مقاله اصیل پژوهشی

تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر میزان همکاری خانواده در تبعیت رژیم درمانی بیماران تحت جراحی بای پس عروق کرونر

ندا ثنایی[1]، ثریا نجاتی[2]، میترا ذوالفقاری[3]، فاطمه الحانی[4]، انوشیروان کاظم نژاد[5]

چکیده

زمینه و هدف: جراحی بای پس عروق کرونر به عنوان یکی از روشهای درمانی شایع در بیماران قلبی تأثیرات قابل ملاحظه‌ای در عملکرد خانواده ایجاد می‌کند. لذا بهبود و ارتقای میزان همکاری خانواده در تبعیت از رژیم درمانی بیماران بسیار اهمیت دارد. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر میزان همکاری خانواده در تبعیت رژیم درمانی بیماران تحت جراحی عروق کرونر انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه کارآزمایی بالینی بر روی ۱۰۲ بیمار و ۱۰۲ عضو خانواده بستری در بخش جراحی قلب بیمارستان امام خمینی (ره) به مدت هفت ماه انجام شد. بیماران و اعضای خانواده واجد شرایط به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. برای گروه مداخله الگوی توانمندسازی خانواده محور با چهار گام (ارتقای دانش، خودکارآمدی، عزت نفس و ارزشیابی) از طریق آموزش انفرادی، بحث گروهی، نمایش و مشارکت عملی و در طی هفت جلسه اجرا شد و گروه کنترل تنها مراقبتهای رایج بخش را دریافت کردند. در ادامه همکاری خانواده در تبعیت رژیم درمانی بیماران قبل و بعد از مداخله بررسی گردید. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار PASW و آزمونهای آماری Independent T Test، Paired T Test و Chi-square تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی و میانگین نمرات همکاری خانواده در تبعیت از رژیم درمانی در سه محور رژیم غذایی، فعالیت فیزیکی و رژیم دارویی قبل از مداخله همسان بودند. میانگین نمرات در سه محور فوق بعد از مداخله در بیماران گروه مداخله نسبت به گروه کنترل به طور معنی‌داری بیشتر بود($p<۰/۰۰۱$). همچنین در بیماران گروه مداخله میانگین نمرات همکاری خانواده در تبعیت از رژیم درمانی در سه محور مذکور بعد از مداخله نسبت به قبل از آن به طور معنی‌داری افزایش داشت($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های این مطالعه به نظر می‌رسد، الگوی توانمندسازی خانواده محور برای بیماران تحت جراحی امکان‌پذیر بوده و با افزایش همکاری خانواده در تبعیت از رژیم درمانی بیمار همراه است.

کلیدواژه‌ها: بای پس عروق کرونر- تبعیت- توانمندسازی خانواده محور- رژیم درمانی

مراقبت‌های نوین، فصلنامه علمی پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. ۱۳۹۳؛ ۱۱ (۱):۱۹-۲۷

دریافت: ۹۲/۰۳/۰۶ اصلاح نهایی: ۹۲/۰۸/۲۵ پذیرش: ۹۲/۱۰/۱۴

نویسنده مسئول: ندا ثنایی، گروه آموزشی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی زنجان. زنجان، ایران.
آدرس: زنجان، بلوار پروین اعتصامی، جنب کارخانه شیر، دانشکده پرستاری و مامایی.
تلفن: ۰۲۴۱۷۲۷۰۵۱۳ نمابر: ۰۲۴۱۷۲۷۰۳۰۵ e.mail:nedasanaie@ymail.com

[1] مربی گروه آموزشی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی زنجان. زنجان، ایران.
[2] مربی گروه آموزشی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران. تهران، ایران.
[3] استادیار گروه آموزشی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران. تهران، ایران.
[4] دانشیار گروه آموزشی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تربیت مدرس. تهران، ایران.
[5] استاد گروه آموزشی آمار، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه تربیت مدرس. تهران، ایران.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-04]

مقدمه

ارتباط نزدیک بین عملکرد قلب و حیات بیمار، میزان نیازهای مراقبتی و آموزشی بیماران تحت جراحی قلب را نسبت به بسیاری از بیماران بیشتر می‌کند، بنابراین ایجاد شرایط مناسب برای رفع این نیازها و تأمین حمایت از بیمار و خانواده یک اولویت به شمار می‌رود.(۱)، بررسی دقیق نیازهای بیمار، درک بیمار از اهمیت روند درمان بعد از جراحی و بالا بردن توانمندی بیمار و خانواده جهت تبعیت از رژیم درمانی مهمترین محورهای مورد توجه برای گروه درمان بعد از جراحی قلب می‌باشند.(۲)، هدف کلی از ارائه برنامه آموزشی به بیماران قلبی تغییر رفتار است و خانواده در رسیدن به آن نقش مهمی دارد.(۳)، یکی از کلیدی‌ترین اهداف در امر مراقبت بیمار افزایش میزان تبعیت از رژیم درمانی و توصیه‌های ارائه شده توسط گروه درمان می‌باشد.(۴)، با توجه به اینکه آموزش رژیم دارویی، غذایی و برنامه فعالیتی تأثیرات بسیار مهمی در فرآیند بهبودی بیمار دارد، بخش قابل توجه و مؤثر در برنامه‌های آموزشی بیماران تحت جراحی قلب را شامل می‌شود.(۵)، تبعیت مداوم از دستورات درمانی برای کنترل بیماری بسیار ضروری است و عدم پیروی از رژیم درمانی و نداشتن تبعیت مداوم موجب افزایش احتمال بروز عوارض یا تشدید فرآیند بیماری می‌گردد.(۶)، نکته بسیار مهم این است که بخش قابل توجهی از موفقیت جراحی در طولانی مدت به پیروی از رژیم درمانی وابسته است. این امر جهت پیشگیری از عود مجدد گرفتگیهای عروق کرونر یک امر ضروری و حیاتی است.(۷)، پرستاران با تکیه بر نقش حمایتی، آموزشی و مشارکتی خانواده می‌توانند شرایط مناسبی جهت تبعیت از رژیم درمانی به خصوص پس از ترخیص از بیمارستان را فراهم آورند، زیرا امروزه مدت زمان بستری بیماران پس از عمل جراحی قلب کوتاه شده و بخش زیادی از دوره بهبودی بیماران بدون بهره‌مندی از مراقبت مستمر گروه درمانی در خانه سپری می‌شود.(۸)

یکی از اهداف اساسی گروه موردنظر رسیدن بیمار به توانمندیهای لازم برای انجام فعالیتهای روزانه است و خانواده با حمایت چند بُعدی خود نقش کلیدی در این زمینه دارد.(۹)، خانواده توانمندشده از سه مشخصه اصلی توانایی بررسی و کنترل منابع آموزشی و حمایتی موردنیاز، توانایی حل مسئله و تصمیم‌گیری و توانایی برقراری ارتباط جهت برطرف ساختن نیازها برخوردار است.(۱۰)، بیماری قلبی در تمام طول عمر، همراه فرد است و علاوه بر خود بیمار، سایر افراد خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بنابراین لازم است تا در کنار بیمار، خانواده او نیز برای کنترل بهتر بیماری و برخورداری از زندگی بهتر توانمند شوند.(۱۱)، بنابراین آموزش در راستای توانمند کردن بیمار و خانواده مهمترین بخش از ارائه مراقبتهای پرستاری به شمار می‌رود(۱۲)، مراقبت خانواده محور به عنوان یک فلسفه مراقبتی است که اهمیت واحد خانواده را به عنوان نقطه تمرکز اصلی در تمام مراقبتهای بهداشتی به رسمیت می‌شناسد.(۱۳)، Aggarwal در مطالعه‌ای از حضور فعال خانواده به عنوان یک پایگاه اجتماعی مناسب برای بهبود تبعیت از برنامه غذایی استفاده کرد.(۱۴)، مراقبت خانواده محور به عنوان یکی از مفاهیم اصلی پرستاری است که هدف آن حفظ یکپارچگی خانواده و ارائه مراقبت منحصر به فرد برای هر بیمار می‌باشد.(۱۵)، در مطالعه مرور نظامند Dulmen نشان داده شد که عدم تبعیت از درمانهای طبی همچنان به عنوان یک مشکل شایع محسوب می‌شود. پژوهشگران با توجه به مرورهای انجام گرفته اعلام کردند که به نظر می‌رسد عدم تبعیت ریشه در پایه‌های نظری موضوع تبعیت دارد و به شکل‌گیری یک نظریه یا الگوی مناسب در این حیطه نیاز است.(۱۶)، مجموعه تدابیر پرستاری که در الگوی توانمندسازی خانواده محور جهت توانمندسازی خانواده انجام می‌گیرد در راستای ایجاد مشارکت پرستار و خانواده با تأکید بر کاهش عوامل خطرزا و ارتقای بهداشت می‌باشد.(۱۷)، در اجرای الگوی فوق توجه بیشتر بر مسئولیت‌پذیری و همکاریها و تمرکز روی ظرفیتها تا مشکلات و کمبودهاست، این الگو با مراحل اصلی افزایش دانش، ارتقای خودکارآمدی، افزایش عزت نفس و ارزشیابی در بیمار و خانواده می‌تواند به عنوان یک راهکار عملی مناسب در ارتقای بهداشت باشد(۱۰)، زیرا در این الگو با استفاده از روش کسب مهارت به وسیله نمایش عملی ابتدا توانمندی بیمار و سپس از طریق مشارکت آموزشی میزان توانمندی خانواده بهبود خواهد یافت.(۱۸)، با توجه به اینکه در حال حاضر بیشتر پژوهشها مبتنی بر آموزش به بیمار است و نقش خانواده به عنوان یک منبع مشارکتی مهم در پیشبرد اهداف درمانی کمتر مورد توجه قرار داده شده است به نظر می‌رسد، الگوی توانمندسازی

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-04]

خانواده محور می‌تواند در کنار توانمندسازی مستقل بیمار، از طریق مشارکت آموزشی خانواده در شناسایی نیازهای مراقبتی و همکاری با بیمار در امر تبعیت از رژیم درمانی مؤثر باشد.(۱۹)، لذا این مطالعه با هدف بررسی تأثیر اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور بر میزان همکاری خانواده در تبعیت بیماران تحت جراحی بای پس عروق کرونر از رژیم درمانی انجام شد.

روش بررسی

مطالعه حاضر یک کارآزمایی بالینی با گروه کنترل است. جامعه موردمطالعه را بیماران تحت عمل جراحی بای پس عروق کرونر غیر اورژانسی بستری در بیمارستان امام خمینی (ره) تهران و یکی از اعضاء خانواده آنها تشکیل می‌دادند. حجم نمونه با استفاده از اختلاف میانگینها و واریانس مربوط در مطالعه مشابه(۲۰)، ۵۱ نفر در هر گروه و در مجموع ۱۰۲ نفر تعیین شد. بیماران به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با تخصیص تصادفی با استفاده از جدول اعداد تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از: داشتن حداقل سواد برای خواندن و نوشتن بیمار یا عضو فعال خانواده که منظور یکی از اعضای خانواده بیمار (فرزند، 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 می‌کند. این فرد می‌بایست از نظر همراهی، قدرت تصمیم‌گیری و اهمیت دادن و شناخت وضعیت بیمار نسبت به دیگران توانمندتر باشد)، جراحی قلب باز برای اولین بار، نداشتن بیماری روحی-روانی، وجود امکان برقراری تماس تلفنی با بیمار بعد از ترخیص و معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم امکان تبعیت از رژیم درمانی پیش بینی شده به علت وجود نیاز به بستری و یا مداخله اورژانس مجدد، پیشرفت بیماری در طول مطالعه و فوت بیمار، ایجاد محدودیت شدید حرکتی در طول مطالعه و عدم امکان انجام فعالیت فیزیکی، استفاده از سایر کلاس‌های آموزشی بازتوانی قلبی در طول مطالعه بود. ابزارهای مورد استفاده در این مطالعه شامل: ۱- پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک عضو فعال خانواده دارای سؤالاتی در مورد سن، جنس، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات که توسط محقق تکمیل می‌شد.

۲- پرسشنامه سنجش همکاری خانواده در تبعیت رژیم درمانی بیماران تحت جراحی بای پس عروق کرونر شامل سه بخش: الف) پرسشنامه رژیم غذایی: در این پرسشنامه از عضو خانواده سؤالاتی در مورد سبد غذایی بیمار و چگونگی مصرف سی ماده اصلی غذایی بر حسب میزان مصرف شد. جهت نمره‌گذاری این جدول بر حسب نوع ماده غذایی نمره صفر تا صد به هر کدام از گزینه‌ها اختصاص داده شد.

ب) پرسشنامه رژیم دارویی: در این پرسشنامه از عضو خانواده سؤالاتی در مورد همکاری او با بیمار در تبعیت از رژیم دارویی پرسیده شد. ده جزء پرسشنامه بر مبنای مقیاس شش درجه‌ای لیکرت (گزینه اصلاً با امتیاز صفر تا گزینه بسیار زیاد با امتیاز صد) نمره‌گذاری شد. محتوای اجزای سؤالها در مورد نام، اثرات، تعداد و زمان مصرف و نتایج مصرف دارو، انجام اقدامات لازم جهت پیشگیری از عوارض جانبی بود.

ج) پرسشنامه برنامه حرکتی: در این پرسشنامه از عضو خانواده سؤالاتی در مورد همکاری او با بیمار در تبعیت از برنامه حرکتی بیمار پرسیده شد. ۱۴ جزء پرسشنامه بر مبنای مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (گزینه هیچ‌گاه با امتیاز صفر تا گزینه همیشه با امتیاز صد) نمره‌گذاری شد. محتوای سؤالها در ارتباط نکات لازم برای انجام ورزش سالم و مفید بود.

در مجموع برای هر سه محور تبعیت نامطلوب کمتر از ۵۰٪ کل نمره، نسبتاً مطلوب بین ۵۰٪-۷۵٪ و مطلوب بیشتر از ۷۵٪ کل نمره در نظر گرفته شد.

برای تعیین پایایی پرسشنامه‌ها، سی نفر از اعضای خانواده شرکت کننده، پرسشنامه را تکمیل کردند و Cronbach Alpha برای پرسشنامه رژیم غذایی، دارویی و حرکتی به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۸۰ و ۰/۷۷ محاسبه شد. همچنین ضریب همبستگی درون طبقه‌ای ICC (Intraclass Correlation Coefficient) برای این سه حیطه به ترتیب معادل ۰/۷۴، ۰/۸۷ و ۰/۷۹ بدست آمد. 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 هیأت علمی اصلاحات لازم انجام گرفت.

روش کار بدین صورت بود که پس از کسب اجازه از مسئولان بیمارستان، توضیحات لازم به بیمار و عضو خانواده واجد

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-04]

شرایط داده شد و رضایت آنها جهت شرکت در مطالعه اخذ گردید، سپس پرسشنامه سنجش همکاری خانواده در تبعیت رژیم درمانی (قبل از اجرای مداخله) تکمیل و پس از تجزیه و تحلیل داده‌ها محتوای برنامه طراحی شده از نظر محتوا و حجم بازنگری شد. در ادامه مداخله اصلی (اجرای الگو) به مدت هفت ماه تنها برای گروه مداخله انجام گرفت و گروه کنترل تنها مراقبتهای رایج بخش را دریافت کردند. مداخله اصلی در این بررسی شامل اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور جهت رسیدن به اهداف مطالعه بود که شامل چهار گام اصلی زیر بود:

گام اول (افزایش دانش): در این گام برای ارتقای سطح دانش از یک جلسه آموزشی انفرادی و یک جلسه آموزش و بحث گروهی به همراه کتابچه آموزشی استفاده شد، بدین ترتیب که جلسه اول آموزشی ۲۴ ساعت قبل از زمان جراحی و جلسه دوم ۴۸ ساعت پس از جراحی به مدت ۳۰-۴۰ دقیقه برای بیماران تشکیل شد و طی این جلسات نکات آموزشی ضروری شامل: ۱- فیزیولوژی، علائم، عوارض؛ ۲- اقدامات درمانی قبل از جراحی؛ ۳- رژیم درمانی در طول زمان بستری شامل فعالیت حرکتی، تغذیه و درمان دارویی؛ ۴- برنامه درمانی بعد از ترخیص، شرایط روحی و تغییرات جسمی بعد از جراحی به صورت ساده و قابل درک و بر اساس نیازهای بیماران و اهداف الگو بیان شد و در پایان جلسه جمع‌بندی به عمل آمده و به سؤالات بیمار پاسخ داده شد.

گام دوم (ارتقای احساس خودکارآمدی): برای این گام از دو جلسه آموزشی به مدت سی دقیقه به روش نمایش عملی استفاده گردید. ۱- ابتدا در مورد مهارتهای عملی (ورزشهای تنفسی و تمرینات کششی) بعد از جراحی توضیح داده شد؛ ۲- یک بار جلوی بیماران به طور کامل مهارتها انجام گرفت؛ ۳- مهارت به اجزای کوچک تقسیم شد و گام به گام انجام گرفت ۴- از بیمار خواسته شد آن جزء وظیفه را انجام دهد؛ ۵- به او فرصت داده شد تا با تمرین و تکرار در آن رفتار ماهر شود؛ ۶- در نهایت بیمار در انجام یک مهارت به طور کامل خودکارآمد می‌شد.

گام سوم (افزایش عزت نفس از طریق مشارکت آموزشی): در این مرحله از بیمار خواسته شده در آموزش به عضو خانواده خود 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 یاد گرفته است را به عضو خانواده خود منتقل کند و بعد از آن آنچه را که از توضیحات یاد گرفته‌اند و سؤالاتی که در زمینه مشخص برایشان مطرح می‌شد را در یک برگه می‌نوشتند و در جلسه بعدی می‌پرسیدند.

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

گام چهارم (ارزشیابی نهایی): در این مرحله که هشت هفته پس از آخرین جلسه توانمندسازی و ترخیص بیمار از بیمارستان بود پرسشنامه‌ها مجدداً توسط تمام بیماران در گروه مداخله و کنترل در درمانگاه بیمارستان تکمیل شد و کتابچه و کارت‌های آموزشی به گروه کنترل داده شد. نتایج حاصل از جمع‌آوری داده‌های این مرحله مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به منظور دسته‌بندی و خلاصه‌کردن یافته‌ها از آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار PASW Statistics ویرایش ۱۸ و آزمونهای آماری Independent T Test، Paired T Test و Chi-square تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

میانگین سن عضو فعال خانواده بیماران در گروه مداخله و کنترل به ترتیب ۹/۱۴±۳۹ و ۱۰/۴۱±۴۱ سال بود و همچنین دو گروه از نظر متغیرهای جنس، وضعیت تحصیل، وضعیت تأهل اختلاف آماری معنی‌داری نداشتند.(جدول ۱)

نتایج حاصل از Independent T Test نشان داد که میانگین نمرات همکاری عضو خانواده در تبعیت از رژیم درمانی در سه حیطه رژیم غذایی، رژیم دارویی و برنامه حرکتی در دو گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله تفاوت معناداری نداشت ولی بعد از مداخله تفاوت معناداری در هر سه حیطه بین دو گروه مشاهده شد ($p<۰/۰۰۱$). همچنین نتایج آزمون Paired T Test نشان داد میانگین نمرات همکاری عضو خانواده در تبعیت از رژیم درمانی در سه حیطه مذکور در افراد گروه مداخله بعد از مداخله نسبت به قبل از آن به طور معنی‌داری افزایش داشت. (جدول ۲)

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-04]

جدول ۱: توزیع مشخصات فردی عضو خانواده بیماران تحت جراحی قلب در بیمارستان امام خمینی (ره) در دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	گروه	مداخله	کنترل	P-value
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
جنس	زن	۱۰ (۱۹/۶)	۹ (۱۷/۶)	۰/۸۰
	مرد	۴۱ (۸۰/۴)	۴۲ (۸۲/۴)	
وضعیت تحصیل	ابتدایی	۳ (۵/۸)	۲ (۴)	۰/۹۶
	زیردیپلم	۱۵ (۲۹/۴)	۱۶ (۳۱/۲)	
	دیپلم	۲۳ (۴۵/۲)	۲۳ (۴۵/۲)	
	فوق دیپلم و بالاتر	۱۰ (۱۹/۶)	۱۰ (۱۹/۶)	
وضعیت تأهل	مجرد	۴ (۷/۸)	۵ (۹/۸)	۰/۵۶
	متأهل	۴۷ (۹۲/۲)	۴۶ (۹۰/۲)	
سن (سال)	میانگین±انحراف استاندارد	۳۹/۰۰±۹/۱۴	۴۱/۰۰±۱۰/۹	۰/۲۲

جدول ۲: مقایسه میانگین نمرات همکاری عضو خانواده در تبعیت از رژیم درمانی در بیماران تحت جراحی قلب در بیمارستان امام خمینی(ره) در دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	گروه	قبل از مداخله	بعد از مداخله	P-value مربوط به مقایسه قبل و بعد
		انحراف‌معیار± میانگین	انحراف‌معیار± میانگین	
رژیم غذایی	مداخله	۶۰/۴۶±۴/۸	۸۸/۱۴±۴/۲	<۰/۰۰۱
	کنترل	۶۳/۳۲±۶/۴۵	۶۳/۳±۵/۹	۰/۳۶
P-value مربوط به مقایسه دو گروه		۰/۱۳	<۰/۰۰۱	--
رژیم دارویی	مداخله	۴۹/۹۶±۹/۴	۸۳/۶۶±۵/۳۲	<۰/۰۰۱
	کنترل	۵۰/۷۰±۹/۱۵	۵۲±۱/۲۸	۰/۳۰
P-value مربوط به مقایسه دو گروه		۰/۶۹	<۰/۰۰۱	--
برنامه حرکتی	مداخله	۵۱/۱±۸/۴۵	۹۰/۴±۵/۶	<۰/۰۰۱
	کنترل	۵۵/۷±۱۱/۲	۵۵/۴±۱۱	۰/۵۹
P-value مربوط به مقایسه دو گروه		۰/۲۱	<۰/۰۰۱	--

بحث

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور منجر به افزایش میزان همکاری خانواده در تبعیت رژیم درمانی بیماران تحت جراحی بای پس عروق کرونر شده است و همسو با آن نتایج مطالعه Vahedian Azimi نشان داد که اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور منجر به بهبود وضعیت رژیم غذایی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد می‌شود.(۲۱)، نتایج مطالعه Ghofranipour و همکاران نشان داد آموزشهای خانواده محور منجر به بهبود رفتارهای بهداشتی در حیطه رژیم غذایی در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد می‌شود.(۲۲)، نتایج مطالعه Aggarwal و همکاران نشان داد حضور فعال خانواده به عنوان یک پایگاه حمایت اجتماعی تأثیر معناداری در بهبود تبعیت از رژیم غذایی به خصوص بعد از ترخیص از بیمارستان دارد.(۱۴)، برخلاف نتایج مطالعه Chien نشان داد آموزشهای نیاز محور بیمار و خانواده در بخش مراقبتهای ویژه منجر به افزایش سطح دانش، آگاهی شده اما در میزان افزایش تبعیت در رابطه با رژیم غذایی تأثیر معناداری نداشت.(۲۳)، در مطالعه حاضر آموزش خانواده محور با بهبود تبعیت از رژیم غذایی همراه بود و شاید علت این اختلاف تنها اتکا به دو جلسه آموزشی بیمار و خانواده کنار هم بود زیرا در مطالعه حاضر سعی شد از تعداد جلسات بیشتر به همراه

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-04]

نمایش عملی استفاده شود و خانواده به صورت جدا از بیمار و نه به صورت همزمان اطلاعات را از بیمار خود دریافت کند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد میانگین نمره همکاری خانواده در تبعیت از رژیم دارویی بیماران موردمطالعه هشت هفته بعد از ترخیص در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل بالاتر بود، بنابراین اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور منجر به افزایش میزان همکاری خانواده در تبعیت رژیم دارویی بیماران تحت جراحی بای پس عروق کرونر شده است. مانند نتایج مطالعه Taddeo و همکارانش نشان داد که استفاده از جلسات آموزشی متعدد و کوتاه مدت همراه با برگه‌های آموزشی در کنار خانواده منجر به بهبود تبعیت از درمان دارویی می‌شود(۶)، نتایج مطالعه Wu و همکاران نشان داد که آموزشهای شفاهی و کتبی و آسان‌سازی آموزش در بهبود تبعیت از رژیم دارویی مؤثر است.(۲۴)، نتایج مطالعه Berben نیز نشان داد که مداخلات آموزشی- شناختی شامل ارتباط کلامی، شنیداری و دیداری، مداخلات مشورتی و مداخلات با تمرکز بر رفتار و توانمندی بیمار برای شرکت در امر مراقبت خود و ایجاد مهارت برای مدیریت بیماری و مداخلات روانشناختی، عاطفی از عوامل مؤثر در بهبود تبعیت از رژیم دارویی می‌باشد.(۱۳)

در مطالعه حاضر میانگین نمره همکاری خانواده در تبعیت از برنامه حرکتی بیماران بعد از ترخیص در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل بالاتر بود، بنابراین اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور منجر به افزایش میزان همکاری خانواده در تبعیت برنامه حرکتی بیماران تحت جراحی بای پس عروق کرونر شده است. نتایج مطالعه Chan و همکاران نیز نشان داد که به کارگیری رفتارهای مستقل حمایتی شامل استفاده از آموزشهای ساده و قابل فهم همراه با تمرین عملی و قابل فهم به بیماران و خانواده در بهبود تبعیت از برنامه حرکتی بیماران مؤثر است.(۲۵)

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمره همکاری خانواده در تبعیت از رژیم درمانی بیماران مورد مطالعه شامل سه محور رژیم غذایی، دارویی و برنامه حرکتی در دو گروه قبل مداخله تفاوت معناداری نداشت اما بعد از مداخله میانگین نمرات تبعیت از رژیم درمانی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل بالاتر بود بنابراین اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور منجر به افزایش میزان همکاری خانواده در تبعیت رژیم درمانی بیماران تحت جراحی قلب شده است. مشابه این نتایج، مطالعه مرور نظامند Dulmen نشان داد که طراحی و به کارگیری از الگوهای چند محوری در بهبود و ارتقای رفتارهای تبعیت در بیماری‌های مزمن کارساز می‌باشد.(۱۶)، نتایج مطالعه Delamater نیز نشان داد 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 درمانی شود.(۲۶)

در بررسی حاضر از کلاس‌های آموزشی فردی و گروهی و نمایش عملی استفاده شد که شامل یک جلسه آموزش فردی، یک جلسه آموزش گروهی و دو جلسه نمایش عملی به مدت میانگین سی دقیقه بود و سپس در قالب سه جلسه مشارکت آموزشی این اطلاعات از طرف بیمار به خانواده منتقل شد که منجر به افزایش میزان همکاری خانواده در تبعیت رژیم درمانی بیماران تحت جراحی بای پس عروق کرونر گردید که همسو با مطالعه Taddeo و همکاران و Gance می‌باشد.(۶،۲۷)

یکی از تفاوتهای این مطالعه با دیگر مطالعات، نحوه شرکت و حضور عضو خانواده در مرحله سوم الگو بود، در مطالعه Aggarwal و همکاران و Gance حضور خانواده جهت دریافت آموزشها به صورت مستقیم و همزمان با بیمار صورت گرفته بود و پژوهشگران همزمان با بیمار مطالب را به آنها منتقل کردند(۱۴، ۲۷) اما در مطالعه حاضر با توجه به اهمیت توانایی بیمار برای کسب توانمندی جهت خودمراقبتی و مدیریت بیماری در روند آموزش به بیمار و خانواده جایگاه مجزا برای بیمار در نظر گرفته شد بدین صورت که ابتدا بیماران مطالب آموزشی را به صورت شفاهی و نمایش عملی دریافت کردند و بعد خود بیماران به صورت مستقل و تنها با نظارت پژوهشگر اطلاعات و نکات آموزشی را به خانواده‌های خود انتقال می‌دادند تا به این شکل بتوان میزان یادگیری و همچنین تلاش بیمار برای انتقال صحیح مطالب به خانواده را مشاهده کرد.

نتیجه‌گیری

با توجه به اهمیت آگاهی و آموزش پرستاران از الگوهای مراقبتی و نقش آنها در بهبود همکاری خانواده جهت شرکت در روند بهبودی بیماران و بر اساس نتایج حاضر به نظر می‌رسد

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-04]

آموزش و به کارگیری الگوی توانمندسازی خانواده محور در ارتقای میزان همکاری خانواده در تبعیت رژیم درمانی بیماران تحت جراحی قلب در هر سه حیطه رژیم غذایی، دارویی و حرکتی مؤثر باشد. بنابراین شناخت و به کارگیری این الگو توسط پرستاران در تشویق خانواده و بیمار جهت مشارکت در تصمیم‌گیریهای مربوط به مراقبتهای درمانی کاربردی می باشد.

REFERENCES

1-Suaya JA, Stason WB, Ades PA, Normand SL, Shepard DS. Cardiac rehabilitation and survival in older coronary patients. J Am Coll Cardiol. 2009; 54(1):25-33.

2 Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database Syst Rev. 2008;(2):CD000011.

3-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.

4-Markou AL, van der Windt A, van Swieten HA, Noyez L. Changes in quality of life, physical activity, and symptomatic status one year after myocardial revascularization for stable angina. Eur J Cardiothorac Surg. 2008;34(5):1009-15.

5-Jennings BM, McClure ML. Strategies to advance health care quality. Nursing Outlook. 2004 Feb; 52(1):17-22.

6-Taddeo D, Egedy M, Frappier JY. Adherence to treatment in adolescents. Paediatr Child Health. 2008; 13(1): 19-24.

7-Woods SL. Cardiac nursing. 6th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2010.

8-Black JM, Hawks JH. Medical-surgical nursing: clinical management for positive outcomes. 8th ed. St. Louis, Mo.: Saunders/Elsevier; 2009.

9-Musick K, Mare RD. Recent trends in the inheritance of poverty and family structure. Social Science Reasearch. 2006; 35:471-99.

10-Alanis F. Designing and evaluation of family centered empowerment model in preventing iron deficiency anemia. [PhD Dissertation]. Tehran: Tarbiat Modares University, Faculty of Medical Sciences; 2003. [Persian]

11-Monahan FD, Phipps WJ. Phipps' medical-surgical nursing : health and illness perspectives. 8th ed. St. Louis, Mo.: Elsevier Mosby; 2007.

12-Bent KN. The people know what they want: an empowerment process of sustainable, ecological community health. ANS Adv Nurs Sci. 2003; 26(3): 215-26.

13-Berben L, Borget L, Leventhal ME, Fridlund B, Jaarsma T, Norekval TM, et al. Which interventions are used by health care professionals to enhance medication adherence in cardiovascular patients? A survey of current clinical practice. Eur J Cardiovasc Nurs. 2011; 10 (1): 14–21.

14-Aggarwal B, Liao M, Allegrante 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):380-8.

15-Meetoo D, Gopaul H. Empowerment: giving power to people with diabetes. Journal of Diabetes Nursing. 2005; 9(1): 28-32.

16-van Dulmen S, Sluijs E, van Dijk L, de Ridder D, Heerdink R, Bensing J. Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. BMC Health Serv Res. 2007;7:55.

17-Baird MS, Bethel S. Manual of critical care nursing: nursing interventions and collaborative management. 6th ed. St. Louis, Mo.: Elsevier Mosby; 2011.

18-Barrett E. A nursing theory of power for using practice. In: Riehl-Sisca J. Conceptual models for nursing practice. 3rd ed. Norwalk, Conn.: Appleton & Lange; 1989.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-04]

19-Dunst CJ, Trivette CM, Hamby DW. Meta analysis of family centered help giving practices research. Ment Retard Dev Disabil Res Rev. 2007; 13(4): 370-8.

20-Zakerimoghadam M, Bassampour SH, Rjab A, Faghihzadeh S, Nesari M. Effect of nurse-led telephone follow ups (tele-nursing) on diet adherence among type 2 diabetic patients. Hayat. 2008;14(2):63-71. [Persian]

21-Vahedian Azimi A. The effect of family- centered empowerment model on the quality of life of patients with myocardial infarction. [MS Dissertation].Tehran: Tarbiat Modares University, Faculty of Medical Sciences; 2008. [Persian]

22-Ghofranipour F, Ahmadi F, Zarkhah S. The effect of family centered in healthy behavior in patient with MI. [MS Dissertation].Tehran: Tarbiat Modares University, Faculty of Medical Sciences; 2003. [Persian].

23-Chien WT, Chiu YL, Lam LW, Ip WY. Effects of a needs-based education programme for family carers with a relative in an intensive care unit: a quasi-experimental study. Int J Nurs Stud. 2006;43(1):39-50.

24-Wu JR, Moser DK, Chung ML, Lennie TA. Predictors of medication adherence using a multidimensional adherence model in patients with heart failure. J Card Fail. 2008;14(7):603-14

25-Chan DK, Lonsdale C, Ho PY, Yung PS, Chan KM. Patient motivation and adherence to postsurgery rehabilitation exercise recommendations: the influence of physiotherapists' autonomy-supportive behaviors. Arch Phys Med Rehabil. 2009;90(12):1977-82

26-Delamater AM. Improving patient adherence. Clinical diabetes. 2006; 24(2):71-7.

27-Gance-Cleveland B. Motivational interviewing as a strategy to increase families' adherence to treatment regime. J Spec Pediatr Nurs. 2005;10(3):151-5.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-04]

Abstract *Original Article*

The Effects of Family-based Empowerment on Family Cooperation in Following Patient Treatment Regime after Coroner Arteries Bypass Surgery

N. Sanaie [1], S. Nejati [2], M. Zolfaghari[3], F. Alhani[4], A. Kazemnezhad[5]

Background and Aim: Coronary bypass surgery (CABG) is one of the common therapeutic methods that influence family performance. Improving and promoting the family contribution to adherence of treatment regimen for patients is important. The aim of this study was to investigate the effects of family-based empowerment on family cooperation in following patient treatment regime after CABG.

Materials and Methods: This clinical trial study was conducted on 102 patients and their family in Cardiac Surgery ward in Imam Khomeini (RA) hospital. Participants selected by convenience sampling and randomly divided into experimental and control groups. For experimental group, family–center empowerment model implemented for 7 months, with four components (knowledge improvement, self–efficacy, self-esteem and evaluation) by individual education, group discussions, demonstration and practical participation. Control group received only routine care. Then families' cooperation in adherence of treatment regimen for patients was evaluated before and after intervention. Data were analyzed by PASW and Independent T Test, Paired T Test and Chi-square Test.

Results: Before the intervention, demographic characteristics and families' cooperation in adherence of treatment regimen include nutrition, physical activity and drug regime wasn't different in two groups. Mean scores on all elements after the intervention on patients in the intervention group was significantly higher than control group ($P \leq 0.001$). Also mean scores of family cooperation in adherence to treatment increased significantly after intervention on all elements ($P \leq 0.001$).

Conclusion: According to the findings, it seems family-centered empowerment model is effective for patients undergoing surgery and is associated with increase family cooperation in adherence of treatment regimen for patients.

Keywords: Coronary artery bypasses surgery; Adherence; Family-Center Empowerment; Therapeutic regime

Modern Care, Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Midwifery Faculty. 2014; 11 (1):19-27

Received: May 27, 2013 Last Revised: November 16, 2013 Accepted: January 4, 2014

Corresponding Author:Neda Sanaie, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Zanjan University Medical Science. Zanjan.Iran nedasanaie@ymail.com

[1] Instructor, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Zanjan University Medical Science. Zanjan.Iran.

[2] Instructor, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University Medical Science. Tehran, Iran.

[3]Assistant Professor, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University Medical Science. Tehran, Iran.

[4] Associate Professor, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tarbiat Modares University. Tehran, Iran.

[5] Professor, Department of Biostatistics, Faculty of Nursing and Midwifery, Tarbiat Modares University. Tehran, Iran.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-04]