Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing (IJRN)
Vol 1 Issue 4 No 4 Summer 2015

The effect of collaborative care model on sleep quality of patients' undergoing Coronary Artery Bypass Graft Surgery.

Alamdarloo A[1],[*]Hosseini MA[2], Khanke H[3], Norouzi K[4], Rezasoltani P[5], Mozakka Sh[6]

Abstract

Introduction: Patients after coronary artery bypass graft surgery usually experience a poor sleep quality and sleep problems are common as postoperative complications among these patients, the poor quality of sleep has adverse effects on the cardiovascular system and underlying conditions such as ischemia and myocardial infarction could be intensified. The purpose of this study was to determine the effect of the collaborative care model on sleep quality of patients undergoing coronary artery bypass graft surgery.

Methods: This quasi- experimental study was performed with the participation of 60 patients undergoing coronary artery bypass graft surgery in Shiraz Shahid Faghihi hospital who were selected purposefully and randomly assigned to intervention and control groups.

Collaborative care model that includes 4 stages of motivation, preparation, implementation and evaluation was introduced to intervention group. Sleep quality in both groups was measured by the Pittsburgh Sleep Quality Index. Data was analyzed by SPSS version 16 using independent and paired t-tests, chi-square, Mann-Whitney U tests.

Results: The mean sleep quality score was 10/30±2/29 in intervention group, and 8/7±2/02 in the control group before the intervention, which respectively reached to 6/53±2/27 and 10±2/08 after implementation of the intervention. There were significant differences between the two groups regarding the mean scores of sleep quality after the intervention ($p<0/05$).

Conclusion: The use of collaborative care model could effectively improve the sleep quality of patients who were undergoing coronary artery bypass graft surgery. So, the model is recommended in caring of these patients and other similar patient groups.

Keywords: Pittsburgh Sleep Quality Index, Coronary Artery Bypass Graft Surgery, Collaborative Care Model

Received: 18 January 2015 **Accepted**: 17 April 2015

1- MSc student in nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
2- Associate Professor, Rehabilitation Administration Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Science, Tehran, Iran. **(Corresponding Author)**
E-mail: mahmaimy2020@gmail.com
3- Associate Professor, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Science, Tehran, Iran.
4- Assistant Professor, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Science, Tehran, Iran.
5- MSc, Department of Biostatistics, University of Social Welfare and Rehabilitation Science, Tehran, Iran.
6- BSN, Shiraz Shahid Faghihi Hospital, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

[Downloaded from mail.ijrn.ir on 2026-10-14]

پژوهش توانبخشی در پرستاری دوره اول، شماره ۴ تابستان ۱۳۹۴ ۵۹-۴۹

تاثیر کاربرد مدل مراقبت مشارکتی بر کیفیت خواب بیماران تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر

ابوالفضل علمدارلو[۱]، *محمد علی حسینی[۲]، حمید رضا خانکه[۳]، کیان نوروزی[۴]، پوریا رضا سلطانی[۵]، شهناز مزکی[۶]

چکیده

مقدمه: کیفیت خواب بیماران پس از عمل پیوند عروق کرونر پایین بوده و یکی از عوارض شایع پس از عمل محسوب می شود که دارای اثرات نامطلوبی بر سیستم قلبی عروقی مانند تشدید ایسکمی و انفارکتوس قلبی است. مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر کاربرد مدل مراقبت مشارکتی بر کیفیت خواب بیماران تحت عمل پیوند عروق کرونر انجام گردید.

روش: این مطالعه نیمه تجربی با مشارکت ۶۰ بیمار تحت عمل پیوند عروق کرونر مراجعه کننده به مرکز توانبخشی قلب بیمارستان شهید فقیقی شیراز که به طور هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی سازی در دو گروه مداخله و شاهد قرار گرفته بودند، انجام شد. مدل مراقبت مشارکتی که شامل ۴ مرحله انگیزش، آماده سازی، درگیرسازی (اجرا) و ارزشیابی بود، در گروه مداخله اجرا گردید. کیفیت خواب در هر دو گروه توسط پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ سنجیده شد. داده ها توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون های آماری تی (مستقل و زوجی)، کای اسکوئر و من- ویتنی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: میانگین نمرات کلی کیفیت خواب قبل از مداخله در گروه مداخله ۲/۲۹±۱۰/۳۰ و در گروه شاهد ۲/۰۲±۸/۷ بود که پس از اجرای مداخله در گروه مداخله به ۲/۲۷±۶/۵۳ و در گروه شاهد به ۲/۰۸±۱۰ رسید. نتایج بیانگر آن بود که از نظر میانگین نمرات کلی کیفیت خواب بیماران تحت عمل پیوند عروق کرونر بعد از مداخله اختلاف آماری معنی داری بین دوگروه مداخله و شاهد وجود دارد ($p<۰/۰۵$).

نتیجه گیری: کاربرد مدل مراقبت مشارکتی می تواند در بهبود و ارتقاء کیفیت خواب بیماران تحت عمل پیوند عروق کرونر موثر باشد. بنابراین استفاده از این مدل برای مراقبت این بیماران و بیماران مشابه توصیه می شود.

کلیدواژه ها: شاخص کیفیت خواب پیتزبرگ ، عمل پیوند عروق کرونر، مدل مراقبت مشارکتی.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۰/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱/۲۹

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، ایران.

۲- دانشیار، گروه مدیریت توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران. **(نویسنده مسؤول)**

پست الکترونیکی: mahmaimy2020@gmail.com

۳- دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۴- استادیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۵- کارشناسی ارشد، گروه آمار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۶- کارشناس پرستاری، بیمارستان شهید فقیهی شیراز، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

[Downloaded from mail.ijrm.ir on 2026-10-14]

مقدمه

امروزه بیماری های قلبی عروقی یکی از مشکلات عمده سیستم های سلامتی در جهان محسوب می شوند که پیامدهایی همچون مرگ و ناتوانی را به دنبال دارند (۱). این بیماری یک مشکل رایج و تهدید کننده زندگی در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه به شمار می رود (۲) و تا سال ۲۰۲۰ میلادی مهم ترین بیماری در جهان از نقطه نظر مسائل اقتصادی قلمداد می شود (۳). بدنبال شیوع فزاینده بیماری عروق کرونر و مرگ و میر ناشی از آن، عمل جراحی پیوند عروق کرونر جزء رایج ترین اعمال جراحی قرار گرفته است که نقش حیاتی در درمان بیماری های قلبی- عروقی دارد (۴). در بسیاری از موارد جراحی پیوند عروق کرونر تنها راه درمان و افزایش طول عمر بیماران قلبی- عروقی محسوب می شود که به همین منظور سالانه بیش از ۸ میلیون نفر تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونری قرار می گیرند (۵). از مشکلات و عوارض پس از جراحی بای پس عروق کرونر می توان به درد محل برش ناحیه سینه و پا، خستگی، اضطراب، خشم، تحریک پذیری و اختلال خواب اشاره کرد که به طور مکرر توسط بیماران گزارش می شود (۱،۶،۷،۸). اختلال خواب در بیماران تحت عمل پیوند عروق کرونر بیش از ۳۰ سال است که شناسایی شده و از عوارض شایع در این بیماری می باشد (۹). این اختلال به مواردی اطلاق می شود که بیمار از یک یا چند مشکل مانند بی خوابی، بیدار شدن مکرر در طول خواب شبانه، افزایش خواب آلودگی در طول روز و یا حرکات، حالات و احساسات غیر عادی در طول خواب شکایت داشته باشد (۱۰). شواهد نشان می دهد بیماران تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر از کیفیت خواب ضعیفی برخوردار هستند و آن ها سطوح بالایی از قطع خواب، چرخه نامنظم خواب، کاهش امواج آهسته خواب، بی خوابی، کیفیت خواب ضعیف و فقدان تداوم خواب در دوره بهبودی پس از عمل را تجربه می کنند (۱۲،۱۱). کیفیت پایین خواب به عنوان یک وضعیت استرس زا باعث ترشح اپی نفرین و نور اپی نفرین می گردد که این امر خود منجر به افزایش ضربان قلب، تعداد تنفس، میزان فشار خون و افزایش میزان نیاز میوکارد به اکسیژن، دیس ریتمی قلبی وکاهش خون رسانی کلیوی می شود که این عوامل در نهایت موجب تشدید ایسکمی و انفارکتوس قلبی می گردند (۱۳). در بررسی علل و عوامل تاثیر گذار بر کیفیت خواب بیماران پس از عمل پیوند عروق کرونر، نتایج مطالعات نشان می دهد که سابقه اختلال خواب، سابقه ابتلاء به دیابت و چربی خون بالا، مصرف داروهای مدر، کمیت خواب شش هفته پس از جراحی، کیفیت زندگی ده هفته پس از جراحی و شرکت در برنامه های ورزشی بر کیفیت خواب این بیماران تاثیر دارند. همچنین از سایر عوامل تاثیرگذار می توان به درد، ناراحتی، داروها، اضطراب، استرس و عوامل خارجی اشاره کرد (۹،۱۳). برای مقابله با مشکلات خواب روش های گوناگونی وجود دارد (۱۴). علی رغم توصیه های سلامتی مبنی بر استفاده از روش های غیر دارویی جهت بهبود خواب، اما هنوز برای درمان مشکلات خواب از داروهای خواب آور استفاده می شود که علاوه بر تحمیل هزینه اضافی به سیستم درمان، عوارض دارویی را به دنبال دارد و این در حالی است که می توان با رفع علل مختل کننده خواب، کیفیت خواب بیماران را بهبود بخشید (۱۵). با استفاده از روش های درمانی مداخله ای غیر دارویی مانند روش های رفتاری، روش های شناختی، محدودیت خواب، هدایت تصورات، کنترل محرک ها، تکنیک های آرام سازی، بیوفیدبک، آموزش و رعایت بهداشت خواب می توان بر بسیاری از مشکلات خواب فائق آمد (۱۶). آموزش به بیمار فرآیندی است که در طی آن کیفیت زندگی و سطح سلامت جسمی-روانی ارتقاء یافته و اعتماد به نفس افراد تقویت می گردد (۱۷). در واقع اهمیت نقش پرستار در آموزش بهداشت و کمک به افراد جهت دستیابی به حد مطلوب سلامتی بسیار مهم و مشخص می باشد، به طوری که آموزش پرستاران به بیماران منجر به بهبود بسیاری از رفتارهای بهداشتی آن ها و پذیرش توصیه های پزشکی می گردد. از طرف دیگر در کشورهای توسعه یافته با توجه به فوائد و نتایج مثبت مشارکت بیماران و نیاز به بهره‌مندی بیشتر و بهتر از خدمات پرستاری، به علت کمبود پرستار، آموزش به بیماران و خانواده هایشان یکی از روش های خودکفایی بیماران جهت مراقبت از خود می باشد،

[Downloaded from mail.ijrm.ir on 2026-10-14]

زیرا بدین صورت میزان مشارکت بیماران پس از آموزش در مورد ماهیت بیماری و درمان افزایش یافته و میزان پیامدهای منفی بیماری تقلیل می یابد (۱۸). استفاده از تئوری و مدل از جمله راه های آموزش است. کار بر اساس یک مدل پرستاری موجب کمک به بررسی وضعیت بیماران، برقراری ارتباط مفید و معنی دار بین بیماران و پرستاران، تعیین اهداف مراقبتی، بهبود کیفیت مراقبت و راهنمایی و شفاف سازی فعالیت ها می شود (۱۹). در این مطالعه سعی گردید از یک مدل بومی به نام مدل مراقبت مشارکتی برای مراقبت بیماران تحت عمل پیوند عروق کرونر استفاده شود و کارآمدی آن در بهبود کیفیت خواب این بیماران ارزیابی شود. مدل مراقبت مشارکتی برای اولین بار در ایران توسط محمّدی و همکاران (۱۳۸۰) در رشته پرستاری طراحی و برای کنترل فشار خون بالا در شهرستان بابل اجرا و ارزشیابی گردید (۲۰) که برای اولین بار در این الگو نظریه مشارکت در فرآیند مراقبت گنجانده شده است (۲۱). در واقع در این مدل نظریه مشارکت در مراقبت پرستاری به کار گرفته می شود. از دیدگاه این مدل کیفیت و نوع ارتباط بین دو طرف رابطه در فرآیند مراقبت دارای اهمیت حیاتی می باشد (۲۰). برای دستیابی به اهداف مدل، مراحل زیر در قالب یک ساختار منظم ارایه گردیده است که با رعایت ارتباط و توالی منطقی و تکاملی به صورت مجموعه ای به هم پیوسته و پویا عمل می نمایند. این مراحل شامل انگیزش، آماده سازی، درگیرسازی (اجرا) و ارزشیابی می باشد که برای هر مرحله برنامه عملی مشخصی پیش بینی شده است (۲۲). با توجه به مطالب فوق، این مطالعه با هدف بررسی تاثیر مدل مراقبت مشارکتی بر بهبود کیفیت خواب بیماران تحت عمل پیوند عروق کرونر طراحی شده است.

روش مطالعه

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی است که جامعه آماری آن را بیماران تحت عمل پیوند عروق کرونر مراجعه کننده به مرکز توانبخشی قلبی- ریوی بیمارستان شهید فقیهی شیراز وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز در سال ۱۳۹۳ تشکیل می دادند. حجم نمونه در این مطالعه با استفاده از فرمول حجم نمونه و با احتمال ریزش نمونه ها از جامعه پژوهش ۶۰ نفر (۳۰ نفر مداخله، ۳۰ نفر شاهد) تعیین شد که در ابتدا با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند، نمونه های واجد شرایط انتخاب و سپس به صورت تخصیص تصادفی با استفاده از جدول اعداد تصادفی به دو گروه مداخله و شاهد تقسیم شدند. معیار های ورود به مطالعه شامل انجام عمل پیوند عروق کرونر (مبتنی بر پرونده)، گذشت کمتر از یک سال پس از عمل پیوند عروق کرونری، کسب نمره بیشتر از ۵ در پرسشنامه خواب Pittsburgh، توانایی نوشتن و خواندن، توانایی برقراری ارتباط کلامی، سن بین ۶۰-۳۰ سال بود و معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم همکاری یا فوت بیمار، انتقال به بخش مراقبت های ویژه به هر علت و عدم شرکت در جلسات آموزشی پس از ورود به پژوهش (غیبت در یک جلسه انگیزش یا یک جلسه آماده سازی یا دو جلسه درگیر سازی یا یک جلسه ارزشیابی) بودند. ابزار جمع آوری داده ها در این مطالعه پرسشنامه های اطلاعات دموگرافیک و کیفیت خواب پیتزبورگ می باشد که بر اساس پرسشنامه دموگرافیک متغیرهایی مانند سن، جنس، وضعیت تاهل، شغل، سطح تحصیلات، دیابت، فشارخون، کلسترول، ریفلاکس، افسردگی، اضطراب، استفاده از داروهای خواب آور و سابقه مشکلات مربوط به خواب جمع آوری گردید. پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ توسط Daniel J. Buysse و همکارانش برای ارزیابی کیفیت خواب و کمک به تشخیص افرادی که خواب خوب یا بد دارند، ساخته شده است و دارای ۹ سئوال در ۷ مقیاس می باشد که کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، طول مدت خواب واقعی، اثر بخشی خواب (طول مدت خواب واقعی از کل زمان سپری شده در رختخواب)، اختلالات خواب (بیدار شدن شبانه فرد)، میزان داروهای خواب آور مصرفی، عملکرد روزانه (مشکلات تجربه شده توسط فرد در طول روز ناشی از بی خوابی) را ارزیابی می نماید. نمره هر یک از مقیاس های پرسشنامه بین ۰ تا ۳ در نظر گرفته شده است. نمرات ۰،۱،۲،۳ در هر مقیاس به ترتیب بیانگر وجود وضعیت طبیعی، مشکل خفیف، متوسط و شدید است. حاصل جمع نمرات مقیاس های هفتگانه، نمره کل کیفیت خواب را تشکیل

[Downloaded from mail.ijm.ir on 2026-10-14]

می دهد که بین ۰ تا ۲۱ خواهد بود و اخذ نمره ۵ و یا بیشتر از آن، نمایانگر نامناسب بودن کیفیت خواب خواهد بود. پرسشنامه کیفیت خواب پیتز بورگ از اعتبار علمی مناسبی برخوردار می باشد. اعتبار این مقیاس ۰/۸۳ محاسبه شده و از حساسیت ۸۹/۶ درصد و ویژگی ۸۶/۵ درصد برخوردار است. همچنین ناتسون و همکاران، ضریب اعتبار حاصل از باز آزمایی آزمون را پس از یک سال در جمعیت عمومی ۰/۶۸ و اعتبار تنصیفی آزمون را ۰/۷۶ گزارش کرده اند. نوحی و همکاران نیزضریب همسانی درونی آزمون را ۰/۸۳ گزارش کرده اند(۳). همچنین روایی این پرسشنامه برای جمعیت ایرانی درمطالعه انجام شده از سوی انستیتو روانپزشکی تهران مورد تأیید قرار گرفته است (۲۳). پژوهشگر پس از اخذ مجوز از دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و کسب اجازه از دانشگاه علوم پزشکی شیراز و مرکز توانبخشی قلبی- ریوی بیمارستان شهید فقیهی شیراز، هر بیمار واجد شرایطی را که تحت عمل پیوند عروق کرونر قرار گرفته (مبتنی بر پرونده) و به مرکز توانبخشی قلب مراجعه می کرد را انتخاب و پس از توضیحات روشن و واضح در خصوص اهداف پژوهش و کسب رضایت نامه آگاهانه از آن ها پرسشنامه های اطلاعات دموگرافیک و کیفیت خواب پیتزبورگ را با پرسش مستقیم از بیمار تکمیل می کرد. در این مطالعه کلیه ملاحظات اخلاقی مبنی بر کسب رضایت آگاهانه، محرمانه و محفوظ ماندن کلیه اطلاعات شخصی، دادن حق عدم شرکت یا کناره گیری از تحقیق، عدم تحمیل هزینه های مالی به بیماران در مطالعه نیز رعایت شد. در پایان برنامه آموزشی به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی کلیه جزوات آموزشی در اختیار بیماران گروه شاهد قرارگرفت و ۲ جلسه آموزشی برای آنها نیز اجرا شد. روش انجام مداخله در جدول شماره ۱ توضیح داده شده است.

جدول شماره ۱: ترتیب و محتوای برگزاری جلسات آموزشی مبتنی بر مدل مراقبت مشارکتی

مرحله انگیزش	گروه مداخله از ابتدا در جریان تجزیه و تحلیل اطلاعات برای مرحله انگیزش قرار گرفتند و همه اعضای تیم که شامل متخصص قلب، پرستار، روانشناس، کارشناس تغذیه و مددجو بود، مشارکت فعال داشتند. گروه های ۷ یا ۸ نفره تشکیل شده و با پرسش و پاسخ در حضور تیم درمان، بیماران مورد ارزیابی قرار گرفتند. در این مرحله، مشکلات مراقبتی مددجویان به صورت تشخیص های مراقبتی (پرستاری) توسط پرستار تعریف شدند.
آماده سازی و درگیر سازی (اجرا)	الف) ویزیت های مشارکتی آموزشی (سه نوبت) اهداف ویزیت اول: ایجاد انگیزش در مددجو از طریق آشناسازی با مشکلات مراقبتی، شرایط فعلی، خطرات و عوارض بیماری. توانمندسازی مددجو به نحوی که بتواند عمل پیوند عروق کرونر، عوارض و علل و عوامل بوجود آورنده آن را بیان کند. محتوای این جلسه: مروری بر ساختار قلب و نحوه کارکرد آن، عللی که باعث عمل پیوند عروق کرونر، عوامل تشدید کننده و عوارض بیماری. اجرا: مطالب توسط پزشک و پرستار در قالب سخنرانی، پاورپوینت، پمفلت و پرسش و پاسخ در سه گروه ۱۰ نفره ارائه گردید. مداخلات در هر سه گروه به طور جداگانه و در مدت زمان ۶۰ تا ۸۰ دقیقه به اجرا درآمد. ویزیت دوم: این ویزیت در راستای اجرای مرحله دوم یعنی آماده سازی مددجو برای مشارکت در روند مراقبت و درمان به فاصله دو هفته انجام شد. اهداف ویزیت دوم: مددجو بتواند اهمیت برنامه ورزشی و رژیم غذایی مناسب در بیماران قلبی را درک کرده و توضیح دهد. به عنوان مثال اهمیت الگوی رژیم غذایی کم نمک و کم چربی را با ذکر یک نمونه بیان کند. در مورد رژیم غذایی موثر در بهبود کیفیت خواب را با ذکر مثال بیان کند. درباره عوامل ایجاد کننده اختلال در خواب و همچنین درباره روش های مقابله با تنش و اضطراب و مداخلات کاهنده آن را بیان کند. اجرا: مطالب مورد نیاز این جلسه از طریق سخنرانی، پاورپوینت، پمفلت و پرسش و پاسخ توسط پرستار ارائه گردید و سپس هر گروه توسط پزشک تیم ویزیت گردید. ویزیت سوم: در این مرحله اصول و مثالهای کاربردی برای بهبود خواب بیماران با در نظر گیری فرهنگ، علائق قبلی، هنجارهای جامعه، و بعد از ارزیابی میزان آمادگی، تجربیات و آگاهی های قبلی بیماران، از طریق دادن آگاهی در زمینه بیماری، عوامل خطر در بیماران، عواقب عدم کنترل و منافع کنترل بیماری، داروهای مصرفی، انجام فعالیت ورزشی، تعیین محرک های ایجاد کننده رفتار ناسازگار، استراتژی های کاهنده مشکلات خواب و با استفاده از راهکارهای توصیه شده، مورد استفاده قرار گرفت. اجرا: مطالب مورد نیاز این جلسه از طریق سخنرانی، پاورپوینت، پمفلت و پرسش و پاسخ توسط پرستار ارئه گردید و سپس هر گروه توسط پزشک تیم ویزیت گردید. ب) ویزیت مشارکتی پیگیری اول و دوم این دو ویزیت نیز از لحاظ ترکیب و شرایط مانند ویزیت‌های مشارکتی آموزشی می‌باشند که هر کدام از این ویزیت ها برای هر گروه بصورت مستقل و حداکثر به مدت نیم ساعت، در ۲ جلسه و به فاصله یک هفته از پایان ویزیت مشارکتی آموزشی سوم و به فاصله یک هفته از یکدیگر، تشکیل گردید. در این ویزیت‌ها ضمن بررسی مشکلات مددجویان، نتایج مثبت و منفی اعمال آموزشی و اقدامات قبلی مورد بررسی و بازبینی قرار گرفته و راهنمایی‌های لازم جهت تصحیح ایرادات ارائه گردید.

[Downloaded from mail.ijm.ir on 2026-10-14]

ارزشیابی ارزیابی های مرحله ای در ابتدا و انتهای هر ویزیت انجام می گیرد و در ارزیابی نهایی برای سنجش تأثیر اجرای مدل مراقبت مشارکتی بر میزان کنترل عوارض و علایم و همچنین تغییر در کیفیت خواب، بیماران مجدداً توسط ابزارهای اندازه گیری در گروه مداخله سنجیده می شود. سپس همین نحوه سنجش و ارزیابی برای گروه شاهد همزمان به عمل آمد.

داده های جمع آوری شده تحت نسخه ۱۶ نرم افزار SPSS و با استفاده از آزمون های آماری تی تست (مستقل و زوجی)، کای اسکوئرو من ویتنی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها

نتایج مطالعه نشان داد که میانگین سنی در گروه مداخله ۱۱/۵۳±۵۳/۸۷ سال و در گروه شاهد ۵/۴۶±۵۲/۵۷ سال بود. به کمک آزمون تی تست میانگین سن در دو گروه مقایسه گردید که اختلاف آماری معنی داری بین دو گروه وجود نداشت (p=۰/۵۷۹). همچنین توزیع فراوانی نسبی جنس در گروه مداخله ۶۳/۳ درصد مرد و۳۶/۷ درصد زن و در گروه شاهد ۸۳/۳ درصد مرد و ۱۶/۷ درصد زن بودند که به کمک آزمون کای اسکوئر توزیع جنسیت در دو گروه مقایسه گردید، که اختلاف آماری معنی داری بین دو گروه وجود نداشت (p=۰/۰۸). علاوه بر این، تعداد مردان در دو گروه مداخله و شاهد از بیشترین فراوانی برخوردار بود. از نظر سایر خصوصیات دموگرافیک از قبیل وضعیت تاهل، شغل، سطح تحصیلات، دیابت، فشارخون، کلسترول، ریفلاکس، افسردگی، اضطراب، استفاده از داروهای خواب آور، سابقه مشکلات مربوط به خواب، آزمون آماری کای اسکوئر اختلاف معنی داری را نشان نداد که حاکی از همسان بودن دو گروه از نظر این متغیرهامی باشد (جدول ۲). بر اساس هدف پژوهش، کیفیت خواب در گروه مداخله و شاهد مورد ارزیابی قرار گرفت. میانگین نمره کیفیت خواب قبل از مداخله در گروه مداخله ۲/۲۹±۱۰/۳۰ و در گروه شاهد ۲/۰۲±۸/۷ بود که آزمون آماری اختلاف آماری معنی داری را از نظر کیفیت خواب در دو گروه مداخله و شاهد قبل از مداخله نشان نداد (p=۰/۰۰۶). بعد از اجرای مداخله میانگین نمره کیفیت خواب در گروه مداخله به ۲/۲۷±۶/۵۳ و در گروه شاهد به ۲/۰۸±۱۰ رسید (نمودار ۱). به کمک آزمون آماری میانگین نمره کلی کیفیت خواب بیماران تحت عمل پیوند عروق کرونر در دو گروه مورد مقایسه قرار گرفت که اختلاف آماری معنی داری بین دو گروه از نظر میانگین نمره کلی کیفیت خواب بیماران تحت عمل پیوند عروق کرونر بعد از مداخله وجود داشت (P≤۰/۰۰۱) (جدول ۳).

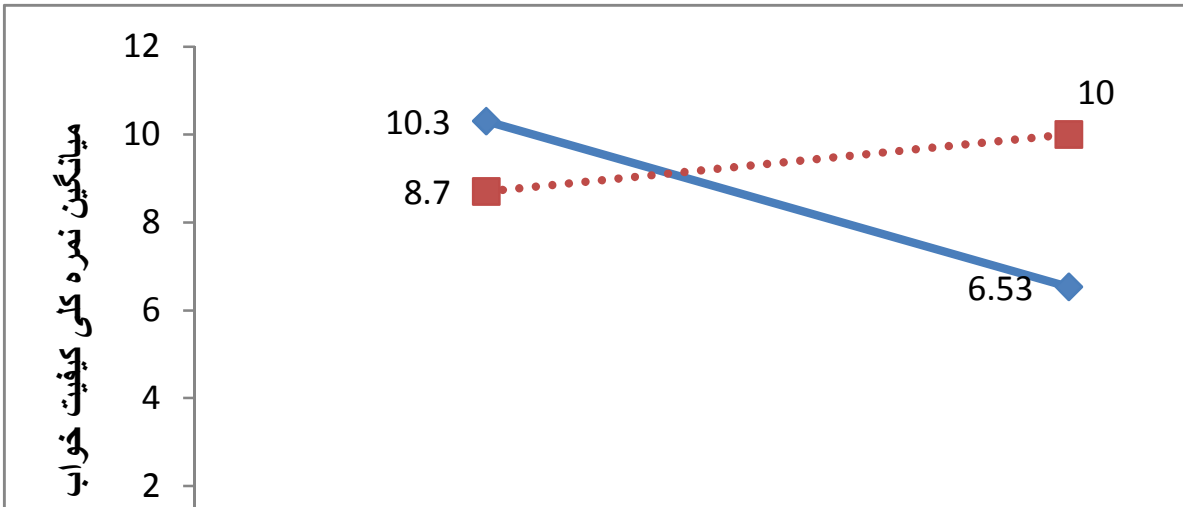
نتایج مطالعه با آزمون من ویتنی نشان داد که میانگین نمرات ابعاد کیفیت خواب بین گروه مداخله و شاهد بعد از مداخله به جز دو بعد، در تمامی ابعاد به صورت معنی داری تغییر پیدا کرده است (p≤۰/۰۵) به طوری که واحدهای مورد پژوهش در گروه مداخله از کیفیت خواب بهتری برخوردار بودند (جدول۴).

[Downloaded from mail.ijrm.ir on 2026-10-14]

جدول شماره ۲: اطلاعات دموگرافیک

گروه		گروه مداخله تعداد (درصد)	گروه شاهد تعداد (درصد)	p-value
متغیر				
جنس	مرد	۱۹ (۳/۶۳)	۲۵ (۳/۸۳)	۰۸/۰
	زن	۱۱ (۷/۳۶)	۵ (۷/۱۶)	
وضعت تأهل	مجرد	۱ (۳/۳)	۳ (۰/۱۰)	۲۲۳/۰
	متأهل	۲۷ (۰/۹۰)	۲۷ (۰/۹۰)	
	بیوه	۲ (۷/۶)	۰ (۰/۰)	
شغل	بیکار	۱۴ (۷/۴۶)	۶ (۰/۲۰)	۱۸۵/۰
	آزاد	۷ (۳/۲۳)	۱۰ (۳/۳۳)	
	بازنشسته	۵ (۷/۱۶)	۸ (۷/۲۶)	
	کارمند	۴ (۳/۱۳)	۶ (۰/۲۰)	
تحصیلات	ابتدایی	۹ (۰/۳۰)	۲ (۷/۶)	۱۱۱/۰
	راهنمایی	۷ (۳/۲۳)	۷ (۳/۲۳)	
	دبیرستان	۷ (۳/۲۳)	۱۲ (۰/۴۰)	
	دانشگاهی	۷ (۳/۲۳)	۹ (۰/۳۰)	
دیابت	ندارد	۱۴ (۷/۴۶)	۱۲ (۰/۴۰)	۶۰۲/۰
	دارد	۱۶ (۳/۵۳)	۱۸ (۰/۶۰)	
فشار خون	ندارد	۹ (۰/۳۰)	۷ (۳/۲۳)	۵۵۹/۰
	دارد	۲۱ (۰/۷۰)	۲۳ (۷/۷۶)	
کلسترول	ندارد	۲۵ (۳/۸۳)	۲۲ (۳/۷۳)	۳۴۷/۰
	دارد	۵ (۷/۱۶)	۸ (۲۶/۷)	
ریفلاکس	ندارد	۲۹ (۷/۹۶)	۳۰ (۰/۱۰۰)	۳۱۳/۰
	دارد	۱ (۳/۳)	۰ (۰/۰)	
افسردگـی	ندارد	۲۷ (۰/۹۰)	۳۰ (۰/۱۰۰)	۰۷۶/۰
	دارد	۳ (۰/۱۰)	۰ (۰/۰)	
اضطراب	ندارد	۲۹ (۷/۹۶)	۲۹ (۷/۹۶)	۱
	دارد	۱ (۳/۳)	۱ (۳/۳)	
استفاده خواب آور	ندارد	۸ (۷/۲۶)	۶ (۰/۲۰)	۵۴۲/۰
	دارد	۲۲ (۳/۷۳)	۲۴ (۰/۸۰)	
مشکلات خواب	ندارد	۲۸ (۳/۹۳)	۲۹ (۷/۹۶)	۵۵۴/۰
	دارد	۲ (۷/۶)	۱ (۳/۳)	
سن		انحراف معیار و میانگین	انحراف معیار و میانگین	p-value
		۵۳/۸۷±۱۱/۵۳	۵۲/۵۷±۵/۴۶	۰/۵۷۹

[Downloaded from mail.ijrm.ir on 2026-10-14]



نمودار شماره ۱: روند تغییر میانگین نمره کلی کیفیت خواب در واحدهای مورد پژوهش

جدول شماره ۳: مقایسه میانگین نمره کلی کیفیت خواب در واحدهای مورد مطالعه قبل و بعد از مداخله

گروه	قبل از مداخله		P-Value	بعد از مداخله		P-Value
کیفیت خواب	مداخله	شاهد		مداخله	شاهد	
	انحراف‌معیار±میانگین	انحراف‌معیار±میانگین		انحراف‌معیار±میانگین	انحراف‌معیار±میانگین	
نمره کلی	۱۰/۳۰±۲/۲۹	۸/۷±۲/۰۲	۰/۶۰۰	۶/۵۳ ±۲/۲۷	۱۰ ±۲/۰۸	۰/۰۰۰

جدول شماره ٤: مقایسه میانگین نمرات ابعاد کیفیت خواب در واحدهای مورد مطالعه

گروه	قبل از مداخله		P-Value	بعد از مداخله		P-Value
	انحراف معیار±میانگین			انحراف معیار±میانگین		
ابعاد کیفیت خواب	مداخله	شاهد		مداخله	شاهد	
کیفیت ذهنی خواب	۱/۵۳±۰/۵۷	۱/۳۰±۰/۴۷	۰/۱۰۲	۰/۷۳ ±۰/۶۴	۱/۷۷±۰/۵۷	۰/۰۰۰۰
تأخیر در به خواب رفتن	۱/۵۰±۰/۵۷	۱/۱۳±۰/۳۴	۰/۱۰۳	۱±۰/۶۹	۱/۱۳±۰/۳۴	۰/۳۹۹
طول مدت خواب واقعی	۱/۸۷±۰/۶۳	۱/۶۳±۰/۶۱	۰/۱۴۸	۱/۳۰±۰/۷۵	۱/۶۳±۰/۶۱	۰/۰۵۵
اثر بخشی خواب	۱/۹۳±۰/۶۴	۲±۰/۵۹	۰/۶۶۶	۱/۲۳±۰/۶۳	۱/۹۷±۰/۶۱	۰/۰۰۰۰
اختلالات خواب	۱/۲۳±۰/۶۳	۱±۰/۶۴	۰/۱۶۰	۰/۹۰±۰/۶۶	۱/۳۳±۰/۴۸	۰/۰۰۸
میزان داروهای خواب آور مصرفی	۱/۳۷±۰/۸۹	۰/۸۳±۰/۴۶	۰/۱۰۸	۰/۷۰±۰/۷۹	۱/۱۳±۰/۵۷	۰/۰۱۵
عملکرد روزانه	۰/۸۷±۰/۶۸	۰/۸۰±۰/۵۵	۰/۷۴۷	۰/۶۷±۰/۶۱	۱/۰۳±۰/۶۱	۰/۰۲۵

بحث

در این پژوهش، میانگین نمرات کلی کیفیت خواب بیماران گروه مداخله بعد از اجرای مداخله نسبت به قبل از اجرای مداخله کاهش پیدا کرد و در گروه شاهد نمرات کلی کیفیت خواب بیماران بعد از اجرای مداخله نسبت به قبل از مداخله افزایش داشت. این نتایج نشان دهنده مؤثر بودن مدل مراقبت مشارکتی در بهبود و ارتقاء کیفیت خواب بیماران تحت عمل پیوند عروق کرونر می باشد. مطالعه خوشاب و همکاران در بررسی تاثیر مدل مراقبت مشارکتی بر اضطراب و افسردگی بیماران نارسایی قلبی نشان دهنده کاهش اضطراب و افسردگی در این بیماران و مؤثر بودن مدل بوده است (۲۲). برهانی و همکاران نیز تاثیر این مدل را بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مورد سنجش قرار دادند که یافته های تحقیق آن ها نشان دهنده مؤثر بودن مدل در بهبود کیفیت زندگی این بیماران بود (۲۴). نتایج مطالعه قویدل و همکاران در کاربرد مدل مراقبت مشارکتی در بیماران همودیالیزی نشان داد که واحد های مورد پژوهش قبل از مداخله ۱۰۰ درصد دارای مشکلات خواب بودند که بعد از اجرای مدل این میزان به ۴۰ درصد کاهش یافت (۱۹). Graham و همکاران در مطالعه خود امکان بکارگیری مراقبت مشارکتی را برای سالمندان افسرده مورد بررسی قرار دادند. نتایج حاکی از بهبود افسردگی بود و

[Downloaded from mail.ijm.ir on 2026-10-14]

یافته ها نشان داد مراقبت مشارکتی بهتر از مراقبت عادی به بهبود افسردگی در این افراد کمک می کند (۲۵). Van der Voort و همکاران مطالعه ای با عنوان مراقبت مشارکتی برای بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی انجام دادند. نتایج این مطالعه اثر بخشی مراقبت مشارکتی در این بیماران و رضایت‌مندی ارائه کنندگان مراقبت‌های بهداشتی از این نوع مراقبت را نشان داد (۲۶). Katon و همکاران مطالعه ای با عنوان سودمندی مدل مراقبت مشارکتی در بیماران سرپایی مبتلا به افسردگی، دیابت ملیتوس و بیماری عروق کرونری قلب انجام دادند. نتایج این مطالعه نشان داد که بیماران گروه مداخله نسبت به گروهی که مراقبت معمول دریافت می‌کردند، نمره کیفیت زندگی بالاتر و تعداد روزهای فاقد افسردگی بیشتری داشتند و همچنین به نظر می‌رسد که این مدل، برنامه‌ای با ارزش در کاهش هزینه‌های مراقبتی اضافی در این بیماران بود (۲۷). چاه خوئی و همکاران پژوهشی با عنوان تاثیر بکارگیری مدل مراقبت مشارکتی بر سبک زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام دادند. نتایج، تاثیر مدل مراقبت مشارکتی بر بهبود سبک زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس را نشان داد (۲۸). لشکری و همکاران مطالعه ای با عنوان تأثیر مدل مراقبت مشارکتی بر کیفیت خواب بیماران تحت همودیالیز نگهدارنده انجام دادند. نتایج نشان داد بعد از مداخله، میانگین نمرات در تمامی ابعاد کیفیت خواب به جز دو بعد اختلالات خواب و استفاده از داروهای خواب آور بین دو گروه معنی دار بود. همچنین گروه مداخله بعد از اجرای مداخله نسبت به قبل از آن، از کیفیت خواب بهتری برخوردار شدند (۲۹).

نتیجه گیری نهایی

یافته های این پژوهش نشان داد که مدل مراقبت مشارکتی در بهبود و ارتقاء کیفیت خواب بیماران بعد از عمل پیوند عروق کرونر مفید و موثر بوده و نظر به اینکه کیفیت پایین خواب به عنوان یک وضعیت استرس زا در این بیماران آثار نامطلوبی بر روی سیستم قلبی و عروقی دارد، استفاده از مدل مراقبت مشارکتی در این بیماران توصیه می شود. همچنین با توجه به ارتباط نزدیک پرستاران با بیماران، وظیفه شناسایی و ارزیابی نیاز های خواب این افراد و پاسخگویی مناسب به آن بیشتر بر دوش این افراد قرار داشته و برای آنان عملی تر است، کاربرد این مدل توسط پرستاران برای بیماران قلبی-عروقی دارای مشکلات خواب توصیه می شود. از محدودیت های پژوهش، انجام آن بر روی افراد مراجعه کننده به مرکز توانبخشی قلبی ریوی شهید فقیهی شیراز می باشد که شاید نمونه معرفی برای این گروه از بیماران نباشند . از محدودیت های دیگر عوامل فرهنگی و اجتماعی تاثیر گذار در هنگام تکمیل پرسشنامه توسط افراد می باشد. لذا در تعمیم نتایج باید جوانب احتیاط رعایت شود. پیشنهاد می گردد در مطالعات بعدی، تاثیر این مدل مراقبتی بر روی کیفیت خواب درسایر بیماری های مزمن مورد بررسی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران با کد اخلاق ثبت شده Uswr.REC.1393.178 می باشد که پژوهشگران بر خود لازم می دانند از حمایت های مادی و معنوی این دانشگاه و همچنین از کلیه بیماران مشارکت کننده در این پژوهش، مدیریت محترم و مسئول بخش بازتوانی قلبی- ریوی بیمارستان شهید فقیهی شیراز کمال تشکر و قدردانی را ابرازنمایند.

منابع

1- Lopez V, Ying CS, Poon CY, Wai Y. Physical. Psychological and Social recovery patterns after coronary artery bypass graft surgery: A prospective reported measures questionnaire survey. Int J Nurse Stud. 2007; (44): 1304-1315.

[Downloaded from mail.ijrm.ir on 2026-10-14]

2- Shahraki M, Shahraki T, Pourghasem Gargari B, Ramroudi N. Central Obesity and Coronary Heart Disease Risk Factors in Referral Outpatients to Zahedan Cardiology Clinic, Iran. Int J High Risk Behav Addict. 2012; 1(2): 79-83.

3- Nohi E, Abdolkarimi M, Rezaeian M. Quality of Life and its Relationship With Stress and Coping Sterategies in Coronary Heart Disease Patients. J Rafsanjan Univ Med Sci. 2011; 10(2): 127-33. (Persian)

4- Finkelmeier BA. Cardiothoracic Surgical Nursing. 2nd ed. Williams & Wikins. 2005;p:149

5- Ghashghaei E, Sadeghi M, Yazdekhasti S. review of Cardiac Rehabilitation Benefits on physiological Aspects in patients with cardiovascular disease. Journal of research In rehabilitation science. 2011; 7(5): 706-715. (Persian)

6- Shirazi E. Coronary Artery Bypass Graft: Communication time pump conection with mental states. Mental Health Resaerch Center, Psychiatric Center Iran. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 2003; 35(3):51-60 (Persian)

7- Theobald K, Worrall-Cater L, McMurray A. Psychosocial issues facilitating recovery post –CABG surgery. Crit Care Nurses J. 2005; 18(2): 76-85.

8- Chaudhury CS, Sharma CS, Pawer SC, Kumer BK, Sri Vastava K, Sudarsan B, Sing D. Psychological Correlates of Outcome after Coronary Artery Bypass Graft. Mjaf. 2006; 62(3): 220-223.

9- Behrozifar S, Zenozi Sh, Nezafati MH, Esmaeeli H. Study of factors affecting sleep quality and quantity of patients after coronary artery bypass graft surgery. J Shaheed Sadoughi Univ Med Sci . 2008; 16(3): 57-66. (Persian)

10- Khoshab H, Sabzevari S, Gholamhosein nezhad N, Rezaee MA. comparison of medical, nurses and patient about the risk factors associated with sleep disorders. Journal of Health Promotion Management. 2013; 2(2): 16-24. (Persian)

11- Baggio Nerbass F. Ignez Zanetti Feltrim M. de Souza SA. Satomi Ykeda D. Lorenzi-Filho G. Effects of massage therapy on sleep quality after coronary artery bypass graft surgery. CLINICS 2010; 65(11): 1105-1110.

12- Yilmaz H, Iskesen I. Follow-up with Objective and Subjective Tests of the sleep characteristics of patients After Cardiac Surgery. Circ J. 2007; 71: 1506-1510.

13- Torabi S, Shahriari L, Zahedi R, Rahmanian S, Rahmanian K. Sleep disorders and how to deal with it in elderly in 2008. Journal of Jahrom Univ Med Sci. 20013; 10(4): 35-41. (Persian)

14- Mousavi F, Golestan B, Matini E, Tabatabaee R. evaluation prevalence and factors associated with sleep disorders among medical student of Islamic Azad University Tehran. Medical Sciences Journal of Islamic Azad University. 2010; 20(2): 278-284. (Persian)

15- Taylor C, Lillis C, Lemone p, Lynn p. Fundamentals of Nursing: The art and science of nursing care. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and wilkins. 2008. P: 1340-1346.

16- Nobahar M, Vafaee AA. Evaluation of sleep disorders and how to cope with it in the elderly. Iranian Journal of Aging. 2007; 2(4):263. (Persian)

[Downloaded from mail.ijm.ir on 2026-10-14]

17- Sultani A, Hadavi M, Heydari SH, Shahabinezhad M. Barriers to Patient Education Based on the Viewpoints of Nurses and Nurse Managers in Hospitals of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2008. J Rafsanjan Univ Med Scie. 2013; 12(4): 309-18. (Persian)

18- Lashkari F. The effect of using partnership care model on the fatigue and sleep quality of patients undergoing maintenance hemodialysis. (Thesis Msc Nursing). Ahwaz jondishapour university medical sciences. 2013: 2-11.

19- Ghavidel F, Mohamadzade SH, Piraste H, Alavimajd H. The effect of applying collaborative care model on quality of life in hemodialysis patients referred to the Air Force Hospital in Tehran. Ibn Sina J Teharan Med Sci. 2009; 12(2): 1-2. (Persian)

20- Alijany-Renany H, Tamaddoni A, Haghighy-zadeh MH, Pourhosein S. The effect of using partnership care model on the quality of life in the school-age children with β-thalassemia. J Shahrekord Univ Med Sci. 2012 May; 14(1): 41-49. (Persian)

21- Mamene M, Lakdizaji S, Rahmani A, Behshid M. The effect of education based on the collaborative care model on the nutritional behaviors of family members of patients with type II diabetes. Medical - Surgical Nursing Journal 2014; 3(2): 99-106. (Persian)

22- Khoshab H, Bagherian B, Abbaszadeh A, Mohammadi E, Kohan S, Samarehnezhad H. Collaborative Care Model effect on depression and anxiety in patients with heart failure. Iranian journal of base evidence care. 2012; 2(2): 38-46. (Persian)

23- Dastani M, Fathi-Ashtiani A, Sadeghniiat Kh. Comparison between Medical and Psychological Interventions for Improving Sleep Quality. Journal of research in Psychological health. 2009; 3(2): 6-14. (Persian)

24- Borhani F, Khoshab H, Rashidi Nezhad HR, Mohammadi E. Study of the effect of partnership care model on the quality of life in patients with heart failure. Iranian Journal of critical care nursing. 2012; 5(1): 43-48. (Persian)

25- Chew-Graham CA, Lovell K, Roberts C, Baldwin R, Morely M, Burns A, Richards D, Burroughs H. A randomized controlled trial to test the feasibility of a collaborative care model for management of depression in older people. Br J Pract. 2007; 57(538): 364-70.

26- Van der Voort TYG, Van Meijel B, Goossens PJJ, Renes J, Beekman ATF, W Kupka RW. Collaborative care for patients with bipolar disorder: a randomized controlled trial. Br J Psychiatry. 2015 May; 206(5):393-400

27- Katon W, Russo J, Lin E, Schmittdiel J, Ciechanowski P, Ludman E, Peterson D, Young B, Von Korff M. Cost-effectiveness of a Multi condition Collaborative Care Intervention; A Randomized Controlled Trial. Arch Gen Psychiatry. 2012; 69(5):506-514.

28- Chahkhoie Mehdi Abad M, Shariati A, MajdiNasab M, Marziyeh Asadizaker M, Latifi M, Chahkhoie Mehdi Abad A. Collaborative Care Model effect on Multiple Sclerosis (MS) patients' lifestyle. Jundishapur Journal of Chronic Disease Care. 2013; 2(3):47-56.

29- lashkari F, Shariati A, Baraz SH, Latifi M, Chahkhoie Mehdi Abad M, Asgharian R. Collaborative Care Model effect on the paiteint Sleep quality With maintenance hemodialysis. Jundishapur Journal of Chronic Disease Care. 2012; (3):1-7.

[Downloaded from mail.ijm.ir on 2026-10-14]