدند و از نحوه حضورشان مشخص بود که به دنبال ایجاد دعوا و مرافعه هستند ولی مشارکت‌کننده با مدیریت اوضاع و پرهیز از مشاجره، مسأله را ختم به خیر کردند. بعد از اتمام ماجرا از ایشان پرسیده شد: همیشه این‌گونه رفتار می‌کنید؟

پاسخ مشارکت‌کننده: من تقریباً آدم پرخاشگر و تندمزاجی هستم ولی بعد از جراحی قلب سعی می‌کنم بیشتر مواظب اوضاع باشم و آرامش خودمو حفظ کنم تا برام مشکلی پیش نیاد. («مدیریت خشم در محیط کار»).

جهت تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده، از روش Strauss و Corbin استفاده شد. گام‌های تحلیل در این نسخه شامل پنج مرحله است: ۱) تحلیل داده‌ها برای مفاهیم، ۲) تعیین ویژگی‌ها و ابعاد مفهوم، ۳) تحلیل داده‌ها برای زمینه، ۴) مرتبط ساختن فرآیند با تحلیل داده‌ها و ۵) ترکیب طبقات (۱۰). تحلیل با اولین مصاحبه و مشاهده شروع و نتیجه آن به مصاحبه و مشاهده بعدی منجر شد. مصاحبه‌ها بلافاصله پس از چند بار گوش دادن دقیق، کلمه به کلمه تایپ و وارد نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۲۰۲۰ شد. جهت افزایش صحت کار و رفع برخی ابهامات حین پیاده کردن یا تحلیل مصاحبه‌ها، در مواردی که نیاز به دریافت اطلاعات تکمیلی بیشتر بود، با شرکت‌کنندگان تماس گرفته شد و داده‌های جدید به متن مصاحبه اصلی اضافه شد. کدهای مشابه از نظر مفهومی، دسته‌بندی و طبقات اولیه شکل گرفت. طی فرآیند مقایسه مداوم، محقق هر طبقه را با سایر طبقات جهت اطمینان از متمایز بودن طبقات نسبت به هم مقایسه نمود. فرآیند گردآوری داده‌ها و تجزیه و تحلیل به صورت هم‌زمان انجام گرفت. در آغاز مطالعه، تحلیل معمولاً بسیار جزئی یا میکرو (استخراج کدهای باز از متن مصاحبه‌ها) بود. تحلیل‌های بعدی کلی‌تر بودند تا توسعه کامل و اعتباربخشی تفاسیر حاصل شود؛ لذا با انجام تحلیل ماکروسکوپی، مفاهیم براساس ویژگی‌های مشترک طبقه‌بندی شدند. در جدول شماره ۱ نمونه‌ای از نحوه تشکیل طبقه از کدهای اولیه ارائه شده است.

دقت علمی، صحت و استحکام داده‌ها

برای ایجاد قابلیت اعتماد از معیارهای Guba و Lincoln استفاده شد. این معیارها عبارتند از: اعتبار، قابلیت اطمینان، تاییدپذیری و قابلیت انتقال (۱۱). درگیری طولانی مدت محققان با داده‌ها و مشارکت‌کنندگان و دریافت نظر از همتایان و بررسی تیم تحقیق از معیارهای اعتبار یافته‌های مطالعه حاضر است. در بازنگری همتا، دو محقق کیفی صحت تحلیل داده‌ها را ارزیابی کردند. در بررسی اعضا، برخی از شرکت‌کنندگان همخوانی بین یافته‌های مطالعه و تجربیات خود را تأیید کردند. برای قابلیت انتقال، توضیحات روشنی در مورد جنبه‌های مختلف مطالعه از جمله نمونه‌گیری، جمع‌آوری داده‌ها و ... ارائه شد. برای اطمینان از قابلیت اطمینان، تمام اسناد مربوط به مطالعه

نگهداری شد تا دیگران بتوانند روند مطالعه را بررسی کنند. علاوه بر این، گزیده‌هایی از داده‌ها به طور مستقل توسط دو نفر از نویسندگان تجزیه و تحلیل شد که هر دو به یافته‌های یکسانی دست یافتند.

این مطالعه، حاصل طرح مصوب کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی گلستان (کد اخلاق: IR.GOUMS.REC.1399.249) است. کسب رضایت آگاهانه مشارکت‌کنندگان جهت شرکت در پژوهش، توضیح اهداف مطالعه، حق انصراف از مطالعه در هر مرحله، رعایت اصل رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات و در اختیار گذاشتن نتایج مطالعه برای مشارکت‌کنندگان در صورت لزوم از ملاحظات اخلاقی رعایت شده در مطالعه حاضر است.

جدول ۱- نحوه تشکیل طبقات از کدهای اولیه

زیرطبقه	کدها	واحد‌های معنایی مترامم	واحد‌های معنایی
استقلال طلبی	خودتکابی	میل به کنترل بر امور زندگی	«وقتی کار داری؛ یعنی رو زندگیات کنترل داری.»
	تمایل به مستقل بودن	میل به فعال بودن	«میل به پویایی و نفرت از سستی باعث شد که راحت‌تر به کارم برگردم.»
		میل به استقلال	این که خودت بتونی از پس زندگی بر بیای، تمایلم رو به برگشت به کار بیشتر می‌کرد. دوست داشتم مستقل باشم.»
	میل به مستقل بودن	رهایی از محبوس بودن	«چهار دیواری خونه انگار توی زندانی. حتی اگه همه نیازاتو، اطرافیان برطرف بکنند. کلاً سرکار رفتن یه حس رهایی و آزادی به آدم می‌ده.»
		عدم وابستگی به دیگران	«کار، وابستگیمو به دیگران کم می‌کرد. باید رو پای خودم می‌بودم.»

یافته‌ها

براساس تحلیل داده‌ها «احساس تردید نسبت به بازگشت به کار»، «حمایت روانی اجتماعی درک شده»، «عوامل فردی و شغلی»، «پیامدهای جراحی قلب» و «پشتیبانی محدود مؤسسات دولتی/ غیر دولتی» به عنوان عوامل

زمینه‌ای و «تکاپو جهت تعدیل شغل»، «ارزیابی موقعیت» و «خودمدیریتی» به عنوان راهبردهای فرآیند بازگشت به کار (جدول شماره ۲) و «تطبیق‌پذیری با شغل» «پیامد بازگشت به کار» و «تلاش مدبرانه جهت تطابق شغلی» به عنوان متغیر مرکزی شناسایی شد (شکل شماره ۱).

طبقات مربوط به زمینه

احساس تردید نسبت به بازگشت به کار

تجربه قبلی افراد از محیط کار و نگرانی از واکنش احتمالی کارفرمایان نسبت به بازگشت آنان به کار، تردید آنان را تشدید می‌کرد. آنان در طی تصمیم‌گیری برای بازگشت به کار مدام این سؤال را در ذهن خود مطرح می‌کردند: اگر سرکار برگردم، چه اتفاقی پیش می‌آید؟ با توجه به جو غیرحمایتی حاکم بر محیط کار، افراد نگران واکنش‌های افراد حاضر در محل کار نسبت به بازگشتشان به محیط کار بودند. این نگرانی، افراد را در جریان بازگشت به کار دچار تردید می‌کرد. «به‌خاطر تعویض دریاچه، بنیه قلبم رو نداشتم و نمی‌تونستم کارهامو به‌درستی انجام بدم، می‌ترسیدم همکارام، ناتوانیمو به رخم بکشند، نگران بودم که کمکم نکنند و به رئیس شکایت کنند.» (مشارکت‌کننده ۱).

تسهیل‌کننده‌ها و بازدارنده‌های بازگشت به کار در مطالعه حاضر، «حمایت روانی اجتماعی درک شده» و «عوامل فردی و شغلی»، به عنوان تسهیل‌کننده‌ها و «پیامدهای نامطلوب جراحی قلب» و «پشتیبانی محدود مؤسسات دولتی و غیردولتی» موانع فرآیند بازگشت به کار معرفی شد.

حمایت روانی - اجتماعی درک شده

«حمایت روحی و معنوی همسر»، «کمک در انجام فعالیت‌های روزانه»، و «همراهی خانواده در امور درمانی و مراقبتی» از مصادیق حمایت خانواده در همراهی با افراد برای بازگشت به کار بوده است. علاوه بر خانواده، افراد تحت جراحی قلب از طریق حمایت محیط کار قادر به بازگشت به کار می‌شدند. در این مورد، مشارکت‌کننده‌ای گفت:

«واقعاً می‌تونم بگم که اگر حمایت همسرم نبود، نمی‌تونستم به راحتی کارم رو شروع کنم.» (مشارکت‌کننده ۸)

علاوه بر حمایت خانواده و محیط کار، «حمایت اطلاعاتی تیم درمان»، در رفع تردیدها و اطمینان خاطر جهت بازگشت به کار مؤثر بود. اما برخی از مشارکت‌کنندگان ادعا کردند که همکاری تیم درمان صرفاً آموزش رفتارهای خودمراقبتی است. در این خصوص، یکی از مشارکت‌کنندگان گفت:

«در مراکز درمانی ایران غالباً بر پیشگیری سطح دوم تأکید زیادی می‌شه و بر پیشگیری سطح اول و سوم توجه اندکی میشه.» (مشارکت‌کننده ۳)

عوامل فردی

این طبقه شامل «باورهای فردی»، «تثبیت امور اقتصادی»، «استقلال طلبی» و «متغیرهای فردی» است. مقدس شمردن کار و مثبت‌اندیشی نسبت به کار، موتور محرکه‌ای برای بازگشت به کار بودند. تأمین نیازهای روزمره زندگی، و سرمایه‌گذاری برای آینده از عواملی بودند که نیاز افراد را برای بازگشت به کار بیش‌تر می‌کرد. افراد دارای تحصیلات بالاتر و برخوردار از رده شغلی بالا، تمایل زیادی برای بازگشت به کار و بازیابی جایگاه شغلی خود داشتند. این افراد معمولاً در مشاغل دولتی یا سبک مشغول به کار بودند و برای بازگشت به کار تردید کم‌تری داشتند. در مقابل در میان افراد دارای تحصیلات پایین، دارای مشاغل آزاد و یا سنگین، به دلیل عدم بهره‌مندی از مزایای استعلاجی و بیمه، جدایی از کار باعث ایجاد مشکلات مالی شده بود.

«من یک کارگر ساده بودم و روزانه بایستی چندین ساعت کار سخت توی پمپ بنزین انجام می‌دادم، بخار بنزین موقعی که سر لوله بودم خیلی اذیتم می‌کرد. مطمئن نبودم که بتونم از عهده کار بر بیام.» (مشارکت‌کننده ۱۰)

عوامل شغلی

این طبقه شامل زیرطبقات «حفظ سنوات خدمتی»، «الزامات قانونی» و «نفوذ یا قدرت شغل» است. نگرانی از مشکلات اقتصادی در آینده باعث شده بود تا افراد برای حفظ سنوات شغلی خود تلاش کنند. افراد برای تثبیت وضعیت اقتصادی، کاهش مشکلات مالی در آینده، مجبور به تبعیت از قوانین کار بودند. در این مورد، مشارکت‌کننده‌ای گفت:

«از کارگزینی اداره با من تماس گرفتند که باید برگردم سرکار وگرنه بیمه و حقوق برام رد نمی‌شه.» (مشارکت‌کننده ۱)

پیامدهای نامطلوب جراحی قلب

افت ظرفیت جسمی، فشارهای روانی و «اختلال در عملکرد روزانه» از پیامدهای جراحی قلب بوده است. افراد بعد از جراحی به دلیل کاهش ظرفیت جسمی قادر به حضور در اجتماع نبودند. ترس از ابتلا به کووید-۱۹ با ایزوله کردن بیمار در منزل به «اختلالات خواب» و «اختلالات خلقی» منجر شده بود.

«اولش مردد بودم برگردم سرکار یا نه. مطمئن نبودم که از پس کارام بر بیام، اگه در حین کار، وسایل سنگین جابه‌جا می‌کردم، ممکن بود بخیه‌هام باز بشه. نمی‌خواستم سلامتیمو به خطر بندازم.» (مشارکت‌کننده ۱۶)

پشتیبانی محدود مؤسسات دولتی / غیردولتی کمبود منابع حمایتی بخش‌های دولتی (وزارت کار و رفاه اجتماعی، سازمان بهزیستی،

سازمان تأمین اجتماعی، بیمه خدمات درمانی و ...)، و خصوصی (کارفرمایان بخش‌های خصوصی) مصداق این مدعا است. حمایت ضعیف سازمان‌های بیمه‌گر باعث شده بود تا افراد برخوردار از وضعیت مالی نامطلوب برای بهره‌مندی از مزایای بازنشستگی، به کار سخت با وجود کم توانی ادامه دهند.

«بیمه‌ها خیلی از هزینه‌ها رو پرداخت نمی‌کنند. ماهیانه کلی از حقوقمون بابت پرداخت حق بیمه کم می‌شه.» (مشارکت‌کننده ۹)

یکی از مشکلات افراد تحت جراحی قلب، نبود انجمن حامی با وجود افزایش روبه‌رشد افراد کاندید جراحی قلب در ایران بود. به علاوه ضعف حمایت دولت و سازمان تأمین اجتماعی از افراد از کار افتاده از مصادیق حمایت ناکافی سازمان‌های زیربند در مطالعه حاضر می‌باشد. «دولت بدهکاری زیادی به سازمان‌های بیمه‌ای دارد. موافقت با از کار افتادگی یا بازنشستگی زودتر از موعد هم باعث ضرر شرکت‌های بیمه‌ای می‌شه. عدم حمایت دولت منجر به عدم حمایت سازمان‌های بیمه‌گر می‌شه.» (مشارکت‌کننده ۱۲، کارفرما)

طبقات مربوط به راهبردها

در فرآیند بازگشت به کار، افراد از راهبردهایی مانند «تکاپو جهت تعدیل شغل»، «ارزیابی موقعیت» و «خودمدیریتی» استفاده می‌کردند.

تکاپو جهت تعدیل شغل

افراد از طریق کاهش ساعات کار و یا تغییر محل کار تلاش می‌کردند تا تعادلی بین توانایی‌های فردی و مسئولیت‌های خویش ایجاد نمایند. در مورد مشاغل آزاد و محیط‌هایی که فضایی حمایتی در آن‌ها حاکم بود، تعدیل شغل

پیامد فرآیند بازگشت به کار

تطبیق پذیری با شغل

بازگشت به کار منجر به برآورده شدن نیازهای مالی، و بهره‌مندی از مزایای دوره بازنشستگی می‌شود. توانایی از عهده برآمدن وظایف شغلی منجر به ارتقای اعتمادبه‌نفس، توان جسمی و روانی در آنان شده بود.

«از وقتی که تونستم برگردم سرکار، احساس می‌کردم بنیه جسمی‌ام قوی شده انگار کار به نوع توانبخشیه. احساس می‌کنم کار کردن برای قلبم خیلی بهتره.» (مشارکت‌کننده ۱۰)

اما افرادی که موفق به ایجاد تعادل بین وظایف شغلی و توانایی‌های فردی نشده بودند، بازگشت به کار را تهدیدی برای سلامتی خود تلقی می‌کردند.

متغیر مرکزی: تلاش مدیرانه جهت تطابق شغلی

افراد تحت جراحی قلب بعد از طی نقاهت، از راهبردهای «تکاپو جهت تعدیل شغل»، «ارزیابی موقعیت» و «خودمدیریتی» جهت بازگشت به کار استفاده می‌کردند. در این فرآیند، «حمایت روانی-اجتماعی»، «عوامل فردی و شغلی» در تطبیق‌پذیری با شغل به افراد کمک می‌کرد. نمونه‌ای از نقل قول‌های مرتبط با متغیر مرکزی به شرح زیر است:

«موقعی که دوره نقاهتمو می‌گذروندم، به فکر بازنشستگی بودم. دنبال همه منابع قانونی گشتم برای بازنشستگی. ولی بعدش نظرم عوض شد.» (مشارکت‌کننده ۱)

«بعد از تعویض دریچه، دیگه نمی‌تونستم توی ارتش بمونم. کارم خیلی سخت بود. درخواست بازخریدی دادم. بعدش اومدم شمال و راننده (سرویس مدرسه) شدم.» (مشارکت‌کننده ۱۰)

با مشکلات کمتری همراه بوده است ولی در مشاغل غیرحمایتی از سوی محیط کار، تعدیل شغل با سختی‌هایی همراه بود.

«من مدیر پشتیبانی دانشگاه بودم. تمایل نداشتم پستم به کس دیگه واگذار بشه. یکی از کارکنان رو که خیلی توانمند بود، معاون کردم. کارای اصلی رو ایشون انجام می‌داد، من کنترل می‌کردم. دوشنبه‌ها هم مرخصی می‌رفتم.» (مشارکت‌کننده ۸)

ارزیابی موقعیت

خودارزیابی، بررسی منابع حمایتی و جو محیط کار باعث شده بود تا افراد با افزایش آگاهی در زمینه بازگشت به کار بتوانند تصمیمات درستی اخذ نمایند. جستجوی اطلاعات، راهکار مورد استفاده در این زمینه بود.

«چندتا از آشنایانمون جراحی قلب کرده بودند از اونا پرسو جو کردم. ازشون می‌پرسیدم که می‌تونین کار کنین؟ تو محیط کار اذیت نمی‌شید؟» (مشارکت‌کننده ۱۶)

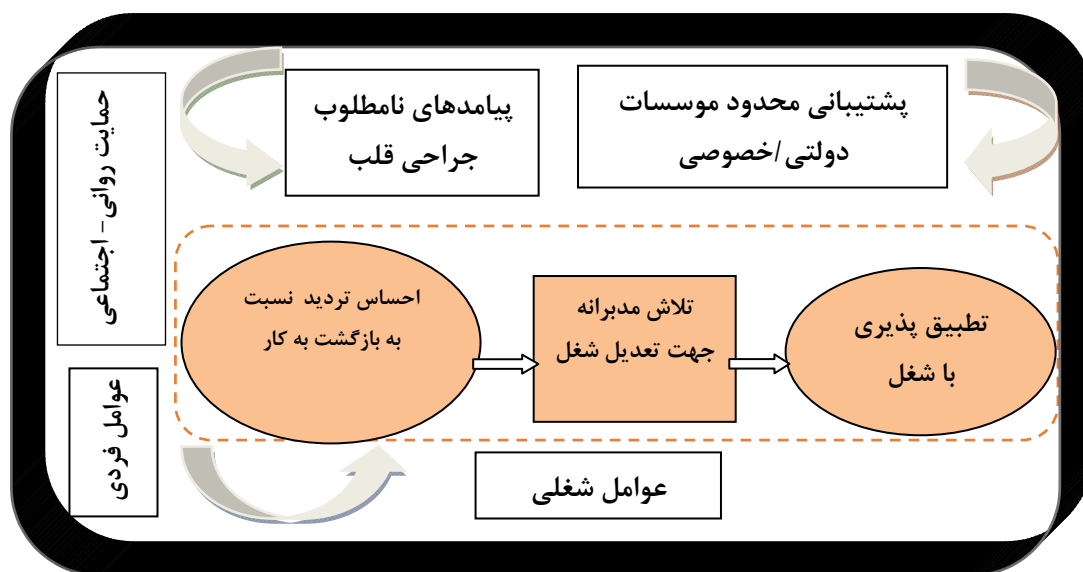
خودمدیریتی

تطبیق شغل با قلب جراحی شده، پنهان کاری و اصلاح سبک زندگی از ابعاد تشکیل‌دهنده خودمدیریتی در مطالعه حاضر است. درک فواید بازگشت به کار باعث شده بود تا آنان، استقبال بهتری از مشارکت در درمان و مراقبت از خود داشته باشند.

«بعد از این که برگشتم سرکارم از مشکلات قلبیم غافل نبودم، سعی می‌کردم به خودم برس، من قبلاً پیاده‌روی نمی‌کردم. ولی الان هر روز ۱ ساعت پیاده‌روی می‌کنم.» (مشارکت‌کننده ۱۶)

جدول ۲- طبقات اصلی زیرطبقات فرآیند بازگشت به کار

زیرطبقات	طبقات اصلی	
اطلاعات ناکافی و ناقص تردید در عهده‌برآیی نگرانی از واکنش محل کار	۱. احساس تردید نسبت به بازگشت به کار	زمینه
پشتیبانی هم‌جانبه درک شده خانواده حمایت آموزشی تیم درمان برخورداری از حمایت محیط کار	۲. حمایت روانی اجتماعی درک شده	
تردید در باورهای فردی تثبیت امور اقتصادی استقلال‌طلبی متغیرهای فردی	۳. عوامل فردی	
حفظ سنوات خدمتی الزامات قانونی نقوذ یا قدرت شغل	۴. عوامل شغلی	
فشارهای روانی نقصان در فعالیت روزانه	۵. پیامدهای جراحی قلب	
حمایت ناکافی سازمان‌های بیمه‌گر نبود انجمن حامی حمایت محدود سازمان‌های ذی‌ربط	۶. پشتیبانی محدود مؤسسات دولتی/ غیردولتی	
تلاش جهت بازنشستگی اعمال اصلاحات شغلی	۷. تکاپو جهت تعدیل شغل	راهبرد
خودارزیابی ارزیابی منابع حمایتی	۸. ارزیابی موقعیت	
تطبيق شغل با قلب جراحی شده پنهان‌کاری اصلاح سبک زندگی	۹. خودمدیریتی	
دستیابی به منافع مادی بهبود ظرفیت جسمی بازیابی ثبات روحی- روانی	۱۰. تطبيق پذیری با شغل	پیامد



شکل ۱- مدل شماتیک «تلاش مدبرانه جهت تطابق شغلی» در افراد تحت جراحی قلب

بحث و نتیجه‌گیری

نظریه «تلاش مدبرانه جهت تطابق شغلی» بیان می‌کند که افراد تحت جراحی قلب از راهکارهای «تکاپو جهت تعدیل شغل»، «ارزیابی موقعیت» و «خودمدیریتی» جهت تطابق شغلی استفاده می‌کردند. تغییر در شرایط زندگی افراد تحت جراحی قلب به دنبال جراحی، مشکلات جسمانی، نگرانی همراه با شک و تردید نسبت به توانایی‌های خود، آنان را مجبور می‌ساخت از راهکارهای مختلف جهت تطابق زندگی با شرایط شغلی خود استفاده کنند. این نظریه قابل قیاس با نظریه «تطبیق‌پذیری با شغل» مطالعه O'Hagan در کانادا است. در مطالعه یاد شده همه مشارکت‌کنندگان دچار ناتوانی‌های قلب (مانند سکته قلبی، آنژین صدری، و جراحی قلب) حضور داشتند، اما مشارکت‌کنندگان مطالعه حاضر، افراد تحت جراحی قلب بودند. نظریه مطالعه حاضر می‌تواند قابل قیاس با مدل «حس مشترک بعد از ناتوانی» نیز باشد. مفاهیم اساسی این مدل را «هویت فردی» و «کنترل جهت‌سازش» تشکیل می‌دهد (۱۲). یکی از ویژگی‌های مدل «حس مشترک بعد از ناتوانی»، عمومی بودن و قابلیت کاربرد برای همه افراد دچار ناتوانی است.

بررسی تجارب افراد تحت جراحی قلب مشخص نمود که آنان در زمان تصمیم‌گیری برای بازگشت به کار، گام در مسیری آکنده از تردید می‌گذارند. تردید و عدم اطمینان در مورد بازگشت به کار در مطالعات دیگر نیز معرفی شد (۱۳). براساس نتایج، تکاپوی تعدیل شغل، ارزیابی موقعیت و خودمدیریتی، راهکارهای مورد استفاده در فرآیند بازگشت به کار افراد

تحت جراحی قلب می‌باشند. نتایج مطالعه‌ای نشان داد که افراد پس از طی دوره نقاهت مبادرت به اصلاحات شغلی مانند کاهش ساعات کاری و تغییر شغل می‌کردند که مشابه یافته‌های مطالعه حاضر است (۱۴). نتایج مطالعه Kamdar و همکاران نیز نشان داد که بیماران بعد از بهبودی یا شغل خود را کنار می‌گذاشتند و یا تغییر می‌دادند (۸). نتایج برخی مطالعات نشان داد که ارزیابی افراد از توانایی‌های خود، میزان دسترسی خود به حمایت خانواده، همکاران و کارفرمایان نقش مهمی در بازگشت آنان به محیط کار دارد (۱۹-۱۵). به طوری که این افراد در صورتی که جو حاکم بر محیط کار را نامناسب ببینند، مبادرت به ترک شغل می‌کنند (۱۹).

اما در مطالعه O'Hagan، «مدیریت محیط» به عنوان یک راهبرد برای بازگشت به کار معرفی شد. دلیل تفاوت راهکارهای مورد استفاده در دو مطالعه، متفاوت بودن ویژگی‌های شغلی مشارکت‌کنندگان مطالعه حاضر و O'Hagan می‌باشد. مشارکت‌کنندگان مطالعه O'Hagan، کارگران مشاغل سخت بودند (۱۲). در حالی که مشارکت‌کنندگان مطالعه حاضر، بیش‌تر در ردیف‌های اداری مشغول به خدمت بودند.

نتایج نشان داد؛ افراد در فرآیند خودمدیریتی، از پنهان کاری استفاده می‌کردند. نتایج مطالعه‌ای نشان داد که استیگمای حاصل از مشکلات جسمی، در کاهش جذب کار، و پنهان کاری افراد برای پیشگیری از اخراج مؤثر است (۲۰). در مطالعه Frazier و همکاران نیز مشخص شد که جو حاکم بر محیط کار نقش

مهمی در تصمیم بازماندگان سرطان در افزایش بیماری دارد، در محیط‌های غیرسازنده، افزایش بیماری، موجب ناراحتی آنان می‌شود (۲۱). براساس نتایج Simchen و همکاران افرادی که بعد از بای‌پس قلبی به طور منظم در برنامه‌های توان‌بخشی شرکت می‌کنند، سازگاری بیشتری با شرایط دارند و بازگشت به کار بهتری دارند (۱۷). مطالعه Donker-Cools و همکاران نیز نشان داد؛ افرادی که سازگاری بیشتری دارند، در بازگشت به کار موفق‌تر هستند (۱۸).

«تطبیق‌پذیری با شغل» به عنوان پیامد فرآیند بازگشت به کار در مطالعه حاضر معرفی شد. نتایج مطالعات دیگر نشان داد، بازگشت به کار منجر به تطابق کار با زندگی می‌شود (۱۴ و ۱۵). در مطالعه حاضر، دستیابی به منافع مادی جهت رفع نیازهای اقتصادی، یک پیامد مهم فرآیند بازگشت به کار ذکر شد. مشکلات اقتصادی باعث شده بود تا افراد علی‌رغم میل باطنی، مجبور به حفظ شغل خود شوند. این یافته با نتایج مطالعات دیگر همخوانی دارد (۸، ۱۶، ۱۷ و ۲۰). نتایج مطالعات دیگر نشان داد که بازگشت به کار، باعث بهبود وضعیت جسمی و روانی افراد می‌شود (۱۴، ۱۵، ۲۰ و ۲۲). بنابراین، مؤسسات بهداشتی-درمانی، متخصصان کار درمانی و کارفرمایان بایستی شرایطی را فراهم نمایند تا افراد دارای توانایی به محیط‌های کاری بازگردند.

نتایج نشان داد که «حمایت روانی اجتماعی درک شده»، «عوامل فردی»، و «عوامل شغلی» به عنوان تسهیل‌کننده‌های بازگشت به کار در بیماران تحت جراحی قلب هستند. این یافته‌ها با نتایج مطالعات دیگر قابل قیاس است.

نقش خانواده در حمایت از افراد برای بازگشت به کار به صورت «حمایت روحی و معنوی»، «کمک در انجام فعالیت‌های روزانه»، و «همراهی خانواده در امور درمانی و مراقبتی» بود. این یافته با نتایج مطالعات دیگر مطابقت دارد (۱۸ و ۱۹). علاوه بر حمایت خانواده، حمایت مؤسسه و تیم درمان هم به عنوان عوامل مؤثر بر بازگشت به کار معرفی شد. این در حالی است که در مطالعه Blokzijl و همکاران، هماهنگی بین نظام سلامت و محیط کار به عنوان تسهیلگر بازگشت به کار معرفی شد (۲۲). این تفاوت‌ها به دلیل تفاوت محیط پژوهش است. در حالی که در بسیاری از جوامع، هماهنگی بین نظام سلامت و مؤسسات کاری وجود دارد اما این همکاری در ایران ضعیف می‌باشد. نتایج مطالعه دیگری نشان داد که حمایت از طرف همکاران و کارفرما، بر روی انگیزش افراد در بازگشت به کار در بعد از جراحی قلب تأثیر دارند که با نتایج مطالعه حاضر مطابقت دارد.

«باورها»، «تثبیت امور اقتصادی» و «استقلال طلبی» از عوامل فردی مؤثر بر بازگشت به کار در مطالعه حاضر است. در مطالعات دیگر، بنیه و توان جسمی و تطابق فرد با نوع شغل بر بازگشت به کار افراد مؤثر شناخته شد (۱۹-۱۷ و ۲۳). توجه به این که تأمین نیازهای اقتصادی از ابعاد سلامت اجتماعی کیفیت زندگی افراد نشأت می‌گیرد، مفهوم «تثبیت امور اقتصادی» به عنوان عوامل فردی بازگشت به کار معرفی شده است. در مطالعات دیگر، رفع نیازهای اقتصادی به عنوان یک عامل تأثیرگذار بر بازگشت به کار مطرح شده است (۲۰ و ۲۳).

در مطالعه حاضر، حفظ سنوات خدمتی، اجبار قانونی و نفوذ یا قدرت شغل به عنوان تسهیلگر برگشت به کار معرفی شدند. این یافته با نتایج مطالعات دیگر قابل قیاس است. در مطالعه امیری، عوامل شغلی (نوع شغل و تناسب شغل با وضعیت بالینی فرد) به عنوان عوامل مؤثر بر بازگشت به کار در بیماران سکته قلبی معرفی شدند (۲۰). در مطالعه حاضر، سایر ابعاد شغلی مانند نفوذ شغل و بهره‌مندی از فواید شغلی به عنوان عوامل مؤثر بر بازگشت به کار شناخته شد. شاید دلیل عدم تطابق، ویژگی مشارکت‌کنندگان مطالعه حاضر باشد.

بسیاری از مشارکت‌کنندگان، فشارهای روانی و اختلال در عملکرد روزانه را به عنوان موانع بازگشت به کار برشمردند. این یافته با نتایج مطالعه Blokzijl و همکاران مطابقت دارد. در مطالعه آنان اضطراب، اعتماد به نفس پایین و خستگی باعث اختلال در بازگشت به کار افراد تحت جراحی قلب شده بود (۲۲). در مطالعات دیگر، عوامل عاطفی به عنوان مانع در فرآیند بازگشت به کار بیماران بعد از سکته قلبی معرفی شد (۲۰ و ۲۳). در توجیه این تفاوت می‌توان گفت، این مطالعات در مورد بیماران تحت روش‌های کم‌تر تهاجمی مانند آنژیوگرافی عروق کرونر انجام گرفته است. بدیهی است که تأثیر روش‌های تهاجمی‌تر مانند جراحی قلب باز بر ابعاد جسمی و روانی بیماران به دلیل دوره نقاهت طولانی‌تر است. به علاوه در مطالعات یاد شده، بیماران پس از جراحی در برنامه توانبخشی قلب شرکت کرده بودند. در حالی که مشارکت‌کنندگان مطالعه حاضر، به دلیل نبود مراکز توانبخشی قلب، از فواید

توانبخشی که نقش زیادی در بهبود قوای جسمی و برگشت به زندگی عادی دارد، بهره نمی‌بردند. به علاوه بسیاری از مشارکت‌کنندگان، در زمان اپیدمی کووید-۱۹ تحت جراحی قرار گرفته بودند. ترس از ابتلا به کووید-۱۹ باعث شده بود تا آنان در فعالیت‌های اجتماعی و برنامه‌های توانبخشی کم‌تر مشارکت داشته باشند.

عدم حمایت سازمان‌های بیمه‌گر و ادارات دولتی نیز از دیگر موانع فرآیند بازگشت به کار معرفی شد. این یافته با نتایج مطالعات دیگر همخوانی دارد (۱۹ و ۲۰). در مطالعه Blokzijl و همکاران، عدم حمایت اجتماعی به عنوان یک عامل بازدارنده در بازگشت به کار معرفی شد (۲۲).

با توجه به نتایج، عوامل فردی و محیطی در فرآیند بازگشت به کار افراد تحت جراحی قلب تأثیرگذار است. تسهیل بازگشت به کار نیازمند آماده‌سازی افراد برای بازگشت به کار، تعامل نزدیک بین کارکنان نظام سلامت با کارفرمایان، و اعضای خانواده بیماران است. در این راستا، توصیه می‌شود، ضمن توانمندسازی افراد در دوران بعد از نقاهت، ایجاد هماهنگی بین وزارت کار، بهداشت و سازمان‌های بیمه‌گر به رفع معضلات شغلی افراد پس از جراحی قلب کمک شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله، دستاورد رساله دوره دکتری مصوب کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی گلستان می‌باشد. بدین وسیله، محققان از معاونت تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی گلستان به دلیل حمایت مالی این طرح تشکر می‌کنند.

References

- 1 - Nowbar AN, Gitto M, Howard JP, Francis DP, Al-Lamee R. Mortality from ischemic heart disease. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2019 Jun; 12(6): e005375. doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.118.005375.
- 2 - Schofield D, Cunich M, Shrestha R, Passey M, Veerman L, Tanton R, et al. The indirect costs of ischemic heart disease through lost productive life years for Australia from 2015 to 2030: results from a microsimulation model. *BMC Public Health*. 2019 Jun 21; 19(1): 802. doi: 10.1186/s12889-019-7086-5.
- 3 - Golaghaie F, Esmaeili-Kalantari S, Sarzaem M, Rafiei F. Adherence to lifestyle changes after coronary artery bypass graft: outcome of preoperative peer education. *Patient Educ Couns*. 2019 Dec; 102(12): 2231-2237. doi: 10.1016/j.pec.2019.07.019.
- 4 - Thomson D, Maddison A, Sharp J. A cross-sectional study of return to work rate following heart transplantation and the contributing role of illness perceptions. *J Cardiopulm Rehabil Prev*. 2019 Jul; 39(4): 253-258. doi: 10.1097/HCR.0000000000000365.
- 5 - Piepoli MF. Editor's presentation: the importance of return to work after a cardiac event. *Eur J Prev Cardiol*. 2019 Sep; 26(13): 1351-1354. doi: 10.1177/2047487319864787.
- 6 - Reibis R, Salzwedel A, Abreu A, Corra U, Davos C, Doehner W, et al. The importance of return to work: how to achieve optimal reintegration in ACS patients. *Eur J Prev Cardiol*. 2019 Sep; 26(13): 1358-1369. doi: 10.1177/2047487319839263.
- 7 - Cauter JVd, Bacquer DD, Clays E, Smedt DD, Kotseva K, Braeckman L. Return to work and associations with psychosocial well-being and health-related quality of life in coronary heart disease patients: results from EUROASPIRE IV. *Eur J Prev Cardiol*. 2019 Sep; 26(13): 1386-1395. doi: 10.1177/2047487319843079.
- 8 - Kamdar BB, Suri R, Suchyta MR, Digraude KF, Sherwood KD, Colantuoni E, et al. Return to work after critical illness: a systematic review and meta-analysis. *Thorax*. 2020 Jan; 75(1): 17-27. doi: 10.1136/thoraxjnl-2019-213803.
- 9 - Maznyczka AM, Howard JP, Banning AS, Gershlick AH. A propensity matched comparison of return to work and quality of life after stenting or coronary artery bypass surgery. *Open Heart*. 2016 Jan 13; 3(1): e000322. doi: 10.1136/openhrt-2015-000322.
- 10 - Corbin J, Strauss A. *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. 4th ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2015.
- 11 - Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. In: Denzin NK, Lincoln YS. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994. P. 105-117.
- 12 - O'Hagan FT. *Return to work with cardiac illness: a qualitative exploration from the workplace*. Ph.D Thesis, University of Toronto, 2009.

- 13 - Cancelliere C, Donovan J, Stochkendahl MJ, Biscardi M, Ammendolia C, Myburgh C, et al. Factors affecting return to work after injury or illness: best evidence synthesis of systematic reviews. *Chiropr Man Therap*. 2016 Sep 8; 24(1): 32. doi: 10.1186/s12998-016-0113-z.
- 14 - Kearney J, Dyson K, Andrew E, Bernard S, Smith K. Factors associated with return to work among survivors of out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation*. 2020 Jan 1; 146: 203-212. doi: 10.1016/j.resuscitation.2019.09.006.
- 15 - Zirak M, Zamanzadeh V, Rahmani A. [The process of returning to work among cancer survivors: a grounded theory study]. Ph.D Thesis, Nursing and Midwifery Faculty of Tabriz University of Medical Sciences, 2019. (Persian)
- 16 - Stergiou-Kita M, Pritlove C, Holness DL, Kirsh B, van Eerd D, Duncan A, et al. Am I ready to return to work? assisting cancer survivors to determine work readiness. *J Cancer Surviv*. 2016 Aug; 10(4): 699-710. doi: 10.1007/s11764-016-0516-9.
- 17 - Simchen E, Naveh I, Zitser-Gurevich Y, Brown D, Galai N. Is participation in cardiac rehabilitation programs associated with better quality of life and return to work after coronary artery bypass operations? the Israeli CABG study. *Isr Med Assoc J*. 2001 Jun; 3(6): 399-403.
- 18 - Donker-Cools BHPM, Schouten MJE, Wind H, Frings-Dresen MHW. Return to work following acquired brain injury: the views of patients and employers. *Disabil Rehabil*. 2018 Jan; 40(2): 185-191. doi: 10.1080/09638288.2016.1250118.
- 19 - Bergvik S, Sorlie T, Wynn R. Coronary patients who returned to work had stronger internal locus of control beliefs than those who did not return to work. *Br J Health Psychol*. 2012 Sep; 17(3): 596-608. doi: 10.1111/j.2044-8287.2011.02058.x.
- 20 - Amiri RA, Mohammadi S, Sezavar H, Moradi LM, Attarchi M. [Evaluation of factors affecting return to work after first myocardial infarction]. *Hakim Journal*. 2010; 13(2): 91-98. (Persian)
- 21 - Frazier LM, Miller VA, Miller BE, Horbelt DV, Delmore JE, Ahlers-Schmidt CR. Cancer-related tasks involving employment: opportunities for clinical assistance. *J Support Oncol*. 2009 Nov-Dec; 7(6): 229-36.
- 22 - Blokzijl F, Onrust M, Dieperink W, Keus F, van der Horst ICC, Paans W, et al. Barriers that obstruct return to work after coronary bypass surgery: a qualitative study. *J Occup Rehabil*. 2021 Jun; 31(2): 316-322. doi: 10.1007/s10926-020-09919-6.
- 23 - Bjork Bramberg E, Sandman L, Hellman T, Kwak L. Facilitators, barriers and ethical values related to the coordination of return-to-work among employees on sick leave due to common mental disorders: a protocol for a qualitative study (the CORE-project). *BMJ Open*. 2019 Sep 17; 9(9): e032463. doi: 10.1136/bmjopen-2019-032463.

The return-to-work process in the patients after cardiac surgery: A grounded theory study

Ali Pourhabib¹, Zahra Fotokian¹, Zahra Sabzi^{2*}, Khadijeh Yazdi³

Article type:
Original Article

Received: Mar. 2023
Accepted: May 2023
Published: 19 Sep. 2023

Abstract

Background & Aim: The availability of information regarding people's experiences of returning to work after heart surgery, taking into account the socio-cultural context of Iranian society, is limited. The aim of this study is to discover the process of returning to work after heart surgery.

Methods & Materials: A qualitative study using the grounded theory approach was conducted between 2021 and 2022. Through purposive and theoretical sampling, 21 participants who had undergone heart surgery and were in the process of returning to work were selected. They were chosen from the cardiac surgery ward of Amiralmomenin Hospital in Kordkuy, as well as among patients seeking treatment from cardiac surgeons in Golestan province. Data were collected through conducting semi-structured interviews and taking field notes. Data analysis was conducted using the method proposed by Corbin and Strauss in 2015.

Results: "Feeling of doubt about return-to-work", "perceived psycho-social support", "personal and occupational factors", "unfavorable consequences of heart surgery" and "limited support from governmental/non-governmental institutions" were determined as contextual factors influencing the process of return-to-work. Moreover, "effort to adjust the job", "situation evaluation" and "self-management" were introduced as strategies, while "adaptability to the job" were identified as the consequence of returning to work. Finally, the core variable of the study was determined to be "the thoughtful effort to match the job".

Conclusion: Based on the results, it was determined that several individual and environmental factors influence the process of return-to-work for people who have undergone heart surgery. To facilitate a successful return to work, it is crucial to provide psycho-social support from both the family and work environment. It is recommended that policy makers in the health and social affairs sectors take active steps to empower people during the post-recovery period. Additionally, fostering collaboration between the Ministries of Labor and Health, as well as insurance organizations, can greatly facilitate the return to work of individuals after heart surgery.

Corresponding author:
Zahra Sabzi
e-mail:
sabzi@goums.ac.ir

Key words: return-to-work, coronary artery bypass grafting, grounded theory

Please cite this article as:

Pourhabib A, Fotokian Z, Sabzi Z, Yazdi Kh. [The return-to-work process in the patients after cardiac surgery: A grounded theory study]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences.* 2023; 29(2): 203-216. (Persian)

1 - Dept. of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran; Nursing Care Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran
2 - Dept. of Child and Family Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Golestan University of Medical Sciences, Golestan, Iran
3 - Dept. of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Golestan University of Medical Sciences, Golestan, Iran; Nursing Care Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Golestan, Iran

