Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty, 2019; Vol 5(3), Winter, pp 43-53.

The Effect of Primary Nursing Care on Patient Satisfaction after Coronary Angioplasty

Fatemehkobra Shafiei[1], Bahare Zarei[2], Shahnaz Tabiei[3]*

1-MSc Student in Emergency Nursing, Nursing and Midwifery College, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.
2-MSc in Nursing, Faculty Member, East Nursing and Midwifery Research Center, Nursing and Midwifery college, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.
3-MSc in Nursing, Faculty Member, East Nursing and Midwifery Research Center, Nursing and Midwifery college, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.

***Corresponding author:** Shahnaz Tabiei, **Email:** shahnaztabiee@bums.ac.ir **Tel:** 05631624000

Received: 5 Oct 2019 **Accepted:** 20 Dec 2019

Abstract

Background & Aim: The results of the studies indicate that the method of care after coronary angioplasty and its continuation has a significant effect on the rapid recovery of the patient, reducing the length of hospital stay and the need for surgery. Among different types of nursing care, primary care is associated with maximum patient-centered care and continuity of care. This study aimed to determine the effect of applying primary nursing care on patient satisfaction after coronary angioplasty.

Material & Methods: This randomized controlled trial was performed on 60 patients after coronary angioplasty in CCU ward of Razi Hospital of Birjand. Patients in the control group received routine care and in the experimental group, primary nursing care was administered based on the nursing process. Implementation care was done in the early morning shift by primary nurses and assistant nurses at night shift. At the time of discharge, the Patient Satisfaction Inventory (PSI) was completed by the patients. Data were analyzed by SPSS-16 software using independent t-test.

Results: The results showed that there was no significant difference between mean score of satisfaction and its domains in both groups after intervention.

Conclusion: Although the patient satisfaction score and its dimensions increased in the experimental group, this increase was not significant compared to the control group. This result may be related to the routine nursing care delivery in the ward as well as the limited time of presence of patients undergoing coronary angioplasty in cardiac care unit.

Keyword: Primary nursing care, Satisfaction, Nursing care behaviors, Coronary angioplasty

How to cite this article:
Shafiei F, Zarei B, Tabiei Sh. The Effect of Primary Nursing Care on Patient Satisfaction after Coronary Angioplasty. Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty. 2019: 5 (3): 43-53.
URL: http://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-282-fa.html

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

Copyright © 2019 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 (CCBY-NC), 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.

تأثیر اجرای روش مراقبت پرستاری اولیه بر رضایت بیماران بعد از آنژیوپلاستی عروق کرونر

فاطمه کبری شفیعی[1]، بهاره زارعی[2]، شهناز طبیعی*[3]

۱-دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری گرایش اورژانس، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. بیرجند، ایران.

۲-کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیئت‌علمی، مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی شرق کشور، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

۳-کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیئت‌علمی، مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی شرق کشور، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

***نویسنده مسئول:** شهناز طبیعی، تلفن: ۰۵۶۳۱۶۲۴۰۰۰، ایمیل: shahnaztabiee@bums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۷/۱۳ **تاریخ پذیرش:** ۱۳۹۸/۹/۲۹

چکیده

زمینه و هدف: نتایج مطالعات حاکی از آن است که نحوه مراقبت پس از آنژیوپلاستی عروق کرونر و تداوم آن تأثیر مهمی در بهبودی سریع بیمار، کاهش طول مدت بستری، کاهش نیاز به عمل جراحی و ارتقاء رضایت بیمار دارد. در بین انواع روش‌های مراقبت پرستاری، روش مراقبت اولیه با حداکثر بیمار محوری و نیز تداوم مراقبت همراه است. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر اجرای روش مراقبت پرستاری اولیه بر رضایت بیماران بعد از انجام آنژیوپلاستی عروق کرونر انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مداخله‌ای تصادفی، ۶۰ بیمار بعد از آنژیوپلاستی عروق کرونر در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی بیمارستان رازی بیرجند، به روش تخصیص تصادفی ساده به دو گروه ۳۰ نفر تقسیم شدند. بیماران گروه کنترل مراقبت معمول بخش را دریافت نمودند و برای بیماران گروه آزمون، مراقبت پرستاری اولیه بر اساس فرایند پرستاری اجرا شد. در زمان ترخیص پرسشنامه استاندارد رضایت بیمار (PSI) توسط بیماران تکمیل گردید. داده‌های جمع‌آوری‌شده با استفاده از نرم افزارSPSS نسخه ۱۶ و آزمون تی مستقل تجزیه وتحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که میانگین نمره‌ی رضایت بیمار و حیطه‌های آن در دو گروه آزمون و کنترل اختلاف آماری معناداری نداشت.

نتیجه‌گیری: با وجود اینکه نمره رضایت بیمار و ابعاد آن در گروه آزمون افزایش یافت اما این افزایش در مقایسه با گروه کنترل معنادار نبود. این نتیجه شاید مربوط به روش اجرای مراقبت پرستاری معمول در بخش و نیز محدود بودن زمان حضور بیماران تحت آنژیوپلاستی عروق کرونر در بخش مراقبت ویژه قلبی باشد.

واژه‌های کلیدی: مراقبت پرستاری اولیه، رضایت بیمار، آنژیوپلاستی عروق کرونر.

مقدمه

بیماری‌های عروق کرونر در بین شایع‌ترین بیماری‌ها در سراسر جهان قرار دارند و از جمله علل مهم مرگ و میر بشمار می‌روند (۱). امروزه از روش آنژیوپلاستی عروق کرونر که روش کمتر تهاجمی نسبت به بای پس عروق کرونر است، استفاده می‌شود. این روش به طور گسترده در درمان بیماری‌های عروق کرونر مورد استفاده قرار می‌گیرد و می‌تواند میزان بقا و کیفیت زندگی را در این بیماران بهبود می‌بخشد (۲). با این وجود طی مدت‌زمان شش ماه بعد از آنژیوپلاستی، ۱۵ تا ۴۰ درصد بیماران دچار عود بیماری یا تنگی مجدد عروق می‌شوند که این مشکل می‌تواند باعث پیامدهای معکوسی چون تکرار آنژیوپلاستی، جراحی قلب باز و حتی مرگ شود (۴ و ۳).

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

عوارض احتمالی ضمن آنژیوپلاستی شامل جدا شدن لایه‌های رگ، سوراخ شدن دیواره رگ، انسداد ناگهانی یا اسپاسم سرخرگ کرونر، انفارکتوس حاد میوکارد، تاکیکاردی بطنی و ایست قلبی است. در چنین شرایطی ممکن است نیاز به جراحی فوری باشد (۵). از طرفی جراحی بای پس عروق کرونر سبب درد حاد و شدید ناحیه‌ی استرنوم می‌شود که در ساعات نخست بعد از جراحی شروع و طی ۲۴ ساعت پس از عمل به حداکثر میزان خود می‌رسد. درد پس از عمل جراحی منجر به عوارض فراوانی همچون اختلال در عملکرد سیستم تنفسی، عدم توانایی سرفه کردن، بی‌حرکتی، تأخیر در خارج شدن از تخت، در نتیجه رکود خون، آمبولی و مرگ ناگهانی می‌شود (۷ و ۶). از آنجائی که عمل جراحی با عوارض متعددی همراه است، مراقبت و تداوم آن بعد از آنژیوپلاستی ممکن است نیاز به جراحی را کاهش دهد یا به تأخیر بیندازد. نحوه مراقبت و تداوم آن تأثیر مهمی در بهبودی سریع بیمار، کاهش طول مدت بستری، کاهش نیاز به عمل جراحی و ارتقاء رضایت بیمار دارد (۸).

رضایت بیمار از شاخص‌های مهم کیفیت مراقبت بهداشتی است و در ایران وزارت بهداشت از سال ۱۳۹۰، کلیه بیمارستان‌ها را موظف به سنجش رضایتمندی بیماران و انجام مداخلات لازم برای افزایش رضایت بیمار کرده است (۹). رضایت بیمار پدیده‌ای پیچیده و چندبعدی است و رضایتمندی بیماران متأثر از برداشت ذهنی، میزان آگاهی بیماران از حقوق خود، مهارت برقراری ارتباط کارکنان درمانی با بیمار و عوامل متعددی مانند زمینه‌های فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی، شخصیتی و ویژگی جمعیت شناختی از قبیل سن، جنسیت و سطح تحصیلات است (۱۰). مطالعات پیشین نشان داده‌اند که شیوه مراقبت‌های پرستاری بخصوص مراقبت‌های بیمار محور می‌تواند بر رضایت بیماران از ارائه خدمات پرستاری تأثیرگذار باشد (۱۱).

یکی از روش‌های مراقبت که با حداکثر بیمارمحوری همراه است، مراقبت پرستاری اولیه است که در اوایل دهه ۱۹۷۰ متداول گردید. در این نوع مراقبت، پرستار ضمن جلب اعتماد بیمار، مسئولیت مراقبت ۲۴ ساعته از ۱ تا ۳ بیمار را بر عهده می‌گیرد و در تمامی مراحل مراقبت شامل بررسی بیمار، تشخیص‌های پرستاری، برنامه‌ریزی، اجرای مراقبت و ارزشیابی مسئول مستقیم مراقبت از بیمار، پرستار اولیه خواهد بود. در این روش، مواردی مانند دوباره‌کاری، انجام مراقبت‌های موازی، کاهش تداوم مراقبت و ارتباط ضعیف با بیمار اتفاق نمی‌افتد و ارتباط پرستار با بیمار به‌صورت مداوم است. لیکن، در صورت در دسترس نبودن پرستار اولیه، پرستاران دستیار برنامه مراقبتی را اجرا می‌کنند (۱۲).

در بخش‌های مراقبت ویژه قلبی، مراقبت‌های پرستاری به صورت موردی انجام می‌شود. در این نوع مراقبت، گرچه حداکثر مراقبت از ۳ تا ۴ بیمار در هر شیفت به یک پرستار واگذار می‌شود لیکن، تداوم مراقبت وجود ندارد. بدین معنی که در شیفت-های بعد، مراقبت از این بیمار بر عهده پرستار دیگری خواهد بود. لذا، مواردی مانند دوباره‌کاری، انجام مراقبت‌های موازی، کاهش تداوم مراقبت و ارتباط ضعیف با بیمار محتمل خواهد بود (۱۳، ۱۴).

در خصوص اجرای روش مراقبت اولیه و اثرات آن، مطالعات محدودی در دسترس است. در مطالعه خطیبیان و همکاران (۱۳۸۱) که به بررسی تأثیر اجرای سازمان‌دهی مراقبت پرستاری اولیه بر رضایت بیماران و

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

پرستاران پرداخت، یافته‌ها حاکی از افزایش معنی‌دار رضایتمندی بیماران و پرستاران در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی بود (۱۵). در همین راستا، فضل الهی وهم کاران (۱۳۹۵) در پژوهشی با هدف تعیین تأثیر مراقبت پرستاری اولیه بر رضایت پرستار، بیمار و خودمراقبتی بیماران بعد از جراحی قلب باز، گزارش کردند که به‌کارگیری این مدل سبب افزایش رضایت بیمار، آگاهی خود مراقبتی و رضایت پرستاران شد (۱۱). نتایج مطالعه Wan و همکاران (۲۰۱۱) نیز حاکی از افزایش رضایت‌مندی بیماران و کاهش عوارض بعد از زایمان در اجرای مراقبت پرستاری اولیه نسبت به مراقبت وظیفه محور بود (۱۶). همچنین، نتایج مطالعه شرفی وهم کاران (۱۳۹۴) که در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی انجام شد، نشان داد که درروش مراقبت پرستاری اولیه نمره کیفیت مراقبت و نیز بعد ارتباطی آن بیشتر از روش مراقبت موردی بود (۱۷). مروری در بانک‌های اطلاعاتی گوناگون نشان داد که مطالعه‌ای که به بررسی تأثیر اجرای روش مراقبت پرستاری اولیه بر رضایت بیماران بعد از آنژیوپلاستی عروق کرونر بپردازد، یافت نشد. با توجه به اهمیت احساس رضایت بیمار بعد از آنژیوپلاستی و تجربه پژوهشگر اصلی از سال‌ها ارائه خدمت در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی و مراقبت‌های بعد از آنژیوپلاستی در خصوص ضعف‌های مراقبت موردی، مطالعه حاضر باهدف تعیین تأثیر اجرای روش مراقبت پرستاری اولیه بر رضایت بیماران از رفتارهای مراقبتی پرستاران بعد از انجام آنژیوپلاستی عروق کرونر انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مداخله‌ای شاهد دار تصادفی شده بر روی ۶۰ بیمار بعد از آنژیوپلاستی عروق کرونر انجام شد. پس از اخذ تأییدیه کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بیرجند و اخذ مجوزهای لازم، پژوهشگر اصلی به بخش مراقبت‌های ویژه قلبی بیمارستان رازی شهر بیرجند مراجعه کرد و اقدام به جمع‌آوری نمونه‌های موردپژوهش نمود. حجم نمونه بر اساس مطالعه فضل الهی وهم کاران (۱۱) و بر اساس فرمول مقایسه دو میانگین، حجم نمونه در هر گروه ۳۰ نفر و در مجموع ۶۰ بیمار برآورد گردید. جهت اجرای پژوهش، ابتدا پژوهشگر ضمن معرفی خود، اهداف مطالعه و چگونگی اجرای آن را برای پرستاران توضیح داد. سپس، از بین ۱۶ پرستار شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه، ۸ نفر که مایل به مشارکت در اجرای طرح مراقبت پرستاری اولیه در نقش دستیار پرستار اولیه بودند، آمادگی خود را اعلام کردند. سپس، پژوهشگر طی ۴ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای اقدام به آموزش نحوه اجرای مراقبت پرستاری اولیه به سرپرستار و دستیاران نمود. محتوای آموزشی شامل اصول زمینه‌ای پرستاری اولیه، نقش پرستار اولیه و پرستار دستیار، نوشتن تشخیص‌های پرستاری برای بیماران، طرح‌ریزی مراقبت ۲۴ ساعته، اولویت‌بندی اهداف و ثبت آن در برگه گزارش، اصول آموزش به بیمار، بررسی نیازهای آموزشی بیمار، نحوه آموزش به بیمار به سرپرستار و پرستاران واجد شرایط آموزش داده شد. همچنین، در خصوص نحوه کنترل و نظارت بر عملکرد پرستاران، چگونگی اجرای پرستاری اولیه و تقسیم بیماران در بین پرستاران به سرپرستار بخش نیز آموزش‌های لازم داده شد. معیارهای ورود بیماران شامل رضایت آگاهانه برای حضور در مطالعه، سن بین ۳۰ تا ۶۵ سال، انجام آنژیوپلاستی برای اولین بار، توانایی برقراری ارتباط، عدم ابتلا به بیماری‌های روانی، عدم مصرف داروهای اعصاب و روان، اشتغال نداشتن در سیستم بهداشتی- درمانی و داشتن حداقل سواد ابتدایی بود. معیارهای خروج بیماران شامل عدم

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

تمایل به ادامه همکاری در هر مرحله از اجرای مداخله و بروز هرگونه عارضه‌ای که منجر به انتقال بیمار به بخش دیگری شود، بود. انتخاب نمونه‌های پژوهش از بین کلیه بیمارانی که بعد از آنژیوپلاستی عروق کرونر به بخش مراقبت‌های ویژه قلبی منتقل شدند، صورت گرفت.

در بدو ورود بیمار به بخش، اهداف مطالعه توسط پژوهشگر برای کلیه بیماران بیان شد. سپس، از بین بیمارانی که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند، با استفاده از روش تخصیص تصادفی ساده (برداشتن کارت‌های اعداد زوج و فرد) بیماران به دو گروه ۳۰ نفر تقسیم شدند. برای بیماران گروه آزمون مراقبت‌های پرستاری اولیه بر اساس فرایند پرستاری در ۵ مرحله بررسی، تشخیص، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی انجام شد. بیماران گروه کنترل روش معمول مراقبت پرستاری در بخش را دریافت کردند. در اجرای روش مراقبت اولیه، یک پرستار (پژوهشگر اصلی) به‌عنوان پرستار اولیه مسئولیت ۱ تا ۳ بیمار را در هر شیفت کاری به عهده گرفت و در بدو پذیرش، مصاحبه با بیمار و بررسی وی را انجام می‌داد. بعد از بررسی دقیق بر اساس فرم ارزیابی اولیه که در پرونده بیمار موجود بود، مشکلات مراقبتی به شکل تشخیص‌های پرستاری تدوین شد و برای هر بیمار برنامه مراقبتی با نظارت پزشک معالج، سرپرستار و با کمک پرستاران دستیار طراحی گردید. مسئولیت اجرای برنامه‌های طراحی شده در شیفت صبح با پرستار اولیه و در سایر شیفت‌ها با پرستار دستیار بود. کنترل اجرای مراقبت‌ها توسط پرستار اولیه به صورت حضوری یا تلفنی انجام می‌شد. همچنین در اجرای برنامه علاوه بر انجام مراقبت‌های برنامه‌ریزی‌شده، آموزش به بیماران بر اساس نیازهای آموزشی آن‌ها (رژیم غذایی، فعالیت، مصرف دارو، کنترل نبض، فشارخون و عوارض بیماری) به صورت آموزش چهره به چهره و نیز استفاده از پمفلت آموزشی انجام شد. پمفلت آموزشی توسط پژوهشگر تهیه گردید و پس از تائید اساتید راهنما و مشاور در اختیار بیماران قرار گرفت. کنترل اجرای روش مراقبت پرستاری اولیه توسط سرپرستار نیز صورت گرفت. به این منظور از لیست کنترل راهنمای مراقبتی پرستار اولیه که توسط شرفی و همکاران (۱۳۹۴) طراحی شده بود، استفاده گردید (۱۷).

ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل فرم اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه استاندارد رضایت (Patient Satisfaction Instrument) بیمار بود. فرم اطلاعات دموگرافیک شامل مواردی چون سن، جنسیت، وضعیت تأهل، اشتغال و سطح تحصیلات بود. پرسشنامه استاندارد رضایت بیمار جهت بررسی رضایت بیمار به کار گرفته شد. این پرسشنامه توسط حاجی نژاد (۱۳۸۶) به فارسی ترجمه و تعدیل‌شده است و در پژوهشی دیگر در سال ۱۳۸۹ در تجدیدنظر گویه ۲۶ در خصوص باورهای فرهنگی و اعتقادی اضافه شده است (۱۹ و ۱۸). این پرسشنامه شامل ۲۶ گویه و سه زیر مقیاس مراقبت فنی و حرفه‌ای (۷ گویه)، اعتماد (۱۳ گویه)، آموزش به بیمار (۶ گویه) است. شرکت‌کنندگان بر اساس طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای از کاملاً موافق (نمره ۵) تا کاملاً مخالف (نمره ۱) به گویه‌ها پاسخ می‌دهند. پایایی پرسشنامه در مطالعه حاجی نژاد و همکاران با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شده است (۱۹). در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ پرسشنامه مذکور ۰/۹۲ بود.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

پرسشنامه استاندارد رضایت بیمار در زمان ترخیص توسط بیماران گروه آزمون و کنترل تکمیل شد. بازه زمانی اجرای مداخله و گردآوری اطلاعات از اسفند ۱۳۹۷ لغایت اردیبهشت ۱۳۹۸ بود.

بعد از ورود داده‌ها به نرم‌افزار آماری SPSS-16، ابتدا چگونگی توزیع داده‌ها به‌وسیله آزمون کولموگروف-اسمیرنوف بررسی شد. سپس، با توجه به برخورداری داده‌ها از توزیع نرمال، برای مقایسه میانگین متغیر اصلی و ابعاد آن بین دو گروه از آزمون تی مستقل در سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد. همچنین جهت مقایسه متغیرهای کیفی در دو گروه از آزمون آماری کای اسکوئر یا تست دقیق فیشر استفاده شد. به منظور رعایت اخلاق در پژوهش پمفلت تهیه شده بعد از ترخیص در اختیار بیماران گروه کنترل نیز قرار گرفت.

یافته‌ها

نتایج نشان داد که میانگین سنی بیماران، درگروه کنترل (مراقبت معمول) ۷/۳ ± ۵۵/۷ و در گروه آزمون (مراقبت اولیه) ۸/۵ ± ۵۶/۹ بود. بین دو گروه اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد. اکثر بیماران ۴۴ نفر (۷۳/۳٪) مذکر، ۵۲ نفر (۸۶/۷٪) متأهل، ۳۸ نفر (۶۳/۶٪) زیر دیپلم، ۲۱ نفر (۳۵٪) شغل آزاد داشتند (جدول شماره ۱).

بر اساس داده‌های جدول شماره ۱، اختلاف آماری معنی‌داری در توزیع فراوانی جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل و محل سکونت در دو گروه مورد مطالعه مشاهده نشد و دو گروه از نظر این متغیرها همسان بودند.

بر اساس داده‌های جدول شماره ۲، بعد از مداخله اختلاف آماری معناداری در میانگین نمره‌ی رضایت بیمار و حیطه‌های آن بین دو گروه آزمون و کنترل مشاهده نگردید ($p<۰/۰۵$).

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان مطالعه

نام متغیر / گروه مورد مطالعه		مداخله n=۳۰ (درصد) فراوانی	کنترل n=۳۰ (درصد) فراوانی	نتیجه آزمون آماری کای اسکوئر (تست دقیق فیشر)
جنسیت	زن	۱۰ (۳۳/۳)	۶ (۲۰)	X^2=۱/۳۶ P=۰/۲۴
	مرد	۲۰ (۶۶/۷)	۲۴(۸۰)	
سطح تحصیلات	زیر دیپلم	۱۹ (۶۳/۳)	۱۹ (۶۳/۳۱)	Fisher exact test=۱/۶۶ P=۰/۴۳
	دیپلم	۵ (۱۶/۷)	۸ (۲۶/۷)	
	دانشگاهی	۶ (۲۰)	۳ (۱۰)	
وضعیت تأهل	مجرد	۱ (۳/۳)	۰(۰)	Fisher exact test =۱/۲۱ P=۰/۷۱
	متأهل	۲۵ (۸/۳۳)	۲۷ (۹۰)	
	مطلقه یا همسر فوت‌شده	۴ (۱۳/۴)	(۱۰)	
شغل	کارمند	۲ (۶/۷)	۱ (۳/۳)	X^2=۳/۳۸ P=۰/۴۹
	آزاد	۱۱ (۳۶/۷)	۱۰ (۳۳/۳)	
	کارگر	۴ (۱۳/۳)	۶ (۲۰)	
	بازنشسته	۶ (۲۰)	۱۰ (۳۳/۳)	

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

	خانه‌دار	۷ (۲۳/۳)	۳ (۱۰)	
محل سکونت	بیرجند	۱۵ (۵۰)	۱۳ (۴۳/۳)	X^2=۰/۷۴ P=۰/۶۹
	روستا	۸ (۲۶/۷)	۷ (۲۳/۳)	
	سایر	۷ (۲۳/۳)	۱۰ (۳۳/۳)	

جدول ۲: مقایسه میانگین نمره رضایت بیمار و حیطه‌های آن در دو گروه آزمون و کنترل

گروه مورد مطالعه / نام متغیر	مداخله n=۳۰ میانگین ± انحراف معیار	کنترل n=۳۰ میانگین ± انحراف معیار	نتیجه آزمون T-test	
نمره مراقبت فنی و حرفه‌ای	۲۸/۹ ± ۴/۴	۲۶/۸ ± ۴/۷	P=۰/۰۷	t= ۱/۸۲
نمره اعتماد	۴۵/۹ ± ۵/۱	۴۵/۱ ± ۶	P=۰/۵۵	t=۰/۶
نمره آموزش	۲۶/۷ ± ۴/۷	۲۴/۹ ± ۴/۴	P=۰/۱۴	t=۱/۴۸
نمره کل رضایت	۱۰۱/۶ ± ۱۳/۴	۹۶/۸ ± ۱۳/۵	P=۰/۱۸	t=۱/۳۶

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که میانگین نمره‌ی رضایت و حیطه‌های آن در دو گروه آزمون و کنترل اختلاف آماری معناداری نداشت. Wu و همکاران (۲۰۰۰) مطالعه‌ای با هدف مقایسه دو مدل مراقبت پرستاری تیمی و مراقبت پرستاری اولیه بر روی رضایت بیماران بخش ارتوپدی در استرالیا انجام دادند. در مدل مراقبت پرستاری تیمی ۳۶ بیمار و در مدل مراقبت پرستاری اولیه ۳۸ بیمار شرکت داشتند. نتایج مطالعه آنان نشان داد که بین شرکت‌کنندگان در دو مدل مراقبت پرستاری ذکر شده از نظر میزان رضایت تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت که با یافته‌های مطالعه حاضر همسو است (۲۰). Kangas و همکاران (۱۹۹۹) نیز مطالعه‌ای با هدف مقایسه تأثیر به‌کارگیری مدل‌های مراقبت پرستاری بر رضایت شغلی پرستاران اولیه، رضایتمندی بیمار از مراقبت‌های پرستاری و ساختار سازمانی انجام دادند. بیماران مورد بررسی از بخش‌های جراحی و مراقبت ویژه انتخاب شدند. نتایج نشان داد که رضایت بیمار از مراقبت پرستاری در ساختارهای سازمانی متفاوت بود ولی رضایتمندی بیماران در مدل‌های مراقبت پرستاری اختلاف معنی‌داری نداشت (۲۱). Thomas و همکاران (۱۹۹۶) نیز در مطالعه‌ای که با هدف تعیین اثر مراقبت پرستاری اولیه بر رضایت بیماران انجام دادند، نتیجه گرفتند که مدل مراقبت پرستاری اولیه بر روی رضایت بیماران موفق‌تر از مدل پرستاری تیمی نبوده است. این محققین عدم تفاوت میان رضایت بیماران در دو مدل مذکور را ناشی از شفاف نبودن برنامه‌ریزی مراقبتی بر اساس این الگوی مراقبت و نامشخص بودن مرز بین مدل‌های مراقبتی و مفهوم پرستاری اولیه ذکر کردند (۲۲). Shukla و همکاران (۱۹۸۴) مطالعه‌ای با هدف بررسی رابطه بین ساختار مراقبت پرستاری بر رضایت و درک بیمار انجام دادند. مدل مراقبت پرستاری اولیه با مراقبت پرستاری تیمی در دو بخش جراحی اجرا و مقایسه شد. در این مطالعه نیز تفاوت معنی‌داری در رضایت بیمار از مراقبت، بین دو مدل مذکور مشاهده نشد. این پژوهشگران نیز نتیجه گرفتند که عواملی مثل کمبود سیستم پشتیبانی، کمبود صلاحیت پرستاران در رابطه با مراقبت‌های تغذیه‌ای و کمبود وقت در این رابطه مؤثر بوده است؛ بنابراین پیشنهاد دادند از آنجایی‌که ساختار مراقبت پرستاری به‌تنهایی بر درک و

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

رضایت بیماران در مراقبت تأثیرگذار نیست، لازم است صلاحیت پرستاران و نیز کارایی سیستم‌های مراقبتی ارتقاء یابد (۲۳). Chavigny و همکاران (۱۹۸۴) پژوهشی با هدف مقایسه مراقبت پرستاری اولیه با مراقبت پرستاری تیمی بر برخی فاکتورهای مربوط به کیفیت مراقبت انجام دادند. نتایج این پژوهش حاکی از آن بود که تفاوت معنی‌داری بین دو روش مراقبتی در کیفیت مراقبت، هزینه، رضایت شغلی، رضایت بیمار و آموزش به بیمار وجود نداشت. نتایج این مطالعه همچنین نشان داد که ارتباط نزدیک پرستار با بیمار و خانواده‌اش در مدل مراقبت پرستاری اولیه سبب افزایش بار مراقبت، خطر وابستگی زیاد و در نتیجه ایجاد استرس بیشتر برای پرستاران می‌شود. پژوهشگران در نهایت نتیجه گرفتند که تعهد حرفه‌ای و آمادگی پرستار برای مراقبت از بیمار، مهم‌تر از روش مورد استفاده برای سازمان‌دهی مراقبت است (۲۴).

در تضاد با یافته‌های مطالعه حاضر، در مطالعه خطیبیان و همکاران (۱۳۸۱) که به بررسی تأثیر اجرای سازمان‌دهی مراقبت پرستاری اولیه بر رضایت بیماران و پرستاران پرداختند، یافته‌ها حاکی از افزایش معنی‌دار رضایتمندی بیماران و پرستاران در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی بود (۱۵). در همین راستا، فضل الهی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی با هدف تعیین تأثیر مراقبت پرستاری اولیه بر رضایت پرستار، بیمار و خودمراقبتی بیماران بعد از جراحی قلب باز، گزارش کردند که به‌کارگیری این مدل سبب افزایش رضایت بیمار، آگاهی خود مراقبتی و رضایت پرستاران شد (۱۱). همچنین مطالعه Wan و همکاران (۲۰۱۱) افزایش رضایت‌مندی و کاهش عوارض بعد از زایمان در اجرای مراقبت پرستاری اولیه نسبت به مراقبت وظیفه محور را نشان داد (۱۶). مطالعه شرفی و همکاران (۱۳۹۴) که در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی انجام شد نیز نشان داد که در روش مراقبت پرستاری اولیه نمره کیفیت مراقبت و نیز بعد ارتباطی آن بیشتر از روش مراقبت موردی بود. پژوهشگران در مجموع برقراری ارتباط بیشتر با بیمار، حضور مداوم پرستار و تداوم مراقبت را علت موفقیت روش مراقبت پرستاری اولیه عنوان کردند (۱۷).

با توجه به نتایج مطالعات فوق گرچه مراقبت پرستاری اولیه روشی است که باعث افزایش مراقبت فردی، تقویت روابط و افزایش مسئولیت‌پذیری می‌شود ولی بااین‌حال نامشخص بودن مرز بین مدل‌های مراقبتی، شفاف نبودن برنامه‌ریزی بر اساس این الگو و کمبود وقت، رضایتمندی بیمار از انجام این مدل مراقبتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از طرفی، بر اساس نتایج مطالعات در این زمینه استرس جسمی و عاطفی بالای پرستاران، باعث افزایش بار مراقبتی و خطر وابستگی زیاد بین پرستار و بیمارمی شودکه این فرایند بر نحوه‌ی ارائه مراقبت از بیمار و رضایت بیمار به طور نامحسوس تأثیرگذار است (۲۴-۲۲). همچنین حمایت‌هایی که در این روش مراقبتی از پرستاران به عمل می‌آید، نامشخص است و یکی از دلایل آن طولانی بودن دوره‌ی مراقبت از یک بیمار و خانواده است که با توجه به استقلال و افزایش مسئولیت‌پذیری در امر مراقبت از بیمار و خانواده نیازمند مدیریت قوی، آموزش مناسب و مشوق‌های لازم است. کمبود پژوهش‌های مرتبط در این زمینه و در نتیجه ابهام در ابعاد و جنبه‌های مختلف ارائه مراقبت بر اساس این مدل را می‌توان از دلایل دیگر معنی‌دار نبودن رضایت بیمار در این روش مراقبت نسبت به سایر روش‌ها عنوان کرد (۱۰). در پژوهش حاضر بیماران گروه کنترل تحت مراقبت پرستاری موردی قرار داشتند. گرچه تداوم مراقبت در

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

این روش وجود نداشت لیکن، برخی تشابهات در اجرای این روش با مراقبت موردی از جمله تعداد بیماران تحت پوشش مراقبتی هر پرستار و نیز حساسیت مراقبت‌های پرستاری بعد از آنژیوپلاستی شاید دلیل معنادار نبودن رضایت بیماران در دو گروه مورد مطالعه باشد. به نظر می‌رسد لازم است سازمان‌دهی مراقبت‌ها، مرزها و تعاریف مدل مراقبت اولیه بیشتر مشخص گردد. همچنین، می‌بایست نقش پرستار و اعضای تیم مراقبتی به طور واضح مشخص شود. اجرای این مدل نیازمند حمایت‌های سازمانی و ساختار سازمانی مناسب است. سازمان‌دهی مراقبت پرستاری باعث رویکرد جامع در مراقبت از بیمار و برقراری ارتباط با بیمار می‌شود که از عوامل رضایت در مراقبت است.

رضایت بیمار پدیده‌ای پیچیده و چندبعدی است که تنها تحت تأثیر روش مراقبت پرستاری ارائه‌شده نیست. رضایتمندی بیماران متأثر از برداشت ذهنی، میزان آگاهی بیماران از حقوق خود، مهارت برقراری ارتباط کارکنان درمانی با بیمار و عوامل متعددی مانند زمینه‌های فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی، شخصیتی و ویژگی‌های جمعیت شناختی از قبیل سن، جنسیت و سطح تحصیلات است (۲۵). همچنین عوامل ساختاری، درون‌سازمانی و برون‌سازمانی و نیز حمایت مدیران و رضایت شغلی پرستاران می‌تواند بر کیفیت مراقبت از بیمار و رضایت بیماران تأثیرگذار باشد (۲۶)؛ بنابراین عدم تفاوت در رضایت بیماران در این مطالعه را شاید بتوان به برخی از عوامل فوق نسبت داد. از طرفی در مطالعه حاضر یکی دیگر از دلایل عدم تفاوت معنی‌دار بین رضایت بیماران در دو مدل مراقبتی اجرا شده شاید مربوط به محدود بودن زمان حضور بیمار در بخش مراقبت ویژه قلبی باشد. مطالعه لک دیزجی و همکاران (۱۳۹۳) نشان داد که کاهش مدت بستری، زمان محدودتری برای مراقبت از بیماران در اختیار پرستاران قرار می‌دهد، در نتیجه بیماران ممکن است احساس کنند که پرستاران کمتر به آن‌ها توجه می‌کنند (۲۷). از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به اجرای طرح تنها در یک مرکز درمانی اشاره کرد که قدرت تعمیم نتایج را به سایر موارد مشابه کاهش می‌دهد. همچنین عدم امکان استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی از دیگر محدودیت‌های مطالعه است که در صورت انجام، نمونه اخذشده می‌توانست معرف بهتری از جامعه هدف باشد. پیشنهاد می‌شود تا در تحقیقات آینده این روش مراقبتی با حجم نمونه بیشتر و در سایر بخش‌ها (عمومی، اطفال، زنان و...) انجام شود. همچنین، علاوه بر سنجش رضایت از رفتار مراقبتی پرستاران، رضایت از کیفیت مراقبت و نیز تأثیر اجرای این روش مراقبتی بر رضایت کارکنان نیز مورد بررسی قرار گیرد.

با وجود افزایش نمره رضایت بیمار و ابعاد آن در گروه آزمون، معنی‌دار نبودن این نتیجه در مقایسه با نمره رضایت بیماران گروه کنترل شاید مربوط به روش اجرای مراقبت پرستاری معمول در بخش و نیز محدود بودن زمان حضور بیماران تحت آنژیوپلاستی عروق کرونر در بخش مراقبت ویژه قلبی باشد. با این وجود، روش پرستاری اولیه می‌تواند به عنوان روشی مراقبتی جهت اجرای الگوهای نظری، توسط مربیان و دانشجویان کارآموز مدنظر قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر بخشی از پایان‌نامه دانشجویی مصوب دانشگاه علوم پزشکی بیرجند با کد ۴۵۵۷۸۲ است. بدین‌وسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

پزشکی بیرجند که حمایت‌مالی این طرح را عهده‌دار شدند، سپاسگزاری می‌شود. همچنین از مسئولین بیمارستان رازی و کلیه پرستاران و بیمارانی که صمیمانه وقت خود را در اختیار پژوهشگران قرار دادند، سپاسگزاریم.

References

1-Sanchis-Gomar F, Perez-Quilis C, Leischik R, Lucia A. Epidemiology of coronary heart disease and acute coronary syndrome. Ann Transl Med. 2016;4(13):256.
2-Zhang H, Chang R. Effects of Exercise after Percutaneous Coronary Intervention on Cardiac Function and Cardiovascular Adverse Events in Patients with Coronary Heart Disease: Systematic Review and Meta-Analysis. J Sci Med Sport. 2019;18(2):213.
3-Cassese S, Byrne RA, Tada T, Pinieck S, Joner M, Ibrahim T, et al. Incidence and predictors of restenosis after coronary stenting in 10 004 patients with surveillance angiography. Heart. 2014;100 (2):153–9.
4-Steinberg DH, Slottow TL, Buch AN, Javaid A, Roy PK, Garg S, Okabe T, Torguson R, Smith KA, Xue Z, Suddath WO. Impact of in-stent restenosis on death and myocardial infarction. Am J Cardiol. 2007;100(7):1109-13.
5-Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing 13th Edition. 13th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013
6-Gerbershagen HJ, Aduckathil S, van Wijck AJ, Peelen LM, Kalkman CJ, Meissner W. Pain intensity on the first day after surgery: a prospective cohort study comparing 179 surgical procedures. Anesthesiology. 2013;118(4):934–944.
7-Fayazi S, Shariati AA, Momeni M. The efficacy of benson's relaxation technique on postoperative pain in coronary artery bypasses graft. JSMJ. 2010; 8 (4): 479-89.
8-Shakerinia I. Physician-patient relationship and patient's satisfaction. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine 2009; 2 (3): 9-16.
9-Jafari GA, Khalifegari S. Danaii k, Dolatshahi P, Ramezani M, Roohparvar R, Sabaghiyan PA. Hospital accreditation standards in Iran. Tehran: Sound Publication Center. 2010.
10-Mortazavi Y, Rabiee O, Rohi Z, Ghomi S. Patient Satisfaction from Pre and Postoperative Nursing Care in Hospitals Affiliated to Babol University of Medical Sciences. Preventive Care in Nursing & Midwifery Journal. 2013; 3(1): 38-45.
11-Fazlolahi M, Vakili MA, Sanagoo A, Jouybari LE. Evaluating the effect of primary nursing method on patients' and nurses' self-care knowledge, and patients' satisfaction level of care in open heart surgery. The J Urmia Nurs Midwifery Fac. 2016;14(7):580-91. [Persian]
12- Dehghannayyeri N, Salehi T. The essential nursing management. Tehran Boshra; 2009.
Valaker I, Norekvål TM, Råholm MB, Nordrehaug JE, Rotevatn S, Fridlund B, Concard Investigators. Continuity of care after percutaneous coronary intervention: The patient's perspective across secondary and primary care settings. Eur J Cardiovasc Nurs. 2017;16(5):444-52.
13-Jonsdottir H. Outcomes of implementing primary nursing in the care of people with chronic lung diseases: the nurses' experience. J Nurs Manag. 1999 ; 7(4): 235-42.
14-Khatiban M. Impact implementation of organizing nursing care and patient satisfaction using primer on the cardiac intensive care unit nurses Hamadan. (Dissertation). Tehran: Tarbiat Modares University; 1999:101-2. [Persian]
15-Wan H, Hu S, Thobaben M, Hou Y, Yin T. Continuous primary nursing care increasesSatisfaction with nursing cares and reduces postpartum problems for hospitalized pregnant Women. Contempt Nurse 2011; 37(2):149–59

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

16-Sharafi S. Chamanzari H. Bazi A. Mazloom SA. Maghsoodi SH: Impact of nursing care delivery system; "Case method and primary nursing" on nurse-patient interaction in ccu. Quarterly Journal of Nursing Management. 2016;4(4):58-66.
17-Hajinezhad MA. Nursing staff caring behavior from viewpoint of the patients and it's relationship with patient satisfaction in educational and medical centers of Iran University of Medical Sciences . [MSc Thesis] Nursing. Tehran: School of nursing & Midwifery, Iran University of Medical Sciences, 2006. [Persian]
18-Hajinezhad MS, Rafii F, Jafarjalal E, Haghani H. Relationship between nurse caring behaviors from patients' perspectives & their satisfaction. Iran J Nurs. 2007; 20(49):73-83. [Persian]
19-Wu ML Courtney M Berger G(2000) Models of nursing care: a comparative study of patient satisfaction on two orthopaedic wards in Brisbane . Nurs Times. 2000;92(22):36-8
20-Kangas S, Kee CC, McKee-Waddle R. Organizational factors, nurses' job satisfaction, and patient satisfaction with nursing care. JONA: J Nurs Adm. 1999 Jan 1;29(1):32-42.
21-Thomas L, McColl E, Priest J, Bond S. The impact of primary nursing on patient satisfaction. Nurs times. 1996; 92(22):36-8.
22-Shukla RK, Turner WE. Patients perception of care under primary and team nursing. Res Nurs Health. 1984; 7(2):93-9.
23-Chavigny KT, Lewis A team or primary nursing care? Nurs Outlook. 1984; 32 (6): 322-7.
24-Goode D, Rowe K. Perceptions and experiences of primary nursing in an ICU: a combined methods approach. Intensive Crit Care Nurs. 2001;17(5):294-303.
26-Kalisch BJ. Missed nursing care: a qualitative study. J Nurs Care Qual. 2006 Oct 1;21(4):306-13.
27-Lak Dizaji S, Rahmani A, Zamanzadeh V, Pashaei S. Perspectives of patients and nurses on priorities of caring behaviors in critical care units: a comparative study. The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty. 2014;12(9):866-73.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]