

تحقیقی

تأثیر توانمند سازی خانواده محور بر خودکارآمدی و عزت نفس بیماران تحت جراحی بای پس عروق کرونر

ندا ثنائی*^۱، ثریا نجاتی^۲، میترا ذوالفقاری^۳، فاطمه الحانی^۴، انوشیروان کاظم نژاد^۵

- ۱- کارشناس ارشد مراقبت های ویژه، مربی گروه پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی زنجان. ۲- کارشناس ارشد داخلی جراحی مربی گروه پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران. ۳- دکترای تخصصی برنامه ریزی آموزش از راه دور، دانشیار گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران. ۴- دکترای آموزش پرستاری، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس.
- ۵- استاد گروه آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس.

چکیده

زمینه و هدف: جراحی بای پس عروق کرونر به دنبال بیماری های عروق کرونر، یکی از روش های درمانی در بیماران قلبی به شمار می رود که تأثیرات مهمی در عملکرد بیمار ایجاد می کند؛ لذا بهبود و ارتقاء دو شاخص خودکارآمدی و عزت نفس بسیار اهمیت دارد. این مطالعه با هدف تعیین میزان تأثیر برنامه توانمندسازی خانواده محور در خودکارآمدی و عزت نفس بیماران تحت جراحی عروق کرونر انجام شده است.

روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه کارآزمایی بالینی شاهددار بود که بر روی ۱۰۲ بیمار و ۱۰۲ عضو فعال خانواده بستری در بخش جراحی قلب بیمارستان امام خمینی (ره) در سال ۱۳۹۰ انجام گرفت. بیماران واجد شرایط به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمون قرار گرفتند. در ابتدا خودکارآمدی و عزت نفس دو گروه اندازه گیری شد، سپس برای گروه آزمون برنامه توانمند سازی خانواده محور از طریق آموزش انفرادی، بحث گروهی، نمایش و مشارکت عملی اجرا شد و گروه آزمون تنها مراقبت های رایج بخش را دریافت کردند و بعد از مداخله دوباره خودکارآمدی و عزت نفس اندازه گیری شد. داده ها با استفاده از نرم افزار *PASW statistics-18* مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت شناختی و میانگین نمرات خودکارآمدی و عزت نفس همسان بودند و بعد از مداخله بر اساس نتایج یافته ها با آزمون تی مستقل از نظر میانگین نمرات، میزان خودکارآمدی و عزت نفس بیمار تفاوت معنی داری مشاهده گردید ($p=0/000$). همچنین با انجام آزمون تی زوجی قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون از نظر میانگین نمرات فوق تفاوت معنی داری مشاهده شد ($p=0/000$).

نتیجه گیری: با توجه به یافته های این پژوهش به نظر می رسد، توانمند سازی خانواده محور برای بیماران تحت بای پس کرونر عملی و امکان پذیر بوده و با بهبود و افزایش خودکارآمدی و عزت نفس بیمار همراه است.

کلید واژه ها: توانمند سازی خانواده - محور، جراحی بای پس عروق کرونر، خودکارآمدی، عزت نفس

*نویسنده مسئول: ندا ثنائی، پست الکترونیکی: nedasanaie@ymail.com

نشانی: زنجان، بلوار پروین اعتصامی، جنب کارخانه شیر، دانشکده پرستاری و مامایی. تلفن ۰۲۴۱۷۲۷۰۵۱۳ (۰۲۴۱)۷۲۷۰۳۰۵ (۰۲۴۱)

وصول مقاله: ۹۱/۱۱/۳، اصلاح نهایی: ۹۲/۲/۵، پذیرش مقاله: ۹۲/۴/۸

مقدمه

امروزه بیماری عروق کرونر به علت تغییر سبک زندگی و گرایش افراد به عادات نامناسب شیوع گسترده‌ای یافته‌است، با این حال علاوه بر صرف هزینه‌های مراقبتی و اقتصادی مصرفی به منظور شناسایی و درمان و مراقبت آن، همچنان مهم‌ترین عامل ناتوانی و از کارافتادگی به شمار می‌رود (۱). این بیماری بزرگترین علت مرگ‌ومیر در دنیا تا سال ۲۰۲۰ تخمین زده می‌شود و طبق گزارش اعلام شده سال ۱۹۹۰ توسط سازمان جهانی بهداشت، شیوع این اختلال در دنیا تا سال ۲۰۲۰ در مناطق توسعه یافته و مناطق در حال توسعه به ترتیب به ۴۲ و ۱۳/۸ درصد خواهد رسید (۲). از آن‌جا که ارتباط تنگاتنگ عملکرد قلب با حیات بیمار، میزان نیازهای بیماران تحت جراحی‌های پس کرونر را به مراتب از بسیاری از بیماران بیشتر می‌کند، بنابراین ایجاد شرایط مطلوب جهت فراهم سازی نیازهای مراقبتی بیماران و ارائه حمایت به بیمار و خانواده یک اولویت به شمار می‌رود (۳). این بیماری در تمام طول عمر همراه فرد است و علاوه بر بیمار، سایر افراد خانواده را تحت تاثیر قرار می‌دهد، بنابراین توانمندسازی خانواده برای کنترل بهتر بیماری و برخورداری از زندگی بهتر بسیار لازم است (۴). دانش پرستاری در حیطه بیماری‌های قلبی در طی دهه اخیر به طور گسترده‌ای تغییر یافته و تاکید اصلی آن بر خود مراقبتی و توانمندسازی بیمار به عنوان یک راهکار عملی اصلی در ارتقای بهداشت است. امروزه از یک طرف طول مدت بستری بیماران پس از عمل جراحی قلب کوتاه شده و دوره بهبودی آنان بدون بهره‌مندی از مراقبت مستمر تیم درمانی در خانه سپری می‌شود و از طرف دیگر به علت استرس جراحی قلب بحث توانمندسازی بیماران جهت انجام فعالیت‌های روزانه بسیار اهمیت پیدا می‌کند (۵). مهم‌ترین محورهای مورد توجه برای تیم درمان بعد از جراحی بای پس کرونر، شامل بررسی دقیق نیازهای جسمی و روانی بیمار، درک بیمار از اهمیت روند درمان بعد از جراحی و بالابردن توانمندی او جهت پیروی از برنامه درمانی می‌باشد (۶). هدف کلی از ارائه برنامه آموزشی به بیماران قلبی، تغییر رفتار در آن‌ها و رسیدن به این هدف مستلزم آن است که بیمار مطمئن شود که توانمندی لازم برای قبول وظایف جدید را دارد (۷).

خودکارآمدی به معنای توانایی فرد برای ایجاد یک اثر یا نتیجه مطلوب بوده و به صورت درک یا قضاوت فرد در مورد توانایی انجام یک عمل خاص به طور موفقیت آمیز با کنترل عوامل پیرامون خود تعریف می‌شود و توانمندسازی، راهکار عملی جهت ایجاد این توانایی در افراد محسوب می‌شود (۸).

افراد دارای سطح بالای خودکارآمدی، معمولاً وظایف سخت را به عنوان چالش‌هایی برای تسلط یافتن بر شرایط پیش آمده می‌شناسند و از آن اجتناب نمی‌کنند (۹). عزت نفس به عنوان تجربه یک فرد از صلاحیت سازگار شدن با درگیری‌های زندگی و شایستگی دریافت شادی است (۱۰). در بررسی رفتارهای نادرست دخیل در وضعیت سلامت افراد، اغلب با یک تاریخچه‌ی کاهش عزت نفس روبرو می‌شویم و در اغلب شرایط این احساس وجود داشته است که بر آنچه که در زندگیشان اتفاق می‌افتد، کنترل وجود ندارد و وضعیت زندگیشان بیش از اینکه متاثر از تلاش و توانایی‌های خودشان باشد، تحت تاثیر سرنوشت یا اتفاقات است (۱۱).

خودکارآمدی و عزت نفس، واسطه‌ی بین دانش و عمل به آن هستند و مهم‌ترین مولفه‌های توانمندسازی محسوب می‌شوند، زیرا در ابتدا هر دو دارای ویژگی چند وجهی هستند که ابعاد گوناگون آن با هم تعامل دارند، دوم اینکه ابعاد مختلف آن‌ها توسط ابزارهای گوناگون قابل ارزیابی و اندازه‌گیری هستند (۱۲)، بنابراین سنجش خودکارآمدی و عزت نفس فرد می‌تواند ابزار مطمئنی برای پیش‌بینی احتمال تکوین رفتار توانمندی در اختیار قرار دهد (۱۳).

بر اساس نتایج مطالعات انجام شده، بیماران به علت محدودیت‌های جسمی ایجاد شده بعد از جراحی و ترس از روبرویی با شرایط جدید، با کاهش قابل توجهی از خودکارآمدی و عزت نفس جهت غلبه و مدیریت بر شرایط فعلیشان روبرو می‌شوند (۱۴ و ۱۵).

در مطالعه انجام گرفته توسط Clary (۲۰۰۹)، کاهش میزان خودکارآمدی و عزت نفس، به عنوان دو مشکل مهم در سطح توانمندی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن شناخته شده بود (۸). مطالعات نشان داده است تنظیم این دو شاخص در تعدیل توانمندی افراد در رفتارهای مرتبط با سلامتی موثر

است (۱۶ و ۱۵). ارائه پرستاری مبتنی بر تفکر توانمندی با توجه به مطالعات، نیاز کنونی واحدهای بهداشتی محسوب می شود (۱۷)، زیرا هدف نهایی تیم درمان، رساندن بیمار به توانمندی های لازم در راستای ارتقای خودکارآمدی و عزت نفس است و خانواده با نقش چند بعدی خود نقطه کلیدی رسیدن به اهداف به شمار می رود (۱۸).

در آموزش خانواده محور، حضور فعال خانواده در امر بررسی و تشخیص نیازها و آموزش ها وجود دارد (۱۹). از آنجایی که ارائه مشاوره به طور مستقیم با توانمندسازی و خود مراقبتی ارتباط دارد، وقتی پرستاران به بیمار کمک می کنند تا مشکلاتشان را شناسایی کنند و مهارت های جدیدی را که برایشان مهم است یاد بگیرند، آن ها بیمار را قادر می سازند که بیشتر خودشان اقدام به حل مشکلاتشان بکنند و بیماران با این روش به یک احساس توانمندی شخصی از طریق آموزش و تسهیل دسترسی به منابع لازم می رسند (۱۵).

مجموعه تدابیر پرستاری که در روش توانمندسازی خانواده محور انجام می گیرد، در راستای ایجاد مشارکت پرستار و خانواده با تاکید بر کاهش عوامل خطرزا و ارتقای بهداشت می باشد (۲۰). این روش با مراحل اصلی افزایش دانش، ارتقای احساس خودکارآمدی و افزایش مشارکت عملی می تواند به عنوان یک راهکار عملی مناسب در ارتقای خودکارآمدی و عزت نفس باشد (۱۵). در این روش سعی شد با استفاده از روش کسب مهارت به وسیله نمایش عملی، ابتدا خودکارآمدی بیمار و از طریق حل مسئله گروهی و مشارکت آموزشی عزت نفس بیمار بهبود یابد (۲۱ و ۲۲)، لذا این مطالعه با هدف بررسی تاثیر کاربرد روش توانمندسازی خانواده محور بر میزان خودکارآمدی و عزت نفس بیماران تحت جراحی بای پس عروق کرونر انجام گرفت.

روش بررسی

مطالعه حاضر یک کارآزمایی بالینی با گروه کنترل و جامعه پژوهش آن، شامل بیماران تحت عمل جراحی بای پس عروق کرونر غیر اورژانسی بستری در بیمارستان امام خمینی (ره) تهران به همراه خانواده آن ها بود. حجم نمونه با توجه به مطالعه مشابه ذاکری مقدم و همکاران (۱۳۸۸)، به تعداد ۵۱ نمونه در هر گروه (آزمون و کنترل) و در مجموع ۱۰۲

بیمار و ۱۰۲ عضو فعال خانواده تعیین شد و مورد تجزیه و تحلیل نهایی قرار گرفتند (۲۳). نمونه گیری در این پژوهش به صورت مستمر و نمونه ها به روش در دسترس انتخاب و با تخصیص تصادفی با استفاده از جدول اعداد تصادفی به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از: داشتن حداقل سواد برای خواندن و نوشتن بیمار یا عضو فعال خانواده (منظور یکی از اعضای خانواده بیمار: دختر، همسر و یا یکی از بستگان نسبی یا سببی) است که او را در فرآیند درمان به منظور کسب بهبودی و ارتقای سطح سلامت همراهی می کند. این فرد می بایست از نظر همراهی، قدرت تصمیم گیری و اهمیت دادن و شناخت وضعیت بیمار نسبت به دیگران توانمندتر باشد، قرار نداشتن بیمار تحت جراحی اورژانس قلب، عدم سابقه بستری بیمار جهت جراحی بای پس کرونر، نداشتن بیماری روحی - روانی، وجود امکان برقراری تماس تلفنی با بیمار بعد از ترخیص و معیارهای خروج از مطالعه، شامل عدم امکان تبعیت از برنامه درمانی پیش بینی شده به هر علت، پیشرفت بیماری و استفاده از سایر کلاس های آموزشی بازتوانی قلبی در طول مطالعه بود.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل موارد زیر است:

- پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک بیمار شامل دو قسمت بود: در قسمت اول سن، جنس، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، وضعیت بیمه، محل سکونت و قسمت دوم شامل سئوالاتی در ارتباط با بیماری شامل سابقه ابتلا به - دیابت، هایپرلیپیدمی و هایپرنتنشن بود و پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک عضو فعال خانواده شامل بررسی سن، جنس، وضعیت تاهل و نسبت عضو فعال خانواده با بیمار بود که توسط محقق تکمیل شد.

- پرسشنامه سنجش خودکارآمدی با اقتباس از پرسشنامه خودکارآمدی انفارکتوس میوکارد ساخته شد (۲۴). در این پرسشنامه از بیماران سئوال شد که تا چه حد می توانند عمل یا کار خاصی را انجام دهند. ۱۲ جزو پرسشنامه بر مبنای مقیاس ۵ درجه ای لیکرت (گزینه هرگز با امتیاز ۱ تا گزینه همیشه با امتیاز ۵) نمره گذاری شد. نمرات بالاتر، خودکارآمدی بهتر را نشان می داد. محتوای اجزای سئوالات

شد و گروه کنترل تنها مراقبت‌های رایج بخش را دریافت کردند.

مداخله اصلی شامل استفاده از روش توانمندسازی خانواده محور بود که شامل چهارگام اصلی بود که در قالب ۷ جلسه آموزشی (یک جلسه انفرادی به مدت ۳۰ دقیقه قبل از جراحی بای پس کرونر و ۳ جلسه آموزش و بحث گروهی برای بیمار (شامل گروه‌های ۴ تا ۶ نفره به مدت ۳۰ تا ۴۰ دقیقه بعد از جراحی) و ۳ جلسه آموزش به مدت ۳۰ دقیقه برای عضو فعال خانواده از طریق مشارکت آموزشی بیمار انجام گرفت و ۸ هفته بعد از اتمام مداخله، پرسشنامه نوبت دوم (بعد از اجرای مداخله) تکمیل گردید:

گام اول (افزایش دانش): در این گام از یک جلسه آموزشی انفرادی و یک جلسه بحث گروهی همراه با کتابچه و کارت‌های آموزشی استفاده شد. بدین ترتیب که جلسه اول آموزشی به صورت انفرادی و ۲۴ ساعت قبل از زمان جراحی و جلسه دوم به صورت جلسه بحث گروهی و ۴۸ ساعت پس از جراحی به مدت ۳۰ تا ۴۰ دقیقه برای بیماران تشکیل شد و طی این جلسه مباحث آموزشی شامل فیزیولوژی، علائم، عوارض، اقدامات درمانی قبل از جراحی، رژیم درمانی در طول زمان، برنامه درمانی بعد از ترخیص و شرایط روحی و تغییرات جسمی بعد از جراحی بود که در پایان جلسه جمع‌بندی به عمل آمده و به سئوالات بیمار پاسخ داده شد.

گام دوم (ارتقای احساس خودکارآمدی): برای ارتقای سطح احساس خودکارآمدی از ۲ جلسه آموزشی به مدت ۴۰ دقیقه به روش نمایش عملی استفاده شد، بدین ترتیب که درباره هر کدام از مهارت‌های عملی مورد نیاز بیماران ابتدا توضیح و سپس آن مهارت برای بیمار نمایش داده شد. ابتدا در مورد برنامه‌های حرکتی بعد از جراحی و اهمیت آن، مشکلات ناشی از عدم انجام آن‌ها و چگونگی انجام آن به صورت تئوری برای بیماران توضیح داده شد؛ سپس یک بار جلوی بیماران به طور کامل مراحل انجام برنامه‌های عملی (مثل ورزش‌های کششی) انجام داده شد؛ در ادامه مهارت به اجزای کوچکتر تقسیم شد و گام به گام انجام گرفت و از بیمار خواسته شد آن جزو وظیفه را انجام دهد؛ سپس به بیمار فرصت داده شد تا با تمرین و تکرار در آن جزو

در مورد اطمینان بیمار در مورد رعایت مصرف صحیح نمک، روغن‌ها، انواع گروه پروتئین‌ها، مواد غذایی کنسروی، میوه‌جات و سبزیجات مصرفی و نحوه انتخاب و انجام فعالیت‌های حرکتی مناسب در طول روز و میزان استفاده مصرف داروها با دوز صحیح در زمان مناسب بود. برای تعیین پایایی پرسشنامه سنجش خودکارآمدی، ۳۰ نفر از بیماران شرکت‌کننده پرسشنامه را تکمیل کردند و آلفای کرونباخ ($\alpha > 0.76$) محاسبه شد. همچنین ضریب همبستگی درون طبقه‌ای ابزار سنجش خودکارآمدی بیمار ICC (Intraclass Correlation Coefficient) معادل ۰.۷۴ بدست آمد.

- پرسشنامه سنجش عزت نفس بیمار: در این پژوهش برای سنجش عزت نفس بیمار از ابزار استاندارد سنجش عزت نفس بزرگسالان کوپراسمیت استفاده شد. ابزار فوق یک پرسشنامه استاندارد است و به دفعات در پژوهش‌های مختلف استفاده شده است (۲۵ و ۲۴). پرسشنامه شامل ۳۵ سؤال بود که بر مبنای مقیاس ۴ درجه ای لیکرت (گزینه‌های کاملاً مخالفم با ۱ امتیاز تا کاملاً موافقم با ۴ امتیاز) نمره گذاری شد و حداقل و حداکثر امتیاز این ابزار به ترتیب ۳۵ تا ۱۴۰ امتیاز بود و نمرات بالاتر، عزت نفس بیشتر را نشان می‌داد.

برای تعیین روایی علمی ابزارها، از روایی صوری و روایی محتوا استفاده شد و ابزار گردآوری اطلاعات پس از مطالعه منابع و کتب تهیه گردید و سپس با استفاده از نظرات علمی ده نفر از اعضای هیئت علمی اصلاحات لازم انجام گرفت.

روش کار بدین صورت بود که پس از کسب اجازه از مسئولان بیمارستان امام خمینی (ره)، توضیحات لازم به بیمار و عضو فعال خانواده داده شد و پس از کسب رضایت آن‌ها تخصیص نمونه‌ها به دو گروه آزمون و کنترل به صورت تصادفی انجام یافت، سپس پرسشنامه در نوبت اول (قبل از اجرای مداخله) تکمیل شد و پس از تجزیه و تحلیل داده‌های این مرحله (قبل از شروع مداخله اصلی) محتوای برنامه توانمندسازی از نظر محتوا و حجم مطالب بازنگری شد و سپس مداخله اصلی انجام گرفت. مطالعه مذکور شامل دو گروه آزمون و کنترل و مداخله تنها برای گروه آزمون انجام

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار PASW-18 statistics و برای دسترسی به اهداف اصلی پژوهش از آمار استنباطی و آزمون های آماری تی تست مستقل و زوجی، مجذور کای و دقیق فیشر استفاده شد.

این مطالعه در سایت کارآزمایی بالینی کشور با کد IRCT201104276314N1 ثبت گردیده است.

یافته ها

میانگین (انحراف معیار) سن بیماران در گروه آزمون و کنترل به ترتیب $60/55 \pm 7/3$ و $57/9 \pm 6/6$ سال بود. در گروه آزمون و کنترل به ترتیب $70/6$ و $64/8$ درصد از بیماران مرد و $29/4$ و $35/3$ درصد زن بودند. همچنین بیشتر بیماران در هر دو گروه آزمون و کنترل به ترتیب $76/4$ و $72/6$ درصد در شهر سکونت داشتند. به علاوه در هر دو گروه آزمون و کنترل به ترتیب $56/8$ و 53 درصد از افراد مراقبت کننده از بیمار را فرزندان آنها تشکیل می دادند و همچنین $82/4$ و $78/4$ درصد از بیماران در گروه آزمون و کنترل مبتلا به فشار خون بالا و 51 و $33/4$ درصد مبتلا به چربی خون بالا و در هر دو گروه $25/6$ درصد مبتلا به دیابت بودند که اختلاف آماری معنی داری نداشتند و دو گروه همسان بودند.

میانگین (انحراف معیار) سن عضو فعال خانواده بیماران در گروه آزمون و کنترل به ترتیب $39 \pm 9/14$ و $41 \pm 10/41$ سال و در گروه آزمون و کنترل به ترتیب $80/4$ و $82/4$ درصد از عضو فعال خانواده زن و $19/6$ و $17/6$ درصد مرد بودند و همچنین دو گروه از نظر وضعیت تحصیل و وضعیت تاهل اختلاف آماری معنی داری نداشتند و دو گروه همسان بودند.

آزمون تی مستقل نشان داد که دو گروه از نظر نمره خودکارآمدی در مرحله قبل از مداخله تفاوت معنی دار با یکدیگر نداشتند ($P=0/593$)، ولی بعد از مداخله تفاوت معنی داری بین دو گروه وجود دارد ($P=0/000$). همچنین میانگین و انحراف معیار نمرات فوق بعد از مداخله در مقایسه با قبل آن و حاصل از آزمون تی زوجی اختلاف معنی داری را در میزان خودکارآمدی در گروه آزمون نشان می دهد ($P=0/000$) (جدول ۱).

(رفتار) ماهر شود؛ بعد از بیمار خواسته شد تا با تمرین و تکرار بتواند به حدی توانمندی برسد که به تنهایی خود قادر به انجام آن باشد و در نهایت بیمار در انجام یک مهارت به طور کامل خودکارآمد می شد.

-گام سوم (افزایش عزت نفس از طریق مشارکت آموزشی): در این مرحله از بیمار خواسته شده در آموزش به عضو فعال خانواده خود (در قالب ۳ جلسه ۳۰ دقیقه ای بعد از اتمام هر جلسه بحث گروهی) در زمینه شناخت مسائل مربوط با جراحی بای پس کرونر مشارکت کرده و آنان را برای کمک به خودش ترغیب نماید، به این ترتیب مطالب بحث شده در هر جلسه بحث گروهی و آنچه که از طریق مشاهده در جلسات خودکارآمدی یادگرفته است را به عضو فعال خانواده‌ی خود منتقل کند و در ادامه از بیماران خواسته شد که مطالب آموزش داده شده در هر جلسه را برای عضو فعال خانواده به صورت کامل توضیح دهند و سئوالاتی که در زمینه مشخص برایشان مطرح می شد را در یک برگه می نوشتند و در جلسه بعدی می پرسیدند. براساس این گزارش ها و برخورد مستقیم با عضو فعال خانواده، میزان موفقیت بیماران در انتقال مطالب آموزشی و نکاتی که بیمار به عضو فعال خانواده انتقال داده بود بحث می شد. در این گام خانواده، به عنوان یک منبع ضروری حمایت در فرآیند یادگیری مداخلات ارتقای توانمندی از طریق بهبود خودکارآمدی و عزت نفس در نظر گرفته شد.

پس از اتمام مداخله و ترخیص بیماران، برنامه پیگیری تلفنی جهت پایش وضعیت جسمی و روانی بیماران برای آنها انجام گرفت و هر دو هفته تماس تلفنی از طرف پژوهشگر با بیمار صورت گرفت و ضمن پاسخگویی به سئوالات بیماران، روند تغییرات ارزیابی شد.

-گام چهارم (ارزشیابی نهایی): در این مرحله که ۸ هفته پس از ترخیص بیمار از بیمارستان بود، نوبت دوم پرسشنامه ها (بعد از مداخله) توسط بیماران تکمیل شد و نتایج حاصل از جمع آوری داده‌های این مرحله مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات خودکارآمدی بیماران جراحی بای پس کرونر بیمارستان امام خمینی (ره) در دو گروه آزمون و کنترل

تی زوجی	بعد مداخله میانگین (انحراف معیار)	قبل مداخله میانگین (انحراف معیار)	خودکارآمدی/گروه
$P=0/000$	۴۶/۵۳(۲/۵۷)	۲۸/۹۸(۵/۲۵)	آزمون
$P=0/۱۸۳$	۲۹/۸۲(۳/۸۶)	۲۹/۴۹(۴/۳۹)	کنترل
	$P=0/000$	$P=0/۵۹۳$	تی مستقل

انحراف معیار نمرات فوق بعد از مداخله در مقایسه با قبل آن و حاصل از آزمون تی زوجی، اختلاف معنی داری را در میزان عزت نفس در گروه آزمون نشان می دهد ($P=0/000$) (جدول ۲).

آزمون تی مستقل نشان داد که دو گروه از نظر نمره عزت نفس در مرحله قبل از مداخله، تفاوت معنی دار با یکدیگر نداشتند ($P=0/۱۲$)، ولی بعد از مداخله تفاوت معنی داری بین دو گروه وجود دارد ($P=0/000$). همچنین میانگین و

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات عزت نفس بیماران جراحی بای پس کرونر بیمارستان امام خمینی (ره) در دو گروه آزمون و کنترل

تی زوجی	بعد مداخله میانگین (انحراف معیار)	قبل مداخله میانگین (انحراف معیار)	عزت نفس/گروه
$P=0/000$	۱۲۷/۳۳(۴/۷۶)	۹۴/۲۷(۵/۲۷)	آزمون
$P=0/0۸۵$	۹۸/۱۶(۷/۳۹)	۹۷/۶۱(۷/۴۱)	کنترل
	$P=0/000$	$P=0/۱۲$	تی مستقل

آسم شده است و با توجه به اینکه برنامه توانمندسازی به طور مستقیم جهت بررسی خودکارآمدی و عزت نفس بکار نرفته بود و همچنین این برنامه تا به حال در بیماران تحت جراحی استفاده نشده بود، پژوهش حاضر برای بیماران تحت جراحی بای پس کرونر استفاده شد (۲۴ و ۲۵). در مطالعه کارآزمایی بالینی دیگری که Clary (۲۰۰۹) انجام داد، به بررسی توانمندسازی بیمار و انگیزه سازی مداخلات پرداخت و به این نتیجه رسید که ارائه مجموعه‌ی مراقبت‌ها با هدف توانمندسازی بیمار می‌تواند با افزایش انگیزه بیماران و افزایش قابل ملاحظه‌ای در خودکارآمدی، عزت نفس و بهبود کیفیت زندگی آنها شود و با ارائه آموزش به صورت جمعی به بیماران و مشارکت دادن مستقیم آنها در بیان راه حل‌های کنترل بیماری، مداخله خود را انجام داد و نتایج نشان داد که تغییرات مربوط به میزان خودکارآمدی و عزت نفس در گروه آزمون به صورت معنی داری از گروه کنترل بیشتر است. در پژوهش حاضر نیز از برنامه توانمندسازی، جهت بهبود خودکارآمدی و عزت نفس استفاده شده است، اما نحوه‌ی اجرای برنامه در این پژوهش بر مبنای ۴ مرحله آموزش انفرادی، بحث گروهی، نمایش و

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بکارگیری برنامه توانمندسازی خانواده محور می‌تواند موجب بهبود میزان خودکارآمدی و عزت نفس بیمار شود، بنابراین بکارگیری روش فوق برای پرستاران به عنوان روشی مبتنی بر تفکر توانمندی و تاکید بر امر خود مراقبتی، چشم اندازی جدید در امر ارائه آموزش به بیمار و خانواده به شمار می‌رود. همان طور که اشاره شد افزایش خودکارآمدی و عزت نفس، دو عامل مهم در جهت افزایش توانایی بیماران در پایش وضعیت بهداشتی محسوب می‌شود (۶). در این زمینه پژوهش‌هایی در ایران و سایر کشورها انجام گرفته است. در کارآزمایی‌های بالینی که واحدیان عظیمی (۱۳۸۸) و تیموری (۱۳۹۰) در آنها به بررسی تاثیر بکارگیری الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا انفارکتوس میوکارد و آسم پرداخته بودند، به این نتیجه رسیدند که استفاده از الگوی توانمندسازی خانواده محور با توجه به ابعاد اصلی مدل از طریق بحث گروهی، نمایش عملی و مشارکت عملی باعث بهبود کیفیت زندگی هم در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد و هم در کودکان مبتلا به

با توجه به تاثیر چند بعدی بیماری‌های مزمن بر اعضای خانواده و نقش بالقوه‌ای که این کانون برای خودکارآمدی بیمار دارد، به نظر می‌رسید که برنامه توانمند سازی هم در این گروه از بیماری‌ها موثر باشد. ضمن اینکه در پژوهش فوق پژوهشگران جهت توانمندسازی برنامه، مراحل را ارائه ندادند و فقط آموزش‌های طراحی شده در سه مرحله‌ی ایفای نقش، حل مسئله و ارزشیابی را ارائه دادند، اما در مطالعه حاضر از گام‌های چهارگانه ثابتی بر مبنای تئوری توانمندسازی استفاده شد و به جهت نقش خانواده، آموزش‌ها در چهار مرحله درک تهدید، مشکل‌گشایی، مشارکت آموزشی و ارزشیابی انجام گرفت که در مرحله سوم، آموزش‌ها در حضور پژوهشگر از بیمار به خانواده منتقل شد (۲۶).

Delamater (۲۰۰۶)، در پژوهش خود تحت عنوان بهبود تبعیت بیماران به این نتیجه رسید که استفاده از مدل مراقبت گروهی (استفاده از روش حل مسئله گروهی) برای بیماران مبتلا به بیماری مزمن می‌تواند باعث بالارفتن رفتارهای خود مراقبتی در بیمار و در نتیجه منجر به بهبود میزان تبعیت از برنامه‌های درمان شود، در پژوهش خود به این نتیجه رسید که استفاده از مدل مراقبت گروهی (استفاده از روش حل مسئله گروهی) برای بیماران مبتلا به بیماری مزمن می‌تواند باعث بالارفتن میزان خودکارآمدی و رفتارهای خود مراقبتی در بیمار شود. در این پژوهش از مداخله تک عاملی حل مسئله گروهی جهت بالارفتن خودکارآمدی استفاده شد که اغلب تاثیرات کوتاه مدت و غیر ماندگار دارند. بنابراین در مطالعه حاضر طبق پیشنهاد پژوهشگران از برنامه توانمندسازی چندمحوری، شامل چهار گام برای بهبود و ارتقای رفتارهای خودکارآمدی و عزت نفس استفاده شد (۲۷).

در پژوهشی که توسط Chien و همکاران (۲۰۰۶) تحت عنوان تاثیر آموزش‌های نیازمحور بیمار و خانواده بستری در بخش مراقبت‌های ویژه انجام شد، نتایج نشان داد که افرادی که در کنار خانواده و به همراه آنان آموزش‌های مربوط به نیازهای بعد از بستری در بخش مراقبت‌های ویژه را دریافت کردند، تفاوت قابل توجهی در سطح دانش و آگاهی نسبت به گروه کنترل داشتند. آنان در پژوهش خود به این نکته اشاره کردند که به نظر می‌رسد که تنها اکتفا به

مشارکت عملی اجرا شد که با روش اجرای برنامه در مطالعه Clary کاملاً متفاوت بود، زیرا وی در مطالعه خود تنها از آموزش جمعی بیماران استفاده کرده بود و مجموعه اطلاعات جهت افزایش دانش را تنها به صورت جمعی برای بیماران استفاده کرد، اما در مطالعه حاضر علاوه بر آموزش جمعی، از آموزش فردی، نمایش و مشارکت عملی نیز استفاده شد و همچنین حضور مستقیم خانواده در برنامه مدنظر قرار گرفت. به علاوه اینکه وی میزان خودکارآمدی و عزت نفس را تنها بلافاصله بعد از اتمام مداخله بررسی کرد، در حالی که با توجه به بررسی متون لازم است حداقل بین زمان ارائه مداخله در این حیطة تا اندازه گیری تاثیر آن ۶ هفته فاصله باشد که در مطالعه حاضر حدود ۸ هفته بعد از ترخیص به سنجش مولفه‌ها پرداخته شد (۸).

همچنین Funnell و همکاران (۲۰۰۸) در پژوهش خود با عنوان توانمند سازی بیمار که یک کارآزمایی بالینی کنترل شده بود، به این نتیجه رسیدند که برنامه آموزشی مبتنی بر توانمندسازی بر خودکارآمدی و نگرش افراد مبتلا به دیابت نسبت به بیماری تاثیر داشته است. توانمند سازی گروه آزمون بر اساس الگوی مراقبتی بیماری‌های مزمن و در چهار مرحله انجام شد که در مرحله اول آموزش در مورد بیماری، تیم درمان و در مرحله دوم برنامه آموزشی بارعایت سه مرحله‌ی ایفای نقش، انعطاف پذیری در برنامه و آموزش بر اساس اهداف و مرحله سوم آموزش و خود پایشی و مرحله چهارم تمرین و ارزیابی انجام گرفت. دو محور مهم در برنامه‌های آموزشی ارائه شده در این پژوهش، بحث ساده سازی مطالب آموزشی و بیمار محوری آن بود که بر اساس سه اصل گوش دادن فعال توسط مراقبین بهداشتی و بیماران، حل مسئله و تعیین اهداف پایه ریزی شده بود. نتایج نشان داد که گروه آزمون افزایش معنی داری در میزان خودکارآمدی، عزت نفس و نگرش مثبت به دیابت نسبت به گروه کنترل داشتند. پژوهشگران از الگوی مراقبتی مزمن جهت توانمند سازی بیمار استفاده کردند که یک الگوی آموزشی بیمار محور بود و اثر این مداخله را بر میزان خودکارآمدی و نگرش بیمار سنجیدند. در مطالعه فوق نقشی برای خانواده در نظر گرفته نشده است و تنها آموزش‌ها جهت خودکارآمدی برای بیماران استفاده شده است.

نشد. در مطالعه حاضر به صورت مستقل حضور خانواده جهت افزایش احساس خودکارآمدی در برنامه توانمندسازی طراحی شد (۱۴). از آنجا که خصوصیات متفاوت روانی و روحی، تفاوت در تعاملات بین فردی بیماران، تفاوت در انگیزه و میزان اظهار نظر هر فرد از خودکارآمدی و عزت نفس متفاوت می‌باشد، لذا این مسئله از محدودیت‌های این پژوهش بود که می‌توانست بر نتایج تاثیرگذار باشد و از کنترل پژوهشگران خارج بوده است.

نتیجه گیری

نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که برنامه توانمندسازی خانواده محور در ارتباط با بیماران تحت جراحی، مانند همراهی با بیمار و خانواده، توضیح در مورد پروسه بیماری و جراحی، پاسخگویی به سئوالات آن‌ها به زبان ساده، مشارکت دادن بیماران در تصمیم‌گیری مراقبت‌های درمانی خود، حمایت عاطفی از بیماران و خانواده آن‌ها و مشارکت آموزشی خانواده‌ها همگی اقداماتی هستند که می‌توانند زمینه‌ای مناسب برای بهبود خودکارآمدی و عزت نفس را فراهم آورند.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد به عنوان طرح مصوب در تاریخ ۱۳۹۱/۰۴/۲۱ است و از اساتید محترم، پرسنل بیمارستان و بیماران عزیز و خانواده‌های محترمشان کمال تشکر و قدردانی را داریم. همچنین این مقاله در سایت کارآزمایی بالینی ثبت گردیده است.

یک جلسه آموزشی به بیمار و خانواده می‌تواند بر عوامل واسطه‌گر در بالابردن سطح دانش و آگاهی مناسب تاثیرگذار باشد، اما برای ایجاد تغییر رفتار کافی به نظر نمی‌رسد. بنابراین با توجه به پیشنهادات مذکور و مبانی توانمندسازی و اهمیت بحث خودکارآمدی در شکل‌گیری رفتارهای توانمندی، از چند جلسه آموزشی فردی و گروهی و نمایش و مشارکت گروهی استفاده شد تا با کسب مهارت رفتارهای توانمندی دوام پیدا کنند (۲۸).

Aggarwal و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه خود با عنوان حمایت اجتماعی پایین و ارتباط آن با عدم تبعیت از رژیم غذایی در طول یک سال در مداخلات کارآزمایی خانواده محور برای سلامت قلب به این نتیجه رسیدند که داشتن حمایت اجتماعی مناسب برای بیماران قلبی، یکی از مهم‌ترین عوامل تبعیت از برنامه درمان بعد از ترخیص از بیمارستان محسوب می‌شود و در بیمارانی که حضور مناسب خانواده را نداشتند، میزان تبعیت از برنامه درمانی به صورت معنی‌داری بعد از ترخیص کاهش یافته بود ($P < 0.05$). بنابراین با توجه به اهمیت بحث حضور خانواده و همراهی آن‌ها، گام سوم برنامه شامل مشارکت گروهی جهت حضور خانواده طراحی شد و همچنین در این مطالعه علت افزایش تبعیت از رژیم غذایی، حضور خانواده در کنار بیمار و افزایش توانایی مدیریت بیمار جهت پایش شرایط جسمی با افزایش سطح خودکارآمدی بیان شده بود، اما عواملی را که منجر به بهبود خودکارآمدی و در نهایت تبعیت بیمار شده بود بیان

References

1. Suaya A, Jose S, William B, Ades A, Normand T, Sharon S. Donald Cardiac Rehabilitation and Survival in Older Coronary Patients. Journal of the American College of Cardiology. Published by Elsevier Inc. 2009; 54(1): 712.
2. Braunwald O. Heart disease. A Text of rdiovascular Medicine. Fifth editions. Saunders Co. London. 2008; 713.
3. Corrigan P. Enhancing personal empowerment: People with psychiatric disabilities. Journal of American Rehabilitation. 2004; 28(1):10-24.
4. Donovan F, Sands K, Judith N, Marianne M, Green C. Phipps medical surgical nursing and illness

perspective. London. Eighth edition. Lippincott Williams & Wilkins. 2007; 882.

5. Black M, Hokason Hawks J. Medical Surgical nursing, clinical management for positive outcomes. Eighth editions. Elsevier Publications. 2009; 1424.

6. Haynes B, Yao X, Degani A, Kripalani S, Garg A, McDonald H. Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2005; 4(11):1858- 64.

7. Marks R, Allegrante JP, Lorig K. A review and synthesis of research evidence for self efficacy enhancing interventions for reducing chronic

- disability: implications for health education practice (part I). *Health Promote Practice*. 2005 Jan; 6(1):37-43.
8. Clary P. Patient empowerment and motivational interviewing: Engaging patients to self-manager their own care. *Nephrology Nursing Journal*. 2009;36(4): 410-12.
9. Deniz I, Sema S, Lutfi C, Hulya A. Factors determining self-efficacy in chronic obstructive pulmonary disease. *Saudi medical*. 2005; 26(4): 542-47.
10. Chan D, Lansdale C, Yung P. Patient motivation and adherence to post surgery rehabilitation exercise recommendation. *Journal of advance nursing*. 2009; 53(7):1977-8.
11. Bent K. The people know what they want: An empowerment process of sustainable Ecological community health. *Advances in Nursing Science*. 2003; 26(3): 212-22.
12. Areosty J.M, Gersh B.J, Moynihan L.K. Patient information: Recovery after coronary bypass graft surgery. 2008; Available at: <http:// Nlm update>.
13. Musick K, Mare R. Recent trends in the inheritance of poverty and family structure. *American Journal of Medicine*. 2006; 35 (7):471-99.
14. Aggarwal B, Liao M, Allegrate P, 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):381-8.
15. Alhani F. Design and evaluation of family centered model of empowerment in the prevention of iron deficiency anemic. PhD thesis. Tarbiat Modarres University. 2004.
16. Trummer U, Nowak P, Pelikan JM. Empowerment patient-modeled, interventional, effect. *Journal of Advanced Nursing*. 2002; 27(14): 97-114.
17. Smeltzer S, Bare G, Hinkle L, Janice CH. *Medical Surgical Nursing*. London Twelfth edition. Lippincott Williams & Wilkins. 2010;753.
18. Black M, Hokason Hawks J. *Medical Surgical Nursing, clinical management for positive outcomes*. Eighth editions. Elsevier Publications. 2009;1424.
19. Meeto D, Gopaul H. Empowerment: giving power to people with diabetes. *Diabetes Primary Care*. 2005;4. Available at: <http://findarticles>
20. Swearinger L, Hick Keen P. *Manual of critical care nursing: Nursing intervention and collaborative management*. Forth edition. Part I. 2001; 256.
21. Barret E. A nursing theory of power for using practice. In *Conceptual Models for Nursing Practice*. 3rd edition. Norwalk.CT: Appleton and Lange. 2006; 711-7.
22. Dunst C, Trivette C, Hamby D. Meta analysis of family centered help giving practices research. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*. 2007; 13(4): 370-8.
23. Zakeri Moghaddam M, BassamPour SH, Rajab A, Nesari M. Effect of telenursing on adherence of diabetic regime on patient with diabetes type II. *Journal of nursing midwife college of Tehran University Medical Science*. 2009;14(2): 63-71. [Article in Persian]
24. 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. *Journal of critical care*. 2009; 2(4): 127-32. [Article in Persian]
25. Teymouri F, Alhani F, KazemNejad A. Effect of family- centered empowerment model on quality of life of school- age asthma children. *Journal of nursing research*. 2011; 6(20): 52-63. [Article in Persian]
26. Funnell M, Weiss MA. *Patient empowerment: the life approach*. Therapeutic approach. Published by John Wiley&Sons. 2008;58-75.
27. Delameter MA. Improving patient adherence. *Journal of clinical diabetes*. 2006; 24(2):72.
28. Chien W, Chiu Y, Lam W. 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(24): 39-41.

Original Paper

The Effect of Family-Centered Empowerment in Self Efficacy and Self Esteem in Patients Undergoing Coronary Bypass Graft Surgery

Neda Sanaie(MSc)^{*1}, Soraya Nejati(MSc)², Mitra Zolfaghari(PhD)³, Fatemeh Alhani(PhD)⁴
Anooshiravan KazemNezhad(PhD)⁵

1- MSc of critical care Nursing, Zanjan University Medical Science, Zanjan,Iran. 2- MSc of Medical surgical Nursing,Tehran University Medical Science.3- PhD of e-learning, Distance Education planning, Associate Professor of Nursing Department, Tehran University Medical Science. 4- Associate professor of Nursing, Tarbiat Modares University. 5- Professor of Biostatistics, Medical School, Tarbiat

Modares University.

Abstract

Background and objective: Coronary Bypass Graft Surgery (CBG) is one of the therapeutic approaches having the leading effects on the function of the patients. Because of paramount importance of self-efficacy and self-esteem, we aimed to evaluate the effectiveness of family-centered empowerment on the self- efficacy and self-esteem of the patients undergoing coronary bypass surgery.

Material and Methods: This case control clinical trial was conducted on 102 patients with elective heart surgery and 102 of their active family members in 2011. The patients were selected via convenience sampling and randomly assigned to experimental and control group. After measuring the self-efficacy and self-esteem, family-centered empowerment care, including individual training, group discussion, film and active participation, was performed in experimental and just routine care in control group. Using PASW statistics-18, we analyzed the data.

Results: The results showed that the two groups were the same considering population variables and the mean scores of self-efficacy and self-esteem. The level of self-efficacy and self-esteem in case group were significantly higher than those of controls ($P<0.000$). After intervention, the mean score of self-efficacy and self-esteem were increased ($P<0.0000$).

Conclusion:In regard with the results, family-centered empowerment care in patients undergoing CBG is practically feasible , and it can be helpful in improving self-efficacy and self- esteem.

Keywords: Family-Centeed empowerment, Coronary Artery Bypass Surgery, Self-esteem, Self-efficacy

*Corresponding Author: Neda Sanaie (MSc), Email: nedasanaie@ymail.com

Received 22 Jan 2013

Revised 25 Apr 2013

Accepted 29 Jun 2013