Journal of Ilam University of Medical Sciences

P-ISSN: 1563-4728
E-ISSN: 2588-3135

# The Impact of Home-Based Care Based on the Follow-Up Care Model on the Quality of Life of Tracheostomy Patients Discharged from the Intensive Care Unit in Hospitals

**Sana Hazratian[1*], Minoo Motaghi [2*], Samira Maleki Lenbar[2]**

[1] Dept of Nursing, Arv.C., Islamic Azad University, Abadan, Iran
[1] Community Health Research Center, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

**Article Info**

***Article type:***
Research article

***Article History:***
Received: Apr. 22, 2025
Received in revised form: Sep. 24, 2025
Accepted: Oct. 05, 2025
Published Online: Nov. 26, 2025

**** Correspondence to:***
Minoo Motaghi
Community Health Research Center, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

Email:
m.motaghi912@gmail.com

**A B S T R A C T**

**Introduction:** Tracheostomy patients face numerous challenges in terms of quality of life after discharge from the intensive care unit. In the main case, providing home care services is to maintain and restore the patient's independence so that the client is able to meet his health needs outside of medical centers and at home using his own abilities and with the help of health professionals. Therefore, this study was conducted to investigate the effect of home care based on the continuous care model on the quality of life for these patients.

**Materials & Methods:** This quasi-experimental study was conducted with the participation of 62 tracheostomy patients discharged from the intensive care units. Patients were randomly divided into two intervention and control groups. The intervention group received home care based on the follow-up care model. The control group also received the usual education and care, either verbally or in the form of an educational pamphlet, from the researcher. Data collection was done using the Quality-of-Life Questionnaire (SF36). Data were analyzed using SPSS V.22 at both descriptive and inferential levels.

**Results:** Home care based on the continuous care model significantly improved the patients' quality of life in physical and psychological dimensions, pain, social functioning, and emotional limitation ($p<0.01$), and no significant change was observed in the control group.

**Conclusion:** Home care based on the continuous care model can be used as an effective and low-cost method to improve the quality of life of tracheostomy patients discharged from the intensive care unit.

**Keywords**: Home care, Continuing care model, Quality of life, Tracheostomy

**Cite this paper:** Hazratian S, Motaghi M, Maleki Lenbar S. The Impact of Home-Based Care Based on the Follow-Up Care Model on the Quality of Life of Tracheostomy Patients Discharged from the Intensive Care Unit in Hospitals. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 2025;33(5):81-93.

## Introduction

Tracheostomy is an important method for maintaining the airway in patients with severe respiratory problems, which is usually performed temporarily and is reversible (1). In addition to physical complications, these patients face several problems in quality of life, including difficulty in feeding, communication, and fear of moving due to the presence of a tracheostomy tube (2). Proper care of patients, whether in the hospital or at home, plays a key role in preventing complications and improving quality of life (3). Given the trend of increasing home care and early discharge of patients, families play an important role in caring for tracheostomy patients; however, the lack of specialized training and supervision has created several challenges for them (4). Implementing a home-based follow-up care model, through continuous communication, education, and monitoring of the patient's condition, can lead to better identification of needs, prevention of complications, and improvement of patients' quality of life in physical, emotional, and social dimensions (5). Accordingly, this study aimed to inspect the impact of home care based on the follow-up care model on the quality of life of tracheostomy patients discharged from the intensive care unit.

## Methods

For this study, 62 patients discharged from the intensive care unit (ICU) were selected

[ Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11 ]

© The Author(s)

using convenience sampling on a voluntary basis. The participants were randomly assigned to the intervention and control groups using sealed opaque envelopes with random sequences. Specifically, the researcher prepared 62 cards, writing the intervention group code on 31 cards and the control group code on the other 31. The cards were then placed in envelopes, and sampling was performed according to a random sequence. Based on the code in each envelope, participants were allocated to either the intervention or control group. Data collection was performed using a two-part questionnaire. The first part concerned demographic information, which had been designed and prepared based on a literature review, and the second part included the Short Form-36 questionnaire to assess quality of life. After the study and its objectives had been introduced and explained, written informed consent was obtained from all participants. The demographic and quality-of-life questionnaires were completed first for the intervention group and then for the control group by the patients themselves under the supervision of the researcher. Next, for home visits of patients in the intervention group, the researcher set up appointments via phone and subsequently visited them at their homes. The home care educational program for the purpose of providing nursing care was implemented using books, journals, and validated nursing care standards. Data analysis was conducted using SPSS V.22. Quantitative variables were described using means and standard deviations, while qualitative variables were described using frequencies and percentages. The normality of the data was assessed using the Kolmogorov-Smirnov test. Given the normal distribution of the data, inferential statistical tests were employed, including analysis of covariance (ANCOVA) to compare the mean scores of the intervention and control groups before and after home care, and paired t-tests to compare the mean scores within each group between the two time points (pre- and post-home care program).

## Results

The data obtained from the 62 participants were analyzed. 51.6% of patients in the intervention group and 61.3% in the control group were male. Regarding age, the highest frequency was observed in the 60–70 years age range, with 38.7% in the intervention group and 45.2% in the control group. There were no statistically significant differences between the two groups in terms of education level, occupation, income, insurance status, or reason for tracheostomy. Consequently, baseline variables that could potentially influence the study outcomes were homogeneous between the groups. The results showed that home care based on the follow-up care model significantly improved patients' quality of life in the domains of physical and mental health, pain, social functioning, and emotional limitations ($p < 0.01$). No significant changes, however, were observed in the control group.

## Conclusion

The results of this study suggest that home care utilizing the follow-up care model can effectively enhance the quality of life for tracheostomy patients discharged from intensive care units. This care model, which focuses on continuity and follow-up, has helped patients deal with problems that come up after they leave the hospital and improve their overall quality of life.

## Authors' Contribution

Conceptualization, Methodology, Validation, Formal Analysis, Investigation, Resources, Software, Data Curation, Writing–Original Draft Preparation, Writing–Review & Editing, Visualization, Supervision, Project Administration: SH, MM, SM.

## Ethical Statement

This study was approved by the Ethics Committee of Khurasgan (Isfahan) Branch, Islamic Azad University (Iran), with the code IR.IAU.KHUISF.REC.1397.229. Written informed consent was obtained from all participants before sample collection. Also, the authors avoided data fabrication, falsification, plagiarism, and misconduct.

## Conflicts of Interest

The authors declare no conflict of interest.

## Funding

This research received no financial support.

## Acknowledgment

The present article was extracted from the dissertation written by Samira Malekilenbar. The authors thank all of the participants and persons who helped in this project.

[ Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11 ]

مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام

JIUMS

شاپای چاپی : ۱۵۶۳-۴۷۲۸

شاپای الکترونیک : ۲۵۸۸-۳۱۳۵

# تأثیر مراقبت در منزل بر اساس الگوی مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران تراکئوستومی ترخیص‌شده از بخش مراقبت‌های ویژه در بیمارستان

سناء حضرتیان [۱]، مینو متقی [۲*]، سمیرا ملکی لنبر [۲]

[۱] گروه پرستاری، واحد بین المللی اروند، دانشگاه آزاد اسلامی، آبادان، ایران

[۲] مرکز تحقیقات سلامت جامعه، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

**اطلاعات مقاله**

**نوع مقاله:** پژوهشی

**تاریخ دریافت:** ۱۴۰۴/۰۲/۰۲

**تاریخ ویرایش:** ۱۴۰۴/۰۷/۰۲

**تاریخ پذیرش:** ۱۴۰۴/۰۷/۱۳

**تاریخ انتشار:** ۱۴۰۴/۰۹/۰۵

**نویسنده مسئول:**

مینو متقی

مرکز تحقیقات سلامت جامعه، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

**Email:**

m.motaghi912@gmail.com

**چکیده**

**مقدمه:** بیماران تراکئوستومی پس از ترخیص از بخش مراقبت‌های ویژه، با چالش‌های متعددی در زمینهٔ کیفیت زندگی مواجه هستند. در حالت اصلی ارائهٔ خدمات مراقبت در منزل، حفظ و برگرداندن استقلال بیمار است، به‌طوری‌که مددجو قادر است در خارج از مراکز درمانی و در محل زندگی، با استفاده از توانایی خود و با کمک افراد حرفه‌ای سلامت، نیازهای سلامتی خود را برطرف کند؛ بنابراین، این مطالعه با هدف بررسی تأثیر مراقبت در منزل بر اساس الگوی مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی این بیماران انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعهٔ نیمه‌تجربی با مشارکت ۶۲ بیمار تراکئوستومی ترخیص‌شده از بخش مراقبت‌های ویژهٔ بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه آزاد اسلامی تهران انجام گردید. بیماران به‌صورت تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. گروه مداخله مراقبت در منزل را بر اساس الگوی مراقبت پیگیر دریافت کردند. گروه کنترل نیز آموزش‌ها و مراقبت‌های معمول را از پژوهشگر دریافت نمودند که به‌صورت شفاهی و یا در قالب پمفلت آموزشی بود. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامهٔ کیفیت زندگی (SF36) انجام شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS vol.22 در دو سطح توصیفی و استنباطی انجام گردید.

**یافته‌های پژوهش:** نتایج نشان داد که مراقبت در منزل بر اساس الگوی مراقبت پیگیر به‌طور معناداری کیفیت زندگی بیماران را در ابعاد جسمی و روانی، درد، عملکرد اجتماعی و محدودیت عاطفی بهبود بخشید ($P<0.01$) و در گروه کنترل تغییر معناداری مشاهده نشد.

**بحث و نتیجه‌گیری:** مراقبت در منزل بر اساس الگوی مراقبت پیگیر می‌تواند به‌عنوان یک روش مؤثر و کم‌هزینه برای بهبود کیفیت زندگی بیماران تراکئوستومی ترخیص‌شده از بخش مراقبت‌های ویژه استفاده گردد. پیشنهاد می‌شود، این الگوی مراقبتی در برنامه‌های مراقبتی بیمارستان‌ها و مراکز درمانی گنجانده گردد.

**واژه‌های کلیدی:** مراقبت در منزل، الگوی مراقبت پیگیر، کیفیت زندگی، تراکئوستومی

**استناد:** حضرتیان سناء، متقی مینو، ملکی لنبر سمیرا. تأثیر مراقبت در منزل بر اساس الگوی مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران تراکئوستومی ترخیص‌شده از بخش مراقبت‌های ویژه در بیمارستان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، آذر ۱۴۰۴؛ (۵)۳۳: ۹۳-۸۱

[ Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11 ]

CC BY NC

## مقدمه

تراکئوستومی یک مداخلهٔ پزشکی است که اغلب برای کسانی استفاده می‌شود که شرایط پیچیدهٔ تنفسی دارند (۱). تراکئوستومی یکی از راه‌های عمدهٔ ادارهٔ مشکلات راه‌های هوایی فوقانی است که طی آن، یک سوراخ در دیوارهٔ قدامی تراشه برای برقراری راه هوایی ایجاد می‌گردد. این روش اغلب دائمی نیست و موقتی و برگشت‌پذیر است (۲). تعداد بیمارانی که هرسال تحت تراکئوستومی قرار می‌گیرند، نامشخص است. بااین‌حال، این روش رو به گسترش است و به یک عمل رایج تبدیل‌شده است. با پیشرفت فناوری و کاهش تهاجمی بودن روش تراکئوستومی، به‌صورت آزادانه‌تر به استفاده از این روش تشویق شده است (۳).

تراکئوستومی می‌تواند تأثیر عمیقی در برقراری ارتباط بگذارد (۴). با توجه به شرایط جدید در زندگی این افراد، تغییر ناخوشایند در ظاهر آنان و محدودیت‌ها ناشی از وجود تراکئوستومی، این دسته از بیماران در زندگی روزمرهٔ خود با تنش‌های بسیاری مواجه می‌شوند و همچنین به علت تغییرات ایجادشده در ظاهر فرد و حتی اشکال در برقراری ارتباط کلامی با دیگران، این مسئله می‌تواند بر اعتمادبه‌نفس و تصویر ذهنی فرد از خود تأثیر منفی داشته باشد و باعث ترس وی از حضور در اماکن عمومی و جامعه شود؛ بنابراین، این موارد می‌تواند بر کیفیت زندگی این بیماران تأثیر منفی داشته باشد. در سال‌های اخیر، تمرکز بیشتر پژوهش‌ها معطوف به برنامه‌های پس از ترخیص با هدف کاهش عوارض پس از ترخیص است (۵). برای خانواده پذیرش این موضوع بسیار سخت است که بیمار خود را با چنین شرایطی به منزل انتقال دهند. اغلب آنان آمادگی لازم برای پذیرش بیمار تراکئوستومی در منزل را ندارند و در نتیجهٔ اطمینان نداشتن به توانایی‌شان در انجام وظایف خود، دچار ترس، اضطراب و استرس می‌شوند (۶). علاوه بر برخی عوارض جراحی، جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی این افراد تحت تأثیر قرار می‌گیرد؛ ازجمله احساسات و عواطف جسمی مرتبط با وجود لوله، مشکلات خوردن و آشامیدن، نیاز به ساکشن، سختی در برقراری ارتباط و مسائل مرتبط با درک شرایط؛ همچنین ترس از حرکت سر به علت حجم لوله یا صرفاً حضور آن ازجمله چالش‌هایی است که این بیماران با آن مواجه می‌شوند. حس وجود توده در گلو که فرایند بلع را دشوار می‌سازد، نیز رایج است. بیماران معمولاً پس از تراکئوستومی به‌سختی می‌توانند خود را به تنفس از طریق لوله عادت دهند؛ به همین علت، در روزهای اولیه، مشکلات تنفسی همراه با سرفه‌های شدید مشاهده می‌شود که می‌تواند بر وضعیت عمومی آنان تأثیر بگذارد (۷).

کیفیت زندگی واژه‌ای مهم در حوزهٔ بهداشت و پزشکی است (۸). کیفیت زندگی واژه‌ای است که با رضایت از زندگی، احساس خوب بودن، امنیت و وضعیت جسمی، عاطفی، اجتماعی و اقتصادی مناسب معنا می‌شود و از امکانات اولیهٔ مادی تا وضعیت آسایش روحی انسان‌ها را در برمی‌گیرد و شامل همهٔ شرایط ملموس و غیرملموس است که فرد در آن به سر می‌برد (۹). تغییر در نوع آموزش و تقویت خانواده و سرویس‌های زندگی اجتماعی بر کیفیت زندگی تأثیرگذار است (۱۰). مدیریت مناسب بیماران دارای تراکئوستومی، چه در محیط بیمارستانی و چه در جامعه، تأثیر چشمگیری بر کیفیت زندگی آنان دارد (۷). با توجه به اینکه تراکئوستومی‌ها یک اقدام پزشکی حیاتی محسوب می‌شوند که برای تأمین امنیت راه هوایی، به‌ویژه در بیماران مبتلا به بیماری‌های شدید تنفسی یا عصبی انجام می‌گیرند و این روش‌ها می‌توانند جان بیماران را نجات دهند؛ اما با چالش‌های مراقبتی پیچیده و تأثیرات بلندمدت بر سلامت همراه هستند. ارائهٔ مراقبت‌های مناسب و پیگیری دقیق برای پیشگیری از بروز عوارض، بهبود نتایج بالینی و ارتقای کیفیت زندگی بیماران اهمیت ویژه‌ای دارد (۱۱).

مراقبت در منزل عبارت است از طیف خدمات ارائه‌شده در منزل برای حمایت از بیماران ازجمله خدمات مراقبت‌های فردی، مراقبت‌های تخصصی (پزشکی و پرستاری) و مراقبت‌های اساسی (۱۲). در حالت اصلی ارائهٔ خدمات مراقبت در منزل، حفظ و برگرداندن استقلال بیمار است، به‌طوری‌که مددجو قادر است در خارج از مراکز درمانی و در محل زندگی با استفاده از توانایی خود و با کمک

[ Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11 ]

افراد حرفه‌ای سلامت، نیازهای سلامتی خود را برطرف کند. هزینهٔ بستری و ویزیت پزشکان در برخی کشورهای دنیا، به بیش از ۵۰ درصد هزینه‌های نظام سلامت می‌رسد، درحالی که بر اساس شواهد، مراقبت در منزل می‌تواند بسیاری از این هزینه‌ها را کاهش دهد (۱۳).

همسو با این منافع، بسیاری از مددجویان نیز تمایل دارند که خدمات سلامتی را در محل زندگی خود در کنار خانواده دریافت کنند (۱۴). از سویی، با پیشرفت فناوری و ترخیص زودهنگام بیمار و محدودیت در ارائهٔ خدمات بستری در بیمارستان، مراقبت در منزل افزایش‌یافته و مسئولیت خانواده‌ها برای فراهم کردن بهترین مراقبت از بیمار همچنان رو به افزایش است؛ بنابراین، ارائهٔ خدمات در منزل یکی از ارکان اساسی مراقبت از آنان است که این امر خود بیان‌کنندهٔ اهمیت نقش خانواده و بستگان و همچنین دستگاه‌های اجتماعی نظیر مراکز ارائه‌دهندهٔ مراقبت در منزل است. خانواده‌ها و مراقبان در اثر عوامل بسیاری نظیر نبودِ دستگاه‌های آموزشی، نظارتی و تخصصی برای کمک به گذر از مرحلهٔ درمان و مراقبت در بیمارستان به مرحلهٔ مراقبت نگه‌دارنده در منزل، به‌عنوان یکی از ارکان مهم زنجیرهٔ مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در بیماری‌های مزمن، با مسائل و مشکلات متعددی مواجه می‌شوند (۱۵). مراقبت پیگیر یا مستمر فرایندی منظم و مستمر برای برقراری ارتباط مؤثر، متعامل و پیگیر میان مددجو و ارائه‌دهندهٔ خدمات بهداشتی مراقبتی است که به‌منظور شناخت نیازها، مشکلات و حساس کردن مددجویان برای قبول و انجام رفتارهای مداوم بهداشتی، حفظ بهبودی و ارتقای سلامتی آنان انجام می‌شود (۱۶).

هدف اصلی در الگوی مراقبت پیگیر، طراحی و تدوین برنامه‌ای برای افزایش پذیرش، بینش و عملکرد مناسب برای مراقبت است تا بدین‌وسیله بیماری و عوارض احتمالی آن کنترل گردد؛ بنابراین، برای جلوگیری از عوارض و عود کردن بیماری، مراقبت مداوم و مستمر شایان توجه است. در مراقبت پیگیر، مشکلات جدید مراقبتی دسته‌بندی و بررسی می‌شوند و با تأکید بر حفظ ارتباط متعامل و متقابل (از طریق تلفن یا حضور در منزل) و انجام مشاوره‌ها و پیگیری‌های لازم، برطرف می‌گردند (۱۷). به‌کارگیری الگوی مراقبت پیگیر موجب شناخت صحیح نیاز بیمار، انگیزه‌سازی و درگیر کردن بیمار و خانواده وی می‌شود (۱۸). کارکردهای اساسی مراقبت پیگیر شامل بیماری و ماهیت آن، شناخت مشکلات بالفعل و بالقوه دربارهٔ بیماری، پذیرش بیماری و آثار آن می‌شود (۱۸، ۱۷).

هدف اصلی این الگو طراحی و توسعهٔ برنامه‌ای برای افزایش دانش، نگرش و عملکرد صحیح در مراقبت از بیماران به‌منظور پیشگیری از پیشرفت بیماری یا عوارض احتمالی ناشی از آن است (۱۹). به‌طورکلی، الگوی مراقبت پیگیر که یک الگوی مراقبتی همه‌گیر است، موجب مشارکت همهٔ افراد خانواده در امر مراقبت از بیمار خواهد شد. این الگو تنها بر ابعاد جسمی تأثیر ندارد، بلکه تحقیقات نشان داده است که بر ابعاد سامت عاطفی و ارتباطات اجتماعی نیز مؤثر است و منجر به بهبودی آن می‌گردد (۲۰).

کارکردهای اساسی الگوی مراقبت پیگیر عبارت‌اند از: شناخت بیماری و ماهیت آن، شناخت مشکلات بالفعل و بالقوه دربارهٔ بیماری، پذیرش بیماری و آثار آن به‌عنوان سایه‌ای در مسیر زندگی، ایفای نقش خودکنترلی مستمر (رفتارهای بهداشتی مطلوب)، سرمایه‌گذاری برای حفظ سلامتی و نگاه ارزشی به سلامت، درگیرسازی و مشارکت خانواده در ادارهٔ مسائل موجود و آتی، تغییر در الگو و سبک زندگی، ارتقای اعتمادبه‌نفس و شناخت گروه مراقبتی درمانی و روند استفاده از آن‌ها (۲۱).

مراقبت در منزل به‌عنوان یکی از روش‌های مراقبت مبتنی بر جامعه، یکی از اشکال کلیدی مراقبت سامت است و در مدیریت منابع نقش مهمی ایفا می‌کند؛ زیرا از خدمات مهم و ضروری است که در محیط منزل بیماران و با مشارکت بیماران و خانوادهٔ آنان ارائه می‌شود و مزایای بسیاری هم برای بیماران و هم نظام سلامت دارد. خانه یک محیط واقعی و عادی برای ارتباط متقابل میان بیمار، اعضای خانواده بیمار و پرستار است و برخی اوقات، بازدید بهداشتی از منزل، تنها راه دستیابی به اطلاعات یا ارائهٔ آموزش، کاهش مخاطرات سلامتی، ارتقای سلامت و ارائهٔ خدمات به خانواده‌ها در

[ Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11 ]

منازلشان است (۲۲).

در ایران، الگویی با عنوان «مراقبت پیگیر» طراحی‌شده است که شامل مرحلهٔ آشناسازی، حساس‌سازی، کنترل و ارزشیابی است. در این الگو، مددجو به‌عنوان عامل مراقبت پیگیر و تأثیرگذار در روند سلامتی خود معرفی می‌شود. مراقبت مستمر یا پیگیر فرایندی منظم برای برقراری ارتباط مؤثر و تعامل میان مددجو و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت به‌منظور شناخت نیازها، مشکلات و حساس‌سازی مددجویان نسبت به قبول رفتارهای مداوم بهداشتی و کمک به حفظ، بهبود و ارتقای سلامتی آنان است. از ویژگی این نوع مراقبت می‌توان به نوعی ارتباط مراقبتی مستمر، پویا و مؤثر اشاره کرد. به‌طورکلی، الگوی مراقبت پیگیر که یک الگوی مراقبتی همه‌گیر است، موجب مشارکت همهٔ افراد خانواده در امر مراقبت از بیمار خواهد شد. این الگو تنها بر ابعاد جسمی تأثیر ندارد، بلکه تحقیقات نشان داده است که بر ابعاد سلامت عاطفی و ارتباطات اجتماعی نیز مؤثر است و به بهبودی آن منجر می‌گردد. در روش کار بدین‌صورت عمل شد که جلساتی به‌صورت دو بار در هفته به مدت ۳۰ دقیقه، برای شناسایی مشکل انگیزه‌سازی، آشنایی با نحوهٔ اجرای مراقبت پیگیر انجام گردید و پس از پایان هر دو مرحله، تماس تلفنی برای کنترل و پیشرفت آموزش انجام شد و در پایان ارزشیابی مراقبت‌ها صورت گرفت (۲۰).

البته حرفهٔ پرستاری جدا از سایر گروه‌های مراقب سلامتی نیست و مشارکت این گروه در فعالیت‌های ارتقا و تضمین کیفیت لازم و ضروری است. بااین‌حال، پرستاران نقش کلیدی در کیفیت مراقبت‌های سلامتی دارند (۲۳). اجرای یک برنامهٔ جامع و مناسب با نیازهای یادگیری مددجو می‌تواند هزینه‌های مراقبت بهداشتی را کاهش دهد، کیفیت مراقبت را بهبود بخشد و به مددجو کمک کند تا از وابستگی وی کاسته شود و به سلامتی مطلوب برسد (۲۴). بر اساس یک مطالعهٔ متاآنالیز منتشرشده در سال ۲۰۱۹، شیوع تراکئوستومی در ایران ۴۰/۵۹ در ۱۰۰۰۰۰ نفر گزارش‌شده است.

و به همین علت لازم است آگاهی بیشتری دربارهٔ کیفیت در نظام سلامت، ابعاد و جنبه‌های مختلف آن و چگونگی ایجاد حفظ و ارتقای آن داشته باشند؛ درنتیجه، اجرای مراقبت در منزل بر اساس الگوی مراقبت پیگیر باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران تراکئوستومی در حیطه‌های عاطفی، فیزیکی و اجتماعی می‌شود؛ بنابراین، این پژوهش با هدف تأثیر مراقبت در منزل بر اساس الگوی مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران تراکئوستومی ترخیص‌شده از بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان انجام شد.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر مطالعه‌ای نیمه‌تجربی با گروه کنترل است که با کد IR.IAU.KHUISF.REC.1397.229 در کمیتهٔ اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان (اصفهان) ثبت‌شده است. جامعهٔ پژوهش شامل بیماران دارای تراکئوستومی ترخیص‌شده از بخش مراقبت‌های ویژهٔ بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی شهر تهران بود.

برای انجام این مطالعه، ۶۲ بیمار ترخیص‌شده از بخش مراقبت‌های ویژه با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و به‌صورت داوطلبانه انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل موارد ذیل بود: هوشیاری کامل، داشتن محدودهٔ سنی ۲۰ تا ۷۰ سال، تمایل به شرکت در پژوهش، در دسترس بودن، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، بیماران دارای تراکئوستومی که از بیمارستان ترخیص‌شده باشند. معیارهای خروج نیز شامل داشتن سابقهٔ بستری به‌سبب اختلالات روانی و تمایل نداشتن به ادامهٔ همکاری در پژوهش بود. هیچ‌یک از بیماران پس از ورود به مطالعه، معیار خروج از مطالعه را نداشتند.

حجم نمونه برای انجام آزمون دوطرفه در سطح معناداری ۵ درصد ($\alpha=0.05$)، با توان آزمون ۸۰ درصد ($\beta=0.2$) و برای تشخیص تفاوتی به اندازهٔ سه‌چهارم مقدار انحراف معیار ($\delta=0.75\sigma$)، بر اساس فرمول زیر برابر با ۲۸ نفر در هر گروه آزمایشی محاسبه شد و با در نظر گرفتن ۱۰ درصد به‌عنوان ریزش نمونه، ۳۱ نفر در هر گروه آزمایشی انتخاب گردید.

[ Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11 ]

$$\frac{2\sigma^2(z_{1-\alpha/2}+z_{1-\beta})^2}{\delta^2}$$

تخصیص نمونه‌ها به دو گروه آزمون و کنترل با استفاده از پاکت‌نامه‌های غیرشفاف مهروموم‌شده با توالی تصادفی انجام شد، بدین ترتیب که محقق ۶۲ کارت تهیه کرد و روی ۳۱ کارت کد گروه آزمون و روی ۳۱ کارت کد گروه کنترل نوشت؛ سپس کارت‌ها را در پاکت‌ها قرار داد و با استفاده از توالی تصادفی، نمونه‌گیری انجام گردید. با توجه به کد پرسش‌نامهٔ داخل هر پاکت، نمونه‌ها به یکی از گروه‌های مداخله یا کنترل تخصیص داده شدند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل یک پرسش‌نامهٔ دو قسمتی بود که بخش اول آن مربوط به مشخصات دموگرافیک بود که با مرور متون تهیه و تنظیم‌شده بود و بخش دوم مربوط به سؤالات پرسش‌نامهٔ کیفیت زندگی (SF36) بود. این پرسش‌نامه ۳۶ گویه در ۸ بعد سلامت دارد که عبارت‌اند از: عملکرد جسمی، محدودیت جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی، انرژی، عملکرد اجتماعی، مشکلات عاطفی و محدودیت عاطفی. پایایی و روایی این پرسش‌نامه تأییدشده و پایایی و روایی ترجمهٔ فارسی آن نیز تأیید گردیده است (۲۵). امتیازهای هر مقیاس از صفر تا ۱۰۰ متغیر است که صفر بدترین و ۱۰۰ بهترین وضعیت را در مقیاس مدنظر گزارش می‌کند که در بررسی کیفیت زندگی کلی به ۳ سطح کیفیت زندگی پایین (۳۵-۰)، متوسط (۷۰-۳۵) و بالا (۱۰۰-۷۰) تقسیم‌بندی شد. منتظری و همکاران در سال ۱۳۸۴، به تعیین روایی و پایایی پرسش‌نامه (SF-36) پرداختند. پایایی این ابزار با استفاده از تحلیل آماری همخوانی درونی و آزمون روایی با استفاده از روش مقایسهٔ گروه‌های شناخته‌شده و روایی همگرایی ارزیابی گردید. تحلیل همخوانی درونی نشان داد که به‌جز مقیاس نشاط ($\alpha$=0.65)، سایر مقیاس‌های آن از حداقل ضرایب استاندارد پایایی در محدودهٔ ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ برخوردارند (۲۷، ۲۶).

پس از معرفی و توجیه اهداف و کسب رضایت‌نامهٔ کتبی از همهٔ بیماران، پرسش‌نامه‌های اطلاعات دموگرافیک و کیفیت زندگی ابتدا برای گروه آزمون و سپس گروه کنترل، از سوی خود بیمار و با نظارت پژوهشگر تکمیل شد. در مرحلهٔ بعدی، برای مراجعه به منزل بیماران گروه مداخله، محقق طی تماس تلفنی با آنان، هماهنگی‌های لازم را انجام داد و سپس در منزل آنان حضور یافت. برنامهٔ آموزشی مراقبت در منزل برای ارائهٔ مراقبت‌های پرستاری با استفاده از کتب، مجلات و استانداردهای معتبر مراقبت پرستاری صورت گرفت (۲۹، ۲۸).

محقق طی بازدید از منزل، برنامهٔ یادشده برای بیماران گروه مداخله را بر اساس محتوای آموزشی آموزش داد که به‌صورت کتابچهٔ آموزشی تدوین‌شده بود. لازم به ذکر است محتوای کتابچه و برنامهٔ آموزشی به تأیید اساتید راهنما، استاد مشاور و اعضای محترم هیئت‌علمی مرکز تحقیقات مراقبت بیماری‌های مزمن در منزل دانشکدهٔ پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اصفهان (خوراسگان) رسیده بود.

محتوای آموزشی شامل توصیف و تعریف بیماری و انواع آن، عوارض زودرس و دیررس، رعایت رژیم دارویی مانند مصرف منظم داروها بر اساس توصیهٔ پزشک، مراجعه به پزشک و مراقبت صحیح از تراکئوستومی (نظافت، پیشگیری از عفونت و نحوهٔ ساکشن)، ارائهٔ بروشور یا راهنمای کتبی به بیماران یا مراقبان آنان، پیگیری تلفنی به‌صورت منظم برای پاسخ به سؤالات بیماران و بررسی وضعیت سلامتی آنان، آموزش نحوهٔ برخورد با مشکلات احتمالی تنفسی یا مراقبت‌های اضطراری بود. اجرای آموزش بر اساس محتوای آموزشی هم به روش نظری و هم به روش عملی به‌صورت چهره به چهره و نمایش عملی برای بیمار با حضور حداقل یک نفر از اعضای خانواده (ترجیحاً مراقب اصلی) و با کمک تجهیزات آموزشی چون کتابچهٔ آموزشی، پوستر و فیلم آموزشی، طی دو جلسه بازدید از منزل، هر جلسه به مدت ۴۰ دقیقه و دو نوبت پیگیری تلفنی هفته‌ای یک‌بار صورت گرفت. در کل، برنامهٔ آموزشی یک ماه به طول انجامید که به‌صورت دو جلسه بازدید در منزل به‌صورت هفتگی و دو تماس تلفنی با تناوب هفته‌ای یک‌بار بود. پس از انجام نمونه‌گیری از گروه مداخله، به بیماران گروه کنترل نیز برای رعایت ملاحظات اخلاقی، کتابچهٔ آموزشی تدوین‌شده اهدا شد. در پایان هفته چهارم، پس از مداخله، هر دو پرسش‌نامه

[ Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11 ]

مجدد با حضور پژوهشگر در دو گروه در بیمارستان بوعلی، با شرایط یکسان و زمان یکسان تکمیل گردید و اطلاعات آن‌ها مقایسه شد.

تجزیه‌وتحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS vol.22 صورت گرفت و متغیرهای کمی با استفاده از شاخص‌های میانگین و انحراف معیار و متغیرهای کیفی با استفاده از فراوانی و درصد فراوانی توصیف گردیدند. داده‌های پژوهش از نظر طبیعی بودن توسط آزمون کولموگروف- اسمیرنوف بررسی شد و با توجه به طبیعی بودن داده‌ها، از آزمون‌های استنباطی مانند آزمون آنالیز کوواریانس برای مقایسهٔ میانگین نمرات دو گروه مداخله و کنترل، طی دو مرحلهٔ پیش و پس از مراقبت در منزل و از T زوجی برای مقایسهٔ میانگین نمرات هر گروه با خود، طی دو مرحلهٔ پیش و پس از برنامه مراقبت در منزل استفاده گردید.

## یافته‌های پژوهش

داده‌های به‌دست‌آمده از ۶۲ نمونه تجزیه‌وتحلیل شد. ۵۱/۶ درصد از بیماران گروه مداخله و ۶۱/۳ درصد بیماران گروه کنترل مرد بودند. از نظر سنی، بیشترین فراوانی مشاهده‌شده در گروه مداخله (۳۸/۷ درصد) و گروه کنترل (۴۵/۲ درصد) مربوط به بیماران در ردهٔ سنی ۷۰-۶۰ سال بود. سطح تحصیلات، شغل، درآمد، بیمه و علت تراکئوستومی تفاوت آماری معنی‌داری نداشت و متغیرهای زمینه‌ای دو گروه که می‌تواند بر نتیجهٔ مطالعه تأثیر بگذارد، باهم همگن بودند.

بر اساس یافته‌های جدول شمارهٔ ۱ و طبق نتایج آزمون آنالیز کوواریانس، با کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، اختلاف معناداری در میانگین نمرات پس‌آزمون بیماران دو گروه در ابعاد کارکرد جسمی، اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی، درد، سلامت عمومی و سلامت جسمانی مشاهده شد و در همهٔ ابعاد، میانگین نمرات بیماران گروه مداخله به‌طور معناداری بیشتر بود؛ بنابراین، میزان تأثیر مراقبت در منزل بر اساس الگوی مراقبت پیگیر در بهبود کیفیت زندگی بیماران در ابعاد کارکرد جسمی، اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی، درد، سلامت عمومی و به‌طورکلی، سلامت جسمانی در بیماران گروه مداخله نسبت به بیماران گروه کنترل، به‌طور معناداری بیشتر بوده است. بر اساس مقادیر اندازهٔ اثر مشخص می‌شود که حدود ۹۱ درصد از تغییرات کارکرد جسمی، ۳۴ درصد از تغییرات اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی، ۵۲ درصد از تغییرات درد، ۵۲ درصد از تغییرات سلامت عمومی و ۶۲ درصد از تغییرات سلامت جسمانی در بیماران ناشی از تفاوت میان دو گروه بود.

**جدول شمارهٔ ۱.** میانگین امتیازات کیفیت زندگی بیماران در ابعاد مرتبط با سلامت جسمانی پس از مداخله در دو گروه و نتایج آزمون آنالیز کوواریانس در مقایسهٔ دو گروه با کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون

| بعد | مداخله | | کنترل | | آمارهٔ F | مقدار P | اندازهٔ اثر |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | | | |
| کارکرد جسمی | ۶۶/۱۳ | ۲۳/۲۶ | ۳۹/۶۸ | ۱۸/۶۶ | ۵۶۶/۱۳۴ | <۰/۰۰۱ | ۰/۹۰۶ |
| اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی | ۵۱/۶۱ | ۳۹/۲۳ | ۱۱/۲۹ | ۱۶/۸۸ | ۳۰/۹۶۴ | <۰/۰۰۱ | ۰/۳۴۴ |
| درد | ۷۸/۹۵ | ۱۳/۳۰ | ۴۴/۵۲ | ۱۷/۹۵ | ۶۴/۸۸۶ | <۰/۰۰۱ | ۰/۵۲۴ |
| سلامت عمومی | ۶۵/۲۶ | ۱۸/۲۰ | ۲۵/۱۶ | ۱۵/۶۸ | ۶۲/۵۳۵ | <۰/۰۰۱ | ۰/۵۱۵ |
| سلامت جسمانی | ۶۴/۲۴ | ۱۷/۶۰ | ۳۰/۱۶ | ۱۰/۹۰ | ۹۶/۱۹۷ | <۰/۰۰۱ | ۰/۶۲۰ |

بر اساس یافته‌های جدول شمارهٔ ۲ و طبق نتایج آزمون آنالیز کوواریانس، با کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، اختلاف معناداری در میانگین نمرات پس‌آزمون بیماران دو گروه در ابعاد اختلال نقش به خاطر سلامت هیجانی، انرژی/خستگی، بهزیستی هیجانی، کارکرد اجتماعی و سلامت روانی مشاهده شد و در همهٔ ابعاد، میانگین نمرات بیماران گروه مداخله

[ Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11 ]

به‌طور معناداری بیشتر بود؛ بنابراین، میزان تأثیر مراقبت در منزل بر اساس الگوی مراقبت پیگیر در بهبود کیفیت زندگی بیماران در ابعاد اختلال نقش به خاطر سلامت هیجانی، انرژی/خستگی، بهزیستی هیجانی، کارکرد اجتماعی و به‌طورکلی، سلامت روانی در بیماران گروه مداخله نسبت به بیماران گروه کنترل، به‌طور معناداری بیشتر بود. بر اساس مقادیر اندازهٔ اثر مشخص می‌شود که حدود ۸۴ درصد از تغییرات اختلال نقش به خاطر سلامت هیجانی، ۶۷ درصد از تغییرات انرژی/خستگی، ۶۶ درصد از تغییرات بهزیستی هیجانی، ۷۰ درصد از تغییرات کارکرد اجتماعی و ۸۷ درصد از تغییرات سلامت روانی در بیماران ناشی از تفاوت میان دو گروه است.

**جدول شمارهٔ ۲.** میانگین امتیازات کیفیت زندگی بیماران در ابعاد مرتبط با سلامت روانی پس از مداخله در دو گروه و نتایج آزمون آنالیز کوواریانس در مقایسهٔ دو گروه با کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون

| بعد | مداخله | | کنترل | | آمارهٔ F | مقدارP | اندازهٔ اثر |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | | | |
| اختلال نقش به خاطر سلامت هیجانی | ۸۴/۹۵ | ۱۸/۹۳ | ۱۱/۸۳ | ۱۸/۳۶ | ۳۰۲/۷۹۷ | <۰/۰۰۱ | ۰/۸۳۷ |
| انرژی/خستگی | ۶۴/۰۳ | ۱۳/۳۸ | ۳۱/۹۴ | ۱۱/۶۷ | ۱۲۲/۱۲۴ | <۰/۰۰۱ | ۰/۶۷۴ |
| بهزیستی هیجانی | ۶۸/۳۹ | ۱۲/۵۸ | ۴۱/۰۳ | ۱۰/۹۸ | ۱۱۴/۶۱۶ | <۰/۰۰۱ | ۰/۶۶۰ |
| کارکرد اجتماعی | ۷۳/۵۵ | ۱۸/۹۴ | ۳۱/۴۵ | ۱۴/۷۴ | ۱۳۵/۹۸۶ | <۰/۰۰۱ | ۰/۶۹۷ |
| سلامت روانی | ۷۲/۷۳ | ۱۱/۸۲ | ۲۹/۰۶ | ۱۰/۶۶ | ۴۰۲/۲۴۹ | <۰/۰۰۱ | ۰/۸۷۲ |

بر اساس یافته‌های جدول شمارهٔ ۳ و طبق نتایج آزمون آنالیز کوواریانس، با کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، اختلاف معناداری در میانگین نمرات پس‌آزمون کیفیت زندگی بیماران دو گروه مشاهده شد و میانگین نمرات بیماران گروه مداخله به‌طور معناداری بیشتر بود؛ بنابراین، میزان تأثیر مراقبت در منزل بر اساس الگوی مراقبت پیگیر در بهبود کیفیت زندگی بیماران در بیماران گروه مداخله نسبت به بیماران گروه کنترل، به‌طور معناداری بیشتر بود. بر اساس مقدار اندازهٔ اثر مشخص می‌شود که حدود ۸۳ درصد از تغییرات امتیاز کیفیت زندگی بیماران ناشی از تفاوت میان دو گروه است.

**جدول شمارهٔ ۳.** میانگین امتیازات کیفیت زندگی بیماران در ابعاد مرتبط با سلامت روانی پس از مداخله در دو گروه و نتایج آزمون آنالیز کوواریانس در مقایسهٔ دو گروه با کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون

| متغیر | مداخله | | کنترل | | آمارهٔ F | مقدارP | اندازهٔ اثر |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | | | |
| کیفیت زندگی | ۶۸/۴۸ | ۱۴/۰۹ | ۲۹/۶۱ | ۱۰/۰۶ | ۲۸۷/۱۹۳ | <۰/۰۰۱ | ۰/۸۳۰ |

## بحث و نتیجه‌گیری

مطالعهٔ حاضر با هدف تأثیر مراقبت در منزل بر اساس الگوی مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران تراکئوستومی ترخیص‌شده از بخش مراقبت‌های ویژه در بیمارستان انجام گرفت. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ارائهٔ مراقبت در منزل مبتنی بر الگوی مراقبت پیگیر، به‌طور معناداری به بهبود کیفیت زندگی بیماران در ابعاد کارکرد جسمی، اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی، درد و سلامت عمومی منجر شده است. این یافته‌ها با نتایج مطالعهٔ پندیان و همکاران (۲۰۲۵) (۱۱) همسو است. آنان نیز نشان دادند که مداخلهٔ مشابه تأثیر مثبتی بر ابعاد ذکرشده در کیفیت زندگی بیماران داشته است. الگوی مراقبت پیگیر در منزل با بهبود کارکرد جسمی به بیماران کمک می‌کند، فعالیت‌های روزمره را مستقل‌تر انجام دهند. کاهش اختلال نقش جسمی باعث می‌شود بیماران با

[ Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11 ]

وجود مشکلات جسمی، نقش‌های اجتماعی و خانوادگی خود را ایفا و احساس ارزشمندی کنند؛ همچنین این الگو با کاهش درد بدنی، خلق‌وخو، خواب و فعالیت‌های روزمره را بهبود می‌بخشد. درنهایت، بهبود سلامت عمومی نگرش بیماران را مثبت‌تر می‌کند و سبب می‌گردد احساس بهتری نسبت به سلامت خود داشته باشند و از زندگی لذت ببرند. این عوامل در کنار هم کیفیت زندگی بیماران را ارتقا می‌دهند.

درنهایت، یافتهٔ پژوهش نشان داد که پیش از مطالعه، میانگین نمرهٔ کیفیت زندگی در بیماران در دو گروه آزمون و مداخله تفاوت معناداری نداشت؛ اما پس از مطالعه، میانگین نمرهٔ کیفیت زندگی در گروه آزمون به‌طور معناداری بیشتر از گروه مداخله بود. در زمینهٔ مراقبت در منزل در جستجوهای پژوهشگر مطالعات اندکی یافت شد؛ اما از نتایج سایر مطالعات مداخله‌ای استفاده گردید. همسو با نتایج مطالعهٔ حاضر، مطالعهٔ بقایی و همکاران (۳۰) نشان داد اجرای مدل‌های مراقبتی اثربخش و آموزش و پیگیری همراه با تغییر سبک زندگی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی می‌تواند باعث بهبود و افزایش کیفیت زندگی آنان شود. در پژوهش‌های مشابه نیز نتیجه‌گیری شده است که مراقبت پیگیر در افزایش توان‌بخشی بیماران قلبی مؤثر بوده است (۳۱). به‌نظر می‌رسد، علت افزایش در کیفیت زندگی نمونه‌های پژوهش در هر دو مطالعه تا حدود فراوانی با مشارکت و پیگیری خانواده در کنار بیماران مرتبط باشد.

در مطالعهٔ «مراقبت پیگیر بعد از سرطان پروستات: ارزیابی یک برنامهٔ خودمدیریتی و حمایت از راه دور این برنامه» نشان داده است که از همهٔ جنبه‌ها به‌طورکلی با مراقبت‌های پیگیری سنتی قابل‌مقایسه است که به شواهد موجود دربارهٔ امکان‌پذیری چنین مدل‌هایی می‌افزاید. در این برنامه، معیارهای ثانویه شامل فعال‌سازی برای خودمدیریتی، کیفیت زندگی، رفاه روانی و سبک زندگی، از نظر آماری معنادار و این برنامه برای بیماران قابل‌قبول بود (۳۲). رضامند و همکاران (۳۳، ۱۹) به بررسی تأثیر مراقبت پیگیر بر خودمراقبتی بیماران با نارسایی قلبی پرداختند. پیش از اجرای مداخله، نمرات گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی‌داری نداشتند. پس از مداخله، نمرات در گروه مداخله به‌طور معنی‌دار بیشتر از گروه کنترل بود. بر اساس این یافته‌ها می‌توان از این الگوی مراقبتی برای افزایش نمرهٔ خودمراقبتی بیماران نارسایی قلبی استفاده کرد. این یافته‌ها با نتایج مطالعهٔ حاضر همسو است. استفاده از الگوی مراقبت پیگیر به‌عنوان یکی از مداخلات پرستاری ساده، ارزان، قابل‌اجرا و مؤثر می‌تواند در ارتقای توان مراقبت از خود در بیماران مبتلا به سرطان کولون مفید باشد. نتایج نشان داد که الگوی مراقبت پیگیر بر مراقبت از خود در بیماران مبتلا به سرطان کولون تأثیر دارد و موجب ارتقای آن می‌شود (۳۴). در پژوهشی که ساروی و همکاران (۳۵) دربارهٔ اثربخشی الگوی مراقبت پیگیر بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد انجام دادند، الگوی مراقبت پیگیر سبب تغییرات مثبت در خودمراقبتی بیماران شد. نتایج نشان داد که تغییرات نمرهٔ رفتارهای مراقبت از خود در گروه مداخله از نظر آماری معنی‌دار بود.

یکی از محدودیت‌های مطالعهٔ حاضر مربوط به امکان کسب اطلاعات به‌صورت غیررسمی از طریق رسانه‌ها، از سوی نمونه‌های پژوهش بود که با انتخاب دو گروه مداخله و کنترل این محدودیت مرتفع شد؛ همچنین ازآنجاکه دو گروه مداخله و کنترل به‌صورت خود اظهاری پرسش‌نامه‌ها را تکمیل می‌کردند، امکان ارائهٔ پاسخ غیرواقعی وجود داشت که به نمونه‌های پژوهش دربارهٔ اهمیت تکمیل صادقانهٔ پرسش‌نامه‌ها توضیحات لازم داده شد و پیشنهاد می‌شود که مطالعات آتی با شیوهٔ مشاهدهٔ مستقیم و مصاحبه انجام گردد.

از محدودیت‌های دیگر پژوهش این بود که هرچند در مطالعهٔ حاضر، اجرای برنامهٔ مراقبت در منزل توانست بر کیفیت زندگی بیماران اثرگذار باشد؛ اما در کنار آن باید به عوامل زمینه‌ای نیز توجه کرد که خارج از کنترل محقق بود. عواملی نظیر نظام مراقبت بهداشتی، حمایت اجتماعی، باورها و ارزش‌های فردی بیماران که ریشه در فرهنگ حاکم بر جامعه ایرانی دارد و عوامل فردی، اقتصادی و اجتماعی که ازجمله عواملی هستند که می‌توانند روی کیفیت زندگی بیماران تأثیرگذار باشند. اجرای مداخله‌های مراقبتی در منزل ممکن است تحت تأثیر عوامل مختلفی مانند همکاری

[ Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11 ]

خانواده، دسترسی به منابع مراقبتی و شرایط محیطی قرار گیرد که کنترل همهٔ این عوامل دشوار است.

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که مراقبت در منزل بر اساس الگوی مراقبت پیگیر می‌تواند به‌عنوان روشی مؤثر، برای بهبود کیفیت زندگی بیماران تراکئوستومی ترخیص‌شده از بخش مراقبت‌های ویژه استفاده گردد. این الگوی مراقبتی با تأکید بر استمرار و پیگیری توانسته است به بیماران کمک کند تا با چالش‌های پس از ترخیص بهتر کنار بیایند و کیفیت زندگی خود را بهبود بخشند.

مراقبت در منزل بر اساس الگوی مراقبت پیگیر می‌تواند به‌عنوان روشی مؤثر و کم‌هزینه، برای بهبود کیفیت زندگی بیماران تراکئوستومی ترخیص‌شده از بخش مراقبت‌های ویژه استفاده شود. پیشنهاد می‌گردد، این الگوی مراقبتی در برنامه‌های مراقبتی بیمارستان‌ها و مراکز درمانی گنجانده شود.

## سپاس‌گزاری

نویسندگان از همهٔ کسانی که مشتاقانه ما در این تحقیق یاری کردند، قدردانی می‌کنند.

## تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که تضاد منافعی در این مقاله وجود ندارد.

## کد اخلاق

این مطالعه مورد تایید کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان(اصفهان) قرار گرفته است .رضایت کتبی ازتمام شرکت گنندگان قبل ازثبت نام و جمع آوری نمونه ها دریافت گردید.

کداخلاق( IR.IAU.KHUISF.REC.1397.229).

## حمایت مالی

نویسندگان مقاله هیچ‌گونه حمایت مالی از مرکز یا سازمانی دریافت نکرده‌اند.

## مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان به یک نسبت در آماده سازی ، انجام عملیاتی تحقیق، نوشتن مقاله و آماده سازی آن مشارکت داشته اند.

[ Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11 ]

## References


1. Skoretz SA, Anger N, Wellman L, Takai O, Empey A. A systematic review of tracheostomy modifications and swallowing in adults. Dysphagia. 2020; 35:935-47. doi: 10.1007/s00455-020-10115-0.
2. Amini K, Ogharood MV, Davari M, Ershadifard S, Asadi H. A case of a fractured fragment of tracheostomy tube entering the left bronchus: A case report. J Babol Univ Med Sci. 2021;23. doi: 10.22088/jbums.23.1.393.
3. Tolotti A, Bagnasco A, Catania G, Aleo G, Pagnucci N, Cadorin L, et al. The communication experience of tracheostomy patients with nurses in the intensive care unit: A phenomenological study. Intensive Crit Care Nurs. 2018; 46:24-31. doi: 10.1016/j.iccn.2018.01.001.
4. Freeman-Sanderson AL, Togher L, Elkins M, Kenny B. Quality of life improves for tracheostomy patients with return of voice: a mixed methods evaluation of the patient experience across the care continuum. Intensive Crit Care Nurs. 2018; 46:10-6. doi: 10.1016/j.iccn.2018.02.004.
5. Burke RE, Coleman EA. Interventions to decrease hospital readmissions: keys for cost-effectiveness. JAMA Intern Med. 2013;173:695-8. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.171.
6. Daraie S, Hasanvand S, Goudarzi F. Facilitating and preventing factors of tracheostomy patient care by home caregivers: A qualitative study. Yafteh. 2023;25:48-62. doi: 10.32592/Yafteh.2023.25.2.48.
7. Phookan J, Talukdar R. A study on quality of life in post-tracheostomised patients. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 2023;75:848-56. doi: 10.1007/s12070-023-03511-z.
8. Haraldstad K, Wahl A, Andenæs R, Andersen JR, Andersen MH, Beisland E, et al. A systematic review of quality-of-life research in medicine and health sciences. Qual Life Res. 2019; 28:2641-50. doi: 10.1007/s11136-019-02214-9.
9. Henning M, Krägeloh CU, Wong-Toi G. Student motivation and quality of life in higher education. Routledge Oxon, England; 2015. doi: 10.4324/9781315814070.
10. Schalock RL. Quality of life as a change agent. Int Public Health J. 2014;6:105.
11. Pandian V, Maragos CS, Panickar A, Murmu J, Cole T, Mattare K, et al. The impact of follow-up care on tracheostomy management post-hospital discharge: A longitudinal cohort study of clinical outcomes, quality of life, and long-term recovery. Tracheostomy. 2025;2:29-42. doi: 10.62905/001c.132162.
12. Landers S, Madigan E, Leff B, Rosati RJ, McCann BA, Hornbake R, et al. The future of home health care: a strategic framework for optimizing value. Home Health Care Manag Pract. 2016;28:262-78. doi: 10.1177/1084822316666368.
13. Kok L, Berden C, Sadiraj K. Costs and benefits of home care for the elderly versus residential care: a comparison using propensity scores. Eur J Health Econ. 2015; 16:119-31. doi: 10.1007/s10198-013-0557-1.
14. Davis BH, Smith MK. Developing culturally diverse direct caregivers for care work with older adults: challenges and potential strategies. J Contin Educ Nurs. 2013;44:22-30. doi: 10.3928/00220124-20121101-54.
15. Sarcami Z, Naviporh H, Amadi F. Effect of continuous care model-based intervention on the care burden of the caregivers of patients with spinal cord injury. Iran J Nurs. 2024;37:50-63. doi: 10.32598/ijn.37.147.3276.1.
16. Moosavinasab SMM, Vahedian-Azimi A, Salesi M, Vahedi E, Karimi Zarchi AA, KhoshFetrat M, et al. A review of 17 years of application of a continuous care model on the consequences of acute and chronic diseases: describing and assessing the quality of methodology of papers. J Mil Med. 2022;20:27-55.
17. Daei MM, Zeighami R, Arjeini Z, Alipour Heidari M. The effect of continuous care model on quality of life of patients after coronary angioplasty in Bou Ali Sina hospital. Evid Based Care J. 2014;4:61-70. doi: 10.22038/EBCJ.2014.2396.
18. Sadeghi H, Azizzadeh Forouzi M, Haghdust A, Mohammad Alizadeh S. Effect of implementing continuous care model on sleep quality of hemodialysis patients. Iran J Crit Care Nurs. 2010;3:12-8.
19. Rezamand F, Shahnazi H, Hassanzadeh A. The effect of continuous care model implementation on the quality of life of patients with heart failure: A randomized controlled trial. Korean J Fam Med. 2020;42:107. doi: 10.4082/kjfm.20.0040.
20. Safiri S, Moghimian M, Sadeghi N, Sasani L. The effect of continuous care model on self-efficacy and care burden of parents. J Pediatr Nurs. 2024;10:61-70. doi: 10.22034/JPEN.10.4.61.
21. Heydari A, Mohsenizadeh SM. Critical appraisal of the applicability of continuous care model in the care of chronic patients. Nurs Midw J. 2018;15:788-94.
22. Jafary Gol M, Navipour H, Sadooghiasl A. Care comprehensive assessment in home health care: qualitative content analysis. Iran J Nurs Res (IJNR). 2022;16:23-32.
23. Thomas EJ. Improving teamwork in healthcare: current approaches and the path forward. BMJ Qual Saf. 2011;20:647-50. doi: 10.1136/bmjqs-2011-000117.


[ Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11 ]

24. National Cancer Institute. What you need to know about leukemia. 23 December 2013. Accessed 18 June 2014.
25. Negin H, Donya K, Montazeri A. Health-related quality of life in major thalassemic patients. Payesh Health Monit J. 2009;8:387-93. doi: 20.1001.1.16807626.1388.8.4.8.5.
26. Vatandoust S, Mohammadi N, Farahani M, Mehran A. The efficacy of education film on quality of life and satisfaction in patient with tracheostomy. J Arak Univ Med Sci. 2015;17:80-7.
27. Khoshgoeian A, Karami H, Bahar A, Khoshgoeian T. Comparison of the quality of life in patients with thalassemia major with and without blood transfusion Bou Ali Sina Hospital Sari 1402. Mazandaran Univ Med Sci J. 2024;33:50-8.
28. Potter PA, Perry AG, Stockert P, Hall A. Fundamentals of nursing-e-book. Elsevier Health Sciences; 2016.
29. Marrelli TM. Home care nursing: Surviving in an ever-changing care environment. Sigma Theta Tau; 2016.
30. Baghaei R, Mashallahi A, Khalkhali H. The effect of applying continuous care model on the quality of life in heart failure patients. Nurs Midw J. 2015;13:666-75.
31. Pakrad F, Ahmadi F, Grace SL, Oshvandi K, Kazemnejad A. Traditional vs extended hybrid cardiac rehabilitation based on the continuous care model for patients who have undergone coronary artery bypass surgery in a middle-income country: a randomized controlled trial. Arch Phys Med Rehabil. 2021;102:2091-101.e3. doi: 10.1016/j.apmr.2021.04.026.
32. Frankland J, Brodie H, Cooke D, Foster C, Foster R, Gage H, et al. Follow-up care after treatment for prostate cancer: evaluation of a supported self-management and remote surveillance programme. BMC Cancer. 2019; 19:1-18. doi: 10.1186/s12885-019-5561-0.
33. Rezamand F, Shahnazi H, Hassanzadeh A. The effect of continuous care model implementation on the quality of life of patients with heart failure: A randomized controlled trial. Korean J Fam Med. 2021;42:107-15. doi: 10.4082/kjfm.20.0040.
34. Asheri S, Nasrollah S, Nasrabadi T. The effect of continuous care model on self-care in patients with colon cancer. J Nurs Educ. 2022;11:68-79. doi: 10.22034/JNE.11.5.68.
35. Kermansaravi F, Navidian A, Ghaderi S. Impact of continuous care model on self-care behaviors of patients with myocardial infarction: A randomized clinical trial study. J Sci Res Med Sci. 2019;26:106-17. doi: 10.32592/JBirjandUnivMedSci.2019.26.2.102

[ Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11 ]