تأثیر بکارگیری گروه حمایتی مبتنی بر مدل روی بر سازگاری اجتماعی بیماران دارای دفیبریلاتور قابل کاشت: یک مطالعه کارآزمایی بالینی

خدایار عشوندی[1]، مهناز خطیبان[1]، فضل‌الله احمدی[2]، محمدرضا رضوی[3]

۱. گروه آموزشی پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران؛ مرکز تحقیقات مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
۲. گروه پرستاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.
۳. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی لارستان، لارستان، ایران.

توسعه پرستاری در سلامت/ دوره پانزدهم/ شماره ۱/ بهار و تابستان ۱۴۰۳

چکیده

زمینه و هدف: در بالین، از مدل پرستاری روی جهت بهبود سازگاری بیماران مورد استفاده قرار می‌گیرد. مشارکت بیماران در گروه‌های حمایتی به واسطه آشنایی بیماران با بیماران مشابه می‌تواند در ارتقای سازگاری آنها نقش مهمی داشته باشد. هدف از این مطالعه تعیین تأثیر بکارگیری گروه‌های حمایتی مبتنی بر مدل پرستاری روی بر سازگاری اجتماعی بیماران دارای دفیبریلاتور قابل کاشت بود.

مواد و روش ها: در این کارآزمایی بالینی تصادفی‌سازی شده، ۶۰ بیمار مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های قلب بیمارستان‌های فرشچیان همدان و کوثر شیراز به صورت در دسترس انتخاب شدند. بیماران به طور تصادفی و با یکسان‌سازی جنس و کسر تخلیه در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند. بیماران در گروه آزمون در گروه‌های حمایتی مبتنی بر مدل پرستاری روی شرکت کردند و سپس دو بار در ماه وضعیت آنها از طریق تماس تلفنی پیگیری شد. بیماران در گروه کنترل تنها مراقبت‌های روتین دریافت کردند. سازگاری بیماران با استفاده از پرسشنامه سازگاری بل (**Bell's adjustment inventory**) در قبل و ۳ ماه بعد از مداخله بررسی شد. تجزیه و تحلیل داده ها از طریق نرم‌افزار **SPSS** نسخه ۲۲ و با آزمون‌های کای‌اسکوئر، تی استیودنت و تی زوجی انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که متوسط سن بیماران ۴/۳۸ ± ۶۰/۴۸ سال بود. اکثریت بیماران (۵۶/۷٪، **n**=۳۴) را مردان تشکیل می‌دادند و ۳۵٪ (**n**=۲۱) از بیماران ماهانه حداقل یک شوک را داشتند. بیشترین علت تعبیه دستگاه دفیبریلاتور قابل کاشت در بیماران نیز نارسایی قلبی (۸۰٪، **n**=۵۴) بوده است. بیماران در دو گروه از نظر مشخصات دموگرافیک تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند. در گروه آزمون تفاوت معناداری در سازگاری اجتماعی در قبل و بعد از مداخله مشاهده شد. (**p**<۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که مشارکت بیماران در گروه‌های حمایتی مبتنی بر مدل پرستاری روی به همراه پیگیری تلفنی بیماران می‌تواند به عنوان یک استراتژی مؤثر در بهبود سازگاری اجتماعی بیماران دارای دفیبریلاتور قابل کاشت مورد استفاده قرار گیرد.

واژگان کلیدی: گروه حمایتی، مدل پرستاری روی، سازگاری، دفیبریلاتور قابل کاشت

آدرس مکاتبه: لارستان، دانشکده پرستاری حضرت زینب (س) لارستان

Email: mrerazavi@yahoo.com

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

مقدمه

تعبیه یک جسم خارجی در قلب، دگرگونی‌هایی را در بدن ایجاد می‌کند که منجر به تغییر در تصویر بدن (۱)، کیفیت زندگی (۲) و توسعه بیماری‌های خلقی می‌شود (۳). از این‌رو، بیماران دارای دفیبریلاتور قابل کاشت در بدن، نسبت بالایی از بی‌خوابی (۴)، بروز افسردگی و اضطراب (۵) و استرس (۶) را به دلیل عواملی از قبیل نگرانی در مورد ماهیت و شدت شرایط قلبی، چگونگی کارکرد دفیبریلاتور و همچنین ماهیت غیر قابل پیش‌بینی دریافت شوک تجربه می‌کنند(۷). این در حالی است که بروز اختلالات خلقی خود یک عامل خطر برای بیماری‌های قلبی و عروقی و عود رویدادهای قلبی (۶) و کمپلیانس ضعیف با رژیم‌های دارویی (۸) در بیماران دارای دفیبریلاتور قابل کاشت است که مرگ و میر آنان را تا دو برابر (۹) افزایش می‌دهد.

با توجه به اینکه پیامدهای ناشی از جای‌گذاری دفیبریلاتور قابل کاشت یک شرایط مزمن است و اینکه مسئولیت عمده مراقبت‌ها بر عهده‌ی خود بیمار می‌باشد، بیماران به رفتارهای خودمراقبتی ویژه‌ای تا پایان عمر نیاز دارند (۱۰) و پرستاران نقش حیاتی در توانمندسازی بیماران برای مدیریت بهتر و ارتقای کیفیت زندگی این بیماران از طریق آموزش و فراهم نمودن اطلاعات و مشاوره با بیمار را دارند (۱۱).

یکی از روش‌هایی که جهت بهبود سازگاری بیماران دارای دفیبریلاتور قابل کاشت به کار می‌رود، استفاده از گروه‌های حمایتی است. تشکیل گروه‌های حمایتی یک روش مؤثر در فراهم نمودن حمایت‌های اجتماعی و گسترش ارتباط افراد دارای دفیبریلاتور قابل کاشت می‌باشد(۱۲). برقراری ارتباطات بین فردی و گروهی با افراد دارای بیماری مشابه و تشکیل جلسات گروهی در حمایت از بیماران یکی از راهکارهای مناسب جهت اصلاح رفتارهای ناسازگار می‌باشد که علاوه بر امکان دوستی‌های جدید بین بیماران، افزایش خودکارآمدی آنان در مراقبت از خود و حتی بهبود استراتژی‌های بقا در بیماران بدحال را به دنبال دارد (۱۳, ۱۴). علاوه بر این، استراتژی‌های تماس با بیماران مشابه می‌تواند یک راهکار مناسب برای بیماران دارای اختلالات خلقی مثل افسردگی که تعداد قابل توجهی از بیماران دارای دفیبریلاتور قابل کاشت را درگیر می‌کند، باشد (۱۵). همچنین در مطالعات مختلفی بر تشکیل گروه‌های حمایتی برای بیماران دارای دفیبریلاتور قابل کاشت تأکید شده است (۱۶, ۱۷). از سوی دیگر، جهت ایجاد سازگاری و تبدیل رفتارهای ناسازگار و ناسالم به رفتارهای سالم و سازگار نیاز به برنامه مراقبتی با برنامه‌ریزی منسجم بر اساس الگویی ویژه هست (۱۸). در این زمینه، تئوری‌های پرستاری پایه و اساس مراقبت مؤثر برای بیمار فراهم می‌کنند و می‌توانند نقش مهمی در بهبود وضعیت بیماران با سطح دانش متفاوت داشته باشند (۱۹). یکی از پرکاربردترین مدل‌ها در این زمینه، مدل پرستاری سازگاری کالیستا روی می‌باشد. مطالعات تأثیر بکارگیری الگوی سازگاری روی را بر بهبود کنترل بیماری در بیماری‌های مزمن را نشان داده اند. اغلب مطالعات انجام شده در زمینه بکارگیری الگوی "روی"، تأثیر مثبت این الگو را بر کنترل بیماری و افزایش پاسخ‌های سازگار در بیماری‌های مزمن نظیر نارسایی قلبی (۲۰)، دیابت (۲۱)، مراحل انتهایی بیماری کلیوی (۲۲, ۲۳) نشان می‌دهند.

با توجه به این که استفاده از روش‌های سازگاری استاندارد مانند الگوی سازگاری روی که روشی ایمن، غیرتهاجمی، غیردارویی و کم هزینه در ارتقاء سازگاری فرد در ابعاد جسمی و روان شناختی است (۲۴)، لذا در این مطالعه کارآزمایی بالینی به بررسی تأثیر برنامه مراقبتی بر اساس مدل روی از طریق تشکیل گروه حمایتی بر سازگاری اجتماعی بیماران دارای دفیبریلاتور قابل کاشت پرداخته شد.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده با طرح پیش آزمون- پس آزمون، بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های قلب و آنالیز بیمارستان‌های تخصصی قلب فرشچیان همدان و کوثر شیراز در بین ماه‌های تیر ۱۳۹۹ الی اسفند ۱۳۹۹ به صورت در دسترس وارد مطالعه شدند. این مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی همدان تصویب شده است و در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران به نشانی www.IRCT.ir با کد IRCT20180826040874N1 ثبت گردیده است.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

حجم نمونه مطالعه بر اساس مطالعه اکبرزاده آرانی (۱۳۹۰) (۲۵) و همچنین α =۰/۰۵ و β =۰/۰۲ و توان آماری ۸۰٪، ۲۶ نفر در هر گروه تعیین شد که با احتساب ۱۰٪ احتمال ریزش، ۳۰ بیمار در هر گروه در نظر گرفته شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل بیماران دارای دفیبریلاتور قابل کاشت با حداکثر ۶۰ سال سن، برخورداری از قدرت شنوایی و قادر بودن به تکلم، فاقد بیماری شناخته شده روانی، گذشتن حداقل شش ماه از کاشت دفیبریلاتور قلبی و قادر به همکاری جهت تکمیل مرحله بررسی و شناخت پرستاری بود. همچنین بیماران با عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه، عدم تکمیل مرحله بررسی و شناخت پرستاری و نیازمند به اقدام جراحی، فوت یا مهاجرت بیماران به طوری که امکان دسترسی به آنها وجود نداشته باشد، از مطالعه خارج شدند.

پس از انتخاب بیماران با معیارهای ورود به مطالعه، بیماران در دو گروه از نظر جنس و کسر تخلیه (کمتر یا بیشتر از ۳۵٪) همگن شدند. از روش بلوک چهار تایی برای تصادفی‌سازی استفاده شد. در گروه آزمون، بیماران درگروه‌های حمایتی شرکت کردند. جهت اجرای برنامه حمایت-گروهی بر اساس مدل روی فرآیند پرستاری در ۴ مرحله اجرا شد.

در مرحله بررسی و شناخت پرستاری، در اولین مرحله، از فرم بررسی و شناخت بر اساس مدل روی در بخش‌های آنالیز بیمارستان‌های قلب فرشچیان همدان و کوثر شیراز توسط پژوهشگر استفاده شد که جهت شناسایی رفتارهای سازگار در ابعاد چهارگانه استفاده شد و به صورت ناسازگار و غیر مؤثر و یا سازگار مشخص شدند. در دومین مرحله، بر اساس اطلاعات بررسی اولیه که از طریق فرم و پرسشنامه و همچنین مصاحبه و پرسش و پاسخ بدست آمده است، محرکات اصلی، زمینه‌ای و باقیمانده مربوط به مشکلات شناسایی شده تعیین شد. این مرحله همراه با مشارکت فعالانه بیمار خواهد بود و از بیمار جهت تأیید محرکات شناسایی شده استفاده شد. در سومین و آخرین مرحله از بررسی و شناخت، بر اساس اطلاعات بدست آمده تشخیص پرستاری برای مشکلات شناسایی شده بیماران گذاشته شد. در این تشخیص رفتارهایی که نشان‌دهنده سازگاری نامناسب در یک یا چند بعد سازگاری هستند و محرکاتی که باعث به وجود آمدن این رفتارها شده‌اند توصیف شدند که این تشخیص‌های پرستاری اساس و مبنای مباحث آموزشی، مراقبتی و حمایتی در جلسات بود.

در مرحله برنامه‌ریزی و تعیین اهداف، بر اساس اطلاعات بدست آمده از مرحله بررسی، با کمک بیمار فهرستی از اهداف مرتبط با مشکلات سازگاری تعیین گردید. این اهداف بر اساس اولویت مرتب شدند و در قالب جملات بیمار – محور نوشته شدند. همچنین اهداف بلندمدت و کوتاه‌مدت نیز مشخص شدند. در این مرحله نیز از مشارکت فعالانه بیماران استفاده شد..

در مرحله اقدامات پرستاری از مدل روی، اقدام به تشکیل گروه-حمایتی شد. انتخاب مباحث و محتوای هر جلسه گروه- حمایتی بر اساس اطلاعاتی که در مرحله بررسی و شناخت از بیماران شرکت‌کننده بدست آمده است، مشخص و به تأیید اساتید متخصص رسانده شد. جهت هماهنگی بیشتر بین بیماران شرکت‌کننده در هر گروه-حمایتی، بیماران با حداکثر تشابه در سطح سازگاری در هر یک از ابعاد چهارگانه مدل سازگاری روی، در یک گروه قرار گرفتند. هر گروه-حمایتی، از سه بیمار با رفتارهای ناسازگار به همراه یک نفر از اعضای خانواده آنها و یک بیمار با رفتارهای سازگار نسبت به رفتارهای ناسازگار ۳ بیمار قبلی و پژوهشگر در بخش‌های آنالیز تشکیل شدند. در تمام گروه های تشکیل شده، جلسات توسط پژوهشگر رهبری شد و مدت هر جلسه بسته به نیاز آموزشی جهت تغییر رفتار ناسازگار و یا تقویت رفتار سازگار متغیر بود. با این حال سعی شد جهت جلوگیری از خستگی شرکت‌کنندگان مدت جلسه بیشتر از ۱/۵ ساعت نباشد. جهت سهولت در انتقال اطلاعات و همدلی نحوه نشستن شرکت‌کنندگان در جلسه به صورت دایره‌ای بود. این جلسات به صورت آموزشی، حمایتی، پرسش و پاسخ و بحث و گفتگو و همچنین تبادل تجربیات بیماران بود. برای تمام بیماران حداقل یگ جلسه برگزار شد. محتوای مباحث این جلسات شامل بحث و گفتگو در رابطه با گذشته، حال و آینده بیماری آنها، بحث و بیان کردن رویدادهای احتمالی بعد از تعبیه دستگاه، اقدامات مورد نیاز بعد از دشارژ شوک، اطلاعات مربوط به احتیاطات مربوط به حفظ ایمنی دستگاه، پرسش و پاسخ به سؤالات مربوط به دستگاه و بیماری، ارائه فعالیت‌های پیشنهادی

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

برای زندگی روزمره، تغییرات سبک زندگی و تشویق بیماران به بازگشت به زندگی طبیعی، جلوگیری از رفتارهای نادرست سلامتی، انجام فعالیت‌های ورزشی، ارائه اطلاعات مربوط به شوک، شوک خیالی، رانندگی، زندگی زناشویی و حمایت‌های اعضای خانواده بود. علاوه بر این، بعد از اتمام دوره آموزشی برای بیماران حداقل دو بار در ماه وضعیت بیماران از طریق تماس تلفنی پیگیری شد و در صورت لزوم مجدداً اطلاعات لازم در اختیار بیماران یا همراه آنها از طریق تماس تلفنی داده شد. در گروه کنترل تنها مراقبت‌های روتین شامل ارائه آموزش‌های شفاهی و پمفلت آموزشی انجام شد.

در مطالعه حاضر از ۲ پرسشنامه برای جمع‌آوری داده‌های دموگرافیک و بالینی استفاده شد. اطلاعات بیماران شامل سن، جنسیت، شاخص توده بدنی، شغل، سابقه بیماریهای غیرقلبی، تحصیلات، محل زندگی، سابقه سکته قلبی، کسر تخلیه قلبی، سابقه مصرف دخانیات، سابقه فشارخون و قند خون و افرادی که بیمار با آنها زندگی می‌کند، می‌شد.

فرم بررسی و شناخت مدل روی شامل نود سؤال در سه بعد درک از خود، ایفای نقش و وابستگی بود. فرم فوق بر اساس منابع علمی موثق استخراج و به فارسی ترجمه شد. سپس این فرم با توجه به یک مطالعه پایلوت که بر روی ۱۰ نفر از بیماران انجام شد و همچنین با استفاده از متون و پرسشنامه‌های معرفی شده برای هر بعد جهت متناسب نمودن با اهداف این مطالعه تهیه گردید. بعد از تهیه نسخه نهایی، این پرسشنامه در اختیار ده نفر از متخصصین قرار گرفت که روایی صوری و محتوایی آن مورد تأیید قرار گرفت. سپس، پایایی این پرسشنامه از طریق روش آزمون – بازآزمون با همبستگی ۰/۹۲ تأیید گردید.

پرسشنامه سازگاری اجتماعی بل جهت بررسی سازگاری اجتماعی بیماران استفاده شد. از این پرسشنامه جهت بررسی سازگاری اجتماعی بیماران (که به صورت تعامل فرد با دیگران، رضایت از نقش‌های خود و نحوه عملکرد در نقش‌هاست تعریف می‌شود) استفاده شد. پرسشنامه سازگاری اجتماعی بل در برگیرنده ۳۲ سؤال است که دامنه نمرات هر فرد بین ۰ تا ۳۲ است. بر اساس امتیازبندی پرسشنامه بل، وضعیت سازگاری فرد بر حسب خوب (نمره ۸-۵)، متوسط (نمره ۱۶-۹) و ضعیف (نمره ۱۷ و بیشتر) طبقه‌بندی می‌گردد. بنابراین، افرادی که نمره بالایی می‌گیرند، سازگاری نامناسبی با محیط اجتماعی دارند و سازگاری اجتماعی ضعیفی دارند.

پرسشنامه سازگاری بل برای اولین بار توسط بهرامی و همکاران (۱۳۷۱) ترجمه و روانسنجی شده است (۲۶). روایی این پرسشنامه در مطالعات داخلی مورد تأیید قرار گرفته است. پرسشنامه سازگاری اجتماعی بل روایی بالایی در تشخیص گروه‌های بهنجار از نوروتیک و همبستگی با آزمون شخصیت آیسنگ نشان داده است (۲۷). همچنین در مطالعه آذین و همکاران (۱۳۸۹) روایی صوری و محتوایی و سازه بالایی برای پرسشنامه گزارش شده است (۲۸).

بل (۱۹۶۲) در مطالعه خود پایایی این پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گزارش نموده است. همچنین، ضریب همسانی درونی برای حیطه‌های پرسشنامه سازگاری ۰/۷۴ تا ۰/۹۳ متغیر بوده است (۲۹). در مطالعه بهرامی و همکاران (۱۳۷۱) که بر روی ۲۰۰ نفر به صورت تصادفی اجرا شد اعتبار این آزمون با روش آلفای کرونباخ بر اساس ۸۰ سؤال که تأمین کننده تمام بخش‌های قابل محاسبه از قبیل سازگاری کلی، سازگاری در خانه، سازگاری بهداشتی، سازگاری اجتماعی، سازگاری عاطفی و سازگاری شغلی یا تحصیلی بود، محاسبه گردید و ضریب آلفای ۰/۸۹ بدست آمد (۳۰). پایایی این پرسشنامه در مطالعه تقی‌زاده و همکاران (۱۳۹۷) با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱محاسبه گردید (۳۱). علاوه بر این، در مطالعه حاضر نسخه فارسی این پرسشنامه از منبع موثق دانلود گردید پس از تأیید اساتید راهنما در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی همدان، سمنان و ارومیه قرار داده شد و پس از اصلاحات لازم تأیید شد. سپس، این پرسشنامه در اختیار ۱۵ نفر از بیماران دارای دفیبریلاتور قابل کاشت داده شد و روایی صوری آن تأیید شد و پایایی آن از طریق روش آزمون- آزمون مجدد محاسبه گردید که ضریب همبستگی آن r=۰/۸۹ بدست آمد.

پرسشنامه‌های فوق پس از کسب رضایت آگاهانه از بیماران در قبل از مداخله از تمام بیماران تکمیل شد. سپس در ۳ ماه بعد از مطالعه مجدداً که بیماران برای آنالیز دستگاه به بیمارستان

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

مراجعه می‌کردند تکمیل شد. برای پیشگیری از بروز خطا در جمع‌آوری اطلاعات از یک پرسنل درمانگاه کمک گرفته شد. بدین‌صورت که محقق سؤالات و آیتم‌های مربوط به پرسشنامه‌ها را برای بیماران و همراه وی قرائت می‌نمود و سپس محقق و پرسنل هر دو به بیمار نمره می‌دادند و در صورت تفاوت قابل توجه بین نمرات مجدد از بیمار پرس‌وجو می‌شد. (تصویر ۱)

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی با استفاده از آزمون های کای اسکوئر، آزمون دقیق فیشر، تی زوجی، تی استیودنت و استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

متوسط سن بیماران ۴/۳۸ ± ۶۰/۴۸ سال بود. اکثریت بیماران (۵۶/۷٪، n=۳۴) را مردان تشکیل می‌دادند و سطح تحصیلات اکثریت آنها (۶۱/۷٪، n=۳۷) بی‌سواد بود. همچنین، از بین بیماران، ۳۸/۳٪ (n=۲۳) سابقه مصرف سیگار و ۱۶/۷٪ (n=۱۰) سابقه مصرف دخانیات داشتند. بیماری‌های زمینه‌ای پرفشاری خون و دیابت به ترتیب در ۲۵٪ (n=۱۵) و ۳۸/۳٪ (n=۲۳) بیماران گزارش گردید. اکثریت بیماران (۹۰٪، n=۵۴) مورد مطالعه با خانواده (همسر و یا فرزندان) خود زندگی می‌کردند. میانگین شاخص توده بدنی بیماران ۲/۰۴±۲۳/۷۹ و میانگین مدت زمان تعبیه دستگاه دفیبریلاتورهای قابل کاشت ۳/۲۵ ± ۵/۶ سال بود. علاوه بر این، ۳۵٪ (n=۲۱) از بیماران ماهانه حداقل یک شوک را داشتند و ۳۶/۷٪ (n=۲۲) از آنها هر از چند ماه تخلیه شوک داشتند. بیشترین علت تعبیه دستگاه دفیبریلاتور قابل کاشت در بیماران نیز نارسایی قلبی (۸۰٪، n=۵۴) بوده است. دو گروه آزمون و کنترل از نظر اطلاعات دموگرافیک تفاوت معناداری با یکدیگر نداشتند. جدول(۱)جزئیات اطلاعات بیماران در دو گروه را نشان می‌دهد.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

جدول(۱)- اطلاعات دموگرافیک بیماران دارای دفیبریلاتور قابل کاشت در گروه آزمون و کنترل

متغیر		گروه: مداخله تعداد= ۳۰	گروه: کنترل تعداد= ۳۰	آماره	P value
سن (میانگین ± انحراف معیار)		۶۰/۶۷ ±۳/۸۶	۶۰/۳۰ ± ۴/۹۰	۰/۳۲۲	۰/۷۴۹
شاخص توده بدنی (میانگین ± انحراف معیار)		۲۳/۵۶ ± ۱/۸۵	۲۴/۰۳ ± ۲/۲۳	۰/۷۱۲	۰/۳۸۲
جنسیت مرد (تعداد، ٪)		(۵۶/۷) ۱۷	(۵۶/۷) ۱۷	۱	-
سطح تحصیلات	ابتدایی	(۸۰) ۲۴	(۷۰) ۲۱	۰/۸۸۶	۰/۸۲۹
	متوسطه	(۱۰) ۳	(۱۳/۳) ۴		
	دانشگاهی	(۱۰) ۳	(۱۶/۷) ۵		
زندگی با دیگران (تعداد، ٪)		(۹۰) ۲۷	(۹۰) ۲۷	۱	-
مصرف سیگار (نعداد، ٪)		(۳۶/۷) ۱۱	(۴۰) ۱۲	۰/۰۷۱	۰/۷۹۱
مصرف مواد مخدر (تعداد، ٪)		(۱۶/۷) ۵	(۱۶/۷) ۵	۱	-
بیماری زمینه ای	پرفشاری خون	(۲۶/۷) ۸	(۲۳/۳) ۷	۰/۰۸۹	۰/۷۶۶
	دیابت	(۳۶/۶) ۱۱	(۴۰) ۱۲	۰/۰۷۱	۰/۷۹۱
زمان تعبیه ICD	۶ الی ۵ سال	(۵۳/۳) ۱۶	(۶۶/۶) ۲۰	۰/۸۷۷	۰/۳۹۰
	۶ الی ۱۰ سال	(۳۳/۳) ۱۰	(۲۶/۶) ۸		
	بالاتر از ۱۰ سال	(۱۳/۴) ۴	(۶/۸) ۲		
دلیل تعبیه ICD	نارسایی قلب	(۸۰) ۲۴	(۸۰) ۲۴	۱	-
	بیماری مادرزادی	(۱۳/۳) ۴	(۱۳/۳) ۴		
	کاردیومیوپاتی	(۶/۷) ۲	(۶/۷) ۲		
تعداد تخلیه شوک	روزانه	(۶/۷) ۲	(۶/۷) ۲	۰/۹۲۲	۰/۸۲۰
	هفتگی	(۱۶/۷) ۵	(۲۶/۷) ۸		
	ماهانه	(۳۶/۷) ۱۱	(۳۳/۳) ۱۰		
	هر از چند ماه	(۴۰) ۱۲	(۳۳/۳) ۱۰		

جدول(۲)- مقایسه نمره پرسشنامه سازگاری اجتماعی بل در قبل و بعد مداخله

پرسشنامه سازگاری اجتماعی بل	زمان مداخله: قبل	زمان مداخله: بعد	P value●
گروه آزمون	۱۵/۲۵ ± ۳/۱۱	۱۰/۰۳ ± ۴/۴۰	<۰/۰۰۱
کنترل	۱۴/۷۰ ± ۲/۸۰	۱۴/۲۶ ± ۲/۸۶	۰/۸۱۱
P value●●	۰/۳۴۸	<۰/۰۰۱	

* T paired test
** T student test

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

بحث

این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مشارکت بیماران دارای دفیبریلاتور قابل کاشت در گروه‌های حمایتی مبتنی بر مدل پرستاری روی بر سازگاری اجتماعی آنها انجام شد. روی در مدل خود بیان می‌کند که دستیابی به سازگاری در افراد از طریق دو حیطه سازگاری جسمی یا بعد فیزیولوژیک و ابعاد مربوط به روان‌شناختی شامل درک از خود، ایفای نقش، استقلال و وابستگی امکان‌پذیر است (۳۲). یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که بیماران در گروه آزمون در پس از مداخله سازگاری اجتماعی بهتری نسبت به بیماران گروه کنترل داشتند.

در همین راستا، Ordin و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه خود نشان دادند که مشارکت بیماران درگروه‌های حمایتی به واسطه ارتباطات بین فردی و انتقال تجربیات و دانش می‌تواند منجر به بهبود سازگاری اجتماعی آنها شود (۳۳). نتایج مطالعه آنها همسو با یافته مطالعه حاضر است. در واقع، گروه‌های حمایتی به بیماران کمک می‌کند تا دانش مربوط به سازگاری با زندگی اجتماعی جدید را کسب کنند و به انها اجازه می‌دهد با دوستان خود ارتباط برقرار کنند و تجاربشان را با خود در میان بگذارند. در بیماران دارای دفیبریلاتور قابل کاشت داشتن یک سازگاری مؤثر و صحیح با زندگی اجتماعی بعد از جای‌گذاری دستگاه اهمیت زیادی دارد. به طوری که عدم سازگاری اجتماعی بیمار می‌تواند منجر به بدتر شدن وضعیت بیماران و تخلیه شوک‌های نابجا و در نتیجه بروز رفتارهای ناسازگار شود (۳۴, ۳۵). در مطالعه دیگری که توسط Karabulut و همکاران (۲۰۱۴) انجام شد، تشکیل گروه‌هایی که در آن بیماران مشابه با یکدیگر ارتباطات دارند و در آن به تبادل تجربیات و احساسات خود می‌پردازند منجر به بهبود در سازگاری اجتماعی بیماران گردید (۳۶). نتایج این مطالعه همسو با یافته مطالعه حاضر است. به طوری که در مطالعه حاضر نیز هدف، آشنایی و برقراری ارتباط و انتقال تجربیات و دانش بین بیماران در گروه حمایتی بود. علاوه بر این، فقهی و همکاران (۱۳۹۵) (۳۷) در مطالعه خود نتیجه گرفتند که مدل پرستاری روی منجر به بهبود سازگاری اجتماعی بیماران می‌شود. نتایج این مطالعه نیز همسو با یافته مطالعه حاضر است. بنابراین، مطالعات فوق نشان می‌دهند که گروه حمایتی و مدل پرستاری می‌توانند همراه با بهبود سازگاری اجتماعی بیماران باشد. از آنجایی که سازگاری اجتماعی بیماران دارای دفیبریلاتور قابل کاشت پس از جای‌گذاری این دستگاه دچار اختلال می‌شود (۳۸). لذا، اجرای مراقبت پرستاری که در آن بیماران در گروه‌های حمایتی تحت حمایت‌های عاطفی و تبادل تجربیات و دانش و پیگیری وضعیت آنها باشند، می‌تواند سازگاری اجتماعی آنها را بهبود بخشد. از آنجایی که، مراقبت‌های پرستاری باید مبتنی بر یک مدل پرستاری باشد تا فعالیت‌ها و اقدامات پرستاری طبق اصول انجام گیرد لذا با توجه به نتایج مطالعه حاضر و مطالعات مشابه مدل پرستاری روی یک روش مؤثر در به مرحله اجرا در آوردن اقدامات پرستاری در قالب یک فرآیند پرستاری جامع و فراگیر است. در واقع، مدل پرستاری روی به فعالیت‌های پرستاری با بررسی و ارزیابی تمام جنبه‌های بیمار جهت می‌دهد و بدین طریق به بیماران کمک می‌کند با شرایط جدید بعد از جایگذاری دستگاه دفیبریلاتور قابل کاشت سازگار شوند. مهم‌ترین نقطه قوت این مطالعه استفاده هم‌زمان و ادغام دو استراتژی تأثیرگذار بر سازگاری بیماران بکارگیری گروه‌های حمایتی به همراه پیگیری تلفنی در قالب مدل پرستاری روی بود که تأثیر برنامه مراقبتی این مطالعه را افزایش می‌داد. مهم‌ترین محدودیت این مطالعه نیز شیوع گسترده بیماری کرونا بود که مانع برگزاری گروه‌های حمایتی در مدت زمان و تعداد دفعات بیشتر و همچنین تعداد افراد بیشتر گردید. پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای با مدت زمان پیگیری بیشتر به همراه تعداد دفعات گروه‌های بیشتر بر روی بیماران انجام شود.

نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داد که مشارکت بیماران در گروه‌های حمایتی مبتنی بر مدل روی منجر به بهود رفتارهای ناسازگار بیماران در سازگاری اجتماعی بیماران دارای دفیبریلاتور قابل کاشت می‌شود. انجام مطالعات بیشتر با مدت زمان پیگیری و اجرای برنامه مراقبتی این مطالعه پیشنهاد می‌گردد.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از تمام بیمارانی که در این مطالعه شرکت کردند و همچنین مسئولان و کارکنان بیمارستان‌ها تشکر و قدردانی می‌گردد. همچنین، این مطالعه از پایان‌نامه مقطع دکترا استخراج شده است که تحت حمایت دانشگاه علوم پزشکی همدان انجام گردید.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

Reference

1.Frydensberg VS, Skovbakke SJ, Pedersen SS, Kok RN. Body image concerns in patients with an implantable cardioverter defibrillator: A scoping review. Pacing and Clinical Electrophysiology. 2018;41(9):1235-60. DOI: 10.1111/pace.13421
2.Tomzik J, Koltermann KC, Zabel M, Willich SN, Reinhold T. Quality of life in patients with an implantable cardioverter defibrillator: a systematic review. Frontiers in cardiovascular medicine. 2015;2(34):1-11. DOI: 10.3389/fcvm.2015.00034
3.Peregrinova L, Jordan J. Psychotherapy for posttraumatic stress disorders among cardiac patients after implantable cardioverter defibrillator shocks. Feasibility and implementation of a psychocardiological therapy manual in inpatient cardiac rehabilitation. Heart and Mind. 2017;1(1):42-55. DOI:10.4103/hm.hm216.
4.McCrae CS, Roth AJ, Ford J, Crew EC, Conti JB, Berry RB, et al. Sleep, Psychosocial Functioning, and Device-Specific Adjustment in Patients with Implantable Cardioverter Defibrillators (ICDs). Behavioral sleep medicine. 2016;14(1):49-66. DOI: 10.1080/15402002.2014.941064
5.Amiaz R, Asher E, Rozen G, Czerniak E, Glikson M, Weiser M. Do implantable cardioverter defibrillators contribute to new depression or anxiety symptoms? A retrospective study. International journal of psychiatry in clinical practice. 2016;20(2):101-5. DOI: 10.3109/13651501.2016.1161055.
6.Habibović M, Denollet J, Pedersen SS, investigators W. Posttraumatic stress and anxiety in patients with an implantable cardioverter defibrillator: Trajectories and vulnerability factors. Pacing and Clinical Electrophysiology. 2017;40(7):817-23. DOI: 10.1111/pace.13090.
7.Bagherzade A, Arianfar A, Arbabi M. Evaluation of cognitive and behavioral intervention on psychological heath status in patients with implantable cardioverter defibrillator. Tehran University Medical Journal. 2012;70(1):33-40.
8.Ingles J, Sarina T, Kasparian N, Semsarian C. Psychological wellbeing and posttraumatic stress associated with implantable cardioverter defibrillator therapy in young adults with genetic heart disease. Int J Cardiol. 2013;168(4):3779-84. DOI: 10.1016/j.ijcard.2013.06.006.
9.Tzeis S, Kolb C, Baumert J, Reents T, Zrenner B, Deisenhofer I, et al. Effect of depression on mortality in implantable cardioverter defibrillator recipients—findings from the prospective LICAD study. Pacing and Clinical Electrophysiology. 2011;34(8):991-7. DOI: 10.1111/j.1540-8159.2011.03081.x.
10.Hamadzadeh S, Ezate G. A determination of self-care performance among diabetic patients in endocrine clinic of Taleghane hospital in Tehran. Iranian Journal of Nursing Research. 2014;8(4):11-8.
11.Hinkle J, Cheever K. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2018.
12.Myers GM, James GD. Social support, anxiety, and support group participation in patients with an implantable cardioverter defibrillator. Progress in Cardiovascular Nursing. 2008;23(4):160-7. DOI: 10.1111/j.1751-7117.2008.00009.x.
13.Isaksen AS, Gjengedal E. The significance of fellow patients for the patient with cancer: what can nurses do? Cancer Nursing. 2000;23(5):382-91. DOI: 10.1097/00002820-200010000-00010.
14.Buckner EB, Simmons S, Brakefield JA, Hawkins AK, Feeley C, Kilgore LAF, et al. Maturing responsibility in young teens participating in an asthma camp: adaptive mechanisms and outcomes. Journal for Specialists in Pediatric Nursing. 2007;12(1):24-36. DOI: 10.1111/j.1744-6155.2007.00086.x.
15.Van Grieken RA, Kirkenier AC, Koeter MW, Nabitz UW, Schene AH. Patients' perspective on self-management in the recovery from depression. Health Expectations. 2015;18(5):1339-48. DOI: 10.1111/hex.12112.
16.Eads AS, Sears Jr SF, Sotile WM, Conti JB. Supportive communication with implantable cardioverter defibrillator patients: seven principles to facilitate psychosocial adjustment. Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention. 2000;20(2):109-14. DOI: 10.1097/00008483-200003000-00004.
17.Churchouse W. Patient ICD Support Groups. Psychological, Emotional, Social and Cognitive Aspects of Implantable Cardiac Devices: Springer; 2017. p. 271-7.
18.Alligood MR. Nursing Theorists and Their Work-E-Book: Elsevier Health Sciences; 2017.
19.Smith MC, Parker ME. Nursing theories and nursing practice: FA Davis; 2015.
20.Mansouri A, Baraz S, Elahi N, Malehi AS, Saberipour B. The effect of an educational program based on Roy's adaptation model on the quality of life of patients suffering from heart failure: A clinical trial study. Japan Journal of Nursing Science. 2019;1(1):1-9. DOI: 10.1111/jjns.12255 .

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

21. Borzou R, Khan Mohammadi S, Falahinia GH, Mousavi S, Khalili Z. Effects of roy's adaptation model in nursing practice on the quality of life in patients with type II diabetes. Journal of Nursing and Midwifery Sciences. 2015;2(4):1-7.
22. Fazel Asgarpoor A, Amini Z, Zeraati A, Esmaeli H. The effect of a care plan based on the Roy Adaptation Model on level of Fatigue in hemodialysis patients. Evidence Based Care. 2011;1(1):77-90.
23. Amini Z, Fazel A, Zeraati A, Esmaeili H. The effect of care plan based on the roy adaptation model on activities of daily living of hemodialysis patients. Journal of north khorasan university of medical sciences. 2012;4(2):145-54.
24. Hay CG. Predictors of quality of life of elderly end-stage renal disease patients: An application of Roy's model. 2005.
25. Aliakbarzadeh-Arani Z, Taghavi T, Sharifi N, Noghani F, Faghihzade S, Khari-Arani M. Impact of training on social adaptation in mothers of educable mentally-retarded children based on Roy adaptation theory. KAUMS Journal (FEYZ). 2012;16(2):128-34.
26. Bagheri P, Saadati N, Fatollahzadeh N, Darbani S. The effectiveness of group acceptance and commitment therapy on self-efficacy and social adjustment of elderly retired. Journal of Geriatric Nursing. 2017;3(2):103-17.
27. Hoseien F, Vahid M. Investigation into the Relationship between Attributional Styles with Social Phobia and Social Adjustment. Journal of Health Breeze. 2016;4(4):44-52.
28.Azin A, Mosavi SM. Studying the role of school factors on Social adjustment of Students in High School :(Fereydounshahr). Journal of Applied Sociology. 2011;22(1):183-200.
29. Bell HM. The adjustment inventory: Consulting Psychologists Press Palo Alto, CA; 1962.
30. Niknam K, Ghobari Bonab B, Hassanzadeh S. Effectiveness of creative problem-solving program on life satisfaction and social adjustment of gifted adolescent students. Empowering Exceptional Children. 2017;8(4):105-19. DOI: 10.22034/ceciranj.2017.70937.
31. Taghizade ME, Esmaili A, Aliakbari Dehkordi M. on the effect of group spiritual therapy on improving social adjustment and social acceptance. Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ). 2018;7(8):203-14.
32. Roy C, Andrews HA. The Roy adaptation model: Appleton & Lange Stamford, CT; 1999.
33. Ordin YS, Karayurt Ö. Effects of a support group intervention on physical, psychological, and social adaptation of liver transplant recipients. Exp Clin Transplant. 2016;14(3):329-37. DOI: 10.6002/ect.2014.0220.
34. Magnusson P, Mörner S, Gadler F, Karlsson J. Health-related quality of life in hypertrophic cardiomyopathy patients with implantable defibrillators. Health and quality of life outcomes. 2016;14(62):1-9. DOI: 10.1186/s12955-016-0467-x
35. Saito N, Taru C, Miyawaki I. Illness experience: living with arrhythmia and implantable cardioverter defibrillator. Kobe J Med Sci. 2012;58(3):E72-81.
36. Karabulut HK, Dinç L, Karadag A. Effects of planned group interactions on the social adaptation of individuals with an intestinal stoma: a quantitative study. Journal of clinical nursing. 2014;23(19-20):2800-13. DOI: 10.1111/jocn.12541.
37. Feghhi H, Saadatjoo SA, Dastjerdi R, Kalantari S, Alidousti M. The effect of a training program based on Roy's adaptation model on psychosocial adaptation in patients with type II diabetes in Birjand, Iran. Journal of Diabetes Nursing. 2016;4(2):8-24.
38. Mauro AMP. Long-term follow-up study of uncertainty and psychosocial adjustment among implantable cardioverter defibrillator recipients. International journal of nursing studies. 2010;47(9):1080-8. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2010.02.003.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

The Effect of Applying a Support Group based on the Roy Model on the Social Adaptation of Patients with Implantable Defibrillators: A Clinical Trial Study

Khodayar Oshvandi[1], Mahnaz Khatiban[1], Fazlollah Ahmadi[2], Mohammadreza Razavi[3]

1. Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.
2. Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.
3- Department of Nursing, School of Nursing, Larestan University of Medical Sciences, Larestan, Iran.

Abstract

Background and objectives: Nursing model is used to improve the adaptation of patients. Patients' participation in support groups can play an important role in improving their adaptation by getting to know similar patients. The purpose of this study was to determine the effect of using support groups based on the nursing model on social adaptation of patients with implantable defibrillators.

Methods and Materials: In this randomized clinical trial, 60 patients referred to the heart clinics of Farshchian Hospitals in Hamedan and Kausar hospital in Shiraz were selected as convenience sampling. Patients were randomly assigned to intervention and control groups by blocking gender and ejection fraction. Patients in the intervention group participated in support groups based on Roy's nursing model, and then their condition was followed up twice a month through phone calls. Patients in the control group received only routine care. The social adaptation of the patients was assessed using Bell's adjustment inventory before and 3 months after the intervention. Data analysis was done by SPSS software using chi squared, t student and t paired tests**.**

Results: The findings showed that mean age of the patients was 60.48 ± 4.38 years. The majority of patients (56.7%, n=34) were men, and 35% (n=21) had at least one shock per month. The most common cause of implantation of an implantable defibrillator in patients was heart failure (n=54, 80%). The patients in the two groups did not differ significantly from each other in terms of demographic characteristics. Patients in the test group had a significant difference in the social adaptation before and after the intervention. (p>0.001).

Conclusion: This study showed that patients' participation in support groups based on Roy's nursing model along with telephone follow-up of patients can be used as an effective strategy in improving the social adaptation of patients with implantable defibrillators.

Keywords: Support Group, Nursing Model, Adaptation, Implantable Defibrillator

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]