

تأثیر آموزش برنامه خود مدیریتی بیماری‌های مزمن بر خودکارآمدی بیماران تحت عمل جراحی پیوند کتارگذر عروق کرونر

چکیده

زمینه: یکی از مهم‌ترین روش‌های بهبود و ارتقاء خود مراقبتی، آموزش برنامه خود مدیریتی بیماری‌های مزمن است. این مطالعه به منظور بررسی اثربخشی این برنامه بر خودکارآمدی بیماران تحت عمل جراحی پیوند کتارگذر عروق کرونر انجام گردید.

روش‌ها: این کارآزمایی بالینی به صورت یک گروهی، قبل و بعد و بر روی ۴۶ نفر از بیماران با سابقه عمل جراحی پیوند کتارگذر عروق کرونر مراجعه‌کننده به واحد بازتوانی بیمارستان امام علی (ع) کرمانشاه انجام شد. نمونه‌ها به روش در دسترس انتخاب شدند. آموزش بر اساس برنامه خود مدیریتی بیماری‌های مزمن اجرا شد. اطلاعات مورد نیاز با پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر و فرم دموگرافیک جمع‌آوری گردید. سپس با آزمون‌های آماری مجذور کای، آنالیز واریانس با اندازه-گیری‌های تکراری و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ ارزیابی شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد اکثر واحدهای پژوهش مرد، متاهل و ساکن کرمانشاه بودند. میانگین نمرات خودکارآمدی شرکت‌کنندگان بعد از اتمام برنامه بالاتر رفت ولی از نظر آماری تفاوت معنادار مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان دهنده اثربخشی برنامه خود مدیریتی بیماری‌های مزمن بر خودکارآمدی بیماران نبود.

کلید واژه‌ها: برنامه خودمدیریتی، خودمراقبتی، خودکارآمدی، جراحی پیوند کتارگذر عروق کرونر.

ارسلان نادری پور^۱، حسین اشتریان^۲،
جواد میری^{۳*}، امیرحسین هاشمیان^۴،
بهزاد حیدرپور^۵، مؤگان سعیدی^۶،
علی اشرف رشیدی^۷

۱. گروه فوریت‌های پزشکی، دانشکده

پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی
کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

۲. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی،
دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه،
ایران.

۳. گروه اپیدمیولوژی و آمار، دانشکده
بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی
کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

۴. بیمارستان امام علی (ع)، دانشگاه علوم
پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

***عهده‌دار مکاتبات:** کرمانشاه، دانشگاه علوم
پزشکی کرمانشاه، دانشکده پرستاری و
مامایی، گروه پرستاری.

Email: mirijvd@gmail.com

مقدمه:

بیماری‌های ایسکمیک قلبی، با افزایش شیوع و میزان مرگ و میر ناشی از آن، به صورت یکی از موضوع‌های مهم در حیطه بهداشت و درمان درآمده است^۱. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، سالانه حدود ۱/۷ میلیون مرگ ناشی از بیماری‌های عروق کرونر رخ می‌دهد و پیش بینی می‌شود که در سال ۲۰۲۰ این میزان به ۱۱/۱ میلیون مورد افزایش یابد^۲. این بیماری در ایران نیز در حال گسترش است به طوری که در سال ۱۳۸۸ با ۲۵/۶٪ مهم‌ترین علت مرگ و میر بوده است^۳. میزان مرگ و میر سالانه

به علت این بیماری‌ها در جمعیت بالای ۴۰ سال کشور، ۱۴ در هزار نفر، تعداد تخت‌های لازم در بخش‌های مراقبت ویژه قلبی ۱۴۲۸۰ تخت و تعداد تخت‌های لازم برای مراقبت بعد از اعمال جراحی ۸۲۴۰ تخت برآورد شده است^۱. از نظر اقتصادی سالیانه هزینه‌های زیادی صرف درمان، پیشگیری و بازتوانی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر می‌شود^۲.

یکی از درمان‌ها و از علل کاهش مرگ و میر ناشی از بیماری‌های عروق کرونر استفاده از تکنیک جراحی پیوند کتارگذر عروق کرونر

درد، ورزش مناسب برای حفظ و بهبود قدرت، انعطاف پذیری و استقامت، استفاده مناسب از داروها، برقراری ارتباط مناسب با خانواده، دوستان و کادر درمان، داشتن تغذیه صحیح، و ارزیابی درمان های جایگزین می باشند.^۷

روند آموزشی برنامه خودمدیریتی بیماری های مزمن، بر اساس تئوری خودکارآمدی آلبرت بندورا (Albert Bandura) است. خودکارآمدی (Self-efficacy) به عنوان اعتماد یک نفر برای انجام رفتار تعریف شده است و یک پیش شرط مهم برای خودمراقبتی موفقیت آمیز و تغییر رفتار است.^۵ 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 می شود و توانمندسازی، راهکار عملی جهت ایجاد این توانایی در افراد محسوب می شود.^۸ بر اساس نظریه بندورا خودکارآمدی شامل اعتماد و اطمینان فرد به توانایی در انجام کارهای خودمراقبتی به طور مطلوب است به طوری که فرد از این طریق به نتایج مناسب دست یابد.^۹ افراد با خودکارآمدی بالاتر موانع کمتری بر سر راه خودمراقبتی احساس می کنند و لذا فعالیت های خودمراقبتی بیشتری هم دارند.^{۱۰}

نظر به اهمیت مراقبت از خود در بیماران مزمن و لزوم درگیر نمودن بیشتر مبتلایان به بیماری های ایسکمیک قلبی در امر مراقبت از خود، برنامه آموزش خودمراقبتی مبتنی بر الگوی CDSMP برای بیماران پس از جراحی پیوند کرونر عروق کرونر، به اجرا گذاشته شد. در خصوص اثربخشی برنامه خودمدیریتی بیماری های مزمن مطالعاتی در سایر کشورها انجام شده است ولی با توجه به اختلاف فرهنگی بین جوامع مختلف و اختلاف نوع فعالیت ها و عملکرد سازمان های ارائه دهنده خدمات سلامتی، امکان اجرایی شدن و تطابق این برنامه در جامعه ایرانی می بایستی مورد بررسی قرار گیرد، تا در صورت موفقیت آمیز بودن نتایج بتوان نسبت به گسترش و تعمیم این قبیل برنامه ها اقدام نمود. لذا این مطالعه با هدف بررسی تاثیر آموزش برنامه

Coronary Artery Bypass Graf (CABG) است. با این وجود بسیاری از بیماران قلبی پس از جراحی به علت عدم بهبودی مناسب یا تبعات ناشی از آن مثل کاهش اعتماد به نفس در انجام کارهای روزانه و اضطراب و افسردگی، با کاهش شدید کیفیت زندگی مواجه می شوند.^۳ امروزه طول مدت بستری بیماران پس از عمل جراحی قلب کوتاه شده و دوره بهبودی آنان بدون بهره مندی از مراقبت مستمر تیم درمانی در خانه سپری می شود و از طرف دیگر به علت استرس جراحی قلب بحث توانمندسازی بیماران جهت انجام فعالیت های روزانه اهمیت زیادی پیدا می کند. دانش پرستاری در زمینه بیماری های قلبی در طی دهه اخیر بسیار تغییر یافته و تاکید اصلی آن بر خودمراقبتی و توانمندسازی بیماران به عنوان یک راهکار عملی اصلی در ارتقای سلامتی است.^۴

موضوع خود مراقبتی (Self-care) به عنوان یکی از مهمترین رویکردهای مناسب جهت کاهش هزینه های درمان و مراقبت از بیماران به خصوص افراد مبتلا به بیماری های مزمن است و سیاست گذاران سلامت تاکید زیادی بر گسترش و ارتقای مهارت های خودمراقبتی دارند. خودمراقبتی از مهم ترین اشکال مراقبت اولیه است و تقریباً ۶۵ تا ۸۵٪ از فعالیت های مراقبتی توسط خود فرد یا اعضای خانواده و بدون کمک پزشک انجام می گیرد.^{۵،۶}

برنامه خودمدیریتی بیماری های مزمن (CDSMP) برای اولین بار در سال ۱۹۹۸ در دانشگاه استنفورد ایالات متحده شروع و توسعه داده شد. در کشورهای مختلف اجرا شده که نتایج مثبتی به همراه داشته است. این برنامه مورد قبول ترین برنامه خودمراقبتی در جهان است و بر سه موضوع توانایی برنامه ریزی، حل مشکلات مربوط به بیماری و توانایی تصمیم گیری تاکید دارد.^۵

CDSMP یک برنامه آموزشی گروهی است که در رابطه با مسائل عمومی که یک فرد مبتلا به بیماری مزمن با آن روبرو می شود، آموزش های مورد نیاز بیماران را ارائه می نماید. موضوعات متنوعی در این کلاس ها مطرح می شوند که شامل: روش هایی برای مقابله با مشکلاتی از قبیل: خستگی، ضعف و

ادامه برنامه می‌شد، از معیارهای خروج از مطالعه بود. محتوا و روش آموزش برنامه از روی متون استاندارد و فصولی از کتاب "با شرایط مزمن خود، به شیوه‌ای سالم زندگی کنید"^{۱۳} تهیه و ترجمه شد.

نمونه گیری از نیمه دوم فروردین لغایت اول آبان ماه ۱۳۹۲ به طول انجامید. در این مدت برنامه آموزش خودمدیریتی در بیماری‌های مزمن برای شرکت کنندگان اجرا شد. این برنامه آموزشی کاملاً ساختاریافته به صورت یک جلسه دو و نیم ساعته در هر هفته و به مدت ۶ هفته برگزار شد. تعداد شرکت کنندگان در هر کلاس بین ۱۰ تا ۱۵ نفر بود. برنامه آموزشی در قالب ۴ دوره (سه دوره آقایان و یک دوره خانم‌ها) اجرا گردید. محتوی برنامه حاوی مباحث تن آرامی، ورزش، کنترل خستگی، برقراری ارتباط با کارکنان سیستم‌های بهداشتی درمانی، استفاده صحیح از داروها، کنترل عواطف، تغذیه و تکنیک‌های حل مساله و تصمیم‌گیری بود که توسط دو نفر، یک کارشناس (که برحسب محتوا مباحث می‌توانست پرستار، روانشناس و یا کارشناس تغذیه باشد) و یکی از بیماران که سابقه خودمدیریتی مناسبی داشت، آموزش داده شد. قبل، بلافاصله و سه ماه بعد از اجرای برنامه آموزشی، خودکارآمدی شرکت کنندگان با استفاده از پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر مورد ارزیابی قرار گرفتند^{۱۳}. اطلاعات دموگرافیک هم با استفاده از فرم جمع‌آوری اطلاعات که توسط پژوهشگر ساخته شده بود، گردآوری شد.

پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر دارای ۱۷ سوال مربوط به خودکارآمدی عمومی است که عقاید فرد مربوط به توانایی‌اش برای غلبه بر موقعیت‌های مختلف را اندازه‌گیری می‌کند. این پرسشنامه بر پایه مقیاس پنج رتبه‌ای لیکرت تنظیم شده است (پاسخ کاملاً مخالف نمره ۱، و پاسخ کاملاً موافق نمره ۵ می‌گیرد). گویه‌های شماره ۳، ۸، ۹، ۱۳، ۱۵، به طریق بالا و گویه‌های شماره ۱، ۲، ۴، ۵، ۶، ۷، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۶، ۱۷ به صورت معکوس نمره گذاری شدند. حداکثر نمره قابل کسب در این پرسشنامه ۸۵ و حداقل نمره قابل کسب ۱۷ است^{۱۴}. روایی و پایایی پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر در داخل و خارج کشور تایید شده است. این پرسشنامه از سوی براتی (۱۳۷۵) ترجمه و

خودمدیریتی بیماری‌های مزمن بر خودکارآمدی بیماران تحت عمل جراحی پیوند کناز گذر عروق کرونر طراحی و اجرا گردید.

مواد و روش‌ها:

این پژوهش یک کارآزمایی بالینی بود که به صورت یک گروهی قبل و بعد انجام شد. و در سایت کارآزمایی‌های بالینی ایران با شماره IRCT2012111611483N1 به ثبت رسید. محیط پژوهش در مرحله اول بخش بازتوانی بیمارستان امام علی (ع) و سپس خارج از مرکز درمانی بود و پیگیری بیماران با استفاده از شماره تلفن داده شده، انجام گرفت. جامعه پژوهش شامل کلیه بیمارانی که تحت عمل جراحی پیوند کناز گذر عروق کرونر قرار گرفته بودند و با معرفی‌نامه پزشک معالج جهت انجام بازتوانی به مرکز بازتوانی قلب بیمارستان امام علی (ع) مراجعه کرده بودند. بیماران مراجعه کننده به بخش بازتوانی بیمارستان امام علی (ع) کرمانشاه در سال ۱۳۹۲ که برای شرکت در برنامه رضایت داشتند و دارای شرایط ورود بودند، به عنوان نمونه انتخاب شدند. با مدنظر قرار دادن اطمینان ۹۵٪ و توان ۸۰٪ و مقادیر خودکارآمدی $(\pm 5/7)$ و $(\pm 9/6)$ برای قبل از مداخله و $(\pm 5/8)$ برای بعد از از مداخله در مطالعه ایستر (Esther STF Smeulders) و همکاران^{۱۱} حداقل حجم نمونه لازم به تعداد ۴۳ نفر محاسبه گردید. با در نظر گرفتن ۲۰٪ ریزش نمونه، تعداد ۵۲ نفر برای مطالعه انتخاب شدند. در زمان انجام کار و سه ماه پیگیری تعداد ۶ نفر ریزش نمونه وجود داشت. در نهایت پژوهش با ۴۶ نفر به اتمام رسید غیبت بیش از دو جلسه و عدم پاسخ‌گویی به سوالات پرسشنامه در مراحل مختلف از دلایل ریزش نمونه‌ها بودند. داشتن معرفی‌نامه پزشک متخصص مرکز بازتوانی مبتنی بر تایید سلامت عمومی و توانایی شرکت در برنامه، گذشتن حداقل ۲ ماه از عمل جراحی، عدم شرکت در برنامه‌های آموزشی مشابه، سن کمتر از ۷۰ سال و توانایی خواندن و نوشتن از شرایط مورد نظر برای شرکت در این مطالعه بود. در صورتی که شرکت کنندگان بیش از دو جلسه در برنامه آموزشی غایب بودند یا از تکمیل پرسشنامه‌ها خودداری می‌کردند و یا برای ادامه شرکت در مطالعه تمایل نداشتند، از پژوهش کنار گذاشته می‌شدند. همچنین بدتر شدن وضعیت فرد یا ابتلا به بیماری‌هایی که مانع شرکت وی در

وجود تفاوت معنادار آماری بین میانگین نمرات خودکارآمدی قبل، بلافاصله و بعد از اجرای برنامه بود (جدول ۱). همچنین بیشترین میانگین نمره خودکارآمدی ($64/33 \pm 7/30$) واحدهای پژوهش مربوط به زمان بلافاصله پس از مداخله بود. آزمون آماری آنالیز واریانس با اندازه‌گیری‌های تکراری، بین میانگین نمرات خودکارآمدی شرکت‌کنندگان در سه مقطع زمانی از نظر آماری تفاوت معناداری نشان نداد ($P=0/273$).

بحث:

این پژوهش نشان داد که قبل از مداخله ۵۲/۲٪ از نمونه‌ها خودکارآمدی در حد متوسط و ۴۷/۸٪ خودکارآمدی در سطح خوب داشتند. در مطالعه توصیفی-تحلیلی صلیحی و همکاران (سال ۱۳۹۲) که با عنوان بررسی رابطه سلامت عمومی و خودکارآمدی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی چالوس انجام گرفت، میانگین نمره خودکارآمدی شرکت‌کنندگان ۲۹/۷۶ (انحراف معیار ۶/۰۷) و در حد متوسط گزارش شده است^{۱۶}. در مطالعه توصیفی-تحلیلی باقری نسامی و همکاران که در سال ۱۳۹۱ با عنوان بررسی رابطه رضایت از زندگی با حمایت اجتماعی و خودکارآمدی سالمندان ساکن شهرستان ساری انجام گرفت میانگین خودکارآمدی سالمندان شرکت‌کننده در پژوهش ۲۴/۳۵ (انحراف معیار ۷/۵۵) و در سطح متوسط بود^{۱۷}.

اعتباریابی شده است. ضریب پایایی این آزمون با استفاده از روش دو نیمه کردن گاتمن ۷۶٪ و از طریق آلفای کرونباخ ۷۹٪ گزارش شده است. پایایی این پرسشنامه در پژوهش سعیدرحیمی پردنجانی بر اساس آلفای کرونباخ ۸۴٪ گزارش شده است^{۱۵}. داده‌ها پس از گردآوری با برنامه SPSS نسخه ۲۱ و توسط آزمون‌های آماری مجذور کای و آنالیز واریانس با اندازه‌گیری‌های تکراری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها:

در مطالعه حاضر تعداد ۴۶ نفر (۴۲ نفر مرد و ۴ نفر زن) مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۵۸/۹۱ (انحراف معیار ۶/۸۸) بود. کمترین و بیشترین سن به ترتیب ۴۵ و ۷۰ سال بود. همچنین از نظر شغلی اکثر واحد‌های پژوهش (۵۴/۳٪) بازنشسته بودند. بیشتر نمونه‌های پژوهش (۹۷/۸٪) متأهل بودند، اکثر نمونه‌ها (۲۸/۳٪) دارای تحصیلات ابتدایی و یا دانشگاهی و اغلب آنها (۹۱/۳٪) در شهر کرمانشاه ساکن بودند. در بیشتر نمونه‌ها (۶۵/۲٪) بیماری قلبی کمتر از یک سال قبل از شرکت در برنامه تشخیص داده شده بود.

نتایج مطالعه نشان داد که وضعیت خودکارآمدی عمومی نمونه‌ها قبل از شرکت در برنامه ۵۲/۲٪ در سطح متوسط بوده است. بلافاصله پس از اتمام برنامه ۶۵/۲٪ از افراد و سه ماه بعد از اتمام مداخله ۶۳٪ افراد خودکارآمدی در سطح خوب داشتند. استفاده از آزمون آماری مجذور کای نشان دهنده عدم

جدول ۱. مقایسه وضعیت خودکارآمدی واحدهای پژوهش در سه مقطع زمانی

فراوانی	قبل از مداخله تعداد(درصد)	بلافاصله پس از اتمام مداخله تعداد(درصد)	سه ماه پس از اتمام برنامه تعداد(درصد)
وضعیت خودکارآمدی			
متوسط	۴۲(۵۲/۲)	۱۶(۳۴/۸)	۱۷(۳۷)
خوب	۲۲(۴۷/۸)	۳۰(۶۵/۲)	۲۹(۶۳)
کل	۴۶(۱۰۰)	۴۶(۱۰۰)	۴۶(۱۰۰)
نتیجه آزمون	P-value = 0/21		

شریفی‌راد و همکاران (سال ۱۳۹۰) در یک مطالعه مروری با عنوان "تبیین نقش خودکارآمدی در خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت" که ۲۶ مقاله پژوهشی داخل و خارج از کشور را مورد تجزیه و تحلیل قرار دادند و اعلام کردند که خودکارآمدی در بیماران دیابتی در سطح مطلوبی قرار ندارد.^{۱۸} جلیلیان و همکاران (سال ۱۳۹۲) در یک مطالعه مقطعی با عنوان ارتباط خودکارآمدی عمومی و حمایت اجتماعی درک شده با کیفیت زندگی بیماران قلبی-عروقی، نشان داد که بیماران قلبی شرکت کننده با میانگین نمره ۲۶/۹۷ و انحراف معیار ۶/۲۹ خودکارآمدی متوسطی دارند.^{۱۹} نتایج این تحقیقات با مطالعه حاضر همخوانی دارد. در مطالعه حسین‌زاده و همکاران (سال ۱۳۹۲) خودکارآمدی بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی، در ۷۴/۹٪ افراد شرکت کننده مطلوب گزارش شده است.^{۲۰} که با نتایج مطالعه حاضر مغایرت دارد.

بلافاصله پس از اتمام مداخله وضعیت خودکارآمدی ۳۴/۸٪ از نمونه‌ها متوسط، و ۶۵/۲٪ در سطح خوب بودند. میانگین نمره خودکارآمدی بلافاصله پس از اتمام مداخله ۷/۳۰ ± ۶۴/۳۳ بود. سه ماه بعد از مداخله خودکارآمدی ۳۷٪ نمونه‌ها در سطح متوسط و ۶۳٪ در سطح خوب بود. میانگین نمره خودکارآمدی سه ماه پس از اتمام مداخله ۶/۰۵ ± ۶۴/۲۴ بود. در سه فاصله زمانی انجام مطالعه، براساس یافته‌های حاصله مقادیر میانگین نمرات خودکارآمدی اکثر افراد شرکت کننده بهتر شد اما آزمون آماری آنالیز واریانس با اندازه‌گیری‌های تکراری نشان داد که تغییرات خودکارآمدی در این سه مقطع زمانی از نظر آماری معنادار نبود ($P=0/21$).

نتایج کارآزمایی بالینی گرفت و همکاران در بنگلادش در سال ۲۰۰۵ نشان داد که برنامه خودمدیریتی بیماری‌های مزمن متناسب شده با فرهنگ آن منطقه باعث بهبود خودکارآمدی مبتلایان به بیماری‌های مزمن شرکت کننده در مطالعه می‌شود ($P<0/001$).^{۲۱} در مطالعه کندی و همکاران در سال ۲۰۰۷ که به صورت کارآزمایی بالینی بود، آموزش برنامه خودمدیریتی بیماری‌های مزمن در ۶۲۹ فردمورد مطالعه، باعث

ارتقای خودکارآمدی گردید.^{۲۲} نتایج این مطالعات بر خلاف پژوهش ما بود. در مطالعه حبیب‌زاده و همکاران (سال ۱۳۹۰) از نظر سطح خودکارآمدی بیماران تحت همودیالیز در مرحله پس‌آزمون بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت مشاهده شد ولی از نظر آماری معنادار نبود.^{۲۳} که با مطالعه حاضر همسو می‌باشد. تفاوت در روش‌های اجرا و ابزارهای اندازه‌گیری ممکن است نتایج متفاوت را به دنبال داشته باشد. این مغایرت در نتایج پژوهش را شاید بتوان این چنین تفسیر کرد که ما در پژوهش خود داده‌ها را با استناد به بیان بیماران جمع‌آوری کرده‌ایم چه بسا اگر عینی‌تر و با پیگیری بیشتر بررسی شود نتایج کاملاً متفاوتی به دست آید. با توجه به نتایج پژوهش ضرورت دارد دلایل نامطلوب بودن میزان خودکارآمدی واحدهای پژوهش بررسی و برای ارتقای سطح سلامتی بیماران راهکارهای افزایش میزان خودکارآمدی در نظر گرفته شود.

نتیجه‌گیری:

در این مطالعه اثرات آموزش برنامه خودمدیریتی بیماری‌های مزمن بر خودکارآمدی بیماران پس از جراحی پیوند کرونر گذر عروق کرونر در یک فاصله زمانی ۵ ماهه ارزیابی گردید. نتایج بیانگر این بود که آموزش این برنامه بر خودکارآمدی شرکت کنندگان تاثیر معنادار آماری نداشت.

ملاحظات اخلاقی:

مجوز انجام کار از کمیته اخلاق و معاونت پژوهشی دانشگاه گرفته شد. به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات در مراحل مختلف پژوهش محرمانه باقی خواهد ماند. از شرکت کنندگان برای شرکت در برنامه رضایت گرفته شد. هیچ کدام از شرکت کنندگان از روش‌های معمول آموزش محروم نشدند. جهت آقایان و خانم‌های شرکت کننده در مطالعه، کلاس جداگانه برگزار گردید.

محدودیت‌های پژوهش:

یکی از محدودیت‌های این مطالعه کم بودن تعداد و یا نداشتن شرایط شرکت در مطالعه برای نمونه‌های خانم بود. دریافت اطلاعات از رادیو و تلویزیون، روزنامه‌ها و سایر منابع، از

این مقاله منتج از پایان نامه دانشجویی در دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه با کد ثبت IRCT2012111611483N1 در سایت کارآزمایی‌های بالینی ایران می‌باشد. به این وسیله مراتب قدردانی خود را از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی و کلیه همکاران گرامی واحد توانبخشی قلبی بیمارستان امام علی (ع) کرمانشاه و بیماران شرکت کننده در این طرح اعلام می‌داریم.

محدودیت‌های خارج از کنترل محقق بودند. خصوصیات روحی روانی متفاوت، تفاوت در تعاملات فردی بین بیماران، تفاوت در انگیزه و سایر تفاوت‌های شخصی واحدهای مورد پژوهش از جمله عوامل موثر در یادگیری، خارج از کنترل پژوهشگر بودند. در صورت مواجهه با هر گونه محدودیتی مانند بدتر شدن وضعیت بیمار حین انجام مطالعه که مانع از شرکت وی در ادامه پژوهش می‌شد، نمونه از مطالعه حذف می‌گردید.

تشکر و قدردانی:

References:

1. Talebizadeh N, Haghdoost A, Mirzazadeh A. Age at natural menopause, an epidemiological model (Markov Chain) of cardiovascular disease in Iran. *Payesh* 2009; 8: 163-170 [Persian].
2. Seyam S, Hidarnia A, Tavafian S. Self-care Education through Coping Style for Patients after Heart Surgery. *J Isfahan Med Sci* 2011; 29(135):433-444 [Persian].
3. Yalfani A, Nazem F, Safiarian R, Jargeh M. The Effects of Exercise Cardiac Rehabilitation on Anxiety, Depression and Quality of Life in Coronary Artery Bypass Grafting Patients. *J Hamdan Univ Med Sci* 2012; 19(1):39-44 [Persian].
4. Black M, Hokason Hawks J. *Medical Surgical nursing, clinical management for positive outcomes*. Eighth editions. Elsevier Publications. 2009; 1424.
5. Rafii Far S, Attar-Zadeh M, Ahmadzade M. Comprehensive system of empowering people to take care of your health. Iran 2004 [Persian].
6. Eftekhar H, Mohammad K, Tavafian S, Mirkarimi K, Ramezan Zadeh A. The Perceived of Self Care among General People Living in South of Tehran, Iran. *Iran J Epidemiol* 2009; 5 (1):33-39 [Persian].
7. Implementation Manual [Online]. [Accessed 5 Feb 2014]. Available from: http://patienteducation.stanford.edu/licensing/Implementation_Manual2008.pdf
8. Clary P. Patient empowerment and motivational interviewing: Engaging patients to self-manager their own care. *Nephrol Nurs J* 2009; 36(4): 410-12.
9. 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 Promot Pract* 2005; 6(1): 37-43.
10. Shakibazadeh E, Rashidian A, Larijani B, Shojaeezadeh D, Forouzanfar MH, Karimi Shahanjarini A. Perceived barriers and self-efficacy: Impact on self-care behaviors in adults with Type 2 diabetes. *Hayat* 2009; 15(4):69-78 [Persian].
11. Smeulders ES, van Haastregt JC, Dijkman-Domanska BK, van Hoef EF, van Eijk JT, Kempen GI. Nurse- and peer-led self-management programme for patients with an implantable cardioverter defibrillator; a feasibility study. *BMC Nurs* 2007; 6:6.
12. Lorig K, Holman H, Sobel D, Laurent D. *Living a Healthy Life with Chronic Conditions: Self-Management of Heart Disease, Arthritis, Diabetes, Asthma, Bronchitis, Emphysema and Others*. 3 ed. Bull Pub.Co. 2006.
13. Smeulders ES, van Haastregt JC, Ambergen T, Uszko-Lencer NH, Janssen-Boyne JJ, Gorgels AP, et al. Nurse-led self-management group programme for patients with congestive heart failure: randomized controlled trial. *J Adv Nurs*. 2010; 66(7):1487-99.
14. Najafi M, Folad jang M. The Relationship between self- efficacy and mental health among high school students. *Cpap* 2007; 1(22):69-83 [Persian].
15. Rahimi Pordanjani S, Ghobari Bonab B. The effect of multiple intelligences training on general self-efficacy of high school deaf students. *Res Cog Behav Sci* 2011; 1(1):73-86 [Persian].
16. Solhi M, Kazemi S, Haghni H. Relationship between general health and self-efficacy in women referred to health center. *RJMS* 2013; 20(109):72-79 [Persian].
17. Bagheri-Nesami M, Sohrabi M, Ebrahimi M, Heidari-Fard J, Yanj J, Golchinmehr S. The relationship between life satisfaction with social support and self-efficacy in community-dwelling Elderly in Sari, Iran, 2012. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2013; 23(101):38-47 [Persian].
18. Sharifirad G, Azad Bakht L, Feizi A, Mohebi S, Kargar M, Rezaie A. The role of self-efficacy

in self-care among diabetic patients. *J Health Syst Res* 2013; 7(6):648-59 [Persian].

19. Jalilian M, Mostafavi F, and Sharifirad G. Association between Self-Efficacy, perceived social support and quality of life in patients with cardiovascular diseases: A cross-sectional study. *J Health Syst Res* 2013; 9(5):531-9 [Persian].

20. Hosseinzade T, Paryad E, Kazemnejad E, Asiri Sh. A study of self-efficacy in patients with coronary artery disease and its predictors. *Qom Univ Med Sci J* 2013; 7(2):41-8 [Persian].

21. Griffiths C, Motlib J, Azad A, Ramsay J, Eldridge S, Feder G, Khanam R, Munni R, Garrett M, Turner A, Barlow J. Randomised controlled trial of a

lay-led self-management programme for Bangladeshi patients with chronic disease. *Br J Gen Pract* 2005; 55(520):831-7

22. Kennedy A, Reeves D, Bower P, Lee V, Richardsons G, Middleton E, et al. The effectiveness and cost effectiveness of a national lay-led self-care support program for patients with long-term conditions: a pragmatic randomized controlled trial. *Epidemiol Community Health* 2007; 61(3):254-61.

23. Habibzade H, Davarpanah M, Khalkhali HR. The study of the effect of Orem Self Care Model on self-efficacy in hemodialysis patients in Uremia medical science hospitals during 2011. *J Urmia Nurs Midwif Fac* 2012; 10(2):190-9 [Persian].

The effectiveness of chronic disease self-management program on self-efficacy in patients undergoing CABG surgery.

Arsalan Naderipour¹, Hossein Ashtarian², Javad Miri^{2*}, Amir Hossein Hashemian³, Behzad Heydarpour⁴, Mozghan Saeidi⁴, Ali Ashraf Rashidi⁴

1. Department of Emergency Medicine, School of Paramedicine, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.

2. Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.

3. Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Health, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.

4. Imam Ali Hospital, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.

***Corresponding Author:**
Kermanshah, Kermanshah University of Medical Sciences, School of Nursing and Midwifery, Department of Nursing.

Email: mirijvd@gmail.co

Abstract

Background: Chronic disease self-management program is one important way to improve and enhance self-care. This study aimed at evaluating the effectiveness of the program on self-efficacy of patients with coronary artery bypass graft (CABG) surgery.

Methods: This clinical trial, as a before and after approach, was performed on 46 patients with a history of coronary artery bypass graft surgery referred to cardiac rehabilitation units of Imam Ali hospital. Sampling was based on a convenience method. Education was performed based on chronic disease self-management. Data was collected by general self-efficacy questionnaire and demographic form. Then, the data was analyzed with chi-square test and repeated measures of ANOVA using SPSS software version 21.

Results: The finding showed that most participants were men, married and living in Kermanshah. After conducting the program, the average score of the participants' self-efficacy showed improvement, but the difference was not significant.

Conclusion: This study demonstrates that chronic disease self-management program for patients is not effective.

Keywords: self-management program, self-care, self-efficacy, coronary artery bypass graft.

How to cite this article

Naderipour A, Ashtarian H, Miri J, Hashemian AH, Heydarpour B, Saeidi M, Rashidi AA. The effectiveness of chronic disease self-management program on self-efficacy in patients undergoing CABG surgery. J Clin Res Paramed Sci 2014; 3(4):271-278.