

تاثیر آموزش خانواده محور بر میزان تبعیت از برنامه ورزشی بیماران تحت

جراحی بای پس عروق کرونر

ندا ثنائی^۱، مهین روحانی^۱، منصوره سپهری نیا^۱

نویسنده‌ی مسئول: زنجان، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، دانشکده پرستاری و مامایی nedasanaie@ymail.com

دریافت: ۹۱/۶/۷ پذیرش: ۹۱/۱۰/۵

چکیده

زمینه و هدف: بیماری‌های قلبی یکی از مهمترین عوامل از کار افتادگی محسوب می‌شود و بهبود میزان تبعیت از برنامه ورزشی یکی از مهمترین وظایف پرستاران به شمار می‌رود. این پژوهش به منظور بررسی تاثیر روش آموزش خانواده محور بر میزان تبعیت از برنامه ورزشی در بیماران تحت جراحی بای پس کرونر در سال ۱۳۹۰ در بیمارستان امام خمینی (ره) تهران انجام گرفت.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک کارآزمایی بالینی از نوع نیمه تجربی با گروه کنترل است. نمونه‌ها شامل ۱۱۲ نفر از بیماران جراحی قلب باز است که به روش نمونه گیری آسان انتخاب و به شکل تصادفی به دو گروه تخصیص داده شد. مداخله شامل استفاده از روش آموزش خانواده محور در مورد تبعیت از برنامه ورزشی در گروه آزمون بوده گروه کنترل مراقبت رایج در بخش را دریافت کردند. ابزار گردآوری داده پرسشنامه و چک لیست تبعیت از برنامه ورزشی بود. پرسشنامه روز قبل جراحی و چک لیست به صورت روزانه توسط بیمار و یا خانواده از روز دوم بعد از جراحی تا ۸ هفته بعد از ترخیص تکمیل شد. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون آماری کای دو، فیشر و تی مستقل و نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ استفاده شد.

یافته‌ها: قبل از مداخله دو گروه تجربه و کنترل از نظر متغیرهای دموگرافیک و برنامه ورزشی همسان و بعد از مداخله با آزمون تی مستقل تبعیت از برنامه ورزشی بین دو گروه مقایسه و تفاوت معنی داری مشاهده گردید ($p < 0.05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های این پژوهش به نظر می‌رسد روش آموزش خانواده محور برای بیماران تحت جراحی بای پس کرونر موثر بوده و با بهبود تبعیت از برنامه ورزشی بیماران همراه است.

واژگان کلیدی: آموزش خانواده محور، جراحی بای پس کرونر، برنامه ورزشی

مقدمه

خون‌رسانی میوکارد به هنگام افزایش تقاضا برای جریان خون بخصوص در طی فعالیت و هیجان مشخص می‌شود (۱). بیماری‌های عروق کرونر یکی از مهمترین عوامل ناتوانی و از کار افتادگی بشمار می‌رود (۲) و بزرگترین علت مرگ و میر در دنیا تا سال ۲۰۲۰ خواهد بود (۳) در حال حاضر این

جراحی بای پس کرونر به دلایل متعددی از جمله آترواسکلروز شریان کرونر انجام می‌گیرد که یکی از شایعترین بیماری‌های مزمن قلبی عروقی محسوب می‌شود و با کاهش قطر شریان‌های کرونری و محدودیت در افزایش متناوب

بیماری با اختصاص ۳۴ درصد کل موارد فوتی مهمترین علت مرگ و میر در دنیا است (۴). در آمریکا بیماری‌های عروق کرونر مسئول ۸۶ درصد از مرگ و میر افراد بالای ۶۵ سال است (۵). بیماری‌های قلبی عروقی در ایران نیز با اختصاص ۴۶ درصد، بیش از یک سوم کل مرگ و میر را شامل می‌شود (۶). انجمن قلب آمریکا بیان می‌کند که در صورت حذف شدن بیماری‌های قلبی و عروقی، امید به زندگی به میزان هفت سال در این کشور افزایش خواهد یافت (۷).

جراحی بای پس عروق کرونر در بسیاری از بیماران تنها درمان انتخابی است و یک روش اساسی و حیاتی در درمان‌های قلبی-عروقی است و هدف اصلی از انجام این پروسیجر، بهبود و تسکین آنژین و قضاوت در مورد بهبود عملکرد بطن چپ جهت حفظ پرفیوژن کرونر است (۸). ارتباط تنگاتنگ وضعیت قلب با حیات بیمار، میزان نیازهای روانی و جسمی بیماران تحت بای پس کرونر را به مراتب از بسیاری از بیماری‌های مزمن دیگر بیشتر می‌کند لذا ایجاد شرایط مناسب برای افزایش کمیت و کیفیت مراقبت‌ها در این زمینه بسیار احساس می‌شود (۴). بررسی‌های جسمی و روانی از بیمار قبل از جراحی، درک بیمار از فرآیند جراحی و تبعیت از برنامه درمانی از جمله برنامه ورزشی از محورهای اساسی مورد توجه برای تیم درمانی محسوب می‌شود (۹).

یکی از مهمترین مراقبت‌های مورد نیاز بعد از جراحی قلب ارائه برنامه آموزشی تدوین شده در زمینه تبعیت از برنامه ورزشی روزانه بوده که تاثیر بسیار مهمی جهت بهبود مددجو دارد (۱۰). با توجه به اهمیت کاهش و کنترل فاکتورهای خطر قابل تعدیل که در طولانی مدت اثرات متعددی در تبدیل رفتارهای غلط به رفتارهای صحیح بهداشتی دارند، لزوم برنامه‌های آموزشی بسیار احساس می‌شود (۱۱). فعالیت ورزشی منظم باعث بهبود آستانه ایجاد آنژین قلبی و کاهش تعداد دفعات وقوع آنژین و کم شدن خطر ایجاد آریتمی‌های قلبی می‌شود و همچنین به بهبود خونرسانی از طریق عروق

کرونر و جریان خون فرعی به قلب کمک کرده و فرد را برای برگشت به وضعیت قبل از بیماری یاری می‌دهد (۱۲). نقش تیم بهداشت و درمان در تبعیت از برنامه ورزشی شامل کمک به بیمار برای آغاز فعالیت فیزیکی، کمک به افزایش فعالیت فیزیکی منظم، برگشت به سطح فعالیت قبل از جراحی، تعدیل فعالیت فیزیکی بعد از یک دوره بی تحرکی و تداوم یک شیوه زندگی فعال می‌باشد (۱۳). باید توجه داشت که میزان کناره‌گیری و انصراف از ادامه برنامه ورزشی در میان افراد بسیار بالاست. بر اساس نتایج یک مطالعه نزدیک به ۴۰ درصد از افراد پس از گذشت ۲ تا ۳ ماه بعد از جراحی قلب از برنامه حرکتی انصراف داده‌اند (۱۴). آگراوال (Aggarwal) در مطالعه خود از حضور فعال خانواده به عنوان یک پایگاه اجتماعی مناسب برای بهبود تبعیت از برنامه غذایی استفاده کرد (۱۵). در مطالعه چان (Chan) و همکارانش جهت رسیدن به تبعیت مطلوب در حیطه‌ی برنامه حرکتی بعد از جراحی از روشی با نام رفتارهای مستقل حمایتی استفاده شده بود تا با ارائه آموزش‌های ساده و قابل فهم به بیماران و خانواده آنها، بیماران را تشویق به تعریف روش‌های جدید برنامه‌های حرکتی مناسب برای خود می‌کرد و نتایج مطالعه نشان داد که میزان تبعیت از برنامه درمانی توسط گروهی که از این روش استفاده کرده بودند بصورت معنی‌داری بیشتر از گروهی بود که برنامه‌های بازتوانی بعد از جراحی را طبق روتین دریافت کرده بودند (۱۶). مراقبت و آموزش خانواده محور به عنوان یکی از مفاهیم اصلی پرستاری است و هدف آن حفظ تمامیت و یکپارچگی خانواده بیمار و ارائه مراقبت منحصر به فرد برای هر بیمار می‌باشد، در روش آموزش خانواده محور حضور فعال خانواده در امر بررسی و تشخیص نیازها و آموزش‌ها وجود دارد، زیرا اعتقاد بر این است که وقوع بیماری در یک فرد منجر به ورود تک تک اعضای خانواده در چرخه سیر بیماری می‌شود (۱۷). و از آنجا که بدنبال جراحی قلب، بیماران نیاز به پایش دقیق در بخش‌های

توجه قرار گرفته است، لذا ضرورت انجام تحقیقات بیشتر با رویکرد آموزش خانواده محور احساس می شود. لذا این مطالعه به منظور بررسی تاثیر کاربرد روش آموزش خانواده محور بر تبعیت از برنامه ورزشی بیماران تحت بای پس کرونر انجام شد.

روش بررسی

مطالعه حاضر یک کارآزمایی بالینی با گروه کنترل است. که جامعه پژوهش آن را بیماران تحت عمل جراحی بای پس عروق کرونر غیر اورژانسی بستری در بیمارستان امام خمینی (ره) تهران تشکیل دادند. حجم نمونه با تعداد ۵۱ نمونه در هر گروه و در مجموع ۱۰۲ نمونه تعیین شد که با احتساب ۱۰ درصد امکان ریزش نمونه، برای هر گروه ۵۶ نفر و در مجموع ۱۱۲ نمونه واجد شرایط به روش نمونه گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از: داشتن حداقل سواد برای خواندن و نوشتن بیمار یا عضو خانواده، که او را در فرآیند درمان به منظور کسب بهبودی و ارتقاء سطح سلامت همراهی می کند، قرار نداشتن بیمار تحت جراحی اورژانس قلب، نداشتن سابقه ی بستری بیمار جهت جراحی بای پس کرونر، نداشتن بیماری روحی- روانی، وجود امکان برقراری تماس تلفنی با بیمار بعد از ترخیص.

معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل: عدم امکان تبعیت از برنامه ی ورزشی پیش بینی شده به علت وجود نیاز به بستری و یا مداخله اورژانس مجدد، پیشرفت بیماری در طول مطالعه و فوت بیمار، ایجاد محدودیت شدید حرکتی در طول مطالعه و عدم امکان انجام فعالیت فیزیکی، استفاده از سایر کلاس های آموزشی بازتوانی قلبی در طول مطالعه بود.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارت بودند از پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک بیمار شامل سن، جنس،

مراقبت ویژه دارند لذا آموزش بیمار و خانواده، حیاتی ترین بخش از مراقبت های پرستاری محسوب می شود (۱۸). دانش پرستاران در مورد بیماری های قلبی بطور گسترده ای در طی دهه اخیر تغییر کرده است و کمک رساندن به بیمار به علت عدم تقویت احساس خود کارآمدی و عزت نفس و خود کنترلی بر شرایط ایجاد شده، همیشه نتایج مثبتی ندارد و حضور فعال خانواده در این پروسه اقدام موثری جهت ایجاد انگیزه پیگیری در بیمار به شمار می رود (۱۹). از آنجا که معیار درمان بیماری های عروق کرونر، بهبود شیوه زندگی بیماران می باشد لذا لازم است به این گروه از بیماران آموزش های مورد نیاز جهت حفظ زندگی بعد از عمل، پیگیری منظم و تبعیت از توصیه های ورزشی داده شود تا در نهایت بدانند چگونه و با رعایت چه مواردی از خود مراقبت نمایند. اطلاعات و برنامه های آموزشی قبل از ترخیص باید بر اساس نیاز بیمار و چیزی که او می خواهد بداند استوار باشد (۱۸). و در نهایت با توجه اینکه در حال حاضر بیشتر پژوهش ها در کشور مبتنی بر آموزش به بیمار است و نقش خانواده به عنوان یک منبع مشارکتی مهم در پیشبرد اهداف درمانی کمتر مورد توجه قرار داده شده و با عنایت به شیوع گسترده جراحی بای پس کرونر، تبعیت از برنامه ورزشی جهت پیشگیری از عود مجدد گرفتگی های کرونر یک امر ضروری و حیاتی بوده و با توجه به اینکه ضرورت ایجاد شرایط مناسب برای پذیرش و تبعیت از برنامه ورزشی به عنوان ارزش در بیماری ها بخصوص بیماری های مزمن احساس می شود و در کنار تمام موارد ذکر شده با توجه به ساختار خانواده در کشور ما بنظر می رسد این روش آموزش موثر باشد ضمن اینکه با توجه به دلایل فوق الذکر و همچنین تجارب پژوهشگر، اکثر برنامه های آموزشی در کشور با رویکرد مددجو محور بوده و یا آموزش به خانواده به عنوان یک پروسه مستقل از بیمار و متمرکز بر بیماری در نظر گرفته می شود و نقش جهت آموزش برای تغییر رفتار کمتر مورد

وضعیت تاهل، سطح تحصیلات و سؤالاتی در ارتباط با بیماری شامل سابقه‌ی ابتلاء به دیابت، هایپرلیپیدی و افزایش فشار خون بود، که توسط محقق تکمیل شد.

چک لیست تبعیت از برنامه ورزشی که شامل ۵ گویه انجام یا عدم انجام منظم پیاده روی روزانه، مدت زمان انجام پیاده روی، بروز یا عدم بروز علائم خطر در حین پیاده روی، نیاز یا عدم نیاز به قطع پیاده روی و استراحت و نهایتاً ایجاد یا عدم ایجاد بهبودی علائم بعد از استراحت بود که توسط بیمار یا یکی از اعضای خانواده وی تکمیل شد.

برای تعیین روایی علمی چک لیست از روایی صوری و روایی محتوا استفاده شد بدین صورت که چک لیست گردآوری اطلاعات پس از مطالعه منابع و کتب مرتبط با موضوع تحقیق تهیه گردید و سپس با استفاده از نظرات علمی ده نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران و تربیت مدرس اصلاحات لازم انجام گرفت. آلفای کرونباخ چک لیست ($\alpha > 0/71$) محاسبه شد همچنین ضریب همبستگی درون طبقه‌ای چک لیست معادل $0/74$ بدست آمد. پس از کسب اجازه از مسئولان بیمارستان امام خمینی (ره)، توضیحات لازم به بیمار و خانواده داده شد و رضایت آنها جهت شرکت در پژوهش اخذ گردید. پس از انتخاب بیماران، پرسشنامه نوبت اول (قبل از اجرای مداخله) تکمیل شد و سپس تخصیص نمونه‌ها به دو گروه آزمون و کنترل به صورت تصادفی انجام یافت، بدین صورت که واحدهای پژوهش با روش نمونه گیری آسان، از بیماران منتخب جراحی بای پس کرونر و عضو فعال خانواده‌شان که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، انتخاب شدند. جهت جلوگیری از تداخل گروه‌های تجربه و کنترل، نمونه‌گیری به روش بلوکی انجام شد و بر این اساس، نمونه گیری برای گروه تجربه در طول هفته‌های فرد و برای گروه کنترل در طول هفته‌های زوج انجام گرفت؛ لازم به ذکر است که شروع نمونه‌گیری در آغاز هر هفته منوط به ترخیص تمام واحدهای

مورد پژوهش در هفته گذشته بود و در صورت عدم ترخیص حتی یکی از واحدها، نمونه گیری تا زمان ترخیص او انجام نمی‌گرفت. سپس مداخله اصلی ارائه آموزش خانواده محور انجام گرفت و گروه کنترل تنها مراقبت‌های رایج بخش را دریافت کردند. از روش آموزش خانواده محور در طی ۳ جلسه آموزشی ۲۰ تا ۳۰ دقیقه‌ای به بیمار و خانواده (یک جلسه انفرادی به مدت ۳۰ دقیقه قبل از جراحی و ۲ جلسه آموزش گروهی برای بیمار و خانواده اش تشکیل شد). منظور از اعضای خانواده بیمار، دختر، همسر و یا یکی از بستگان نسبی یا سببی بود که او را در فرآیند درمان به منظور کسب بهبودی و ارتقاء سطح سلامت همراهی می‌کرد و این فرد می‌بایست از نظر همراهی، قدرت تصمیم‌گیری و اهمیت دادن و شناخت وضعیت بیمار نسبت به دیگران توانمندتر بود. گروه‌ها شامل ۴ تا ۶ نفر از بیماران بعد از جراحی بود و مراحل آموزش خانواده محور به شرح زیر انجام گرفت:

ابتدا جهت ارتقاء و بهبود سطح دانش بیمار و خانواده از یک جلسه آموزشی انفرادی ۲۴ ساعت قبل از زمان جراحی استفاده شد تا به کمک افزایش آگاهی بیمار و خانواده وی میزان اضطراب آن‌ها کاهش پیدا کند که در آن از کتابچه و کارت‌های آموزشی استفاده شد. در جلسه اول آموزش توضیحات کلی در مورد بیماری، جراحی، تغییرات و شرایط بعد از جراحی و اهمیت شروع زود هنگام برنامه ورزشی صحبت شد. جلسه دوم بصورت جلسه بحث گروهی و ۴۸ ساعت پس از جراحی به مدت ۲۰ تا ۳۰ دقیقه برای بیماران در بخش پست ICU تشکیل شد. بیماران حداکثر ۲۴ ساعت در بخش ICU بستری بودند به همین جهت طی این جلسه، مباحث آموزشی بعد از جراحی بر اساس نیازهای بیماران و در پنج بخش شامل فیزیولوژی، علائم، عوارض بیماری، اقدامات درمانی قبل از جراحی، برنامه ورزشی در طول زمان بستری و بعد از ترخیص، شرایط روحی بعد از ترخیص و تغییرات جسمی بعد از جراحی ارائه شد. در جلسه سوم که

آمار توصیفی و آزمون‌های آماری مجذور کای و دقیق فیشر و تی مستقل استفاده شد.

یافته ها

نتایج مطالعه نشان داد که میانگین سن بیماران در گروه آزمون $7/3 \pm 60/55$ سال و در گروه کنترل $6/64 \pm 57/9$ سال بود و دو گروه از نظر متغیرهای جنس، وضعیت تاهل و شغل و همچنین مشخصات بیماری شامل سابقه ابتلاء به پرفشاری خون، دیابت و هایپرلیپیدمی و علائم منجر به بستری اختلاف آماری معنی‌داری نداشتند و دو گروه همسان بودند ($p > 0/05$) (جدول ۱).

در روز چهارم بعد از جراحی در بخش پست ICU تشکیل شد، درباره انتخاب برنامه پیاده روی مطمئن، مدت زمان پیاده روی، علائم خطر احتمالی در حین پیاده‌روی و نحوه مدیریت شرایط مذکور برای بیمار و خانواده صحبت شد و بیماران و خانواده در کنار هم و مقابل پژوهشگر مطالب آموزشی را تکرار و توضیح داده و چک لیست برنامه ورزشی توسط بیمار یا خانواده تکمیل شد.

روند تکمیل چک لیست به صورت روزانه بود که به صورت غیر حضوری و توسط بیمار یا خانواده تکمیل شد تا انتهای هفته هشتم بعد از ترخیص ادامه داشت و در نهایت چک لیست‌های نهایی جمع آوری شد.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ استفاده شد. به منظور دسته بندی و خلاصه کردن یافته‌ها از

جدول ۱: مقایسه گروه‌های تجربه و کنترل بر اساس اطلاعات دموگرافیک بیماران

مشخصات	گروه	آزمون	کنترل	p-value	تست آماری
جنس	مرد	۳۶ (۷۰/۶)	۳۳ (۶۴/۸)	$p = 0/672$	دقیق فیشر
	زن	۱۵ (۲۹/۴)	۱۸ (۳۵/۲)		
وضعیت اشتغال	کارمند و آزاد	۱۸ (۳۵/۴)	۱۱ (۲۱/۶)	$p = 0/128$	کای دو
	خانه دار	۱۵ (۲۹/۴)	۱۴ (۲۷/۴)		
	بازنشسته	۸ (۱۵/۶)	۱۴ (۲۷/۴)		
	کارگر	۷ (۱۳/۸)	۱۲ (۲۳/۶)		
وضعیت تاهل	ازکارافتاده	۳ (۵/۸)	۰ (۰)	$p = 0/362$	دقیق فیشر
	متاهل	۴۷ (۹۲/۲)	۵۰ (۹۸)		
	همسر فوت شده	۴ (۷/۸)	۲ (۱)		
سابقه فشار خون بالا		۴۲ (۸۲/۴)	۴۰ (۷۸/۴)	$p = 0/802$	کای دو
سابقه چربی خون بالا		۲۶ (۵۱)	۱۷ (۳۳/۴)	$p = 0/141$	کای دو
سابقه دیابت		۱۳ (۲۵/۶)	۱۳ (۲۵/۶)	$p = 0/696$	کای دو
علائم منجر به بستری	درد قفسه سینه	۳۳ (۶۴/۸)	۳۴ (۶۶/۶)	$p = 0/973$	کای دو
	تنگی نفس	۱۳ (۲۵/۴)	۱۲ (۲۳/۶)		
	درد کتف و شانه	۵ (۹/۸)	۵ (۹/۸)		

نتایج حاصل از مطالعه نشان می‌دهد که اکثر واحدهای پژوهش قبل از مداخله در گروه تجربه و کنترل (۷۶/۴ درصد) ورزش انجام می‌دادند و با توجه به آزمون آماری کای دو تفاوت آماری معنی داری نداشتند ($p=0/593$) و دو گروه همسان بودند، اما بعد از مداخله تمام واحدهای پژوهش در گروه تجربه (۱۰۰ درصد) و اکثر واحدهای مورد پژوهش در گروه کنترل (۸۴/۴ درصد) ورزش انجام می‌دادند که با توجه به آزمون آماری تفاوت معنی داری یافت شد ($p=0/003$). در ارتباط با انجام ورزش منظم اکثر واحدهای پژوهش قبل از مداخله در گروه تجربه (۷۰ درصد) و کنترل (۷۶/۴ درصد) ورزش را به طور منظم انجام نمی‌دادند و با توجه به آزمون آماری کای دو تفاوت آماری معنی داری نداشتند ($p=0/135$).

اما بعد از مداخله اکثر افراد گروه تجربه (۹۲/۲ درصد) ورزش منظم داشتند و در گروه کنترل (۴۹ درصد)، ورزش منظم انجام می‌دادند که تفاوت معنی دار بین دو گروه ملاحظه می‌شود ($p=0/000$). زمان انجام ورزش قبل از مداخله در گروه تجربه (۶۵ درصد) و در گروه کنترل (۶۱/۵ درصد)، کمتر از ۱۵ دقیقه بوده است، که تفاوت آماری معنی داری نداشتند ($p=0/29$) و همسان بودند، اما بعد از مداخله ۵۵ درصد افراد گروه تجربه و ۴۴ درصد افراد گروه کنترل کمتر از ۱۵ دقیقه ورزش کرده بودند که با توجه به آزمون آماری کای دو تفاوت معنی دار ملاحظه بین دو گروه می‌شود ($p=0/004$) (جدول ۲).

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار ابعاد چک لیست برنامه ورزشی بیماران قبل و بعد از مداخله (پایان هفته هشتم) در گروه تجربه و کنترل

گروه	قبل از مداخله		آزمون آماری	بعد از مداخله		آزمون آماری
	تجربه	کنترل		تجربه	کنترل	
ابعاد برنامه ورزشی	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	تی مستقل	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	تی مستقل
انجام روزانه پیاده روی	۷۰ (۹/۴)	۷۶/۴ (۹/۱۵)	$p=0/135$	۹۲/۲ (۵/۳۲)	۵۱ (۱/۲۸)	$p=0/000$
مدت زمان ورزش مناسب	۶۱/۵ (۱۴/۱۳)	۶۵ (۱۶/۴۶)	$p=0/29$	۸۴/۷۳ (۸/۴)	۲۶/۱ (۱۶/۶۵)	$p=0/000$
بروز علائم خطر در حین ورزش	۴۵ (۹/۴)	۴۰ (۷/۶۶)	$p=0/68$	۲ (۴)	۲۵ (۳/۶)	$p=0/004$

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش نشان داد که استفاده از روش آموزش خانواده محور تاثیرات قابل ملاحظه‌ای در تبعیت از برنامه ورزشی بعد از جراحی داشته است و نمرات کسب شده قبل و بعد از جراحی در گروه تجربه نشان دهنده تاثیر آموزش خانواده محور بر بهبود کیفیت تبعیت از برنامه ورزشی

می‌باشد. در همین زمینه Leong و همکارانش در سال ۲۰۰۴ در مطالعه خود به بررسی استفاده از مدل باورهای بهداشتی جهت بهبود تبعیت از توصیه‌های سلامت بعد از برنامه بازتوانی قلبی در بیماران پس از انفارکتوس میوکارد پرداختند، گروه آزمون بر اساس مراحل مدل باورهای بهداشتی و مفاهیم الگو تحت آموزش قرار گرفتند، در مطالعه پیش آزمون میزان

تبعیت برنامه فعالیت‌های فیزیکی ۶۵/۴ درصد در هر دو گروه بود. پس از اجرای مداخله بین میزان تبعیت از برنامه فعالیت فیزیکی گروه آزمون و کنترل تفاوت معناداری مشاهده شد، بر اساس نتایج اعلام شده یکی از مهمترین موانع در رسیدن به تبعیت با ثبات در برنامه‌های درمانی در بیماران مبتلا به اختلالات مزمن بر اساس مفاهیم مدل باورهای بهداشتی دو عامل عدم حضور خانواده به عنوان یکی از پایه‌های اصلی بحث تبعیت از برنامه درمانی و عدم خودکارآمدی بیماران در مدیریت بیماری معرفی شد (۲۰). همچنین Chan و همکارانش در سال ۲۰۰۹ در پژوهش خود تحت عنوان انگیزه بیماران و تبعیت از پیشنهادات حرکتی در برنامه‌ی بازتوانی بعد از جراحی به این نتیجه رسیدند که جهت ایجاد شرایط مناسب برای تبعیت از برنامه‌ی درمانی بخصوص برنامه حرکتی بعد از جراحی، فراهم سازی شرایط مناسب برای شرکت فعال بیماران و خانواده آنها در روند درمان بیماری است. این پژوهشگران جهت رسیدن به تبعیت مطلوب در حیطه‌ی برنامه حرکتی بعد از جراحی از روشی با نام رفتارهای مستقل حمایتی استفاده کردند تا با ارائه آموزش‌های ساده و قابل فهم به بیماران و خانواده آنها، بیماران را تشویق به تعریف روش‌های جدید برنامه‌های حرکتی مناسب برای خود می‌کردند و نتایج نهایی این پژوهش نشان داد که میزان تبعیت از برنامه درمانی توسط گروهی که از این روش استفاده کرده بودند بصورت معنی‌داری بیشتر از گروهی شد که برنامه‌های باز توانی بعد از جراحی را طبق روتین دریافت کرده بودند، در پژوهش حاضر نیز سعی شد تا با مشارکت هر چه بیشتر بیمار در کلاس‌های آموزشی که بصورت گروهی برگزار شدند، بیماران بعد از دریافت نکات مهمی که می‌بایست در مورد برنامه‌های حرکتی خود رعایت کنند، مستقیماً در بیان برنامه‌های حرکتی مناسب برای خود نظر دهند و در ادامه مشارکت خانواده در روند آموزش‌ها باعث شد بیماران و خانواده آنها را ادامه دهند (۱۶). و

Stafford و همکارانش نیز در سال ۲۰۰۸ در یک بررسی کاربرد مدل باورهای بهداشتی و تاثیر آن بر تبعیت از برنامه حرکتی بعد از جراحی های قلبی پرداختند. نتایج مطالعه آنها نشان داد که تغییرات شاخص توده بدنی در گروه آزمون تفاوت معنی‌داری نسبت به گروه کنترل داشت، همچنین در گروه آزمون میزان تبعیت از رژیم حرکتی بصورت معناداری از گروه آزمون بالاتر بود و در نهایت به این نتیجه رسیدند که یکی از مهمترین و مؤثرترین روش‌های افزایش تبعیت از برنامه‌های درمانی از جمله برنامه حرکتی بعد از جراحی بیماری‌های قلبی، استفاده از روش‌های آموزشی است که در درجه‌ی اول بتواند باور بیمار نسبت به بیماری، و اهمیت تبعیت از برنامه درمانی را بالا ببرد (۲۱). در پژوهش حاضر از روش آموزش خانواده محور با هدف بالا بردن حساسیت بیمار و خانواده نسبت به بیماری و تبعیت از برنامه‌ی ورزشی استفاده شد. با توجه به اهمیت بکارگیری مداخلات خانواده محور، پیشنهاد می‌شود که در پژوهشی تاثیر آموزش خانواده-محور بر رضایت و عملکرد پرستاران بررسی شود و همچنین با توجه به اینکه در این پژوهش، تاثیر آموزش خانواده-محور بر تبعیت از برنامه ورزشی بیماران در انتظار جراحی بای پس کرونر سنجیده شد، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های بعدی اثر این نوع آموزش بر تبعیت از برنامه درمانی بیماران بستری در بخش‌های داخلی که در انتظار جراحی نیستند، انجام شود. مهمترین محدودیت این پژوهش این بود که اولاً خصوصیات متفاوت روانی و روحی، تفاوت در تعاملات بین فردی بیماران، تفاوت در انگیزه و تفاوت‌های شخصی واحدهای مورد پژوهش عواملی بودند که می‌توانستند در میزان یادگیری، احساس خودکارآمدی، عزت نفس و در نتیجه توانمند سازی و میزان تبعیت از برنامه ورزشی تاثیر گذار باشند و کنترل این شرایط از عهده پژوهشگران خارج بود.

تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد است که با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است که با کد IRCT201104276314N1 به عنوان طرح مصوب در

www.irct.ir ثبت شده است. بدین وسیله از کلیه اساتید، مسئولین و پرستارانی که در انجام این پژوهش ما را یاری نموده اند تقدیر و تشکر می شود.

منابع

- 1- Corrigan P. Enhancing personal empowerment: people with psychiatric disabilities. *Journal of American Rehabilitation*. 2004; 28(1): 10-24.
- 2- Bent K. The people know what they want: An empowerment process of sustainable Ecological community health. *Advances in Nursing Science*. 2003; 26(3): 212-222.
- 3- Haynes B, Yao X, Degani A, Kripalani S, Garg A, McDonald H. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2005; 4(11): 1858-1864
- 4- Donovan F, Sands K, Judith N, Marianne M, Green C. Phipps medical surgical nursing and illness perspective. Eighth edition. London: Lippincott Williams & Wilkins; 2007: 882.
- 5- Marks R, Allegrante JP, Lorig K. A review and synthesis of research evidence for self efficacy enhancing interventions for reducing chronic disability: implications for health education practice (part I). *Health Promote Practice*. 2005 Jan; 6(1): 37-43.
- 6- World Health Organization. Preventing chronic disease. A vital investment. Retrieved [October 10/2008]. Available From [http:// www.who.int](http://www.who.int).
- 7- Deniz I, Sema S, Lutfi C, Hulya A. Factors determining self-efficacy in chronic obstructive pulmonary disease. *Saudi medical*. 2005; 26(4): 542-547.
- 8- Black M, Hokason Hawks J. Medical Surgical nursing, clinical management for positive outcomes. Eighth editions. Philadelphia: Elsevier Publications; 2009; 1424.
- 9- Clary P. Patient empowerment and motivational interviewing: Engaging patients to self-manager their own care. *Nephrology Nursing Journal*. 2009; 36(4): 410-412.
- 10- Bernier M, Avard J. Self-efficacy, outcome and attrition in a weight-reduction program. *Cogn Ther Res*. 1986; 10: 319-338.
- 11- Alhani F. Design and evaluation of the family-oriented prevention of iron deficiency anemia [PhD dissertation]. Tehran: Tarbiyat Modarres University, 2003. [In Persian]

- 12- Hatchett R, Thompson RT. Cardiac nursing a comprehensive guide. 2nd ed. Churchill Livingstone Elsevier: 2007; 517-518.
- 13- O' Donohue WT, Levensky E. Promoting treatment adherence: a practical handbook for health care providers. United Kingdom. 2006. pp.108-114.
- 14- Mora S, Cook N, Buring JE, Ridker PM, Lee IM. Physical activity and reduced risk of cardiovascular events: potential mediating mechanisms. *Circulation*. 2007; 116(19): 2110–18.
- 15- Aggarwal B, Liao M, Allegrate P, Mosca L. Low Social Support Level is Associated with Non-Adherence to Diet at 1 Year in the Family Intervention Trial for Heart Health (FIT Heart). *Journal of Nutrition Education and Behavior*. 2010; 42(6): 381-388.
- 16- Chan D, Lansdale C, Yung P. Patient motivation and adherence to post surgery rehabilitation exercise recommendation. *Journal of advance nursing*. 2009; 53(7): 1977-1978
- 17- Meetoo D, Gopaul H. Empowerment: giving power to people with diabetes. *Diabetes Primary Care*. 2005; 23(7): 657-663.
- 18- Areosty JM, Gersh BJ, Moynihan LK. Patient information: Recovery after coronary bypass graft surgery. 2008; 30(9): 330-338.
- 19- Musick K, Mare R. Recent trends in the inheritance of poverty and family structure. *American Journal of Medicine*. 2006; 35(7): 471-499.
- 20- Leong J, Molassiotis A, Marsh H. Adherence to health recommendation after a cardiac rehabilitation programme in post– myocardial infarction patients: the role of health belief, *Clinical Effectiveness in Nursing*. 2004. 8(22). 26-38.
- 21- Stafford L, Jackson H, Berk M. Illness beliefs about heart disease and adherence to secondary prevention regimes. *Psychosomatic medline*. 2008; 70(11): 942-948.

Effect of a Family-Centered Educational Program on Compliance of Patients Undergoing Coronary Bypass Graft Surgery

Sanaie N¹, Roohani M¹, Sepehri Nia M¹

¹MSc.Dept. of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

Corresponding Author: Dept. of Nursing, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

Email: nedasanaie@ymail.com

Background and Objectives: Heart disease a major cause of disability. Adherence improvement is considered as one of the most important tasks of nurses. This study was conducted to evaluate the effect of a family-centered educational program on adherence to an exercise program among patients undergoing coronary bypass surgery.

Material and Methods: In this clinical trial 112 patients were selected from the ICU open heart of an educational hospital. The patients who had undergone elective heart surgery and had no mental illness were randomly divided into two groups. A family-centered educational program was implemented in the experimental group patients. Patients in the control group received routine care. Data were gathered using a questionnaire including demographic and compliance of exercise program questions before and eight weeks after the intervention in both groups. Data were analyzed in the SPSS 18. Using Chi squared and t-test statistic tests.

Results: Data analysis revealed that there were no significant differences between the patients' compliance in both groups before the intervention ($P>0.05$). After the intervention, all dimensions of the compliance differed significantly between both groups ($P<0.001$).

Conclusion: The family-centered educational program was practically feasible for patients undergoing coronary artery bypass graft. It improved the compliance of exercise program in patients.

Key words: *family-center education, Coronary Artery Bypass Surgery, exercise program*

Please cite this article as follows:

Sanaie N, Roohani M, Sepehri nia M. Effect of a Family-Centered Educational Program on Compliance of Patients Undergoing Coronary Bypass Graft Surgery. Nursing and Midwifery Care Journal (NMCJ); 2012-2013; 2(2): 1-9.
