

بررسی تبعیت از درمان بیماران بعد از جراحی پیوند شریان کرونر در بیمارستان‌های شهر تهران سال ۱۳۹۳

زهرا پشت چمن^۱، مریم جدید میلانی^{۲*}، فروزان آتش زاده شوریده^۳، علیرضا اکبرزاده باغبان^۴

^۱ کارشناس ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

^۲ استادیار، دکترای تخصصی پرستاری، گروه پرستاری، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه شاهد، تهران، ایران

^۳ استادیار، دکترای تخصصی پرستاری، گروه مدیریت پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

^۴ دانشیار، دکترای آمار زیستی، گروه علوم پایه، عضو هیات علمی دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

* نشانی نویسنده مسئول: تهران، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه شاهد، مریم جدید میلانی

E-mail: milani2000ir@yahoo.com

وصول: ۹۳/۵/۲۷، اصلاح: ۹۳/۹/۱، پذیرش: ۹۳/۹/۱۵

چکیده

زمینه و هدف: ازدیاد روز افزون بیماری‌های قلبی، افزایش میزان بستری ناشی از این بیماری‌ها و هزینه بالای مراقبت و درمان، نظام سلامت را در قرن حاضر با چالش مهمی مواجه کرده است. به همین دلیل پیشگیری از عوارض بیماری‌های قلبی و درمان موفق آن‌ها ضروری بوده است. از طرفی، این امر تنها با مشارکت فعال بیماران در امور درمان و اجرای توصیه‌های اعضای تیم درمان میسر است؛ که از آن تحت عنوان تبعیت از درمان یاد شده است. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تعیین وضعیت تبعیت از درمان بیماران بعد از جراحی پیوند شریان کرونر در شهر تهران سال ۱۳۹۳ انجام شد.

مواد و روشها: این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی بوده که بر روی ۷۰ بیمار تحت جراحی پیوند شریان کرونر که در بخش‌های جراحی قلب بیمارستان‌های شهر تهران بستری بودند، انجام شد. ابزار پژوهش شامل اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه تبعیت از درمان بود که حدود پنج روز بعد از عمل جراحی پیوند شریان کرونر و قبل از ترخیص، توسط بیماران بستری در بخش جراحی قلب تکمیل گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون و آزمون کای دو با استفاده از نرم‌افزار spss18 استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد میانگین امتیاز تبعیت از درمان در بیماران $8/08 \pm 59/36$ می‌باشد. بیشترین امتیاز حیطه‌ها مربوط به حیطه تلفیق درمان با زندگی $68/06 \pm 19/34$ و کم‌ترین امتیاز مربوط به حیطه تدبیر در اجرای درمان $44/52 \pm 25/62$ می‌باشد. بین تمام حیطه‌های تبعیت از درمان ارتباط معنی‌دار وجود داشت ($p = 0/0001$) جز بین حیطه اهتمام در درمان با حیطه تدبیر در اجرای درمان و حیطه تمایل به مشارکت در درمان با تعهد به درمان که ارتباط معنی‌دار وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که در بیماران بعد از عمل جراحی پیوند شریان کرونر، هماهنگی درمان با شرایط زندگی و برخورداری از حمایت اجتماعی از جانب خانواده و دوستان با اطاعت و پایبندی بهتری به تبعیت از درمان همراه می‌باشد و پیشنهاد می‌گردد تبعیت از درمان به عنوان یک برنامه آموزشی در مراقبت پرستاری از این بیماران تبدیل گردد.

واژه‌های کلیدی: تبعیت از درمان، جراحی پیوند شریان کرونر.

مقدمه

بیماری‌های قلبی عروقی علت اصلی مرگ و میر در کل دنیا می‌باشند؛ به طوری که حدود ۱۶ میلیون مرگ در دنیا به علت بیماری عروق کرونری اتفاق می‌افتد که ۸۲ درصد آن در کشورهای در حال توسعه مشاهده می‌شود (۱). شایع‌ترین بیماری قلبی عروقی، بیماری شریان کرونر است (۲). در واقع، بیماری شریان کرونر اختلالی است که به طور عمده با تنگی مجرای شریان کرونر به وسیله ضایعه آترواسکلروتیک مشخص می‌شود و تا سال ۲۰۲۰ مهم‌ترین بیماری در جهان از نظر اقتصادی قلمداد می‌شود (۳).

امروزه روش‌های مختلفی جهت درمان بیماری عروق کرونر وجود دارد که جراحی پیوند شریان کرونر در بسیاری از موارد درمان انتخابی است (۴). این روش علاوه بر این که نقش مهمی در تسکین آلام و درد بیماران دارد، باعث افزایش بقا نیز می‌شود (۵). چرا که در مقایسه با درمان طبی، عمل پیوند شریان کرونر در رفع دردهای آنژیینی و افزایش سطح تحمل فعالیت، مؤثرتر می‌باشد (۶). مطالعات نشان می‌دهند که در حدود ۸۴ درصد بیماران جراحی قلب، حداقل دو یا سه انتظار از نتیجه عمل جراحی دارند. این موارد شامل طولانی شدن عمر، بهتر شدن کیفیت زندگی، افزایش قدرت ورزش کردن و فعالیت و راحت شدن از درد می‌باشد (۷). اگرچه بیشتر بیماران بهبود و سلامتی بعد از عمل را گزارش می‌کنند؛ اما، بسیاری نیز دوره بهبودی و بازتوانی را به عنوان یک مجموعه فرآیندی با عوارض طولانی مدت و کوتاه مدت شرح می‌دهند. پس می‌توان با پیش‌بینی نیازها و مداخلات مناسب از بروز این مشکلات پیشگیری نمود (۸).

از سویی ازدیاد روز افزون بیماری‌های قلبی، افزایش میزان بستری شدن ناشی از این بیماری‌ها و هزینه بالای مراقبت و درمان، نظام سلامت را در قرن حاضر با چالش مهمی مواجه کرده است (۹). به همین دلیل پیشگیری از عوارض بیماری‌های قلبی و درمان موفق

آن‌ها ضروری بوده و نیازمند انجام اقدامات پیشگیرانه و درمانی مانند فعالیت‌های فیزیکی، رعایت رژیم غذایی مناسب و تداوم در مصرف داروهای مربوط است. این امر تنها با مشارکت فعال بیماران در امور درمان و اجرای توصیه‌های اعضا تیم درمان میسر است؛ که از آن تحت عنوان تبعیت از درمان یاد شده است (۱۰). در واقع یکی از اصلی‌ترین نگرانی‌ها و مشکلات بالینی کارکنان نظام سلامت، مشکلات مربوط به عدم تبعیت بیماران از رژیم درمانی تجویز شده می‌باشد. این امر در بیماری‌های مزمن هم‌چون بیماران قلبی که به مدت طولانی از درمان تجویز شده پیروی می‌نمایند، اهمیت بیشتری پیدا می‌کند (۱۱).

بیماری‌های مزمن از جمله بیماری‌های قلبی تا حد زیادی به میزان تبعیت از درمان بستگی دارد (۱۲)؛ تا حدی که اگر بیماران توصیه‌های درمانی را به کار نیندند؛ حتی بهترین رژیم درمانی نیز بی‌ارزش می‌گردد (۱۳). در واقع تبعیت از درمان به این معنی است که کلیه رفتارهای بیمار در جهت توصیه‌های ارائه شده از سوی مراقبین بهداشتی درمانی باشد (۱۴).

در زمینه اهمیت تبعیت از رژیم درمانی در بیماران قلبی می‌توان به مطالعه حیدری اشاره نمود. چراکه، بر اساس این مطالعه عدم تبعیت از رژیم‌درمانی در بیماران قلبی به عنوان یکی از عواملی است که می‌تواند منجر به بستری مجدد این بیماران گردد و ارایه‌ی راهکار-هایی جهت تبعیت از رژیم‌درمانی در بیماران قلبی باید مورد توجه قرار گیرد (۱۵).

ارتقای سلامت به عنوان اصلی‌ترین پیامد تبعیت از درمان است که خود می‌تواند پیامدهای دیگری را به طور سلسله‌وار ایجاد نماید که در نهایت کیفیت زندگی بیمار را ارتقا می‌دهد (۱۶). بنابراین، با توجه به اهمیت تبعیت از درمان در سلامت و کیفیت زندگی بیماران جراحی قلب، مطالعه حاضر با هدف تعیین چگونگی وضعیت تبعیت از درمان بیماران جراحی پیوند شریان کرونر بستری در بخش جراحی قلب بیمارستان‌های

منتخب شهر تهران در سال ۱۳۹۳ انجام شد.

بود (۱۶) و در پژوهش حاضر نیز ضریب همبستگی با استفاده از آزمون مجدد $r = 0/73$ محاسبه شد.

در این مطالعه پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و تبعیت از درمان، حدود پنج روز بعد از عمل جراحی پیوند شریان کرونر و قبل از ترخیص، توسط بیماران بستری در بخش جراحی قلب بیمارستان‌های شهر تهران تکمیل گردید.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون و آزمون کای دو و با استفاده از نرم‌افزار spss18 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

نتایج پژوهش بر روی ۷۰ بیمار که جراحی پیوند عروق کرونر انجام داده بودند، نشان داد که میانگین سن بیماران $58/32 \pm 9/4$ سال با دامنه بین ۴۰ تا ۷۵ سال بود که اکثریت بیماران مرد (۶۲/۹ درصد) و متأهل (۸۵/۷ درصد) بودند. ۶۵/۷ درصد بیماران تحصیلات زیر دیپلم داشتند. مدت زمان ابتلا به بیماری عروق کرونر ۳۸ درصد بیماران، کم‌تر از یک سال بوده است. ۵۸/۶ درصد بیماران به چند بیماری زمینه‌ای مبتلا بودند که بیشترین ابتلا مربوط به بیماری فشار خون بالا (۱۴/۳ درصد) بود. میانگین امتیاز تبعیت از درمان در بیماران، $8/08 \pm 59/36$ می‌باشد. بیشترین امتیاز حیطه‌ها مربوط به حیطه تلفیق درمان با زندگی $68/06 \pm 19/34$ و کم‌ترین امتیاز مربوط به

جدول ۱: توزیع وضعیت تبعیت از درمان در بیماران جراحی پیوند عروق کرونر بستری در بخش جراحی قلب بیمارستان‌های شهر تهران سال ۱۳۹۳

انحراف معیار	میانگین	حیطه‌های تبعیت از درمان
۸/۷۵	۵۹/۶۶	اهمام در درمان
۲۵/۷۱	۶۳/۸۸	تمایل به مشارکت در درمان
۱۲/۴۱	۵۸/۵۹	توانایی تطابق
۱۹/۳۴	۶۸/۰۶	تلفیق درمان با زندگی
۲۶/۳۲	۵۸/۱۴	چسبیدن به درمان
۱۶/۴۹	۵۴/۷۵	تعهد به درمان
۲۵/۶۲	۴۴/۵۲	تدبیر در اجرای درمان

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی مقطعی بود. جامعه آماری آن را بیماران جراحی پیوند شریان کرونر بستری در بخش جراحی قلب بیمارستان‌های شهر تهران تشکیل دادند. نمونه‌گیری به روش مبتنی بر هدف انجام شد؛ به این ترتیب که ۷۰ بیمار با دامنه سنی ۷۵-۱۸ سال که علاقمند به شرکت در پژوهش بودند و توانایی تکمیل ابزار پژوهش را داشتند، به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند.

ابزار پژوهش شامل اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه تبعیت از درمان مدانلو (۱۶) بود. پرسشنامه تبعیت از درمان، در سال ۱۳۹۲ توسط مدانلو در زمینه بیماران مزمن طراح و روانسجی شد. این پرسشنامه شامل ۴۰ سؤال در حیطه‌های اهتمام در درمان (۹ سؤال)، تمایل به مشارکت در درمان (۷ سؤال)، توانایی تطابق (۷ سؤال)، تلفیق درمان با زندگی (۵ سؤال)، چسبیدن به درمان (۴ سؤال)، تعهد به درمان (۵ سؤال) و تدبیر در اجرای درمان (۳ سؤال) می‌باشد. حداقل و حداکثر امتیاز در حیطه‌های اهتمام در درمان ۰-۴۵، تمایل به مشارکت در درمان ۰-۳۵، توانایی تطابق ۰-۳۵، تلفیق درمان با زندگی ۰-۲۵، چسبیدن به درمان ۰-۲۰، تعهد به درمان ۰-۲۵ و تدبیر در اجرای درمان ۰-۱۵ می‌باشد که براساس دستورالعمل طراح پرسشنامه، امتیازهای اولیه تبدیل به امتیاز بین ۰-۱۰۰ می‌شود. براساس این پرسشنامه کسب امتیاز ۷۵-۱۰۰ درصد به معنای تبعیت از درمان بسیار خوب، امتیاز ۵۰-۷۴ درصد به معنای تبعیت از درمان خوب، امتیاز ۲۶-۴۹ درصد به معنای تبعیت از درمان متوسط و کسب امتیاز ۰-۲۵ درصد به معنای تبعیت از درمان ضعیف در نظر گرفته شد. مدانلو پایایی ابزار تبعیت از درمان را با استفاده از روش آزمون مجدد سنجید که در مطالعه ایشان ضریب همبستگی $r = 0/875$

جدول ۲: همبستگی بین حیطه های تبعیت از درمان در بیماران جراحی پیوند عروق کرونر بستری در بخش جراحی قلب بیمارستان های شهر تهران سال ۱۳۹۳

تدابیر در اجرای درمان	تعهد به درمان	چسبیدن به درمان	تلفیق درمان با زندگی	توانایی تطابق	تمایل به مشارکت در درمان	اهتمام در درمان	حیطه های تبعیت از درمان
$r = -0.02$	$r = 0.23$	$r = 0.06$	$r = 0.04$	$r = 0.35$	$r = 0.21$	۱	ضریب همبستگی پیرسون
$p = 0.0001$	$p = 0.0001$	$p = 0.0001$	$p = 0.0001$	$p = 0.0001$	$p = 0.0001$		P-Value
$r = 0.08$	$r = 0.03$	$r = -0.23$	$r = 0.14$	$r = 0.18$			ضریب همبستگی پیرسون
$p = 0.0001$	$p = 0.0001$	$p = 0.0001$	$p = 0.0001$	$p = 0.0001$			P-Value
$r = -0.10$	$r = 0.12$	$r = 0.17$	$r = 0.12$				ضریب همبستگی پیرسون
$p = 0.0001$	$p = 0.0001$	$p = 0.0001$	$p = 0.0001$				P-Value
$r = -0.09$	$r = -0.07$	$r = -0.17$					ضریب همبستگی پیرسون
$p = 0.0001$	$p = 0.0001$	$p = 0.0001$					P-Value
$r = 0.08$	$r = 0.09$						ضریب همبستگی پیرسون
$p = 0.0001$	$p = 0.0001$						P-Value
$r = 0.20$							ضریب همبستگی پیرسون
$p = 0.0001$							P-Value
							ضریب همبستگی پیرسون
							P-Value

حیطه تدبیر در اجرای درمان $25/62 \pm 44/52$ می باشد. توزیع وضعیت تبعیت از درمان و حیطه های آن در بیماران جراحی پیوند شریان کرونر در جدول (۱) ارائه شده است.

همبستگی بین حیطه های تبعیت از درمان در بیماران جراحی پیوند شریان کرونر در جدول (۲) ارائه شده و نشان می دهد بین تمامی حیطه ها ارتباط معنی دار وجود دارد ($p = 0.0001$)؛ جز بین حیطه اهتمام در درمان با تدبیر در اجرای درمان و حیطه تمایل به مشارکت در درمان با تعهد به درمان که ارتباط معنی دار وجود ندارد.

این ارتباط بین حیطه های اهتمام در درمان با تدبیر در اجرای درمان، بین حیطه تمایل به مشارکت در درمان با چسبیدن به درمان، توانایی تطابق با تدبیر در اجرای درمان و تلفیق درمان با زندگی با حیطه های چسبیدن به درمان، تعهد به درمان و تدبیر در اجرای

درمان، معکوس بود.

ارتباط معنی دار و مستقیمی بین امتیاز تبعیت از درمان با سن و تعداد رگ های مسدود وجود داشت ($p = 0.0001$). همچنین با استفاده از آزمون کای دو مشخص شد اختلاف معنی داری بین تبعیت از درمان با جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، وجود سابقه خانوادگی بیماری عروق کرونر و مدت ابتلا به بیماری عروق کرونر وجود دارد ($p = 0.0001$)؛ ولی، اختلاف معنی داری بین تبعیت از درمان با وضعیت تأهل وجود نداشت.

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میانگین سن بیماران ۵۸ سال می باشد که در مطالعه رفیعی وردنجانی (۱۴) نیز نتایج مشابه می باشد. همچنین اکثریت بیماران

مرد بوده که در مطالعه خلیلی (۱۷) و رامبد (۱۸) نیز نتایج مشابه می‌باشد. بیشتر آن‌ها نیز متأهل بودند و در مطالعه پورشعبان (۱۹) و رفیعی ورنجانی (۱۴) نیز نتایج مشابه می‌باشد. اکثریت بیماران تحصیلات زیر دیپلم داشتند که در مطالعه رفیعی ورنجانی (۱۴) و kagler (۲۰) نیز نتایج مشابه می‌باشد. با توجه به این‌که اکثریت بیماران تحصیلات زیر دیپلم داشتند؛ بنابراین، دسترسی آن‌ها به منابع علمی جهت دریافت اطلاعات معتبر برای رعایت تبعیت از درمان کم می‌باشد یا حتی ممکن است علاقه بیماران به مطالعه کم بوده باشد. بنابراین، نیاز است به آموزش این بیماران توجه شود. مدت ابتلا به بیماری عروق کرونر در اکثریت بیماران زیر یک سال بود. از سویی اکثریت بیماران مبتلا به بیماری‌های زمینه‌ای همراه بودند که در مطالعه kagler (۲۰) نیز نتایج مشابه می‌باشد. در پژوهش حاضر، مدت زمان ابتلا به بیماری و ابتلا به بیماری‌های زمینه‌ای می‌تواند نیاز بیماران به آموزش را نشان دهد.

بیشترین امتیاز مربوط به حیطه تلفیق درمان با زندگی ($68/06 \pm 19/34$) و کم‌ترین امتیاز مربوط به حیطه تدبیر در اجرای درمان ($44/52 \pm 25/62$) می‌باشد که براساس این امتیازها می‌توان به این نتیجه دست یافت که اکثر بیماران بعد از جراحی پیوند شریان کرونر، سعی در هماهنگ کردن درمان با شرایط زندگی خود دارند و توصیه‌های درمانی که زمان و نحوه‌ی آن قابل فهم‌تر باشد و با شرایط مالی تطابق بیشتری داشته باشد، با رغبت بیشتری انجام می‌دهند و مهم‌تر این‌که در صورت مشارکت خانواده در امور زندگی از درمان غافل نمی‌شوند؛ اما، تدبیر در اجرای درمان ندارند. مطالعاتی چون Aggarwal (۲۱)، Meichenbaum (۲۲)، Sherwood (۲۳)، Doherty و همکاران (۲۴) و مسعودنیا و همکاران (۲۵)، نیز ازین یافته حمایت می‌کند که تقویت حمایت اجتماعی در بیمارانی که جراحی بای پس قلبی انجام داده‌اند، به منظور پایداری آنان به توصیه‌های پزشکی

و رژیم درمانی ضروری به نظر می‌رسد. از طرفی بین حیطه تمایل به مشارکت در درمان با چسبیدن به درمان، حیطه توانایی تطابق با درمان با تدبیر در اجرای درمان، حیطه تلفیق درمان با زندگی با حیطه-های چسبیدن به درمان و تعهد به درمان و تدبیر در اجرای درمان رابطه معنی‌دار و معکوس مشاهده شد.

بنابراین، هر چه قدر تمایل بیماران به مشارکت در درمان بیشتر می‌شود توجه بیماران به درمان کم‌تر می‌گردد و هرچه قدر توانایی بیماران جهت تطابق با درمان بیشتر شود، تدبیر در اجرای درمان کم‌تر می‌شود. همچنین با افزایش تلفیق درمان بیماران با زندگیشان، تمایل جهت چسبیدن و تعهد به درمان و تدبیر در اجرای درمان کاهش می‌یابد. علت این رابطه‌های معکوس را می‌توان عدم آگاهی بیماران نسبت به چگونگی درمان خود ذکر کرد.

شاید اگر بیماران آگاهی در مورد چگونگی درمان خود کسب کنند و روش‌های بیمار محور در مراقبت از آن‌ها استفاده شود این روابط معنی‌دار و مستقیم گردد؛ بنابراین، نیاز است پژوهش‌هایی در این زمینه صورت گیرد.

در مقابل هیچ ارتباط معنی‌داری بین حیطه اهتمام در درمان و تدبیر در اجرای درمان یافت نشد که خود نشان می‌دهد وقتی بیمار آگاهی از چگونگی درمان ندارد؛ بنابراین، تلاشی جهت تدبیر آن هم ندارد. پس می‌توان به این نکته اشاره کرد که حیطه‌های تبعیت از درمان به هم مربوطند و روی هم اثر می‌گذارند و از هم اثر می‌پذیرند. بنابراین، نیاز است به تمام ابعاد تبعیت با هم توجه شود. در این میان پرستاران به عنوان عضو فعال در نظام سلامت و اولین خط مواجهه بیمار با سیستم‌های درمان، در اجرای راه‌های بهبود تبعیت از درمان بیماران بسیار مؤثر می‌باشند به گونه‌ای که می‌توانند با در نظر گرفتن حیطه‌های برنامه تبعیت از درمان و ارایه برنامه آموزشی در زمینه تبعیت از رژیم درمانی موجب بهبود این حیطه‌ها و ارتقای سلامت بیماران گردند.

صورت توجیه کرد که بیمارانی که تحت درمان کوتاه مدت می‌باشند بیش از بیماران با درمان بلند مدت از درمان تبعیت می‌کنند.

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که بیماران به دنبال جراحی پیوند شریان کرونر، سعی در هماهنگ کردن درمان با شرایط زندگی خود دارند و توصیه‌های درمانی که زمان و نحوه‌ی آن قابل فهم‌تر باشد و با شرایط مالی تطابق بیشتری داشته باشد، با رغبت بیشتری انجام می‌دهند و مهم تر این‌که در این بیماران، برخورداری از حمایت اجتماعی از جانب خانواده و دوستان با اطاعت و پایبندی بهتری به تبعیت از درمان همراه می‌باشد. بنابراین، با توجه به ارتباط معنی‌دار بین حیطه‌های تبعیت از درمان و نقش اساسی پرستاران در بهبود و توسعه و اجرای برنامه‌های پیشگیری و درمان بیماران به خصوص افراد مبتلا به بیماری قلبی، پیشنهاد می‌شود پرستاران به منظور مشارکت در امر درمان باید بتوانند میزان تبعیت از درمان را شناسایی کنند و تبعیت از درمان به عنوان یک برنامه آموزشی در مراقبت از این بیماران تبدیل گردد.

تشکر و تقدیر

پژوهش حاضر حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد در دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه شاهد می‌باشد. از دانشگاه شاهد و مسئولین و پرسنل محترم بیمارستان‌ها و بیماران عزیز که در انجام این مطالعه پژوهشگران را یاری نمودند، صمیمانه قدردانی و تشکر می‌شود.

همچنین نتایج نشان داد بیماران با سن بیشتر تبعیت بیشتری از درمان داشته‌اند که با مطالعات مشابه هم چون Kagler (۲۰) و رفیعی وردنجانی (۱۴) هم‌خوانی دارد. بر اساس این مطالعه بین جنس و تبعیت از درمان ارتباط معنی‌داری مشاهده شد؛ به این صورت که مردان از تبعیت بهتری برخوردار بودند. این یافته با یافته خلیلی (۱۷) مغایرت دارد. چرا که در این مطالعه زنان نسبت به مردان تبعیت بهتری از رژیم دیالیزی داشتند. از آن‌جا که مطالعه خلیلی (۱۷) بر روی بیماران تحت دیالیز انجام شده است؛ بنابراین، براساس نوع بیماری، تماس بیشتر بیماران تحت دیالیز با یکدیگر در زمان دیالیز و اشتراک تجارب و همچنین تماس بیشتر بیماران تحت دیالیز با پرستاران در زمان دیالیز که زمانی برای پرسش است، می‌توان این تفاوت را توجیه کرد.

بین وضعیت تأهل و تبعیت از درمان ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد، این در حالی است که در مطالعات مشابه هم‌چون خلیلی (۱۷) و sa-gakul (۲۶) که در زمینه بیماران دیالیزی انجام شده است؛ رابطه معنی‌دار بوده است. شاید علت آن این بوده است که اکثر بیماران (۸۵/۷) در این مطالعه متأهل بودند و بقیه بیوه بودند که با فرزندان خود زندگی می‌کردند و خانواده تأثیر بیشتری در تبعیت از درمان می‌تواند داشته باشد. همچنین در این مطالعه بین تبعیت از درمان با سطح تحصیلات نیز ارتباط معنی‌داری وجود داشت، بنابراین، همانگونه که در ابتدای بحث ذکر شد نیاز به توجه به تبعیت از درمان و به کارگیری روش‌های آموزشی جهت ارتقا تبعیت از درمان می‌باشد. همچنین بیمارانی که مدت زمان ابتلا به بیماری شریان کرونر در آن‌ها کم‌تر از یک سال بود تبعیت بیشتری از درمان داشتند. این مورد را می‌توان به این

References

1. American Heart Association. International Cardiovascular Disease Statistics, Cardiovascular Disease. Available at: http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/international_cardiovascular_disease_statistics.pdf. Assessed November 2۰ 2013.
2. Smeltzer S, Branda B, Hinkl J, Chuber K. Brunner & Sudarth internal surgery nursing; Heart and vascular disease and blood. 3th ed. Mohammadali J, Asemi S, Alimi H, [Translators]. Tehran; Salemi: 2008. [Persian]

3. Agha yosefi A, Sharif N. The relationship between coping strategies with stress and fasting blood sugar in patients with coronary heart disease. *J Sabzevar Univ Med Sci*. 2015; 21 (1) :81-92. [Persian]
4. Behrouzifar S, Zenouzi SH, Nezafati MH, Esmaili HA. The relationship between sleep patterns and the quality of life in coronary artery bypass graft patients. *J Sabzevar Univ Med Sci*. 2007; 14 (1) :53-61. [Persian]
5. van Dijk D, Nierich AP, Eefting FD, Buskens E, Nathoe HM, Jansen EW, et al. The Octopus Study: rationale and design of two randomized trials on medical effectiveness, safety, and cost-effectiveness of bypass surgery on the beating heart. *Control Clin Trials*. 2000;21(6):595-609.
6. Nikravan Mofrad M, Shiri H, Principles & intensive care in CCU, ICU and dialysis. Tehran: noore danesh; 2006. [Persian]
7. Razmjoooyi N. Effect of applying continuous care model on patients' quality of life after
8. Coronary Artery Bypass Graft. Master's thesis, tehran, school of nursing. Baqiyatalla University of Medical Sciences, 2008. [Persian]
9. Tolmiea EP, Lindsaya G, Belcherb PR. Coronary artery bypass graft operation: Patients' experience of health and well-being over time. *Eur J Cardiovasc Nur*. 2006 ;5(3):228-36.
10. soleymani M. Participation of patients with chronic illness in nursing care presentation of model. PhD thesis, Tehran university of medical sciences. 2010. [Persian]
11. Hashemdabaghian F, Karbakhsh M, Soheilikhah S, Sedaghat M. Drug Compliance in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in Shariati and Imam Khomeini Hospitals. *PAYESH*. 2005;4:103-11. [Persian]
12. Jin J, sklar GE, Min Sen Oh V, Li SC. Factors affecting therapeutic compliance : A review from the patients perspective. *Therapeutics perspective. Ther Clin Risk Manag*. 2008; 4(1): 269-86.
13. Nemes MI, Helena ET, Caraciolo JM, Basso CR. Assesing patient adherence to chronic disease treatment : differentiating between epidemiological and clinical approaches. *Cad Saude Publica*. 2009; 25(3): S392-400.
14. Parsa-Yekta Z, Zakeri Moghaddam M, Mehran A, Palizdar M. Study of medication compliance of patients with coronary heart diseases and associated factors. *Hayat*. 2003;3:34-41. [Persian]
15. Rafiee Vardanjani L, Parvin N, Mahmoodi Shan G, Molaie E, Shariati A, Hasheminia M. Adherence to hemodialysis treatment and some related factors in hemodialysis patients admitted in Shahrekord Hajar hospital. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2014; 2 (4) :17-25. [Persian]
16. Heydari A, Ziaee E, Ebrahimzade S. The Frequency of Rehospitalization and Its Contributing Factors in Patient with Cardiovascular Diseases Hospitalized in Selected Hospitals in Mashhad In 2010. *Ofoogh-e-Danesh*. 2011; 17 (3) :65-71. [Persian]
17. Modanloo M. Development and psychometric tools adherence of treatment in patients with chronic. PhD thesis, Iran university of medical science, school of Nursing and Midwifery, 2013. [Persian]
18. Khalili F, Eslami A, Farajzadegan Z, Hasanzadeh A. Investigated the relationship between psychological factors social – behavior and adherence of treatment in hemodialysis patients in Isfahan. *Conceptual framework based on cognitive theory – social. Health System Res J*. 2011; 7(3):280-2. [Persian]
19. Rambod M, Peirovi H, Sareban M, Rafiee F. Self-efficacy in the treatment regimen and clinical and laboratory markers in hemodialysis patients. *Journal of School of Nursing and Midwifery Iran*. 2009; 22(62): 41-7. [Persian]
20. Pourshaban M, Parsayekta Z, Gholamnezhad M, Peyravi H. The effect of nutrition training on food diet adherence in non-dialysis chronic kidney patients. *Nursing Education*. 2013; 2(4): 23-32. [Persian]
21. Kugler C, Vlamincck H, Haverich A, Maes B. Nonadherence with diet and fluid restrictions among adults having hemodialysis. *J Nurs Scholarship*. 2005; 37(1): 25-9.
22. 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). *J Nutr Educ Behav*. 2010 ; 42(6):381-8.
23. Meichenbaum D, Turk DC. Facilitating treatment adherence: A practitioner's guidebook. New York, Plenum Press, 1978.
24. Sherwood RJ. Compliance behavior of hemodialysis Patient and the role of the family. *Family Systems Medicine*. 1983; 1(2): 60-72.
25. Doherty WJ, Schrott HG, Metcalf L, lasiello– Vailas L. Effect of spouse support and health beliefs on medication adherence. *J Family Practice*. 1983; 17(5): 837-41.
26. Masoudnia E, Foroozannia KH, Montazeri M. Relationship between perceived social support and adherence to medical advices among patients with coronary heart disease after By-pass surgery. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci*. 2011; 19(6): 798-806. [Persian]
27. Sa-ngakul S. Self-efficacy Influence on health- promoting behaviors of Hemodialysis Patients. MSc Thesis: Mahidol University; 2006

Assessing patient adherence to treatment after coronary artery bypass graft

Zahra Poshtchaman.,

MSc of Critical Care Nursing, Shahed University, Tehran, Iran.

**Maryam Jadid Milani.,*

Assistant Professor, Ph.D in Nursing, Department of Nursing, school of Nursing and Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran.

Foroozan Atashzadeh Shoorideh.,

Assistant Professor, Ph.D in nursing, Department of Nursing Management, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Alireza Akbarzadeh Bagheban.,

Associate Professor, Ph.D in Biostatistics, Department of Basic Sciences, School of Rehabilitation, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received:18/08/2014, Revised:22/11/2014, Accepted:06/12/2014

Correspond Author:

Maryam Jadid Milani
Tehran, Department of Nursing,
school of Nursing and Midwifery,
Shahed University of Tehran
E-mail: milani2000ir@yahoo.com

Abstract

Background and aims: The increasing of heart disease, high rate of hospitalization due to the disease and also the high cost of treatment and care, has caused that important challenge facing the health system in the present century. Therefore, heart disease prevention and successful treatment is essential

This is possible only with the patients' active involvement in treatment and to implement the recommendations of the health care team which this is mentioned as treatment adherence. The present study conducted to determine the status of treatment adherence in patients after coronary artery bypass graft in Tehran in 2014

Material and Methods: This cross-sectional study was conducted on 70 patients undergoing coronary artery bypass graft in Tehran. Needed data were collected via demographic checklist and treatment adherence questionnaire that were completed by patients in five days after coronary artery bypass surgery and before discharge. For data analysis, descriptive statistics, Pearson coloration and Chi square were used.

Results: The mean score of treatment adherence was 59.36 ± 8.08 . Among subscales, maximum score was for Combining treatment with life ($68/06 \pm 19/34$) and minimum score was dedicated to planning in performance of treatment (44.52 ± 25.62). There was a significant correlation between all subscales of treatment adherence instrument ($p=0/0001$) except for concern to treatment and planning in performance of treatment and also participate in treatment with commitment to treatment that there was observed no significant relationship.

Conclusion: The results showed that Treatment coordination with living conditions and social support from family and friends is associated with better adherence in patients undergoing coronary artery bypass graft. There is suggested that adherence to treatment consider as an educational program in nursing care of these patients.

Key words: Treatment adherence, Coronary artery bypass graft.