

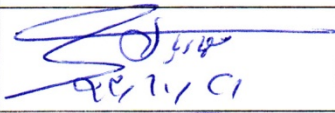
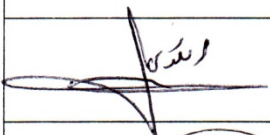
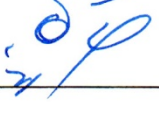
سلام افلا



تاییدیه اعضای هیات داوران حاضر در جلسه دفاع از
رساله دکتری

آقای محسن تقدسی رشته پرستاری رساله دکتری خود را با عنوان « تبیین فرایند مراقبت در بیماران بعد از تعویض دریچه قلب و طراحی مدل مراقبت پرستاری مناسب » در تاریخ ۱۳۹۳/۱۰/۲۱ ارائه کردند.

بدینوسیله اعضای هیات داوران نسخه نهایی این رساله را از نظر فرم و محتوا تایید کرده و پذیرش آنرا برای تکمیل درجه دکتری پیشنهاد می‌کنند.

امضاء	نام و نام خانوادگی	اعضای هیات داوران
	دکتر ربابه معماریان	استاد راهنما
	دکتر فضل اله احمدی	استاد مشاور
	دکتر عیسی محمدی	استاد ناظر
—	دکتر زهره ونکی	استاد ناظر
	دکتر سیده فاطمه اسکویی	استاد ناظر
	دکتر علیرضا نیکبخت نصرآبادی	استاد ناظر
	دکتر حسن ناوی پور	نماینده تحصیلات تکمیلی

آیین نامه حق مالکیت مادی و معنوی در مورد نتایج پژوهش‌های علمی

دانشگاه تربیت مدرس

مقدمه: با عنایت به سیاست‌های پژوهشی و فناوری دانشگاه در راستای تحقق عدالت و کرامت انسانها که لازمه شکوفایی علمی و فنی است و رعایت حقوق مادی و معنوی دانشگاه و پژوهشگران، لازم است اعضای هیأت علمی، دانشجویان، دانش‌آموختگان و دیگر همکاران طرح، در مورد نتایج پژوهش‌های علمی که تحت عناوین پایان‌نامه، رساله و طرح‌های تحقیقاتی با هماهنگی دانشگاه انجام شده است، موارد زیر را رعایت نمایند:

ماده ۱- حق نشر و تکثیر پایان‌نامه/ رساله و درآمدهای حاصل از آنها متعلق به دانشگاه می‌باشد ولی حقوق معنوی پدید آورندگان محفوظ خواهد بود.

ماده ۲- انتشار مقاله یا مقالات مستخرج از پایان‌نامه/ رساله به صورت چاپ در نشریات علمی و یا ارائه در مجامع علمی باید به نام دانشگاه بوده و با تایید استاد راهنمای اصلی، یکی از اساتید راهنما، مشاور و یا دانشجوی مسئول مکاتبات مقاله باشد. ولی مسئولیت علمی مقاله مستخرج از پایان‌نامه و رساله به عهده اساتید راهنما و دانشجو می‌باشد.

تبصره: در مقالاتی که پس از دانش‌آموختگی بصورت ترکیبی از اطلاعات جدید و نتایج حاصل از پایان‌نامه/ رساله نیز منتشر می‌شود نیز باید نام دانشگاه درج شود.

ماده ۳- انتشار کتاب و یا نرم افزار و یا آثار ویژه (اثری هنری مانند فیلم، عکس، نقاشی و نمایشنامه) حاصل از نتایج پایان‌نامه/ رساله و تمامی طرح‌های تحقیقاتی کلیه واحدهای دانشگاه اعم از دانشکده‌ها، مراکز تحقیقاتی، پژوهشکده‌ها، پارک علم و فناوری و دیگر واحدها باید با مجوز کتبی صادره از معاونت پژوهشی دانشگاه و براساس آیین‌نامه‌های مصوب انجام شود.

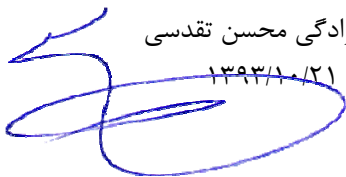
ماده ۴- ثبت اختراع و تدوین دانش فنی و یا ارائه یافته‌ها در جشنواره‌های ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی که حاصل نتایج مستخرج از پایان‌نامه/ رساله و تمامی طرح‌های تحقیقاتی دانشگاه باید با هماهنگی استاد راهنما یا مجری طرح از طریق معاونت پژوهشی دانشگاه انجام گیرد.

ماده ۵- این آیین‌نامه در ۵ ماده و یک تبصره در تاریخ ۸۷/۴/۱ در شورای پژوهشی و در تاریخ ۸۷/۴/۲۳ در هیأت رئیسه دانشگاه به تایید رسید و در جلسه مورخ ۸۷/۷/۱۵ شورای دانشگاه به تصویب رسیده و از تاریخ تصویب در شورای دانشگاه لازم‌الاجرا است.

«اینجانب محسن تقدسی دانشجوی رشته آموزش پرستاری ورودی سال تحصیلی ۱۳۸۹ مقطع دکتری تخصصی دانشکده علوم پزشکی متعهد می‌شوم کلیه نکات مندرج در آیین نامه حق مالکیت مادی و معنوی در مورد نتایج پژوهش‌های علمی دانشگاه تربیت مدرس را در انتشار یافته‌های علمی مستخرج از پایان‌نامه / رساله تحصیلی خود رعایت نمایم. در صورت تخلف از مفاد آیین نامه فوق‌الاشعار به دانشگاه وکالت و نمایندگی می‌دهم که از طرف اینجانب نسبت به لغو امتیاز اختراع بنام بنده و یا هرگونه امتیاز دیگر و تغییر آن به نام دانشگاه اقدام نماید. ضمناً نسبت به جبران فوری ضرر و زیان حاصله براساس برآورد دانشگاه اقدام خواهم نمود و بدینوسیله حق هرگونه اعتراض را از خود سلب نمودم.»

نام و نام خانوادگی محسن تقدسی

تاریخ و امضا: ۱۳۹۳/۱۰/۲۱



آئین نامه پایان نامه (رساله) های دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس

نظر به اینکه چاپ و انتشار پایان نامه (رساله) های تحصیلی دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس، مبین بخشی از فعالیت های علمی پژوهشی دانشگاه است. بنابراین به منظور آگاهی و رعایت حقوق دانشگاه، دانش آموختگان این دانشگاه نسبت به رعایت موارد ذیل متعهد می شوند:

ماده ۱: در صورت اقدام به چاپ پایان نامه (رساله) ی خود، مراتب را قبلاً به طور کتبی به دفتر "دفتر نشر آثار علمی" دانشگاه اطلاع دهد.

ماده ۲: در صفحه سوم کتاب (پس از برگ شناسنامه)، عبارت ذیل را چاپ کند:

"کتاب حاضر، حاصل رساله دکتری نگارنده در رشته آموزش پرستاری است که در سال ۱۳۹۳ در دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس به راهنمایی سرکار خانم دکتر ربابه معماریان و با مشاوره جناب آقای دکتر فضل ا... احمدی از آن دفاع شده است.

ماده ۳: به منظور جبران بخشی از هزینه های انتشارات دانشگاه، تعداد یک درصد شمارگان کتاب (در هر نوبت چاپ) را به "دفتر نشر آثار علمی" دانشگاه اهداء کند. دانشگاه می تواند مازاد نیاز خود را به نفع مرکز نشر در معرض فروش قرار دهد.

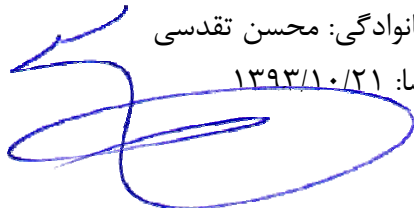
ماده ۴: در صورت عدم رعایت ماده ۳، ۵۰ درصد بهای شمارگان چاپ شده را به عنوان خسارت به دانشگاه تربیت مدرس، تادیه کند.

ماده ۵: دانشجو تعهد و قبول می کند در صورت خودداری از پرداخت های بهای خسارت، دانشگاه مذکور را از طریق مراجع قضایی مطالبه و وصول کند، به علاوه به دانشگاه حق می دهد به منظور استیفای حقوق خود، از طریق دادگاه، معادل وجه مذکور در ماده ۴ را از محل توقیف کتاب های عرضه شده نگارنده برای فروش، تامین نماید.

ماده ۶: اینجانب محسن تقدسی دانشجوی رشته آموزش پرستاری مقطع دکتری تخصصی تعهد فوق و ضمانت اجرایی آن را قبول کرده، به آن ملتزم می شوم.

نام و نام خانوادگی: محسن تقدسی

تاریخ و امضا: ۱۳۹۳/۱۰/۲۱





دانشگاه تربیت مدرس
دانشکده علوم پزشکی

رساله

دوره دکتری تخصصی (Ph.D.) در رشته آموزش پرستاری

عنوان

تبیین فرایند مراقبت در بیماران بعد از تعویض دریچه
قلب و طراحی مدل مراقبت پرستاری مناسب

نگارش

محسن تقدسی

استاد راهنما

دکتر ربابه معماریان

استاد مشاور

دکتر فضل‌ا... احمدی

دی ۱۳۹۳

تشکر و قدردانی

حمد و سپاس به درگاه خداوند که وجود انسان را به زیور علم بیاراست و ان را از امتیازات او بر سایر مخلوقاتش قرار داده حکیمی که به قلم سوگند خورد. درود بی پایان بر مربیان الهی بشر معلمان تزکیه و تعلیم یعنی انبیای خصوصاً خاتم آنها حضرت محمد(ص) و سلام بر ائمه هدی خصوصاً حضرت قائم ال محمد عج... که جهان در انتظار او لحظه شماری می کند. حمد و سپاس بیکران پروردگار بی همتا را که با لطف و عنایت جاودانه خویش زمینه تحصیل و تحقیق را برایم مهیا نمود. و به تبعیت از قول "من لم یشکر المخلوق لم یشکر الخالق" بر خود لازم و وظیفه می دانم مراتب تشکر و قدردانی فراوان خود را نثار کلیه عزیزان و سرورانی نمایم که انجام این پژوهش مرهون کمک های بی شائبه آنان است: از کلیه اساتید ارجمندم در طول سال های به یاد ماندنی تحصیل علم تشکر می نمایم.

❖ سپاس بی پایان از استاد راهنمای محترم و بزرگوارم سرکار خانم **دکتر معماربان** که با نظرات دقیق ارزشمند و عالمانه خویش در تمام مراحل پژوهش مرا باری نموده و با کمک بی شائبه، در غنای هر چه بیشتر این مجموعه کوشیدند.

❖ از استاد محترم مشاور **جناب آقای دکتر احمدی** که اسطوره علم و اخلاق و فروتنی هستند و با سعه صدر خویش مرا با مشاوره های ارزنده خود بهره مند ساختند. و این بزرگترین افتخارات تحصیلی و حرفه ای من به شمار می آید. تشکر می کنم.

❖ استاد بزرگوار **جناب آقای دکتر محمدی** که در به ثمر نشستن این پژوهش سهم به سزایی داشتند، سپاسگذاری می کنم.

❖ از کلیه اساتید دانشگاه تربیت مدرس بخصوص استاد بزرگوار **جناب آقای دکتر محمدی، سرکار خانم دکتر ونکی** که از نظرات اندیشمندانه و سازنده آنها به عنوان اساتید ناظر داخلی کسب فیض نموده و بهرمنند گشتم تشکر می کنم.

❖ هم چنین بر خود واجب می دانم از اساتید بزرگوار **سرکار خانم دکتر فاطمه اسکویی و آقای دکتر علیرضا نیکبخت** که با نظرات اصلاحی خود به عنوان اساتید ناظر خارجی نواقص علمی رساله را برطرف نمودند خاضعانه سپاسگذاری می نمایم.

❖ از مسئول محترم تحصیلات تکمیلی و مدیر محترم گروه **جناب آقای دکتر ناوی پور** که در حل مشکلات اجرایی رساله یاری گرمان بودند تشکر می کنم.

❖ کلیه **مشارکت کنندگان عزیز** که به گرمی پذیرای من بوده و تجارب ارزشمند خویش را با همکاری خوب، صرف وقت زیاد و با دقت در اختیارم قرار دادند.

❖ درود بیکران بر والدینم که مرا در طفولیت در صراط مستقیم قرار دادند. در مقابل روح بلند **پدر و مادر عزیزم** سر تعظیم فرود می آورم و همیشه با قرائت فاتحه برای شادی روح شان دعا می کنم.

❖ از همسر که همراه همه لحظات زندگی است و فرزندان هدیه های الهی ام **ستوده و سجاد** که تحمل سختی های این مدت برای آنها موجب کم شدن لحظات شاد آنها شد.

❖ و با تشکر از مسئولین و همکاران محترم پژوهشی در دانشگاه تربیت مدرس و در نهایت تمامی افرادی که به هر نحوی در انجام این تحقیق مرا یاری نمودند.

❖ از کلیه هم کلاسی ها و هم دانشکده ای های عزیز که از محضر آنها بسیار آموختم **آقایان دکتر سالار، جعفری، برزو، اسدی نوغابی، افشار، فروغی خانم ها دکتر ساکی، شریفی، زندی، پولادی و رضانی** تشکر می کنم.

چکیده

مقدمه: پیامدهای متعدد جسمی و روانی متعاقب تعویض دریچه قلب، بیماران را نیازمند مراقبت‌های خاص نموده است. از انجایی که مراقبت در بستر اجتماعی و فرهنگی رخ می‌دهد. هدف این مطالعه تبیین فرایند مراقبت در بیماران بعد از تعویض دریچه قلب و ارائه مدل مراقبتی مناسب می‌باشد.

روش: این مطالعه به روش نظریه زمینه‌ای در بیماران بعد از تعویض دریچه قلب در مراکز درمانی تهران و کاشان طی سال‌های ۱۳۹۳-۱۳۹۱ انجام شد. روش جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته و یادداشت در عرصه بود. نمونه‌گیری به صورت هدفمند شروع و به تدریج با نمونه‌گیری نظری تا اشباع نظریه ادامه یافت. که با ۲۲ مشارکت کننده، ۳۳ مصاحبه انجام شد تحلیل داده‌ها به روش تحلیل مقایسه‌ای مداوم اشتراک کوربین (۱۹۹۸) بود که مرحله کدگذاری باز، محوری و انتخابی انجام شد. پس از ظهور نظریه مرتبط با مطالعه، از راهبرد ساخت نظریه واکر و اوانت (۲۰۱۱) استفاده شد.

یافته‌ها: از تحلیل داده‌ها در مرحله کدگذاری باز، ۲۰۱۷ کد اولیه، ۴۰ زیر طبقه و ۱۸ طبقه بدست آمد. در مرحله کدگذاری محوری، ۶ طبقه محوری شامل "زندگی در حصار تهدید حیات حیلت"، "بستر مراقبت غیر اثر بخش"، "رها شدگی بیمار در نظام سلامت"، "حمایت خانواده"، "خود مدیریتی"، "سازگاری با دریچه" شکل گرفت. تحلیل داده‌ها نشان داد دغدغه اصلی مشارکت کنندگان، "نگرانی از دست دادن دریچه جایگزینی قلب" بود بیماران در مواجهه با این نگرانی و برطرف کردن دغدغه خود از راهبرد اساسی "خود مدیریتی" استفاده کردند. خود مدیریتی، یک فرآیند منحصر به زمینه، چندبعدی و تعاملی شامل راهبردهای: مسئولیت‌پذیری، تاب‌آوری، تعدیل زندگی و توکل به خدا بود. بعد از ظهور نظریه خود مدیریتی، با استفاده از نظریات مرتبط، مدل "مراقبت پرستاری ارتقاء خود مدیریتی در بیماران بعد از تعویض دریچه قلب" طراحی شد. مفاهیم مدل شامل توکل به خدا، درک از خود، مسئولیت‌پذیری، خود کار آمدی، خود مراقبتی، خود ارزیابی و توسعه نقش پرستار بود.

نتیجه‌گیری: بیماران با وجود بستر مراقبت غیر اثر بخش و احساس رها شدگی و زندگی در حصار تهدید حیات توانستند با حمایت خانواده و خود مدیریتی به سازگاری با دریچه جایگزینی قلب برسند. با توجه به توسعه نقش پرستار، مدل مراقبت پرستاری ارتقاء خود مدیریتی در بخش ترخیص به منظور مراقبت بیماران بعد از تعویض دریچه قلب ارائه گردید.

واژگان کلیدی: تعویض دریچه قلب، تجارب بیماران، مدل مراقبت پرستاری ارتقاء خود مدیریتی، نظریه زمینه‌ای

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

فصل اول: مقدمه و مروری بر مطالعات انجام شده ۱

۱-۱. اهمیت پژوهش ۲

۲-۱. ضرورت و دلایل انتخاب موضوع ۷

۳-۱. تبیین چالش موجود ۹

۴-۱. جمع‌بندی و ارائه سؤال اصلی پژوهش ۹

فصل دوم: فلسفه هدایت‌کننده مطالعه ۱۱

۱-۲. پارادایم تحقیق بر اساس نوع مطالعه ۱۲

۲-۲-۱. رویکردهای مراقبت پرستاری ۱۶

۲-۲-۲. رویکرد مراقبت فرد محور ۱۷

۲-۲-۳. مدل سازگاری روی ۱۹

۲-۲-۴. رویکرد مراقبت پرستاری جامعه محور ۲۰

۲-۲-۵. مدل مراقبت مشارکتی ۲۱

۲-۲-۶. رویکرد مراقبت پرستاری درمان محور ۲۱

۳-۲. مرور بر مطالعات و نقد مقالات در ارتباط با موضوع تحقیق ۲۲

۴-۲. جمع‌بندی و ارتباط آن با سؤال اصلی تحقیق ۳۰

فصل سوم: روش تحقیق ۳۲

۳-۱. سؤال پژوهش ۳۳

۳-۲. جنبه‌های جدید و نوآوری طرح ۳۳

۳-۳. دلیل انتخاب روش پژوهش و معرفی مختصر آن ۳۳

۳-۴. معرفی و نحوه انتخاب مشارکت‌کنندگان و روش نمونه‌گیری ۳۷

- ۳-۵. روش جمع‌آوری و تولید داده‌ها ۳۹
- ۳-۶. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها ۴۹
- ۳-۷. دقت و اعتبار علمی مطالعه ۵۶
- ۳-۸. محدودیت‌های پژوهش ۵۸
- ۳-۹. ملاحظات اخلاقی پژوهش ۵۹

فصل چهارم: یافته‌ها ۶۰

- ۴-۱. ارائه یافته‌ها براساس الگوریتم و روش آنالیز انتخاب شده ۶۱
- ۴-۱-۱. کد گذاری باز ۶۱
- ۴-۱-۲. کد گذاری محوری ۶۵
- ۴-۲. توصیف طبقات به همراه نقل قول‌های مشارکت کنندگان ۶۶
- ۴-۳. طبقه محوری زندگی در حصار تهدید حیات ۶۷
- ۴-۳-۱. مواجهه سخت ۶۸
- ۴-۳-۲. تهدید زندگی ۷۳
- ۴-۳-۲-۱. نگرانی از وضعیت فعلی و آتی درمان ۷۳
- ۴-۳-۲-۲. بارداری و زایمان ناامن ۷۶
- ۴-۳-۳-۳. آینده مبهم دریچه ۷۸
- ۴-۴. طبقه محوری، بستر مراقبت غیر اثر بخش ۷۹
- ۴-۴-۱. عدم مسئولیت‌پذیری تیم درمان ۸۰
- ۴-۴-۱-۱. بی توجهی تیم درمان به پیگیری بیمار ۸۰
- ۴-۴-۲-۱. گریز از مشکلات درمانی بیمار ۸۷
- ۴-۴-۲. آموزش‌های کوتاه و مبهم ۹۰
- ۴-۴-۳. مراقبت بیماری محور ۹۱
- ۴-۴-۳-۱. پزشک درمان محور ۹۱

- ۹۵ ۲-۳-۴-۴ پرستار روتین محور
- ۹۷ ۴-۴-۴ حمایت مالی ناکافی
- ۱۰۲ ۵-۴ طبقه محوری حمایت خانواده
- ۱۰۲ ۱-۵-۴ حمایت بی دریغ خانواده
- ۱۰۲ ۱-۱-۵-۴ حمایت همسر
- ۱۰۶ ۲-۱-۵-۴ پشتیبانی خانواده
- ۱۰۷ ۲-۵-۴ حمایت مراقبتی درمانی
- ۱۰۷ ۱-۲-۵-۴ مراقبت درمانی پزشکان
- ۱۱۱ ۲-۲-۵-۴ مراقبت پرستاری
- ۱۱۲ ۶-۴ طبقه محوری: رها شدگی بیمار
- ۱۱۲ ۱-۶-۴ مراقبت بیماری محور
- ۱۱۳ ۱-۱-۶-۴ درمان پزشک محور
- ۱۱۵ ۲-۱-۶-۴ مراقبت روتین محور
- ۱۱۶ ۲-۶-۴ آموزش‌های کلیشه‌ای
- ۱۱۷ ۳-۶-۴ رها کردن پیگیری
- ۱۱۸ ۴-۶-۴ بیمار سرگردان
- ۱۲۱ ۷-۴ خودمدیریتی برای حفظ دریچه
- ۱۲۱ ۱-۷-۴ مسئولیت‌پذیری در مراقبت
- ۱۲۱ ۱-۱-۷-۴ تلاش برای دریافت درمان موفق
- ۱۲۵ ۲-۱-۷-۴ پایبندی به رعایت موارد مراقبتی
- ۱۲۵ ۱-۲-۱-۷-۴ اهمیت دادن به کنترل انعقاد خون
- ۱۲۷ ۲-۲-۱-۷-۴ رعایت مراقبت‌های بهداشتی
- ۱۲۸ ۳-۲-۱-۷-۴ رعایت پرهیزغذای
- ۱۲۹ ۴-۲-۱-۷-۴ پیروی از رژیم دارویی

- ۱۳۱.....۴-۷-۱-۲-۵. اطمینان از کارکرد دریچه
- ۱۳۲.....۴-۷-۱-۲-۶. تمکین از پزشک مورد اعتماد
- ۱۳۴.....۴-۷-۲. تاب آوری
- ۱۳۴.....۴-۷-۲-۱. تعدیل زندگی
- ۱۳۵.....۴-۷-۲-۲. تطابق با مشکلات زندگی
- ۱۳۶.....۴-۷-۲-۳. تلاش برای حفظ دریچه
- ۱۳۷.....۴-۷-۲-۴. تحمل رنج آور مشکلات توام
- ۱۳۸.....۴-۷-۳. توکل به خدا
- ۱۳۹.....۴-۷-۴. تعدیل زندگی
- ۱۴۰.....۴-۷-۴-۱. تلاش برای حفظ دریچه
- ۱۴۱.....۴-۷-۴-۲. مدیریت سبک زندگی
- ۱۴۲.....۴-۸-۱. طبقه محوری سازگاری با دریچه جایگزینی
- ۱۴۳.....۴-۸-۱. پذیرش خود مراقبتی
- ۱۴۳.....۴-۸-۱-۱. تعدیل زندگی
- ۱۴۶.....۴-۸-۱-۲. خود مراقبتی
- ۱۴۹.....۴-۸-۲. امید به زندگی
- ۱۵۵.....۴-۹. کد گذاری انتخابی
- ۱۵۶.....۴-۱۰. داستان اصلی
- ۱۶۲.....۴-۱۱. بیانیه نظریه پژوهش
- ۱۶۳.....۴-۱۲. بحث
- ۱۶۷.....۴-۱۳. نتیجه گیری
- ۱۶۸..... فصل پنجم: طراحی مدل
- ۱۶۹.....۵-۱. ضرورت طراحی مدل

۱۷۰	..... ۲-۵. روش پردازش مدل
۱۸۴	..... ۲-۵. پیش فرض‌ها
۱۸۴	..... ۱-۲-۵. پیش فرض‌های مدل
۱۸۶	..... ۳-۵. مفاهیم و عناصر اصلی مدل
۱۸۷	..... ۴-۵. مفاهیم متا پارادایم‌های مدل (تعریف واژه‌ها)
۱۸۸	..... ۵-۵. اهداف مدل
۱۸۸	..... ۶-۵. مراحل عملیاتی مدل
۱۹۱	..... ۷-۵. برنامه مدیریت مورد
۱۹۵	..... فصل ششم: بحث، نتیجه‌گیری و پیشنهادها
۱۹۶	..... ۱-۶. بحث و نتیجه‌گیری
۱۹۷	..... ۲-۶. نتیجه‌گیری نهایی
۱۹۸	..... ۳-۶. کاربرد یافته‌ها در پرستاری
۱۹۸	..... ۴-۶. پیشنهادهایی جهت پژوهش‌های بعدی
۲۰۰	..... فهرست منابع و مآخذ
۲۱۱	..... ضمائم
۲۱۸	..... چکیده انگلیسی

فهرست جداول

صفحه

عنوان

جدول (۱-۲) مشخصات دموگرافیک مشارکت کنندگان.....	۳۸
جدول (۲-۲) نمونه گام اول روند شکل‌گیری زیرطبقات کد باز.....	۵۳
جدول (۳-۲) نمونه گام دوم طبقه فرعی کدباز.....	۵۳
جدول (۴-۲) نمونه گام سوم روند شکل‌گیری طبقه اصلی کد باز.....	۵۳
جدول (۵-۲) نحوه شکل‌گیری طبقه محوری زندگی در حصار تهدید حیات مواجهه سخت.....	۵۴
جدول (۶-۲) روند شکل‌گیری مفهوم نگرانی از وضعیت فعلی و آتی درمان.....	۵۴
جدول (۷-۲) روند شکل‌گیری طبقه فرعی مفهوم بارداری نا امن.....	۵۴
جدول (۸-۲) روند شکل‌گیری طبقه فرعی آینده مبهم دریچه.....	۵۴
جدول (۹-۲) نمونه زیر شکل‌گیری طبقه اصلی کدباز تهدید زندگی.....	۵۵
جدول (۱۰-۲) نحوه شکل‌گیری کد محوری زندگی در حصار تهدید حیات.....	۵۵
جدول (۱-۴) ۴۰ طبقه فرعی کد باز.....	۶۲
جدول (۲-۴) طبقات اصلی کد باز.....	۶۲
جدول (۳-۴) سایر زیر طبقات کد باز در جدول ذیل آورده شده.....	۶۳
جدول (۴-۴) طبقه اصلی کد باز آموزش کوتاه ومبهم.....	۶۴
جدول (۵-۴) نحوه شکل‌گیری طبقه اصلی کد باز.....	۶۴
جدول (۶-۴) نمونه ۱ طبقات کد باز.....	۶۴
جدول (۷-۴) نمونه ۲ طبقه کد باز.....	۶۵
جدول (۸-۴) نمونه ۳ طبقه کد باز.....	۶۵
جدول (۹-۴) نمونه ۴ طبقه کد باز.....	۶۵
جدول (۱۰-۴) طبقه محوری.....	۶۶

فهرست شکل‌ها

صفحه

عنوان

- شکل (۱-۴) طبقه زندگی در حصار تهدید حیات ۶۷
- شکل (۲-۴) طبقه محوری بستر مراقبت غیر اثر بخش ۷۹
- شکل (۳-۴) طبقه محوری حمایت خانواده ۱۰۲
- شکل (۴-۴) طبقه محوری رها شدگی بیمار ۱۱۲
- شکل (۵-۴) طبقه محوری خود مدیریتی ۱۲۱
- شکل (۶-۴) طبقه محوری سازگاری با دریچه جایگزین ۱۴۲
- شکل (۷-۴) دیاگرام نظریه خود مدیریتی در بیماران بعد از تعویض دریچه قلب ۱۵۹
- شکل (۱-۵) مدل مراقبت مزمن ۱۷۷
- شکل (۲-۵) مدل مراقبت پرستاری ارتقاء خود مدیریتی در بیماران تعویض دریچه قلب ۱۸۴
- شکل (۳-۵) گامهای عملیاتی مدل ارتقاء خود مدیریتی مراقبت در بیماران بعد از تعویض دریچه قلب ۱۹۴

فصل اول:

مقدمه و مروری بر مطالعات انجام شده

۱-۱. اهمیت پژوهش

بیماری‌های قلب و عروق مشکل بزرگ سلامتی در سراسر جهان محسوب می‌شود و سبب مرگ و ناتوانی در کشورها می‌شود در دهه گذشته، بیماری‌های قلبی و عروقی یکی از مهم‌ترین علت مرگ در سراسر جهان بوده است و تقریباً به مرگ ۱۷ میلیون نفر و ناتوانی ۱۵۱ میلیون نفر منجر شده و بر اساس شاخص دالی^۱ علت حدود ۳۰ درصد از مرگ‌ها در سال است [۱ و ۲]. هر چند هنوز آمار دقیقی از میزان تعویض دریچه قلب وجود ندارد، ولی بیماری دریچه قلب اولیه بترتیب شیوع همراه با بیماری کرونر قلب، فشار خون، چاقی و دیابت در جمعیت، دیده می‌شوند و منشأ مرگ و میر و ناتوانی می‌باشد. جراحی قلب باز برای تعویض دریچه روش شایع در درمان به شمار می‌آید که بر روی بقا و بهبودی تاثیر گذار است، به طوری که امروزه بعد از حدود ۴۰ سال جراحی قلب باز جزء معمولی‌ترین اعمال جراحی قرار گرفته و سالیانه حدود ۱-۱/۵ میلیون جراحی قلب در سراسر جهان انجام می‌شود. حدود نیمی از جراحی‌های قلب بر روی دریچه‌های قلب و ضایعات مادرزادی قلب انجام می‌شود [۲ و ۳]. در ایران آمار از بیماران تعویض دریچه قلب منتشر نشده ولی منتظر در سایت خود به نقل از وزیر بهداشت اعلام کرده در ایران سالانه ۳۵ تا ۵۰ هزار مورد عمل جراحی قلب انجام می‌شود و دومین عمل جراحی بعد از پیوند عروق کرونر عمل تعویض دریچه قلب است [۴]. طی سال‌های اخیر الگوی بیماری‌های دریچه‌ای قلب از علت روماتیسمی به بیماری ناشی از افزایش سن تغییر پیدا کرده است. بیماری دریچه‌ای قلب چپ اهمیت بیشتری دارد و حدود ۱۲-۱۳ درصد بالغین بالای ۷۵ سال را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد [۵]. تمام بیمارانی که تحت عمل تعویض دریچه با پروتز مکانیکی قرار می‌گیرند، در معرض خطر ترومبوآمبولی هستند و باید همیشه داروی ضد انعقاد مصرف کنند [۶]. اما این نوع درمان با خطر خونریزی همراه است. مزیت دریچه بیوپروتز بر پروتزهای مکانیکی، فقدان واقعی عوارض

1- (DALY) disability-adjusted life year

ترومبوآمبولیک ۳ ماه پس از جایگزینی دریچه می‌باشد که جز در بیماران دچار فیبریلاسیون دهلیزی مزمن در سایر موارد خیلی کم گزارش شده است. استحاله دریچه در بیش از ۳۰ درصد بیماران تا ۱۰ سال و در ۵۰ درصد تا ۱۵ سال نیاز به تعویض مجدد دریچه را طلب می‌کند. [۲، ۳ و ۶]. بیوپروتز برای بیماران بالای ۶۵ سال که محدودیت مصرف داروهای ضد انعقاد دارند، توصیه می‌شود. در بیماران زیر ۶۵ سال تمایل پیشرونده به حمایت از تعویض دریچه با بیوپروتز، بسیار است. دلایل گسترش این ادعا در میان طرفداران افزایش استفاد از نسل جدید بیوپروتزها، افزایش مدت زمان نیاز به عمل مجدد، کاهش خطرات ناشی از مصرف ضد انعقادها دارای اثر طولانی، ترجیح بیمار بر اجتناب از مصرف ضد انعقادها دارای اثر طولانی می‌باشد لذا بیماران ترجیح می‌دهند تا در اتخاذ هر تصمیم مربوط به تعویض نوع دریچه دخالت کنند [۹-۷]. پیش از جراحی قلب بیمار به تدریج با شرایط پاتولوژیک تطبیق می‌یابد، اما جراحی یک اصلاح ناگهانی در روند مسیر جریان قلب به وجود می‌آورد. عوارض مربوط به تعویض دریچه به تغییرات ناگهانی فشار خون قلب مربوط است. همه تعویض‌های دریچه جایگزینی پس از کاشت، میزانی از تنگی را در قلب بیمار به وجود می‌آورند. معمولاً تنگی خفیف روی عملکرد قلب، بدون اثر است. در صورت تعویض دریچه در موارد تنگی، اغلب جریان خون قلب بهبود می‌یابد. بعد از عمل، بیماران در معرض خطر عوارض زیادی نظیر خونریزی، ترومبوآمبولی، عفونت، نارسایی قلب، افزایش فشار خون، دیس ریتمی، همولیز و انسداد مکانیکی دریچه قلب، قرار خواهند گرفت [۱۰]. از طرفی عواملی نظیر رفتارها، عقاید، و طرز فکرهای افراد به همان نحوی که در زندگی واقعی آنها روی می‌دهد می‌تواند در کیفیت مراقبت موثر باشد به طوری که مندز^۱ (۲۰۰۵) می‌نویسد یکی از عوامل مهم بر روی نتایج هر نوع تعویض دریچه قلب را کیفیت مراقبت پس از عمل شامل زمان تعویض دریچه و توان مراقبتی بخش‌های مراقبت ویژه و کیفیت مراقبت پس از ترخیص توسط تیم درمان می‌داند و بنا به اعتقاد ایشان عوارض ناشی از تعویض دریچه شامل نشت دور دریچه‌ای، ترومبوآمبولی، خونریزی ناشی از داروهای ضد انعقاد، اختلال عمل ساختمانی پروتز و اندوکاردیت عفونی، نشان دهنده وضعیت و کیفیت ارائه مراقبت‌های بعد از تعویض دریچه قلب می‌باشد [۱۱]. بر اساس توصیه انجمن قلب آمریکا و مرکز قلب آمریکا میزان ای ان^۲ برای بیمارانی که دریچه آئورت مکانیکی دارند ۲-۳ و برای میترال ۲/۵-۳/۵ می‌باشد. بعد از جراحی دریچه‌های بیولوژیک و سایر دریچه‌های هموگرافت، معمولاً برای ۱۲-۶ هفته نیاز به ضد انعقاد وجود دارد. هم چنین حدود ۱ درصد اندوکاردیت در بیمارانی که پروتز دارند، اتفاق

1- Menéndez

2- International normalize ratio

می‌افتد که به طور معمول عامل آن استرپتوکوک اپیدرمیس^۱ می‌باشد. و اغلب نیاز به مراقبت در منزل دارند. افزایش ناتوانی و فقدان توانایی مراقبت از خود، کاهش وضعیت شناختی، افسردگی و دسترسی به مراقبت حرفه‌ای از مشکلات بیماران تعویض دریچه قلب بعد از ترخیص می‌باشد [۲ و ۳]. طبق گزارش کورتکه^۲ (۲۰۰۱) در سال ۲۰۰۰ حدود ۹۸۰۰۰ بیمار سالیانه با بیماری‌های دریچه قلب از بیمارستان‌ها ترخیص می‌شوند. در آمریکا مراقبت از بیمار بعد از تعویض دریچه قلب یک فرایند طولانی است و بیمار نیازمند شناخت و تطابق و بهبود عملکرد همودینامیک، تعاملات روانی و اجتماعی است. [۱۲]. ناسار^۳ (۲۰۰۴) در یک مطالعه توصیفی نشان داد که در کل، میزان مرگ و میر مادران دارای دریچه مکانیکی ۳-۴ درصد است و در این موقع سقط جنین هم شایع است [۱۳]. ولی چان^۴ (۲۰۰۰) نشان داد که تداوم استفاده از وارفارین در کل، با پیامدهای بهتری برای مادر همراه است [۱۴]. هم‌چنین کوتروفو^۵ (۲۰۰۰) پیامدهای ۷۱ مورد حاملگی در زنانی که دارای دریچه مکانیکی مصنوعی بودند و در تمام دوران حاملگی تحت درمان با وارفارین قرار داشتند توصیف کرد: میزان سقط (۳۲ درصد) مرده زایی (۷ درصد) آسیب‌های وارده به جنین ۶ درصد افزایش یافته بود که می‌تواند کانون توجه قرار گیرد و عملکرد ناکافی سیستم مراقبتی و کارکنان بهداشتی و بیماران و تعاملات بین آنها را در شرایط واقعی نشان می‌دهد [۱۵]. پیامدهای گزارش شده از سال ۱۹۹۰ در زنان بارداری که تحت عمل تعویض دریچه قرار گرفتند از ۴۹۹ مورد دریچه مکانیکی ۳۴ مورد ترومبوز، ۱۷ مورد آمبولی، ۱۴ مورد خونریزی و ۱۲ مورد مرگ در مادر گزارش شده است و ۹۴ مورد سقط و ۳۴ مورد هم مرده زایی ولی در دریچه خوکی از ۲۶۵ مورد ۳۲ مورد نارسایی یا تخریب دریچه و ۹ مورد سقط و ۳ مورد هم مرده زایی گزارش گردیده است که خود نشان دهنده این است که این بیماران بیشتر از وضعیت عادی دچار عوارض بارداری شده‌اند از طرفی دیگر این زنان به طور معمول مثل زنهای عادی بار دار شده و مراقبت می‌شوند ولی مراقبت کافی و کیفی و متناسب با شرایط واقعی و اختصاصی دریافت نمی‌کنند [۱۳]. کلارک^۶ (۲۰۰۰) می‌نویسد به علت فعالیت ترومبوژنیک احتمالی استفاده از قرصهای ضدبارداری حاوی استروژن و پروژسترون در زنانی که دارای تعویض دریچه جایگزینی هستند با کنترل اندیکاسیون نسبی روبرو است و به علت آنکه در زنان مبتلا به بیماری‌های قلبی شدید، بارداری با خطرات جدی همراه است و

1- Staphylococcus epidermidis
2- Kortke
3- Nassar
4- Chan
5- Cotrufo
6- Clark

عقیم‌سازی را بایستی مد نظر قرار داد [۱۶]. امروزه گزارش‌های مربوط به پیامدهای این امر در حاملگی بعدی انتشار یافته و در واقع حاملگی‌های موفقیت آمیز حتی پس از جایگزینی سه درجه جایگزینی قلب گزارش شده‌اند [۱۴ و ۱۵]. هم‌چنین ریمولد^۱ (۲۰۰۳) می‌نویسد از ۶ تا ۱۲ هفتگی و نیز پس از ۳۶ هفتگی از هپارین با وزن مولکولی بالا^۲ استفاده نموده و مابقی این دوره، فرد تحت درمان با وارفارین قرار گرفته تا ای ان ار به ۲/۳-۲ برسد [۱۷]. باتچارت^۳ (۲۰۰۵) و کلارک^۴ (۲۰۰۰) نشان دادند که با بررسی مشتقات وارفارین مصرف این دارو در دوران شیردهی به علت انتقال ناچیز به شیر، ایمن است [۱۶ و ۱۸]. برای به حداقل رساندن پیامدهای ناگوار حین بارداری، جراحی در صورت امکان به‌صورت الکتیو^۵ انجام شود [۱۹]. مطالعات فوق نشان می‌دهد که حاملگی و بار داری و مراقبت‌های آن نیز در بیماران تعویض دریچه قلب از اهمیت بالایی برخوردار است. دیگر عواملی که در بیماران بعد از تعویض دریچه دارای اهمیت می‌باشد استفاده از داروهای ضد انعقاد خوراکی است در بررسی چریستنسن^۶ (۲۰۰۱) نشان داد بیمارانی که خود مراقبتی انجام می‌دادند، عوارض و مشکلات عمده مرتبط با درمان ضد انعقادها در آنها کمتر از کسانی بود که مراقبت را پزشک یا خانواده بعهده داشتند [۲۰]. عوامل متعددی با داروهای ضد انعقاد تداخل دارند. از جمله گرایش مردم (جامعه ایرانی) در مصرف رژیم غذایی و داروهای با منابع گیاهی است که نیاز به توجه و مراقبت بعد از تعویض دریچه قلب را دارد مصرف بعضی گیاهان مانند سیر، کرفس، زردچوبه، زنجبیل، شیرین بیان، بابونه و گل ساعتی باعث افزایش ای ان ار و احتمالاً خونریزی می‌شود [۲۱ و ۲۲]. بعضی از گیاهان مانند بومادران، گزنه و گل قاصدک باعث کاهش ای ان ار می‌شود که به نظر می‌رسد اثرات انعقادآور آنها باشد [۲۱-۲۳]. کوهن^۷ (۲۰۰۲) نشان داد مصرف جین سن ۳ بار در روز برای افزایش سطح انرژی دچار افت ای ان ار از ۳/۱ به ۱/۵ شده. که قبل از آن بین ۳-۴ بوده و پس از قطع مصرف جین سنگ ای ان ار به ۳/۳ رسیده است [۲۴]. باتوجه به مصرف روزافزون گیاهان دارویی و خوراکی در افراد جامعه بخصوص کشورهای شرقی از جمله ایران که محل تولد و رشد طب سنتی از جمله گیاهان دارویی است به بیماران توصیه می‌شود مصرف گیاهان دارویی را بعد از تعویض دریچه قلب با نظر پزشک مصرف نمایند. این موارد نیز، نیازمند آگاهی مناسب از طریق برنامه‌های مراقبت پرستاری می‌باشند [۷ و ۸]. تحقیقات گذشته نشان داده عواملی شامل: عدم

1- Reimold
2- Unfraction heparin
3- Batchart
4- Clark
5- Elective
6- Christensen
7- Kuhn

وجود سیستم اطلاع رسانی مطلوب در فرآیند مراقبت بعد از تعویض دریچه قلب، عدم حمایت روحی و روانی از بیمار و خانواده، عدم وجود سیستم یا تیم چند تخصصی هماهنگ در ارائه خدمات، عدم سیستم پیگیری مراقبت مادام العمر از بیمار و عدم حمایت اجتماعی مطلوب از بیمار و خانواده بعد از تعویض دریچه قلب در بروز مشکلات بیماران بعد از تعویض دریچه نقش دارند [۱۳ و ۱۴]. با توجه به اینکه بیماران تعویض دریچه قلب در گروه بیماری‌های مزمن می‌باشند و مشکلات آنها بستگی به شرایط جسمی بیمار، تغذیه، مراقبت‌های دریافتی، سطح فعالیت، موقعیت و آب و هوای محل زندگی بیماران دارد، این موارد در شرایط اجتماعی اقتصادی و فرهنگی مختلف متفاوت است. بنابراین در افراد بعد از تعویض دریچه قلب مراقبت پرستاری از اهمیت بسزایی برخوردار است، و بیمار برای جبران کمبود مراقبت و تطابق با این موقعیت جدید نیاز به حمایت خانواده و تیم بهداشتی دارد [۲۵-۲۹].

وجود عوارض در بیماران بعد از عمل جراحی تعویض دریچه قلب نشانگر پیامدهای عملکرد سیستم و فرایند مراقبت می‌باشد [۱۷]. سرنسون (۲۰۰۹) در مطالعه‌ای بیان کردند بیماران تحت تعویض دریچه قلب مدت کوتاهی در بیمارستان بستری هستند و فرصت آموزش و دریافت مراقبت بعد از ترخیص وجود ندارد [۶]. بیماران بعد از تعویض دریچه قلب نیاز به مراقبت مادام العمر دارند. اغلب بیماران به خاطر مشکل جسمی بستری شده و پس از رفع آنها، ترخیص می‌شوند و مشخص نیست فرایند مراقبت در آنها چگونه انجام می‌شود و مدل مراقبتی اختصاصی وجود ندارد این بیماران به دلیل عوارض متعدد نیاز به مراقبت پرستاری دارند در اکثر منابع پرستاری به مراقبت براساس مدل‌های مراقبتی تاکید نموده‌اند. در این بیماران عملاً پرستاران درگیر مراقبت بعد از ترخیص نیستند و بیماری فرد روی کل خانواده اثر می‌گذارد [۳۰]. شواهدی وجود دارد مبنی بر این که مراقبین خانگی بیماران اطلاعات، منابع و حمایت‌های محدودی در دست دارند [۳۱]. اگر خانواده به مدت طولانی در معرض استرس‌های روانی قرار گیرد، منابع مقابله داخلی و خارجی آنها تقلیل می‌یابد و توانایی ادامه با موقعیت پیش آمده را از دست می‌دهند [۳۲]. در مورد مراقبت این بیماران نتایج ضد و نقیض است به طوری که در مطالعه‌ای که بر روی مهارت‌های مقابله در جوانان مبتلا به بیماری‌های مزمن انجام شده است دو نکته متناقض دیده می‌شود و آن این است که بعضی خانواده‌ها در مواجهه با بیماری به هم پیوسته می‌شوند، حمایت خود را حفظ و یا ارتقاء می‌دهند و علایق اجتماعی خود را دو باره برقرار می‌کنند و قادر به درک عمیق تراز موقعیت بوده و با سازماندهی مجدد زندگی، به سازگاری می‌رسند در مقابل این الگوهای مثبت سازگاری، عملکرد بعضی دیگر از خانواده‌ها نامناسب بوده و علائم آسیب