

تأثیر آموزش خود مدیریتی مبتنی بر پذیرش درد بر شدت درد بیماران تحت جراحی بای پس عروق کرونر

سینا شکورزاده^۱، توران تیزفهم^{۲*}، کمال خادم وطنی^۳

تاریخ دریافت ۱۳۹۹/۰۶/۰۷ تاریخ پذیرش ۱۳۹۹/۰۹/۰۹

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: برنامه آموزش خود مدیریتی برای کنترل درد بیماران قلبی پیامدهای مثبت برای بیماران و نظام سلامت دارد و این در حالی است که این بیماران پس از جراحی پیوند عروق کرونر، خود مدیریتی را به صورت تجربی و بدون دریافت آموزش‌های لازم دریافت و اجرا می‌کنند. هدف این مطالعه تعیین تأثیر آموزش خود مدیریتی مبتنی بر پذیرش بر شدت درد بیماران تحت جراحی بای پس عروق کرونر بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی است که بر روی ۶۰ بیمار کاندید عمل جراحی بای پس شریان کرونری انجام شد. نمونه‌ها به صورت تصادفی به دو گروه کنترل و مداخله تقسیم شدند. تمام بیماران قبل از عمل جراحی آموزش‌های خود مدیریتی مبتنی بر پذیرش درد دریافت کردند و در روز ترخیص مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند. گروه کنترل مراقبت روتین دریافت کرده‌اند. ابزار گردآوری داده، شامل اطلاعات دموگرافیک و مقیاس سنجش درد دیداری بود. آنالیز داده‌ها با استفاده از آزمون تی گروه‌های زوج و مستقل با کمک نرم‌افزار spss در سطح معنی‌داری $p < 0/05$ انجام گردید.

یافته‌ها: آزمون تی گروه‌های مستقل نشان داد که اختلاف امتیازات درد بعد از عمل بیماران تحت عمل جراحی بای پس عروق کرونر قبل از مداخله بین گروه کنترل و مداخله معنی‌داری نبود ($t = -0/678$ و $p = 0/50$). در حالی که امتیازات درد بعد از عمل بیماران تحت عمل جراحی بای پس عروق کرونر بعد از مداخله بین گروه کنترل و مداخله دارای اختلاف معنی‌داری بود ($t = 2/28$ و $p = 0/02$).

بحث و نتیجه‌گیری: جنبه‌های روانی مداخلات پذیرش درد به عنوان مکمل آموزش‌های خود مدیریتی می‌تواند سازگاری بیمار با شرایط جدید دردناک و به دنبال آن تغییرات رفتاری مورد نظر کارکنان درمانی را تسریع نماید.

واژه‌های کلیدی: بیمار قلبی، درد، خود مدیریتی، پذیرش، عمل جراحی بای پس قلبی

مجله پرستاری و مامایی، دوره هجدهم، شماره دهم، پی‌درپی ۱۳۵، دی ۱۳۹۹، ص ۸۱۲-۸۰۶

آدرس مکاتبه: ارومیه، بیمارستان سیدالشهدا، تلفن: ۰۹۰۱۳۸۲۵۶۰۳

Email: ss.17.sina@gmail.com

مقدمه

خود مدیریتی در بیماری‌های مزمن نظیر بیماری‌های قلبی، یک جزء مهم مراقبت محسوب شده و کاهش میزان بستری مجدد و عوارض مربوطه را به همراه دارد که نتیجه نهایی آن بهبود سلامتی و کیفیت بهتر زندگی است (۳). در این زمینه، بسیاری از بیماران بعد از عمل جراحی عروق کرونر قلب، از طریق به کارگیری دستورات پزشکی و شرکت در برنامه‌های توصیه شده نظیر توان بخشی قلبی، در جهت تسکین درد خود، مقاومت در مقابل بیماری و ارتقاء عملکردهای فیزیکی تلاش می‌کنند (۴).

بر اساس بررسی‌های انجام گرفته، تمرکز بسیاری از مقالات در این زمینه، بر پیگیری دستورات تجویز شده بیماران بوده و به

تمام بیماران که تحت عمل جراحی قلب قرار می‌گیرند درجات مختلفی از درد را تجربه می‌کنند (۱). درد حاد کنترل نشده موجب عوارضی مانند در بستر ماندن بیشتر، افزایش طول بستری و خطر درد مزمن می‌شود. بیماران پس از جراحی قلب تا شش روز پس از آن از درد شدید رنج می‌برند. بیمارانی که درد را غیرقابل تحمل تصور می‌کنند، ممکن است بسیار حساس شده و از حرکت اجتناب کنند، که عدم تحرک امکان ایجاد عوارض پس از عمل و درد پایدار را به همراه دارد (۲).

۱ کارشناسی ارشد، پرستاری داخلی-جراحی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه

۲ مربی، کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه (نویسنده مسئول)

۳ استاد، متخصص کاردیولوژی فلوشیپ اکوکاردیوگرافی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

باور بر این است که اگرچه مداخلات روان‌شناختی نمی‌تواند روی عوامل زیستی درد به‌طور مستقیم مؤثر واقع شود اما با تأثیر بر عوامل روانی مانند عواطف، انتظارات و نحوه نگرش بیماران نسبت به درد مزمن، وضعیت آنان را بهبود می‌بخشد (۱۰). درمان‌های مبتنی بر تعهد و پذیرش، با تغییر نحوه تفکر افراد قادرند تا سطح امیدواری، باورهای خودکارآمدی و توان مقاومت در برابر مشکلات و بیماری‌ها را افزایش دهند و از این طریق موجب ارتقا کیفیت زندگی افراد بیمار شوند (۱۱).

مرور متون علمی توسط محقق بیانگر این است که اثرات مداخلات خودمدیریتی در درمان و کنترل عوارض بیماری‌های مزمن مورد تأیید محققین قرار گرفته است (۴). همچنین اثرات مثبت درمان‌های مبتنی بر تعهد و پذیرش در تغییر تفکر افراد و پیامدهای آن در ارتقای سطح امیدواری، باورهای خودکارآمدی مورد مطالعه قرار گرفته است (۱۱) اما استفاده از شیوه‌های نوین روان‌شناختی مثل پذیرش درمان درد بیماران به‌منظور تسهیل اجرای مداخلات خودمدیریتی و در نتیجه سازگاری و تغییر سبک زندگی توأم با بیماری مورد توجه محققین نبوده است. هدف از این مطالعه تعیین تأثیر آموزش خودمدیریتی مبتنی بر پذیرش بر شدت درد بیماران تحت جراحی بای‌پس عروق کرونر در بیمارستان سیدالشهدا ارومیه بود.

مواد و روش کار

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی است که بر روی ۶۰ بیمار کاندید عمل جراحی بای‌پس عروق کرونری مرکز آموزشی درمانی سیدالشهدا ارومیه انجام شد. نمونه‌ها به‌صورت هدفمند و تدریجی انتخاب و سپس به‌صورت تصادفی به دو گروه کنترل و مداخله تقسیم شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل عدم اعتیاد به مواد مخدر و الکلی، نداشتن سابقه بیماری اعصاب و روان، آگاهی کامل به زمان، مکان، رضایت آگاهانه به شرکت در مطالعه و نداشتن سابقه عمل جراحی قلب باز بودند.

تمام بیماران گروه مداخله بلافاصله بعد از پذیرش آموزش‌های خودمدیریتی بر پذیرش درد دریافت کردند و در روز ترخیص مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند که این روند تا آخرین نفر گروه مداخله ادامه یافت. آموزش‌ها به‌صورت انفرادی و چهره به چهره بود. گروه کنترل آموزش‌های روتین کنترل درد پس از عمل در بیمارستان را دریافت کردند و مجدداً روز ترخیص مورد ارزیابی توسط پرسشنامه قرار گرفتند.

راهکارهای کنترل درد بیمار محور جهت بهبود زندگی بعد از عمل توجه خاصی نشده است. شناخت دقیق راهبردهای بیماران بر اساس تجارب آنان، به شناخت دقیق‌تر ارزش‌ها و باورهای فردی در رابطه با بیماری و درمان بر اساس فرهنگ موجود با آگاهی از تجارب زنده آنان ممکن می‌باشد (۵). برنامه خودمدیریتی بیماری‌های مزمن یک برنامه آموزشی گروهی است که در رابطه با مسائل و نیازمندی‌های بیماران مبتلا به بیماری مزمن طراحی و اجرا می‌شود و در واقع مبتنی بر نیازهای خودمراقبتی بیماران دارای بیماری مزمن و خانواده‌های آنان می‌باشد، این آموزش‌ها توسط پرستاران تنظیم و ارائه می‌گردد (۶). در ایران هیچ برنامه خودمدیریتی خاصی برای بیماران قلبی وجود ندارد و این بیماران پس از جراحی پیوند عروق کرونر، خودمدیریتی را با استفاده از منابع خود اجرا می‌دهند و با حمایت خانواده برای حفظ آن تلاش می‌کنند (۷).

پورقانع و همکاران (۲۰۱۴)، خودمدیریتی را در بیماران پس از جراحی عروق کرونر، راهبردی برای سازگاری مطلوب تغییر روال عادی زندگی معرفی کرده است که شامل: سازگاری مطلوب (تلقین مثبت، به فراموشی سپردن بیماری، کنترل هیجانات، به‌کارگیری روش‌های تدافعی، تسلیم شدن در مقابل بیماری)، تغییر روال عادی زندگی (اصلاح رژیم غذایی، دوری از انزوا، پیاده‌روی روزانه، ترک سیگار، برقراری ارتباطات اثربخش)، و تداوم امید (توکل و امید، امید به بهبودی بیشتر) می‌باشد (۵). بنابراین هدف برنامه‌های خودمدیریتی اصلاح سبک زندگی و تغییر رفتار در فرد است.

محققین معتقدند پذیرش درد نوعی تغییر رفتار در بیماری‌های مزمن است. دی به ویر^۱ و همکاران (۲۰۱۴) در همین رابطه نشان داده‌اند که پذیرش درد ارتباط قوی با درگیری بیشتر در فعالیت‌های روزمره زندگی دارد. بنابراین پذیرش درد به‌جای تلاش برای کنترل آن با سازگاری بیشتری همراه است (۸). پذیرش و تعهد یک جایگزین مهم برای اجتناب بر اساس تجربه است که شامل پذیرش فعال و آگاهانه رویدادهای شخصی است که به خصوصیات و تجربیات قبلی فرد مرتبط می‌شوند. همچنین پذیرش نقطه مقابل اجتناب است و در واقع ارزش پذیرش زمانی بیشتر مشخص می‌شود که در نقطه مقابل اجتناب قرار می‌گیرد، چراکه اجتناب باعث می‌شود فرد اعمالی برخلاف اهداف و ارزش‌هایش انجام دهد (۹). بنابراین بیماران که درد را امر غیرعادی تلقی کرده و به محدودیت بیش‌ازحد در فعالیت فیزیکی روی می‌آورند چه‌بسا به عوارض بعد از عمل جراحی مثل ترومبوز وریدهای عمقی یا آتلکتازی ریه‌ها گرفتار می‌شوند (۲).

¹ De boer

ملاحظات اخلاقی از طریق کسب کد اخلاق (IR.IAU.Urmia.Rec.1398.035) و کد کارآزمایی بالینی (IRCT2020012304622N1) از کمیته اخلاق دانشگاه و اخذ رضایت‌نامه آگاهانه از مشارکت‌کنندگان در مطالعه رعایت گردید. برای توصیف مشخصه‌های دموگرافیک از آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف معیار، فراوانی مطلق و درصدی استفاده شد. برای تحلیل آماری داده‌ها، زمانی که مقایسه درون‌گروهی امتیازات مقیاس شدت درد قبل و بعد از آزمون مدنظر بود از آزمون تی گروه‌های زوج و زمانی که مقایسه بین گروهی امتیازات مقیاس شدت درد بین گروه کنترل و مداخله مدنظر بود از آزمون تی گروه‌های مستقل استفاده شد. سطح معنی‌داری $p < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. مقایسه نسبت فراوانی متغیرهای مورد مطالعه نشان داد که بین دو گروه از نظر مشخصات دموگرافیک تفاوت آماری معنی‌داری وجود ندارد ($P > 0/05$) لذا هر دو گروه از این نظر همگن بودند.

نتایج آزمون تی گروه‌های مستقل نشان داد اختلاف امتیازات درد بعد از عمل بیماران تحت عمل جراحی بای‌پس عروق کرونر قبل از مداخله بین گروه کنترل و مداخله معنی‌داری نیست ($t = -0/678$ و $p = 0/50$) درحالی‌که امتیازات درد بعد از عمل بیماران تحت عمل جراحی بای‌پس عروق کرونر بعد از مداخله بین گروه کنترل و مداخله دارای اختلاف معنی‌داری است ($t = 2/28$ و $p = 0/02$).

محتوای آموزشی جهت مداخله شامل شش جلسه به صورت آموزش چهره به چهره توسط محقق بود. این محتوای آموزش مداخله برگرفته از متون علمی در زمینه مدیریت درد بر اساس پذیرش است که به طور خلاصه شامل موارد زیر است.

جلسه اول: متقاعد کردن بیمار به اینکه برخی از دردها باید تجربه شود و اجتناب‌ناپذیر هستند.

جلسه دوم: به بیمار آموزش داده می‌شود که بیمار به جای تلاش برای رهایی از درد یا احساسات ناخوشایند ناشی از آن یاد می‌گیرد که آن را طبیعی جلوه دهد.

جلسه سوم: به بیمار آموزش داده می‌شود که از پرستاران و تیم درمانی و اعضای خانواده به صورت مشارکتی در رهایی از احساسات ناخواسته جهت کاهش دردهای مربوط به وضعیت ناشی از بیماری استفاده کند.

جلسه چهارم: پرستاران به بیماران خود کمک می‌کنند که به بیان احساسات خود بپردازند. هدف در این بخش از درمان این است که به بیماران نشان دهیم که افکار و احساسات آن‌ها پاسخ طبیعی به درد است. به بیماران اطمینان خاطر داده می‌شود که فعالیت‌های لذت‌بخش برای ایمنی و سلامتی آن‌ها مخاطره‌آمیز نخواهد بود.

جلسه پنجم: به بیمار خود اطمینان داده می‌شود که در صورت درد مسکن مناسب در اختیار آن‌ها قرار داده می‌شود و درد آن‌ها تسکین داده خواهد شد.

جلسه ششم: آموزش مبنی بر اینکه تأثیر درمان‌های دارویی ضد درد و عوارض ناخواسته آن‌ها موقتی بود. بعد از ۶ جلسه هر دو گروه با همان پرسشنامه مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند.

جدول (۱): توزیع فراوانی ویژگی‌های جمعیت شناختی در گروه مداخله و کنترل بیماران تحت جراحی بای‌پس عروق کرونر

| p-value | تعداد | | متغیر |
|---------------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------|
| | گروه مداخله | گروه کنترل | |
| $p = 0/429$ $\chi^2 = 0/183$ | ۲۱ | ۲۳ | جنس |
| | ۹ | ۷ | مرد زن |
| $p = 0/688$ $\chi^2 = 1/62$ | ۲۷ | ۲۶ | تحصیلات |
| | ۳ | ۴ | زیر دیپلم دیپلم |
| $p = 0/314$ $\chi^2 = 30/52$ | ۱ | ۱ | وضعیت تأهل |
| | ۲۴ | ۲۵ | بیوه متأهل |
| | ۵ | ۴ | مجرد |
| $p = 0/821$ $\chi^2 = 0/918$ | ۸ | ۱۱ | وضعیت شغلی |
| | ۱۰ | ۱۰ | مستمری‌یگیر خانه‌دار |
| | ۵ | ۴ | بازنشسته |
| | ۷ | ۵ | شاغل |
| $p = 0/306$ $\chi^2 = 0/36$ | ۱۵ | ۱۶ | مصرف سیگار |
| | ۱۵ | ۱۴ | بلی خیر |
| p-value | میانگین \pm انحراف معیار | میانگین \pm انحراف معیار | متغیر |

| | | | |
|----------------------------|-------------|-------------|----------|
| p=۰/۱۸۳ t=۱/۳۴ ۰/۶۶۸ | ۷/۲۵(۵۷/۸۷) | ۷/۳۱(۶۰/۴۰) | سن (سال) |
| مدت زمان بیماری (سال) | | | |

جدول (۲): مقایسه امتیازات درد بیماران تحت جراحی بای پس عروق کرونر گروه‌های مداخله و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

| P- value | df | t | انحراف معیار | میانگین | گروه | |
|----------|----|--------|-----------------|---------|--------|---------------|
| ۰/۵۰ | ۵۸ | -۰/۶۷۸ | ۱/۱۴ | ۴/۰۷ | کنترل | قبل از مداخله |
| | | | ۱/۱۳ | ۴/۲۷ | مداخله | |
| ۰/۰۲ | ۵۸ | ۲/۲۸ | ۰/۹۷ | ۴/۵۰ | کنترل | بعد از مداخله |
| | | | ۱/۱۶ | ۳/۸۷ | مداخله | |

بحث و نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که امتیازات درد بین گروه کنترل و مداخله قبل از مداخله تفاوت معنی‌داری نداشت در حالی که، امتیازات درد بین گروه کنترل و مداخله بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری داشت و این نتیجه بیانگر تأثیر مثبت آموزش خود مدیریتی مبتنی بر پذیرش درد بر کاهش درد پس از جراحی عروق کرونر در بیماران بود. یافته‌های پژوهش با یافته‌های کمانی و همکاران (۱۳۹۶) در خصوص کاهش دردهای مداوم با علت نامشخص در بزرگسالان همخوانی دارد (۱۲). همچنین نتایج این مطالعه با یافته‌های مطالعه انجام شده توسط طاهری و همکاران (۱۳۹۹) در مورد کاهش درد نورویپاتی بیماران مبتلا به دیابت همسویی دارد (۱۳). نتیجه مطالعه کانگ و همکاران (۲۰۱۹) نیز بیانگر این است که مداخلات مبتنی بر پذیرش درد برای بهبود درد، اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به درد مزمن مؤثر است (۱۴). در تبیین نتایج تحقیق حاضر به نظر می‌رسد، بیمارانی که به مرحله پذیرش درد می‌رسند، آماده یادگیری مراقبت‌های توصیه‌شده از سوی کادر درمان و همچنین دریافت حمایت‌های اعضای خانواده و خودمراقبتی هستند و در نتیجه به جای تمرکز به هیجان‌های منفی به توصیه‌های درمانی - مراقبتی کارکنان درمان بهتر عمل می‌کنند و در کنترل نشانه‌ها و عوارض بیماری بهتر عمل می‌کنند.

کنترل وضعیت بیماری خود قرار گیرد (۷) بنابراین به نظر می‌رسد خودمدیریتی مبتنی بر پذیرش درد در این مطالعه توانسته است سطح خودکارآمدی بیماران برای رسیدن به توانمندی لازم برای قبول وظایف خود در برابر عوارض ناخواسته داروهای ضد درد نارکوتیک را کسب کرده باشند و درد را امر عادی تلقی کرده و به دنبال فعالیت‌هایی باشند که از عوارض ناخواسته بعد از عمل پیشگیری کنند. محققین در این مطالعه در طول چند جلسه آموزش خودمدیریتی مبتنی بر پذیرش، توانستند با تغییر نحوه تفکر افراد، خودکارآمدی و توان مقاومت در برابر درد ناشی از عمل را افزایش دهند.

تأثیر مثبت پذیرش درد در مطالعات متعدد مورد تأیید قرار گرفته است. نتایج این تحقیقات نشان‌دهنده اهمیت پذیرش روانی به خصوص در مورد عملکردهای روان‌شناختی است. بیمارانی که گزارش می‌کنند توانایی تحمل هیجانات منفی مثل درد را دارا هستند، عملکرد اجتماعی، فیزیکی و هیجانی بهتری را نشان می‌دهند (۹). در واقع اجتناب از تجارب انسان‌ها را در مقابل عوامل تنبیدی از آسیب‌پذیرتر می‌نماید. افرادی که تمایل و آمادگی بیشتری برای محبوس کردن و سرکوب نمودن چنین تجاربی را دارند هنگامی که استرس و نگرانی در مدرسه، محیط کار، تعارض‌ها با همسر و ... برای آن‌ها پیش می‌آید تلاش برای کنترل، آشفتگی‌های آن‌ها را تشدید می‌نماید (۱۶). پذیرش درمانی اساساً فرآیند محور است و آشکارا بر ارتقا پذیرش تجربیات روان‌شناختی و تعهد با افزایش فعالیت‌های معنا بخش انعطاف‌پذیر، سازگارانه، بدون در نظر گرفتن محتوای تجربیات روان‌شناختی تأکید می‌کند. خصیصه‌ای که در رویکرد شناختی رفتاری حضور ندارد. ثانیاً هدف روش‌های درمانی به‌کاررفته در پذیرش و تعهد درمانی افزایش تفکر واقع‌نگر، مؤثر و منطقی یا تشویق احساسات نیست بلکه اهداف این

یکی از ارکان مهم خودمدیریتی، پیگیری دستورات درمانی و مراقبتی تجویز شده از سوی پزشکان و کارکنان پرستاری توسط بیماران بوده است (۱۵). از سوی دیگر مدیریت مراقبت از خود اشاره به روندی دارد که در آن بیماران نقش فعالی در سلامتی و رفاه خود دارند و رسیدن به این توانمندی زمانی امکان‌پذیر است که بیمار از نظر روانی به مرحله پذیرش مشکلات مرتبط با بیماری خود رسیده باشد و درصدد افزایش سطح خودکارآمدی و ارتقاء رفتارهای اداره و

داد. این یافته‌ها می‌تواند در محتوای درسی مراقبت تسکینی از بیماران مزمن و مراحل آخر بیماری گنجانده شود. در این مطالعه تأثیر آموزش‌های خودمدیریتی مبتنی بر پذیرش در بیماران تحت عمل جراحی قلبی در هفته اول مورد ارزیابی مجدد قرار گرفت پیشنهاد می‌شود ارزیابی مجدد در فاصله زمانی طولانی‌تر مورد ارزیابی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه دانشجویی در مقطع کارشناسی ارشد پرستاری است. نویسندگان کمال تشکر را از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه ابراز می‌دارند. پژوهشگر کمال تشکر را از بیماران شرکت‌کننده در این مطالعه ابراز می‌دارند.

References:

- Javani Z, Salimi Y, Moradinazar M, Najafi F. Population Attributable fraction Estimation of the Cardiovascular Diseases-related factors: An Evidence from western part of Iran. 2020.
- Jafari H, Zeydi AE, Khani S, Esmaeili R, Soleimani A. The effects of listening to preferred music on pain intensity after open heart surgery. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2012; 17(1): 1.
- Taeb M, Abedi HA, Abbasszadeh A, Kazemi M. Self-management resources following coronary artery bypass graft. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences* 2015; 4(1): 50-61.
- Aghamohammadi, T., M. Khaleghipour, and A. Dalvandi, The impact of self-management program on selfefficacy of elderly patients with heart failure. *The J Urmia Nurs Midwifery Fac*, 2017. 14(12): 1013-1023.
- Hosseini MA, Mohammadi F, Ahmadi F, Tabari R. Self-management, the main strategy of patient's after coronary artery bypass graft (cabg): a content analysis study. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2014; 12(4): 249-59.
- Veronovici NR, Lasiuk GC, Rempel GR, Norris CM. Discharge education to promote self-management following cardiovascular surgery: An integrative review. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2014; 13(1): 22-31.
- Moradi M, Nasiri M, Jahanshahi M, Hajiahmadi M. The effects of a self-management program based on the 5 A's model on self-efficacy among older men with hypertension. *Nursing and midwifery studies* 2019; 8(1): 21-7.
- de Boer MJ, Steinhagen HE, Versteegen GJ, Struys MM, Sanderman R. Mindfulness, acceptance and catastrophizing in chronic pain. *PloS one* 2014; 9(1): e87445.
- Hughes LS, Clark J, Colclough JA, Dale E, McMillan D. Acceptance and commitment therapy (ACT) for chronic pain. *Clin J Pain* 2017; 33(6): 552-68.
- Seirafi MR, Kalate AM, Peimani J. The effect of predictability and sense of control over the pain of cardiac surgery patient. *Journal of nurse and physician within war* 2015;3(8):34-40.
- McCracken LM, Vowles KE. Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain: Model, process, and progress. *Am Psychol* 2014; 69(2): 178.
- Kemani MK, Olsson GL, Lekander M, Hesser H, Andersson E, Wicksell RK. Efficacy and cost-effectiveness of acceptance and commitment

- therapy and applied relaxation for longstanding pain. *Clin J Pain* 2015; 31(11): 1004-16.
13. Taheri AA, Foroughi AA, Mohammadian Y, Ahmadi SM, Heshmati K, Hezarkhani LA, et al. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Pain Acceptance and Pain Perception in Patients with Painful Diabetic Neuropathy: A Randomized Controlled Trial. *Diabetes Therapy* 2020;11(8): 1-14.
14. Kang HS, Hwang SD, Jun SE. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Korean Academy of psychiatric and Mental Health Nursing* 2019; 28(3): 271-85.
15. May S. Self-management of chronic low back pain and osteoarthritis. *Nat Rev Rheumatol* 2010; 6(4): 199.
16. Morshedi M, Davarniya R, Zaharakar K, Mahmudi MJ, Shakarami M. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Reducing Couple Burnout of Couples. *Iran J Nurs Res* 2016; 10(4): 76-87.

THE EFFECT OF PAIN ACCEPTANCE-BASED SELF-MANAGEMENT TRAINING ON PAIN INTENSITY IN PATIENTS UNDERGOING CORONARY ARTERY BYPASS GRAFT SURGERY

Sina Shakorzadeh¹, Turan Tizfahm², Kamal Khademvatani³

Received: 28 August, 2020; Accepted: 29 November, 2020

Abstract

Background & Aims: There is no self-management to control the pain of heart patients, and these patients perform self-management using their own resources after coronary artery bypass graft surgery. The aim of this study was to determine the effect of acceptance-based self-management training on pain intensity in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery.

Materials & Methods: This study is a clinical trial that was performed on 60 patients who were candidates for coronary artery bypass graft surgery. The samples were randomly divided into control and intervention groups. All patients received pain management self-management training immediately after hospitalization and were re-evaluated on the day of discharge. Data collection tools included demographic characteristics and Data analysis was performed using paired and independent t-test using SPSS software at a significant level of $p < 0.05$.

Results: Independent group t-test showed that the difference in postoperative pain scores of patients undergoing coronary artery bypass graft surgery before the intervention between the control and intervention groups was not significant ($t = -0.678$ and $p = 0.50$). However, the scores of postoperative pain in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery after the intervention were significantly different between the control and intervention groups ($t = 2.28$ and $p = 0.02$).

Conclusion: Psychological aspects of pain acceptance interventions as a complement to self-management training can accelerate the patient's adaptation to new painful conditions and subsequent behavioral changes desired by medical staff.

Keywords: heart patient, pain, self-management, acceptance, Coronary Artery Bypass Surgery

Address: Seyyed Al-Shohada hospital, Urmia, Iran.

Tel: +989013825603

Email: ss17.sina@gmail.com

¹ Master of Nursing (MSc), Islamic Azad University of Urmia, Urmia, Iran.

² Member of Faculty, Master of Nursing, Islamic Azad University of Urmia, Urmia, Iran.

³ Member of Faculty, Cardiologist (Fellow-ship of Echocardiography), Urmia University of Medical Sciences of Urmia, Urmia, Iran.