

بررسی تأثیر پیگیری تلفنی بر خودکارآمدی رفتارهای تغذیه‌ای و فعالیت بدنی در بیماران پیوند عروق کرونر در بیمارستان نمازی شهر شیراز در سال ۱۳۹۴

مریم ناظر مظفری

کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران.

حکیمه حسین‌رضایی^۱

Mph، بجران و فورت‌ها و کارشناس ارشد آموزش پرستاری، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دانشجوی دکتری پرستاری، کرمان، ایران

سیدسعید نجفی

مربی پرستاری و عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ایران.

یونس جهانی

استادیار دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران

Effect of Telephone Follow-up (Tele-Nursing) on Nutritional Self-Efficacy and Physical Activity in Patients with Coronary Artery Bypass Graft in Shiraz Namazi Hospital in 2015

Maryam Nazer Mozafari. msc

Yones Jahani, Ph.D

Saied Saeid Najafi, MD

Hakime Hosein Rezaei, MPH. MSC. PhD student

ABSTRACT

Introduction: Increased empowerment of patients with coronary disease plays an important role in improving their health behaviors and one of the ways to increase this skill in patients is promoting self-efficacy which can also have a significant impact in improving the patient's condition as well as preventing complications and hospital readmissions.

Materials and methods: In this clinical trial, 80 patients with coronary artery disease hospitalized in Heart intensive care unit of Namazi Hospital of Shiraz were selected through convenient random sampling method given the entry and exit criteria and after obtaining informed consent from study participants, they were randomly assigned to two experimental and control groups (each group = 40 subjects). Phone intervention was done to follow up the adherence to diet and physical activity in the experimental group for 12 weeks. Before and after the intervention, nutrition self-efficacy questionnaire and physical activity self-efficacy questionnaire were completed by participants in the study. The data were analyzed using SPSS and t-test at the significant level ($p < 0.001$).

Results: the results showed no statistically significant difference between the intervention and control groups ($p > 0/05$). However, a statistically significant difference was found between two groups in this regard after intervention ($p < 0/05$).

^۱ نویسنده مسؤول / www.h_m5664@yahoo.com

Discussion: Based on the results of this study, it can be concluded that Tele-nursing leads to improved self-efficacy in patients in compliance with diet and physical activity.

Keywords: Coronary Artery Disease, telephone follow-up, self-efficacy.

چکیده

زمینه و هدف: افزایش توانمندسازی بیماران مبتلا به بیماری کرونر در جهت ارتقاء رفتارهای بهداشتی آنان نقش بسزایی دارد، یکی از راه‌های افزایش این مهارت در بیماران ارتقا خودکارآمدی است که می‌تواند در بهبود وضعیت بیمار و پیشگیری از بروز عوارض و همچنین بستری مجدد در بیمارستان مؤثر باشد. این مطالعه با هدف پیگیری تلفنی بر میزان کارآمدی در بیماران با پیوند عروق کرونری انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه کارآزمایی بالینی ۸۰ بیمار مبتلا به بیماری عروق کرونر بستری در بخش مراقبت‌های ویژه جراحی قلب بیمارستان نمازی شیراز به شیوه نمونه‌گیری تصادفی در دسترس با توجه به معیار ورود و خروج انتخاب و پس از کسب رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان در مطالعه به‌طور تصادفی به دو گروه مداخله و آزمایش (هر گروه ۴۰ نفر) تقسیم گردیدند. مداخله تلفنی جهت پیگیری تبعیت از رژیم غذایی و فعالیت بدنی در گروه آزمایش به مدت ۱۲ هفته انجام شد. قبل و بعد از مداخله پرسش‌نامه خودکارآمدی تغذیه‌ای و خودکارآمدی فعالیت بدنی توسط شرکت‌کنندگان در مطالعه تکمیل گردید. داده‌ها با نرم‌افزار spss و با استفاده از آزمون آماری تی، کای دو ویل کا کسون و من ویتنی در سطح معنی‌داری ($p < 0.001$) مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: در این مطالعه نمره میانگین رفتار تغذیه‌ای و فعالیت بدنی در دو گروه کنترل و آزمایش قبل از مداخله از نظر آماری معنادار نشده است. ولی اختلاف میانگین رفتار تغذیه‌ای و فعالیت بدنی در دو گروه بعد از مداخله از نظر آماری معنادار شده است ($p < 0.05$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه می‌توان نتیجه گرفت پیگیری تلفنی توسط پرستار، منجر به بهبود خودکارآمدی بیماران در تبعیت از رژیم غذایی و فعالیت بدنی می‌گردد.

کل واژگان: بیماری عروق کرونر، پیگیری تلفنی، خودکارآمدی.

مقدمه

امروزه، بیماری عروق کرونر قلبی از شایع‌ترین بیماری‌هایی است که به عنوان عامل اصلی ناتوانی و مرگ در انسان‌ها شناخته می‌شود (۱). پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ ابتلا به این بیماری علت اصلی کاهش کارآمدی افراد باشد (۲). یکی از عواملی که می‌تواند موجب افزایش احتمال بروز عوارض، افزایش مرگ و میر، ناتوانی و بالا رفتن هزینه‌های خدمات بهداشتی و درمانی شود، عدم پیگیری رژیم‌های درمانی و مراقبتی است. به عبارت دیگر، افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر به افزایش مهارت توانمندی‌های خود نیاز دارند. یکی از راه‌های افزایش توانمندی افراد، ارتقا خودکارآمدی است (۳). افرادی که دارای خودکارآمدی بیشتری هستند اهداف بالاتری را در نظر گرفته و در نتیجه رفتار آنها مطلوب‌تر می‌شود. در حالی که افرادی که خودکارآمدی پائین‌تری دارند، نتیجه رفتار آنها مناسب نیست. خودکارآمدی مشخص می‌کند افرادی که خودکارآمدی پائینی دارند به آسانی با مشکلات متقاعد می‌شوند که رفتار آنها بی‌فایده است و سریع دست از تلاش برمی‌دارند. اما افرادی که خودکارآمدی بالایی دارند، موانع را به‌وسیله بهبود مهارت‌های خودمدیریتی و پشتکار برطرف نموده در برابر مشکلات ایستادگی بر امور کنترل بیشتری یافته و عدم اطمینان کمتری را تجربه می‌کنند (۴). چپو و ونگ بیان می‌کنند که مدیریت بیماری‌های مزمن در واقع مراقبتی مداوم است که نیازمند پیگیری‌های مستمر و درگیر کردن بیمار در پایش وضعیت سلامت خود است؛ به علاوه درگیر کردن

بیمار در پایش وضعیت سلامت خود در حفظ سلامت بسیار اهمیت دارد (۵).

آموزش به همراه پیگیری‌های منظم، در جهت ارتقای رفتار بهداشتی در بیماران ضروری است. بیمارانی که تحت پیگیری قرار می‌گیرند احتمال بیشتری وجود دارد که رفتارهای نادرست خود را تغییر دهند. پیگیری تلفنی نوعی کاربرد تکنولوژی اطلاعات در امر مراقبت مدد جویان می‌باشد که جهت خودارزیابی، نظارت و تصمیم‌گیری و توصیه‌های لازم به کار می‌رود و بر اساس نیازهای مراقبتی بیمار در زمانی که بیمار در دسترس نیست، برنامه‌ریزی می‌شود در این روند، بیماران وضعیت عملکرد جسمانی خود را با مراقبین در میان گذاشته و با استفاده از تلفن مراقبت لازم بر اساس سن، جنس و مشکلات سلامتی به آن‌ها ارائه می‌گردد (۶).

عمل جراحی پیوند عروق کرونر روشی است که برای افزایش جریان خون و اکسیژن‌رسانی عضله قلب و تسکین درد قفسه سینه استفاده می‌شود. مطالعات نشان داده است که عمل جراحی پیوند عروق کرونر ممکن است درمان ترجیحی برای بیماران پرخطر نظیر افراد با انسداد و تعدد چند رگ، اختلال در عملکرد بطن و دیابتی‌ها باشد. کلیه بیماران در مدت بعد از عمل نیازمند یک مراقبت پیگیر خواهند بود؛ لذا در این راستا کلیه بیماران بایستی که به شکل نزدیک پیگیری شده و عواملی که باعث استعداد آنها به ابتلا به بیماری آترواسکلروتیک عروق کرونری و سایر بیماری‌های آترواسکلروتیک در سایر نواحی بدن می‌شود کنترل گردیده یا کاملاً برطرف شوند. (۷) در شرایطی که

بیماری قلبی و عروقی مهم‌ترین عامل مرگ و میر در کشورها به شمار می‌رود و تبعیت از رژیم غذایی مناسب یک عنصر کلیدی در مدیریت بیماری‌های قلبی است که بر سلامت قلبی عروقی به‌وسیله تغییر دادن در عوامل خطر فاکتورهایی مثل چاقی، چربی بالا و فشار خون می‌تواند بر سلامت قلب تأثیر بگذارد، در حالی که تغذیه نامناسب باعث افزایش فشارخون و چربی خون می‌شود که خطر سکتة قلبی و مغزی را در افراد افزایش می‌دهد (۸). سازمان جهانی بهداشت توجه به تغذیه سالم و انجام فعالیت جسمی را در رأس برنامه‌های این سازمان قرار داده، به علاوه در ۱۵ اولویت ارائه‌شده توسط لی و یون بر تغذیه و حفظ و ارتقاء فعالیت بدنی افراد جهت افزایش سطح سلامت و کیفیت زندگی تأکید گردیده است. توصیه انسان سالم برای فعالیت بدنی، حداقل ۳۰ دقیقه فعالیت بدنی متوسط برای اکثر روزها یا ترجیحاً کلیه روزهای هفته است که می‌تواند یکی از عوامل مؤثر در کاهش خطرات بیماری‌های قلب باشد (۹). کم‌هزینه بودن ورزش و نداشتن عوارض، موجب شده است که تحرک بدنی و انجام کامل فعالیت‌های روزانه در درمان بیماران مزمن بیشتر مورد توجه قرار گیرد.

بیشتر کشورهای آسیایی از جمله ایران در حال گذر از سبک زندگی سنتی به سبک زندگی متمدن هستند. تغییر در عادات غذایی باعث اضافه وزن و چاقی شده است (۱۰). رژیم غذایی مدیترانه‌ای رژیم پیشنهادی است که شامل سبزی‌ها، ماهی و محدودیت گوشت قرمز است که از میزان مرگ و میر به دنبال بیماری‌های قلبی عروقی می‌کاهد (۱۱).

عوارض پس از جراحی قلب تا حدی قابل کنترل است بنابراین می‌توان با آگاه کردن بیماران از روند بیماری و پیگیری روند بهبود از بروز عوارض ناخوشایند و بستری مجدد جلوگیری کرد و باعث افزایش رضایت مددجو، بهبود کیفیت زندگی، اطمینان از تداوم مراقبت، کاهش اضطراب و افزایش استقلال بیمار و نیز باعث بهبود ارائه مراقبت بهداشتی و کاهش هزینه‌ها گردید (۱۲). قابل به ذکر است اگرچه بعد از عمل بای پس عروق کرونر تأمین اکسیژن میوکارد تأمین می‌گردد و محدودیت‌ها در ارتباط با ایسکمی میوکارد بهبود می‌یابد اما این عمل در برگرداندن اثرات ناخوش همراه بیماری کافی نیست. فعالیت فیزیکی منظم برای رسیدن به مزایای عملکردی بای پس عروق کرونر و بهبود کیفیت زندگی لازم است. ورزش علائم بیماری و محدودیت فعالیت فیزیکی را بهبود می‌بخشد و همچنین باعث ارتقاء وضعیت فیزیکی روانی و اجتماعی در بیماران بعد از جراحی بای پس عروق کرونر می‌شود (۱۳).

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک کارآزمایی بالینی با گروه کنترل و جامعه پژوهشی آن شامل بیماران تحت عمل جراحی بای پس عروق کرونر بستری در بیمارستان نمازی شیراز بود. حجم نمونه با توجه به مطالعه مشابه بالجانی (۱۴) به تعداد ۴۰ نفر در هر گروه مداخله و کنترل و در مجموع ۸۰ نفر تعیین شد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نمونه‌ها در این پژوهش به روش تصادفی در دسترس انتخاب شدند. معیار ورود به مطالعه بیماران با عمل جراحی بای پس عروق کرونر، دسترسی به تلفن



متغیر جنس و تحصیلات نیز بدین صورت عمل شد که برای هر ترکیب جنس و تحصیلات تصادفی بلوکی به صورت جداگانه اعمال می‌شود. پرسشنامه خودکارآمدی رفتار تغذیه‌ای ۱۰ سؤالی شرر و مادوکس^۲ امتیازدهی آن بر اساس مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای (شامل گزینه‌های کاملاً موافقم، موافقم، تا حدودی موافقم، مخالف، کاملاً مخالف) و برای محاسبه نمره بر اساس مقیاس مذکور امتیاز ۵-۴-۳-۲-۱ به هر عبارت تعلق خواهد گرفت. حداقل نمره خودکارآمدی نسبت به رفتار تغذیه‌ای ۱۰ حداکثر ۵۰ است. امتیاز حاصل از این پرسشنامه به دو گروه خودکارآمدی مطلوب (نمره بالای ۲۵) و خودکارآمدی نامطلوب (نمره زیر ۲۵) تقسیم می‌شود. پس از تأیید اعتبار و پایایی ابزار، توسط بیماران واجد شرایط ورود به مطالعه تکمیل گردید. پرسشنامه خودکارآمدی فعالیت بدنی پرسشنامه ۸ سؤالی پندر ۱ که بر اساس مقیاس لیکرت^۳ شامل گزینه‌های اصلاً درست نیست، خیلی درست نیست، در حد متوسط، کمی درست است، کاملاً درست است تهیه شده استفاده می‌شود، سؤالات پرسشنامه دارای ۵ گزینه است که از نمره‌ی یک تا پنج شماره‌گذاری شده است. حداقل نمره خودکارآمدی ۸ و حداکثر ۴۰ است که نمره بالاتر خودکارآمدی بیشتر را نشان می‌دهد که پس از تأیید اعتبار و پایایی ابزار، توسط بیماران واجد شرایط ورود به مطالعه تکمیل گردید. فرم پژوهشگر ساخته پیگیری تلفنی شامل (تاریخ پیگیری، زمان تماس، مدت مکالمه، رژیم توصیه شده، ثبت دلایل عدم رعایت رژیم غذایی) مربوط

ثابت و یا همراه، رضایت آگاهانه و علاقه‌مندی به شرکت در مطالعه، و عدم سابقه ابتلا به بیماری‌های روانی بود. معیارهای خروج از مطالعه، ناتوانی در انجام فعالیت بدنی در افرادی که به دلیل شدت بیماری و وضعیت بیماری توسط پزشک جراح از انجام فعالیت بدنی منع شده‌اند، بستری شدن مجدد در طی مطالعه، قطع ارتباط تلفنی، عدم تمایل به همکاری (۱۰). در ابتدا پژوهشگر خود را به بیماران معرفی و بر اساس شرایط ورود به مطالعه، به انتخاب بیماران اقدام و پس از معرفی کامل طرح و ارائه توضیح در مورد اهداف طرح به زبان ساده از آنها خواسته شد که فرم رضایت کتبی را مطالعه کرده و در صورت تمایل تکمیل کنند. به شرکت‌کنندگان اعلام شد که شرکت در مطالعه اختیاری می‌باشد و در هر لحظه که مایل باشند می‌توانند از مطالعه خارج شوند. ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه شامل موارد زیر است: در ابتدا بیماران پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک را که شامل سؤالاتی در مورد سن جنس وضعیت تأهل بود پر کردند. نمونه‌ها به روش تصادفی بلوکی به دو گروه کنترل و مداخله که در هر گروه ۴۰ بیمار به عنوان نمونه انتخاب شدند. برای تخصیص افراد به دو گروه مطالعه و کنترل از روش تصادفی بلوکی استفاده می‌گردد، بدین صورت که از بلوک‌های ۴ تایی و در هر بلوک ۲ نفر مطالعه و ۲ نفر کنترل وجود دارد و به طور کلی ۶ بلوک چهار تایی وجود دارد که چیدمان ۲ نفر مطالعه و کنترل در آن تصادفی است و ما به‌طور تصادفی یکی از شش بلوک را انتخاب کرده و افراد در آن قرار می‌گیرند و این روند تا تکمیل حجم نمونه ادامه دارد. برای همسان‌سازی دو

² . Sherer and Modox

³ . Licert



به رعایت رژیم غذایی و پیگیری مربوط به فعالیت فیزیکی منظم (نوع فعالیت بدنی، مدت زمان فعالیت، دلایل عدم رعایت فعالیت فیزیکی) و همچنین توصیه‌های ارائه شده هم ثبت خواهد شد. روش انجام کار بدین صورت بود که جهت انجام پژوهش نمونه‌ها به ۲ گروه مداخله و کنترل و که در هر گروه ۴۰ بیمار قرار می‌گیرند که پس انجام تصادفی بلوکی و همانندسازی نمونه‌ها، پرسشنامه‌های خودکارآمدی فعالیت بدنی و رفتار تغذیه‌ای تکمیل گردید و سپس نمونه‌ها در ۲ گروه کنترل و مطالعه تحت آموزش حین ترخیص قرار می‌گرفتند (آموزش توسط کارکنان متبحر و باتجربه بخش طبق دفترچه تأیید شده توسط متخصصان قلب و عروق صورت می‌گرفت). بیماران گروه مطالعه از یک هفته پس از ترخیص، در فاصله زمانی ۱۲ هفته طبق مطالعات مشابه (۱۵) بدین صورت که تماس‌های تلفنی جهت پیگیری در ماه اول هفته‌ای دو بار و طی ماه دوم و سوم هفته‌ای یکبار، تماس‌ها به مدت ۱۵ تا ۲۰ دقیقه به طول می‌انجامد و در فاصله زمانی ۸ صبح تا ۸ شب صورت می‌گیرد. محتوای تماس تلفنی شامل معرفی خود و پرسش در مورد وضعیت عمومی بیمار. میزان تبعیت بیمار از رژیم غذایی و فعالیت بدنی و بررسی اهداف توافق شده و در صورت عدم رعایت موارد توافقی بحث و ارائه راهکار جهت رفع مشکل. پایان تماس با استفاده از جملات تشویقی و تعیین تماس بعدی. لازم به ذکر است که هیچ‌گونه پیگیری تلفنی برای گروه کنترل صورت نگرفت. فرم پیگیری تلفنی مربوط به رعایت رفتار غذایی و فعالیت بدنی که جهت بررسی تأثیر مداخله در طول زمان در گروه مداخله بود از طریق

تماس پژوهشگر با بیمار و پر کردن فرم پژوهشگر که بر اساس فرم خود گزارش دهی که نزد بیمار می‌بود و به‌طور روزانه تکمیل می‌گردید و طی تماس تلفنی به اطلاع پژوهشگر می‌رسید، تکمیل گشت، پس از گذشت ۱۲ هفته از انجام مداخله پرسشنامه خودکارآمدی رفتار تغذیه‌ای و فعالیت جسمی که یک‌بار قبل از انجام مداخله در بخش تکمیل شده بود مجدداً توسط ۲ گروه کنترل و مطالعه تکمیل شد. با توجه به عدم سکونت اکثر بیماران در شهر شیراز و عدم امکان دسترسی به آنها، پرسشنامه‌ها به روش تلفنی در هر دو گروه تکمیل شد.

نتایج

میانگین سن افراد در گروه آزمایش ۵۳/۸۰ با انحراف معیار ۷/۰۷ و در گروه کنترل ۵۳/۸۸ با انحراف معیار ۷/۸۲ که بر اساس نتایج این آزمون بین دو گروه از نظر وضعیت سنی تفاوت معناداری وجود نداشت ($p>0/05$)؛ و ۵۰ درصد (۲۰ نفر) افراد مذکر و ۵۰ درصد (۲۰ نفر) زن ولی در گروه کنترل ۶۰ درصد مرد بودند. تنها ۵ درصد بیماران در هر دو گروه تحصیلات دانشگاهی داشتند و مابقی دیپلم و زیر دیپلم و یا بی‌سواد بودند که بر اساس آزمون کای اسکوتر بین دو گروه از نظر وضعیت تحصیلات و همچنین از نظر وضعیت بیماری زمینه‌ای تفاوت معناداری وجود نداشت ($p>0/05$). جدول شماره ۱ بیانگر این موضوع است. با توجه به بررسی وضعیت نمره خودکارآمدی رفتار تغذیه‌ای واحدهای مورد پژوهش قبل و بعد از مداخله نشان داد که خودکارآمدی رفتار تغذیه‌ای در گروه کنترل و گروه آزمایش تفاوت معنی‌داری دارد ($Pvalue=0/000$) همچنین که در جدول ۲ نتایج آورده شده است. همچنین نتایج حاصل از آزمون‌های آماری در جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که در خودکارآمدی فعالیت بدنی

بیماری زمینه‌ای ارتباط معنی‌دار نبود اما در مورد متغیر جنس از لحاظ آماری معنی‌دار شد. (pvalue = ۰/۳۰) که نتایج در جدول ۴ و ۵ آورده شده است.

بین دو گروه تفاوت معنی‌دار آماری وجود دارد (Pvalue=۰/۰۰۰). بین متغیرهای جنس و سطح تحصیلات و بیماری زمینه‌ای با خودکارآمدی رفتار تغذیه‌ای ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. بین خودکارآمدی فعالیت جسمانی و سطح تحصیلات و

جدول ۱: توزیع فراوانی وضعیت تحصیلات، بیماری زمینه‌ای و جنس در گروه‌های مورد پژوهش

p-value	درجه آزادی	χ ²	گروه کنترل	گروه آزمایش	متغیر	
			درصد (تعداد)	درصد (تعداد)		
۰/۱۸۰	۳	۰/۱۹۸	۱۰ (۲۵)	۱۴ (۳۵)	بیسواد	
			۱۲ (۳۰)	۱۰ (۲۵)	زیر دیپلم	
			۱۶ (۴۰)	۱۴ (۳۵)	دیپلم	
			۲ (۵)	۲ (۵)	تحصیلات دانشگاهی	
۰/۳۲	۱	۰/۱۹۵	۱۴ (۳۵)	۱۰ (۲۵)	ندارد	
			۲۶ (۶۵)	۳۰ (۷۵)	دارد	
۰/۳۶	۱	۰/۱۸۰	۱۶ (۴۰)	۲۰ (۵۰)	زن	
			۲۴ (۶۰)	۲۰ (۵۰)	مرد	

جدول ۲: آزمون یومن- ویتنی برای خودکارآمدی رفتار تغذیه‌ای در گروه کنترل و گروه آزمایش بعد از مداخله

آمار آزمون یومن - ویتنی			گروه کنترل	گروه آزمایش	گروه کنترل	گروه آزمایش	نام متغیر	
P-value	Z	U	دامنه میان چارکی (IQR)	دامنه میان چارکی (IQR)	میانه	میانه		
			۰/۲۱۷	-۱/۲۳	۶۷۲/۰۰	۱۷/۲۵	۱۱/۷۵	۳۱
۰/۰۰۰	-۳/۹۱	۳۹۴/۰۰	۱۲/۵۰	۸/۷۵	۳۵/۵۰	۴۲/۵۰	بعد از مداخله	

جدول ۳: آزمون یومن- ویتنی برای خودکارآمدی فعالیت بدنی در گروه کنترل و گروه آزمایش قبل و بعد از مداخله

آماره آزمون یومن - ویتنی			گروه کنترل	گروه آزمایش	گروه کنترل	گروه آزمایش	نام متغیر	
P-value	Z	U	دامنه میان چارکی (IQR)	دامنه میان چارکی (IQR)	میانه	میانه		
			۰/۲۴۷	-۱/۱۵۹	۶۸۰/۰۰	21	14	۱۹/۵۰
۰/۰۰۰	-۳/۵۸	۴۲۸/۰۰	۹/۵۰	۶/۷۵	۱۷	۲۵/۵۰	بعد	

جدول ۴: ارتباط بین نمره خودکارآمدی رفتار تغذیه ای با خصوصیات دموگرافیک بیماران پیوند عروق کرونر

نام متغیر	تعداد	میانگین رتبه ای	آماره آزمون
بیماری زمینه‌ای	بیماری زمینه‌ای ندارد	۱۹/۳۰	P-value= ۰/۷۰۷ U= 138/00 Z=-0/376
	بیماری زمینه‌ای دارد	۲۰/۹۰	
جنسیت	زنان	23	P-value= ۰/۰۷۳ U= 13۴/00 Z=-۱/۷۹
	مردان	۱۷	
سطح تحصیلات	پیسواد	۱۴	$\chi^2=۲/۶۴$ $d.f=۳$ P-value= ۰/۴۴۹
	زیر دیپلم	۱۰	
	دیپلم	۲۳/۲۱	
	تحصیلات دانشگاهی	۱۸/۵۰	

جدول ۵: ارتباط بین نمره خودکارآمدی فعالیت بدنی با خصوصیات دموگرافیک بیماران پیوند عروق کرونر

نام متغیر	تعداد	میانگین رتبه ای	آماره آزمون
بیماری زمینه‌ای	بیماری زمینه‌ای ندارد	۱۵/۱۰	P-value= ۰/۰۹۰ U= 96 Z=-1/69
	بیماری زمینه‌ای دارد	۲۲/۳۰	
جنسیت	زنان	۲۴/۵۰	P-value= ۰/۰۳۰ U= ۱۲۰ Z=-۲/۱۷
	مردان	۱۶/۵۰	
سطح تحصیلات	پیسواد	۱۹/۰۷	$\chi^2=۶/۵۷$ $d.f=۳$ P-value= ۰/۰۸۷
	زیر دیپلم	۲۳/۱۰	
	دیپلم	۲۲/۷۹	
	تحصیلات دانشگاهی	۱۷/۵۰	

نمازی شیراز در سال ۹۴ بوده است. نتایج این مطالعه نشان داد که پیگیری تلفنی توسط پرستار منجر به بهبود خودکارآمدی بیماران در تبعیت از رژیم غذایی و فعالیت بدنی می‌گردد. در ارتباط با خودکارآمدی تغذیه‌ای نتایج این

بحث
 پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر پیگیری تلفنی (تله نرسینگ) بر خودکارآمدی رفتار تغذیه‌ای و خودکارآمدی فعالیت بدنی در بیماران پس از عمل جراحی عروق کرونر در بیمارستان



جسمی مطلوب بهره‌مند نیستند (۱۸) و این در حالی است که بروز و شدت علائم بیماری‌های قلبی - عروقی با ورزش نسبت معکوس دارد یعنی هر قدر افراد بیشتر به فعالیت جسمانی بپردازند میزان ابتلا به بیماری قلبی عروقی و تلفات ناشی از آن کمتر می‌باشد (۱۹)

در مطالعه‌ای توسط باس^۴ و همکاران با هدف بررسی ارتباط خودکارآمدی و دریافت محدود مواد غذایی با کاهش وزن در زنان و مردان دارای اضافه وزن انجام شد مشاهده گردید نمره بالای خودکارآمدی رفتار تغذیه‌ای با کاهش وزن و کنترل وزن همبستگی دارد (۲۰)

بررسی رفتارها و پیگیری مددجو در منزل باعث می‌شود رفتارهای بهداشتی آموزش داده شده در زمینه کنترل بیماری با پیگیری و تجدید نکات آموزشی در مددجویان نهادینه‌تر شود که این خود باعث کاهش دفعات بستری، کاهش هزینه‌های اقتصادی، افزایش طول عمر و کاهش مرگ و میر این بیماران می‌شود. خودکارآمدی رفتار تغذیه‌ای با متغیرهای سطح تحصیلات و بیماری زمینه‌ای و همچنین جنس ارتباط معنی‌دار آماری ندارد. خودکارآمدی فعالیت بدنی نیز با متغیرهای سطح تحصیلات و بیماری زمینه‌ای ارتباط معنی‌دار آماری ندارد در حالی که خودکارآمدی فعالیت بدنی در زنان و مردان تفاوت معنی‌داری دارد و مداخله در زنان بیشتر مؤثر بوده است. این در حالی است که مطالعه حسین زاده و همکاران بیان می‌کند مردان بیش از زنان دارای خودکارآمدی عمومی مطلوب

پژوهش مؤید آن است که خودکارآمدی رفتار تغذیه‌ای در گروه مداخله از لحاظ آماری معنی‌دار شده و این بدان معناست که اگر رفتار تغذیه‌ای پس از مداخله افزایش یافته به خاطر پیگیری‌های تلفنی بوده است. نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه جوانمردی و همکاران که در بیماران مبتلا به کبد چرب غیر الکلی در شیراز انجام شد همخوانی دارد به این ترتیب که نتایج حاصل از مطالعه تأثیر مثبت پیگیری تلفنی بر خودکارآمدی تغذیه‌ای و فعالیت بدنی در بیماران مبتلا به کبد چرب غیر الکلی بعد از مداخله را نشان داد (۹). همچنین مطالعات مشابهی توسط موسوی فرد و همکاران (۱۶) نیز که در این زمینه صورت پذیرفته به نتایج مشابهی در زمینه تأثیر مثبت پیگیری تلفنی پرستار بر تبعیت از رژیم غذایی دست یافته‌اند؛ اما نتایج حاصل از مطالعه فرجی و همکاران در سال ۲۰۱۲ در بیماران با سابقه فشار خون بیان می‌کند که مشاوره پرستاری پیگیرانه می‌تواند در سایر وضعیت‌های مزمن که نیازمند مراقبت طولانی مدت و پیگیری‌های منظم است ارزشمند باشد ولی در کوتاه مدت در افزایش پایبندی بیماران به رفتارهای خودمراقبتی تأثیری نداشته است (۱۷). نتایج این پژوهش در مورد خودکارآمدی فعالیت بدنی نیز نشان داد که این رفتار در گروه آزمایش بعد از مداخله افزایش داشته ولی در گروه کنترل کاهش داشته است. متأسفانه به نظر می‌رسد اکثر مردم هنوز به اهمیت فعالیت‌های جسمانی پی نبرده‌اند و شاید آن را کم‌اهمیت می‌پندارند. در همین راستا منابع معتبر اعلام کردند بیش از ۶۰ درصد افراد بزرگسال از فعالیت

⁴. bass



هستند (۲۱). بنابراین می‌توان گفت که پیگیری تلفنی پرستار و ارائه حمایت و تشویق کلامی و دادن بازخورد مناسب به بیماران در زمینه انجام فعالیت بدنی و رعایت رژیم غذایی می‌تواند در ارتقای خودکارآمدی بیماران در این زمینه مؤثر واقع گردد و همان‌طور که قبلاً نیز گفته شد جهت افزایش احتمال انجام رفتارهای بهداشتی می‌بایست خودکارآمدی تقویت گردد که جهت انجام این مهم در بلندمدت نیاز به تکرار مطالب و آموزش و پیگیری توسط گروه‌درمانی مخصوصاً پرستار می‌باشد و استفاده از تله نرسینگ در این زمینه به‌عنوان یک روش پیگیری می‌تواند بسیار مؤثر واقع گردد.

نتیجه‌گیری

مدیریت بیماری‌های مزمن در واقع نیازمند مراقبت مداوم و پیگیری‌های مستمر و درگیر کردن بیمار در پایش وضعیت سلامت خود است و مراقبت مؤثر زمانی میسر است که رابطه پرستار بیمار و خانواده وی مداوم داشته باشد.

از آنجا که پرستاران بزرگ‌ترین گروه حرفه‌ای در سیستم مراقبت‌های بهداشتی هستند می‌توانند با برقراری ارتباط بیشتر و نزدیک‌تر با بیماران و خانواده‌های آنها در پیگیری و کاهش دوره بیماری نقش بسزایی داشته باشند. مشاوره‌های پیگیر با استفاده از سیستم‌های ارتباط جمعی می‌تواند فواید بالقوه‌ای در بهبود فرایند درمان بیماران داشته باشد. در واقع پیگیری‌های منظم و ارائه خدمات مشاوره از طریق تلفن پس از مشاوره‌های کلینیکی تداوم‌بخش و تکمیل‌کننده تأثیرات آموزشی دریافتی بیماران و

باعث تثبیت رفتارهای سلامتی و بهبود نتایج حاصل از درمان می‌شود. از نتایج حاصل از این مطالعه نیز می‌توان دریافت که این نوع پیگیری توسط پرستار باعث بهبود رفتارهای سلامت مربوط به بیماری از طریق افزایش آگاهی و خودکارآمدی بیماران در انجام این رفتارها گردیده است و به‌طور کل می‌توان گفت این نوع مشاوره باعث تداوم و استمرار ارتباط درمانی بین بیمار و سیستم بهداشتی شده و می‌تواند بر همهی جنبه‌های ارائه خدمات بهداشتی و پیامدهای آن تأثیر مثبت داشته باشد و می‌تواند نقش پرستار را در پیشگیری سطح سوم در بیماری‌های مزمن پررنگ‌تر کند و از ایجاد ناتوانی و عوارض ناشی از بیماری و همچنین بستری مجدد جلوگیری نماید.

تشکر و قدردانی: نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند مراتب تقدیر و تشکر خود را به بیمارانی که جهت انجام عمل پیوند عروق کرونر به مرکز درمانی آموزشی بیمارستان نمازی مراجعه کردند و در این پژوهش همکاری داشتند اعلام دارند. همچنین پژوهش حاضر حاصل پایان‌نامه مریم ناظر مظفری می‌باشد که به‌صورت طرح تحقیقاتی اجرا شد که بدین وسیله از حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان جهت تصویب و حمایت از این طرح و بیمارستان نمازی شیراز جهت همکاری در اجراء پژوهش قدردانی می‌شود.

REFERENCES

1. F A, F G, HA A, SH A, S F. effect of continuos consultation care model on rehospitalization and chest pain in patient J of GHazvin University of MED SCI. 2005;35:99-103.
2. Azadi F, Mohammadi I. Effects Of Partnership Care Model On Quality Of Life Of Coronary Artery Disease Patients. 2006.
3. Masoumi M ea. Epidemiological Evaluation of Coronary Artery Disease (CAD) in Patients Refferd to Cardiovascular Centers of Kermanshah. . Behbood. 2004;8(2):37-46.
4. M Hn, M A, S A, A H. the role of self efficacy in dietary behaviour among female students hn kerman high school in 1386. shahid sadoughi univ med sci. 2009;16(3):49-56.
5. Cw c, Fk w. effect of 8 weeks sustained follow-up after a nurse consultation on hypertantion :randomized trial. intrenational jornal of nursing studies 2010;47:1374-82.
6. K w, Fk w, Mf C. effect of nurse-initiated telephon follow-up on self efficacy among patient with chronic obstructive pulmonary disease J Adv nurse. 2009;49(2):210-22.
7. James A, Jamison M, Biswas M. Acute mocardial infarction in pregnancy: A unittd states population base study circulation; 2015.
8. Parikh P, McDaniel MC, Ashen MD, Miller JI, Sorrentino M, Chan V, et al. Diets and cardiovascular disease: an evidence-based assessment. Journal of the American College of Cardiology. 2005;45(9):1379-87.
9. Gh Sr, S M, M M. Evaluation ofcardiovascular diseasein elderly of Member of Esfahanretired peoplewith a historyofphysical activityinmiddle-age in 1385. . J Gonabad University vascular diseasein 2006;13(2): ۵۷-۶۲
10. S JF. The effect of nurse telephon follow-up (telenursing) on the self-efficacy of dietary behavior and physical activity in patiens with non alcholic fatty liver disease referred to subspeciality gastrointestinalclinicof shiraz in 2014. shiraz univ of Med sci: shiraz; 2014.
11. suddarth Ba. Text book of medical surgical nursing edition. 13th, editor2014.
12. V Z, L V, R m, A G. current state of patient education:perception of nurses in training center-tabriz.nursing &midwifery. journal of Tabriz. 2010.
13. Dougherty CM ea, . Reliability and Validity of the Self- Efficacy Expectations and Outcome Expectations after Implantable Cardioverter Defibrillator Implantation Scales. Appl Nurs Res. 2007;20(3):116-24.
14. E B, Jh R, E A, S S, M P. Effects of a Nursing Intervention on Improving Sel-fEfficacy and Reducing Cardiovascular Risk Factors in Patients with Cardiovascular Diseases Journal of Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. 2011;17(1):45-54.
15. N P, KH ER, A T, H E. Effectof Education onthe Weight SelfEfficacy lifestyle among Adolescent Girls with Overweightand Obesity Annaghane-danesh, Yasuj University of Medical Sciences Journal (YUMSJ). 2012;17(2)
16. A Mf, M z, sh p, H h. effect of two following method(mobile&telephone) on adherence to regimen in patient with diabetes. iranian journal of diabetes&lipid disorder 2011;10(4):407-18.
17. M. F. THE EFFECT OF SUSTAINED NURSING CONSULT BY TELEPHON (TELENURSING) ON ADHERENCE TO SELF CARE AND BLOOD PRESSURE IN HYPERTENSIVE PATIENT REFFERING TOCARDIOVASCULAR CLINIC AFFILATED SHIRAZ UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCE (DISSERTATION). . SHIRAZ UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCE 2۰12.
18. Geneva W. Global Strategy on Diet Physical Activity and Health 2007.
19. Dept WHOFS. Terrorist threats to food: guidance for establishing and strengthening prevention and response systems: World Health Organization; 2002.
20. M B, S D. Self efficacy and restrained eating in relation to weight less among overweight men and women in turkey. Appetite. 2009;52:209-16.
21. SC. S ,BG B, Brunner, Suddarth. Textbook of Medical Surgical Nursing. Philadelphia: Lippincott.: Williams and Wilkins; 2014. p. 632-3.