The Effect of Designed Transitional Care Program on Anxiety and General Comfort of the Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft during Transfer from Open Heart Surgery Intensive Care Unit to General Ward: A Clinical Trial

Sahar Khoshkesht[1], Shahrazad Ghiyasvandian[2], Maryam Esmaeili[3], Mitra Rahimzadeh[4], Mehrzad Rahmanian[5], Masoumeh Zakerimoghadam[6]

1. Assistant Professor, Department of Medical- Surgical nursing, School of Nursing & Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. Tehran, Iran. ORCID ID: 0000-0002-6527-1675
2. Professor, Department of Medical-Surgical nursing, School of Nursing & Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. Tehran, Iran. ORCID ID: 0000-0003-0137-5499
3. Associate Professor, Nursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. ORCID ID: 0000-0002-4798-2270
4. Associate Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Health, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran. ORCID ID: 0000-0002-9863-5949
5. Assistant Professor, Department of cardiovascular surgery, Imam Khomeini hospital complex, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. ORCID ID: 0000-0001-5911-4086
6. Associate Professor, Departments of Medical- Surgical nursing. School of Nursing & Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. Tehran, Iran. (Corresponding Author), Tel: +98-21-66937120, Email: zakerimo@sina.tums.ac.ir. ORCID ID: 0000-0002-9762-1887

ABSTRACT

Background and Aim: Transferring a patient from the intensive care unit to the general ward is an anxiety-inducing process that is associated with feelings of insecurity, discomfort, dependency, and increased need. The most important goal of any care program is to satisfy the patient's needs and create a feeling of comfort. The aim of this study was to determine the effect of designed transitional care program on anxiety and general comfort of the patients undergoing coronary artery bypass graft during transfer from open-heart surgery intensive care unit to general ward.

Materials and Methods: This study was a non-randomized clinical trial with a control group which included 62 patients who were candidates for transfer from the open-heart surgery intensive care unit of Imam Khomeini Hospital in Tehran to the general ward in 2021. The patients were selected by convenient method. The control group received the routine care and were followed up. The experimental group pursued the designed transitional care program in addition to routine care. This program had 4 dimensions: 1-waiting for transfer, 2-support, gradually reducing dependence and increasing independence, 3-communication and strengthening the care triad, and 4-continuity of integrated and need-based care which was implemented by selected and trained nurses in cooperation with the researcher, physician, patients and families for 5-7 days. Spielberger's anxiety Questionnaires and general comfort scale were completed before the transfer and on the day of the patient's discharge. Using SPSS version 26, the results were analyzed by Fisher's exact, Chi-square, paired and independent t-tests at a significance level of 0.05.

Results: The results showed that the designed transitional care program could significantly reduce anxiety and increase the general comfort of the patients undergoing coronary artery bypass graft ($p \leq 0.000$).

Conclusion: Considering the impact of the intervention on the variables under study, use of the designed program as a suitable care program during patient transfer can be suggested.

Keywords: Anxiety, Patient comfort, Transitional care, Clinical trial

Received: Aug 15, 2022 **Accepted:** Dec 21, 2022

How to cite the article: Sahar Khoshkesht, Shahrazad Ghiyasvandian, Maryam Esmaeili, Mitra Rahimzadeh, Mehrzad Rahmanian, Masoumeh Zakerimoghadam. The Effect of Designed Transitional Care Program on Anxiety and General Comfort of the Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft during Transfer from Open Heart Surgery Intensive Care Unit to General Ward: A Clinical Trial.ŚJKU 2023;28(5):108-121.

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBYNC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.61186/sjku.28.5.108]

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان / دوره بیست و هشت / آذر و دی ۱۴۰۲/۱۲۱-۱۰۸

تأثیر برنامه مراقبت انتقالی طراحی شده بر اضطراب و راحتی عمومی بیماران تحت جراحی پیوند عروق کرونر قلب در انتقال از بخش مراقبت‌های ویژه جراحی قلب باز به بخش عمومی: یک کارآزمایی بالینی

سحر خوش کشت[۱]، شهرزاد غیاثوندیان[۲]، مریم اسماعیلی[۳]، میترا رحیم زاده[۴]، مهرزاد رحمانیان[۵]، معصومه ذاکری مقدم[۶]

۱.استادیار، گروه پرستاری داخلی-جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. کد ارکید: ۰۰۰۰-۰۰۰۲-۶۵۲۷-۱۶۷۵

۲.استاد، گروه پرستاری داخلی-جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. کد ارکید: ۰۰۰۰-۰۰۰۳-۰۱۳۷-۵۴۹۹

۳.دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. کد ارکید: ۰۰۰۰-۰۰۰۲-۴۷۹۸-۲۲۷۰

۴.دانشیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران. کد ارکید: ۰۰۰۰-۰۰۰۲-۹۸۶۳-۵۹۴۹

۵.استادیار، گروه جراحی قلب و عروق، مجتمع بیمارستانی امام خمینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. کد ارکید ۰۰۰۰-۰۰۰۱-۵۹۱۱-۴۰۸۶

۶.دانشیار، گروه پرستاری داخلی-جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. پست الکترونیک: Zakerimo@sina.tums.ac.ir، تلفن: ۶۶۹۳۷۱۲۰- ۰۲۱، کد ارکید: ۰۰۰۰-۰۰۰۲-۹۷۶۲-۱۸۸۷

چکیده

زمینه و هدف: انتقال بیمار از بخش مراقبت‌های ویژه به بخش عمومی یک فرایند اضطراب‌آور است که با احساس ناامنی، ناراحتی، وابستگی و افزایش نیاز همراه است. مهم‌ترین هدف هر برنامه مراقبتی رفع نیاز بیمار و ایجاد احساس راحتی است. هدف این مطالعه تعیین تأثیر برنامه مراقبت انتقالی طراحی شده بر میزان اضطراب و راحتی عمومی بیماران تحت جراحی پیوند عروق کرونر هنگام انتقال از بخش مراقبت‌های ویژه جراحی قلب باز به بخش عمومی بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک کارآزمایی بالینی غیرتصادفی همراه با گروه کنترل بر روی ۶۲ بیمار کاندید انتقال از بخش مراقبت‌های ویژه جراحی قلب باز بیمارستان امام خمینی تهران به بخش عمومی در سال ۱۴۰۰ بود که به روش آسان انتخاب شدند. گروه کنترل مراقبت معمول را دریافت نمودند و مورد پیگیری قرار گرفتند. گروه آزمون علاوه بر مراقبت‌های معمول، برنامه مراقبت انتقالی طراحی شده را نیز دریافت کردند. این برنامه در ۴ بعد ۱-انتظار انتقال ۲-حمایت، کاهش تدریجی وابستگی و افزایش استقلال ۳- ارتباط و تقویت سه‌گانه مراقبت و ۴- تداوم مراقبت یکپارچه و مبتنی بر نیاز توسط پرستاران منتخب و آموزش‌دیده با همکاری پژوهشگر، پزشک، بیماران و خانواده به مدت ۷-۵ روز اجرا شد. پرسشنامه‌های اضطراب اشپیلبرگر و مقیاس راحتی عمومی قبل از انتقال بیمار و در روز ترخیص بیمار تکمیل شد. نتایج با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ و آزمون‌های دقیق فیشر، آزمون مجذور کای، t زوجی و مستقل در سطح معنی داری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد برنامه مراقبت انتقالی طراحی شده توانسته است به طور معنی داری اضطراب را کاهش و راحتی عمومی بیماران تحت جراحی پیوند عروق کرونر را افزایش دهد (P≤۰/۰۰۰).

نتیجه‌گیری: با توجه به تأثیرگذاری مداخله بر روی متغیرهای تحت مطالعه، می‌توان استفاده از برنامه طراحی شده را به عنوان یک برنامه مراقبتی مناسب در هنگام انتقال بیمار پیشنهاد کرد.

کلمات کلیدی: اضطراب، راحتی بیمار، مراقبت انتقالی، کارآزمایی بالینی

وصول مقاله:۱۴۰۱/۵/۲۴ اصلاحیه نهایی:۱۴۰۱/۹/۱۲ پذیرش:۱۴۰۱/۹/۳۰

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.61186/sjku.28.5.108]

مقدمه

بیماری‌های قلبی- عروقی شایع‌ترین بیماری در جهان و ایران به شمار می‌روند. بر اساس گزارش انجمن قلب آمریکا (۲۰۲۱) شیوع این بیماری در افراد بالای ۲۰ سال ۴۹/۲٪ (۱۲۶/۹ میلیون نفر) است و با افزایش سن در هر دو جنس مرد و زن افزایش می‌یابد (۱). در ایران نیز بیماری‌های قلبی- عروقی با تغییر هرم سنی و رشد جمعیت به سمت مسن شدن در حال پیشرفت است و بر اساس شاخص ناتوانی (Disability-Adjusted Life Years, DALY) ۴۶٪ از کل مرگ و میر ۲۳٪ -۲۰٪ از بارِ بیماری را شامل می‌شود (۲). در این میان بیماری عروق کرونر(Coronary Artery Disease, CAD) با ۴۳٪ از کل مرگ و میر در رتبه نخست شایع‌ترین بیماری‌های قلبی- عروقی در کشور ایران قرار دارد (۳). این بیماری علاوه بر علائم جسمی نظیر درد قفسه سینه، تنگی نفس و محدودیت فعالیت موجب مشکلات روحی روانی نظیر اضطراب، افسردگی، سازگاری غیر مؤثر و افزایش وابستگی نیز می‌شود که به نوبه خود بر وخامت بیماری می‌افزاید (۴).

روش‌های مختلفی برای درمان این بیماری از جمله درمان دارویی، مداخله غیر تهاجمی از راه پوست و مداخله جراحی پیوند عروق کرونر (Coronary Artery Bypass Grafting,CABG) وجود دارد؛ اما در بسیاری از موارد این بیماری به سرعت پیشرفت کرده به طوری که گاه تنها راه درمان، جراحی است (۵). بر اساس آمار انجمن جراحان قلب ایران سالانه ۳۰ تا ۴۰ هزار عمل جراحی قلب در ایران انجام می‌شود که بیش از ۵۰ تا ۶۰ درصد از این نوع عمل‌ها، جراحی پیوند عروق کرونر است (۶). جراحی علیرغم ابداعات پایدار تکنولوژی و افزایش کیفیت مداخلات برای همه انسان‌ها یک دوره مشکل است و به عنوان یک چالش اضطراب‌آور برای بیمار مطرح است. از آنجایی که افراد معمولاً به یکباره از بیماری خود و لزوم عمل جراحی اطلاع می‌یابند، ممکن است دچار اضطراب، افسردگی، نگرانی و ترس شوند که گاهی گذرا بوده و گاهی تا مدت‌ها گریبان گیر بیماران باقی می‌ماند (۷). از طرف دیگر طبیعت عمل جراحی قلب، نیازمند پذیرش و بستری بیماران برای دوره ۳-۱روزه در بخش مراقبت ویژه جراحی قلب باز (Open Heart surgery-Intensive Care Unit, OH-ICU) است که محیطی ناآشنا و استرس‌زا است؛ لذا حتی با وجود دریافت مراقبت‌های ویژه که بیماران پس از جراحی دریافت می‌کنند، در کنار ناتوانی‌های فیزیکی ناشی از عمل جراحی، ممکن است بین احساسات امید و ناامیدی، اطمینان و عدم اطمینان، عدم اعتماد و ناامنی و ناراحتی که خود می‌توانند باعث ترس، اضطراب، خشم یا افسردگی شوند، به سرعت در حال نوسان باشند (۸). همچنان که شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد بیماران هنگام انتقال ممکن است از کمبود حمایت‌های عاطفی، کمبود اطلاعات، استرس و اضطراب و مشکلات جسمی شکایت داشته باشند (۹). در زمان انتقال نیز، بیمار و خانواده با یک تیم مراقبت جدید دیدار می‌کنند، احساس عدم اطمینان از برنامه‌های مراقبت بعدی را تجربه می‌کنند و به یک زندگی متفاوت از قبل از ترخیص آشنا می‌شوند که می‌تواند منجر به افزایش استرس و اضطراب شود. علاوه بر این، پروتکل‌های مراقبت و نظارت بیمار بر بخش‌های عمومی معمولاً با ICU متفاوت است که می‌تواند اضطراب بیمار و مراقب را افزایش دهد (۱۰). مطالعه‌ای نشان داد ۶۳,۶٪ افرادی که پس از عمل جراحی قلب ازICU منتقل می‌شوند دارای اضطراب متوسط هستند (۱۱). این پریشانی فیزیولوژیکی و یا روانی اجتماعی که توسط بیماران یا خانواده‌ها در هنگام انتقال از یک محیط آشنا به یک محیط ناآشنا تجربه شده است، تحت عنوان «اضطراب انتقال» یا «استرس جابه‌جایی»

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.61186/sjku.28.5.108]

نامگذاری شده است. ویژگی‌های تعیین کننده استرس جابجایی شامل اضطراب و افسردگی و همچنین مجموعه‌ای از علائم فیزیکی و روانی دیگر مانند احساس ناامنی، عدم راحتی، عدم اعتماد، وابستگی و افزایش نیاز است (۱۲). اضطراب همچنین باعث اختلال در توانایی‌های انطباقی بیماران می‌شود (۱۳).

از طرف دیگر، یکی از مهم‌ترین اهداف هر برنامه مراقبتی باید رفع نیاز بیمار و ایجاد احساس آسایش و راحتی است؛ لذا در برنامه‌ریزی‌های مراقبتی باید با جنبه‌هایی از مراقبت که به عنوان «احساس راحتی» شناخته می‌شود، پرداخته شود (۱۴). این امر در بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه که به دلیل شرایط پیچیده پزشکی نیازهای برآورده نشده‌ای دارند اهمیت بیشتری دارد. راحتی به عنوان یک پیامد مطلوب مراقبت و شاخصی برای ارزیابی کیفیت مراقبت پرستاری بر شمرده می‌شود. بر اساس تئوری کولکابا، راحتی تجربه‌ای است که پس از رفع نیازهای تسکین، آسودگی و تعالی ایجاد می‌شود تا فرد پس از رفع نیاز و احساس رضایت حاصل از آن بتواند با غلبه بر درد و ناراحتی خود به اهدافی ورای آن دست یابد (۱۵). ناراحتی بیمار، آرامش را از او می‌گیرد، موجب ایجاد اضطراب، بی قراری و تحریک پذیری شده و روند درمان و مراقبت مطلوب را مختل می‌کند(۱۶).

با توجه به پیچیدگی مراقبت بیماران در طول گذار در سطوح مراقبتی یا انتقال از بخشی به بخش دیگر، راه‌حل ابتکاری با هدف حفظ تداوم در روند مراقبت و ایجاد یکپارچگی در زمان انتقال اهمیت ویژه‌ای دارد. یکی از این گزینه‌ها، مراقبت انتقالی است. مراقبت‌های انتقالی به عنوان مجموعه‌ای از اقدامات با محدودیت زمانی برای انتقال ایمن و به موقع بیماران از یک سطح مراقبت به سطح دیگر یا از یک محیط مراقبتی به محیط دیگر تعریف شده است (۱۷). در اکثریت کارآزمایی های بالینی تصادفی شده شواهدی از اثربخشی برنامه‌های مراقبت‌های انتقالی فراهم شده است؛ اما اکثر پژوهش‌ها به بررسی اثر بخشی مداخلات مراقبت انتقالی از بیمارستان به منزل پرداخته است (۱۹و۱۸). و پژوهش‌های مراقبت انتقالی در زمینه انتقال بیماران در سطوح مختلف مراقبتی به خصوص در کشور ایران مورد غفلت قرار گرفته است. مطالعه‌ای با استفاده از پدیدار شناختی تفسیری دیکلمن وجود «اضطراب جدایی» را به عنوان یکی از مضامین اصلی هنگام انتقال بیمار از ICU در ایران تأکید کرده است (۲۰). مطالعاتی نیز به بررسی تأثیر مداخلات پراکنده بر میزان اضطراب هنگام انتقال بیمار به بخش عمومی در ایران و جهان پرداختند. نتایج مطالعه جودکی و همکاران (۲۰۱۷) که به بررسی تأثیر پرستار رابط بر اضطراب بیماران در حین انتقال از بخش مراقبت‌های ویژه به بخش عمومی پرداختند، نشان داد که میزان اضطراب در دو گروه در بدو انتقال بالا بوده؛ اما در گروه تجربه پس از مداخله میزان اضطراب به طور معنی داری کاهش یافته است (۲۱)، نتایج مطالعه یون و همکاران (۲۰۱۷) نیز حاکی از اثرات مثبت برنامه مراقبت انتقالی طراحی شده در بخش مراقبت‌های ویژه مغز و اعصاب در کره بر اساس تئوری ملیس بر میزان اضطراب انتقال بیماران گروه آزمون بود (۲۲). با این وجود هوک و همکاران (۲۰۲۱) با بررسی شواهد بیش از ۵۰۵ مقاله نشان دادند تفاوت قابل توجهی به نفع تأثیر مداخلات مراقبت انتقالی پراکنده بر جنبه‌های جسمی و روانی سندرم پس از مراقبت ویژه در بیمار و خانواده وجود ندارد (۲۳).

مداخلات مراقبت انتقالی و پیگیری در سراسر جهان متفاوت‌اند و در بسیاری از کشورها مراقبت استاندارد و تعریف شده‌ای وجود ندارد. همچنان که در ایران برنامه مراقبت انتقالی جامع و متناسب با فرهنگ ایرانی و اسلامی طراحی نشده است. نظر به اهمیت اضطراب و احساس عدم راحتی که به عنوان مهم‌ترین تجارب بیماران هنگام انتقال از بخش‌های مراقبت ویژه ثبت شده است (۲۴) و با توجه به ضرورت طراحی و به کارگیری مداخلات جامع با تمرکز

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.61186/sjku.28.5.108]

بر مراقبت یکپارچه و بیمارمحور جهت کاهش آن‌ها در طی فرآیند انتقال از ICU؛ پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر اجرای برنامه مراقبت انتقالی طراحی شده بر میزان اضطراب و راحتی عمومی بیماران تحت جراحی پیوند عروق کرونر هنگام انتقال بیمار از بخش مراقبت‌های ویژه جراحی قلب باز به بخش عمومی انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک کارآزمایی بالینی غیر تصادفی همراه با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش بیماران تحت جراحی پیوند عروق کرونر قلب که به بخش‌های عمومی منتقل می‌شدند، بودند. محیط پژوهش بخش‌های OH-ICU و عمومی واقع در طبقه چهارم بیمارستان امام خمینی واقع در تهران بود که به علت سهولت دسترسی و تنوع نمونه‌ها انتخاب شد. کل مدت اجرای مطالعه حدود ۴ ماه (از اواسط مرداد تا اواسط آبان سال ۱۴۰۰) طول کشید. تعداد نمونه‌ها بر اساس نرم افزارG-Power با در نظر گرفتن ۱۵٪ ریزش، برای هر گروه ۳۱ نفر و در مجموع ۶۲ نفر در نظر گرفته شد پژوهشگر بعد از معرفی خود و بررسی تمایل فرد از شرکت در مطالعه، رضایت نامه آگاهانه کتبی و شفاهی را اخذ نمود. نمونه‌گیری از بین افراد کاندید انتقال به بخش عمومی بر اساس دستور پزشک با سطح هوشیاری ۱۵ بر اساس معیار کمای گلاسکو، بدون داشتن سابقه بیماری مزمن، پیشرفته و وضعیت اورژانس و عدم وجود سابقه اختلالات روانشناختی تشخیص داده شده صورت گرفت. معیارهای خروج نیز شامل فوت بیمار یا حادثه غیر قابل پیش بینی نظیر وخامت حال بیمار و بازگشت مجدد بیمار به ICU که با اجرای برنامه تداخل داشته باشد، بود لازم به ذکر است هیچ‌کدام از افراد مورد پژوش از مطالعه حذف نشدند (دیاگرام ۱: نمودار کانسورت). نمونه‌گیری به روش آسان (در دسترس) انجام شد. به علت احتمال انتشار مداخله در بین شرکت‌کنندگان در ابتدا شرکت‌کنندگان گروه کنترل نمونه‌گیری شده و پس از وقفه‌ای کوتاه و ترخیص آخرین فرد شرکت‌کننده در گروه کنترل، شرکت‌کنندگان گروه مداخله نمونه‌گیری شدند. گروه کنترل مراقبت معمول را دریافت کرده و در طول مدت در نظر گرفته شده برای مداخله پیگیری شدند. مراقبت معمول شامل تحویل بیمار از OH-ICU به بخش عمومی بر اساس روتین بخش بوده که بدون راهنما و چک لیست استاندارد انجام می‌شود. گروه مداخله نیز علاوه بر مراقبت معمول؛ مراقبت انتقالی طراحی شده را دریافت کردند. این مداخله شامل اقداماتی برای انتقال بیمار از زمان تصمیم پزشک به انتقال بیمار از بخش مراقبت‌های ویژه جراحی قلب باز تا زمان ترخیص بیمار از بخش عمومی بود که به مدت ۷-۵ روز اجرا شد. برنامه مراقبت انتقالی در چهار بُعد ۱- بعد انتظار انتقال ۲- بعد حمایت، کاهش تدریجی وابستگی و افزایش استقلال ۳- بعد ارتباط و تقویت سه‌گانه مراقبت ۴- بعد تداوم مراقبت یکپارچه و مبتنی بر نیاز طراحی شده بود. بعد انتظار انتقال شامل مداخلاتی از جمله آماده سازی جسمی و روحی بیمار برای انتقال و درک ضرورت آن، آگاه سازی بیمار نسبت به تفاوت ساختار مراقبتی بخش‌ها، آگاه سازی بیماران و خانواده‌شان نسبت به ادامه روند درمان و مراقبت و حمایت بالینی، اطلاعاتی و عاطفی در کنار آماده سازی بخش مقصد جهت پذیرش بیمار بود. بعد حمایت، کاهش تدریجی وابستگی و افزایش استقلال شامل مداخلاتی ازجمله آموزش مؤثر و مداومت بر آن برای رفع ابهامات و به دست آوردن اعتماد بیمار و خانواده، کاهش نگرانی آن‌ها و پیشرفت به سمت افزایش توانمندی، خود مراقبتی و استقلال تدریجی بیمار همراه با حمایت و نظارت دقیق بر روند کاهش وابستگی و درگیر کردن بیشتر خانواده در روند مراقبت بود. بعد ارتباط و تقویت سه گانه مراقبت شامل مداخلاتی ازجمله افزایش تعامل و شناخت تیم انتقال نسبت به هم و گسترش کار تیمی، ضرورت تقویت سه گانه مراقبت (پرستار- بیمار- خانواده)، مشارکت فعالانه همراهِ بیمار (دوست، همسر یا بستگان) در

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.61186/sjku.28.5.108]

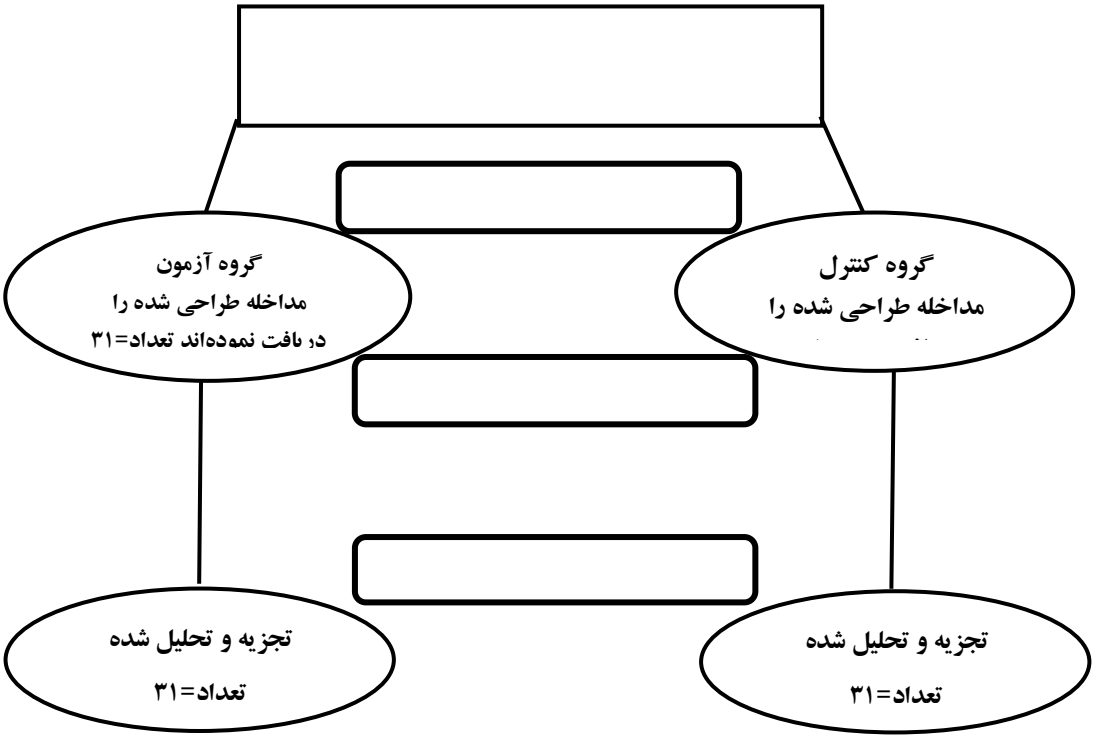
انتقال، اشتراک گذاری روند مراقبتی با آنان و حمایت عاطفی از خانواده جهت کاهش نگرانی و اضطراب به منظور ایجاد استراتژی مشترک برای انتقال ایمن بود و بعد تداوم مراقبت یکپارچه و مبتنی بر نیاز شامل مداخلاتی ازجمله لزوم ایجاد تغییرات بنیادی در حفظ تداوم مراقبت در انتقال، تقویت هماهنگی و طرح‌ریزی استراتژی‌های مشترک برای تحویل و مراقبت از بیمار با توجه ویژه به نیازها و انتظارات بیماران، دخیل کردن بیمار و خانواده در برنامه‌ها و ایجاد تغییرات مثبت در مدیریت نیروی انسانی و اصلاح ساختار فیزیکی جهت بهبود کیفیت مراقبت بود.

این برنامه به صورت هماهنگ با همکاری بیمار، پرستاران آموزش دیده مراقب در بخش مراقبت‌های ویژه قلب باز و بخش عمومی و پزشک معالج با مشارکت همراهِ بیمار (دوست، همسر یا بستگان) اجرا شد. به طور خلاصه در روز انتقال بیمار از OH-ICU نمونه مورد نظر شناسایی شده و توضیحات لازم به وی داده شده و فرم رضایت نامه آگاهانه از وی اخذ گردید. به دلیل شرایط بیمار درICU و رعایت حال بیماران کم سواد، پرسشنامه‌های اضطراب آشکار اشپیلبرگر و راحتی عمومی کولکابا قبل از مداخله از طریق مصاحبه با بیماران تکمیل شد. مداخلات مربوط به برنامه مراقبت انتقالی طراحی شده در ICU توسط پرستار مراقب در ICU اجرا شد. مداخلات مربوط به مراقبت انتقالی در بخش جراحی قلب نیز توسط پرستار مراقب در بخش جراحی قلب که از پرستاران منتخب و آموزش دیده جهت اجرای این برنامه بودند، اجرا شد. لازم به ذکر است قبل از شروع پژوهش در جلسه‌ای با حضور پژوهشگر، آموزش‌های لازم در خصوص نحوه اجرای برنامه به آنان داده شد و روش‌های اجرای برنامه توسط آنان یکسان سازی شد. مدت جلسه توجیهی و پاسخ به سؤالات پرستاران داوطلب حدود ۳۰ دقیقه بود. پژوهشگر نیز ضمن نظارت بر روند اجرای برنامه مراقبت انتقالی و ثبت آن در فرم ثبت به کارگیری برنامه مراقبت انتقالی نقش رابط را بر عهده داشت و برخی مداخلات را شخصاً پیگیری می‌نمود. در روز ترخیص بیمار و پس از اتمام آموزش‌ها پرسشنامه‌های مذکور توسط بیمار و همراه او تکمیل شد. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه اضطراب اشپیلبرگر و معیار دیداری عددی راحتی عمومی بود که قبل از مداخله و پس از اجرای مداخله در روز ترخیص بیمار تکمیل شد. مقیاس اضطراب آشکار که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته است، دارای ۲۰ گویه است و نحوه نمره دهی آن به این صورت است که به هر کدام از عباراتِ آزمون، بر اساس پاسخ ارائه شده، وزنی بین نمره ۱ (اصلاً) تا نمره ۴ (زیاد)، تخصیص می‌یابد. ده عبارت اضطراب آشکار (۲۰-۱۹-۱۶-۱۵-۱۱-۱۰-۸-۵-۲-۱) به صورت معکوس نمره دهی می‌شوند. جمع امتیازات میزان اضطراب فرد را در لحظه کنونی نشان داده و به سه دسته خفیف و متوسط به پایین (۴۲-۲۰)، متوسط به بالا (۵۳-۴۳) و نسبتاً شدید تا شدید (۸۰-۵۴) تقسیم می‌شود (۲۵). این پرسشنامه استاندارد بوده و به طور گسترده‌ای در تحقیقات مورد استفاده قرار گرفته است. ویرایش فارسی آن توسط مهرام در سال ۱۳۷۲ با ضریب پایایی بر اساس ضریب آلفا کرونباخ برای گروه هنجار به ترتیب برابر با ۰/۹۰۸۴ و ۰/۹۰۲۵ و برای گروه ملاک برابر با ۰/۹۴۱۸ تأیید شده است. علاوه بر این، پایایی آزمون در گروه هنجار ۰/۹۴۵ ثبت شده است (۲۶). در مطالعه حاضر نیز پس از بررسی روایی صوری و محتوا توسط اعضای هیئت‌علمی صاحب نظر، پایایی ابزار به روش همسانی درونی و با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۷۴ محاسبه شد. مقیاس راحتی عمومی شبیه یک خط کش ده سانتی متری (۱۰-۰) است. عدد ۱-۰: عدم احساس راحتی، عدد ۳-۲: راحتی به میزان کم، عدد ۵-۴: راحتی به میزان متوسط، عدد ۷-۶: راحتی به میزان بالا، عدد ۱۰-۹-۸: حداکثر میزان راحتی است که با استفاده از آن میزان راحتی واحدهای پژوهش به صورت خود گزارش دهی قبل از مداخله (روز انتقال بیمار ازOH- ICU به بخش جراحی قلب) و بعد از اجرای مداخله (روز ترخیص

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.61186/sjku.28.5.108]

بیمار از بیمارستان) سنجیده و در فرم مخصوص ثبت شد. این مقیاس جهت تعیین سطح راحتی مقیاسی استاندارد بوده که بارها در پژوهش‌های قبلی استفاده شده است و از پایایی و روایی مناسبی برخوردار است (۲۸و۲۷). جهت تأیید اعتماد علمی این مقیاس از مشاهده همزمان توسط پژوهشگر و همکار پژوهش استفاده شد. در نهایت داده‌ها با استفاده از آزمون مجذور کای (χ^2) و آزمون دقیق فیشر، آزمون t مستقل و زوجی در نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند. در این پژوهش سطح معنی‌داری $P<۰/۰۵$ به عنوان پایه محاسبات در نظر گرفته شده است. لازم به ذکر است قبل از شروع مطالعه و ورود به محیط پژوهش مجوزهای مربوطه از کمیته اخلاق سازمانی مشترک دانشکده پرستاری و مامایی و توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تهران اخذ شده و مداخله در مرکز کارآزمایی‌های بالینی ایران ثبت شد.



دیاگرام ۱: روش انجام مداخله بر مبنای نمودار کانسورت ۲۰۱۰

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.61186/sjku.28.5.108]

یافته‌ها

بیشتر واحدهای مورد پژوهش مرد، متأهل و ساکن سایر شهرستان‌ها به‌جز تهران بودند. بر اساس آزمون‌های آماری مجذور کای و فیشر دو گروه از نظر مشخصات جمعیت شناختی و پایه یکسان بودند. سایر مشخصات جمعیت شناختی واحدهای مورد پژوهش در جدول شماره ۱ قابل رؤیت است.

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی مشخصات جمعیت شناختی (پایه) واحدهای مورد پژوهش در دو گروه آزمون و کنترل.

	متغیر	گروه آزمون	گروه کنترل	*مقدار P*
سن	۴۶-۳۱	۶(۱۹/۴)	۸(۲۵/۸)	P=۰/۸۰۷
	۶۲-۴۷	۱۵(۴۸/۴)	۱۳(۴۱/۹)	
	۷۸-۶۳	۱۰(۳۲/۳)	۱۰(۳۲/۳)	
جنس	زن	۹(۲۹)	۸(۲۵/۸)	P=۰/۸۷۶
	مرد	۲۲(۷۱)	۲۳(۷۴/۲)	
وضعیت تأهل	مجرد	۲(۶/۵)	۴(۱۲/۹)	**P=۰/۸۳۳
	متأهل	۲۸(۹۰/۳)	۲۶(۸۳/۹)	
	مطلقه یا بیوه	۱(۳/۲)	۱(۳/۲)	
محل سکونت	تهران و البرز	۱۳(۴۱/۹)	۱۴(۴۵/۲)	**P=۱
	سایر شهرستان‌ها	۱۸(۵۸/۱)	۱۷(۵۴/۸)	
تحصیلات	بی سواد	۵(۱۶/۱)	۵(۱۶/۱)	P=۰/۹۱۵
	ابتدایی	۸(۲۵/۸)	۷(۲۲/۶)	
	متوسطه	۱۶(۵۱/۶)	۱۸(۵۸/۱)	
	دانشگاهی	۲(۶/۵)	۱(۳/۲)	
اشتغال	کارمند	۴(۱۲/۹)	۴(۱۲/۹)	P=۱
	آزاد	۱۵(۴۸/۴)	۱۵(۴۸/۴)	
	خانه دار	۹(۲۹)	۸(۲۵/۸)	
	سایر	۳(۹/۷)	۴(۱۲/۹)	
مدت زمان تشخیص بیماری	۱ ماه تا ۶ سال	۲۵(۸۰/۶)	۲۹(۹۳/۵)	**P=۰/۱۹۷
	۷ سال تا ۱۴ سال	۳(۹/۷)	۲(۶/۵)	
	۱۵ سال تا ۲۱ سال	۳(۹/۷)	۰	
سابقه بستری	بله	۷(۲۲/۶)	۹(۲۹)	P=۰/۵۶۲
	خیر	۲۴(۷۷/۴)	۲۲(۷۱)	
سابقه جراحی	بله	۱(۳/۲)	۲(۶/۵)	P=۰/۵۵۴
	خیر	۳۰(۹۶/۸)	۲۹(۹۳/۵)	
سابقه بیماری در خانواده	بله	۱۰(۳۲/۳)	۱۴(۴۵/۲)	P=۰/۲۹۷
	خیر	۲۱(۶۷/۷)	۱۷(۵۴/۸)	
سابقه جراحی در خانواده	بله	۴(۱۲/۹)	۸(۲۵/۸)	P=۰/۱۹۹
	خیر	۲۷(۸۷/۱)	۲۳(۷۴/۲)	

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.61186/sjku.28.5.108]

گروه کنترل: مداخله طراحی شده را دریافت ننموده‌اند، گروه آزمون: مداخله طراحی شده را دریافت نموده‌اند. در هر گروه مقادیر تعداد (درصد) از سنجش تعداد ۳۱ نمونه محاسبه شده است. مقدار P کمتر از ۰/۰۵ به عنوان سطح معنی داری آماری در نظر گرفته شده است.

مقدارP: نتیجه آزمون آماری مجذور کای

مقدارP: نتیجه آزمون دقیق فیشر

مقایسه میزان اضطراب واحدهای مورد پژوهش در دو گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از اجرای برنامه مراقبت انتقالی (جدول ۲) نشان داد میزان اضطراب قبل از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل در محدوده متوسط بوده است. نتیجه آزمون t مستقل که جهت مقایسه دو گروه قبل از اجرای مداخله استفاده شده است، نشان داد بین دو گروه از نظر متوسط میزان اضطراب قبل از اجرای مداخله اختلاف آماری معناداری وجود نداشته و دو گروه از این نظر همگن بوده‌اند. نتیجه آزمون t زوجی که جهت مقایسه هر یک از گروه‌ها قبل و بعد از اجرای مداخله استفاده شده است، حاکی از کاهش معنادار میزان اضطراب به سطح خفیف به پایین بوده است. میزان اثر آن در گروه آزمون ۳ و در گروه کنترل ۰/۴ بوده است. هر چند درصد تغییر میانگین میزان اضطراب در گروه آزمون ۰/۴۵ بوده و کاهش بیشتری در میزان اضطراب نسبت به درصد تغییر متوسط میزان اضطراب گروه کنترل (۰/۱۲٪) نشان داده است. به طوری که این کاهش در گروه کنترل توانسته است میزان اضطراب را به سطح خفیف و در گروه آزمون به سطح کم برساند. نتیجه آزمون t مستقل که جهت مقایسه دو گروه بعد از اجرای مداخله استفاده شده است، نیز نشان داد بین دو گروه از نظر متوسط میزان اضطراب بعد از اجرای مداخله اختلاف آماری معناداری وجود دارد (P=۰۰،۰۰).

جدول ۲: مقایسه میزان اضطراب واحدهای مورد پژوهش در دو گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از اجرای برنامه‌ی مراقبت انتقالی.

	زمان	قبل از مداخله	بعد از مداخله	*مقدار*P*
گروه آزمون	میانگین میزان اضطراب	۴۱/۶۴	۲۸/۶	۰/۰۰۰
	انحراف معیار	۹/۵	۴/۱۶	
گروه کنترل	میانگین میزان اضطراب	۴۴/۷۱	۳۹/۷۴	۰/۰۳۱
	انحراف معیار	۹/۹۳	۱۰/۲۴	
**مقدار*P*		۰/۲۰۹	۰/۰۰۰	

گروه کنترل: مداخله طراحی شده را دریافت ننموده‌اند، گروه آزمون: مداخله طراحی شده را دریافت نموده‌اند. در هر گروه مقادیر میانگین ± انحراف معیار میزان اضطراب از سنجش تعداد ۳۱ نمونه محاسبه شده است. مقدار P کمتر از ۰/۰۵ به عنوان سطح معنی داری آماری در نظر گرفته شده است.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.61186/sjku.28.5.108]

*مقدارP: نتیجه آزمون آماری t زوجی

**مقدارP: نتیجه آزمون آماری t مستقل

مقایسه میزان راحتی واحدهای مورد پژوهش در دو گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از اجرای برنامه مراقبت انتقالی (جدول ۳) نشان داد میانگین میزان راحتی قبل از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل در محدوده متوسط بوده است. نتیجه آزمون t مستقل که جهت مقایسه دو گروه قبل از اجرای مداخله استفاده شده است، نشان داد بین دوگروه از نظر متوسط میزان راحتی قبل از اجرای مداخله اختلاف آماری معناداری وجود نداشته و دو گروه از این نظر همگن بوده‌اند. نتیجه آزمون t زوجی که جهت مقایسه هر یک از گروه‌ها قبل و بعد از اجرای مداخله استفاده شده است، نشان داد میانگین میزان راحتی بعد از مداخله در گروه آزمون افزایش چشمگیری داشته و میزان اثر آن ۰/۹۸ بوده است؛ اما افرایش متوسط میزان راحتی در گروه کنترل معنادار نبوده است (P=۰/۱۲) همچنین نتیجه آزمون t مستقل که جهت مقایسه دو گروه بعد از اجرای مداخله استفاده شده است، نیز نشان داد اختلاف بین دو گروه از نظر متوسط میزان راحتی بعد از اجرای مداخله از لحاظ آماری معنادار است (P=۰۰۰,۸).

جدول ۳: مقایسه میزان راحتی عمومی واحدهای مورد پژوهش در دو گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از اجرای برنامه‌ی مراقبت انتقالی.

	زمان	قبل از مداخله	بعد از مداخله	*مقدارP
گروه آزمون	میانگین میزان راحتی عمومی	۷/۱۳	۸/۷۱	۰/۰۰۰
	انحراف معیار	۱/۷۱	۱/۰۴	
گروه کنترل	میانگین میزان راحتی عمومی	۶/۸۷	۷/۹۳	۰/۰۱۲
	انحراف معیار	۲/۱۹	۱/۱۸	
**مقدارP		۰/۶۰۶	۰/۰۰۸	

گروه کنترل: مداخله طراحی شده را دریافت ننموده‌اند، گروه آزمون: مداخله طراحی شده را دریافت نموده‌اند. در هر گروه مقادیر میانگین ± انحراف معیار میزان راحتی عمومی از سنجش تعداد ۳۱ نمونه محاسبه شده است. مقدار P کمتر از ۰/۰۵ به عنوان سطح معنی داری آماری در نظر گرفته شده است.

*مقدارP: نتیجه آزمون آماری tزوجی

**مقدارP: نتیجه آزمون آماری tمستقل

بحث

هدف از این مطالعه تعیین تأثیر اجرای برنامه مراقبت انتقالی طراحی شده بر میزان اضطراب و راحتی عمومی بیماران تحت جراحی پیوند عروق کرونر هنگام انتقال بیمار از بخش مراقبت‌های ویژه جراحی قلب باز به بخش عمومی بود. نتایج نشان داد برنامه مراقبت انتقالی طراحی شده توانسته است به طور معنی‌داری موجب کاهش اضطراب و افزایش راحتی عمومی بیماران تحت جراحی پیوند عروق کرونر شود.

ماهیت ICU و شرایط حاکم بر آن و همچنین فرایند انتقال بیمار به محیط ناآشنا موجب استرس، اضطراب و ناراحتی شده و آسایش بیمار را مختل می‌کند که در بسیاری از مطالعات مورد تأکید قرار گرفته است (۳۰ و ۲۹). مطالعات نشان داده‌اند بیماران در هنگام انتقال از بخش مراقبت‌های ویژه به بخش عمومی اضطراب جابه جایی دارند (۳۱و۱۱). در مطالعه‌ای که به طور اختصاصی روی بیماران تحت جراحی قلب انجام شد هم نشان داد بیماران پس از جراحی

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.61186/sjku.28.5.108]

قلب ناراحتی جسمی و درد زیادی را تجربه می‌کنند. تجربه روانشناختی جراحی قلب نیز با احساسات منفی همراه است؛ لذا محققان مکان ارزیابی زودرس و مداخله برای کاهش خطر درازمدت را پیشنهاد دادند (۳۲). بدیهی است همواره باید راهکارهای عملی برای بهبود کیفیت مراقبت مد نظر قرار گیرد. شناسایی، درک و بهبود تجربیات عاطفی، جسمی و شناختی و متعاقب آن نیازهای بیماران هنگام انتقال از بخش‌های مراقبت ویژه به بخش عمومی اهمیت بسیار دارد. همچنین در مراحل اولیه انتقال بیمار، نیازهای جسمی و عاطفی به وجود آمده و بسته به سطح ناتوانی، برخی از نیازهای حمایتی نیز همچنان ادامه دارد و یا در سراسر زنجیره بهبودی تکامل می‌یابند(۳۳). به نظر می‌رسد آگاهی از نیازهای انتقالی، توانمندسازی و آموزش بیمار، حمایت عاطفی از بیمار در طول انتقال به بخش عمومی توسط پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه، پرستاران بخش عمومی و سایر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی از موضوعات مهم برای بهبود راحتی و کاهش اضطراب انتقال است (۳۴)؛ لذا به‌کارگیری مداخلات مناسب که این ابعاد را پوشش دهد ضروری است. برنامه مراقبت انتقالی طرحی شده در مطالعه حاضر دارای ابعاد و ویژگی‌هایی بود که به نحو مقتضی آن را در برمی‌گرفت و در ادامه به جزییات آن پرداخته خواهد شد.

بومیلک و همکاران (۲۰۱۹) به بررسی استراتژی‌های مراقبت انتقالی بر پارامترهای فیزیکی و روانی شامل اضطراب و عدم راحتی بیماران بستری درICU پرداختند. استراتژی مراقبت انتقالی شامل برنامه‌ریزی برای ترخیص بیمار از ICU، تحویل مستقیم، تشویق بیمار به استقلال، درگیر کردن خانواده در انتقال و ویزیت بیمار توسط کارکنانICU بود (۳۵) که تا حد زیادی مشابه مداخلات مراقبت انتقالی طراحی شده مطالعه حاضر بود. نتایج حاکی از تأثیر معنی‌دار بر متغیرهای تحت مطالعه بود. نتایج مطالعه دیگری نیز با هدف توسعه و بررسی تأثیر برنامه مراقبت انتقالی پرستاری برای بیماران و مراقبان خانوادگی در بخش مراقبت‌های ویژه مغز و اعصاب، نشان داد بیماران گروه مداخله اضطراب انتقال کمتری را نسبت به گروه کنترل تجربه کردند (۲۲). از آنجایی که برخی ویژگی‌های این برنامه مشابه برنامه حاضر بود می‌توان ادعا کرد که نتایج در راستای مطالعه حاضر بوده است.

مطالعه مشابه دیگری که مشخصاً تأثیر برنامه مراقبت انتقالی را از بخش مراقبت ویژه جراحی قلب باز به بخش عمومی بسنجد در دست نیست اما مطالعاتی که از مداخلات پراکنده بهره برده‌اند هم نشان دادند کاهش اضطراب و بهبود راحتی از مهم‌ترین نتایج به‌کارگیری مداخلات سازمان دهی شده هنگام انتقال بیمار از بخش مراقبت‌های ویژه به بخش عمومی است (۳۴و۲۱). مطالعه دیگری نشان داد اکثر افراد پریشانی جابجایی را نه تنها به دلیل مشکلات جسمی و عاطفی مربوط به بیماری و معالجه خود که به دلیل اضطراب اجتناب ناپذیر ناشی از خروج از یک محیط محافظت شده تجربه می‌کنند. این موارد شامل نگرانی‌های خاصی در مورد ارتباطات، تغذیه، مراقبت و حمایت توسط پرستاران و نیز سازماندهی بخش و محیط است (۳۶). برای پوشش این امر ارزیابی و آماده‌سازی بیمار قبل از انتقال هم از لحاظ آماده سازی محیط و امکانات و هم از لحاظ آماده سازی جسمی و روانی بیمار، در کنار کاهش تدریجی سطح وابستگی بیمار در ابعاد مختلف برنامه مراقبت انتقالی طراحی شده در مطالعه حاضر در نظر گرفته شده بود. نتایج همچون مطالعه فوق، نشان داد که با به کار بردن برنامه مراقبت انتقالی سطح راحتی بیماران پس از انتقال افزایش یافته و اضطراب آنان کاهش یافته است. حمایت عاطفی از بیمار در طول انتقال به بخش عمومی توسط پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه، پرستاران بخش عمومی و سایر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی و ملاقات آزاد با خانواده بر اساس مطالعه یاری باجلانی و همکاران (۲۰۱۹) می‌تواند در کاهش اضطراب و افزایش رضایت بیمار نقش داشته باشد(۳۷). همچنان که در

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.61186/sjku.28.5.108]

برنامه مراقبتی حاضر به لزوم همراهی خانواده در انتقال، رفع تناقضات اطلاعاتی، درگیر کردن خانواده در مراقبت انتقالی، ارتقاء تبادل اطلاعات و تقویت مثلث مراقبتی شامل بیمار، خانواده و پرستار و حمایت بیمار تأکید شده بود.

نتایج سایر مطالعات نشان داده است که عدم اطلاع از وضعیت سلامت، شدت بیماری، عوارض آن و روش‌های درمانی برای بیماران استرس زا است. دریافت اطلاعات ناقص منجر به اضطراب و سرخوردگی در بیماران و همچنین بروز ناراحتی و مقاومت در برابر درمان در آن‌ها می‌شود (۳۸). روشتون و همکاران (۲۰۱۷) معتقد بودند آموزش فردی و مراقبت بیمار محور باعث می‌شود بیماران راحتی بیشتری تجربه کنند، فرایند ترخیص روان‌تر شده و از مشکلات بعد از ترخیص و جراحی مجدد جلوگیری شود (۳۹). در برنامه مراقبتی حاضر نیز مراقبت یکپارچه بر اساس نیاز به عنوان هسته اصلی برنامه مراقبت انتقالی و حمایت و آموزش به عنوان بخشی از آماده سازی بیمار و خانواده در روند کسب تدریجی استقلال در نظر گرفته شده بود و آموزش به عنوان یک مداخله مهم در برنامه مراقبت انتقالی گنجانده شده بود. با توجه به اینکه اکثر واحدهای پژوهش دارای تحصیلات متوسطه بودند، انتظار می‌رفت آموزش‌ها بسیار مثمر ثمرتر باشد. برآیند اجرای این برنامه نشان داد که این برنامه توانسته است بر اضطراب و راحتی تأثیرگذار باشد.

با توجه به نتیجه مطالعه حاضر، می‌توان از برنامه طراحی شده در هنگام انتقال بیماران از بخش‌های مراقبت ویژه به نحو مقتضی استفاده نمود. با این وجود با توجه به ابعاد مختلف برنامه طراحی شده، می‌توان پژوهش‌هایی در جهت بررسی تأثیر آن بر سایر جنبه‌های فیزیولوژیک و روانی یا در گروه‌های مختلف بیماران نیز ترتیب داد. یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر عدم امکان تصادفی سازی و استفاده از چند مرکز در بخش نمونه‌گیری به دلیل تفاوت در محیط، ساختار و فرایند ارائه مراقبت در بیمارستان‌های مختلف بود. یکی دیگر از چالش‌های تیم تحقیق در بخش کمی، کم بودن تعداد نمونه‌ها بر اساس معیارهای ورود، بستری شدن بیماران بدحال و نیازمند به جراحی فوری در برهه زمانی مصادف با شیوع بیماری کووید- ۱۹ بود. با این وجود سعی شد با طولانی کردن اجرای این برنامه، اهتمام کامل و نظارت بر تمام مراحل خدشه‌ای بر بنیان پژوهش وارد نشود.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج این پژوهش، برنامه مراقبت انتقالی طراحی شده بر سطح اضطراب و راحتی عمومی بیماران تحت CABG هنگام انتقال از OH-ICU به بخش عمومی تأثیرگذار بوده است؛ لذا این مداخله می‌تواند به عنوان یک برنامه مراقبتی مناسب توسط پرستاران پیشنهاد و اجرا گردد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش بخشی از طرح تحقیقاتی به شماره ۹۶۱۱۱۹۹۰۰۷ بوده و هزینه آن توسط دانشگاه علوم پزشکی تهران تأمین شده است. این طرح توسط کمیته اخلاق سازمانی مشترک دانشکده پرستاری و مامایی و توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تهران (IR.TUMS.FNM.REC.1398.020) تأییدشده و در مرکز کارآزموده‌های بالینی ایران به شماره IRCT20100531004062N2 ثبت شده است. هیچ یک از نویسندگان تعارض منافع برای انتشار مقاله اعلام نمی‌کنند. بدین‌وسیله از بیماران و کارکنان محترم بیمارستان امام خمینی تهران که ما را در اجرای این طرح یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.61186/sjku.28.5.108]

منابع

1.Virani SS, Alonso A, Aparicio HJ, Benjamin EJ, Bittencourt MS, Callaway CW, et al. Heart disease and stroke statistics—2021 update: a report from the American Heart Association. Circulation. 2021;143(8):e254-e743.
2.Sarrafzadegan N, Mohammmadifard N .Cardiovascular disease in Iran in the last 40 years: prevalence, mortality, morbidity, challenges and strategies for cardiovascular prevention. Arch Iran Med. 2019;22(4):204-10.
3.World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. [Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO:CIP]. Available from: http://apps.who.int/iris.
4.Selzer A. Atherosclerosis and Coronary Disease: The Heart. Berkeley: University of California Pres; 2020.
5.Amirian Z, Jalali R, Rigi F, Nadery A, Amirian M, Salehi S .Comparison of the quality of life in patients after coronary artery bypass graft surgery (CABG) in the rural and urban communities. J Kermanshah Univ Med Sci. 2014;18(4): e74113.
6.Mohsenipouya H, Majlessi F, Forooshani A, Ghafari R .The effects of health promotion model-based educational program on self-care behaviors in patients undergoing coronary artery bypass grafting in Iran. Electron Physician. 2018;10(1):6255-64.
7.Karlsson V, Bergbom I, Forsberg A. The lived experiences of adult intensive care patients who were conscious during mechanical ventilation: a phenomenological-hermeneutic study. Intensive Crit Care Nurs. 2012;28(1):6-15.
8.Ghods AA, Keramati A, Mirmohamadkhani M, Esmaeili R, Asgari MR. Anxiety and associated factors in patients undergoing coronary artery bypass surgery. J Maz Univ Med Sci. 2019;28(170):127-37.
9.Strahan EH, Brown RJ. A qualitative study of the experiences of patients following transfer from intensive care. Intensive Crit Care Nurs. 2005;21(3):160-71.
10.Cullinane JP, Plowright CI. Patients' and relatives' experiences of transfer from intensive care unit to wards. Nurs Crit Care. 2013;18(6):289-96.
11.Zakerimoghadam M, Ghyasvandian S, Asayesh H, Jodaki K. Prevalence of anxiety in process of transferring patients from cardiac surgery intensive care unit to the general ward. Crit Care Nurs J. 2016; 9(3):e8001.
12.Carpenito LJ. Nursing care plans: Transitional patient & family centered care.7th ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2017; 185-6.
13.Chauvet-Gelinier J-C, Bonin B. Stress, anxiety and depression in heart disease patients: A major challenge for cardiac rehabilitation. Ann Phys Rehabil Med. 2017;60(1):6-12.
14.Bosch- Alcaraz A, Falcó- Pegueroles A, Jordan I. A literature review of comfort in the paediatric critical care patient. J Clin Nurs. 2018;27(13-14):2546-57.
15.Berntzen H, Bjørk IT, Storsveen AM, Wøien H. "Please mind the gap": A secondary analysis of discomfort and comfort in intensive care. J Clin Nurs. 2020; 29(13-14):2441-54.
16.Zetterlund P, Plos K, Bergbom I, Ringdal M. Memories from intensive care unit persist for several years—a longitudinal prospective multi-centre study. Intensive Crit Care Nurs. 012;28(3):159-67.
17.Naylor MD, Aiken LH, Kurtzman ET, Olds DM, Hirschman KB. The importance of transitional care in achieving health reform. Health aff. 2011;30(4): 746-54.
18.Yuroong A, Asdornwised U, Pinyopasakul W, Wongkornrat W, Chansatitporn N. The effectiveness of the transitional care program among people awaiting coronary artery bypass graft surgery: A randomized control trial. J Nurs Scholarsh. 2021;53(5):585-94.
19.Li Y, Fang J, Li M, Luo B. Effect of nurse-led hospital-to-home transitional care interventions on mortality and psychosocial outcomes in adults with heart failure: a meta-analysis. Eur J Cardiovasc Nurs. 2022;21(4):307-17.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.61186/sjku.28.5.108]

20.Manookian A, Nayeri ND, Negarandeh R, Shali M. The lived experiences of intensive care patients on transfer to a general ward. Nurs Pract Today. 2015;2(2):52-61.
21.Jodaki K, Ghyasvandian S, Abbasi M, Kazemnejad A, Zakerimoghadam M. Effect of liaison nurse service on transfer anxiety of patients transferred from the cardiac surgery Intensive Care Unit to the general ward. Nurs. Midwifery Stud. 2017;6(1):e33478.
22.Yun SH, Oh EG, Yoo YS ,Kim SS, Jang YS. Development and effects of a transition nursing program for patients and family caregivers at a neurological ICU in Korea. Clin Nurs Res. 2017;26(1):27-46.
23.Josepha op't SAJ, Eskes AM, van Mersbergen-de MPJ, Pelgrim T, van der Hoeven H, Vermeulen H, et al. The effects of intensive care unit-initiated transitional care interventions on elements of post-intensive care syndrome: A systematic review and meta-analysis. Aust Crit Care. 2022;35(3):309-20
24.Lee E-Y, Park J-H. A phenomenological study on the experiences of patient transfer from the intensive care unit to general wards. Plops one. 2021;16(7): e0254316.
25.Spielberger CD, Gonzalez-Reigosa F, Martinez-Urrutia A, Natalicio LF, Natalicio DS. The State-Trait Anxiety Inventory. Interam J Psychol. 2017; 5(3, 4); 145-58.
26.Mahram B. Validation of Eshpil berger anxiety test in Mashhad. Tehran: University of Education. 1994.
27.Turki B, Firouzjaei IT, Azizi-Qadikolaee A, Turki F, Taghadosi M. The Effect of Lavender Oil on Pain and Comfort in Cardiac Patients after Injection of Enoxaparin. Iran J Nurs Res. 2019;14(4):21-6.
28.Niknam Sarabi H, Farsi Z, Pishgooie SAH. The Effect of Flat Angle on Patient Comfort after Sheet Removal after Femoral Angiography in Patients Referred to a Selected Military Hospital. Mil Caring Sci. 2020;7(3):215-24.
29.Henderson P, Quasim T, Asher A, Campbell L, Daniel M, Davey L, et al. Post-intensive care syndrome following cardiothoracic critical care: Feasibility of a complex intervention. J Rehabil Med. 2021;53(6).
30.Yahui Y, Juan W, Huifen X, Xiaoqin L, Yinan W, Yang G, et al. Experiences and Needs of Patients and Relatives During Hospitalization in an Intensive Care Unit in China: A Qualitative Study. J Transcult Nurs. 2022;33(2):141-9.
31.Tonkuş MB, Doğan S, Atayoğlu AT. Transfer anxiety in critical care patients and their caregivers. Fam Pract Palliate Care. 2020;5(3):82-9.
32.Ball K, Swallow V .Patient experiences of cardiac surgery and nursing care: a narrative review. J Card Nurs. 2016;11(7):348-58.
33.King J, O'Neill B, Ramsay P, Linden MA, Medniuk AD, Outtrim J, et al. Identifying patients' support needs following critical illness: a scoping review of the qualitative literature. Crit Care .2019;23(1):1-12.
34.Lee S, Oh H, Suh Y, Seo W. A tailored relocation stress intervention programme for family caregivers of patients transferred from a surgical intensive care unit to a general ward. J Clin Nurs. 2017;26(5-6):784-9.
35.Bhowmik SR, Dasila P, Deshpande A, Bhattacharjee T. Impact of Transitional Care Strategies on Physical and Psychological parameters among ICU patients. Nurs Health Sci . 2019;8(4):49-53.
36.Häggström M, Asplund K, Kristiansen L. How can nurses facilitate patient's transitions from intensive care?: a grounded theory of nursing. Intensive Crit. Care Nurs. 2012;28(4):224-33.
37.Yari-Bajelani B, Khaleghparast S, Imanipour M, Totonchi Z, Gholami A, Shahrabadi S. The effect of open visiting policy on sleep quality, anxiety, and patient satisfaction after coronary arteries bypass graft surgery. J Cardiovasc Nurs . 2019;7(4):6-13.
38.Pian W, Song S, Zhang Y. Consumer health information needs:A systematic review of measures. Inf Process Manag. 2020;57:102077.
39.Rushton M, Howarth M, Grant MJ, Astin F. Person- centred discharge education following coronary artery bypass graft: A critical review. J Clin Nurs. 2017;26(23-24):5206-15.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.61186/sjku.28.5.108]