نشریه پرستاری قلب و عروق، دوره چهارم، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۴
Cardiovascular Nursing Journal, 4(2), Summer 2015

مقاله پژوهشی اصیل

تاثیر آموزش خانواده محور بر کیفیت زندگی بیماران پس از جراحی پیوند کنارگذر عروق کرونر

دکتر علیرضا قویدل[۱]، فوق تخصص جراحی قلب و عروق
پویا فرخ نژاد افشار[۲]، دانشجوی دکترای سالمند شناسی
دکتر هومن بخشنده[۳]، دکترای اپیدمیولوژی
*** فاطمه قربان پور[۴]، دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت های ویژه**

خلاصه

هدف. این پژوهش با هدف بررسی تاثیر آموزش خانواده محور بر کیفیت زندگی بیماران پس از جراحی پیوند کنارگذر عروق کرونر انجام شد.

زمینه. بیماران متعاقب جراحی پیوند کنارگذر عروق کرونر با مشکلات متعدد جسمی، روانی و اجتماعی ناشی از جراحی مواجه می شوند که این عوامل باعث کاهش کیفیت زندگی آنها می شود. با آموزش به اعضاء خانواده بیمار می توان شرایط مناسبی برای همکاری فعال آنها در زمینه مراقبت و حمایت از بیمار و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی بیماران فراهم نمود.

روش پژوهش. این پژوهش، یک مطالعه تجربی است که بر روی ۹۶ بیمار و همراه آنها (عضو فعال خانواده در زمینه مراقبت از بیمار) که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند انجام شد. شرکت کنندگان به روش تصادفی به دو گروه کنترل و آزمون تقسیم شدند (۴۸ نفر در هر گروه). ابتدا پرسشنامه کیفیت زندگی SF-12 توسط شرکت کنندگان تکمیل شد. سپس گروه آزمون، برنامه آموزش خانواده محور را طی سه جلسه دریافت کرد. برای گروه کنترل، برنامه آموزشی رایج بیمارستان اجرا شد. یک ماه بعد، دوباره کیفیت زندگی بیماران سنجیده شد. داده ها در نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ توسط آزمون های مجذور کای، تی مستقل، من ویتنی و ویلکاکسون تحلیل شدند.

یافته ها: براساس یافته ها، بین دو گروه از نظر مشخصات دموگرافیک اختلاف آماری معناداری وجود نداشت. آزمون من ویتنی نشان داد که در مرحله بعد از مداخله، نمرات ابعاد کیفیت زندگی گروه آزمون در مقایسه با گروه کنترل به شکل معناداری افزایش یافته است ($p<۰/۰۰۰۱$).

نتیجه گیری. آموزش خانواده محور برای بیماران تحت جراحی پیوند کنارگذر عروق کرونر می تواند باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران گردد.

کلیدواژه ها: پرستاری خانواده محور، کیفیت زندگی، جراحی پیوند کنارگذر عروق کرونر

۱ استاد، گروه جراحی قلب و عروق، مرکز آموزشی تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی، تهران، ایران
۲ دانشجوی دکترای سالمند شناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
۳ دکترای اپیدمیولوژی، مرکز آموزشی درمانی تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی، تهران، ایران
۴ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت های ویژه، مرکز آموزشی درمانی تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی، تهران، ایران
(*نویسنده مسئول)، پست الکترونیک: nghorbanpuor@yahoo.com

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-29]

مقدمه

بیماری عروق کرونر از مهم ترین اختلالات قلبی عروقی و یک مشکل بهداشتی شایع در جهان محسوب می شود و در زمره بیماری های مزمنی است که می تواند باعث ایجاد محدودیت هایی در زندگی فرد شود (بونو و همکاران، ۲۰۱۲). تخمین زده می شود تا سال ۲۰۲۰ بیماری های قلبی عروقی اولین علت ناتوانی در فهرست بیماری های ناتوان کننده در سراسر دنیا باشد. براساس آمارهای جهانی، این بیماری یک دهم کل مرگ های سنین کمتر از ۳۵ سال، یک سوم مرگ های سنین ۳۵ تا ۴۵ سال، و سه چهارم مرگ های سنین بالای ۴۵ سال را به خود اختصاص داده است (گو و همکاران، ۲۰۱۳).

در ایران، بیماری های قلبی عروقی علت ۴۶ درصد از مرگ ها (بیش از یک سوم کل علل مرگ ها) را محسوب می شود (ثنائی و همکاران، ۲۰۱۲). اگرچه پیشرفت در درمان های جدید باعث اصلاح و گسترش تدابیر طبی در اداره بیماران قلبی شده است، هنوز در بسیاری از بیماران قلبی، جراحی تنها درمان انتخابی است (لوئیس و همکاران، ۲۰۱۳). جراحی پیوند کنارگذر شریان کرونر شایع ترین نوع عمل جراحی در بیماری های عروق کرونر است که از سال ۱۹۶۸ مورد استفاده قرار گرفته است (تامسون و همکاران، ۲۰۱۳). در ایران، ۶۰ درصد عمل های جراحی قلب باز، جراحی پیوند کنارگذر عروق کرونر است (بابائی و همکاران، ۲۰۰۷).

هدف اصلی جراحی پیوند کنارگذر عروق کرونر، تخفیف علایم آنژین، افزایش بقا و ارتقاء کیفیت زندگی بیماران است. به اعتقاد مک داف (۲۰۰۰) امروزه بیشتر مطالعات پیرامون کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی، نشان دهنده تاکید بر بررسی نتایج مراقبت از بیماران است. این بیماران پس از ترخیص از بیمارستان اغلب مشکلات متعددی مانند درد، خستگی، تورم اندام، عدم تحمل فعالیت، اختلال خواب، مسائل مراقبت از زخم و مصرف دارو، اضطراب و افسردگی، سازگاری غیرمؤثر با بیماری، و ترس از وضعیت خود در آینده را تجربه می کنند که به میزان قابل توجهی بر کیفیت زندگی آنان مؤثر است (سیام و همکاران، ۲۰۱۳؛ اسملتزر و همکاران، ۲۰۱۳).

بر اساس مطالعات، حمایت اجتماعی، به ویژه حمایت اطلاعاتی از اعضاء خانواده بیماران تحت جراحی پیوند کنارگذر عروق کرونر باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران می شود (رانتانن و همکاران، ۲۰۰۹؛ صالحی تالی و همکاران، ۲۰۰۸). بیماران بیشترین حمایت را از جانب خانواده دریافت می کنند و خانواده اولین پایگاه حمایتی برای ارائه مراقبت، محبت، و کمک های عملی در هنگام نیاز، به صورت بدون قید و شرط است (دیل و گانس کلولاند، ۲۰۰۵). از طرفی، خانواده های بیماران به علت کمبود اطلاعات در ارتباط با بیماری، عدم شناخت نیازهای بیمار و ناآگاهی از نحوه مراقبت بیمار، فاقد کارآیی لازم در ارائه مراقبت موثر می باشند (نیری و همکاران، ۲۰۱۱). به این ترتیب، یکی از نیازهای اساسی بیماران و خانواده های آنان نیاز آموزشی است (ساپین و آکسوی، ۲۰۱۲).

آموزش با رویکرد خانواده محور فرایندی است که در آن اعضاء خانواده در جهت افزایش مهارت ها و توانایی های خود برای کمک به عضوی از خانواده که به بیماری مبتلا شده است آموزش می بینند (نیری و همکاران، ۲۰۱۱). آموزش خانواده محور یکی از مفاهیم اصلی پرستاری است و هدف آن، افزایش میزان آگاهی و توانایی خانواده به جهت ارائه مراقبت منحصر به فرد برای هر بیمار است (ثنائی و همکاران، ۲۰۱۲). بنابراین، ارائه برنامه آموزشی خانواده محور منطبق بر نیاز بیمار و خانواده پس از جراحی قلب، حیاتی ترین بخش مراقبت های پرستاری محسوب می شود (گو و همکاران، ۲۰۰۹). پرستاران به عنوان یکی از اعضاء ارائه دهنده خدمات مراقبت بهداشتی، در طی بستری و بهبود بیمار، بیشترین حضور و تعامل را با بیمار و خانواده وی دارند و در موقعیتی هستند که می توانند این نیازهای آموزشی را به بهترین نحو پاسخگو باشند (کاکینن وهمکاران، ۲۰۱۴).

در کشور ایران روابط و پیوندهای خانوادگی دارای ریشه های عمیقی است و خانواده های ایرانی اغلب تمایل دارند امور مراقبت از بیمار خود را به عهده بگیرند. بنابراین، می توان از این منبع غنی برای بهبود کیفیت زندگی بیماران متعاقب جراحی پیوند کنارگذر عروق کرونر بهره برد. با وجود شیوع گسترده جراحی پیوند کنارگذر عروق کرونر و توانایی های بالقوه خانواده برای حمایت، پژوهش در زمینه آموزش به خانواده بیماران پس از جراحی قلب و کیفیت زندگی بیماران اندک است. این مطالعه با هدف تعیین تاثیر آموزش خانواده محور بر کیفیت زندگی بیماران تحت جراحی پیوند کنارگذر عروق کرونر انجام شد.

مواد و روش ها

مطالعه حاضر یک پژوهش تجربی بود و جامعه پژوهش را بیماران کاندید جراحی پیوند کنارگذر عروق کرونر بستری در مرکز قلب و عروق شهید رجایی تهران به همراه خانواده آنها تشکیل دادند. حجم نمونه در هر گروه ۵۰ زوج بیمار-عضو خانواده بود که با تخصیص تصادفی براساس جدول اعداد تصادفی در یکی از دو گروه آزمون یا کنترل وارد شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-29]

داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن برای مراقب خانوادگی اصلی و بیمار (به جهت توانایی مطالعه مطالب مکتوب)؛ اورژانسی نبودن جراحی قلب؛ عدم سابقه بستری بیمار جهت جراحی پیوند کنارگذر عروق کرونر؛ سکونت مراقب خانوادگی در محل زندگی بیمار یا نزدیک به وی؛ عدم ابتلا به نارسایی کلیه، حوادث عروق مغزی، و نارسایی مزمن انسدادی ریه؛ و امکان برقرای تماس مستقیم یا تلفنی با مراقب خانوادگی یا خانواده بعد از ترخیص بودند. معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم تمایل جهت ادامه مطالعه، فوت بیمار، تغییر مراقب خانوادگی اصلی، و نیاز بیمار به بستری یا مداخله اورژانس به دلیلی غیر از مشکل قلبی کنونی بودند. در طول مطالعه، دو زوج بیمار–عضو خانواده از گروه کنترل و دو زوج بیمار–عضو خانواده از گروه آزمون از ادامه شرکت در مطالعه انصراف دادند و بدین ترتیب پژوهش بر روی ۹۶ بیمار (۴۸ بیمار در هر گروه) انجام شد.

جهت گردآوری داده ها از پرسش نامه ای شامل دو بخش استفاده شد. بخش اول شامل پرسش هایی درباره ویژگی های دموگرافیک واحدهای پژوهش و بخش دوم، پرسشنامه کیفیت زندگی SF-12 بود. پرسشنامه کیفیت زندگی SF-12 فرم تعدیل شده پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 می باشد که شامل ۱۲ سوال مربوط به ۸ بعد است و در دو خرده مقیاس جسمی و روانی تقسیم بندی شده است. خرده مقیاس جسمی شامل چهار بعد عملکرد فیزیکی، محدودیت نقش به علت مشکلات فیزیکی، درک سلامت عمومی، درد جسمانی و خرده مقیاس روانی شامل چهار بعد محدودیت نقش به علت مشکلات عاطفی، انرژی و زنده دلی، درک سلامت روانی و عملکرد اجتماعی می باشد. بر اساس پرسشنامه، حداقل و حداکثر نمره ممکن برای هر یک از ابعاد کیفیت زندگی و کیفیت زندگی کل، بین صفر تا ۱۰۰ می باشد. بدین معنی که نمره ۱۰۰ نشان دهنده بهترین کیفیت زندگی و نمره صفر نشان دهنده بدترین کیفیت زندگی است. روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران توسط منتظری و همکاران در سال ۱۳۸۸ سنجیده شد که ضرایب پایایی (آلفاکرونباخ) برای مولفه های جسمی، ۰/۷۳ و برای مولفه های روانی ۰/۷۲ به دست آمد (منتظری و همکاران، ۲۰۰۹).

پس از کسب اجازه از مسئولین مرکز قلب شهید رجایی، توضیحات لازم به بیمار و عضو فعال خانواده (منظور از عضو فعال خانواده بیمار، همسر، دختر، پسر یا یکی از بستگان نسبی یا سببی بود که بیشترین و موثرترین ارتباط را با بیمار داشت و او را در فرایند درمان به منظور کسب بهبودی و ارتقاء سطح سلامت همراهی می کرد) داده شد و رضایت آنها جهت شرکت در پژوهش اخذ گردید. پس از انتخاب بیماران، پرسشنامه نوبت اول (قبل از اجرای مداخله) تکمیل شد و سپس تخصیص نمونه ها به دو گروه آزمون و کنترل به صورت تصادفی صورت گرفت. مداخله به صورت ارائه آموزش خانواده محور در قالب سه جلسه آموزشی ۳۰–۴۰ دقیقه ای به بیمار و عضو فعال خانواده بود و گروه کنترل، تنها آموزش های معمول بیمارستان شامل پمفلت و نکات آموزشی مطرح شده توسط پرستار حین ترخیص از بیمارستان ارائه شد.

مداخله به این صورت بود که جلسه اول، ۲۴ تا ۴۸ ساعت قبل از زمان جراحی، با هماهنگی با بیمار و عضو فعال خانواده وی جهت حضور، برای هر بیمار و عضو فعال برگزار شد. در جلسه اول توضیحات کلی درباره بیماری، علل نیاز به جراحی، آمادگی های قبل از جراحی، و تغییرات و شرایط بعد از جراحی داده شد. جلسه دوم به صورت بحث گروهی در قالب گروه های ۴ الی ۶ نفره (یعنی دو الی سه بیمار به همراه اعضای فعال خانواده آنان)، ۴۸ ساعت بعد از جراحی برای بیماران و خانواده آنها تشکیل شد. طی این جلسه، مباحث آموزشی براساس نیازهای بیماران و در پنج بخش رژیم غذایی، رژیم دارویی، برنامه حرکتی، عوارض جراحی و مراقبت های آن، و آشنایی با عوامل خطرزای بیماری عروق کرونر به صورت ساده و قابل درک ارائه شد و کتابچه آموزشی طراحی شده در قالب محور های فوق در اختیار واحدهای پژوهش قرار گرفت (روایی محتوای کتابچه توسط متخصصان قلب، جراحی قلب، و پرستاران مورد ارزیابی قرار گرفت). در جلسه سوم که در روز چهارم بعد از جراحی برگزار شد، پژوهشگر ابتدا نکات مراقبتی شامل روش مراقبت از زخم ها و تمرینات حرکتی، نحوه پوشیدن جوراب واریس و محافظ استرنوم و غیره را که در جلسات قبل مطرح شده بود دوباره به صورت شفاهی توضیح داد و سپس تمرینات عملی همراه عضو فعال خانواده انجام داده شد تا واحدهای پژوهش با نحوه عملی انجام این تمرینات آشنا شوند.

پس از پایان مداخله و ترخیص بیماران، برنامه پیگیری تلفنی، هر هفته دو تماس تلفنی ۵ الی ۱۰ دقیقه ای از طرف پژوهشگر با واحدهای پژوهش برقرار شد و ضمن پاسخگویی به سوالات، روند آموزش ها و مراقبت ها ارزیابی شد. جمع آوری نهایی داده ها، یک ماه بعد از ترخیص با مراجعه حضوری به درمانگاه و ملاقات واحدهای پژوهش و تکمیل پرسشنامه کیفیت زندگی انجام شد. برای تحلیل داده ها از آزمون های مجذور کای، تی مستقل، من ویتنی، و ویلکاکسون در نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-29]

یافته ها

میانگین سن بیماران در گروه آزمون، ۶۱/۴۲ سال با انحراف معیار ۶/۴۸ و در گروه کنترل، ۶۱/۰۶ سال با انحراف معیار ۶/۷۴ بـود و اکثر نمونه ها (۶۴/۵ درصد) مرد بودند. شاخص توده بدنی نیمی از بیماران مورد پژوهش، در محدوده ۲۵ تا ۲۹/۹۰ بود، ۴۷/۹۲ درصد نمونه ها تحصیلات ابتدایی داشتند و ۵۴/۱۷ درصد مراقبین، فرزند بیمار بودند. بین متغیرهای دموگرافیک دو گروه اختلاف مـعـنـادار آماری مشاهده نشد (جدول شماره ۱). براساس آزمون کولموگروف– اسمیرنوف، توزیع داده های کیفیت زندگی به صورت غیر طبیعی بود، بنابراین، برای توصیف نتایج از میانه و دامنه میان چارکی، برای مقایسه دو گروه قبل و بعد از مداخله، از آزمون ناپارامتریک مـن ویتنی، و برای مقایسه درون گروهی از آزمون ویلکاکسون استفاده شد.

قبل از مداخله، دامنه میان چارکی بیشتر ابعاد کیفیت زندگی در گروه کنترل در محدوده ۵۰ تا ۱۰۰ و دامنه میان چارکی بیشترین ابعاد کیفیت زندگی در گروه آزمون در محدوه ۲۵ تا ۷۵ قرار داشت. بین دو گروه از نظر نمرات ابعاد کیفیت زندگی، به جز در بـعـد درک سلامت عمومی تفاوت آماری معنادار وجود داشت (p<۰/۰۰۰۱). پس از اجرای مداخله، دامنه میان چارکی بیشتر ابعاد کیفیت زندگـی در گروه کنترل و آزمون، به ترتیب در محدوده ۲۵ تا ۷۵ و ۵۰ تا ۱۰۰ قرار داشت. آزمون من ویتنی نشان داد بین دو گروه بـعـد از مداخله تفاوت آماری معنی داری وجود داشت (p<۰/۰۰۰۱)، به جز در بعد درک سلامت عمومی که بین دو گـروه تـفـاوت آمـاری معناداری مشاهده نشد (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۱: مقایسه ویژگی های دموگرافیک بیماران در دو گروه آزمون و کنترل

گروه	آزمون	کنترل	
متغیر	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	آزمون آماری
مدت ابتلا به بیماری قلبی			df=۹۴, t= -۰/۵۸, P=۰/۵۶
کمتر از ۱ سال	۶ (۱۲/۵)	۸ (۱۶/۷)	
۱ تا ۳ سال	۱۱ (۲۲/۹)	۱۳ (۲۷/۱)	
بیشتر از ۳ سال	۱۶ (۳۳/۳)	۱۲ (۲۵)	
عدم سابقه	۱۵ (۳۱/۳)	۱۵ (۳۱/۳)	
وضعیت تاهل			df=۱, x^2=۰/۳۳, P=۰/۵۶
متاهل	۴۰ (۸۳/۳)	۴۲ (۸۷/۵)	
همسر فوت شده	۸ (۱۶/۷)	۶ (۱۲/۵)	
شغل			df=۳, x^2=۰/۴۴, P=۰/۹۳
کارمند	۳ (۶/۳)	۴ (۸/۴)	
آزاد	۱۵ (۳۱/۳)	۱۴ (۲۹/۱)	
بازنشسته	۱۶ (۳۳/۳)	۱۴ (۲۹/۱)	
خانه دار	۱۴ (۲۹/۱)	۱۶ (۳۳/۳)	
مصرف دخانیات			df=۲, x^2=۰/۸۰, P=۰/۶۶
دارد	۵ (۱۰/۴)	۸ (۱۶/۷)	
ندارد	۳۲ (۶۶/۷)	۳۰ (۶۲/۵)	
ترک کرده	۱۱ (۲۲/۹)	۱۰ (۲۰/۸)	
سابقه بیماری زمینه ای			
پرفشاری خون	۳۰ (۶۲/۵)	۳۱ (۶۴/۶)	df=۱, x^2=۰/۰۴۵, P=۰/۸۳
چربی خون	۲۲ (۴۵/۸)	۲۳ (۴۷/۹)	df=۱, x^2=۰/۰۴۲, P=۰/۸۳
دیابت	۱۰ (۲۰/۸)	۹ (۱۸/۸)	df=۱, x^2=۰/۰۶۶, P=۰/۷۹

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-29]

جدول شماره ۲: مقایسه نمرات ابعاد کیفیت زندگی واحدهای پژوهش، قبل و بعد از مطالعه در گروه آزمون و کنترل

ابعاد کیفیت زندگی	گروه	قبل	بعد	تغییرات	نتیجه آزمون
		(دامنه میان چارکی) میانه	(دامنه میان چارکی) میانه	(دامنه میان چارکی) میانه	من ویتنی
عملکرد فیزیکی	آزمون	۷۵ (۵۰ – ۷۵)	۱۰۰ (۷۵ – ۱۰۰)	۲۵ (۰ – ۵۰)	p=۰/۰۰۰
	کنترل	۷۵ (۷۵ – ۱۰۰)	۷۵ (۵۰ – ۷۵)	-۲۵ (-۲۵ – ۰)	
محدودیت نقش به علت مشکلات فیزیکی	آزمون	۵۰ (۰ – ۵۰)	۵۰ (۵۰ – ۱۰۰)	۵۰ (۰ – ۵۰)	p=۰/۰۰۰
	کنترل	۵۰ (۵۰ – ۷۵)	۵۰ (۰ – ۵۰)	-۲۵ (-۵۰ – ۰)	
درد جسمانی	آزمون	۵۰ (۲۵ – ۵۰)	۷۵ (۷۵ – ۷۵)	۲۵ (۲۵ – ۵۰)	p=۰/۰۰۰
	کنترل	۷۵ (۵۰ – ۷۵)	۵۰ (۵۰ – ۷۵)	-۲۵ (-۲۵ – ۰)	
درک سلامت عمومی	آزمون	۵۰ (۵۰ – ۵۰)	۵۰ (۵۰ – ۵۰)	۰ (۰ – ۰)	p=۰/۱۹۵
	کنترل	۵۰ (۵۰ – ۵۰)	۵۰ (۵۰ – ۵۰)	۰ (۰ – ۰)	
انرژی و زنده دلی	آزمون	۴۰ (۴۰ – ۶۰)	۶۰ (۶۰ – ۶۰)	۰ (۰ – ۲۰)	p=۰/۰۰۰
	کنترل	۶۰ (۶۰ – ۷۰)	۴۰ (۴۰ – ۶۰)	-۲۰ (-۲۰ – -۱۰)	
عملکرد اجتماعی	آزمون	۷۵ (۵۰ – ۷۵)	۷۵ (۷۵ – ۱۰۰)	۲۵ (۰– ۲۵)	p=۰/۰۰۰
	کنترل	۱۰۰ (۷۵ – ۱۰۰)	۷۵ (۵۰ – ۷۵)	-۲۵ (-۲۵ – ۰)	
محدودیت ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی	آزمون	۵۰ (۵۰ – ۵۰)	۵۰ (۵۰– ۱۰۰)	۵۰ (۰ – ۵۰)	p=۰/۰۰۰
	کنترل	۷۵ (۵۰ – ۱۰۰)	۵۰ (۰ – ۵۰)	-۵۰ (-۵۰ – ۰)	
درک سلامت روانی	آزمون	۶۰ (۶۰ – ۷۰)	۷۰ (۷۰ – ۸۰)	۱۰ (۰ – ۱۰)	p=۰/۰۰۰
	کنترل	۷۰ (۶۰ – ۸۰)	۶۰ (۶۰ – ۷۰)	-۱۰ (-۱۰ – ۰)	

بحث

یافته های پژوهش نشان داد که پس از اجرای مداخله آموزش خانواده محور، نمره ابعاد کیفیت زندگی در گروه آزمون در مقایسه با گروه کنترل، و همچنین، نسبت به قبل از اجرای مداخله افزایش قابل توجهی داشته است. همچنین، تغییرات نمرات ابعاد کیفیت زندگی با گذشت یک ماه، در گروه آزمون در مقایسه با گروه کنترل به طور چشمگیری بیشتر بوده است. استفاده از آموزش خانواده محور تاثیر قابل ملاحظه ای بر نمرات ابعاد کیفیت زندگی بیماران بعد از جراحی داشته است و نمرات کسب شده قبل و بعد از مطالعه نشان دهنده تاثیر آموزش خانواده محور بر بهبود ابعاد کیفیت زندگی می باشد.

در مطالعه حاضر ابعاد کیفیت زندگی گروه کنترل نسبت به قبل از اجرای مطالعه، به جز در بعد درک سلامت عمومی کاهش چشمگیری داشت (p<۰/۰۰۰۱). این یافته با نتایج مطالعه فیاضی و همکاران (۱۳۹۰) که با هدف مقایسه کیفیت زندگی، قبل و بعد از عمل جراحی قلب باز انجام شده بود و مطالعه صادقی و همکاران (۱۳۸۸) که با هدف بررسی تاثیر اجرای الگوی مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران پس از عمل جراحی پیوند کنارگذر عروق کرونر انجام شده بود همسو می باشد. با توجه به نتایج پژوهش حاضر، این افت کیفیت زندگی تحت تاثیر عواملی مانند عوارض و مشکلات ناشی از عمل جراحی، ناآگاهی از روش های مراقبت، و کاهش عملکرد به دلیل مشکلات جسمی و عاطفی در دوره بعد از عمل جراحی می باشد. همچنین، یافته های مطالعه حاضر نشان داد ابعاد کیفیت زندگی گروه آزمون نسبت به قبل از اجرای مطالعه افزایش معنی داری داشته است (p<۰/۰۰۰۱)، اما در بعد درک

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-29]

سلامت عمومی، نسبت به قبل از مطالعه تفاوت آماری معنا داری مشاهده نشد. در این رابطه، نتایج مطالعه لی و همکاران (۲۰۰۹) که با هدف بررسی تاثیر برنامه بازتوانی مبتنی بر منزل بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی بیماران پس از جراحی پیوند کنارگذر عروق کرونر انجام شد و مطالعه چنگیزی و همکاران (۱۳۹۳) که با هدف بررسی توانمندسازی خانواده بر کیفیت زندگی بیماران تحت جراحی پیوند کنارگذر عروق کرونر انجام شد، نشان دادند که ابعاد کیفیت زندگی گروه آزمون تفاوت آمار معناداری نسبت به گروه کنترل داشته است. یافته های مطالعه حاضر نشان داد این بهبود کیفیت زندگی در گروه آزمون تحت تاثیر جلسات آموزشی خانواده محور، افزایش سطح آگاهی و توانمندی خانواده جهت مراقبت با کیفیت از بیمار، آشنایی با عوارض عمل جراحی و ارائه راهکارهای مناسب و ارتباط پیگیر و مداوم با گروه آزمون بعد از ترخیص از بیمارستان می باشد.

در مطالعه آگاروال و همکاران (۲۰۱۰) که 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" انجام شد مشخص گردید که داشتن حمایت اجتماعی مناسب برای بیمار یکی از مهم ترین عوامل تبعیت از رژیم غذایی بعد از ترخیص از بیمارستان محسوب می شود و در بیمارانی که حضور مناسب خانواده را نداشتند میزان تبعیت از رژیم غذایی به طور معناداری بعد از ترخیص کاهش یافته بود. در مطالعه اوپرا و همکاران (۲۰۱۰)، که مداخله ای حمایتی را برای خانواده بیماران مبتلا به سکته مغزی انجام دادند، در گروه آزمون کیفیت زندگی بیمار و خانواده وی افزایش پیدا کرد و احساس فشار در مراقبت از بیمار کم شد. نتایج مطالعه حاضر نشان می دهد که آموزش های ساده و قابل فهم در چند جلسه برای خانواده بیماران در زمینه بازتوانی و مراقبت های پس از ترخیص به همراه پیگیری اجرای برنامه های آموزشی، به طور چشمگیری منجر به افزایش کیفیت زندگی بیمار و به دنبال آن کیفیت مراقبت از بیمار شده است.

در مطالعه ای که توسط بالان و همکاران (۲۰۰۷) جهت مقایسه کیفیت زندگی بیماران قبل و ۶ هفته بعد از جراحی پیوند کنارگذر عروق کرونر انجام شد مشخص شد کیفیت زندگی در بعد درک سلامت عمومی بهبود معناداری داشته است که با نتایج مطالعه حاضر همسو نمی باشد. شاید علت این اختلاف ریشه در تفاوت فرهنگی و شیوه زندگی افراد در جوامع مختلف از نقطه نظر دستیابی به گروه های حمایتی باشد. این پژوهش با هدف آموزش به خانواده و ایجاد توانمندی برای ارائه مراقبت و حمایت مناسب حین بستری و بعد از ترخیص بیماران از بیمارستان طراحی شده بود، اما نتایج پژوهش نشان داد که در بعد درک سلامت عمومی تفاوت آماری معناداری بین دو گروه آزمون و کنترل وجود نداشت. با توجه به اینکه بعد درک سلامت عمومی یکی از حیطه های بعد روحی کیفیت زندگی است، می توان با انجام مشاوره های درمانی و گروه های حمایتی به روند بهبودی و کیفیت زندگی آنان کمک کرد.

نتیجه گیری

اجرای الگوی آموزش خانواده محور تفاوت آماری معنی داری در سطوح مختلف کیفیت زندگی بیماران بعد از عمل جراحی پیوند کنارگذر عروق کرونر ایجاد می کند و با افزایش کیفیت زندگی بیماران همراه است. پیشنهاد می شود در مطالعات بعدی به بررسی تاثیر الگوی آموزش خانواده محور بر کیفیت زندگی بیماران در مدت زمان پیگیری طولانی مدت (۶ تا ۱۲ ماه) پرداخته شود.

تقدیر و تشکر

این پژوهش بخشی از پایان نامه دوره کارشناسی ارشد رشته پرستاری مراقبت ویژه می باشد و اعتبار آن از محل مرکز قلب و عروق شهید رجایی تامین شده است. بدین وسیله از همکاری بیماران و خانواده های آنان که صادقانه در انجام این پژوهش ما را یاری کردند سپاسگزاری می نماییم. همچنین، از زحمات استاد عالی قدر، جناب آقای دکتر علی منتظری به خاطر راهنمایی و مشاوره آماری کمال تشکر و امتنان را داریم.

References

Aggarwal, B., Liao, M., Allegrante, J. P. & Mosca, L. 2010. 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,* 42**,** 380-388.

Babaee, G., Keshavarz, M., Hidarnia, A. & SHayegan, M. 2007. Evaluation of quality of life in patients with coronary artery bypass surgery using controlled clinical trial. *Acta Medica Iranica,* 45**,** 69-75.

Ballan, A. & Lee, G. 2007. A comparative study of patient perceived quality of life pre and post coronary artery bypass graft surgery. *Australian Journal of Advanced Nursing, The,* 24**,** 24.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-29]

Bonow, R., Mann, D., Zipes, D. & Libby, P. 2012. Braunwald's Heart Disease. A Textbook of Cardiovascular Medicine. Philadelphia, PA: Saunders; An imprint of Elsevier Inc. *International Edition*.

Chung, M. L., Lennie, T. A. & Moser, D. K. 2014. The Feasibility of the Family Cognitive Educational Intervention to Improve Depressive symptoms and Quality of Life in Patients with Heart Failure and Their Family Caregivers. *Journal of Cardiac Failure,* 20**,** S52.

Dill, K. & Gance□Cleveland, B. 2005. Family-Centered Care. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing,* 10**,** 204-207.

Fayyazi, S., Sayadi, N. & GHeybizadeh, M. 2012. Comparison of Quality of Life before and After Open Heart Surgery. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences,* 14**,** 98-100.

Gao, F.-J., Yao, K.-P., Tsai, C.-S. & Wang, K.-Y. 2009. Predictors of health care needs in discharged patients who have undergone coronary artery bypass graft surgery. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care,* 38**,** 182-191.

Go, A. S., Mozaffarian, D., Roger, V. L., Benjamin, E. J., Berry, J. D., Borden, W. B., Bravata, D. M., Dai, S., Ford, E. S. & Fox, C. S. 2013. Heart disease and stroke statistics--2013 update: a report from the American Heart Association. *Circulation,* 127**,** e6.

Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P., Steele, R., Tabacco, A. & Hanson, S. M. H. 2014. *Family health care nursing: Theory, practice, and research*, FA Davis.

Lewis, S. L., Dirksen, S. R., Heitkemper, M. M. & Bucher, L. 2013. *Medical-Surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problems, Single Volume*, Elsevier Health Sciences.

Lie, I., Arnesen, H., Sandvik, L., Hamilton, G. & Bunch, E. H. 2009. Health-related quality of life after coronary artery bypass grafting. The impact of a randomised controlled home-based intervention program. *Quality of Life Research,* 18**,** 201-207.

Macduff, C. 2000. Respondent-generated quality of life measures: useful tools for nursing or more fool's gold? *Journal of advanced nursing,* 32**,** 375-382.

Masoudi, R., Soleimani, M., Hashemi, N. A., Qorbani, M., Pour, D. A. & Bahrami, N. 2010. The effect of family centered empowerment model on the quality of life in elderly people. *THE JOURNAL OF Qazvin University of Medical Sciences,* 14**,** 57-64.

Mirbagher-Ajorpaz, N. & Rezaei, M. 2011. The effect of pulmonary rehabilitation program on quality of life of elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. *zahedan journal of research in medical sciences,* 3**,** 35-30.

Montazeri, A., Vahdaninia, M., Mousavi, S. J. & Omidvari, S. 2009. The Iranian version of 12-item Short Form Health Survey (SF-12): factor structure, internal consistency and construct validity. *BMC public health,* 9**,** 341.

Nayeri, N. D., Mohammadi, S. & Arazi, T. 2011. Examining the level of adherence of therapeutic regime by the family caregivers of stroke patients. *Canadian Journal on Medicine,* 2**,** 87-98.

Oupra, R., Griffiths, R., Pryor, J. & Mott, S. 2010. Effectiveness of Supportive Educative Learning programme on the level of strain experienced by caregivers of stroke patients in Thailand. *Health & social care in the community,* 18**,** 10-20.

Rantanen, A., Tarkka, M. T., Kaunonen, M., Sintonen, H., Koivisto, A. M. & Åstedt□Kurrki, P. 2009. Health□related quality of life after coronary artery bypass grafting. *Journal of advanced nursing,* 65**,** 1926-1936.

Sadeghi sherme , M., Razmjooei, N., Ebadi, A., Najafi Mehri, S., Asadi-Lari, M. & Bozorgzad, P. 2009. Effect of applying continuous care model on quality of life of patients after coronary artery bypass graft. *Iranian Journal of Critical Care Nursing,* 2**,** 1-6.

Salehi tali, S., Mehralian, H., Imani, R., KHaledi, A. & Hatami pour, K. 2008. Effect of continuous caring and educational intervention (home visit) on quality of life in the congestive heart failure patients. *Journal of Shahrekord Uuniversity of Medical Sciences,* 10**,** 14-19.

Sanaie, N., Rohani, M. & Sepehrinia, M. 2012. The Effects of family centered education on adherence to exercise program for patients undergoing coronary artery bypass surgery. *preventive care in nursing & midwifery journal,* 2**,** 1-9.

Sayin, Y. & Aksoy, G. 2012. The nurse's role in providing information to surgical patients and family members in Turkey: a descriptive study. *AORN journal,* 95**,** 772-787.

Seyam, S., Heidarnia, A. R. & Tavafian, S. S. 2013. Quality of life and factors related to it in cardiovascular patients after heart surgery. *Journal of Birjand University of Medical Sciences,* 19**,** 33-41.

Smeltzer, S., Bare, B., Hinkle, J. & CHeever, K. 2010. *Brunner and Suddarths Textbook of Medical Surgical Nursing(12nd ED),* Lippincott Williams and Wilkins.

Thomson, P., Niven, C. A., Peck, D. F. & Eaves, J. 2013. Patients' and partners' health-related quality of life before and 4 months after coronary artery bypass grafting surgery. *BMC nursing,* 12**,** 16.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-29]

نشریه پرستاری قلب و عروق، دوره چهارم، شماره ۲، تابستان ۱۳۹٤
Cardiovascular Nursing Journal, 4(2), Summer 2015

Original Article

Effect of family-centered education on the quality of life patients after coronary artery bypass graft surgery

Alireza Ghavidel[1], MD
Pouya Farokhnezhad-Afshar[2], PhD Candidate
Hooman Bakhshandeh[3], PhD
*Fatemeh Ghorbanpuor[4], MSc

Abstract

Aim. This study was conducted to examine the effect of family-centered education on the quality of life patients after coronary artery bypass graft surgery.

Background. Following coronary artery bypass graft surgery, the patients face many physical, mental and social problems, which reduce their quality of life. Teaching the patient's family provides an opportunity for family members to cooperate actively in taking care and supporting patient, thereby, improve patients' quality of life.

Method. This was an experimental study in which 96 patients with their active family members were recruited according to inclusion criteria and randomly allocated to experimental (n=48) and control group (n=48). Before intervention, SF-12 Quality of Life Questionnaire (QOL) was completed by participants in both groups. Then, experimental group received family-centered education in three sessions and control group received only hospital routine educational program. Quality of life was again measured one month later. The data were analyzed by SPSS version 22.

Findings. There were no statistically significant differences between the two groups regarding demographic characteristics. Based on Mann-Whitney test, a statistically significant increase was observed in scores of QOL dimensions after intervention in the experimental group as compared with control group ($P<0.0001$).

Conclusion: Family-centered education in patients under coronary artery bypass graft can improve quality of life in these patients.

Keywords: Family-centered nursing, Quality of life, Coronary artery bypass graft

1 Professor of Cardiac Surgery, Cardiac Surgery Department, Rajaie Cardiovascular Medical and Research Center, Tehran, Iran
2 PhD Candidate, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
3 Assistant Professor of Epidemiology, Rajaie Cardiovascular Medical and Research Center, Tehran, Iran
4 Master of Science in Critical Care Nursing, Rajaie Cardiovascular Medical and Research Center, Tehran, Iran (*Corresponding Author) email: nghorbanpuor@yahoo.com

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-29]