

تأثیر آموزش خود مدیریتی مبتنی بر پذیرش درد بر شدت درد بیماران تحت جراحی با پس عروق کرونر

سینا شکورزاده^۱، توران تیزفهم^{*}^۲، کمال خادم وطنی^۳

تاریخ دریافت ۱۳۹۹/۰۹/۰۷ تاریخ پذیرش ۱۳۹۹/۰۹/۰۹

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: برنامه آموزش خود مدیریتی برای کنترل درد بیماران قلبی پیامدهای مثبت برای بیماران و نظام سلامت دارد و این در حالی است که این بیماران پس از جراحی پیوند عروق کرونر، خود مدیریتی را به صورت تجربی و بدون دریافت آموزش‌های لازم دریافت و اجرا می‌کنند. هدف این مطالعه تعیین تأثیر آموزش خود مدیریتی مبتنی بر پذیرش بر شدت درد بیماران تحت جراحی با پس عروق کرونر بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی است که بر روی ۶۰ بیمار کاندید عمل جراحی با پس شریان کرونری انجام شد. نمونه‌ها به صورت تصادفی به دو گروه کنترل و مداخله تقسیم شدند. تمام بیماران قبل از عمل جراحی آموزش‌های خودمدیریتی مبتنی بر پذیرش درد دریافت کردند و در روز ترخیص مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند. گروه کنترل مراقبت روتین دریافت کردند. ابزار گردآوری داده، شامل اطلاعات دموگرافیک و مقیاس سنجش درد دیداری بود. آنالیز داده‌ها با استفاده از آزمون تی گروه‌های زوج و مستقل با کمک نرم‌افزار spss در سطح معنی‌داری $p<0.05$ انجام گردید.

یافته‌ها: آزمون تی گروه‌های مستقل نشان داد که اختلاف امتیازات درد بعد از عمل بیماران تحت عمل جراحی با پس عروق کرونر قبل از مداخله بین گروه کنترل و مداخله معنی‌داری نبود ($t=0.678$ و $p=0.50$). در حالی که امتیازات درد بعد از عمل بیماران تحت عمل جراحی با پس عروق کرونر بعد از مداخله بین گروه کنترل و مداخله دارای اختلاف معنی‌داری بود ($t=2.28$ و $p=0.02$).

بحث و نتیجه‌گیری: جنبه‌های روانی مداخلات پذیرش درد به عنوان مکمل آموزش‌های خودمدیریتی می‌تواند سازگاری بیمار با شرایط جدید دردناک و به دنبال آن تغییرات رفتاری موردنظر کارکنان درمانی را تسريع نماید.

واژه‌های کلیدی: بیمار قلبی، درد، خودمدیریتی، پذیرش، عمل جراحی با پس قلبی

مجله پرستاری و مامایی، دوره هجدهم، شماره دهم، پی در پی ۱۳۹۹، دی ۸۱۲-۸۰۶

آدرس مکاتبه: ارومیه، بیمارستان سیدالشهدا، تلفن: ۰۹۰۱۳۸۲۵۶۰۳

Email: ss.17.sina@gmail.com

خودمدیریتی در بیماری‌های مزمن نظیر بیماری‌های قلبی، یک جزء مهم مراقبت محسوب شده و کاهش میزان بستری مجدد و عوارض مربوطه را به همراه دارد که نتیجه نهایی آن بهبود سلامتی و کیفیت بهتر زندگی است^(۱). در این زمینه، بسیاری از بیماران بعد از عمل جراحی عروق کرونر قلب، از طریق به کارگیری دستورات پزشکی و شرکت در برنامه‌های توصیه شده نظیر توانبخشی قلبی، در جهت تسکین درد خود، مقاومت در مقابل بیماری و ارتقاء عملکردهای فیزیکی تلاش می‌کنند^(۲). بر اساس بررسی‌های انجام گرفته، تمرکز بسیاری از مقالات در این زمینه، بر پیگیری دستورات تجویز شده بیماران بوده و به

مقدمه

تمام بیماران که تحت عمل جراحی قلب قرار می‌گیرند در جات مختلفی از درد را تجربه می‌کنند^(۱). درد حاد کنترل نشده موجب عوارضی مانند در بستر ماندن بیشتر، افزایش طول بستری و خطر درد مزمن می‌شود. بیماران پس از جراحی قلب تا شش روز پس از آن از درد شدید رنج می‌برند. بیمارانی که درد را غیرقابل تحمل تصور می‌کنند، ممکن است بسیار حساس شده و از حرکت اجتناب کنند، که عدم تحرک امکان ایجاد عوارض پس از عمل و درد پایدار را به همراه دارد^(۲).

^۱ کارشناسی ارشد، پرستاری داخلی-جراحی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه

^۲ مریبی، کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه (نویسنده مسئول)

^۳ استاد، متخصص کاردیولوژی فلوشیپ اکوکاردیوگرافی، دانشگاه علوم پزشکی اومیه

باور بر این است که اگرچه مداخلات روان‌شناسخنی نمی‌تواند روی عوامل زیستی درد به طور مستقیم مؤثر واقع شود اما با تأثیر بر عوامل روانی مانند عواطف، انتظارات و نحوه نگرش بیماران نسبت به درد مزمن، وضعیت آنان را بهبود می‌بخشد (۱۰). درمان‌های مبتنی بر تعهد و پذیرش، با تغییر نحوه تفکر افراد قادرند تا سطح امیدواری، باورهای خودکارآمدی و توان مقاومت در برابر مشکلات و بیماری‌ها را افزایش دهند و از این طریق موجب ارتقا کیفیت زندگی افراد بیمار شوند (۱۱).

مرور متون علمی توسط محقق بیانگر این است که اثرات مداخلات خودمدیریتی در درمان و کنترل عوارض بیماری‌های مزمن مورد تأیید محققین قرار گرفته است (۴). همچنین اثرات مثبت درمان‌های مبتنی بر تعهد و پذیرش در تغییر تفکر افراد و پیامدهای آن در ارتقای سطح امیدواری، باورهای خودکارآمدی موردمطالعه قرار گرفته است (۱۱) اما استفاده از شبوهای نوبن روان‌شناسخنی مثل پذیرش درمان درد بیماران به منظور تسهیل اجرای مداخلات خودمدیریتی و درنتیجه سازگاری و تغییر سبک زندگی نوام با بیماری موردن توجه محققین نبوده است. هدف از این مطالعه تعیین تأثیر آموزش خودمدیریتی مبتنی بر پذیرش بر شدت درد بیماران تحت جراحی با پس عروق کرونر در بیمارستان سیدالشهدا ارومیه بود.

مواد و روش کار

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی است که بر روی ۶۰ بیمار کاندید عمل جراحی با پس عروق کرونر مرکز آموزشی درمانی سیدالشهدا ارومیه انجام شد. نمونه‌ها به صورت هدفمند و تدریجی انتخاب و سپس به صورت تصادفی به دو گروه کنترل و مداخله تقسیم شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل عدم اعتیاد به مواد مخدر و الكل، نداشتن سابقه بیماری اصباب و روان، آگاهی کامل به زمان، مکان، رضایت آگاهانه به شرکت در مطالعه و نداشتن سابقه عمل جراحی قلب باز بودند.

تمام بیماران گروه مداخله بالاصله بعد از پذیرش آموزش‌های خودمدیریتی بر پذیرش درد دریافت کردند و در روز ترخیص مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند که این روند تا آخرین نفر گروه مداخله ادامه یافت. آموزش‌ها به صورت انفرادی و چهره به چهره بود. گروه کنترل آموزش‌های روتین کنترل درد پس از عمل در بیمارستان را دریافت کردند و مجدداً روز ترخیص مورد ارزیابی توسط پرسشنامه قرار گرفتند.

راهکارهای کنترل درد بیمار محور جهت بهبود زندگی بعد از عمل توجه خاصی نشده است. شناخت دقیق راهبردهای بیماران بر اساس تجارب آنان، به شناخت دقیق‌تر ارزش‌ها و باورهای فردی در رابطه با بیماری و درمان بر اساس فرهنگ موجود با آگاهی از تجربه زندگ آنان ممکن می‌باشد (۵). برنامه خودمدیریتی بیماری‌های مزمن یک برنامه آموزشی گروهی است که در رابطه با مسائل و نیازمندی‌های بیماران مبتلا به بیماری مزمن طراحی و اجرا می‌شود و در واقع مبتنی بر نیازهای خودمراقبتی بیماران دارای بیماری مزمن و خانواده‌های آنان می‌باشد، این آموزش‌ها توسط پرستاران تنظیم و راهه می‌گردد (۶). در ایران هیچ برنامه خود مدیریتی خاصی برای بیماران قلبی وجود ندارد و این بیماران پس از جراحی پیوند عروق کرونر، خود مدیریتی را با استفاده از منابع خود اجرا می‌دهند و با حمایت خانواده برای حفظ آن تلاش می‌کنند (۷).

پورقانع و همکاران (۲۰۱۴)، خود مدیریتی را در بیماران پس از جراحی عروق کرونر، راهبردی برای سازگاری مطلوب تغییر روال عادی زندگی معرفی کرده است که شامل: سازگاری مطلوب (تلقی) مثبت، به فراموشی سپردن بیماری، کنترل هیجانات، به کارگیری روش‌های تدافعی، تسلیم شدن در مقابل بیماری، تغییر روال عادی زندگی (اصلاح رژیم غذایی، دوری از انزوا، پیاده روی روزانه، ترک سیگار، برقراری ارتباطات اثربخش)، و تداوم امید (توکل و امید، امید به بهبودی بیشتر) می‌باشد (۵). بنابراین هدف برنامه‌های خودمدیریتی اصلاح سبک زندگی و تغییر رفتار در فرد است.

محققین معتقدند پذیرش درد نوعی تغییر رفتار در بیماری‌های مزمن است. دی به ویر^۱ و همکاران (۲۰۱۴) در همین رابطه نشان داده‌اند که پذیرش درد ارتباط قوی با درگیری بیشتر در فعالیت‌های روزمره زندگی دارد. بنابراین پذیرش درد به جای تلاش برای کنترل آن با سازگاری بیشتری همراه است (۸). پذیرش و تعهد یک جایگزین مهم برای اجتناب بر اساس تجربه است که شامل پذیرش فعال و آگاهانه رویدادهای شخصی است که به خصوصیات و تجربیات قبلی فرد مرتبط می‌شوند. همچنین پذیرش نقطه مقابل اجتناب است و در واقع ارزش پذیرش زمانی بیشتر مشخص می‌شود که در نقطه مقابل اجتناب قرار می‌گیرد، چراکه اجتناب باعث می‌شود فرد اعمالی برخلاف اهداف و ارزش‌هایش انجام دهد (۹). بنابراین بیمارانی که در رام غیرعادی تلقی کرده و به محدودیت بیش از حد در فعالیت فیزیکی روی می‌آورند چهباً به عوارض بعد از عمل جراحی مثل ترومبوуз و ریدهای عمقی یا آتلکتازی ریه‌ها گرفتار می‌شوند (۲).

^۱ De boer

ملحوظات اخلاقی از طریق کسب کد اخلاق (IR.IAU.Urmia.Rec.1398.035) و کد کارآزمایی بالینی (IRCT2020012304622N1) از کمیته اخلاق دانشگاه و اخذ رضایت‌نامه آگاهانه از مشارکت‌کنندگان در مطالعه رعایت گردید. برای توصیف مشخصه‌های دموگرافیک از آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف معیار، فراوانی مطلق و درصدی استفاده شد. برای تحلیل آماری داده‌ها، زمانی که مقایسه درون‌گروهی امتیازات مقیاس شدت درد قبل و بعد از آزمون مدنظر بود از آزمون تی گروه‌های زوج و زمانی که مقایسه بین گروهی امتیازات مقیاس شدت درد بین گروه کنترل و مداخله مدنظر بود از آزمون تی گروه‌های مستقل استفاده شد. سطح معنی‌داری $p < 0.05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. مقایسه نسبت فراوانی متغیرهای موردمطالعه نشان داد که بین دو گروه ازنظر مشخصات دموگرافیک تفاوت آماری معنی‌داری وجود ندارد ($P > 0.05$) لذا هر دو گروه از این نظر همگن بودند.

نتایج آزمون تی گروه‌های مستقل نشان داد اختلاف امتیازات درد بعد از عمل بیماران تحت عمل جراحی با پس عروق کرونر قبل از مداخله بین گروه کنترل و مداخله معنی‌داری نیست ($t = -0.678$ و $p = 0.50$) درحالی‌که امتیازات درد بعد از عمل بیماران تحت عمل جراحی با پس عروق کرونر بعد از مداخله بین گروه کنترل و مداخله دارای اختلاف معنی‌داری است ($t = 2.28$ و $p = 0.02$).

محتوای آموزشی جهت مداخله شامل شش جلسه به صورت آموزش چهره به چهره توسط محقق بود. این محتوای آموزش مداخله برگرفته از متون علمی در زمینه مدیریت درد بر اساس پذیرش است که به طور خلاصه شامل موارد زیر است.

جلسه اول: متقاعد کردن بیمار به اینکه برخی از دردها باید تجربه شود و اجتناب‌ناپذیر هستند.

جلسه دوم: به بیمار آموزش داده می‌شود که بیمار به جای تلاش برای رهایی از درد یا احساسات ناخوشایندگانی ناشی از آن یاد می‌گیرد که آن را طبیعی جلوه دهد.

جلسه سوم: به بیمار آموزش داده می‌شود که از پرستاران و تیم درمانی و اعضای خانواده به صورت مشارکتی در رهایی از احساسات ناخواسته جهت کاهش دردهای مربوط به وضعیت ناشی از بیماری استفاده کند.

جلسه چهارم: پرستاران به بیماران خود کمک می‌کنند که به بیان احساسات خود بپردازند. هدف در این بخش از درمان این است که به بیماران نشان دهیم که افکار و احساسات آن‌ها پاسخ طبیعی به درد است. به بیماران اطمینان خاطر داده می‌شود که فعالیت‌های لذت‌بخش برای اینمنی و سلامتی آن‌ها مخاطره‌آمیز نخواهد بود.

جلسه پنجم: به بیمار خود اطمینان داده می‌شود که در صورت درد مسکن مناسب در اختیار آن‌ها قرار داده می‌شود و درد آن‌ها تسکین داده خواهد شد.

جلسه ششم: آموزش مبنی بر اینکه تأثیر درمان‌های دارویی ضد درد و عوارض ناخواسته آن‌ها موقعی بود. بعد از ۶ جلسه هر دو گروه با همان پرسشنامه مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند.

جدول (۱): توزیع فراوانی ویژگی‌های جمعیت شناختی در گروه مداخله و کنترل بیماران تحت جراحی با پس عروق کرونر

متغیر	گروه کنترل		گروه مداخله		تعداد	p-value
	مرد	زن	دیپلم	بیوه		
جنس						
تحصیلات						
وضعیت تأهل						
وضعیت شغلی						
صرف سیگار						
متغیر						
میانگین \pm انحراف معیار	۱۵	۱۴	۱۶	۱۷	۱۵	$p = 0.36$
p-value						

p=0/183 t=1/34	۷/۲۵(۵۷/۸۷)	۷/۳۱(۶۰/۴۰)	سن (سال)
۰/۶۶۸			مدت زمان بیماری (سال)

جدول (۲): مقایسه امتیازات درد بیماران تحت جراحی با پس عروق کرونر گروههای مداخله و کنترل در مراحل پیشآزمون و پس آزمون

P- value	df	t	انحراف معیار	میانگین گروه	
۰/۵۰	۵۸	-۰/۶۷۸	۱/۱۴	۴/۰۷	کنترل
			۱/۱۳	۴/۲۷	مداخله
۰/۰۲	۵۸	۲/۲۸	۰/۹۷	۴/۵۰	کنترل
			۱/۱۶	۳/۸۷	مداخله

کنترل وضعیت بیماری خود قرار گیرد (۷) بنابراین به نظر می‌رسد خودمدیریتی مبتنی بر پذیرش درد در این مطالعه توانسته است سطح خودکارامدی بیماران برای رسیدن به توانمندی لازم برای قبول وظایف خود در برابر عوارض ناخواسته داروهای ضد درد نارکوتیک را کسب کرده باشند و درد را امر عادی تلقی کرده و به دنبال فعالیتهایی باشند که از عوارض ناخواسته بعد از عمل پیشگیری کنند. محققین در این مطالعه در طول چند جلسه آموزش خودمدیریتی مبتنی بر پذیرش، توانستند با تغییر نحوه تفکر افراد، خودکارآمدی و توان مقاومت در برابر درد ناشی از عمل را افزایش دهند.

تأثیر مثبت پذیرش درد در مطالعات متعدد مورد تأیید قرار گرفته است. نتایج این تحقیقات نشان‌دهنده اهمیت پذیرش روانی بهخصوص در مورد عملکردهای روان‌شناختی است. بیمارانی که گزارش می‌کنند توانایی تحمل هیجانات منفی مثل درد را دارا هستند، عملکرد اجتماعی، فیزیکی و هیجانی بهتری را نشان می‌دهند (۹). در واقع اجتناب از تجربه انسان‌ها را در مقابل عوامل تئیدگی زا آسیب‌پذیرتر می‌نماید. افرادی که تمایل و آمادگی بیشتری برای محبوس کردن و سرکوب نمودن چنین تجربی را دارند هنگامی که استرس و نگرانی در مدرسه، محیط کار، تعارض‌ها با همسر و ... برای آن‌ها پیش می‌آید تلاش برای کنترل، آشفتگی‌های آن‌ها را تشدید می‌نماید (۱۰). پذیرش درمانی اساساً فرآیند محور است و آشکارا بر ارتقا پذیرش تجربیات روان‌شناختی و تعهد با افزایش فعالیت‌های معنا بخش انعطاف‌پذیر، سازگارانه، بدون در نظر گرفتن محتوای تجربیات روا نشناختی تأکید می‌کند. خصیصه‌ای که در رویکرد شناختی رفتاری حضور ندارد. ثانیاً هدف روش‌های درمانی به کاررفته در پذیرش و تعهد درمانی افزایش تفاکر واقع‌نگر، مؤثر و منطقی یا تشویق احساسات نیست بلکه اهداف این

بحث و نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که امتیازات درد بین گروه کنترل و مداخله قبل از مداخله تفاوت معنی‌داری نداشت در حالی که، امتیازات درد بین گروه کنترل و مداخله بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری داشت و این نتیجه بیانگر تأثیر مثبت آموزش خود مدیریتی مبتنی بر پذیرش در کاهش درد پس از جراحی عروق کرونر در بیماران بود. یافته‌های پژوهش با یافته‌های کمانی و همکاران (۱۳۹۶) در خصوص کاهش دردهای مداوم با علت نامشخص در بزرگسالان همخوانی دارد (۱۲). همچنین نتایج این مطالعه با یافته‌های مطالعه انجام شده توسط طاهری و همکاران (۱۳۹۹) در مورد کاهش درد نوروپاتی بیماران مبتلا به دیابت همسوی دارد (۱۳). نتیجه مطالعه کانگ و همکاران (۲۰۱۹) نیز بیانگر این است که مداخلات مبتنی بر پذیرش درد برای بهبود درد، اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به درد مزمن مؤثر است (۱۴). در تبیین نتایج تحقیق حاضر به نظر می‌رسد، بیمارانی که به مرحله پذیرش درد می‌رسند، آماده یادگیری مراقبت‌های توصیه شده از سوی کادر درمان و همچنین دریافت حمایت‌های اعضاخانواده و خودمراقبتی هستند و درنتیجه به جای تمرکز به هیجان‌های منفی به توصیه‌های درمانی- مراقبتی کارکنان درمان بهتر عمل می‌کنند و در کنترل نشانه‌ها و عوارض بیماری بهتر عمل می‌کنند.

یکی از ارکان مهم خودمدیریتی، پیگیری دستورات درمانی و مراقبتی تجویز شده از سوی پزشکان و کارکنان پرستاری توسط بیماران بوده است (۱۵). از سوی دیگر مدیریت مراقبت از خود اشاره به روندی دارد که در آن بیماران نقش فعالی در سلامتی و رفاه خود دارند و رسیدن به این توانمندی زمانی امکان‌پذیر است که بیمار از نظر روانی به مرحله پذیرش مشکلات مرتبط با بیماری خود رسیده باشد و در صدد افزایش سطح خودکارآمدی و ارتقاء رفتارهای اداره و

داد. این یافته‌ها می‌تواند در محتوای درسی مراقبت تسکینی از بیماران مزمن و مراحل آخر بیماری گنجانده شود. در این مطالعه تأثیر آموزش‌های خودمدیریتی مبتنی بر پذیرش در بیماران تحت عمل جراحی قلبی در هفته اول مورد ارزیابی مجدد قرار گرفت پیشنهاد می‌شود ارزیابی مجدد در فاصله زمانی طولانی‌تر مورد ارزیابی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه دانشجویی در مقطع کارشناسی ارشد پرستاری است. نویسنده‌گان کمال تشکر را از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه ابزار می‌دارند. پژوهشگر کمال تشکر را از بیماران شرکت‌کننده در این مطالعه ابزار می‌دارند.

روش‌های درمانی بر کاهش اجتناب از این تجربیات روا نشناختی و افزایش آگاهی از آن‌ها بهخصوص تمرکز بر لحظه حال بدnon پیش گرفتن روشهایی کشکش و غیر ارزیابانه استوار است (۹).

این تحقیق تأثیر آموزش‌های خودمدیریتی در کنار رویکرد پذیرش درد را مورد تأکید قرار داد. جنبه‌های روانی مداخلات پذیرش درد به عنوان مکمل آموزش‌های خودمدیریتی می‌تواند سازگاری بیمار با شرایط جدید دردناک و به دنبال آن تغییرات رفتاری موردنظر کارکنان درمانی را تسريع نماید. در واقع زمانی که بیماران از نظر روانی قبول می‌کنند که درد جزء ماهیت بیماری بعد از عمل است، موانع درمان پیشنهادی و پذیرش رفتارهای موردنظر پرستاران و پزشکان تسهیل می‌گردد. نتایج این تحقیق تأثیر آموزش‌های خودمدیریتی مبتنی بر پذیرش درد را مورد تأکید قرار

References:

1. Javani Z, Salimi Y, Moradinazar M, Najafi F. Population Attributable fraction Estimation of the Cardiovascular Diseases-related factors: An Evidence from western part of Iran. 2020;
2. Jafari H, Zeydi AE, Khani S, Esmaeili R, Soleimani A. The effects of listening to preferred music on pain intensity after open heart surgery. Iran J Nurs Midwifery Res 2012; 17(1): 1.
3. Taeby M, Abedi HA, Abbaszadeh A, Kazemi M. Self-management resources following coronary artery bypass graft. Journal of Qualitative Research in Health Sciences 2015; 4(1): 50-61.
4. Aghamohammadi, T., M. Khaleghipour, and A. Dalvandi, The impact of self-management program on selfefficacy of elderly patients with heart failure. The J Urmia Nurs Midwifery Fac, 2017. 14(12): 1013-1023.
5. Hosseini MA, Mohammadi F, Ahmadi F, Tabari R. Self-management, the main strategy of patient's after coronary artery bypass graft (cabg): a content analysis study. J Urmia Nurs Midwifery Fac 2014; 12(4): 249-59.
6. Veronovici NR, Lasiuk GC, Rempel GR, Norris CM. Discharge education to promote self-management following cardiovascular surgery: An integrative review. Eur J Cardiovasc Nurs 2014; 13(1): 22-31.
7. Moradi M, Nasiri M, Jahanshahi M, Hajiahmadi M. The effects of a self-management program based on the 5 A's model on self-efficacy among older men with hypertension. Nursing and midwifery studies 2019; 8(1): 21-7.
8. de Boer MJ, Steinhagen HE, Versteegen GJ, Struys MM, Sanderman R. Mindfulness, acceptance and catastrophizing in chronic pain. PloS one 2014; 9(1): e87445.
9. Hughes LS, Clark J, Colclough JA, Dale E, McMillan D. Acceptance and commitment therapy (ACT) for chronic pain. Clin J Pain 2017; 33(6): 552-68.
10. Seirafi MR, Kalate AM, Peimani J. The effect of predictability and sense of control over the pain of cardiac surgery patient. Journal of nurse and physician within war 2015;3(8):34-40.
11. McCracken LM, Vowles KE. Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain: Model, process, and progress. Am Psychol 2014; 69(2): 178.
12. Kemani MK, Olsson GL, Lekander M, Hesser H, Andersson E, Wicksell RK. Efficacy and cost-effectiveness of acceptance and commitment

- therapy and applied relaxation for longstanding pain. Clin J Pain 2015; 31(11): 1004-16.
13. Taheri AA, Foroughi AA, Mohammadian Y, Ahmadi SM, Heshmati K, Hezarkhani LA, et al. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Pain Acceptance and Pain Perception in Patients with Painful Diabetic Neuropathy: A Randomized Controlled Trial. Diabetes Therapy 2020;11(8): 1-14.
14. Kang HS, Hwang SD, Jun SE. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain Patients: A Systematic Review and Meta-
- Analysis. Journal of Korean Academy of psychiatric and Mental Health Nursing 2019; 28(3): 271-85.
15. May S. Self-management of chronic low back pain and osteoarthritis. Nat Rev Rheumatol 2010; 6(4): 199.
16. Morshedi M, Davarniya R, Zahrakar K, Mahmudi MJ, Shakarami M. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Reducing Couple Burnout of Couples. Iran J Nurs Res 2016; 10(4): 76-87.

THE EFFECT OF PAIN ACCEPTANCE-BASED SELF-MANAGEMENT TRAINING ON PAIN INTENSITY IN PATIENTS UNDERGOING CORONARY ARTERY BYPASS GRAFT SURGERY

Sina Shakorzadeh¹, Turan Tizfahm², Kamal Khademvatani³

Received: 28 August, 2020; Accepted: 29 November, 2020

Abstract

Background & Aims: There is no self-management to control the pain of heart patients, and these patients perform self-management using their own resources after coronary artery bypass graft surgery. The aim of this study was to determine the effect of acceptance-based self-management training on pain intensity in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery.

Materials & Methods: This study is a clinical trial that was performed on 60 patients who were candidates for coronary artery bypass graft surgery. The samples were randomly divided into control and intervention groups. All patients received pain management self-management training immediately after hospitalization and were re-evaluated on the day of discharge. Data collection tools included demographic characteristics and Data analysis was performed using paired and independent t-test using SPSS software at a significant level of $p < 0.05$.

Results: Independent group t-test showed that the difference in postoperative pain scores of patients undergoing coronary artery bypass graft surgery before the intervention between the control and intervention groups was not significant ($t = -0.678$ and $p = 0.50$). However, the scores of postoperative pain in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery after the intervention were significantly different between the control and intervention groups ($t = 2.28$ and $p = 0.02$).

Conclusion: Psychological aspects of pain acceptance interventions as a complement to self-management training can accelerate the patient's adaptation to new painful conditions and subsequent behavioral changes desired by medical staff.

Keywords: heart patient, pain, self-management, acceptance, Coronary Artery Bypass Surgery

Address: Seyyed Al-Shohada hospital, Urmia, Iran.

Tel: +989013825603

Email: ss17.sina@gmail.com

¹ Master of Nursing (MSc), Islamic Azad University of Urmia, Urmia, Iran.

² Member of Faculty, Master of Nursing, Islamic Azad University of Urmia, Urmia, Iran.

³ Member of Faculty, Cardiologist (Fellow-ship of Echocardiography), Urmia University of Medical Sciences of Urmia, Urmia, Iran.