

به نام خداوند بخشنده مهربان



تاییدیه اعضای هیات داوران حاضر در جلسه دفاع از
رساله دکتری

خانم ویدا شفیق پور رشته پرستاری رساله دکتری خود را با عنوان « تبیین فرایند مراقبت پرستاری از بیماران جراحی قلب باز بستری و طراحی مدل مراقبتی » در تاریخ ۱۳۹۲/۶/۲۵ 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 می کنند.

امضاء	نام و نام خانوادگی	اعضای هیات داوران
	دکتر عیسی محمدی	استاد راهنما
	دکتر فضل اله احمدی	استاد مشاور
	دکتر حسن ناوی پور	استاد ناظر
	دکتر فاطمه الحانجی	استاد ناظر
	دکتر حمید پیروی	استاد ناظر
	دکتر سادات سید باقر مداح	استاد ناظر
	دکتر منیرہ انوشہ	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 عنوان 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 می باشد 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 می باشد.

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 دانشکده ها، مراکز تحقیقاتی، پژوهشکده ها، 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 یافته ها 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 **وبدا شفیع پور** دانشجوی رشته **پرستاری** ورودی سال تحصیلی **۱۳۸۷** مقطع **دکتری** دانشکده **علوم پزشکی** متعهد می شوم کلیه نکات مندرج در آیین نامه حق مالکیت مادی و معنوی در مورد نتایج پژوهش های علمی دانشگاه تربیت مدرس را در انتشار یافته های علمی مستخرج از پایان نامه / رساله تحصیلی خود رعایت نمایم. در صورت تخلف از مفاد آیین نامه فوق الاشعار به دانشگاه وکالت و نمایندگی می دهم 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 وبدا شفیع پور
تاریخ و امضا ۹۲/۶/۲۵

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 پرستاری است که در سال ۱۳۹۲ در دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس به راهنمایی جناب آقای دکتر عیسی محمدی، مشاوره جناب آقای دکتر فضل اله 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٪ 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 کتابهای عرضه شده نگارنده برای فروش، تامین نماید.

ماده ۶: اینجانب ویدا شفیع پور دانشجوی رشته پرستاری مقطع دکتری تعهد فوق و ضمانت اجرایی آن را قبول کرده، به آن ملتزم می شوم.

نام و نام خانوادگی
تاریخ و امضا
۹۲،۶،۲۵



دانشگاه تربیت مدرس
دانشکده علوم پزشکی

رساله

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

عنوان

تبیین فرایند مراقبت پرستاری از بیماران جراحی قلب باز بستری و
طراحی مدل مراقبتی

نگارش

ویدا شفیق پور

استاد راهنما

دکتر عیسی محمدی

استاد مشاور

دکتر فضل اله احمدی

۱۳۹۲

تقدیم به :

خداوند قدوس، شفابخش و نجات دهنده، که جلالش در هر خلقتی
پرتو افکن و نمایان است.

همه آنانی که درس زندگی و اخلاق را در محضرشان آموختم.

مادر و پدر عزیزم که در تمام مراحل زندگی دعای خیرشان همیشه بدرقه
راهم بوده و در تمامی مقاطع تحصیلی همواره پشتیبان و حامی من بودند.

خواهران و برادران عزیزم که حضور و وجودشان، مایه تشویق و دلگرمی من
در این مسیر تحصیلی بود.

بیماران و پرستاران عزیز که خالصانه و در نهایت صداقت، تجارب خود را در
اختیار من قرار دادند، کسانی که بدون همراهی شان انجام این پژوهش امکان
پذیر نبود.

تشکر و قدردانی

سپاس بی پایان پروردگار یکتایی که به انسان قدرت تفکر عنایت فرمود و چراغ دل انسان را به نور علم و معرفت روشن نمود. سپاس از صاحب علوم و دانش که هر علمی به شناخت وجود او منتهی می شود.

اکنون که به یاری خداوند متعال، نگارش رساله را به پایان رسانده ام. او را به خاطر تمامی نعمت هایی که در زندگی ارزانیم داشته، قدر می نهم و با خود پیمان می بندم دانشی را که آموخته ام در راه خدمت رسانی به تمامی انسان ها که مخلوق او هستند، بکار برم. امروز وقت آن رسیده است که از زحمات تمامی هموارکنندگان این راه دشوار و پر فراز و نشیب سپاس و قدردانی نمایم.

در ابتدا از استاد عزیز و محترم راهنمای خود **جناب آقای دکتر عیسی محمدی صمیمانه** تشکر می کنم که با دلسوزی و علاقه در تمامی مراحل انجام و نگارش رساله همراه و یاور من بودند و علاوه بر راهنمایی های سازنده با آرامش و صبوری فراوان مسیر پر تنش رساله را برایم هموار نمودند و یاریم کردند تا رشدی مستقل را در مسیر پژوهش تجربه کنم.

از استاد مشاور گرامی **جناب آقای دکتر فضل اله احمدی** نیز نهایت سپاس و تشکر را دارم. آنجا که با نظرات سازنده و ارزشمند خود ذهن مرا به چالش می کشیدند و صبور و مهربان به گونه ای در روند پژوهش در کنار من حضور داشتند که احساس در دسترس بودن همیشگی شان، امنیتی توأم با امید و آرامش را به من هدیه می داد.

از زحمات اساتید محترم ناظر داخلی **سرکار خانم دکتر الحانی** و **جناب آقای دکتر ناوی پور** که در تمامی مراحل پژوهش سخاوتمندانه وقت و دانش خود را در اختیارم نهادند، نهایت سپاس و تشکر را دارم.

همچنین مراتب سپاس و قدردانی خود را از اساتید محترم ناظر خارجی **سرکار خانم دکتر مداح**، مادر پرستاری ایران و **جناب آقای دکتر پیروی** اعلام می دارم.

و در پایان از همکاری و لطف مدیر گروه محترم **سرکار خانم دکتر انوشه** و دیگر اساتید محترم گروه پرستاری، تمامی همکلاسی ها، دوستان، مسئولین و کارکنان آموزشی و پژوهشی دانشگاه و بیمارستان ها کمال قدردانی خود را اعلام می دارم.

چکیده

مقدمه: مراقبت عنصر مرکزی در همه اعمال پرستاری و مفهومی انتزاعی، پیچیده و چندبعدی و تامین کننده سلامتی مددجویان است. در عین حال مراقبت تحت تاثیر عوامل فردی و زمینه است. با توجه به ماهیت پیچیده و چندبعدی پدیده مراقبت از بیمار و متفاوت شدن مراقبت بنابر نوع بیماری و بخش مراقبتی لازم است این موضوع در بستر اجتماعی و فرهنگی خاص مورد بررسی قرار گیرد. مرور بر مطالعات قبلی حاکی است که نظریه و یا مدل اختصاصی برای مراقبت از بیماران در بخش جراحی قلب ارائه نگردیده است. لذا لازم است ابتدا نحوه یا فرایند مراقبت از بیماران جراحی قلب بر اساس تجارب بیماران و پرستاران مشخص شده و سپس مدل کاربردی و مناسبی برای آن طراحی شود.

روش: این مطالعه در مرحله اول با رویکرد کیفی و به روش گراند تئوری انجام شد. مشارکت کنندگان شامل ۴۰ نفر (۱۵ پرستار، ۲۳ بیمار و ۲ همراه) بودند. نمونه گیری در ابتدا به صورت هدفمند و سپس نظری انجام شد. داده ها از طریق مصاحبه با سوالات باز و مشاهده در ۳ مرکز آموزشی دانشگاهی شهر تهران جمع آوری گردید. تجزیه و تحلیل داده ها به روش استراس و کوربین (۱۹۹۸) به صورت کدگذاری باز، محوری و انتخابی انجام شد. پس از شناسایی مفاهیم اصلی فرایند مراقبت در پرستاران بر اساس آن و با استفاده از راهبرد ساخت نظریه واکر و اوانت (۲۰۱۱) مدل کاربردی مراقبت از بیماران جراحی قلب طراحی و ارائه گردید.

یافته ها: یافته ها در مرحله اول، ۴۵ طبقه اولیه در ۷ طبقه محوری است که شامل "فضای کاری پر تنش"، "اختلال در روابط حرفه ای"، "احساس ترس و خطر در بیمار"، "سازش اجباری و خودحفاظتی"، "جستجو و دریافت حمایت"، "خودباوری و نگرش مثبت پرستار"، و "نارضایتی مراقبت شونده و کننده" می باشد. تحلیل مقایسه ای و مداوم داده ها نشان داد که مساله اصلی مشارکت کنندگان تنش و تهدید می باشد که "سازش اجباری و خودحفاظتی" بعنوان متغیر مرکزی نقش محوری و اصلی را در فرایند مراقبت دارد. بر اساس تبیین ارتباط این مفاهیم نظریه زمینه ای "سازش اجباری و خودحفاظتی" بیانگر نحوه مراقبت در بخش جراحی قلب می باشد. در مرحله دوم با توجه به متغیر اصلی یعنی سازش اجباری و خودحفاظتی به عنوان مفهوم مرکزی و مفهوم پارادایمیک و با استفاده از مفاهیم انسان، سلامتی و محیط بعنوان مفاهیم متاپارادایمیک چارچوب اولیه نظریه شکل داده شد و سپس "مدل محافظتی و اثربخش" طراحی و ارائه گردید. بر همین اساس بازسازی شناختی و بهبود ارتباط بین فردی به عنوان راهبردهایی جهت دستیابی به مراقبت محافظتی و اثربخش تعیین شدند.

نتیجه گیری: پرستاران در مواجهه با تنش و تهدید محیط کار با بکارگیری راهبردهای غیرمراقبتی سبب ایجاد احساس ترس و خطر در بیماران شده بودند. بیماران نیز برای حفاظت خود در مقابل این شرایط غیرمراقبتی تلاش می کردند. بر همین اساس راهبردهایی با توجه به تئوری حاصل از مطالعه کیفی، مبنای طراحی یک مدل تجویزی گردید. لذا توصیه می شود این مدل در تحقیق مداخله ای مستقل مورد ارزشیابی قرار گیرد.

کلمات کلیدی: مراقبت از بیماران جراحی قلب، خودحفاظتی، گراند تئوری

فهرست مطالب

فصل اول : مقدمه	۱
۱-۱. اهمیت پژوهش و دلایل انتخاب موضوع	۲
۲-۱. تبیین چالش موجود	۹
۳-۱. جمع بندی و ارائه سوال اصلی پژوهش	۱۴
فصل دوم : فلسفه هدایت کننده پژوهش	۱۶
۱-۲. پارادایم اساسی و مهم پیرامون مفهوم "مراقبت"	۱۷
۱-۱-۲. مروری بر مدل های کلاسیک و اختصاصی مرتبط با مراقبت	۱۸
۲-۱-۲. مروری بر مدل های مراقبت از بیماران در زمینه جراحی قلب	۲۵
۲-۲. بررسی و نقد یافته های مطالعات مرتبط با موضوع اصلی مطالعه	۳۲
۱-۲-۲. مطالعات کمی در ارتباط با مراقبت در بخش جراحی قلب	۳۳
۲-۲-۲. مطالعات کیفی در ارتباط با مراقبت در بخش جراحی قلب	۴۰
۳-۲. جمع بندی مباحث و ارائه سوال اصلی پژوهش	۴۶
فصل سوم : روش پژوهش	۴۹
۱-۳. اهداف یا سوال های پژوهش	۵۰
۲-۳. دلیل انتخاب روش پژوهش و معرفی مختصر آن	۵۰
۳-۳. روش جمع آوری و تولید داده ها	۵۵
۴-۳. معرفی و نحوه انتخاب مشارکت کننده ها	۶۱
۱-۴-۳. تعداد و خصوصیات مشارکت کنندگان	۶۶
۲-۴-۳. محیط پژوهش	۶۷
۵-۳. روش تجزیه و تحلیل داده ها	۶۷
۶-۳. دقت علمی و اعتبار داده ها	۷۴

۷۸	..... ۷-۳. ملاحظات اخلاقی پژوهش
۷۹	..... فصل چهارم : یافته ها
۸۰	..... ۱-۴. ارائه یافته ها بر اساس الگوریتم و روش آنالیز انتخاب شده
۸۱	..... ۱-۱-۴. کدگذاری باز
۸۴	..... ۲-۱-۴. کدگذاری محوری
۸۹	..... ۳-۱-۴. کدگذاری انتخابی
۹۰	..... ۱-۳-۱-۴. فضای کاری پر تنش
۱۰۳	..... ۲-۳-۱-۴. اختلال در روابط حرفه ای
۱۰۹	..... ۳-۳-۱-۴. احساس ترس و خطر در بیمار
۱۲۱	..... ۴-۳-۱-۴. سازش اجباری و خود حفاظتی
۱۴۰	..... ۵-۳-۱-۴. جستجو و دریافت حمایت بیمار
۱۵۳	..... ۶-۳-۱-۴. خودباوری و نگرش مثبت پرستار
۱۵۹	..... ۷-۳-۱-۴. ناراضیاتی مراقبت شونده و کننده
۱۷۱	..... ۸-۳-۱-۴. تعیین متغیر مرکزی
۱۸۱	..... ۴-۱-۴. بیانیه نظریه نهایی
۱۸۹	..... ۲-۴. بحث
۲۱۵	..... ۳-۴. نتیجه گیری نهایی
۲۱۸	..... فصل پنجم : طراحی مدل
۲۱۹	..... ۱-۵. پردازش مدل
۲۱۹	..... ۱-۱-۵. مقدمه
۲۲۲	..... ۲-۱-۵. روش پردازش مدل
۲۲۶	..... ۱-۲-۱-۵. اجزای ساخت تئوری تجویزی
۲۴۴	..... ۳-۱-۵. پیش فرض ها

۲۴۶.....	۴-۱-۵. مفاهیم و عناصر اصلی مدل مراقبت محافظتی و اثربخش
۲۵۰.....	۵-۱-۵. اهداف مدل مراقبت محافظتی و اثربخش
۲۵۱.....	۶-۱-۵. راهبردها یا مراحل عملیاتی مدل مراقبت محافظتی و اثربخش
۲۷۳.....	۲-۵. نتیجه گیری نهایی (جمع بندی کلی دو مرحله پژوهش)
۲۷۴.....	۳-۵. اهمیت و کاربرد یافته ها در پرستاری
۲۷۶.....	۴-۵. پیشنهادات برای مطالعات بعدی
۲۷۷.....	فهرست منابع
۲۹۲.....	ضمائم
۲۹۵.....	چکیده انگلیسی

فهرست جداول

- جدول ۴-۱. عناوین طبقات در پایان کدگذاری باز ۸۳
- جدول ۴-۲. نمونه ای از فرایند تقلیل طبقات در کدگذاری محوری ۸۴
- جدول ۴-۳. طبقات اصلی و زیرطبقات مربوطه در پایان کدگذاری محوری ۸۸

فهرست شکل ها

- شکل ۴-۱. تشکیل طبقه اولیه از کدهای اولیه..... ۸۲
- شکل ۴-۲. شکل گیری طبقه احساس ترس و خطر در بیمار..... ۱۲۱
- شکل ۴-۳. شکل گیری طبقه سازش اجباری و خود حفاظتی..... ۱۴۰
- شکل ۴-۴. شکل گیری طبقه جستجو و دریافت حمایت..... ۱۵۳
- شکل ۴-۵. دیاگرام فرایند مراقبت از بیماران جراحی قلب باز و عوامل موثر بر آن..... ۱۸۸
- شکل ۵-۱. چارچوب مفهومی اولیه مدل مراقبت محافظتی و اثربخش در پرستاران بالینی..... ۲۳۰
- شکل ۵-۲. فرایند برنامه آموزشی ارتقا سطح شایستگی ارتباطی مدیران فعلی..... ۲۶۷
- شکل ۵-۳. مراحل عملیاتی مدل مراقبت محافظتی و اثربخش..... ۲۷۱

فصل اول

مقدمه

این فصل شامل اهمیت پژوهش و دلایل انتخاب موضوع، تبیین چالش موجود و جمع بندی و ارائه سوال اصلی پژوهش است.

۱-۱. اهمیت پژوهش و دلایل انتخاب موضوع

مراقبت، هسته مرکزی، جوهر یا مفهوم انحصاری در پرستاری است [۱]. مراقبت به معنای یک ویژگی انسانی با الزامات اخلاقی در تعامل بین دو فرد و بعنوان یک مداخله درمانی مطرح می شود [۲]. مراقبت به پرستاران، انگیزه داده و عملکرد پرستاری را هدایت می نماید [۳]. مراقبت به حرفه پرستاری هویت بخشیده و شکل های متفاوتی از آن مرکز اصلی عملکرد پرستاری است [۴] و مراقبت کردن ارزشمندترین کاری است که پرستاری به بشریت ارائه می نماید. مراقبت کردن موثر، سلامتی، رشد فردی و خانوادگی را ارتقا بخشیده و سبب ارضا نیازهای انسان می شود [۵]. در واقع مراقبت بیش از التیام بخش بودن، سلامت گراست و عمل مراقبت کردن، تلفیقی از دانش بیوفیزیکی^۱ با دانش رفتار انسانی به منظور ایجاد ارتقا سلامتی و ارائه خدمت به بیمار است.

علم مراقبت مکمل علم التیام بخشی است و پرستاری به عنوان یک نظام، مسئولیت اخلاقی، اجتماعی و علمی برای ایجاد تئوری ها و دانش جدید درباره مراقبت کردن، التیام بخشیدن و اقدامات بهداشتی را دارد، دانش و اقدامات مراقبت کردن برای رشته پرستاری یک موضوع هستی شناسی، اخلاقی، معرفت شناسی و پراگماتیک^۲ است که باید آموزش داده شده و در مراقبت بالینی به کار رود [۶]. زیرا پرستاری یک دیسپلین^۳ عملکردی و پیچیده است و وسعت عملکرد پرستاری سبب می گردد که پرستاران بصورت مستقیم در ارائه مراقبت های بهداشتی به جامعه در هر سطحی از سلامتی و بیماری و با هر سنی درگیر شوند [۷]. بنابراین مراقبت پرستاری یک عملکرد پیچیده و تحت تاثیر عوامل مختلفی مثل شرایط بیماران، انتظارات، فرهنگ و تجربیات آنها، در قبل، حین بیماری و

¹ Biophysical

² Pragmatic

³ Discipline

درمانهای طبی است که دریافت می کنند. بر این اساس مراقبت بصورت مفهومی انتزاعی، پیچیده، مبهم، چندبعدی و واژه ای ناملموس در پرستاری بیان می شود [۸]. پرستاری و مراقبت از یکدیگر جدائی ناپذیرند، و عملکرد روزانه پرستار در مراقبت آشکار می شود [۹]. در پرستاری، مراقبت، تمایل و فعالیت هایی است که به هنگام بیماری و سلامتی جنبه درمانی و حمایتی دارد، مراقبت منجر به ایجاد آسایش برای بیمار و خانواده وی می شود که همان هدف غائی پرستاری است [۱۰]. منگ^۱ به نقل از واتسون (۲۰۱۱) می نویسد: مراقبت تبدیل ارزش های انسانی به اهداف شخص و مسئولیت و تعهد است که در عمل ظاهر می شود [۱۱].

بحث های زیادی در مقالات و متون درباره معنی مراقبت در پرستاری وجود دارد. در همین راستا چایویتی^۲ (۲۰۰۸) می نویسد: طی دو مطالعه اتنوگرافی و گراندد که در ۱۴ بخش مختلف در یک بیمارستان در مورد معنای مراقبت انجام شد نشان داد که مشارکت کنندگان هر واحد بالینی (بخش)، معنای متفاوت و مختص به خودشان را از مراقبت کردن ارائه داده اند [۸]. چونگ^۳ (۱۹۹۸) نیز مطالعه ای در مورد کشف درک و معنی مراقبت از نظر پرستاران شاغل در بخش های مختلف بالینی انجام داد. وی در نتایج مطالعه بیان داشت: مراقبت تجربه سودمندی برای بیماران و پرستاران است و پرستاران در موقعیت های مختلف، نقش های مراقبتی متفاوتی را اجرا می کنند [۳]. در همین راستا مطالعات نشان می دهند که درک معنی مراقبت از نظر پرستاران بخش ویژه با پرستاران بالینی سایر بخش ها (مثل بخش سرطان) و با نظر آموزش دهندگان متفاوت است [۱۲].

پرستاران بخش ویژه نقش کلیدی در بهبود و ارتقا سطح سلامت بیماران قلبی داشته و نقش مهمی در پایش، حمایت، بررسی و آموزش بیماران ایفا می کنند. بطوری که مهمترین و ضروری ترین کار پرستاران بخش جراحی قلب انجام مراقبت های بالینی مستقیم پرستاری قبل و بعد از عمل جراحی است [۱۳]. زیرا بیماری به تنهایی به سبب محدودیتی که به همراه دارد می تواند فرد را آسیب پذیر سازد، علاوه بر آن، بستری شدن در بیمارستان نیز به دلیل تحمیل محدودیت های خاص خود بر

¹ Meng

² Chiovitti

³ Cheung

این آسیب پذیری می افزاید [۱۴ و ۱۵]. بیماران در این دوران سخت از لحظه تشخیص بیماری، نیاز به جراحی و تصمیم گیری برای انجام آن، و حتی برای چگونگی مراقبت بعد از عمل و گذراندن دوران بهبودی و ترخیص، با عوامل تنش زای متعدد فیزیکی، روانی و اجتماعی مواجه شده و ترس و نگرانی ها زیاد و متفاوتی مانند ترس از محیط بیمارستان، ترس از جراحی، ترس از مرگ، ترس از دست دادن شغل، ترس از عدم ایفای نقش در خانواده و مسئولیت ها، ترس از ناشناخته ها، و.. را متحمل می شوند [۱۶].

در حقیقت، درک و قبول جراحی بعنوان آخرین راه حل درمان برای بسیاری از بیماران مبتلا به مشکلات قلب و عروق همانند شوک و واقعه ای تلخ و باورنکردنی است، درک و پذیرش این تجربه غیرعادی تمام ابعاد زندگی و احساسات آنان را تحت تاثیر خود قرار داده و بیماران و خانواده های آنان را نیز با چالش های فراوانی مواجه می سازد [۱۷]. بیماران با قبول جراحی قلب و بدنبال آن گذراندن دوره ای از درمان در آی سی یو قلب یکی از سخت ترین دوره های زندگی خود را که همراه با استرس، ترس، نگرانی و اضطراب زیاد برای آنها و خانواده هایشان است را تجربه می کنند.

بنابراین درک، تجارب واقعی و نیازها از دیدگاه خود بیماران توسط پرستاران برای ارائه مراقبت مطلوب پرستاری بسیار پر اهمیت می باشد و عملکرد پرستاری در این برهه زمانی بسیار مهم، پیچیده و پویاست [۱۲ و ۱۸]. زیرا در بخش مراقبت ویژه قلب، تنها آشنایی و کار کردن با دستگاه های مدرن مطرح نیست، بلکه فرایند تصمیم گیری دقیق و برنامه ریزی شده پرستاران در رفع نیازهای جسمی و روحی بیماران بعد از عمل بسیار پر اهمیت است [۱۳]. چون پرستاران در بخش های مراقبت ویژه با بیمارانی مواجه اند که بسیار بدحال بوده و وضعیت سلامتی شان به سرعت در حال تغییر است. تغییرات سریع وضعیت بیماران نیازمند تصمیمات مهم پرستاری آن هم در مدت زمان بسیار محدود می باشد، لذا مراقبت در بخش ویژه جراحی قلب فرایندی پویا و غیر قابل پیش بینی است و اتکا به تکنولوژی پیشرفته (آلارم های مختلف و انواع دستگاه های پایش تنفسی و قلب و عروقی..) بدون مداخلات مناسب مراقبتی پرستاران امکان پذیر نیست [۱۴]. بنابراین از آن جایی که مراقبت جوهره عملکرد پرستاران و قسمت جدایی ناپذیر ماهیت پرستاری است [۱۵]، بعنوان عنصر مرکزی در همه

اعمال پرستاری چون مراقبت در جراحی قلب نیز مطرح می‌گردد. پرستاران نیز در روند درمانی با رویکردی جامع و علمی نیازهای بیمار و خانواده آنان را برآورده می‌سازند. زیرا ارائه مراقبت با تمرکز بر بیمار و نیازهای او انجام می‌شود و هدف پرستاری کمک به بیماران برای رفع نیازمندی‌های آنهاست. در مراقبت جامع، هدف، رفع همه جانبه نیازهای مراقبتی فرد از طریق تسکین بخشی به ذهن، جسم و روح می‌باشد و ارتقا سلامت از طریق تعادل بین ذهن، جسم و روح افراد است [۱۹]. در پرداختن به مفهوم مراقبت، شناخت بیمار به عنوان یک انسان منحصر به فرد با نیازهای خاص خود ضروری است و توانایی پرستار در این شناخت برای ارائه مراقبتی بیمار محور، عامل اساسی در فراهم کردن مراقبت موثر است [۲۰]. در حقیقت این گروه از پرستاران بعنوان یک پل ارتباطی بین تکنولوژی پیشرفته و مراقبت انسانی محسوب می‌شوند، در این میان اهمیت دانش و صلاحیت پرستاران با تمرکز بر مهارت‌های حرفه‌ای مطرح می‌گردد. به طوری که دانش، مهارت و احساسات جزء ساختار ضروری مراقبت در بخش آی سی یو قلب است که با پیشرفت تکنولوژی، دانش و آگاهی در علوم مراقبت از بیماران قلبی رو به توسعه است [۱۲].

از سویی طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، بیماری قلب و عروق مشکل بزرگ سلامتی در سرتاسر جهان و عامل مرگ و ناتوانی است. به طوری که هر ساله بیماری قلب و عروق تقریباً علت مرگ ۷/۲ میلیون نفر در جهان می‌باشد. امروزه با پیشرفت تکنولوژی پزشکی و درمانهای جراحی و طبی برای بیماری قلب و عروق می‌توان از مرگ افراد در شرایط حاد جلوگیری کرد، اما علی‌رغم کاهش مرگ و میر، بیماری کرونر قلب هنوز علت اصلی ابتلا و مرگ و میر در جوامع صنعتی و کشور های در حال توسعه است [۲۱]. میزان بروز بیماری کرونر قلب بدلیل تفاوت‌های جغرافیایی، فرهنگی، اجتماعی و رفتاری در بین کشورها و نواحی مورد بررسی به طور مشخصی متفاوت است [۲۲]. بیماری قلب و عروق شایع‌ترین علت مرگ در بین مردان و زنان است، طبق گزارش انجمن قلب آمریکا سالیانه یک میلیون زن و مرد در اثر بیماریهای قلب و عروق فوت نموده که علت نیمی از این مرگها بیماری عروق کرونر می‌باشد. طبق آخرین گزارش سازمان بهداشت جهانی نیز سالانه ۴۵ درصد از کل مرگ و میر در ایران به این بیماری اختصاص دارد [۲۳]. درمان بیماریهای عروق کرونر شامل

درمانهای طبی و جراحی بوده و برانوالد (۲۰۰۸) عقیده دارد زمانی که مداوای طبی در بیماران ایسکمیک قلب^۱ نتیجه خوبی ندهد تنها عمل جراحی ضامن بقا و سلامت اینگونه بیماران خواهد بود [۲۴]. جراحی قلب باز برای بیماری های بای پس عروق کرونر^۲ و تعویض دریچه، مداخله ای شایع در مراقبت قلب بشمار می آید که بر روی بقا و بهبودی تاثیرگذار است [۲۵]. به طوری که امروزه بعد از گذشت ۴۰ سال، جراحی قلب باز جزء معمولی ترین اعمال جراحی قرار گرفته و سالانه حدود ۱ تا ۱/۵ میلیون جراحی قلب در سراسر جهان انجام می شود [۲۴]. طبق آخرین گزارشات، سالانه بیش از ۶۰۰ هزار جراحی قلب در ایالات امریکا انجام می شود و سبب میلیون ها دلار هزینه سلامتی می گردد [۲۶]. در ایران نیز، سالانه حدود ۴۰ هزار عمل قلب باز در کشور انجام می شود که قسمت عمده آن بیماری عروق کرونر یا تنگی عروق قلب است [۲۷]. بطوری که در تهران بیش از ۱۰ مرکز جراحی قلب به طور روزانه فعال می باشند و بطور نمونه در بیمارستان قلب شهید رجایی تهران روزانه تقریباً ۱۵ عمل جراحی انجام می شود که نیمی از این اعمال جراحی پیوند عروق و نیمی دیگر جراحی دریچه قلب و ضایعات مادرزادی قلب است که با تعمیم آن به کل کشور رقم قابل توجهی به دست می آید [۲۸].

علی رغم تمام موفقیت ها و پیشرفت های علمی حاصل شده در اعمال جراحی قلب هنوز مددجویان زیادی با عوارض و مشکلات فراوان ناشی از این عمل مواجه هستند [۲۹]. وقتی فرد بیمار بوسیله یکی از روشهای درمانی نظیر جراحی درمان شود. حفظ زندگی بعد از عمل جراحی نیز از اهمیت به سزایی برخوردار است [۲۴]. جراحی قلب باز به لحاظ شرایط مختلف حاکم بر عمل جراحی یکی از پرخطرترین اعمال جراحی است. در این اعمال اکثر بیماران مسن بوده و اغلب به بیماری های زمینه ای مختلف دچار هستند. بنابراین نسبت به افراد جوان مشکلات بیشتری را قبل و بعد از عمل بیان می کنند [۳۰]. بیماری که تحت عمل جراحی قلب باز قرار می گیرد. به بسیاری از مراقبت های زمان قبل از عمل نیاز دارد. علاوه بر این بیمار و خانواده اش بحران بزرگی را در زندگی خود تجربه

¹ Ischemic Heart Disease (IHD)

² Coronary Artery Bypass Grafting

می کنند، به دلیل وابستگی مستقیم قلب با زندگی و مرگ، عکس العمل های عاطفی و روانی آنها نسبت به جراحی بسیار وسیع خواهد بود [۳۱]. به طوری که تجربیات بیماران از مشکلات قبل از عمل دارای ابعاد روانی - اجتماعی است که شامل فقدان حمایت اجتماعی، بروز افسردگی بخصوص در زنان، اضطراب و تجربه انتظار در لیست عمل جراحی می باشد [۳۰]. انتظار برای جراحی قلب تجربه ای آسیب زا برای بیمار قلبی است بیمار برای سازگار شدن با این موقعیت جدید نیاز به حمایت خانواده، دوستان و توصیه های متخصصین مراقبت سلامت دارد. زیرا بیماران در انتظار عمل قلب دوره ای از تصمیم گیری برای عمل جراحی را تا زمان عمل تجربه می کنند. این زمان برای بیماران طولانی، سنگین، ناامن، دلتنگ و نگران کننده است [۱۹]. انتظار بر روی کیفیت مراقبت تاثیرگذار است. بیماران، نگران دوری از خانواده و رخ دادن اتفاقات جدید در زندگی خود هستند. در این جا نقش ارائه دهندگان مراقبت در تاثیرگذاری بر این پیامدها بارز و پر اهمیت است [۱۹-۳۲]. بطوری که مدت زمان اقامت بیمار در بخش مراقبت های ویژه جراحی با وضعیت جسمی و روحی قبل از عمل بیمار ارتباط مستقیم دارد [۳۳].

تجربیات بیماران ناآرام و تحت عدم رسیدگی مراقبت مطلوب قبل از عمل از لحاظ مشکلات بعد از عمل جراحی قلب مانند انزوای اجتماعی، بستری طولانی مدت در بیمارستان، افسردگی و پذیرش مجدد بیمار بدلیل بروز عوارض و مشکلات جراحی، بیشتر بوده و پیامدهای عملکردی آنها ضعیف تر می باشد [۳۰]. این مشکلات، موجب بستری طولانی مدت بیماران در بخش مراقبت های ویژه جراحی قلب می شود [۳۳]. زیرا عمل جراحی، عاملی استرس زا است که باعث ایجاد واکنش فیزیولوژیک (پاسخ های نورواندوکرینی) و روانی (اضطراب و ترس) در بدن می گردد، در نتیجه پاسخ فیزیولوژیکی بدن، ضربان قلب، تنفس و فشارخون افزایش می یابد. این افزایش خطرانی را برای بیمار قلبی به دنبال دارد [۳۴]. از عوارض و مشکلات بعد از عمل جراحی قلب، نیز می توان به مشکلات جسمانی و روانی اشاره کرد، مشکلات جسمانی شایع و مهم بعد از جراحی قلب (مانند درد قفسه سینه و برش در ساق پا، کاهش اشتها، خستگی، اختلال در خواب، مشکلات سیستم عصبی مرکزی، فیبریلاسیون دهلیزی، مشکلات ریوی، حوادث عروقی مغز، نارسایی کلیه و عوارض گوارشی)، می تواند منجر به افزایش مرگ