

منابع خودمدیریتی پس از پیوند عروق کرونر

مژگان تائبی^۱، حیدر علی عابدی^۲، عباس عباس زاده^۳، مجید کاظمی^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: هدف از مطالعه حاضر، کشف منابع به کار رفته توسط بیماران برای خودمدیریتی پس از جراحی پیوند عروق کرونر بود. خودمدیریتی فرایندی پویا است که در آن افراد به طور فعال شرایط مزمن خود را مدیریت می‌کنند. منابع ویژه‌ای که فرد برای خودمدیریتی انتخاب می‌کند، فرایندی فردی است که بر اساس زمینه متفاوت می‌باشد. اگرچه شاخص‌های تأثیرگذار بر خودمدیریتی در مطالعات گوناگون تعیین شده، اما منابعی که بیمار برای خودمدیریتی پس از جراحی پیوند عروق کرونر به کار می‌گیرد، کمتر مورد توجه قرار گرفته است.

روش: این مطالعه با یک رویکرد کیفی بر اساس آنالیز محتوا انجام شد. داده‌ها از مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختار یافته با ۲۵ بیمار، ۳ پرستار، ۴ پزشک متخصص قلب و ۷ نفر از اعضای خانواده بیماران در یک مرکز بازتوانی قلب به دست آمد.

یافته‌ها: از تحلیل داده‌ها، ۸ طبقه در قالب ۳ درون‌مایه به دست آمد که این سه درون‌مایه اساس منابع خودمدیریتی را در بیماران پس از جراحی پیوند عروق کرونر تشکیل دادند. «معنایابی، مثبت‌اندیشی و تمرکز بر توانمندی» در قالب درون‌مایه «بازیافت قدرت روانی» بیان گردید. «قدردانی از خداوند و استعانت مذهبی» منجر به ایجاد درون‌مایه «حفظ خود معنوی» و «جستجوی حمایت خانواده، ارتباط با هم‌تایان و جستجوی حمایت مراقبین سلامت» منجر به تشکیل درون‌مایه «حمایت اجتماعی» شد.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج، مشارکت کنندگان خودشان منابع روانی، معنوی و اجتماعی گوناگونی را برای مدیریت بیماری خود فعال می‌سازند. فعال‌سازی منابع باید با حمایت و ارتباط دو جانبه با مراقبت دهندگان سلامت صورت گیرد.

کلید واژه‌ها: خودمدیریتی، بیماری مزمن، جراحی پیوند عروق کرونر، مطالعه کیفی

ارجاع: تائبی مژگان، عابدی حیدر علی، عباس زاده عباس، کاظمی مجید. منابع خودمدیریتی پس از پیوند عروق کرونر. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۴؛ ۴ (۱): ۶۱-۵۰.

تاریخ پذیرش: ۹۳/۱۲/۱۲

تاریخ دریافت: ۹۳/۹/۱۵

Email: drabedieu@yahoo.com

نویسنده‌ی مسئول: دکتر حیدر علی عابدی

مقدمه

از جمله بیماری‌های مزمن، بیماری‌های قلبی- عروقی می‌باشد که مهم‌ترین علت مرگ و میر و ناتوانی در جهان شناخته شده است (۱، ۲). تخمین زده می‌شود که بیماری‌های قلبی- عروقی تا سال ۲۰۲۰، اولین علت ناتوانی در فهرست بیماری‌های ناتوان کننده در دنیا باشد. شیوع بیماری عروق کرونر و عوامل خطر این بیماری در ایران بالاتر از کشورهای غربی و برابر با ۳۷/۵ درصد در زنان و ۲۲/۲ درصد در مردان می‌باشد (۳). در صورت عدم موفقیت درمان طبی در بیماران ایسکمیک قلبی، فقط عمل جراحی پیوند عروق کرونر قلب (Coronary artery bypass graft یا CABG) ضامن بقا و سلامت این بیماران خواهد بود (۴).

اگرچه بیشتر بیماران بهبود و سلامت بیشتری را پس از عمل پیوند عروق کرونر گزارش کرده‌اند، اما بسیاری نیز از دوره بهبود و بازتوانی به عنوان فرایندی با عوارض طولانی مدت و کوتاه مدت یاد نمودند (۵). برای برآوردن نیازهای بیمار و حمایت از وی، به یک دیدگاه زیستی، روانی و اجتماعی بر اساس دیدگاه خود بیمار نیاز است. دیدگاه بیمار با تأکید بر اهمیت معنای بیماری برای وی، اولویت‌های او جهت دریافت اطلاعات، شرکت دادن وی جهت تصمیم‌گیری، توسعه اهداف درمانی مشترک و ارتباط بین پرستار و بیمار می‌باشد (۶).

تصمیم‌گیری روزانه در مورد مدیریت بیماری توسط خود فرد، چیزی فراتر از انتخاب‌های ساده درمانی یا پذیرش رژیم‌های پزشکی است. یکی از مسؤولیت‌های تیم مراقبت سلامت به ویژه پرستاران، انتقال اطلاعات بر اساس نیازهای بیمار از طریق آموزش و پیگیری حمایت از او می‌باشد (۷). سطوح پایین خودمدیریتی با پیامدهای روانی مانند افسردگی، دیسترس عاطفی و کاهش کیفیت زندگی در ارتباط است (۸). بیماران پس از جراحی بای‌پس عروق کرونر، همچنان در معرض افزایش خطر قلبی هستند. پیشگیری ثانویه به صورت خودمدیریتی جهت افزایش بقا و کاهش مسایل سلامت در آینده و کاهش نیاز به مداخلات بیشتر مورد نیاز است (۹). خودمدیریتی بیماری مزمن در آموزش سلامت و

رفتارهای سلامتی در چند دهه گذشته توجه زیادی را به خود معطوف کرده است. بسیاری از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن از قبیل بیماری‌های قلبی، مستلزم مؤلفه‌های خودمدیریتی مانند بر عهده گرفتن رژیم‌های پزشکی، فعالیت جسمی، مدیریت وزن و رژیم غذایی و رفتارهای خاص مربوط به بیماری می‌باشد (۱۰). خودمدیریتی توانایی فرد در پیوند با خانواده، اجتماع و مراقبت دهندگان سلامت برای مدیریت علائم، درمان‌ها، تغییرات سبک زندگی و نیز مدیریت عواقب فرهنگی، معنوی، روانی و اجتماعی وضعیت سلامت خود می‌باشد (۱۱). به عبارت دیگر، خودمدیریتی عبارت است از استراتژی‌هایی که فرد برای کنترل بیماری، ارتقای سلامت و خوب زندگی کردن با بیماری به کار می‌گیرد (۱۲).

از آنجایی که دیدگاه‌های سنتی در مدیریت شرایط مزمن (دیدگاه مراقبت دهنده محور) که در آن بیمار مجبور به پذیرش دستورات باشد، در بهبود پیامدهای بالینی با شکست مواجه شده است، نیاز به خودمدیریتی در بیماری‌های مزمن احساس شد (۱۳). مطالعات نشان داده است که خودمدیریتی منجر به کاهش بستری مجدد و عوارض متعدد دیگر در رابطه با بیماری مزمن می‌شود و ضمن صرفه‌جویی در هزینه‌ها، باعث دستیابی بیمار به کیفیت زندگی و پیامدهای بهتر خواهد شد (۱۴). تاکنون مطالعات زیادی در زمینه تجارب بیماران پس از جراحی پیوند عروق کرونر و درباره تجربه بیماران تأثیر جراحی پیوند عروق کرونر بر سلامتی (۵)، بررسی دغدغه‌ها و نیازهای بیماران و خانواده‌های آن‌ها پس از جراحی پیوند عروق کرونر (۱۵) و تجربه بهبودی پس از جراحی پیوند عروق کرونر (۱۶) انجام گرفته است.

بابایی و همکاران در یک مطالعه کمی گزارش نمودند که کیفیت زندگی بیماران پس از جراحی پیوند عروق کرونر بهبود یافته است و در صورت ارائه یک برنامه آموزشی به بیماران و پیگیری پس از جراحی، می‌توان کیفیت زندگی آنان را ارتقا داد (۱۷). بنا بر جستجوی محقق، مطالعه‌ای کیفی در زمینه خودمدیریتی و منابع آن در بیماران پس از جراحی پیوند عروق کرونر یافت نشد. منابع مورد نیاز برای خودمدیریتی شامل افراد (اعضای خانواده، دوستان و اعضای تیم سلامت)، منابع و

به کارگیری این منابع را تسهیل نمایند.

روش

هدف مطالعه حاضر، تبیین منابع به کار گرفته شده برای دستیابی به خودمدیریتی پس از جراحی پیوند عروق کرونر بود. مطالعه با نمونه‌گیری هدفمند شروع و با نمونه‌گیری نظری ادامه یافت تا این که محقق به اشباع نمونه‌ها رسید. ملاک انتخاب مشارکت کنندگان، انجام عمل جراحی یک سال قبل از شروع مطالعه و توانایی و تمایل به انجام مصاحبه به گونه‌ای که بتواند اطلاعات غنی در اختیار محقق قرار دهد، بود. محدوده زمانی یک سال به این علت انتخاب شد که سازگاری و شکل‌گیری رفتارهای خودمدیریتی پس از تشخیص یک بیماری، زمان‌بر است (۱۸).

اسامی بیماران دارای شرایط ورود به مطالعه از یک مرکز بازتوانی و یک بخش جراحی قلب در یک بیمارستان تخصصی شهر کرمان جمع‌آوری شد و پژوهشگر با تماس تلفنی با مشارکت کنندگان، هدف مطالعه را برای آنها توضیح داد و پس از جلب رضایت و اعلام شفاهی آنان برای شرکت در مطالعه، محل مصاحبه با توافق مشارکت کنندگان تعیین گردید. تمام مصاحبه‌ها در مرکز بازتوانی قلبی ذکر شده با ۳۹ مشارکت کننده شامل ۲۵ بیمار، ۳ پرستار، ۴ پزشک متخصص قلب و اعضای خانواده بیماران صورت گرفت. مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته شامل سؤالات دارای پاسخ باز به منظور درک منابع به کار گرفته شده و همچنین منابع مورد نیاز جهت انجام رفتارهای خودمدیریتی انجام گردید. مصاحبه‌ها با این پرسش که «زندگی پس از عمل جراحی چگونه می‌گذرد؟» آغاز و سپس با سؤالات جستجوگر همچون «چه چیز به شما کمک می‌کند تا تأثیر بیماری بر زندگیتان را بهتر کنترل کنید؟» دنبال شد تا درک عمیق‌تری از داده‌ها به دست آید. مدت زمان مصاحبه‌ها بین ۱۰۰-۲۰ دقیقه متغیر بود و توسط دستگاه Mp3 player ضبط و پس از چند بار گوش دادن، دست‌نویس شد.

با توجه به سؤال پژوهش، روش تحقیق کیفی با رویکرد تحلیل محتوا مورد استفاده قرار گرفت. این رویکرد روش

خدمات جامعه و منابع روانی و معنوی است که به فرد در مدیریت جنبه‌های مختلف بیماری از جمله جنبه‌های روانی، جسمی، اجتماعی و معنوی کمک می‌کند. به کارگیری منابع بر حسب نوع بیماری و نقشی که بیمار در مدیریت بیماری خود بر عهده می‌گیرد، متفاوت است. منابع ویژه‌ای که افراد برای دستیابی به خودمدیریتی انتخاب می‌کنند، فرایندی فردی و قابل تغییر در طول زمان است (۱۲). در ایران (زمینه مطالعه حاضر) هیچ برنامه خودمدیریتی خاصی برای بیماران قلبی وجود ندارد و این بیماران پس از جراحی پیوند عروق کرونر، خودمدیریتی را با استفاده از منابع خود توسعه می‌دهند و با حمایت خانواده برای حفظ آن تلاش می‌کنند.

با توجه به شیوع بالای جراحی پیوند عروق کرونر به خصوص در قشر مولد جامعه ما و اتلاف نیروها و سرمایه‌های مادی و معنوی بیماران و از آنجایی که انجام هر نوع پیشگیری (نوع اول، دوم و سوم) مورد توجه بسیاری از صاحب‌نظران و متولیان نظام سلامت کشور می‌باشد و همچنین، با توجه به اهمیت نقش محوری خودمدیریتی در پیشگیری نوع دوم و بهبود کیفیت زندگی این بیماران، ضرورت پرداختن به پدیده خودمدیریتی به صورت عمیق احساس شد. به علت چند بعدی بودن این پدیده و وجود مطالعات کیفی بسیار اندک در این زمینه و از آنجا که مطالعات نوع کمی قادر نبود نحوه به کارگیری منابع خودمدیریتی را در بستر فرهنگی- اجتماعی کشورمان به خوبی آشکار سازد، مطالعه حاضر با استفاده از رویکرد تحقیق کیفی و با هدف یافتن منابع به کار گرفته شده و یا منابع مورد نیاز افراد پس از جراحی قلب جهت یک خودمدیریتی موفق صورت گرفت.

با توجه به اهمیت زمینه در فرایند خودمدیریتی، باید تجارب بیماران مزمن در استفاده از منابع جهت مدیریت بیماری و زندگی روزمره آنها جستجو گردد. حمایت از خودمدیریتی در بیماران پس از جراحی پیوند عروق کرونر، با ایجاد و حفظ منابع حمایتی مورد نیاز در این گروه از بیماران می‌باشد. درک منابع به کار رفته توسط بیمار در جهت خودمدیریتی، به افراد تیم سلامت کمک می‌کند تا دسترسی و

جهت ارزیابی مقبولیت، از بازنگری توسط شرکت کنندگان، بازنگری ناظرین خارجی و نظرات تکمیلی سایر محققین در تمام مراحل مختلف کار استفاده نمود.

یافته‌ها

در مجموع با ۲۵ مشارکت کننده بیمار مصاحبه شد که میانگین سنی آن‌ها ۵۴ سال و مدت زمان گذشته از عمل جراحی آنان ۳-۱ سال بود. ۲۲ نفر متأهل و ۳ نفر از آن‌ها بیوه بودند. سپس با نمونه‌گیری نظری، مشارکت کنندگان دیگر شامل ۳ پرستار، ۴ پزشک متخصص قلب و ۷ نفر از اعضای خانواده بیماران وارد مطالعه شدند. در مرحله اولیه ۱۰۵۹ کد اولیه استخراج گردید.

پس از مشخص شدن مفاهیم اولیه، ۱۸۷ کد در رابطه با به‌کارگیری منابع از مصاحبه‌ها استخراج شد. این کدها پس از چند بار مرور، بر اساس تشابه و تناسب دسته‌بندی و با مقایسه طبقات، درون‌مایه‌های اولیه آن شناسایی گردید. درون‌مایه‌های اولیه بر اساس ماهیتشان به صورت مفهومی و انتزاعی نام‌گذاری شد. بدین ترتیب این درون‌مایه‌ها ماهیت و ابعاد منابع به کار گرفته شده برای خودمدیریتی توسط بیمار پس از جراحی پیوند عروق کرونر را پدیدار ساختند. در نهایت ۸ زیرطبقه شامل «معنایی، مثبت‌اندیشی، تمرکز بر توانمندی، قدردانی از خداوند، استعانت مذهبی، جستجوی حمایت خانواده، ارتباط با همتایان و جستجوی حمایت مراقبین سلامت» در قالب ۳ درون‌مایه «باز یافت قدرت روانی، حفظ خود معنوی و جستجو و مدیریت حمایت اجتماعی» ایجاد گردید.

باز یافت قدرت روانی

جراحی قلب با ایجاد تغییراتی در مشارکت کنندگان (از قبیل فقدان‌ها)، توانایی آن‌ها را برای سازگاری روانی به چالش کشیده بود. تغییرات روانی اغلب در نتیجه تغییرات فیزیکی ایجاد شده در زندگی پس از عمل همچون کاهش توانایی جسمی و در اثر فقدان‌های درک شده به وجود می‌آید. مشارکت کنندگان با روش‌های سازگاری روانی که خودشان ایجاد کرده بودند، شرایط را از لحاظ روحی و روانی مدیریت

مناسبی برای تحلیل پدیده‌های حساس و چند وجهی و روشی مهم برای فراهم آوردن شواهد برای یک پدیده است (۱۹). در مطالعه حاضر از شیوه تحلیل محتوای Graneheim و Lundman که پنج مرحله را برای تحلیل داده‌های کیفی پیشنهاد کرده‌اند، استفاده شد. این پنج مرحله شامل «دست‌نویس مصاحبه‌ها بلافاصله پس از انجام هر مصاحبه، خواندن متن کل مصاحبه برای رسیدن به درک کلی از محتوای آن، تعیین واحدهای معنا و کدهای اولیه، طبقه‌بندی کدهای اولیه مشابه در طبقات جامع‌تر و تعیین محتوای نهفته در داده‌ها» بود (۲۰). بنابراین در مطالعه حاضر، مصاحبه‌ها پس از دست‌نویس و تایپ، چندین بار خوانده شد. کدهای اولیه استخراج و سپس کدهای ادغام شده بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌ها به طبقات اختصاص پیدا کرد و در پایان طبقات به درون‌مایه‌ها تقلیل یافت.

در مطالعه حاضر جهت ارزیابی اعتبار یافته‌ها از معیارهای چهارگانه Guba و Lincoln شامل مقبولیت، انتقال‌پذیری، قابلیت اطمینان و تأییدپذیری استفاده گردید (۲۱). روش‌های بازبینی توسط مشارکت کننده، بررسی داده‌ها توسط ناظرین خارجی و همکاران و ارتباط طولانی مدت با مشارکت کنندگان، برای افزایش اعتبار داده‌ها انجام شد. جهت کسب معیار قابلیت اعتماد و انتقال‌پذیری، ترسیم مراحل اجرایی کار در قسمت روش‌شناسی، ارایه نقل قول‌های واضح و شفاف‌سازی دقیق طبقات و درون‌مایه‌ها صورت گرفت. رعایت تنوع در داده‌ها از لحاظ سن، جنس، شدت بیماری قبل از عمل، تحصیلات و محل زندگی، تأییدپذیری یافته‌ها را افزایش داد.

جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، جمع‌آوری داده‌ها با کسب اجازه از کمیته اخلاق و ارجاع معرفی‌نامه کتبی به مدیر بیمارستان برای تماس با مشارکت کنندگان آغاز گردید. همه مشارکت کنندگان با رضایت آگاهانه وارد مطالعه شدند و در زمینه محرمانه بودن اطلاعات به آن‌ها اطمینان داده شد. در مطالعه حاضر جهت ارزیابی اعتبار یافته‌ها از معیارهای چهارگانه Guba و Lincoln استفاده گردید (۲۱). در این راستا، محقق علاوه بر ارتباط نزدیک با مشارکت کنندگان

خوب استفاده کنم. محدودیت‌ها را کم‌رنگ می‌کنم و سعی می‌کنم خوش‌بین باشم و نیمه پر لیوان را ببینم».

حفظ خود معنوی

مشارکت‌کنندگان در مواجهه با تجربه ترس و نگرانی ناشی از گرفتگی مجدد عروق کرونر و مرگ، راهکارهای معنوی و مذهبی را بیان می‌کردند. تجارب مختلف بیماران مانند افزایش احساس ارتباط نزدیک با خدا، احساس رضایت از تولد دوباره و احساس قدردانی بیشتر نسبت به مبدأ هستی، نمایانگر رشد و تعالی معنوی آن‌ها پس از جراحی بود.

مرد ۴۲ ساله‌ای (مشارکت‌کننده) اظهار نمود: «ما مسلمانیم و می‌گیریم همه چیز دست خداست. همیشه می‌گم خدا اگه یک راهی را می‌بندد، یک راهی را باز می‌کنه. با توکل به خدا و شکرگذاری به خاطر تولد دوباره، بر ترس‌هام غلبه می‌کنم. اعتماد به نفسی که دارم ناشی از اعتقاد به خداست».

اعمال و اعتقادات مذهبی و استعانت از آن‌ها پشتوانه مهمی برای غلبه بر ترس‌ها و نگرانی‌ها و همچنین در برخی موارد تخفیف آلام جسمی بیماران بود. شاعر دینی و مذهبی جایگاه مهمی در فرهنگ ما دارد. در بیانات شرکت‌کنندگان استعانت مذهبی از دیگر منابع خودمدیریتی پس از عمل بود. برخی مشارکت‌کنندگان به ویژه زنان، فرایندی را توصیف می‌کردند که طی آن با کمک اعتقادات و اعمال مذهبی، با استرس‌های فیزیولوژیک و سایکولوژیک مانند درد و احساس ناتوانی کنار آمده بودند. تجارب مثبت افراد در نتیجه توسل به ائمه اطهار و خواندن آیات قرآن و ادعیه و اذکار مذهبی شامل حس آرامش درونی، کاهش نگرانی و استرس، بهبود وضعیت جسمی، تجربه شفا، احساس قدرت و توانایی ادامه زندگی بود. زن ۵۰ ساله‌ای (مشارکت‌کننده) بیان کرد: «بهبود بیماری‌ام را مدیون ائمه هستم، ۳۰ درصد دارو درمان و ۷۰ درصد اعتقادات من به ائمه، باعث پیشرفت بهبودی من شده است. دعای آیه‌الکرسی در زندگی بارها برای من معجزه کرده و دردهای من را شفا داده...».

زن ۴۸ ساله‌ای (مشارکت‌کننده) گفت: «بعد از عمل احساس می‌کنم با خواندن قرآن می‌تونم عمر کنم. عادت شده برام هر روز قرآن بخوانم. هر وقت مشکلی دارم، به قرآن پناه

کرده، برای ثبات وضعیت سایکولوژیک خود تلاش می‌نمودند. برای مقابله با چالش‌های مداوم تجربه شده پس از جراحی مانند غمگینی، افسردگی، نگرانی، عصبانیت، خستگی، ترس و عدم اطمینان، مکانیسم‌های سازگاری روانی به کار گرفته شده توسط خود بیمار تأثیرگذار بود. مشارکت‌کنندگان در گفتگوی مداوم درونی با خود، با نگاه به گذشته، ایجاد انگیزه و شهامت در خود، درک توانمندی‌ها و همچنین با ارزشمند شمردن زندگی و ادامه آن، دورنمای مثبتی را برای خود ترسیم می‌کردند.

تعریف متفاوت از مرگ و زندگی، کاهش ترس از مرگ، کاهش توجه به جنبه‌های مادی، کاهش خودمحوری و حس نوع‌دوستی، حاکی از ایجاد معنا در زندگی مشارکت‌کنندگان بود. این یافته‌ها نشان داد که بیماران به خوبی توانسته بودند از جنبه‌های روانی با زندگی کنار آیند. پیدا کردن هدف و معنا در زندگی و تمرکز بر زندگی و جنبه‌های مثبت آن و نگاه به توانمندی‌های باقی‌مانده، از منابع روانی به کار رفته جهت تشکیل طبقات «معنایی»، مثبت‌اندیشی و تمرکز بر توانمندی» بود که کاربرد این استراتژی‌ها موجب بازیافت قدرت روانی فرد می‌شد.

تجربه ایجاد و حفظ یک زندگی معنی‌دار منجر به پذیرش بهتر بیماری و محدودیت‌ها و مدیریت بهتر آن‌ها در مشارکت‌کنندگان شده بود.

مرد ۶۲ ساله‌ای (مشارکت‌کننده) بیان کرد: «زندگی خیلی ارزشمند، قبل از عمل خیلی به مادیات اهمیت می‌دادم، اما بعد از عمل دوست دارم بیشتر به اطرافیان محبت کنم... قدر لحظه لحظه زندگی‌ام رو قشنگ‌تر می‌بینم».

یافته مکرر در مشارکت‌کنندگان، حفظ نگرش مثبت و تمرکز بر توانایی‌های باقی‌مانده بود.

زن ۵۰ ساله‌ای (مشارکت‌کننده) اظهار داشت: «به خودم می‌گم هر روز بهتر و بهتر می‌شم، مرتب با خودم تکرار می‌کنم، به خودم نیرو می‌دم، می‌گم ترس برو جلو تو قوی و نیرومند هستی. به خودم اعتماد به نفس می‌دم... این روش خیلی جواب می‌ده».

مرد ۴۳ ساله‌ای (مشارکت‌کننده) گفت: «آدم از هر اتفاقی تو زندگی باید یک درس بزرگ بگیره، باید از سایر توانمندی‌هام

می‌برم و خیلی راحت می‌شم».

یافته‌ها حاکی از آن بود که در مسیر فرایند خودمدیریتی، معنویت و مذهب توانسته بود آسایش و حمایت بیشتری برای بیماران فراهم نماید.

حفظ و مدیریت حمایت اجتماعی

حمایت خانواده و شریک شدن آن‌ها در سختی‌های بیمار برای بازیابی شجاعت و قدرت بسیار مفید بود. مشارکت کنندگان مطالعه حاضر در جستجوی حمایت‌هایی از سوی اجتماع بودند که بتواند فرایند خودمدیریتی را برای آن‌ها تسهیل کند. در این راستا، بیشترین نقش حمایتی را همسر، اعضای خانواده، پزشک، پرستار و سپس همتایان، دوستان، همکاران و اقوام ایفا می‌کردند.

توجه و حمایت همسر و خانواده سبب انگیزه در مشارکت کنندگان مطالعه حاضر شده بود. شرکت کننده‌ای اظهار داشت: «هر وقت راجع به این‌که چرا من عمل شدم، گله‌مند می‌شم، خانمم می‌گه به الآن فکر کن... گذشته را رها کن. خیلی به غدام توجه می‌کنه. محیط خونه را آروم نگه می‌داره و در ورزش و پیاده‌روی همراه من هست».

برخی مشارکت کنندگان حمایت و درک خانواده و همسر از شرایط خود را برای ارتقای خودمدیریتی کافی نمی‌دانستند و در جستجوی حمایت بیشتری بودند. «خانواده اصلاً منو درک نمی‌کنه و همون توقعات گذشته را از من دارن. سعی نکردند خواسته‌هاشون را مطابق با شرایط من کم کنند».

در مصاحبه با اعضای خانواده‌ها مشخص شد که آن‌ها به علت مسایل و مشکلات روزمره خود، قادر به فراهم کردن حمایت کافی برای بیمار نمی‌باشند و خواستار برنامه سازمان یافته پیگیری و حمایت از طرف سیستم سلامت بودند. در برخی موارد خانواده‌ها حمایت را مانعی برای استقلال بیمار ذکر می‌کردند.

تلاش برای ارتباط با همتایان به جهت دریافت حمایت روحی، دریافت اطمینان از جانب آن‌ها و گرفتن اطلاعات در زمینه مدیریت بیماری در زندگی صورت می‌گرفت. مشارکت کنندگان دیدار با گروه مبتلایان به بیماری قلبی و تشکیل انجمن‌های بیماران قلبی را یکی از نیازهای ضروری خود ذکر

نمودند. «کسی که قبل از من عمل کرده، تجربه‌اش از من بیشتره. شوهر خواهرم قبل از من عمل کرده، خیلی بهم دلداری می‌ده. اون می‌گه به مرور زمان خودت پیدا می‌کنی چی برای قلبت مهمه، اما تأکید کرد رژیم غذایی دکتر را رعایت کن و پیاده‌روی را حتماً ادامه بده. وضعیت خوب او باعث دلگرمی من می‌شه».

در مطالعه حاضر مشارکت کنندگان برخی نیازهای اساسی را در زندگی پس از عمل ذکر کردند که برآوردن بیشتر این نیازها را با حمایت پزشک، پرستار و سایر مراقبت دهندگان سلامت میسر می‌دانستند. دستیابی به اطلاعات در زمینه عوامل خطرزا، چگونگی روند جراحی و تأثیرات آن بر جسم، نیاز به مراقبت مداوم و در دسترس از جانب مراقبت دهندگان سلامت، همکاری مراقبت دهندگان سلامت با آن‌ها برای تصمیم‌گیری‌ها در زمینه سلامتی (از جمله تغییر سبک زندگی)، راه‌های مقابله با خستگی و کاهش توانایی جسمی، تطابق با ترس و نگرانی، عدم اطمینان، عصبانیت، افسردگی، مشکلات خواب، مشکلات جنسی، نیازهای ورزشی و تغذیه‌ای و راهکارهای کنترل استرس، از جمله نیازهای بیماران بود.

با وجود این‌که مشارکت کنندگان حمایت‌های اطلاعاتی و عاطفی پزشکان را موجب اعتماد و امیدواری خود می‌دانستند، اما بیشتر آن‌ها وجود یک پرستار متخصص را در زمینه بیماری قلبی (که حمایت مداوم برای آن‌ها داشته باشد و به مسایل روزمره آن‌ها پاسخ دهد) ضروری می‌دانستند. «من سه ماه یک‌بار پیش دکتر می‌رم. پزشکان وقت شنیدن حرف‌های ما را ندارند و علاوه بر این، هزینه ویزیت پزشک هم اجازه نمی‌ده من برای هر مشکلی دکتر برم. در طول این سه ماه خیلی سؤال‌ها برام پیش آمده که به نظرم در حیطه پرستاری می‌گنجه. حس می‌کنم این سؤالات را باید از یک پرستار متخصص پرسید».

کمبود وقت پزشکان و اولویت مسایل درمانی برای آن‌ها، اجازه حمایت بیشتر از خودمدیریتی را به آن‌ها نمی‌دهد. پزشک متخصصی بیان کرد: «بیشتر پزشکان وقت کمی برای توجیه و آموزش بیماران دارند. حتی برای خود مریض هم عجیب هست که پزشک وقت زیادی را برای مسایل اون بگذاره... اینه که بهتره کار پیگیری و آموزش به این گروه از

خود معنوی و جستجو و حفظ حمایت اجتماعی» اشاره کرد. زندگی با بیماری مزمن یک فرایند خودمدیریتی است که در آن فرد باید از تمرکز بر نیازهای بیماری به سمت هماهنگ کردن بیماری با زمینه زندگی فردی خود گذر کند. معنایابی یکی از راهکارهای تسهیل این گذر می‌باشد (۱۲).

ایجاد معنا، تعادل و کنترل در زندگی روزمره، به زندگی بیمار حس انسجام می‌بخشد تا بتواند تجارب گذشته و حال را به هم پیوند زده، الگوهای رفتاری جدیدی را در رابطه با چالش‌های زندگی با بیماری مزمن شکل دهد (۲۲). ارزشیابی مجدد نگرش‌ها و اولویت‌ها و یافتن یک فلسفه مناسب از سلامت و زندگی، منجر به کشف و برنامه‌ریزی برای تغییرات سبک زندگی و افزایش توجه به جسم خواهد شد (۲۳). یکی از مهارت‌ها و وظایف فرد در فرایند به کارگیری منابع برای خودمدیریتی، تشخیص و بهره‌گیری از منابع روانی مانند تلقین مثبت، چشم‌انداز مثبت و امید، به دست آوردن قدرت و خرد از تجارب گذشته و حفظ ارزش خود است (۱۲).

در یک مطالعه کیفی که رفتارهای خودمدیریتی بیماران مبتلا به انسداد مزمن ریوی (COPD) را بررسی می‌کرد، مشارکت کنندگان از روش‌هایی مانند آرام‌سازی نگرش مثبت، صحبت با خود، برای کاهش دیسترس روانی و ارتقای سلامت عاطفی استفاده کردند (۲۴) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. در مطالعه نجفی و همکاران، مشارکت کنندگان استراتژی‌هایی همچون ارتقای احساسات مثبت، بازیافت نقش‌های قبلی و از سرگیری و ادامه کنترل بر روی زندگی خود را برای بازسازی یک زندگی طبیعی به کار بردند (۲۵).

حس هدفمندی بیشتر در زندگی با وضعیت سلامت روانی بهتر و سبک زندگی خوش‌بینانه در ارتباط است (۲۶). قدرتمندی روانی یک فرایند انگیزشی است که با سازه خودکارآمدی به هم تنیده شده‌اند. در این فرایند افراد افزایش احساس کنترل و خودکارآمدی را تجربه می‌کنند (۲۷). پاسخ به رخدادهای تهدید کننده زندگی به طور قطع منفی نیست و در بسیاری از موارد باعث تغییرات مثبت از جمله

بیماران، به پرستاران متخصص سپرده بشه. پیگیری و حمایت بیمار زیرنظر یک پرستار ماهر و با دانش و تجربه کافی در این زمینه که جایگاه وی در سیستم بهداشت و درمان ما تعریف شده باشد، خیلی می‌تونه مؤثر باشه».

با وجود این که اکثر بیماران مرکز بازتوانی را مکان خوبی برای بازیافت وضعیت روحی و جسمی خود ذکر می‌کردند و استفاده از برنامه‌های ورزشی این مراکز را بسیار مفید می‌دانستند، اما نقش پرستاران مرکز بازتوانی برای حمایت از خودمدیریتی بسیار کم‌رنگ بود. پرستار توانبخشی اظهار داشت: «ما اصلاً زمانی برای حمایت و آموزش به بیماران نداریم... فقط اگه سؤالی از ما بپرسند، پاسخ می‌دهیم. این که بخواهیم به طور فردی یا گروهی برای مشکلات آن‌ها وقت بگذاریم نه امکانات هست نه زمان و نه کارکنان کافی. از طرف دیگر، اگه این امکانات فراهم بشه، باید برای مریض فرهنگ‌سازی بشه که برای سلامت خودش وقت بگذاره و خودش هم پیگیر باشه. باید متذکر شد که همه بیماران به مراکز بازتوانی دسترسی ندارند و حتی برخی از مشارکت کنندگان از وجود چنین مراکزی بی‌اطلاع هستند؛ چرا که ارجاع بیماران به این مراکز به درستی توسط سیستم سلامت پیگیری و هدایت نمی‌شود».

نکته مهم در یافته‌ها، نیاز به ایجاد انگیزه و پیگیری از طرف مراقبت دهندگان سلامت بود. «اگه کسی بود که یک تلنگری به من می‌زد، خیلی خوب بود. یک مراقبت اجباری نسبی از طرف دکتر یا پرستار می‌تونه خیلی مؤثر باشه. وقتی بدونم تحت نظر و پیگیری هستم، سعی می‌کنم مراعات کنم».

بسیاری از بیماران در زمینه روند مزمن بیماری قلبی و مادام‌العمر بودن رژیم غذایی و داشتن تحرک و فعالیت فیزیکی به درستی توجیه نشده بودند و حمایت مراقبت دهندگان سلامت را در این زمینه بسیار ضروری می‌دانستند.

بحث

مشارکت کنندگان مطالعه حاضر منابعی را برای مدیریت بیماری خود توسعه داده بودند که از آن جمله می‌توان به استفاده از استراتژی‌هایی برای «بازیافت قدرت روانی، حفظ

می‌کند (۳۳).

جستجو و حفظ حمایت اجتماعی از منابع دیگر استفاده شده توسط مشارکت کنندگان در فرایند خودمدیریتی بود. حمایت اجتماعی کمکی بین فردی به منظور توسعه سلامت یا حمایت از حوادث نامطلوب زندگی می‌باشد و ممکن است یک کمک ملموس (به طور مثال ابزاری و یا فراهم کردن پول) و یا غیر ملموس (شناختی، احساسی و اطلاع‌رسانی) باشد که به وسیله اعضای خانواده، دوستان، همکاران، اقوام و خویشان، همسایگان یا مراقبین سلامت فراهم می‌گردد (۱۰).

حمایت اجتماعی در بیمارانی که تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر قرار گرفته‌اند، باعث کاهش علائم قلبی، کاهش افسردگی و افزایش تطابق اجتماعی در آن‌ها خواهد شد (۳۴). خودمدیریتی در خلأ اتفاق نمی‌افتد، بلکه در زمینه‌ای متشکل از مراقبین سلامت، دوستان، خانواده و همکاران صورت می‌گیرد. حمایت اجتماعی از طریق خودکارآمدی، تأثیرات مهم و بالقوه‌ای به صورت مستقیم و یا غیر مستقیم بر رفتارهای خودمدیریتی دارد (۳۵). مشارکت کنندگان مطالعه حاضر ارتباط با همتایان را بسیار مفید ذکر کردند و ادامه این ارتباط را از طریق تشکیل انجمن بیماران قلبی ضروری می‌دانستند. یافته‌های یک مطالعه کیفی نشان داد که مشارکت کنندگان با حضور در گروه‌هایی مانند گروه‌های بازتوانی قلب که به وسیله افراد حرفه‌ای و دارای دانش کافی هدایت می‌شوند، اعتماد به نفس خود را باز می‌یابند. آنان ملاقات با افراد دارای تجربه مشابه را سودمند دانسته، آشنایی با اطلاعات مناسب و تحت نظر بودن فعالیتشان را مهم ذکر کردند. ارتباط بین افراد و مراقبین سلامت و دریافت توصیه‌های عملی از آن‌ها، بر تغییر مثبت رفتار تأثیرگذار است (۳۶).

حمایت‌های خانواده باید در جهت افزایش خودکارآمدی بیمار و از طریق ارتباطات حمایتی که به خودمختاری بیمار آسیب نرساند، صورت گیرد (۳۷). همچنین حمایت اجتماعی به مدیریت تغییر در رژیم غذایی که یکی از نکات مهم خودمدیریتی در بیماران قلبی است، کمک خواهد کرد. مشارکت کنندگان یک مطالعه کیفی، تأکید و گوشزد از جانب پرستار در رابطه با تفکر در مورد رژیم غذایی و اطمینان یافتن

انعطاف‌پذیری یا رشد پس از حادثه می‌شود. این پاسخ‌های مثبت منجر به خوب بودن و سازش با بیماری می‌گردد (۲۸). نتایج یک مطالعه کیفی نشان داد که بیماران پس از جراحی قلب، تلقین مثبت و حفظ قالب ذهنی مثبت را همیشه آسان نمی‌دیدند. آن‌ها برای دور نگه داشتن ذهن از نگرانی‌ها، تلاش و مبارزه می‌کردند و گاهی اوقات حفظ نگرش مثبت را یک چالش برای خود می‌دانستند (۵). یکی از منابع قدرت روانی در مطالعه حاضر، تمرکز بر توانمندی‌های باقی‌مانده بود. در یک مطالعه کیفی که بر روی چگونگی مکانیسم‌های تطابقی تجربه شده توسط بیماران پس از انفارکتوس میوکارد انجام گرفت، مشارکت کنندگانی که در گذشته تجربه کنار آمدن با برخی فقدان‌ها را داشتند، بدون افسردگی توانسته بودند موقعیت خود را مدیریت کنند. این مشارکت کنندگان اهمیت تمرکز بر نکات مثبت و توانمند کننده را به جای مشغول شدن با علائم و محدودیت‌های بیماری تجربه کرده بودند (۲۹). شرکت کنندگان در یک مطالعه دیگر، نگرش مثبت و احساس کنترل را عامل قدرتمند شدن خود ذکر کردند (۳۰). بازسازی هویت و شکل‌دهی مجدد زندگی روزمره زمانی صورت می‌گیرد که افراد محدودیت‌ها و مرزهای خود را کشف کرده، با آن‌ها کنار بیایند (۳۱).

یکی دیگر از منابع به کار رفته توسط مشارکت کنندگان مطالعه حاضر، منابع معنوی برای حفظ خود معنوی بود. معنویت موجب ایجاد انگیزه برای مراقبت از خود می‌شود (۳۰). یک مطالعه کیفی نشان داد که توسل به مذهب و معنویات از جمله اعمال مذهبی مانند عبادت و توکل بر خدا، عاملی برای تطابق با بیماری قلبی و علائم آن می‌باشد. همچنین، باورهای مذهبی، استفاده از استراتژی‌های حل مسأله و پیروی از رژیم درمانی را تسهیل می‌کند و باعث ایجاد آرامش، قدرت، حفاظت، ایمنی و اعتماد به نفس در فرد می‌شود (۲۴). برخی بیماران در مواجهه با بیماری‌های تهدید کننده زندگی، افزایش معنویت یا مذهب‌گرایی را تجربه می‌کنند که با تطابق موفقیت‌آمیز با استرس در ارتباط است (۳۲). ایمان به خدا و عبادت، به سازش بیشتر با وضعیت جدید و قوی‌تر شدن و نیز معناداری بیشتر به زندگی کمک

احساس رضایت از در اجتماع بودن و دوری از انزوای اجتماعی فراهم می‌کند. همچنین این انجمن‌ها فرصتی برای جمع‌آوری اطلاعات و بیان احساسات و آرام‌سازی می‌باشد. افراد در این انجمن‌ها با کمک به دیگران، احساس مفید بودن می‌کنند (۴۰، ۳۲). اولویت‌های بیماران برای آموزش خودمدیریتی باید در مطالعات آینده کشف شود تا طراحی برنامه‌های خودمدیریتی بر اساس این اولویت‌ها صورت گیرد.

نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر بیماران پس از جراحی پیوند عروق کرونر برای خودمدیریتی، منابع روانی و معنوی ویژه‌ای را به کار گرفتند و در جستجوی حمایت منابع اجتماعی بودند. نقش پرستاران، تشویق بیماران پس از جراحی پیوند عروق کرونر به خودمدیریتی، کمک به آن‌ها در کشف منابع پنهان خود و اجازه دادن به آن‌ها برای به اشتراک گذاردن احساسات و افکار منفی و تقویت احساسات و نگرش‌های مثبت آن‌ها بود. باید بیماران را در جهت استفاده از منابع موجود برای مدیریت تأثیر بیماری بر زندگی‌شان حمایت کرد و با یک نگاه خانواده محور، حمایت خانواده جهت خودمدیریتی را در یک مجرای صحیح هدایت نمود؛ به طوری که به اعضای خانواده کمک کنیم تا از بیمار خود در جهت تطابق بیشتر حمایت کنند.

در جهت افزایش رفتارهای خودمدیریتی، علاوه بر نیازهای فیزیکی باید به منابع روانی و معنوی که بیمار برای انجام خودمدیریتی به آن‌ها تکیه می‌کند، توجه داشت و از این منابع حمایت کرد. همچنین، به جستجوی منابع اجتماعی بیمار پاسخ داده شود و با هدایت صحیح حمایت اجتماعی خانواده در راستای خودمدیریتی، برنامه خودمدیریتی مدرن و علمی در سیستم سلامت برای این گروه از بیماران تدوین گردد. در برنامه‌ریزی‌های خودمدیریتی برای این بیماران، باید ضمن حفظ خودکارآمدی آن‌ها، بر ارتباط مداوم با سیستم مراقبت سلامت جهت تصمیم‌گیری‌های مربوط به سلامت و ارتباط دو جانبه بین بیمار و مراقبین سلامت تأکید شود. درک چگونگی استفاده از منابع مختلف برای خودمدیریتی در این بیماران، می‌تواند راهگشای حمایت از آنان برای انجام یک

از تغذیه صحیح را بسیار مؤثر دانستند (۳۸). نتایج مطالعه‌ای که بر روی بیماران تحت آنژیوپلاستی صورت گرفت، حاکی از آن بود که بیماران استراتژی‌هایی همچون حمایت اجتماعی خانواده و دوستان و همتایان و سیستم‌های اعتقادی معنوی را برای تطابق با عدم اطمینان ناشی از زندگی با بیمار قلبی به کار گرفته بودند (۳۹). یک مطالعه کیفی در زمینه خودمدیریتی بر روی بیماران مبتلا به دیابت و نارسایی قلبی نشان داد که مشارکت کنندگان در جستجوی کمک از اعضای خانواده برای خودمدیریتی بیماری مزمن بودند، گرچه بیشتر مشارکت کنندگان از همکاری اعضای خانواده رضایت داشتند، اما تعداد کمی از بیماران به حمایت خانواده نگرش منفی داشته، آن را خسته کننده و گیج کننده می‌دانستند (۳۷). بر اساس یافته‌های یک مطالعه کیفی، به اشتراک گذاشتن افکار و مشکلات با اعضای خانواده (حمایت اجتماعی) منجر به ایجاد فرایندهای تطابقی مثبت در بیماران می‌شود (۲۹). مشارکت کنندگان مطالعه حاضر عدم حمایت از طرف سیستم سلامت را عاملی برای عدم موفقیت در حفظ خودمدیریتی و کم رنگ شدن مراقبت‌ها در طول زمان ذکر کردند. بدون توجه به حمایت اجتماعی، تلاش برای خودمدیریتی بهبودده خواهد بود. تجربه افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن نشان داده است که حمایت اجتماعی راهکاری برای جلوگیری از انزوای اجتماعی می‌باشد (۴۰). عدم حمایت از طرف مراقبین سلامت، میل به قطع ارتباطات از اجتماع را در افراد پس از جراحی پیوند عروق کرونر تقویت می‌کند (۴۱). فرایند توانمندسازی یا پیامدهایی که از ارتباط و اشتراک دو جانبه بیمار و مراقبین سلامت حاصل می‌گردد، احساس کنترل، خودکارآمدی و توانایی‌های سازگاری و نیز دستیابی موفق به تغییر را امکان‌پذیر می‌سازد (۳۰).

در مطالعه حاضر، ارتباط با همتایان عامل بسیار مهمی در حفظ روحیه بیمار و نیز جمع‌آوری اطلاعات صحیح ذکر شد. ارتباط با افراد مشابه، فرد را قادر می‌سازد که استراتژی‌ها و منابع و فرایندهای جدیدی را کشف کند تا موجب مدیریت شرایط وی شود. تشکیل گروه‌ها از افراد مشابه، حمایت کننده و مفید است و فرصتی را برای ارتباط و تماس‌های اجتماعی و

خودمدیریتی موفق باشد.

خانواده‌های آن‌ها و پرستاران و پزشکان مرکز بازتوانی قلب بیمارستان شماره ۲ دانشگاه علوم پزشکی کرمان قدردانی به عمل می‌آید.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از بیماران شرکت کننده در مطالعه حاضر و

References

1. Gaziano TA, Bitton A, Anand S, Abrahams-Gessel S, Murphy A. Growing epidemic of coronary heart disease in low- and middle-income countries. *Curr Probl Cardiol* 2010; 35(2): 72-115.
2. Gersh BJ, Sliwa K, Mayosi BM, Yusuf S. Novel therapeutic concepts: the epidemic of cardiovascular disease in the developing world: global implications. *Eur Heart J* 2010; 31(6): 642-8.
3. Kazemi-Bajestani SM, Ghayour-Mobarhan M, Ebrahimi M, Moohebaty M, Esmaeili HA, Parizadeh MR, et al. Serum copper and zinc concentrations are lower in Iranian patients with angiographically defined coronary artery disease than in subjects with a normal angiogram. *J Trace Elem Med Biol* 2007; 21(1): 22-8.
4. Bonow R, Mann DL, Zipes DP, Libby P. Braunwald's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. 9th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Health Sciences; 2011.
5. Tolmie EP, Lindsay GM, Belcher PR. Coronary artery bypass graft operation: Patients' experience of health and well-being over time. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2006; 5(3): 228-36.
6. Nordgren L, Asp M, Fagerberg I. Support as experienced by men living with heart failure in middle age: a phenomenological study. *Int J Nurs Stud* 2008; 45(9): 1344-54.
7. Ehrlich C. 'Listening to my body' to 'Look after my body': a theory of information use for self-management of chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness* 2010; 2(4): 262-70.
8. de Ridder D, Geenen R, Kuijjer R, van Middendorp H. Psychological adjustment to chronic disease. *Lancet* 2008; 372(9634): 246-55.
9. Fix GM, Bokhour BG. Understanding the context of patient experiences in order to explore adherence to secondary prevention guidelines after heart surgery. *Chronic Illn* 2012; 8(4): 265-77.
10. Gallant MP. The influence of social support on chronic illness self-management: a review and directions for research. *Health Educ Behav* 2003; 30(2): 170-95.
11. Richard AA, Shea K. Delineation of self-care and associated concepts. *J Nurs Scholarsh* 2011; 43(3): 255-64.
12. Schulman-Green D, Jaser S, Martin F, Alonzo A, Grey M, McCorkle R, et al. Processes of self-management in chronic illness. *J Nurs Scholarsh* 2012; 44(2): 136-44.
13. Funnell MM, Anderson RM. Empowerment and self-management of diabetes. *Clinical Diabetes* 2004; 22(3): 123-7.
14. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA* 2002; 288(19): 2469-75.
15. Theobald K, Worrall-Carter L, McMurray A. Psychosocial issues facilitating recovery post-CABG surgery. *Australian Critical Care* 2005; 18(2): 76-85.
16. Hartford K. Telenursing and patients' recovery from bypass surgery. *J Adv Nurs* 2005; 50(5): 459-68.
17. Babae GH, Keshavarz M, Hidarnia A, Shaiegan M. Effect of a Health education program on quality of life in patients undergoing coronary artery bypass surgery. *Acta medica Iranica* 2012; 45(1): 69-74.
18. Audulv A, Norbergh KG, Asplund K, Hörnsten A. An ongoing process of inner negotiation – a Grounded Theory study of self-management among people living with chronic illness. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness* 2009; 1(4): 283-93.
19. Elo S, Kyngas H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs* 2008; 62(1): 107-15.
20. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24(2): 105-12.
21. Speziale HS, Streubert H, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
22. Moore SL, Metcalf B, Schow E. The quest for meaning in aging. *Geriatr Nurs* 2006; 27(5): 293-9.
23. Franzel B, Schwiengershausen M, Heusser P, Berger B. Individualised medicine from the perspectives of patients using complementary therapies: a meta-ethnography approach. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2013; 13: 124.

24. Chen KH, Chen ML, Lee S, Cho HY, Weng LC. Self-management behaviours for patients with chronic obstructive pulmonary disease: a qualitative study. *J Adv Nurs* 2008; 64(6): 595-604.
25. Najafi GT, Yadavar NM, Emami A. Coronary heart disease patients transitioning to a normal life: perspectives and stages identified through a grounded theory approach. *J Clin Nurs* 2014; 23(3-4): 571-85.
26. Verduin PJM, de Bock GH, Vliet Vlieland TPM, Peeters AJ, Verhoef J, Otten W. Purpose in life in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol* 2008; 27(7): 899-908.
27. Aujoulat I, Luminet O, Deccache A. The perspective of patients on their experience of powerlessness. *Qual Health Res* 2007; 17(6): 772-85.
28. Hassani P, Afrasiabifar A, Fallahi Khoshknab M, Yaqhmaei F. Perceived positive effects of illness following acute myocardial infarction. *Int J Nurs Midwifery* 2009; 1(1): 1-5.
29. Salminen-Tuomaala M, Astedt-Kurki P, Rekiaro M, Paavilainen E. Coping experiences: a pathway towards different coping orientations four and twelve months after myocardial infarction—a grounded theory approach. *Nursing Research and Practice* 2012; 2012: 9.
30. Small N, Bower P, Chew-Graham CA, Whalley D, Protheroe J. Patient empowerment in long-term conditions: development and preliminary testing of a new measure. *BMC Health Serv Res* 2013; 13: 263.
31. Kralik D, Koch T, Price K, Howard N. Chronic illness self-management: taking action to create order. *J Clin Nurs* 2004; 13(2): 259-67.
32. Graham S, Furr S, Flowers C, Burke T. Research and theory religion and spirituality in coping with stress. *Counseling and Values* 2001; 46(1): 2-13.
33. Groleau D, Whitley R, Lesperance F, Kirmayer LJ. Spiritual reconfigurations of self after a myocardial infarction: Influence of culture and place. *Health Place* 2010; 16(5): 853-60.
34. Barry LC, Kasl SV, Lichtman J, Vaccarino V, Krumholz HM. Social support and change in health-related quality of life 6 months after coronary artery bypass grafting. *J Psychosom Res* 2006; 60(2): 185-93.
35. Kadirvelu A, Sadasivan S, Ng SH. Social support in type II diabetes care: a case of too little, too late. *Diabetes Metab Syndr Obes* 2012; 5: 407-17.
36. Cole JA, Smith SM, Hart N, Cupples ME. Do practitioners and friends support patients with coronary heart disease in lifestyle change? A qualitative study. *BMC Fam Pract* 2013; 14: 126.
37. Rosland AM, Heisler M, Choi HJ, Silveira MJ, Piette JD. Family influences on self-management among functionally independent adults with diabetes or heart failure: do family members hinder as much as they help? *Chronic Illn* 2010; 6(1): 22-33.
38. Yehle KS, Chen AM, Plake KS, Yi JS, Mobley AR. A qualitative analysis of coronary heart disease patient views of dietary adherence and web-based and mobile-based nutrition tools. *J Cardiopulm Rehabil Prev* 2012; 32(4): 203-9.
39. Peterson JC, Allegrante JP, Pirraglia P, Robbins L, Lane K, Boschert K, et al. Living with heart disease after angioplasty: A qualitative study of patients who have been successful or unsuccessful in multiple behavior change. *Heart Lung* 2010; 39(2): 105-15.
40. Kendall E, Foster M, Ehrlich C, Chaboyer W. Social processes that can facilitate and sustain individual self-management for people with chronic conditions. *Nursing Research and Practice* 2012; 2012: 8.
41. Tung HH, Lien RY, Wei J, Cliniciu DL, Lee JY, Huang HC. The role of adherence in the relationship between self-efficacy and self-management in diabetic patients undergoing CABG in Taiwan. *Heart Asia* 2012; 4: 114-9.

Self-management resources following coronary artery bypass graft

Mojgan Taebi¹, Heidar Ali Abedi², Abbas Abbaszadeh³, Majid Kazemi⁴

Original Article

Abstract

Introduction: Self-management is a dynamic process in which individuals actively manage their chronic illness. The purpose of this article was to outline self-management resources used by patients following coronary artery bypass graft (CABG) surgery. The choosing of self-management resources by individuals is a personal process which differs based on the individual's background. Although factors effective on self-management have been determined in previous studies, the self-management resources used by patients after CABG have been overlooked.

Method: A qualitative approach based on content analysis was used in this study. Data were collected through in-depth semi-structured interviews conducted at a cardiac rehabilitation center in Kerman, Iran. Participants comprised 25 patients, 3 nurses, 4 cardiac specialists, and 7 family members.

Results: Through data analysis, 8 categories in 3 major themes were extracted. The major themes comprised the basis for patients' self-management resources following CABG intervention. In the first theme, "regaining mental strength", the categories of "Meaning making", "Positive thinking", and "Focus on capability" were identified. The 2 categories of "Thanking God" and "Religious help" caused the formation of the theme "sustaining spiritual-self". In the third theme, "social support", the 3 categories of "Seeking family support", "Contact with peers", and "Seeking health care providers' support" were identified.

Conclusion: According to the findings, participants themselves activate psychological, spiritual, and social resources to manage their illness. However, resource activation should be carried out with the support of and through a mutual relationship with health care providers.

Keywords: Self-management, Chronic illness, Coronary artery bypass graft (CABG) surgery, Qualitative study

Citation: Taebi M, Abedi HA, Abbaszadeh A, Kazemi M. **Self-Management Resources Following Coronary Artery Bypass Graft.** J Qual Res Health Sci 2015; 4(1): 50-61.

Received date: 6.12.2014

Accept date: 3.3.2015

1- PhD Student, Lecturer, Department of Internal-Surgical Nursing, Razi School of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2- Associate Professor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Islamic Azad University, Khorasgan Branch, Isfahan, Iran

3- Professor, Department of Internal-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- Assistant Professor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

Corresponding Author: Heidar Ali Abedi, Email: drabediedu@yahoo.com