نشریه پرستاری قلب و عروق، دوره سوم، شماره ٤، زمستان ۱۳۹۳
Cardiovascular Nursing Journal, 3(4), Winter 2015

مقاله پژوهشی اصیل

بررسی وضعیت موجود و مورد انتظار تامین آسایش بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه جراحی قلب

معصومه ذاکری مقدم[۱]، دکترای پرستاری
*** سمیه عسگری[۲]، کارشناس ارشد پرستاری مراقبت ویژه**
اسماعیل شریعت[۳]، دانشجوی دکترای پرستاری
حمید حقانی[۴]، کارشناس ارشد آمارزیستی

خلاصه

هدف. پژوهش حاضر با هدف بررسی وضعیت موجود و مورد انتظار تامین آسایش بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه جراحی قلب انجام شد.

زمینه. یکی از وجوه مهم پرستاری در حیطه عملکردی، حفظ آسایش بیمار است که باید در تمام جنبه‌های مراقبتی در نظر گرفته شود و از اولویت های مراقبتی پرستار باشد.

مواد و روش‌ها. این پژوهش یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی مقایسه‌ای بود که در آن، ۲۹۲ بیمار تحت عمل جراحی قلب در تهران مورد بررسی قرار گرفتند. جهت گردآوری داده‌ها از فرم دموگرافیک و پرسشنامه آسایش کالکابا ایده گرفته شد که شامل دو قسمت وضعیت موجود و مورد انتظار آسایش بود. داده‌ها بعد از روایی و پایایی پرسشنامه، در روز دوم بعد از عمل جمع‌آوری گردید. تحلیل داده‌ها با نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام شد.

یافته‌ها. نمونه های شرکت کننده در پژوهش حاضر معتقد بودند که بهترین وضعیت تامین آسایش موجود، در حیطه روانی معنوی (۶۳/۵۷ درصد) و سپس فرهنگی اجتماعی (۶۲/۷۱ درصد) می‌باشد و ضعیف‌ترین وضعیت تامین آسایش موجود، در حیطه فیزیکی (۳۶/۶۴ درصد) بوده است. بیماران، تامین آسایش در حیطه‌های محیطی را در حد متوسط (۵۴/۷۸ درصد) گزارش کردند. بیشترین انتظار بیماران در تامین آسایش، به ترتیب در حیطه روانی معنوی (۹۲/۰۲ درصد)، محیطی (۹۱/۱۴ درصد)، و فیزیکی (۹۰/۹۶ درصد) بود، و کمترین انتظار را درحیطه فرهنگی اجتماعی (۸۸/۱۶ درصد) داشتند. وضعیت موجود آسایش با جنس، سن، سطح تحصیلات، شغل، محل سکونت، میزان درآمد، تعداد اعضای خانواده، انجام ورزش، سابقه عمل قلب، بیماری فشار خون و چربی خون افراد مورد مطالعه ارتباط معنی دار آماری داشت.

نتیجه‌گیری. بیماران، کمترین آسایش را در حیطه فیزیکی داشتند و در حفظ آسایش در حیطه روانی معنوی بیشترین انتظار را داشتند. توصیه می‌شود، پرستاران بخش‌های ویژه جراحی قلب در ارائه مراقبت فیزیکی و روانی معنوی توجه بیشتری داشته باشند.

کلیدواژه‌ها: آسایش، وضعیت موجود آسایش، وضعیت مورد انتظار آسایش، بیماران جراحی قلب

۱ استادیار، گروه پرستاری مراقبت های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲ کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (*نویسنده مسئول) پست الکترونیک: somayeh.asgari89@yahoo.com
۳ دانشجوی دکترای پرستاری، گروه پرستاری مراقبت های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۴ مربی، عضو هیات علمی گروه آموزشی آمار حیاتی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-13]

مقدمه

یکی از وجوه مهم پرستاری در حیطه عملکردی، حفظ آسایش بیمار می باشد و تامین آسایش بیماران بخش جدا نشدنی از پرستاری است. مهم است که پرستار در کلیه جنبه های مراقبتی، آسایش بیمار را در نظر گیرد و آسایش بیمار جزء اولویت های مراقبتی وی باشد. برنامه ریزی و اجرای کلیه مداخلات پرستاری با در نظر گرفتن حفظ یا بهبود آسایش انجام می گیرد (کالکابا، ۲۰۰۳). تامین آسایش جزء اساسی مراقبت های پرستاری و اصلی ترین خواسته بیماران در زمان بستری در بیمارستان است (محمدی، ۱۳۹۱). آسودگی پیامدی مهم در حوزه خدمات بهداشتی به شمار می رود. تامین آسودگی بخش جدائی ناپذیر از مراقبت ها، فعالیت های حرفه ای و روزانه پرستاری است (بایر و همکاران،۲۰۱۰). احساس آسایش در شرایط بحرانی مراقبت از بیماران شامل آسایش در ارتباط با حمایت از بیماران، تسکین درد، رهایی از اضطراب، برقراری ارتباط، لمس کردن، مواجهه با مرگ، ایجاد آسایش در خانواده و دوستان می باشد (بزل،۲۰۰۶). در بیمار بستری عوامل متعددی باعث مختل شدن آسایش بیماران می شوند که یکی از آنها موارد جراحی است. اعمال جراحی زندگی بیمار را مختل می کنند و مسائلی مانند اضطراب، ترس، درد و ناراحتی را به ارمغان می آورند. جراحی قلب در بیماران از عوامل مهم مخل آسایش است (میشل، ۲۰۰۷).

جراحی قلب و عروق از جمله جراحی های متداول است که با هدف افزایش بقا و ارتقاء کیفیت زندگی بیماران قلبی انجام می گیرد. در سال ۲۰۰۴، تعداد ۶۴۶۰۰۰ مورد جراحی قلب باز در آمریکا انجام شد که تعداد ۴۲۷۰۰ مورد آن مربوط به بای پس شریان کرونر بود (ببک و کاووسوگلو، ۲۰۰۸). همچنین، در ایران در سال های اخیر، موارد جراحی قلب باز به طور قابل توجهی افزایش یافته اند. در ایران نیز بالغ بر ۳۰۰۰۰ جراحی قلب باز در سال در مراکز مختلف درمانی صورت می گیرد که ۶۰ درصد آنها مربوط به بای پس شریان کرونر هستند (بابایی و همکاران، ۲۰۰۷). بیماران پس از انجام جراحی عروق کرونر به طور مستقیم به بخش مراقبت ویژه منتقل می شوند و معمولا ۲۴ تا ۴۸ ساعت تحت مراقبت ویژه قرار می گیرند (پاناگوپائولو و همکاران، ۲۰۰۶؛ اسملتزر، ۲۰۰۸).

درد از مهمترین علائم روز پس از جراحی است (کال و همکاران، ۲۰۰۴)، ولی علائمی مانند تهوع، خستگی، استفراغ، سردرد، خواب آلودگی، سرگیجه، و گلودرد و کمردرد نیز رایج هستند (روسن و همکاران، ۲۰۰۹) که همه می توانند آسایش بیمار را مختل کنند. انواع ناآسودگی و عوارض شامل خونریزی روز اول پس از جراحی، عوارض جانبی عمل جراحی (سرگیجه، سردرد، و تهوع به علت عمل جراحی، اضطراب بعد از جراحی، و همچنین، اختلال در به خواب رفتن، فرسودگی، افسردگی و غم و اندوه، و اختلال در کنترل دفع هستند. از دیگر عوامل مختل کننده آسایش می توان به رفت و آمد زیاد در اطراف بیمار، تجمع خون در زخم و کبودی و تورم محل عمل، خشکی پوست و عدم دسترسی کافی به اطلاعات، درمان نادرست یا کمتر از حد مطلوب اشاره نمود (روسن و همکاران، ۲۰۱۰). با تعیین وضعیت موجود و مورد انتظار آسایش در بخش های جراحی قلب می توان نقاط قابل بهبود در زمینه فراهم کردن آسایش بیماران و همچنین، انتظارات بیماران را شناسایی کرد و با ارائه برنامه هایی جهت فراهم کردن حداکثر راحتی در سطوح (جسمی، محیطی، روانی معنوی، و اجتماعی) سطح آسودگی در بیماران را افزایش داد و روند بهبودی را تسریع کرد.

مواد و روش ها

این پژوهش یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی مقایسه ای بود که در آن، وضعیت موجود و مورد انتظار در زمینه تامین آسایش بیماران بستری در بخش های مراقبت ویژه جراحی قلب مورد بررسی قرار گرفت. جامعه پژوهش را بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه جراحی قلب بیمارستان های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران (بیمارستان های شریعتی، امام خمینی و مرکز قلب تهران) تشکیل دادند.

در این پژوهش از پرسشنامه آسایش کالکابا ایده گرفته شد که شامل دوبخش می باشد. بخش اول شامل خصوصیات دموگرافیک و بیماری شرکت کنندگان در پژوهش (جنس، سن، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، دین، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی، محل سکونت، میزان درآمد، تعداد اعضای خانواده، وضعیت بیمه، توده بدنی، ورزش، استعمال دخانیات، سابقه عمل قلب در خانواده، سابقه بیماری های دیگر، مصرف دارو) می باشد. بخش دوم پرسشنامه شامل گویه هایی است که وضعیت موجود و مورد انتظار بیماران در زمینه آسایش را در ابعاد فیزیکی (۷ سوال)، محیطی (۷ سوال)، روانی معنوی (۱۰ سوال)، و اجتماعی فرهنگی (۸ سوال) در بخش های مراقبت ویژه جراحی قلب بررسی می کند. در طراحی پرسشنامه، از پرسشنامه راحتی عمومی کالکابا ایده گرفته شد. پرسشنامه شامل دو نسخه است که یک نسخه، وضعیت موجود آسایش بیماران را ارزیابی می کند و نسخه دوم وضعیت مورد انتظار بیماران در

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-13]

زمینه آسایش را مورد سنجش قرار می دهد. هرکدام از نسخه ها از ۳۲ گویه تشکیل شده است که با افعال زمانی حال و آینده قابل تمایز می باشد.

تعداد ۳۲ گویه مشتق شده از چهار حیطه فوق با مقیاس پنج گزینه ای لیکرت از عدد یک به عنوان گزینه کاملا مخالف، تا عدد ۵ به عنوان گزینه کاملا موافق اندازه گیری می شود. گویه های با جهت منفی، در امتیاز دهی، معکوس گویه های با جهت مثبت لحاظ شدند. نمره کل آسایش از جمع نمرات گویه ها با یکدیگر به دست آمد که نمره ۱۶۰ نشان دهنده بیشترین آسایش و نمره ۳۲ نشان دهنده کمترین آسایش است. جهت تعیین روایی پرسشنامه، از روش اعتبار محتوا استفاده شد، به این ترتیب که پژوهشگر پرسشنامه کالکابا را ترجمه کرد و از آن برای طرح سوالات مناسب تحقیق حاضر ایده گرفت و سوالات را طرح نمود و جهت تعیین روایی محتوا پرسشنامه توسط ۱۰ نفر از اساتید صاحب نظر از اعضاء هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی تهران مورد بررسی قرار گرفت و پس از جمع آوری نظرات، پرسشنامه اصلی با توجه به کلیه نظرات اساتید و با صلاحدید استاد راهنما و مشاور و مشاور آمار اصلاح گردید. جهت تعیین پایایی ابزار از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه وضعیت موجود آسایش به میزان ۰/۸۲ و ضریب آلفای کرونباخ وضعیت مورد انتظار آسایش به میزان ۰/۷۴ محاسب شد که پایایی مورد قبول پرسشنامه را می رساند.

این پژوهش به تصویب کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران رسید. نمونه گیری در این پژوهش به روش آسان (در دسترس) صورت گرفت. پژوهشگر پس از اخذ موافقت از کمیته اخلاق دانشکده و دریافت معرفی نامه و کسب اجازه از مسئولین بیمارستان ها و بخش های مربوط، در سه نوبت کاری صبح و عصر و شب به بیمارستان ها مراجعه و پس از توضیح در مورد اهداف طرح و کسب رضایت از بیماران شروع به جمع آوری داده ها نمود. فرم اطلاعات دموگرافیک، قبل از عمل در بخش جراحی قلب توسط پژوهشگر تکمیل گردید و در روز دوم بعد از عمل، پرسشنامه به وسیله پژوهشگر با روش مصاحبه و بر اساس شرایط مساعد بیمار، در بخش های پست آی سی یو و آی سی یو تکمیل گردید.

یافته‌ها

نتیجه مطالعه حاضر در قالب جداول ۱ و ۲ ارائه شده است. جدول شماره ۱ نشان دهنده اطلاعات دموگرافیک و جزئیات بیماری شرکت کنندگان در مطالعه می باشد. در این پژوهش، ۱۸۹ نفر (۶۴/۷ درصد) مرد و ۱۰۳ نفر (۳۵/۳ درصد) زن بودند. میانگین سن کل نمونه های پژوهش، ۵۹/۳۰ سال با انحراف معیار ۹/۱ سال بود (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۲ نشان دهنده وضعیت موجود و وضعیت مورد انتظار در زمینه آسایش بر اساس حیطه های فیزیکی، محیطی، روانی معنوی، و فرهنگی اجتماعی) است. بیماران، سطح آسایش موجود در بخش های مراقبت ویژه جراحی قلب را ۱۰۳/۰۸ گزارش کردند که براساس دامنه نمرات پرسشنامه، در سطح متوسط می باشد. شرکت کنندگان در پژوهش، بهترین وضعیت تامین آسایش موجود را در حیطه روانی معنوی (۶۳/۵۷ درصد) و سپس، فرهنگی اجتماعی (۶۲/۷۱ درصد)، و ضعیف ترین وضعیت تامین آسایش موجود را در حیطه فیزیکی (۳۶/۶۴ درصد) گزارش کردند. بیماران، وضعیت تامین آسایش موجود در حیطه محیطی را در حد متوسط (۵۴/۷۸ درصد) گزارش نمودند.

میانگین سطح آسایش مورد انتظار بیماران در بخش های مراقبت ویژه جراحی قلب ۱۴۸/۰۱ به دست آمد که براساس دامنه نمرات پرسشنامه، در سطح بالا ارزیابی شده است. شرکت کنندگان در پژوهش، بیشترین انتظار در زمینه تامین آسایش را به ترتیب در حیطه روانی معنوی (۹۲/۰۲ درصد)، محیطی (۹۱/۱۴ درصد)، و فیزیکی (۹۰/۹۶ درصد)، و کمترین انتظار در زمینه تامین آسایش را در حیطه فرهنگی اجتماعی (۸۸/۱۶ درصد) داشتند (جدول شماره ۲).

بحث

بیماران، سطح آسایش موجود در بخش های ویژه را در سطح متوسط گزارش کردند و از نظر آنها بهترین وضعیت در زمینه تامین آسایش در حیطه روانی معنوی و فرهنگی اجتماعی و ضعیف ترین وضعیت در زمینه تامین آسایش در حیطه فیزیکی بود. بیماران وضعیت تامین آسایش در حیطه محیطی را در حد متوسط گزارش نمودند. در این رابطه، گودکس و همکاران (۲۰۰۶) و همچنین،

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-13]

ماتیلا و همکاران (۲۰۰۵) گزارش داده اند احساس ناراحتی روانی و فیزیولوژیکی بیماران مانند درد، حالت تهوع و اضطراب در مدت زمان بهبودی پس از عمل جراحی می باشد که در روز جراحی شدیدتر و مدت آن طولانی تر است.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی برخی ویژگی های دموگرافیک و سابقه بیماری افراد مورد مطالعه

متغیر	تعداد (درصد)
جنس	
زن	۱۰۳ (۳۵/۳)
مرد	۱۸۹ (۶۴/۷)
سن (سال)	
کمتر از ۵۰ سال	۵۱ (۱۷/۵)
۵۰-۵۹	۹۸ (۳۳/۶)
۶۰-۶۹	۱۰۲ (۳۴/۹)
۷۰ سال و بیشتر	۴۱ (۱۴)
وضعیت تاهل	
مجرد	۹ (۳/۱)
متاهل	۲۷۰ (۹۲/۵)
مطلقه یا بیوه	۱۳ (۴/۴)
سطح تحصیلات	
بی سواد	۱۰۰ (۳۴/۳)
کم سواد	۳۷ (۱۲/۷)
زیر دیپلم	۸۷ (۲۹/۸)
دیپلم	۴۸ (۱۶/۴)
دانشگاهی	۲۰ (۶/۸)
میزان درآمد خانواده	
کفایت می کند	۳۵ (۱۲)
تا حدودی کفایت می کند	۱۶۰ (۵۴/۸)
کفایت نمی کند	۹۷ (۳۳/۲)
سابقه مصرف دخانیات	
دارد	۸۸ (۳۰/۱۴)
ندارد	۲۰۴ (۶۹/۸۶)
ورزش	
می کند	۶۱ (۲۰/۹)
نمی کند	۲۳۱ (۷۹/۱)
مدت انجام ورزش (دقیقه) (در شرکت کنندگانی که ورزش می کردند)	
۳۰ دقیقه یا کمتر	۴۱ (۶۷/۲)
بیشتر از ۳۰ دقیقه	۲۰ (۳۲/۸)
مصرف دارو	
بلی	۲۳۷ (۸۱/۲)
خیر	۵۳ (۱۸/۸)
سابقه عمل جراحی قلب	
بلی	۵۸ (۱۹/۹)
خیر	۲۳۴ (۸۰/۱)

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-13]

روسن و همکاران (۲۰۰۹) درمطالعه خود گزارش کرده اند که علائمی مانند تهوع، خستگی، استفراغ، سردرد، خواب آلودگی، سرگیجه و گلودرد و کمردرد نیز رایج هستند.

سطح آسایش مورد انتظار بیماران در بخش های مراقبت ویژه در سطح بالا بود. از نظر نمونه های شرکت کننده در پژوهش، بیشترین انتظار در زمینه تامین آسایش به ترتیب در حیطه روانی معنوی، محیطی و فیزیکی بود و کمترین انتظار را در حیطه فرهنگی اجتماعی داشتند. نتایج مطالعه جویباری (۲۰۰۵) نشان داد اگرچه بیماران از پرستاران هرگز انتظار کارهایی مثل آب دادن را نداشتند و این گونه نیازهای ابتدایی توسط همراهان آنها و سایر بیماران برطرف می شد، ولی انجام این امور توسط پرستار بار عاطفی بسیار بالایی برای بیماران داشت و آن را نشانه توجه، همدلی و مهربانی پرستار نسبت به خود می دانستند.

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار وضعیت موجود و مورد انتظار در زمینه تامین آسایش بیماران بستری در بخش های مراقبت ویژه جراحی قلب

وضعیت	موجود	مورد انتظار	نتیجه آزمون من ویتنی	
حیطه	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	z	p-value
فیزیکی (۳۵-۷)	۱۷/۲۶ (۵/۳)	۳۲/۴۷ (۲/۴)	- ۲۰/۳	<۰/۰۰۰۱
محیطی (۳۵-۷)	۲۲/۳۴ (۸/۳)	۳۲/۵۲ (۱/۹)	- ۲۰/۳	<۰/۰۰۰۱
روانی معنوی(۵۰-۱۰)	۳۵/۴۳ (۵/۶)	۴۶/۸۱ (۲/۲)	- ۱۹/۹	<۰/۰۰۰۱
فرهنگی اجتماعی(۴۰-۸)	۲۸/۰۷ (۶/۴)	۳۶/۲۱ (۲/۵)	- ۱۸/۸	<۰/۰۰۰۱
آسایش	۱۰۳/۰۸ (۱۴/۱)	۱۴۸/۰۱ (۳/۷)	- ۲۰/۷۳	<۰/۰۰۰۱

بیماران در وضعیت موجود آسایش کمترین سطح آسایش را در حیطه فیزیکی داشتند ودر حیطه فرهنگی اجتماعی انتظاراتشان نسبت به سایر حیطه ها کمتر بود. با توجه به اینکه بیشترین سطح آسایش موجود مربوط به حیطه روانی معنوی بود، در همین حیطه نیز انتظارات بیشتری نسبت به سایر حیطه ها (حیطه محیطی و حیطهفرهنگی اجتماعی) داشتند. بای و همکاران (۲۰۱۲) در مطالعه خود اظهار می دارند که برداشت بیماران از احساس آسایش، مراقبت شدن، پرستار خوب و مواردی از این قبیل مفاهیمی هستند که صرف نظر از داشتن تفاوت جزئی در بین فرهنگ های مختلف دارای نقاط مشترک متعددی می باشند. انتظار داشتن از پرستاران در رابطه با ویژگی هایی مانند حضور، اطمینان خاطر، دادن اطلاعات، گوش دادن، توجه به بیمار، احترام و مواردی از این قبیل بیان کننده آن است که علاوه بر توانایی های فنی، جنبه های هنری پرستاری نیز از دید بیماران بسیار مهم است.

بین وضعیت موجود آسایش و جنسیت افراد مورد مطالعه ارتباط معنی داری وجود داشت، بدین ترتیب که مردان نسبت به زنان آسایش بیشتری گزارش کرده بودند. بین سن و آسایش مورد انتظار نیز ارتباط معنی داری دیده می شود، به صورتی که بیماران با سن بالاتر انتظارات بیشتری در زمینه ایجاد آسایش داشتند. یافتهها نشان می دهد بین سطح تحصیلات و آسایش در حیطه فرهنگی اجتماعی مورد انتظار ارتباط آماری معنی دار وجود داشت و افراد با تحصیلات در حد خواندن و نوشتن انتظار بیشتری از نظر آسایش در حیطه فرهنگی اجتماعی داشتند. در مطالعه اسماعیلی و همکاران (۱۳۸۶) ارتباط معنی دار بین سن، جنس، تحصیلات، و بیماری های زمینه ای با برخی مولفه های کیفیت زندگی یافت شد. همچنین، بین نوع شغل با آسایش فیزیکی موجود و آسایش روانی معنوی موجود از نظر آماری ارتباط معنی دار وجود دارد. افراد خانهدار نسبت به دیگر بیماران از نظر وضعیت موجود سطح آسایش بیشتری داشتند. بین محل سکونت و آسایش موجود از نظر آماری ارتباط معنی دار دیده می شود، به طوری که افراد ساکن در حومه شهر از نظر وضعیت موجود سطح آسایش بیشتری داشتند.

یافتههای این پژوهش نشان میدهد که بین میزان درآمد و آسایش محیطی موجود از نظر آماری ارتباط معنی دار وجود دارد. بیمارانی که اظهار کرده بودند درآمد ناکافی دارند نسبت به سایر بیماران آسایش محیطی بیشتری در بخش های مراقبت ویژه گزارش کردند، در حالی که مطالعه حیاتی و همکاران (۲۰۰۹) حاکی از این است که هر چقدر فرد بیمار دارای همسری با درآمد بالا باشد و به لحاظ وضعیت اقتصادی مشکلی نداشته باشد میزان آسایش و وضعیت راحتی بیشتری را احساس می کند. لذا آسایش روانی به طور نسبی

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-13]

وابسته به متغیرهای دموگرافیک از جمله سطح درآمد واشتغال می باشد. بین تعداد اعضای خانواده و آسایش محیطی موجود، آسایش روانی معنوی موجود و همچنین آسایش فرهنگی اجتماعی موجود از نظر آماری ارتباط معنی دار وجود داشت، به این صورت که بیماران با تعداد اعضای خانواده دو نفر و کمتر آسایش بیشتری را از وضعیت موجود در حیطه های محیطی، روانی معنوی و فرهنگی اجتماعی گزارش نمودند و بیماران تحت پوشش بیمه، سطح آسایش بیشتری را از نظر فیزیکی گزارش کردند. همچنین، بین وضعیت بیمه و آسایش محیطی مورد انتظار از نظر آماری ارتباط معنادار وجود داشت و بیمارانی که تحت پوشش بیمه نبودند انتظار بیشتری از ایجاد آسایش در حیطه محیطی داشتند.

یافته‌ها نشان می‌دهد که بین انجام ورزش و آسایش موجود در حیطه های فیزیکی و روانی معنوی ارتباط معنی دار آماری وجود دارد. بین سابقه عمل قلب در اعضای نزدیک خانواده و وضعیت آسایش موجود از نظر آماری ارتباط معنی دار دیده می شود. همچنین، بین آسایش موجود با ابتلا به بیماری فشار خون، چربی خون و مصرف داروی مربوط به آن از نظر آماری ارتباط معنی‌دار دیده شد. بیمارانی که سابقه ابتلا به بیماری فشار خون نداشتند سطح آسایش موجود را بهتر گزارش نمودند. در این رابطه، نتایج مطالعه اسماعیلی (۱۳۸۶) نشان داد که بیماری‌های زمینه‌ای مانند دیابت و پرفشاری خون با کیفیت زندگی در مؤلفه‌های سلامت کلی درد بدنی و فعالیت اجتماعی ارتباط معنی‌دار دارند. همچنین، جارونین و همکاران (۲۰۰۵) در فنلاند در مطالعهٔ خود بیان کردند، اگرچه کیفیت زندگی در بیماران دیابتی نسبت به بیماران غیردیابتی، قبل و بعد از عمل پیوند عروق کرونر کمتر بود، ولی بهبود در همهٔ مؤلفه‌های کیفیت زندگی پس از یکسال، مشابه بیماران غیردیابتی بوده است.

نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش نشان داد که بیماران کمترین آسایش را در حیطه فیزیکی داشتند و در حفظ آسایش در حیطه روانی معنوی بیشترین انتظار را داشتند. بنابراین، توصیه می‌شود پرستاران بخش های مراقبت ویژه جراحی قلب در ارائه مراقبت های فیزیکی و روانی معنوی توجه بیشتری داشته باشند.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از کلیه مسئولانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری رساندند، تشکر می‌نماییم. همچنین، از بیماران شرکت کننده در مطالعه و کارکنان محترم بخش‌های مراقبت ویژه جراحی قلب بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع فارسی

اسدی نوقابی،ا،ا. ۱۳۸۷. تاثیر برنامه بازتوانی قلبی فاز ۱ بر میزان اضطراب بیماران نامزد جراحی بای پس عروق کرونر. حیات، ۱۴(۳و۴)، ۱۰۱

اسماعیلی, ز. ۱۳۸۶. بررسی کیفیت زندگی بیماران پس از عمل جراحی قلب و عروق در شهرستان ساری در سال ۸۵-۱۳۸۳. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران, ۱۷, ۱- ۲

بابایی،ج.۱۳۸۶. بررسی تاثیر برنامه آموزش سلامت بر کیفیت زندگی در بیماران تحت عمل جراحی بای پس عروق کرونر. مجله علمی پژوهشی پزشکی ایران، ۴۵، ۶۹- ۷۴

حیاتی،ف. ۱۳۸۸. بررسی ارتباط آسایش روانی با م شخصات فردی زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستانهای وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی شهر تهران. ۲، ۲۳- ۲۸

جویباری،ل.۱۳۸۴. پرستار آسودگی بخش: تجربه و دیدگاه بیماران بستری. مجله علوم پزشکی رازی،۱۲، ۵۹-۶۸

محمدی، ع. شفیع پور،و، ۱۳۹۱درک بیماران جراحی قلب از منابع آسایش بخش، مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱(۲)،۱۲۳-۱۳۴

منابع انگلیسی

Bai, J., HSU, L., Tang, Y. & Vandijk, M. 2012. Validation of the COMFORT Behavior Scale and the FLACC Scale for pain assessment in Chinese children after cardiac surgery. Pain Management Nursing, 13, 18-26.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-13]

Bauer, B. A., Cutshall, S. M., Wentworth, L. J., Engen, D., Messner, P. K., Wood, C. M., Brekke, K. M., Kelly, R. F. & Sundt III, T. M. 2010. Effect of massage therapy on pain, anxiety, and tension after cardiac surgery: a randomized study. Complementary therapies in clinical practice, 16, 70-75.

Bebek, O. & Cavusoglu, M. C. 2008. Whisker-like position sensor for measuring physiological motion. Mechatronics, IEEE/ASME Transactions on, 13,547-538

Coll, A. M., Ameen, J. R. & MEAD, D. 2004. Postoperative pain assessment tools in day surgery: literature review. Journal of advanced nursing, 46,.133-124

Goldman, L. & Ausello, D. 2008. Cecil Textbook of Internal Medicine. Philadelphia, PA: Saunders.

Gudex, C., Sorensen, J. & Clausen, I. 2006. Day surgery for gynecological laparoscopy: clinical results from an RCT. Ambulatory Surgery, 12,.157-151

Hawley, M. P. 2000. Nurse comforting strategies perceptions of emergency department patients. Clinical nursing research, 9,.459-441

Järvinen, O., Saarinen, T., Julkunen, J., Huhtala, H. & Tarkka, M. R. 2003. Changes in health-related quality of life and functional capacity following coronary artery bypass graft surgery. European journal of cardio-thoracic surgery, 24,.756-750

Kolcaba, K. Y., . 2003b. A theory of holistic comfort for nursing. Journal of Advanced Nursing,, 19,-1178 .1184

Leeth ,D., Mamaril, M., Oman, K. S. & Krumbach . B. 2010. Normothermia and patient comfort: a comparative study in an outpatient surgery setting. Journal of PeriAnesthesia Nursing, 25,.151-146

Mattila ,K., Toivonen, J., Janhunen, L., Rosenberg, P. H. & Hynynen, M. 2005. Postdischarge symptoms after ambulatory surgery: first-week incidence, intensity, and risk factors. Anesthesia & Analgesia, 101, .1650-1643

Mitchell, M. 2007. Nursing intervention for day-case laparoscopic cholecystectomy. Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987), 22,.35

Pangooulu, E., Montgomery, A. & Benos, A. 2006. Quality of life after coronary artery bypass grafting: evaluating the influence of preoperative physical and psychosocial functioning. Journal of psychosomatic research, 6.٦٤٤-٦٣٩ ,٠

Rosen, H. I., Bergh, I. H., Lundman, B. M. & Martensson, L. B. 2010. Patients' experiences and perceived causes of persisting discomfort following day surgery. BMC nursing, 9,.16

Rosen, H., Lauzon, L. M. & Martensson, L. 2009. Symptoms following day surgery: a review of the literature. Journal of advanced perioperative care, 4,.18-7

Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Brunner, L. S. & Suddarth, D. S. 2005. Enfermería medicoquirúrgica, McGraw-Hill Interamericana.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-13]

نشریه پرستاری قلب و عروق، دوره سوم، شماره ٤، زمستان ۱۳۹۳
Cardiovascular Nursing Journal, 3(4), Winter 2015

Original Article

Current and expected status of comfort from the point of view of hospitalized cardiac surgery patients

Masume Zakerimoghadam[1], PhD
* Somayeh Asgari[2], MSc
Esmail Shariat[3], PhD candidate
Hamid Haghani[4], MSc

Abstract

Aim. The aim of this study was to evaluate the current and expected status of comfort from the point of view of hospitalized cardiac surgery patients.

Background. Providing comfort for the patient is one of the most important aspects of nursing that should be considered in all aspects of care as the top nursing care priority.

Method. This was a descriptive comparative cross-sectional study in which 292 patients undergoing cardiac surgery were recruited as study sample. Data collection tool was a demographic form and modified form of Kolcaba's comfort questionnaire evaluating the current and expected status of comfort. After that the reliability and validity of the questionnaire was confirmed, it was completed by interview, the second day after surgery. Data analysis was performed by SPSS, version 16.

Findings. The participants reported the best current status of comfort in psychospiritual (63.57 percent) and sociocultural (62.71 percent) domains of comfort, and rated physical domain of comfort as the lowest one (36.64 percent). Patients reported the comfort status in the environmental domain as moderate (54.78 percent). The most expectation of the patients were to be provided with comfort in psychospiritual (92.02 percent), environmental (91.14 percent) and physical (90.96 percent) domains, respectively, and the provision of comfort in sociocultural domain were least expected (88.16 percent). There was a statistically significant relationship of comfort with gender, age, education, occupation, place of residence, income, number of family members, physical activity and history of heart surgery, hypertension and hyperlipidemia.

Conclusion. Patients reported less comfort in the physical domain and the most expected domain of comfort was psycho-spiritual. It is recommended that nurses pay more attention to providing comfort in physical and psychospiritual domains.

Keywords: Comfort, Current comfort status, Expected comfort status, Cardiac surgery patients

1 Assistant Professore, Department of Critical Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2 Master of Science in Critical Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding Author) email: somayeh.asgari89@yahoo.com
3 PhD Candidate, Department of Critical Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4 Master of Science in Biostatistics, Faculty of Management & Medical Information, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-13]