

تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر رفتارهای خود مراقبتی بر خودکارآمدی بیماران جراحی شده بای پس عروق کرونر

علیرضا رحمانی^۱، نجیبه بابایی امامزاده^{۲*}، معصومه همتی مسلک پاک^۳، یاسر مرادی^۴، بهنام عسکری^۵

تاریخ دریافت ۱۳۹۸/۰۶/۱۳ تاریخ پذیرش ۱۳۹۸/۰۹/۰۵

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: امروزه انجام مداخلاتی در راستای ارتقای خودکارآمدی بیماران جراحی شده پیوند بای پس عروق کرونر جهت انجام رفتارهای خود مراقبتی بیش‌ازپیش مورد توجه واقع شده است. مطالعه حاضر باهدف تعیین تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر رفتارهای خود مراقبتی بر خودکارآمدی بیماران جراحی شده بای پس عروق کرونر قلبی در بیمارستان سیدالشهدا ارومیه صورت پذیرفت.

مواد و روش کار: در این مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش-پس‌آزمون، ۵۶ نفر از بیماران جراحی شده پیوند بای پس عروق کرونر واجد شرایط ورود به مطالعه به روش تخصیص تصادفی به دو گروه ۲۸ نفری مداخله (آموزش مبتنی بر رفتارهای خود مراقبتی) و کنترل (مراقبت معمول) تقسیم شدند. در گروه مداخله، محقق طی هشت جلسه ۳۰ دقیقه‌ای با فواصل یک روز در میان به آموزش رفتارهای خودمراقبتی پرداخت و حین ترخیص نیز پمفلت آموزشی در اختیار آنان قرار داد. در گروه کنترل نیز مراقبت‌های معمول ارائه گردید. گردآوری داده‌ها با استفاده پرسشنامه دویبخشی مشخصات جمعیت شناختی و پرسشنامه خودکارآمدی بیماری‌های مزمن انجام گردید. داده‌ها با استفاده نسخه ۲۰ نرم‌افزار SPSS و آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (آزمون‌های کای دو؛ تی مستقل و تی زوجی) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمره خودکارآمدی قبل از اجرای مداخله آموزشی مبتنی بر رفتارهای خودمراقبتی در گروه مداخله $40/13 \pm 126/70$ و در گروه کنترل $10/33 \pm 120/88$ بود که از نظر آماری بین دو گروه اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد ($P=0/221$)؛ اما پس از اجرای مداخله، میانگین نمره خودکارآمدی در گروه مداخله ($42/49 \pm 175/07$) نسبت به گروه کنترل ($130/44 \pm 9/65$) به‌طور معنی‌داری افزایش یافت ($P<0/001$).

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های حاصل از مطالعه حاضر چنین نتیجه‌گیری می‌گردد که اجرای مداخله آموزشی مبتنی بر رفتارهای خودمراقبتی محور می‌تواند به بهبود خودکارآمدی بیماران جراحی شده پیوند بای پس عروق کرونر قلبی منجر گردد.

کلید واژگان: آموزش، رفتارهای خود مراقبتی، خودکارآمدی، جراحی بای پس عروق کرونر

مجله پرستاری و مامایی، دوره هفدهم، شماره ۱۰، پی‌دربی ۱۲۳، دی ماه ۱۳۹۸، ص ۸۴۹-۸۴۰

آدرس مکاتبه: ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، دانشکده پرستاری و مامایی، تلفن: ۰۴۴-۳۲۷۵۴۹۶۱

Email: alireza.rahmani.1960@gmail.com

مقدمه

کیفیت زندگی در بیماران انجام می‌شود (۲). امروزه استفاده از تکنیک جراحی قلب باز یکی از روش‌های مؤثر و با ارزش در درمان بیماری‌های قلبی و عروقی به شمار می‌رود (۳). بای پس عروق کرونر ۱ شایع‌ترین تکنیکی است که مورد استفاده قرار می‌گیرد (۴). ۶۰

هرسال بیش از ۲۰ هزار نفر در ایران تحت عمل جراحی قلب و قفسه سینه قرار می‌گیرند که شامل پیوند عروق کرونر، تعویض یا ترمیم دریچه یا ترمیم نقایص ساختمانی قلب است (۱). جراحی قلب و عروق از جراحی‌های متداول است که باهدف افزایش بقا و ارتقاء

۱ استادیار پرستاری، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه. ایران

۲ کارشناسی ارشد مراقبت‌های ویژه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه. ایران (نویسنده مسئول)

۳ دانشیار پرستاری، مرکز تحقیقات چاقی مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه. ایران

۴ استادیار پرستاری، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه. ایران

۵ دانشیار جراحی قلب و عروق، گروه جراحی عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه. ایران

یادگیری مهارت‌های خود مراقبتی با همکاری بیمار و تیم درمانی نیاز است (۱۳). بنابراین انجام مداخلاتی در جهت ترغیب و توانمندسازی بیماران جراحی شده پیوند بای پس عروق کرونر جهت انجام رفتارهای خود مراقبتی ضروری است. پژوهش حاضر باهدف تعیین تأثیر آموزش رفتارهای خود مراقبتی پس از جراحی بای پس عروق کرونر انجام شد.

مواد و روش کار

این مطالعه به روش نیمه تجربی بر روی دو گروه از بیماران جراحی شده بای پس عروق کرونر بستری در بیمارستان سیدالشهدای ارومیه انجام گردید. حجم نمونه با توجه به مطالعه اکبری و همکاران، با احتساب آلفای ۵ درصد و با دامنه اطمینان ۹۵ درصد و قدرت آزمون $(1-\beta)$ ۸۰ درصد به تعداد ۲۳ نفر در هر گروه محاسبه گردید، از طرف دیگر جهت مقابله با ریزش احتمالی شرکت‌کنندگان با اعمال ریزش ۲۰ درصدی، حجم نمونه به ۲۸ نفر در هر گروه (۵۶ نفر در مجموع) افزایش یافت. روش نمونه‌گیری در این مطالعه، در دسترس بود. بدین صورت که بیماران جراحی شده بای پس عروق کرونر بستری در مرکز تخصصی و فوق تخصصی قلب سیدالشهدا ارومیه که شرایط ورود به مطالعه را دارا بودند؛ وارد پژوهش شدند. به منظور یکنواخت شدن شرایط تحقیق برای دو گروه مداخله و کنترل از روش تخصیص تصادفی بر اساس جدول اعداد تصادفی استفاده گردید. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن ۴۰ تا ۷۰ سال، بیمارانی که برای اولین بار تحت عمل جراحی CABG قرار گرفته‌اند، نداشتن مشکل شناختی، معلولیت جسمی و تحصیلات پزشکی و یا مرتبط با آن و توانایی صحبت کردن به زبان فارسی یا آذری بود. همچنین معیارهای خروج از مطالعه شامل فوت بیمار، عدم تمایل به ادامه مطالعه از سوی بیمار و ایجاد مشکلات جسمی جدید در بیمار که توانایی‌اش را در مراقبت از خود از دست بدهد؛ بود.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل فرم مشخصات جمعیت شناختی و پرسشنامه خود کارآمدی بیماری‌های مزمن بود. پرسشنامه خود کارآمدی بیماری‌های مزمن که حاوی ۳۳ سؤال است که خودکارآمدی بیماران را در ۱۰ حیطه موردبررسی قرار می‌دهد. ۳ سؤال اول مربوط به ورزش منظم، سؤال ۴ مربوط به اطلاعات در زمینه بیماری، سؤال ۵ تا ۸ مربوط به تقاضای کمک از منابع در دسترس، خانواده و دوستان، سؤال ۹ تا ۱۱ مربوط به ارتباط با پزشک، سؤالات ۱۲ تا ۱۶ مربوط به اداره کردن بیماری، سؤالات ۱۷ تا ۱۹ مربوط به انجام فعالیت‌های معمول، سؤالات ۲۰ و ۲۱ مربوط به فعالیت‌های اجتماعی و تفریحی، سؤالات ۲۲ تا ۲۶ مربوط به

درصد از کل عمل‌های جراحی قلب باز در ایران، جراحی بای پس عروق کرونر است (۵).

در بیماران قلبی که عمل جراحی بای پس عروق کرونر را انجام داده‌اند، باور بر این که من می‌توانم و به خود اطمینان دارم ضعیف است و اغلب این بیماران احساس می‌کنند که بعد از عمل دیگر توانایی‌های قبلی خود را ندارند و باید خانه‌نشین شوند؛ به عبارت دیگر از خودکارآمدی پایینی برخوردار هستند (۶). بنابراین انجام اقداماتی در راستای ارتقای رفتارهای خود مراقبتی در آن‌ها ضروری است تا خودکارآمدی بالا در آنان نمود پیدا کند. یکی از بهترین روش‌های کمک به تسریع بهبود خودکارآمدی در این بیماران، استفاده از توانایی آنان برای خود مراقبتی است. خود مراقبتی به‌عنوان یک استراتژی جهت تطابق با رویدادها و تنش‌های زندگی تعریف می‌شود و مستقل بر فعالیت‌های ویژه‌ای است که به‌وسیله آن علائم بیماری تخفیف می‌یابد (۷).

در مطالعه اوماری^۱ و همکارانش اطلاعات لازم در زمینه مراقبت از زخم پا و قفسه سینه و مراقبت‌های بعد از جراحی بای پس عروق کرونر و عوارض دارویی و میزان فعالیت فیزیکی از مهم‌ترین نیازهای یادگیری بیماران بود و نتایج مطالعه نشان داد که رفع این نیازها می‌تواند منجر به افزایش رفتارهای خود مراقبتی گردد (۸). در تحقیق سیام و همکاران در مورد رفتارهای خود مراقبتی در بیماران قلبی پس از جراحی پیوند عروق کرونر در بیمارستان حشمت رشت حاکی از این بود که ۱۰ درصد موردهای مورد مطالعه، رفتارهای خود مراقبتی خوبی داشتند (۹). در مطالعه دیگری که توسط دیریک^۲ و همکاران انجام شده، توان خود مراقبتی بیماران پس از جراحی بای پس عروق کرونر در حد متوسط بود. اغلب مشکلاتی که بیماران پس از ترخیص تجربه کرده بودند، شامل نحوه مراقبت از زخم جراحی، درد، اختلال خواب، خستگی، بی‌اشتهایی و مشکلات اجتماعی بود. همچنین در مطالعه آنان مشخص گردید که ۸۱/۱ درصد از بیماران از اینکه چه اقدامی را باید در مواجهه با مشکلات ذکر شده انجام دهند، آگاه نبودند و لذا صبر می‌کردند تا بلکه مشکل خود به خود رفع شود (۱۰).

در مطالعه شفیع و همکاران (۱۳۹۵) میانگین نمره کلی خودکارآمدی در بیماران جراحی شده پیوند عروق کرونری در حد متوسط گزارش گردید (۱۱). همچنین در مطالعه روشن قیاس و همکاران نیز (۱۳۹۷)، میانگین نمره خودکارآمدی در این بیماران متوسط گزارش گردید (۱۲). هر دو مطالعه مذکور انجام مداخلات آموزشی مؤثر در راستای بهبود سطح دانش این بیماران را توصیه نموده‌اند. برای انجام تغییر رفتارهای سلامتی مانند خود مراقبتی به

² Direk F et al

¹ Omari F et al

به روش چهره به چهره آموزش داده شد. در ادامه در مورد رژیم غذایی، اصول مصرف دارو، مراقبت‌های لازم و عوارض مصرف داروها و احتیاطات دارویی، اهمیت ورزش و استعمال دخانیات، کنترل استرس و لزوم پیگیری آموزش‌های داده‌شده به روش چهره به چهره ارائه گردید. در نهایت در طی جلسه آخر نحوه شمارش تعداد ضربان قلب قبل از مصرف داروها، روش اندازه‌گیری فشارخون به روش عملی به بیماران و همراهان آنان آموزش و به سؤالات بیماران پاسخ داده شد.

در مورد گروه کنترل هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت و این گروه از بیماران مراقبت‌های روتین بخش را دریافت کردند. حین ترخیص برای گروه مداخله پمفلت آموزشی رفتارهای خود مراقبتی تحویل داده شد و همچنین شماره تماس محقق در اختیار افراد گروه مداخله قرار گرفت تا در صورت لزوم با محقق تماس گرفته و سؤالات خود را با محقق در طی این ۸ هفته در میان بگذارند. بعد از پایان پژوهش پمفلت آموزشی در اختیار بیماران گروه کنترل هم قرار گرفت.

پژوهشگر جهت در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی، رضایت‌نامه کتبی از واحدهای مورد پژوهش اخذ کرده و به آن‌ها اطمینان داد که اطلاعات به دست آمده محرمانه خواهد ماند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و روش‌های پارامتریک آمار استنباطی پس از تعیین نرمال بودن توزیع متغیرها به وسیله آزمون کولموگروف-اسمیرنوف (آزمون‌های کای دو، تی مستقل و زوجی)، توسط نسخه ۲۰ نرم‌افزار SPSS انجام گردید. سطح قضاوت برای معنی‌داری کمتر از 0/05 در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

نتایج آزمون آماری کای دو، آزمون روند و تی مستقل نشان داد که بین دو گروه کنترل و آزمون از نظر متغیرهای جمعیت شناختی اختلاف معنی‌داری وجود نداشت (جدول ۱ و ۲).

حیطه اداره کردن علائم و سؤال ۲۷ مربوط به حیطه اداره کردن تنگی نفس و ۶ سؤال آخر مربوط به حیطه کنترل و اداره افسردگی می‌باشد. پاسخ هر گویه بر روی یک طیف لیکرت ۱۰ گزینه‌ای است. دامنه نمرات از امتیاز یک برای گزینه «من مطمئن نیستم» تا امتیاز ده برای گزینه «کاملاً مطمئن هستم» متغیر می‌باشد. نمره بیشتر نشانگر خودکارآمدی بالاتر در نظر گرفته می‌شود. جهت تعیین روایی از مطالعه اکبری و همکاران (۱۳۹۳) استفاده گردید که ابتدا پرسشنامه به زبان فارسی ترجمه شده و سپس توسط دو فرد مسلط، به زبان انگلیسی برگردانده و مجدد از لحاظ محتوا با اصل پرسشنامه تطبیق داده شده بود. سپس در اختیار ۱۰ نفر از استادان دانشکده پرستاری و مامایی بیرجند قرار گرفته بود و به دلیل سطح بالای سؤالات، طبق نظر آنان برای هر سؤال مثالی ذکر گردید اما در اصل سؤالات تغییری ایجاد نشد (۱۱). جهت تعیین پایایی، پرسشنامه توسط ۱۰ نفر از افراد خارج از هر دو گروه تکمیل شد و این افراد ۲ هفته بعد مجدداً پرسشنامه را تکمیل کردند. پایایی با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۸۶ گزارش شد.

برنامه آموزش رفتارهای خود مراقبتی برای گروه مداخله پس از هماهنگی با مسئول بخش و در شیفت صبح کاری و بین ساعات ۱۱ تا ۱۲ که با ساعات ملاقات و راند بخش تداخل نداشت، به صورت آموزش چهره به چهره طی هشت جلسه ۳۰ دقیقه‌ای که فواصل بین جلسات یک روز در میان بود؛ از سوی خود پژوهشگر داخل اتاق خود بیماران به صورت انفرادی از روز دوم بعد عمل جراحی این بیماران شروع شد و تا روز ترخیص ادامه آنان یافت. منظور از برنامه آموزش خود مراقبتی در این پژوهش، یک برنامه مدون آموزشی به صورت ترکیبی از آموزش چهره به چهره و در اختیار قرار دادن پمفلت آموزشی حین ترخیص برای بیماران گروه مداخله بود. در مطالعه حاضر، پژوهشگر طی جلسات بعد از تکمیل پرسشنامه‌ها، ابتدا مطالبی درباره فیزیولوژی و آناتومی قلب، تعریف عمل جراحی قلب، علائم این بیماری، عوامل تشدیدکننده و تسکین‌دهنده این بیماری

جدول (۱): مقایسه مشخصات جمعیت شناختی کیفی واحدهای پژوهش در بین دو گروه کنترل و آزمون

متغیر	کنترل		مداخله	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
جنسیت	زن	۱۲ (۴۲/۸۶)	۱۳ (۴۶/۴۳)	$\chi^2=0/72$
	مرد	۱۶ (۵۷/۱۴)	۱۵ (۵۳/۵۷)	$P=0/788$
وضعیت تأهل	مجرد	۲ (۷/۱۴)	۱ (۳/۵۷)	$\chi^2=1/410$
	متأهل	۲۳ (۸۲/۱۴)	۲۵ (۸۹/۲۹)	$P=0/494$
	بیوه/مطلقه	۳ (۱۰/۷۲)	۲ (۷/۱۴)	

$\chi^2=0/982$ $P=0/322$	۲۷ (۹۶/۴۳)	۲۶ (۹۲/۸۶)	شخصی	نوع مسکن
	۱ (۳/۵۷)	۲ (۷/۱۴)	اجارهای	
$\chi^2=1/79$ $P=0/616$	۱۲ (۴۲/۸۶)	۱۱ (۳۹/۳۸)	ابتدایی	میزان تحصیلات
	۷ (۲۵)	۹ (۳۲/۱۴)	راهنمایی	
	۳ (۱۰/۷۲)	۵ (۱۷/۸۶)	متوسطه	
	۶ (۲۱/۴۲)	۳ (۱۰/۷۲)	دانشگاهی	
$\chi^2=4/819$ $P=0/186$	۲۲ (۷۸/۵۸)	۲۴ (۸۵/۷۱)	با خانواده	نحوه زندگی
	۴ (۱۴/۲۸)	۱ (۳/۵۷)	با همسر	
	۱ (۳/۵۷)	۲ (۷/۱۴)	با فرزند	
	۱ (۳/۵۷)	۱ (۳/۵۷)	تنها	
$\chi^2=3/11$ $P=0/211$	۴ (۱۴/۲۸)	۳ (۱۰/۷۲)	خوب	وضعیت اقتصادی
	۲۰ (۷۱/۴۲)	۲۳ (۸۲/۱۴)	متوسط	
	۴ (۱۴/۲۸)	۲ (۷/۱۴)	بد	
$\chi^2=2/757$ $P=0/252$	۱۹ (۶۷/۸۵)	۱۶ (۵۷/۱۴)	بهراحتی	دسترسی به مراکز درمانی
	۵ (۱۷/۸۶)	۱۰ (۳۵/۷۱)	کمی مشکل	
	۴ (۱۴/۲۸)	۲ (۷/۱۴)	بہسختی	
$\chi^2=3/625$ $P=0/418$	۱۴ (۵۰)	۱۷ (۶۰/۷۱)	فشارخون بالا	عوامل خطر
	۷ (۲۵)	۵ (۱۷/۸۶)	دیابت	
	۴ (۱۴/۲۸)	۲ (۷/۱۴)	سیگار	
	۳ (۱۰/۷۲)	۴ (۱۴/۲۸)	چاقی	

جدول (۲): مقایسه مشخصات جمعیت شناختی کمی واحدهای پژوهش در بین دو گروه کنترل و آزمون

نتیجه آزمون تی مستقل	گروه مداخله		متغیر
	میانگین و انحراف معیار	گروه کنترل	
$t=-1/782$ $P=0/08$	$55/74 \pm 10/02$	$59/79 \pm 6/43$	سن (سال)
$t=1/77$ $P=0/081$	$71/32 \pm 14/24$	$73/14 \pm 5/85$	وزن (کیلوگرم)
$t=-0/015$ $P=0/981$	$169/11 \pm 11/13$	$169/25 \pm 6/18$	قد (سانتی متر)
$t=1/98$ $P=0/06$	$27/30 \pm 3/95$	$25/58 \pm 2/34$	شاخص توده بدنی
$t=1/194$ $P=0/236$	$30/12 \pm 9/50$	$27/75 \pm 8/33$	کسر تخلیه

بر اساس جدول ۴، در بررسی درون گروهی هریک از گروه‌ها، اختلاف آماری معنی‌داری بین میانگین نمرات قبل و بعد خودکارآمدی و تمامی ابعاد آن به‌غیر از ابعاد "کمک از منابع در دسترس" و "ارتباط با پزشک" در گروه مداخله مشاهده گردید ($P < 0/001$). در گروه کنترل نیز اختلاف معنی‌دار آماری در بین میانگین نمرات قبل و بعد خودکارآمدی و بعد "آداره کردن علائم بیماری" مشاهده گردید.

با توجه به جدول ۳، قبل از اجرای مداخله، اختلاف آماری معنی‌داری بین میانگین نمرات خودکارآمدی و هیچ‌یک از ابعاد آن بین دو گروه مداخله و کنترل مشاهده نشد ($P > 0/05$). اما پس از اجرای مداخله به‌غیر از بعد ارتباط با پزشک ($P = 0/210$)، اختلاف آماری معنی‌داری در میانگین نمرات خودکارآمدی و تمامی ابعاد آن، بین دو گروه مداخله و کنترل مشاهده گردید ($P < 0/001$). همچنین

جدول (۳): مقایسه میانگین نمرات خودکارآمدی و ابعاد آن قبل و بعد از آموزش رفتارهای خود مراقبتی در بین دو گروه مداخله و کنترل

ابعاد خودکارآمدی	میانگین و انحراف معیار		تی مستقل	میانگین و انحراف معیار		تی مستقل
	گروه مداخله	گروه کنترل		گروه مداخله	گروه کنترل	
ورزش منظم	۶/۵۹ ± ۲/۷۷	۶/۶۲ ± ۲/۱	t = -۰/۰۵۳ P = ۰/۹۵۷	۱۴/۵۹ ± ۷/۷۹	۷/۲۵ ± ۲/۷۵	t = ۴/۶۶۱ P < ۰/۰۰۱
اطلاعات در زمینه بیماری	۱/۶۷ ± ۰/۸۶	۱/۶۶ ± ۰/۶۲	t = -۰/۵۰۹ P = ۰/۹۵۴	۴/۵۸ ± ۲/۶۳	۱/۸۱ ± ۱/۰۱	t = ۳/۵۳۶ P < ۰/۰۰۱
کمک از منابع در دسترس	۲۱/۹۶ ± ۱۷/۸۹	۲۰/۷۴ ± ۷/۸۹	t = ۰/۳۲۶ P = ۰/۷۴۶	۲۴/۳۲ ± ۶/۷۸	۱۹/۰۸ ± ۳/۶۰	t = ۳/۵۶۳ P < ۰/۰۰۱
ارتباط با پزشک	۹/۴۲ ± ۵/۵۲	۷/۹۶ ± ۲/۷۶	t = ۱/۲۳ P = ۰/۲۲۱	۹/۷۶ ± ۵/۶۱	۸/۱۸ ± ۲/۴۶	t = ۱/۲۶۸ P = ۰/۲۱۰
اداره کردن بیماری	۱۷/۶۷ ± ۷/۱۱	۱۷ ± ۴/۱۳	t = ۰/۴۳۰ P = ۰/۶۶۹	۲۳ ± ۶/۱۲	۱۸/۲۲ ± ۴/۴۰	t = ۳/۳۱۱ P < ۰/۰۰۲
انجام فعالیت‌های معمول	۱۴/۵۳ ± ۳/۶۴	۱۴/۵۹ ± ۲/۲۰	t = -۰/۰۷۱ P = ۰/۹۹۴	۱۹/۰۳ ± ۴/۲۶	۱۴/۹۶ ± ۱/۹۱	t = ۴/۵۴۱ P < ۰/۰۰۱
فعالیت‌های اجتماعی و تفریحی	۱۰/۷۵ ± ۲/۱۳	۱۰/۲۵ ± ۲/۱۹	t = ۰/۸۴۰ P = ۰/۴۰۴	۱۳/۴۲ ± ۳/۴۴	۱۰/۷۴ ± ۲/۳۱	t = ۳/۳۸۲ P < ۰/۰۰۱
اداره کردن علائم	۱۹/۶۰ ± ۷/۷۸	۱۹/۸۸ ± ۳/۳۶	t = -۱/۷۳۱ P = ۰/۸۶۳	۲۵/۸۵ ± ۵/۹۶	۲۰/۹۲ ± ۳/۲۶	t = ۳/۷۸۱ P < ۰/۰۰۱
اداره کردن تنگی نفس	۴/۱۰ ± ۱/۷۷	۴/۰۳ ± ۱/۶۵	t = ۰/۱۷۳ P = ۰/۸۶۳	۵/۷۱ ± ۱/۳۸	۴/۴۴ ± ۱/۰۵	t = ۳/۸۲۳ P < ۰/۰۰۱
کنترل و اداره افسردگی	۲۷/۶۴ ± ۱۱/۹۸	۲۴/۵۱ ± ۶/۰۴	t = ۱/۲۱۳ P = ۰/۲۳۰	۳۵/۷۱ ± ۸/۱۲	۲۴/۸۸ ± ۶/۶۱	t = ۵/۴۱۴ P < ۰/۰۰۱
نمره نهایی	۱۲۶/۷۰ ± ۴۰/۱۳	۱۲۰/۸۸ ± ۱۰/۳۳	t = ۱/۲۳۱ P = ۰/۲۲۱	۱۷۵/۰۷ ± ۴۲/۴۹	۱۳۰/۴۴ ± ۹/۶۵	t = ۵/۲۶۳ P < ۰/۰۰۱

جدول (۴): مقایسه میانگین نمرات خودکارآمدی و ابعاد آن قبل و بعد از آموزش رفتارهای خود مراقبتی در درون دو گروه مداخله و کنترل

ابعاد خودکارآمدی	میانگین و انحراف معیار		تی زوجی	میانگین و انحراف معیار		تی زوجی
	قبل از مداخله	بعد از مداخله		قبل از مداخله	بعد از مداخله	
ورزش منظم	۶/۵۹ ± ۲/۷۷	۶/۶۲ ± ۲/۱	t = -۶/۴۸۶ P < ۰/۰۰۱	۱۴/۵۹ ± ۷/۷۹	۷/۲۵ ± ۲/۷۵	t = -۱/۷۵۶ P = ۰/۰۹۱
اطلاعات در زمینه بیماری	۱/۶۷ ± ۰/۸۶	۱/۶۶ ± ۰/۶۲	t = -۷/۰۵۱ P < ۰/۰۰۱	۴/۵۸ ± ۲/۶۳	۱/۸۱ ± ۱/۰۱	t = -۰/۸۴۸ P = ۰/۴۰۴
کمک از منابع در دسترس	۲۱/۹۶ ± ۱۷/۸۹	۲۰/۷۴ ± ۷/۸۹	t = -۰/۸۰۶ P = ۰/۴۲۷	۲۴/۳۲ ± ۶/۷۸	۱۹/۰۸ ± ۳/۶۰	t = ۱/۲۵۵ P = ۰/۲۲۱
ارتباط با پزشک	۹/۴۲ ± ۵/۵۲	۷/۹۶ ± ۲/۷۶	t = -۱/۰۷۰ P = ۰/۲۹۴	۹/۷۶ ± ۵/۶۱	۸/۱۸ ± ۲/۴۶	t = -۱/۰۳۰ P = ۰/۳۱۲
اداره کردن بیماری	۱۷/۶۷ ± ۷/۱۱	۱۷ ± ۴/۱۳	t = -۷/۳۷۰ P < ۰/۰۰۱	۲۳ ± ۶/۱۲	۱۸/۲۲ ± ۴/۴۰	t = -۱/۹۷ P = ۰/۰۵۹
انجام فعالیت‌های معمول	۱۴/۵۳ ± ۳/۶۴	۱۴/۵۹ ± ۲/۲۰	t = -۸/۰۷۱ P < ۰/۰۰۱	۱۹/۰۳ ± ۴/۲۶	۱۴/۹۶ ± ۱/۹۱	t = -۱/۹۷۶ P < ۰/۰۰۱

P=۰/۲۷۸			P<۰/۰۰۱			
t=-۱/۷۲۴	۱۰/۷۴ ± ۲/۳۱	۱۰/۲۵ ± ۲/۱۹	t=-۶/۵۰۷	۱۳/۴۲ ± ۳/۴۴	۱۰/۷۵ ± ۲/۱۳	فعالیت‌های اجتماعی و تفریحی
P=۰/۰۹۷			P<۰/۰۰۱			
t=-۲/۷۰۸	۲۰/۹۲ ± ۳/۲۶	۱۹/۸۸ ± ۳/۳۶	t=-۷/۴۰۰	۲۵/۸۵ ± ۵/۹۶	۱۹/۶۰ ± ۷/۷۸	اداره کردن علائم
P=۰/۰۱۲			P<۰/۰۰۱			
t=-۱/۸۳۷	۴/۴۴ ± ۱/۰۵	۴/۰۳ ± ۱/۶۵	t=-۴/۹۸۲	۵/۷۱ ± ۱/۳۸	۴/۱۰ ± ۱/۷۷	اداره کردن تنگی نفس
P=۰/۰۷۸			P<۰/۰۰۱			
t=-۰/۵۰۶	۲۴/۸۸ ± ۶/۶۱	۲۴/۵۱ ± ۶/۰۴	t=-۵/۰۶۰	۳۵/۷۱ ± ۸/۱۲	۲۷/۶۴ ± ۱۱/۹۸	کنترل و اداره افسردگی
P=۰/۶۱۷			P<۰/۰۰۱			
t=-۶/۱۱۱	۱۳۰/۴۴ ± ۹/۶۵	۱۲۰/۸۸ ± ۱۰/۳۳	t=-۱۹/۶۴۹	۱۷۵/۰۷ ± ۴۲/۴۹	۱۲۶/۷۰ ± ۴۰/۱۳	نمره نهایی
P=۰/۰۰۱			P<۰/۰۰۱			

بحث

فردریکز^۱ (۲۰۰۹)، در مطالعه خود با تأکید بر لزوم افزایش سطح آگاهی و دانش بیماران تحت جراحی پیوند بای پس عروق کرونر، ترغیب آنان را برای انجام رفتارهای خود مراقبتی با غنی سازی مداخلات آموزشی عامل مهمی در توانمندسازی این بیماران بیان نمود (۱۹). راشتون^۲ (۲۰۱۷)، یک رویکرد آموزشی غنی و مناسب در این بیماران را به کارگیری برنامه‌های آموزشی فرد محور باهدف بهبود رفتارهای خود مراقبتی در طی دوران بستری و بعد از ترخیص می‌داند (۲۰). بنابراین آموزش خود مراقبتی ابزار ارزشمندی برای پرستاران در مراکز درمانی می‌باشد و ارزیابی خودکارآمدی بیماران توسط پرستاران و ارتقای آن می‌تواند سبب افزایش انگیزه بیماران در امر مراقبت از خود و در نهایت بهبود سطح خودکارآمدی بیماران گردد (۲۱).

در مطالعه حاضر پس از اجرای مداخله آموزشی مبتنی بر رفتارهای خود مراقبتی به‌غیر از بعد ارتباط با پزشک، اختلاف آماری معنی‌داری در میانگین نمرات نهایی خودکارآمدی و تمامی ابعاد آن در بین دو گروه مداخله و کنترل مشاهده گردید، که حاکی از اثرگذاری و تأثیر مثبت مداخله آموزشی مبتنی بر رفتارهای خود مراقبتی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل بود. نتایج به‌دست‌آمده از مطالعه حاضر با نتایج مطالعات سپکی و همکاران^۳ (۲۲)، کور و همکاران^۴ (۲۳)، و تونا و همکاران^۵ (۲۴) همخوانی دارد. در مطالعات مذکور برنامه‌های آموزشی توانسته بود تأثیر مثبتی بر عملکرد بیماران، کاهش مشکلات آنان پس از جراحی قلب و افزایش توانایی خود مراقبتی و خودکارآمدی بیماران داشته باشد. همچنین نتایج کسب شده از مطالعه سول و همکاران^۶ (۲۰۱۱) نیز نشان داد که اجرای مداخلات آموزشی می‌تواند منجر به افزایش خودکارآمدی بیماران قلبی عروقی در انجام فعالیت بدنی، رعایت رژیم غذایی و

این مطالعه باهدف تعیین تأثیر آموزش رفتارهای خود مراقبتی پس از جراحی بای پس عروق کرونر انجام شد. نتایج نشان داد که در مقایسه میانگین نمرات خودکارآمدی و ابعاد آن بین دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از آموزش رفتارهای خود مراقبتی در بیماران جراحی‌شده پیوند بای پس عروق کرونر قلبی بر اساس آزمون تی مستقل برای گروه‌ها، اختلاف آماری معناداری در پیش‌آزمون بین دو گروه در میانگین نمرات خودکارآمدی و ابعاد آن مشاهده نگردید ($P > 0.05$).

نتایج مطالعات نشان داده‌اند که تنش‌های ناشی از جراحی پیوند عروق کرونر و اضطراب و افسردگی ناشی از آن می‌تواند خودکارآمدی افراد را در انجام امور روزانه تحت تأثیر قرار دهد (۱۴-۱۶). در مطالعه پارسا مهر و همکاران مشخص گردید که بیماران پس از جراحی بای پس عروق کرونر درجات متفاوتی از اضطراب و افسردگی را تجربه می‌کنند (۱۵).

بیماران افسرده تمایل کمتری به رعایت برنامه‌های مربوط به رژیم غذایی، ورزش، کاهش استرس و افزایش حمایت‌های اجتماعی به دلیل عدم اطمینان به توانمندی‌های خود دارند. بنابراین افسردگی با کاهش خودکارآمدی بیمار برای انجام منظم یک رفتار خاص، میل به انجام رفتار، تداوم و پیگیری آن رفتار را طی زمان کاهش می‌دهد (۱۵، ۱۷، ۱۸). همچنین بیماران با علائم افسردگی از سبک‌های مقابله‌ای خوش‌بینانه و حمایت‌جویانه کمتر استفاده می‌کنند. افراد با چنین دیدگاهی از تلاش به‌منظور دریافت کمک و حمایت دیگران امتناع می‌ورزند. نتیجه این امر نیز اختلال در رفتارهای خود مراقبتی بیمار و کاهش انگیزه وی برای تبعیت از رژیم‌درمانی و احتمال افزایش عود بیماری است (۱۵، ۱۸).

⁴ Kaur & et al

⁵ Tuna & et al

⁶ Soul & et al

¹ Fredericks

² Rushton

³ Cebeci & et al

ناشی از برخی متغیرهای غیرقابل کنترل از قبیل کسب تجربه از طریق سایرین بر روی نتایج مطالعه در طول انجام پژوهش باشد. از محدودیت‌های این مطالعه، استفاده از ابزار خودگزارش‌دهی بود. بر اساس مطالعات روش خودگزارش‌دهی همیشه روش قابل اعتمادی برای بررسی موضوعات مورد نظر نیست و ممکن است برخی از بیماران جنبه‌هایی از واقعیت را جور دیگر گزارش نمایند که این موضوع با برقراری ارتباط مناسب با بیمار و اطمینان دادن به وی در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات در نزد پژوهشگر تا حدودی کنترل گردید.

نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که با اجرای آموزش مبتنی بر رفتارهای خود مراقبتی تفاوت معنی‌داری در ارتقاء خودکارآمدی ایجاد شده است و اجرای این مداخله با بهبود خودکارآمدی بیماران جراحی‌شده پیوند بای‌پس عروق کرونر قلبی همراه است. یکی از نقش‌های کلیدی پرستاران در برخورد با بیماران جراحی‌شده بای‌پس عروق کرونر قلبی، دادن آموزش به بیماران در جهت ترغیب به شرکت در برنامه‌های درمانی - مراقبتی و درک از توانمندی‌های خود به‌عنوان مهم‌ترین عامل تأثیرگذار بر روند سلامتی است. یافته‌های به‌دست‌آمده از این پژوهش، می‌تواند اطلاعاتی را برای پرستاران مهیا کند؛ تا با آگاهی از تأثیر آموزش خود مراقبتی بر انجام رفتارهای خود مراقبتی در بیماران جراحی‌شده بای‌پس عروق کرونر قلبی، بتوانند مؤثرترین اقدامات پرستاری را با حمایت، ترویج، توسعه و تقویت توانایی‌های خود فرد در راستای افزایش خودکارآمدی، کیفیت زندگی، کاهش مرگ‌ومیر و کاهش هزینه‌های مراقبت سلامت در این بیماران بکار بگیرند.

تشکر و قدردانی

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه و دارای مجوز از کمیته اخلاق با شماره ir.umsu.rec.1396.121 از معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی ارومیه است. بدین‌وسیله نویسندگان مقاله از همکاری معاونت محترم تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، تمام بیماران و خانواده‌های آنان که علیرغم مشکلات موجود و ناتوانی‌های خاص، صادقانه همکاری لازم را در طول این پژوهش داشتند و همچنین کارکنان محترم بیمارستان سیدالشهدا ارومیه تشکر و سپاس‌گزاری می‌نمایند.

کاهش وزن شود (۲۵). با توجه به نقش گسترده‌ای که پرستاران در امر مراقبت از بیماران تحت جراحی قلبی دارند؛ می‌توانند با بهره‌گیری از رویکردهای مداخله‌ای مناسب، سطح آگاهی و انگیزه این بیماران را در امر مراقبت از خود ارتقا بخشیده و آنان را با تکیه بر توانایی‌های خود به قبول مسئولیت مراقبت از خودشان در فرآیند تغییر رفتارهای خود مراقبتی تشویق نمایند.

نکته تأمل‌برانگیز در مطالعه حاضر عدم مشاهده اختلاف آماری معنی‌دار در بعد ارتباط با پزشک پس از اجرای آموزش رفتارهای خود مراقبتی در بین دو گروه مداخله و کنترل بود. ممکن است یکی از دلایل آن مربوط به سبک و نوع مدل‌های ارتباطی پزشکان در برخورد با بیماران (بیمار محور، پزشک محور، بیماری محور) باشد (۲۶).

در مقایسه میانگین نمرات خودکارآمدی و ابعاد آن درون دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از آموزش رفتارهای خود مراقبتی در بیماران جراحی‌شده پیوند بای‌پس عروق کرونر قلبی بر اساس آزمون تی زوجی، تفاضل میانگین نمرات نهایی خودکارآمدی پس‌آزمون با پیش‌آزمون در گروه مداخله نشان‌دهنده وجود اختلاف معنادار آماری در میانگین نمرات قبل و بعد در مقایسه درون‌گروهی در گروه مداخله بود ($P \leq 0/0001$). یافته‌های حاصل از مطالعه حاضر با نتایج به‌دست‌آمده از مطالعه نادری پور و همکاران (۱۳۹۳) همخوانی ندارد؛ چراکه در مطالعه آنان بین نتایج قبل و بعد از اجرای آموزش خود مدیریتی بیماری‌های مزمن در بیماران تحت جراحی پیوند بای‌پس عروق کرونر تفاوت آماری معنی‌داری در میانگین نمرات خودکارآمدی نمونه‌های پژوهش مشاهده نشد (۲۷). لازم به توضیح است که پژوهش حاضر از منظر روش‌شناختی و ابزار مورد استفاده متفاوت از مطالعه نادری پور و همکاران بود.

همچنین در بررسی میانگین نمرات ابعاد خودکارآمدی، تفاوت آماری معنی‌داری در ابعاد خودکارآمدی به‌غیراز دو بعد "کمک از منابع در دسترس" و "ارتباط با پزشک" بین میانگین نمرات قبل و بعد گروه مداخله مشاهده گردید. در رابطه با بعد "کمک از منابع در دسترس" درست است که اختلاف آماری معنی‌داری بین نتایج قبل و بعد در گروه مداخله مشاهده نشد اما میانگین نمره آن در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافته بود که نشان از بهبود خودکارآمدی بیماران در این بعد از خودکارآمدی بود.

در مطالعه حاضر در گروه کنترل نیز بین میانگین نمرات نهایی قبل و بعد خودکارآمدی و همچنین، بعد "آداره کردن علائم بیماری" تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده گردید. باوجوداینکه این افزایش در مقایسه با گروه مداخله بسیار پایین بود؛ اما علت این امر ممکن است

1. Hatami MM, Oshvandi K, Molavi Vardanjani M, Mohamadi Y, Shamas A. The Effect of Cold

References:

- Compresses on the Comfort of the Patients During Chest Drainage Tube Removal After Cardiac Surgery: a Randomized Clinical Trial. *Avicenna J Nurs Midwifery care* 2018;26(1):57-62. (Persian)
2. Moreira JMA, Grilo EN. Quality of life after coronary artery bypass graft surgery-results of cardiac rehabilitation programme. *J Exerc Rehabil* 2019;15(5):715.
 3. McGrath BM, Norris CM, Hardwicke-Brown E, Welsh RC, Baaney KR. Quality of life following coronary artery bypass graft surgery vs. percutaneous coronary intervention in diabetics with multivessel disease: a five-year registry study. *European Heart Journal-Quality of Care and Clinical Outcomes* 2017;3(3):216-23.
 4. Brilakis ES, O'Donnell CI, Penny W, Armstrong EJ, Tsai T, Maddox TM, et al. Percutaneous coronary intervention in native coronary arteries versus bypass grafts in patients with prior coronary artery bypass graft surgery: insights from the veterans affairs clinical assessment, reporting, and tracking program. *JACC Cardiovasc Interv* 2016;9(9):884-93.
 5. Mojahed A, Bazi M, Azadi Ahmadabadi C, Abbasi Mendi A, Shahraki N. Comparisons of patients' quality of life before and after coronary artery bypass graft surgery in Ali Ibn Abi Talib Hospital in Zahedan in 2016. *Razi J Med Sci* 2018;25(168):1-9. (Persian)
 6. Heshmati R. Structural Relationships among Functional Status, Health Beliefs and BMI in Patients with CAD: The Mediator Role of Cardiac Self-Efficacy. *Journal of Health and Care* 2016;18(3):191-206. (Persian)
 7. González B, Lupón J, Parajón T, Urrutia A, Herreros J, Valle V. Use of the European Heart Failure Self-care Behaviour Scale (EHFScBS) in a heart failure unit in Spain. *Rev Esp Cardiol* 2006;59(02):166-70.
 8. Omari F, Al - Zaru I, AL - Yousef RH. Perceived learning needs of Syrian patients postcoronary artery bypass graft surgery. *J Clin Nurs* 2014;23(11-12):1708-17.
 9. Seyam S, Hiedarnia AR, Tavafian SS. Self- Caring Behaviors among Cardiac Patients after Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *J Guilan Univ Med Sci* 2011;20(79):31-9. (Persian)
 10. Direk F, Celik SS, Lefkoşa K. Postoperative problems experienced by patients undergoing coronary artery bypass graft surgery and their self-care ability after discharge. *Turkish Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery* 2012;20(3):530-5.
 11. Shafiei Z, Babae S. Relationship between Mood and Self-Efficacy in Coronary Artery Bypass Graft Surgery Hospitalized in Isfahan Chamran Hospital in 2011. *Nursing Journal of the Vulnerable* 2016;3(6):48-57. (Persian)
 12. RoshanGhias M, Sahebalzamani M, Farahani H, Adhami Moghadam P. Relationship between quality of life and self-efficacy in patients under coronary artery bypasses grafting surgery confined to bed in Social Security Organization Hospitals of Tehran. *Medical Sciences* 2018;28(1):66-73.
 13. Baljani E, Salimi S, Rahimi J, Amanpour E, Parkhashjou M, Sharifnejad A, et al. The effect of education on promoting self efficacy in patients with cardiovascular disease. *J Kermanshah Univ Med Sci* 2012;16(3):227-35. (Persian)
 14. Chaudhury S, Saini R, Bakhla AK, Singh J. Depression and Anxiety following Coronary Artery Bypass Graft: Current Indian Scenario. *Cardiol Res Pract* 2016;2016:2345184.
 15. Parsamehr M, Afshani A, Nikoo F. Relationship between Anxiety and Depression with Quality of Life after Coronary Artery Bypass Graft. *Iran Journal of Nursing* 2015;28(93):106-17. (Persian)
 16. Ravven S, Bader C, Azar A, Rudolph JL. Depressive symptoms after CABG surgery: a meta-analysis. *Harv Rev Psychiatry* 2013;21(2):59-69.
 17. Kav S, Yilmaz AA, Bulut Y, Dogan N. Self-efficacy, depression and self-care activities of people with type 2 diabetes in Turkey. *Collegian* 2017;24(1):27-35.
 18. Wu SF, Huang YC, Lee MC, Wang TJ, Tung HH, Wu MP. Self-efficacy, self-care behavior, anxiety, and

- depression in Taiwanese with type 2 diabetes: A cross-sectional survey. *Nurs Health Sci* 2013;15(2):213-9.
19. Fredericks S. Timing for delivering individualized patient education intervention to coronary artery bypass graft patients: An RCT. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2009;8(2):144-50.
 20. Rushton M, Howarth M, Grant MJ, Astin F. Person-centred discharge education following coronary artery bypass graft: A critical review. *J Clin Nurs* 2017;26(23-24):5206-15.
 21. Omidi A, Kazemi N, Khatiban M, Karami m. Effect of self-care education on self-efficacy in patients with chronic obstructive pulmonary disease in the Educational and Medical Centers of Hamadan University of Medical Sciences. *Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty* 2015;23(2):74-84. (Persian)
 22. Cebeci F, Çelik SŞ. Discharge training and counselling increase self-care ability and reduce postdischarge problems in CABG patients. *J Clin Nurs* 2008;17(3):412-20.
 23. Kaur N, Verma P, Singh RS. Effectiveness of planned pre-operative teaching on self-care activities for patients undergoing cardiac surgery. *Nurs J India* 2007;98(6):131-2.
 24. Tuna Z, Çelik SŞ. Discharge training and counseling: Functional autonomy and post-discharge problems of elderly patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *Turkish Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery* 2014;22(3):570-6.
 25. Sol BG, van der Graaf Y, Brouwer B, Hickox SM, Visseren FL. The effect of a self-management intervention to reduce vascular risk factors in patients with manifestations of vascular diseases. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2010;9(2):132-9.
 26. Asemani O. A review of the models of physician-patient relationship and its challenges. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2012;5(4):36-50. (Persian)
 27. Naderipour A, Ashtarian H, Miri J, Hashemian Ah, Heydarpour B, Saeidi M, et al. The effectiveness of chronic disease self-management program on self-efficacy in patients undergoing CABG surgery. *Journal of Clinical Research in Paramedical Sciences* 2015;3(4):271-8. (Persian)

THE EFFECT OF IMPLEMENTING EDUCATIONAL INTERVENTION BASED ON SELF-CARE BEHAVIORS ON SELF-EFFICACY OF PATIENTS UNDERGOING CORONARY ARTERY BYPASS GRAFT SURGERY IN SEYYED-AL-SHOHADA HOSPITAL IN URMIA: 2018-2019

Alireza Rahmani¹, Najibeh Babaei Emamzadeh^{*†}, Masoumeh Hemmati Maslak Pak[†], Yaser Moradi⁴, Behnam Askari⁵

Received: 04 Sep, 2019; Accepted: 27 Nov, 2019

Abstract

Background & Aims: Nowadays, implementing the interventions to improve self-care behaviors of coronary artery bypass graft surgery patients is considered more than ever. The aim of this study was to determine the effect of implementing educational intervention based on self-care behaviors on self-efficacy in coronary artery bypass graft surgery patients in Seyyed-Al-Shohada Hospital in Urmia.

Materials & Methods: In this semi-experimental study, 56 patients undergoing coronary artery bypass graft surgery who were eligible for inclusion in the study, were randomly divided into two groups: educational intervention (based on self-care behaviors, n=28) and control (routine care, n=28). The researcher taught self-care behaviors during eight sessions of 30 minutes every other day, and provided an educational pamphlet during discharge for them. The control group only received the routine care. Data collection tools included the Demographic characteristics and Chronic Disease Self-Efficacy Scale. The data were analyzed using SPSS v. 20. The chi-square, independent t, and paired t-test were utilized.

Results: The mean score of self-efficacy before implementing educational intervention based on self-care behaviors was 126.70 ± 40.13 and 120.88 ± 10.33 in the intervention group and control group, respectively, and no statistically significant differences were observed between the two groups ($p=0.221$). But after implementing educational intervention based on self-care behaviors, the mean score of self-efficacy in the intervention group ($175/07 \pm 42/49$) was significantly higher than the control group ($130/44 \pm 9/65$), ($p<0.001$).

Conclusion: According to the findings of this study, implementing educational intervention based on self-care behaviors can help improve the self-efficacy of patients undergoing coronary artery bypass graft surgery.

Keywords: Education, Self-care behaviors, Self-efficacy, Coronary Artery Bypass Graft

Address: School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

Tel: +984432754961

Email: alireza.rahmani.1960@gmail.com

¹ Assistant Professor of Nursing, Patient Safety Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

² MSc in Critical Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran. (Corresponding Author)

³ Associate Professor of Nursing, Maternal and Childhood Obesity Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁴ Assistant Professor of Nursing, Patient Safety Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁵ Associate Professor of Cardiovascular Surgery, Department of General Surgery, School of Medicine, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran