

بررسی تأثیر آموزش با رویکرد مشارکتی بر خودکارآمدی و خودباوری مراقبین خانوادگی بیماران تحت بای پس عروق کرونر

ندا ثنائی^۱، فاطمه الحانی^۲، میترا ذوالفقاری^۳

۱. کارشناس ارشد مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران
۲. دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
۳. استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

مقاله پژوهشی

فصلنامه پرستاری داخلی - جراحی، سال چهارم، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۴، صفحات ۲۸-۲۱

چکیده

زمینه و هدف: مراقبت از بیماران تحت جراحی بای پس کرونر (CABG) نگرانی‌های زیادی برای مراقبین خانوادگی ایجاد می‌کند. ارتقا توانایی مراقبت کنندگان به‌عنوان همراهان همیشگی بیمار، امری ضروری است. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش با رویکرد مشارکتی بر خودکارآمدی و خودباوری مراقبین خانوادگی بیماران تحت بای پس عروق کرونر انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: در کارآزمایی بالینی حاضر، ۱۰۲ مراقبت کننده از بیماران بستری در بخش جراحی قلب یکی از بیمارستان‌های شهر تهران در سال ۱۳۹۰، به روش در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۵۱ نفره مداخله و کنترل قرار گرفتند. برای گروه مداخله ۵ جلسه برنامه آموزشی با رویکرد مشارکتی اجرا گردید. قبل و ۸ هفته پس از اجرای مداخله، خودکارآمدی و خودباوری مراقبین با استفاده از پرسشنامه‌های پژوهشگر ساخته اندازه‌گیری شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری تی-مستقل، تی-زوج، کای دو و آزمون دقیق فیشر تحت نرم افزار PASW ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: در گروه مداخله میانگین نمرات خودکارآمدی مراقبین پس از مداخله از $3/89 \pm 29/49$ به $1/93 \pm 47/43$ و میانگین نمرات خودباوری از $6/03 \pm 93/49$ به $18/52 \pm 126/13$ افزایش پیدا کرد ($P < 0/001$). همچنین نتایج آزمون آماری تی مستقل نشان داد خودکارآمدی ($P < 0/001$) و خودباوری ($P = 0/002$) مراقبین بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معنی داری داشته است.

نتیجه‌گیری: آموزش مراقبین خانوادگی بیماران تحت جراحی بای پس کرونر با رویکرد مشارکتی می‌تواند منجر به ارتقای خودکارآمدی و خودباوری و در نتیجه افزایش مشارکت آن‌ها در ارایه مراقبت کارآمد شود. به کارگیری این روش در فرایند آموزش پیشنهاد می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: آموزش خانواده ممو، خودکارآمدی، خودباوری، گرافت بای پس عروق کرونر

نویسنده مسوول:

ندا ثنائی

دانشگاه علوم پزشکی زنجان

پست الکترونیک:

nedasanaie@gmail.com

تاریخ دریافت: ۹۴/۰۵/۰۴

تاریخ پذیرش: ۹۴/۰۶/۳۰

مقدمه

کوتاه شده، و از حدود ۱۰ تا ۱۲ روز به ۵ تا حداکثر ۷ روز تقلیل یافته است. بنابراین بخش قابل ملاحظه‌ای از دوره بهبودی بیماران بدون مراقبت مستمر تیم درمان، در منزل سپری می‌شود.^۵ لذا آگاهی و نگرش بیماران به سلامتی، تا حدود قابل ملاحظه‌ای تحت تأثیر خانواده قرار می‌گیرد و مشارکت دادن اعضای خانواده سبب فراهم شدن حمایت از بیمار، تسریع روند بهبودی و افزایش احساس رضایتمندی در خانواده می‌شود.^۶ بنابراین اثرات مفیدی بر روی کیفیت و کمیت ارایه مراقبت به بیمار خواهد داشت.^۷

از آنجایی که یکی از مهم‌ترین اهداف برنامه‌های آموزشی برای بیماران تاکید بر یاری خانواده جهت کمک به بیمار برای تغییر رفتار است؛ پرستاران

بیماری‌های قلبی عروقی به‌دنبال توسعه زندگی شهری و تغییر در عادات زندگی انسان شیوع گسترده‌ای یافته‌اند.^۱ طبق گزارش اعلام شده توسط سازمان جهانی بهداشت، شیوع بیماری‌های قلبی عروقی با نیاز به جراحی بای پس (CABG) تا سال ۲۰۲۰ در کل دنیا، مناطق توسعه یافته و مناطق در حال توسعه به ترتیب به ۱۴/۷، ۴۲ و ۱۳/۸ درصد خواهد رسید.^۲ در ایران آمار اعمال جراحی باز قلب، سالانه به ۳۰ تا ۴۰ هزار نفر می‌رسد که حدود ۵۰ تا ۶۰ درصد آن، جراحی بای پس کرونر می‌باشد.^۳

به دنبال این جراحی بیماران نیاز به پایش دقیق‌تری دارند.^۴ از طرفی با وجود تکنیک‌های جدید جراحی، داروهای نو ترکیب و بهبود سطح ارایه خدمات مراقبتی، مدت زمان بستری بیماران پس از جراحی بای پس کرونر

مطالعات مختلف نشان می‌دهند که شریک کردن مراقبین در آموزش به بیماران سبب می‌شود تا بیماران به طور موثرتری از آموزش‌ها بهره ببرند و این روش می‌تواند متغیرهای مهمی نظیر خودکارآمدی، خودباوری، مراقبت از خود و کیفیت زندگی بیمار را افزایش دهد؛^{۱۲، ۱۳، ۱۸} بنابراین تقویت توانایی‌های مراقبت کنندگان به‌عنوان همراه همیشگی بیمار که استرس و اضطراب بسیاری را متحمل می‌شوند،^{۱۵، ۱۹} امری ضروری خواهد بود. مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین تاثیر آموزش با رویکرد مشارکتی بر خودکارآمدی و خودباوری مراقبین خانوادگی بیماران تحت بای پس عروق کرونر صورت گرفت.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک کارآزمایی بالینی با گروه کنترل است. جامعه پژوهش را مراقبین خانوادگی بیماران تحت عمل بای پس عروق کرونر بستری در بخش جراحی قلب یکی از بیمارستان شهر تهران در سال ۱۳۹۰ تشکیل دادند. حجم نمونه با استفاده از مطالعه خطیبان و همکاران (۱۳۹۲)^{۱۵} و فرمول حجم نمونه ($P_1 = 0.467$, $P_2 = 0.733$, $Z_{1-\beta} = 0.84$, $Z_{\alpha/2} = 1.96$) در هر گروه ۵۱ نفر و در مجموع ۱۰۲ نفر محاسبه گردید که با در نظر گرفتن احتمال ریزش، در مجموع ۱۱۲ مراقب وارد مطالعه شدند. شرکت کنندگان به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با استفاده از جدول اعداد تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند.

مراقبین انتخاب شده یک نفر از اعضای خانواده بیمار بودند که رابطه نزدیک‌تری با بیمار داشتند و از طرف وی به‌عنوان فرد مراقبت کننده معرفی شدند. معیارهای ورود برای مراقبین شامل، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، زندگی با بیمار جهت مراقبت از بیمار پس از ترخیص، حضور در بیمارستان در طول مدت بستری بیمار، توانایی حضور در تمام جلسات آموزشی بدون غیبت و امکان برقراری تماس تلفنی با وی بعد از ترخیص بیمار بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز عدم امکان شرکت فعال و منظم در برنامه آموزشی، پیشرفت بیماری بیمار در طول مطالعه، ترخیص، فوت و یا انتقال بیمار از بخش در طول مطالعه در نظر گرفته شد. ۵ مراقب از گروه مداخله به علت فوت بیمار و عدم شرکت منظم در برنامه آموزشی و ۵ مراقب از گروه کنترل به علت بروز مדיاستینیت در بیمار و انتقال به بخش دیگر از مطالعه خارج شدند و مطالعه با ۱۰۲ بیمار ادامه یافت.

اطلاعات با استفاده از فرم جمع‌آوری ویژگی‌های فردی مراقبت کننده و پرسشنامه‌های پژوهشگر ساخته سنجش خودکارآمدی و خودباوری جمع‌آوری شدند.

فرم جمع‌آوری ویژگی‌های فردی مراقبین شامل اطلاعاتی نظیر نسبت خانوادگی مراقبین، سن، جنس، سطح تحصیلات و وضعیت تاهل بود.

پرسشنامه پژوهشگر ساخته سنجش خودکارآمدی با اقتباس از پرسشنامه سنجش خودکارآمدی بیماران قلبی طراحی شده توسط واحیدیان عظیمی و همکاران (۲۰۱۰)^{۲۱} و همچنین بر اساس معیارهای خودکارآمدی مورد انتظار

با مشارکت دادن و حمایت خانواده در شناخت خطرات و نیازهای بیمار، می‌توانند به بهبود عملکرد و توانایی‌های خانواده کمک نمایند.^۸

این مشارکت مستلزم آن است که مراقبین مطمئن شوند که می‌توانند به بیمار خود در این زمینه کمک کنند. اگر مراقبین به خودکارآمدی (باور افراد در مورد تواناییشان)^۹ و خودباوری (صلاحیت سازگار شدن با درگیری‌های زندگی)^{۱۱} خود در کمک به بیمار جهت بهبودی اعتقاد نداشته باشند، رسیدن به این مهم عملی نخواهد بود؛^{۱۱} چرا که خانواده‌ای که دارای سطح بالایی خودکارآمدی و خودباوری باشد، وظایف سخت را به‌عنوان چالش‌هایی برای تسلط یافتن بر شرایط پیش آمده می‌شناسد و از آن اجتناب نمی‌کند.^{۱۲} چنین دیدگاه مؤثری موجب دستیابی به اهداف، کاهش استرس، افزایش کنترل نشانه‌های بیماری، درمان، پیامدهای جسمی و اثرات روانی اجتماعی می‌شود.^۹ به‌عبارتی سبب می‌شود تا کنترل لازم بر آنچه که در زندگی اتفاق می‌افتد، صورت گیرد و وضعیت زندگی بر اساس تلاش‌ها و توانایی‌های خانواده تغییر یابد.^{۱۳} در واقع خودکارآمدی و خودباوری واسطه‌ی بین دانش و عمل به آن هستند که با استفاده از آن‌ها می‌توان میزان توانایی افراد جهت مدیریت چالش‌های ایجاد شده در مسیر زندگی را سنجید.^{۱۴}

از طرفی خانواده در مواجهه با بیمار، پس از عمل جراحی، تنش زیادی را متحمل می‌شود. طبق مطالعات انجام شده، خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه در رابطه با عدم دریافت اطلاعات کافی از وضعیت بیمار، نوع جراحی و نوع اقدامات درمانی انجام گرفته برای بیمارشان اظهار نگرانی کردند و فقدان برنامه‌های آموزشی موثر، عدم اطلاع رسانی در رابطه با چگونگی دسترسی به برنامه‌های بازتوانی قلبی و عدم ارتباط موثر بین تیم درمان و خانواده را امری پر تنش دانستند.^{۱۵، ۱۶} مطالعات مختلف نشان دادند که این کمبودها و تنش‌ها می‌توانند اثرات سو بر میزان خودکارآمدی و خودباوری مراقبین داشته باشند.^{۱۷-۱۹}

بر اساس نتایج مطالعات انجام شده توسط Sykes و همکاران (۲۰۱۳) و Jones و همکاران (۲۰۱۴)، کاهش قابل توجهی از خودکارآمدی و خودباوری در مراقبین بیماران وجود دارد که علت آن را ترس از امکان وقوع محدودیت‌های جسمی بالقوه بعد از جراحی، نگرانی از رویارویی با نقش‌های جدیدی که به‌واسطه‌ی بیماری یکی از اعضای خانواده ایجاد می‌شود، ترس از عدم توانایی برای برخورد با مسوولیت‌های جدید و عدم آگاهی از نیازهای جدید بیمار دانسته‌اند.^{۱۷، ۱۸}

Clary (۲۰۰۹)، کاهش میزان خودکارآمدی و خودباوری را به‌عنوان دو مشکل مهم در سطح توانمندی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن و خانواده‌های آن‌ها مطرح می‌کند.^{۲۰} از آنجایی که خودکارآمدی و خودباوری از عوامل ارتقای سلامتی به شمار می‌روند و تنظیم این دو شاخص در تعدیل قدرت افراد در زمینه رفتارهای مرتبط با سلامتی موثر است،^{۱۹} لذا آرایه راهکارهای مناسب برای بهبود این دو فاکتور در مراقبین بیمار حایز اهمیت می‌باشد.

گروه‌ها قرار گرفتند. در طول این جلسات کلیه مهارت‌ها پس از شرح کامل به نمایش گذاشته شدند و از تک تک مراقبین شرکت کننده خواسته شد که اهمیت مهارت را شرح داده و جهت اطمینان از صحت عملکرد آن‌را بر روی یکی از مراقبین به اجرا درآورند.

در پایان، یک جلسه آموزش فردی به صورت چهره به چهره برای هر یک از بیماران برگزار گردید. در طول این جلسه، مراقب هر بیمار در حضور پژوهشگر، مطالب آموخته شده را نیز برای بیمار خود توضیح داده و برنامه حرکتی آموزش داده شده را برای بیمار انجام می‌داد تا صحت کامل مطالب توسط پژوهشگر بررسی شود. در صورتی که در طول مدت ارایه اطلاعات از طریق مراقب به بیمار، سوال یا ابهامی مطرح می‌شد، پژوهشگر موظف به برطرف ساختن آن بود.

پس از اتمام مداخله و ترخیص بیماران از بیمارستان، جهت برقراری ارتباط با مراقبین تا تکمیل نوبت دوم پرسشنامه‌ها، برنامه پیگیری تلفنی^{۲۶} جهت پایش وضعیت جسمی و روانی بیماران، پاسخ به سوالات مراقبین و تبعیت بیماران از برنامه درمانی انجام گرفت و در نهایت ۸ هفته بعد از ترخیص، هنگام مراجعه جهت پیگیری و کنترل بخیه‌ها به درمانگاه بیمارستان، پرسشنامه خودکارآمدی و خودباوری مجدداً توسط مراقبین دو گروه تکمیل گردید. لازم به ذکر است که گروه کنترل تحت هیچ آموزش خاصی قرار نگرفتند و تنها از آموزش‌های روتین بخش بهره برده بودند؛ اما پس از پایان مطالعه، اطلاعات آموزشی در قالب جزوه‌های آموزشی و پمفلت‌های دارویی در اختیار آن‌ها نیز قرار گرفت.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تی‌زوجی (جهت مقایسه اختلاف میانگین بین میزان خودکارآمدی و خودباوری قبل و بعد از مداخله)، تی‌مستقل (جهت مقایسه اختلاف میانگین‌های خودکارآمدی و خودباوری بین دو گروه مداخله و کنترل)، مجذور کای دو (جهت بررسی تفاوت بین دو گروه از نظر متغیرهایی همچون نسبت مراقبین بیمار و سطح تحصیلات) و آزمون دقیق فیشر (جهت بررسی تفاوت بین دو گروه از نظر متغیرهایی نظیر جنس و وضعیت تاهل مشارکت کنندگان) تحت نرم افزار ۱۸ PASW انجام شد.

یافته‌ها

اطلاعات مربوط به ویژگی‌های فردی شرکت کنندگان در جدول ۱ نشان داده شده است. بر اساس این جدول قبل از مداخله، تفاوت آماری معنی‌داری بین ویژگی‌های فردی شرکت کنندگان در دو گروه مداخله و کنترل مشاهده نشد.

نتایج حاصل از آزمون تی‌زوج نشان داد که میانگین نمرات خودکارآمدی مراقبین در گروه مداخله، پس از مداخله از $۲۹/۴۹ \pm ۳/۸۹$ به $۴۷/۴۳ \pm ۱/۹۳$ افزایش پیدا کرده است ($P < ۰/۰۰۱$). بر اساس آزمون آماری تی‌مستقل این تفاوت بین دو گروه معنی‌دار بود ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین نتایج حاصل از آزمون تی‌زوج نشان داد که میانگین نمرات

از نظر اساتید دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تربیت مدرس و جراحان قلب بیمارستان منتخب تهیه شد. مبنای پرسشنامه بر این بود که مراقب بیمار تا چه حد می‌تواند به بیمار خود در رعایت رژیم غذایی و دارویی، نحوه انتخاب و انجام فعالیت‌های حرکتی مناسب در طول روز کمک کند. این پرسشنامه دارای ۱۰ آیتم می‌باشد که بر مبنای مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (۱- هرگز تا ۵- همیشه) نمره‌گذاری شده است. نمرات بالاتر، خودکارآمدی بهتر را نشان می‌دهند. برای تعیین روایی از روایی صوری و محتوا استفاده شد و بر اساس نظرات علمی ده نفر از اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران و دانشگاه تربیت مدرس اصلاحات لازم انجام گرفت. پایایی پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ $۰/۸۳$ به دست آمد. همچنین ضریب همبستگی درون طبقه‌ای ابزار سنجش خودکارآمدی $۰/۸۱$ محاسبه شد.

پرسشنامه پژوهشگر ساخته سنجش خودباوری مراقب بیمار، با استفاده از ابزار استاندارد سنجش خودباوری بزرگسالان کوپر اسمیت طراحی گردید.^{۲۲} پرسشنامه سنجش خودباوری حاوی ۳۵ سوال می‌باشد که بر مبنای مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت (گزینه‌های کاملاً مخالفم با ۱ امتیاز تا کاملاً موافقم با ۴ امتیاز) نمره‌گذاری شده است و نمرات بالاتر، خودباوری بیشتر را نشان می‌دهد. برای تعیین روایی از روایی صوری و محتوا استفاده شد؛ به این صورت که پس از مطالعه منابع و کتب مرتبط از نظرات علمی ده نفر از اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران و تربیت مدرس استفاده شد و اصلاحات لازم انجام گرفت. همچنین ضریب آلفای کرونباخ $۰/۸۷$ و ضریب همبستگی درون طبقه‌ای ابزار سنجش خودباوری $۰/۸۱$ به دست آمد. پس از شرح اهداف پژوهش برای بیمار و مراقبین و اخذ رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، پرسشنامه سنجش میزان خودکارآمدی و خودباوری مراقبین قبل از آغاز مداخله (زمان بستری در بخش) به صورت انفرادی برای هر دو گروه مداخله و کنترل تکمیل شد. سپس محتوای برنامه آموزشی که بر اساس آخرین منابع علمی مرتبط با آموزش به بیمار و خانواده^{۲۳-۲۵} طراحی شده بود، بر اساس نیازهای مراقبین مورد بازنگری قرار گرفت.

برنامه آموزشی در قالب ۵ جلسه در کلاس مستقر در بخش Post-ICU برای گروه مداخله اجرا شد. اولین جلسه آموزشی ۲۴ ساعت قبل از جراحی به مدت ۲۰ دقیقه برای بیمار و مراقب وی به صورت انفرادی و جداگانه برگزار شد. در این جلسه توضیحاتی در رابطه با نوع بیماری و مداخله جراحی در راستای رفع نگرانی آن‌ها ارایه گردید و زمان جلسات بعدی به مراقبین اعلام شد. جهت افزایش کارآیی و اثربخشی بیشتر کلاس‌های آموزشی، سه جلسه آموزشی در گروه‌های ۴ تا ۶ نفره متشکل از مجموع مراقبین بیماران به مدت ۳۰ تا ۴۰ دقیقه در روزهای ۳، ۴، ۵ و بعد از جراحی، با محتوای علایم، عوارض و پیش‌آگهی جراحی، رژیم غذایی، برنامه ورزشی و دارویی بیماران در طول زمان بستری و پس از ترخیص برگزار شد. مراقبین در این مرحله نیز با استفاده از جدول اعداد تصادفی در

خودباوری مراقبین نیز در گروه مداخله، پس از مداخله از $6/03 \pm 93/49$ به $18/52 \pm 126/13$ افزایش یافته است ($P < 0/001$) و این تفاوت بین دو گروه معنی دار گزارش شد ($P = 0/002$) (جدول ۲).

جدول ۱: ویژگی‌های فردی مشارکت‌کنندگان

P	گروه		ویژگی‌های فردی
	کنترل	مداخله	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
** $0/367$	۲۲ (۴۳/۲)	۲۰ (۳۹/۲)	دختر
	۷ (۱۳/۶)	۱۰ (۱۹/۶)	پسر
	۲۰ (۳۹/۲)	۱۶ (۳۱/۴)	همسر
	۲ (۴)	۵ (۹/۸)	سایر بستگان
*** $0/81$	۴۲ (۸۲/۴)	۴۱ (۸۰/۴)	زن
	۹ (۱۷/۶)	۱۰ (۱۹/۶)	مرد
** 1	۱۸ (۳۵/۲)	۱۸ (۳۵/۲)	زیر دیپلم
	۲۳ (۴۵/۲)	۲۳ (۴۵/۲)	دیپلم
	۱۰ (۱۹/۶)	۱۰ (۱۹/۶)	بالاتر از دیپلم
*** $0/86$	۵ (۹/۸)	۴ (۷/۸)	مجرد
	۴۶ (۹۰/۲)	۴۷ (۹۲/۲)	متاهل
* $0/22$	$41 \pm 10/41$	$39 \pm 9/14$	سن (انحراف معیار \pm میانگین)

*آزمون تی مستقل؛ **آزمون کای‌دو؛ ***آزمون دقیق فیشر

جدول ۲: مقایسه میانگین نمرات نمودارآمدی و خودباوری مراقبین خانواده‌ای بیماران

تمت جراحی بای پس کرونر در دو گروه مداخله و کنترل

*P	گروه		متغیر
	قبل مداخله	بعد مداخله	
	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	
$<0/001$	$29/49 \pm 3/89$	$47/43 \pm 1/93$	مداخله
	$30/25 \pm 4/68$	$30/18 \pm 4/96$	کنترل
	$0/372$	$<0/001$	**P
$<0/001$	$93/49 \pm 6/03$	$126/13 \pm 18/52$	مداخله
	$94/09 \pm 7/51$	$94/16 \pm 4/68$	کنترل
	$0/653$	$0/002$	**P

*آزمون تی (زوجی)؛ **آزمون تی مستقل

بحث

می‌باشد؛ با این تفاوت که در مطالعه واحدیان از الگوی توانمندسازی استفاده شده است و محتوای برنامه آموزشی و تعداد جلسات متفاوت است. از طرفی مطالعه‌ی آن‌ها بر روی بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی انجام شده است؛ در حالی که در مطالعه حاضر، بیماران تحت جراحی باز قلب، مورد بررسی قرار گرفته بودند.^{۲۱} کاوه سواد کوهی و همکاران (۱۳۹۱)، بیان کردند که استفاده از جلسات گروهی و ارائه آموزش به بیمار و مراقب وی در زمینه‌ی بیماری، اهمیت درمان، رژیم‌های غذایی و دارویی در بهبود و ارتقای خودکارآمدی

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که آموزش به بیمار تحت جراحی بای پس کرونر با مشارکت اعضای خانواده به‌عنوان مراقبین خانوادگی می‌تواند موجب ارتقای سطح خودکارآمدی و خودباوری در مراقبین شود. واحدیان عظیمی و همکاران (۲۰۱۰)، در مطالعه‌ی خود بیان کردند که استفاده از روش‌های آموزش گروهی برای بیمار و خانواده از طریق الگوی‌های توانمندسازی خانواده محور باعث افزایش میزان خودکارآمدی و خودباوری در بیمار و عضو خانواده می‌شود که با نتایج مطالعه حاضر هم‌سو

خانواده، زمینه‌ی ارتقای سطح دانش و آگاهی بیمار و خانواده را فراهم می‌کند، اما برای ایجاد تغییر رفتار کافی به‌نظر نمی‌رسد و بهتر است آموزش‌ها به‌صورت مستمر در تمام روزهای بستری و به مدت کوتاه انجام گیرد تا بتواند در سطح توانمندی‌های بیمار و خانواده موثر واقع شود.^{۳۱} ضمن نتایج مشترک با پژوهش حاضر، مهمترین تفاوت بین دو مطالعه در تعداد جلسات تشکیل شده و همچنین بحث مشارکت آموزشی خانواده بود. مطالعه Aggarwal و همکاران (۲۰۱۰) و Choi و همکاران (۲۰۱۱)، نشان داد که حضور فعال خانواده در کنار بیمار جهت مشارکت در فرآیند درمان و مراقبت بیمار، تأثیر معناداری در بهبود میزان خودکارآمدی و خودباوری خانواده و به تبع آن بهبود کیفیت مراقبت از بیمار دارد.^{۳۲، ۳۳} که با نتایج مطالعه‌ی حاضر هم‌سو است.

Delamater (۲۰۰۶)، در مطالعه‌ی خود تحت عنوان بهبود تبعیت بیماران به این نتیجه رسیدند که استفاده از مدل آموزش‌های گروهی به بیماران و خانواده‌های آنان باعث بالا رفتن رفتارهای خودمراقبتی در بیمار و افزایش خودباوری در خانواده می‌شود،^{۳۴} که از جهت تأثیر آموزش گروهی بر احساس خودکارآمدی خانواده با مطالعه حاضر هم‌سو بود؛ اما در این مطالعه از دو جلسه آموزشی برای بیماران و خانواده در کنار هم استفاده شد و اعضای خانواده فقط در جلسات حضور داشتند و به صورت مستقل برنامه‌های آموزشی با رویکرد مشارکتی برای آن‌ها انجام نشد.

در مطالعه خطیبان و همکاران (۱۳۹۲)، تأثیر آموزش بر آگاهی و خودباوری مراقبین بیماران مبتلا به سکنه مغزی بررسی شد و نتایج نشان داد که استفاده از روش آموزش خانواده محور بر ارتقای خودباوری اعضای خانواده تأثیر گذار است^{۱۵} که با نتایج مطالعه حاضر مطابقت دارد؛ با این تفاوت که جامعه پژوهش و نوع آموزش در دو مطالعه متفاوت بود. بیت‌سعید و همکاران (۱۳۹۲)، در مطالعه‌ای به بررسی اثر بخشی توانمندسازی مراقبین بر خودباوری خانواده مصدومین شیمیایی پرداختند. نتایج نشان داد که استفاده از جلسات آموزش فردی و گروهی به خانواده در ارتقای خودباوری آن‌ها جهت حمایت از بیمار موثر است.^{۳۵}

از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به عدم یکسان‌سازی گروه‌های آموزشی از نظر تفاوت‌های فردی و روانی، کیفیت تعاملات بین فردی، انگیزه برای حضور در جلسات و میزان درک و اظهار نظر هر فرد از خودکارآمدی و خودباوری اشاره کرد. علاوه بر این، مطالعه حاضر تنها در یک بیمارستان و به روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد که تعمیم‌پذیری یافته‌های مطالعه را محدود می‌نماید.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج مطالعه حاضر، برگزاری دوره‌های آموزش با رویکرد مشارکتی برای مراقبین خانوادگی بیماران تحت جراحی بای پس کرونر، نقش موثری در ارتقای خودکارآمدی و خودباوری آن‌ها داشته است. لذا پیشنهاد می‌شود، این روش، در آموزش به بیماران مورد استفاده قرار گیرد.

موثر است، که با نتایج مطالعه‌ی حاضر هم‌راستا می‌باشد؛ با این تفاوت که در مطالعه‌ی ذکر شده تنها از یک جلسه آموزش گروهی ۴ ساعته استفاده شده بود،^{۲۷} در حالی که در مطالعه حاضر، ۵ جلسه آموزشی با مضامینی مبتنی بر نیاز مراقبین برگزار شد. بالجانی و همکاران (۱۳۹۰)، در مطالعه‌ی خود به این نتیجه رسیدند که مداخلات پرستاری مشارکت محور، با تمرکز بر تکرار رفتارهای موفقیت آمیز، مدل حل مساله، باز خوردن دادن به بیمار و حضور خانواده در کنار بیمار در زمان آموزش، در ارتقای سطح خودکارآمدی بیمار موثر است. در این مطالعه همچون مطالعه حاضر عضو خانواده در زمان آموزش و ارائه مداخلات پرستاری در کنار بیمار بود، اما در پایان مطالعه سطح خودکارآمدی بیمار سنجش شد،^{۱۱} در حالی که در مطالعه حاضر هدف، تقویت سطح خودکارآمدی مراقب در جهت مراقبت صحیح از بیمار بود.

Zhang و همکاران (۲۰۱۴)، در مطالعه‌ای به بررسی ارتباط بین میزان خودکارآمدی با حمایت اجتماعی و کیفیت سلامت خانواده‌ی بیماران مبتلا به دمانس پرداختند و به این نتیجه رسیدند که خانواده‌ی بیماران به‌واسطه‌ی عدم حضور فعال در روند درمان بیمارشان، خودکارآمدی پایینی برای همراهی با بیمار خود دارند و به همین دلیل کیفیت زندگی مطلوبی ندارند. بنابراین با ارائه آموزش و تسهیل حضور و مشارکت خانواده در بخش درمان بیمار می‌توان خودکارآمدی خانواده را ارتقا داد که با نتیجه مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد؛ با این تفاوت که در مطالعه Zhang خانواده تنها در روند تشخیص و درمان‌های بیمار شرکت فعال داشتند و آموزش نحوه‌ی ارائه مراقبت‌های بالینی برای آن‌ها صورت نگرفت.^{۲۸}

Kamimura و همکاران (۲۰۱۴)، در مطالعه‌ای به بررسی خودکارآمدی بیماران مبتلا به دیابت و خانواده‌های آنان پرداختند. نتایج نشان داد که نه تنها بیماران بلکه خانواده‌های آن‌ها نیز از خودکارآمدی کافی برخوردار نبودند و نیازمند ارائه برنامه‌های آموزشی جهت توانمندسازی هر چه بیشتر در زمینه مراقبت و پیشگیری هستند.^{۲۹} اگر چه ماهیت این بیماری با بیماری مورد بررسی در مطالعه حاضر متفاوت است، اما هر دو مطالعه گویای اهمیت خودکارآمدی در خانواده بیماران هستند.

Au و همکاران (۲۰۱۴)، در مطالعه‌ای بر روی خودکارآمدی مراقبین بیماران مبتلا به آلزایمر نشان دادند که ارتقای خودکارآمدی مراقبین از طریق مشارکت هر چه بیشتر در امور آموزشی و مراقبتی بیمار، تأثیر بسزایی بر سلامت جسمی و روانی وی دارد^{۳۰} که هم‌سو با نتایج مطالعه حاضر است، با این تفاوت که جامعه مورد بررسی در دو مطالعه متفاوت بود. Chien و همکاران (۲۰۰۶)، در مطالعه‌ای به بررسی تأثیر آموزش‌های نیازمحور برای بیماران بستری در بخش قلب و خانواده آن‌ها پرداختند. نتایج نشان داد که بیمارانی که در کنار خانواده و به همراه آنان آموزش‌های مربوط به نیازهای بعد از بستری را دریافت کردند، تفاوت قابل توجهی در سطح دانش، آگاهی و خودباوری لازم نسبت به گروه کنترل داشتند. آنان در پژوهش خود به این نکته اشاره کردند که به‌نظر می‌رسد تنها اکتفا به یک جلسه آموزشی به بیمار و

سپاسگزاری

مقاله حاضر حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد رشته پرستاری است که با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی تهران و با کد ۴۳۶ و شماره IRCT201104276314N1 در مرکز کارآزمایی بالینی وزارت بهداشت به ثبت رسیده است. از دانشگاه علوم پزشکی تهران، مسوولین محترم بیمارستان، تمامی بیماران و اعضای خانواده آن‌ها، تشکر و قدردانی ویژه به عمل می‌آید.

همچنین در مطالعات آتی علاوه بر سنجش خودکارآمدی و خودباوری در مراقبین، این متغیرها در بیماران نیز پس از اجرای مداخله مورد سنجش قرار گیرد.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع از سوی نویسندگان بیان نشده است.

سهم نویسندگان

سهم تمامی نویسندگان در تدوین مقاله یکسان است.

References

- Suaya JA, Stason WB, Ades PA, Normand SL, Shepard DS. Cardiac rehabilitation and survival in older coronary patients. *Journal of the American College of Cardiology* 2009; 54(1): 25-33.
- Braunwald O. Heart disease: A text of cardiovascular medicine. 5th ed, London: Saunders Co; 2011.
- World Health Organization. Preventing chronic disease: A vital investment. 2010; October. Available From <http://www.who.int>.
- Amendola GM. Health care professionals and community members contributions. *Journal of Cultural Diversity* 2011; 18(3): 82-9.
- Black M, Hokason Hawks J. Medical surgical nursing: clinical management for positive outcomes. 8th ed, New York: Elsevier; 2009.
- Coyne L, Neill C, Murphy M, Costello T, Shea R. What does family-centered care mean to nurses and how do they think it could be enhanced in practice. *Journal of Advanced Nursing* 2011; 67(12): 2561-73.
- Lewis-Newby M, Curtis JR, Martin DP. Measuring family satisfaction with care and quality of dying in the intensive care unit: does patient age matter? *Journal of Palliative Medicine* 2011; 14(12): 1284-90.
- Hoseini Azizi T, Hasanzadeh F, Esmaily H, Ehsaei M, Masoudynia M. The effect of family supportive presence on the recovery of patients with brain injury in intensive care unit: A randomized clinical trial. *Journal of Nursing and Midwifery Urmia University of Medical Sciences* 2014; 11(12): 977-87. [Persian]
- Allister M, Dunn G, Payne K, Davies L, Todd Ch. Patient empowerment: the need to consider it as a measurable patient-reported outcome for chronic conditions. *Bio Med Central Health Services Research* 2012; 12(157): 2-8.
- Chan DK, Lansdale C, Ho PY, Yung PS, Chan KM. Patient motivation and adherence to post surgery rehabilitation exercise recommendation: The Influence of Physiotherapists' Autonomy-Supportive Behaviors. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2009; 90(12): 1977-82.
- Baljani E, Rahimi Jh, Amanpour E, Salimi S, Parkhashjoo M. Effects of nursing intervention on improving self-efficacy and reducing cardiovascular risk factors in patients with cardiovascular diseases. *Journal of Hayat* 2011; 17(1): 45-54. [Persian]
- Abedi HA, Salimi S, Feizi A, Safari A. Effect of self-efficacy enhancement program on self-care behaviors in chronic obstructive pulmonary disease. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery* 2013; 18(5): 421-2. [Persian]
- Samadi N, Safavi M, Mahmoodi M. The relationship between quality of life and self-esteem in patients with type 2 Diabetes in Ardabil. *Journal of Rafsanjan University Medical Science* 2013; 12(3): 251-6. [Persian]
- Chen WT, Wantland D, Reid P, Corless BL, Eller SL, Liping S, et al. Engagement with health care providers affects self-efficacy, self-esteem, medication adherence and quality of life in people living with HIV. *Journal of AIDS and Clinical Research* 2013; 4(11): 256-61.
- Khatiban M, Kheirollahi A, Oshvandi K, Alhani F, Feradmal J. The effect of family-based education on knowledge and self esteem of caregivers of patients with strokes: A randomized controlled trial. *Journal of Mazandaran University Medical Science* 2014; 23(110): 243-50. [Persian]
- Naderi M, Rajati F, Yusefi H, Tajmiri M, Mohebi S. Needs of intensive care unit patient families. *Journal of Health System Research* 2013; 9(5): 473-83. [Persian]
- Sykes Ch, Durham W, Kingstin P. Role of facilitators in delivery high quality practice education. *Journal of Nursing Management* 2013; 19(9): 16-22.
- Jones TM, Hush JM, Dear BF, Titov N, Dean CM. The efficacy of self-management programmers for increasing physical activity in community-dwelling adults with acquired brain injury (ABI): A systematic review. *Systematic Reviews* 2014; 3(39): 2-6.
- Wingo BC, Desmond RA, Brantley P, Appel L, Svetkey L, Stevens VJ, et al. Self-efficacy as a predictor of weight change and behavior change in the premier trial. *Journal of Nutrition Education and Behavior* 2013; 45(4): 314-21.
- Clary P. Patient empowerment and motivational interviewing: Engaging patients to self-manager their own care. *Nephrology Nursing Journal* 2009; 36(4): 409-413.
- Vahedian Azimi A, Alhani F, Ahmadi F, Kazemnejad A. Effect of application of family empowerment model - based on quality of life of patients with myocardial infarction. *Iranian Journal of Critical Care Nursing* 2010; 2(4): 127-32.
- Johnson BW, Redfield DL, Miller RL, Simpson RE. The coopersmith self-esteem inventory: a construct validation study. *Educational and Psychological Measurement* 1983; 43(3): 907-13.

23. Naghashzadeh F, Saadat H. American heart association (finding about cardiovascular care). introductory guide to coronary artery bypass surgery. Tehran: Published of Tehran University Medical Science; 2005.
24. Smeltzer S, Bare G, Hinkle L, Janice Ch. Medical Surgical Nursing. 12th ed, London: Lippincott Williams &Wilkins; 2010.
25. Houghton D. Introduction to critical care nursing. 5th ed, London: Saunders an imprint of Elsevier Inc; 2009.
26. Poshtchaman Z, Jadid Milani M, Atashzadeh Shoorideh F, Akbarzadeh Bagheban A. The effect of two ways of using the phone and SMS follow up care on treat adherence in Coronary Artery Bypass Graft Ptiens. Journal of Cardiovascular Nursing 2014; 3(2): 6-14. [Persian]
27. Kavehsavadkooh O, Zakerimoghadam M, Gheyasvan dian Sh, Kazemnejad A. Effect of self-management program on self-efficacy on hypertensive patients. The Journal of Mazandaran University of Medical Science 2012; 22(92): 19-28. [Persian]
28. Zhang S, Edwards H, Yates P, Li C, Guo Q. Self-efficacy partially mediates between social support and health-related quality of life in family caregivers for dementia patients in Shanghai. Journal of Dementia and Geriatric Cognitive Disorders 2014; 37(1-2): 34-44.
29. Kamimura A, Christensen N, Myers K, Nourian M, Ashby J, Greenwood J, et al. Health and diabetes self-efficacy: a sStudy of diabetic and non-diabetic free clinic patients and family members. Journal of Community Health 2014; 39(4): 783-91.
30. Au A, Lau K-M, Sit E, Cheung G, Lai MPhil M-K, Anges Wong SK, et al. The role of self-efficacy in the alzheimer's family caregiver stress process: a partial mediator between physical health and depressive symptoms. Clinical Gerontologist 2014; 33(4): 298-315.
31. Chien WT, Chiu YL, Lam LW, LP WY. Effects of a needs-based education programmed for family carrier with a relative in an intensive care unit. International Journal of Nursing Studies 2006; 43(1): 39-50.
32. Aggarwal B, Liao M, Allegrate JP, 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):380-8.
33. Choi J, Donahoe PM, Zullo GT, Hoffman AL. Caregivers of the chronically critically ill after discharge from the intensive care unit: six months experience. American Journal of Critical care 2011; 20(1): 12-23.
34. Delamater AM. Improving patient adherence. Journal of Clinical Diabetes 2006; 24(2): 71-7.
35. Bit Saeed Kh, Parandeh A, Alhani F, Salaree MM. Effectiveness of caregiver's empowerment on self-efficacy families of chemical victims. Iranian Journal of War and Public Health 2014; 6(2): 18-26. [Persian]

The Effect of Education with the partnership approach on the self-efficacy and self-esteem of family caregivers of patients undergoing Coronary Artery Bypass Graft (CABG)

Neda Sanaie¹, Fatemeh Alhani², Mitra Zolfaghari³

1. MSc in Intensive Care, School of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran
2. Associate Professor, Department of Nursing, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
3. Assistant Professor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Original Article

Medical - Surgical Nursing Journal, 2015; 4(3): 21-28.

ABSTRACT

Background and Objective: Care of patients undergoing coronary artery bypass graft (CABG) creates some concerns for family caregivers. Increasing the ability of caregivers as accompanies the patient is essential. The purpose of current study was to determine the effect of education with the partnership approach on the self-efficacy and self-esteem of family caregivers of patients undergoing coronary artery bypass graft.

Materials and Method: In this clinical trial study 102 caregivers of the hospitalized patients in cardiac surgery ward in one Hospital in Tehran, 2011 were selected through convenience sampling and randomly allocated into two intervention and control groups of 51 people. For intervention group, 5 sessions educational program with partnership approach were conducted. Self-efficacy and self-esteem of caregivers were measured before and 8 weeks after intervention through using the researcher-made questionnaires. Data analysis was done through PASW 18 Statistics and using independent and paired t-test, chi-square and Fisher exact test.

Results: In intervention group, the mean score of caregiver's self-efficacy was significantly increased from (29.49 ± 3.89) to (47.43 ± 1.93) ($p < 0.001$). As well as the mean score of caregiver's self-esteem was increased from (93.49 ± 6.03) to (126.13 ± 18.52) ($p < 0.001$). Also, the results of independent t-test showed the significant difference concerning the self-efficacy ($p < 0.001$) and self-esteem ($p < 0.002$) between two groups.

Conclusion: Education of family caregivers of patients undergoing coronary artery bypass graft with a partnership approach can lead to improvement the caregivers' self-efficacy and self-esteem and thus the increasing of their participation in efficient care. Therefore, application of this method is recommended in the educational process.

Keywords: Family-based Education, Self-efficacy, Self-esteem, Coronary Artery Bypass Graft

Correspondence:

Neda Sanaie
Zanjan University of
Medical Sciences

Email:

nedasanaie@ymail.com

Received: 26/07/2015
Accepted: 21/09/2015

Please cite this article as: Sanaie N, Alhani F, Zolfaghari M. The Effect of Education with the partnership approach on the self-efficacy and self-esteem of family caregivers of patients undergoing Coronary Artery Bypass Graft (CABG). *Medical- Surgical Nursing Journal* 2015; 4(3): 21-28.