

تأثیر برنامه‌ی خودمدیریتی بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه

*مریم حیدری^۱

صدیقه فیاضی^۲

سید حمید بررسی^۳

مونا وفایی زاده^۴

چکیده

زمینه و هدف: بیماری مزمن انسدادی ریه به عنوان یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن است که منجر به کاهش استقلال و عملکرد بیماران می‌گردد و این امر سیستم‌های مراقبتی را با چالش‌های مهمی مواجهه ساخته است. لذا، مطالعه‌ی حاضر در راستای یافتن روشی موثر در بهبود وضعیت این بیماران، با هدف تعیین تأثیر برنامه‌ی خودمدیریتی بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه انجام شده است.

روش بررسی: در این کارآزمایی بالینی تصادفی کور نشده، ۵۰ بیمار مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه با درجه‌ی متوسط و شدید بیماری که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند به طور تصادفی در دو گروه کنترل و مداخله تخصیص یافتند. گروه کنترل تحت مراقبت معمول بودند و گروه مداخله علاوه بر مراقبت معمول، برنامه‌ی آموزشی خودمدیریتی را دریافت کردند. بیماران در ابتدا و پایان ۳ ماه، با استفاده از پرسشنامه‌ی اختصاصی خودکارآمدی در بیماران مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه مورد ارزیابی قرار گرفتند. آزمون‌های آماری تی زوج، مستقل و کای اسکور در نرم افزار SPSS جهت آنالیز داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: در شروع مطالعه بین گروه کنترل و مداخله از نظر میانگین نمره‌ی خودکارآمدی، اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده نشد ($P=0/73$)، در حالی که در پایان ۳ ماه اختلاف معنی‌داری بین دو گروه وجود داشت ($P<0/05$). به علاوه، مقایسه‌ی میانگین تغییرات نمرات خودکارآمدی (ابتدا و پایان ۳ ماه) در دو گروه نیز اختلاف معنی‌داری را بین دو گروه نشان داد ($P<0/05$).

نتیجه گیری کلی: با توجه به اثر بخش بودن برنامه‌های آموزشی خودمدیریتی کوتاه مدت بر ارتقا سطح خودکارآمدی بیماران مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه، افزودن این برنامه به برنامه‌های آموزشی معمول بیماران پیشنهاد می‌گردد.

کلید واژه‌ها: خودمدیریتی، خودکارآمدی، بیماری مزمن انسدادی ریه

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۱/۳

تاریخ پذیرش: ۹۵/۲/۱

^۱ مربی، گروه آموزشی پرستاری داخلی جراحی، دانشکده علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران. (نویسنده مسئول) شماره تماس:

Email:heidari.maryam84@yahoo.com

+۹۳۷۸۷۷۲۲۷۴

^۲ مربی، گروه آموزشی پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

^۳ استادیار، گروه آموزشی داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

^۴ دانشجوی، کارشناسی علوم آزمایشگاهی، دانشکده علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران.

مقدمه

شده است^(۱۵). در حقیقت، کمک به بیماران به منظور تحقق استقلال در تصمیم‌گیری، یکی از فرایندهای مهم درمانی و حمایتی است و آموزش برنامه‌های مناسب در خصوص بیماری، روش درمان و مواردی که باید توسط بیمار رعایت گردد، می‌تواند سبب بهبود عملکرد جسمی، سلامت عمومی، وضعیت عاطفی- روانی و اجتماعی بیمار و کاهش در محدودیت نقش‌ها گردد^(۱۶). از سوی دیگر مطالعات حاکی از آن است که خودکارآمدی نقش مهمی در ارتقا رفتارهای خودمراقبتی دارد و به عنوان مهم‌ترین تعیین کننده رفتارهای خودمراقبتی در بیماران COPD می‌باشد. تقویت خودکارآمدی در افراد مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه می‌تواند نقش بسیار موثری در کنترل بیماری، پیشگیری از عوارض احتمالی، کاهش هزینه‌های بستری و درمان و بهبود کیفیت زندگی افراد داشته باشد. از این رو برای بهبود رفتارهای خودمراقبتی بیماران، لازم است خودکارآمدی آن‌ها تقویت شده و افزایش یابد^(۱۴).

در همین راستا شواهدی وجود دارد که نشان داده استفاده از برنامه‌های خودمدیریتی بر کاهش دفعات مراجعه به اورژانس^(۱۷)، افزایش آگاهی^(۱۸) و دانش خودمدیریتی^(۱۹)، بهبود کیفیت زندگی^(۱۸) و عملکرد جسمی و حتی ارتقا خودکارآمدی بیماران مبتلا به COPD موثر بوده است^(۱۵). محققان در یک مرور سیستماتیک نیز به این نتیجه رسیدند که برنامه‌ی آموزش خودمدیریتی و اصلاح رفتار، می‌تواند باعث افزایش آگاهی، مهارت، خودکارآمدی و اصلاح رفتارهای مرتبط با سلامتی در بیماران مبتلا به COPD شود^(۲۰). با این حال در یک مطالعه‌ی مروری وسیع هم محققان مدعی شدند که هر چند آموزش خودمدیریتی می‌تواند فوایدی را برای بیماران مبتلا به COPD به همراه داشته باشد، اما به دلیل تنوع در روش‌های مطالعات و تفاوت‌های متدولوژیک، هنوز داده‌های کافی برای رسیدن به یک نتیجه‌گیری قاطع وجود ندارد و نیاز به انجام پژوهش‌های بیشتر در زمینه به کارگیری این برنامه‌ها می‌باشد^(۲۱).

بیماری مزمن انسدادی ریه (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) یکی از شایعترین بیماری‌های مزمن به شمار می‌رود^(۱). COPD عبارت است از انسداد راه‌های هوایی که به طور کامل برگشت‌پذیر نمی‌باشد، این محدودیت پیشرونده‌ی راه هوایی با پاسخ التهابی غیر طبیعی ریه در برابر ذرات و گازهای مضر در ارتباط است^(۲-۴). این بیماری چهارمین علت مرگ و دوازدهمین علت ناتوانی است و تخمین زده می‌شود که تا سال ۲۰۲۰، سومین علت مرگ و پنجمین علت ناتوانی باشد^(۵). در جهان ۲۰-۱۰٪ افراد بالای ۴۰ سال^(۶) و در ایران به طور متوسط ۱۰٪ افراد به این بیماری مبتلا هستند^(۷). هر ساله بیش از ۳ میلیون نفر در جهان^(۸) و بیش از ۱۲۵ هزار نفر در آمریکا، در اثر این بیماری جان خود را از دست می‌دهند^(۹)؛ همچنین این بیماری سالانه به طور متوسط مسئول بیش از ۳۰ میلیون دلار هزینه مراقبت‌های پزشکی می‌باشد^(۱۰).

بر اساس نتایج برخی مطالعات، شایع‌ترین علائم در این بیماران شامل تنگی نفس، فقدان انرژی، خشکی دهان، سرفه، اضطراب، خواب آلودگی و احساس عصبانیت است^(۱۱). تشدید علائم COPD، یک چهره‌ی برجسته از سیر طبیعی این بیماری است که شامل دوره‌های افزایش تنگی نفس، سرفه و تغییر در مقدار و نوع خلط می‌باشد^(۲). تشدید علائم در این بیماران با افزایش استفاده از مراقبت‌های بهداشتی، کاهش پیشرونده عملکرد ریه^(۱۲)، افزایش مراجعه به بیمارستان و حتی مرگ در ارتباط است^(۱۳). مطالعات اخیر نشان داده است که ارتقا کیفیت درمان می‌تواند مرگ و میر ناشی از بیماری‌های مزمن را کاهش دهد. یکی از موارد عمده در ارتقا کیفیت درمان، مشارکت دادن بیمار در امر درمان، مراقبت و مدیریت بیماری خود است^(۱۴). به طور کلی خودمدیریتی به صورت "توانایی افراد در مدیریت علائم، درمان، پیامدهای جسمی- اجتماعی بیماری و تغییر شیوه‌ی زندگی در راستای سازگاری با وضعیت مزمن" تعریف

مطالعات، یادشده بر انجام پژوهش‌های بیشتر در زمینه به‌کارگیری برنامه‌ی خودمدیریتی تاکید دارند و علی‌رغم وجود مطالعات مختلف در زمینه‌ی خودمدیریتی، استفاده از این برنامه‌ها کمتر مورد نظر پژوهشگران در ایران بوده است. با توجه به ضعف آموزش‌های سنتی در لحاظ نمودن نقش فعال و مشارکت بیماران در مدیریت و کنترل بیماری، استفاده از برنامه‌ی خودمدیریتی در راستای کمک به کنترل بیماری در بیماران مبتلا به COPD مورد توجه ما قرار گرفته است، لذا پژوهشگران در راستای یافتن روشی موثر، بر آن شدند تا این پژوهش را با هدف تعیین تاثیر آموزش استفاده از برنامه‌ی خودمدیریتی بر سطح خودکارآمدی بیماران مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه، به انجام برسانند.

روش بررسی

مطالعه‌ی حاضر یک کارآزمایی بالینی تصادفی کور نشده است که در سال ۱۳۹۲ در کلینیک فوق تخصصی تنفس در شهر اهواز بر روی بیماران مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه انجام گرفت. در ابتدا با انجام یک مطالعه‌ی اولیه بر روی ۲۰ نفر از بیماران مبتلا به COPD، با در نظر داشتن خطای نوع اول ۰/۰۵، توان آزمون ۸۰٪ و اختلاف میانگین و انحراف معیار در گروه‌ها، حجم نمونه ۱۵ نفر در هر گروه محاسبه شد که با توجه به احتمال ریزش ۱۵٪، تعداد نمونه‌ها به ۲۵ نفر در هر گروه افزایش داده شد و در مجموع ۵۰ بیمار واجد شرایط وارد مطالعه شدند. شرایط ورود شامل تایید تشخیص ابتلا به COPD با درجه‌ی متوسط تا شدید توسط پزشک متخصص، سن ۴۵ تا ۷۰ سال، داشتن قدرت درک زبان فارسی و سواد خواندن و نوشتن، داشتن نمایه توده بدنی کمتر از ۳۰، نداشتن اختلال عمده روانپزشکی، شرکت نداشتن در کلاس آموزشی یا برنامه‌ی بازتوانی ریه در طول یک سال گذشته، داشتن رژیم دارویی تثبیت شده توسط پزشک بود. شرایط خروج از مطالعه شامل بستری در بیمارستان حین انجام مداخله، بروز استرس جدی و غیر مترقبه (بحران)

برای بیمار حین مطالعه، استفاده از برنامه بازتوانی ریه تجویز شده توسط پزشک یا فیزیوتراپ حین مطالعه، غیبت بیمار در جلسات آموزش فردی یا گروهی و عدم امکان پیگیری بیمار طی مرحله پیگیری بود. پس از انجام نمونه‌گیری، بیماران واجد شرایط به طور تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تخصیص یافتند. در ابتدا طی مصاحبه، توضیحاتی در مورد هدف و کلیات پژوهش ارائه شده و در صورت ابراز تمایل، فرم ثبت اطلاعات دموگرافیک توسط هر یک از بیماران تکمیل و سطح خودکارآمدی بیماران با استفاده از پرسشنامه‌ی اختصاصی خودکارآمدی بیماران COPD مورد ارزیابی قرار گرفت. سپس گروه کنترل، مراقبت‌های معمول را دریافت کرده و گروه مداخله علاوه بر دریافت مراقبت‌های معمول، تحت مداخله قرار گرفتند. مداخله پژوهش شامل اجرای برنامه‌ی آموزش خودمدیریتی بر اساس روشی موسوم به 5A بود که به مدت ۳ ماه و طی ۵ مرحله‌ی زیر به اجرا درآمد:

- ۱- **بررسی (Assess):** در این مرحله بر اساس معاینه و مصاحبه بررسی دقیقی از وضعیت بیمار به عمل می‌آمد، بدین ترتیب که با استفاده از فرم بررسی بیمار COPD، بیمار از نظر سابقه‌ی تماس با ریسک فاکتورها، طول مدت تماس، سابقه‌ی تشدید علائم، مشکلات تنفسی، استفاده از داروها، الگوی خواب، تغذیه، فعالیت، نحوه‌ی استفاده از تکنیک‌های تنفسی و به کارگیری اسپری مورد بررسی قرار می‌گرفت.
- ۲- **راهنمایی (Advise):** با توجه به بررسی‌های مرحله قبل، در این مرحله موارد غیرطبیعی تشخیص داده شده، به اطلاع بیمار رسانده و خطرات سلامتی شناسایی شده در بیمار به وی گوشزد شده و فواید تغییر رفتار در آنان مورد تاکید قرار می‌گرفت.
- ۳- **توافق (Agree):** بین بیمار و پژوهشگر یک توافق کتبی در رابطه با عملکرد بیمار به عمل می‌آمد. بدین ترتیب که با توجه به شرایط هر بیمار و بر اساس مشکلات تشخیص داده شده، اهداف رفتاری مناسب و مورد توافق تعیین شده و برای هر یک از اهداف، برنامه‌ی

ابزار مورد استفاده در این مطالعه شامل پرسشنامه‌ی استاندارد شده‌ی خودکارآمدی در بیماران COPD با ۳۴ سوال و ۵ زیرمجموعه می‌باشد که عبارتند از: تاثیر منفی (۱۲ سوال)، تحریک عاطفی شدید (۸ سوال)، فعالیت فیزیکی (۵ سوال)، آب و هوای محیط (۶ سوال) و عوامل خطر رفتاری (۳ سوال) است. این پرسشنامه بر اساس مقیاس ۵ رتبه‌ای لیکرت نمره‌گذاری شده است و محدوده‌ی نمرات ۳۴ تا ۱۷۰ می‌باشد که نمرات بالاتر بیانگر خودکارآمدی بهتر است. این پرسشنامه اولین بار توسط Wigal و همکاران در سال ۱۹۹۱ ارائه شد^(۲۲) و در سال ۲۰۱۰ توسط Bentsen و همکاران مورد بازبینی قرار گرفت^(۲۳). این پرسشنامه در ایران نیز در مطالعات متعددی از جمله در مطالعه‌ی عابدی و همکاران مورد استفاده قرار گرفته است که پایایی این ابزار ۰/۸۹ برآورد شده است^(۱۴). در مطالعه‌ی حاضر نیز پایایی پرسشنامه از طریق مطالعه‌ی مقدماتی روی ۱۰ نفر از بیماران و با استفاده از روش ثبات درونی آلفای کرونباخ ۰/۸۳ برآورد گردید که بیانگر قابلیت بالای ابزار می‌باشد. جهت سنجش روایی پرسشنامه، پژوهشگر سوالات مربوط به اطلاعات جمعیت‌شناختی و بیماری (سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، شدت بیماری، وضعیت مصرف دخانیات، میزان مصرف دخانیات و تماس ثانویه با دخانیات) را در ابتدای پرسشنامه‌ی خودکارآمدی اضافه کرده و در اختیار ۱۰ تن از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی اهواز قرار داده و با در نظر گرفتن دیدگاه‌های آن‌ها روایی آن از طریق اعتبار محتوا مورد تایید قرار گرفت.

کد ثبت کارآزمایی بالینی حاضر NCT013061713694NI با ۲۰۱۳۰۶۱۷۱۳۶۹۴ می‌باشد و کلیه‌ی ملاحظات اخلاقی از جمله اخذ مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز (کد اخلاق: ۷۲۲)، کسب رضایت آگاهانه از بیمار، دادن اجازه‌ی کناره‌گیری از ادامه‌ی شرکت در پژوهش، محرمانه ماندن اطلاعات بیمار و امانتداری در استفاده از منابع توسط پژوهشگران مورد توجه قرار گرفته است.

عملی تدوین می‌شد و برنامه‌های عملی در فرم اهداف رفتاری ثبت و از بیماران درخواست می‌شد که وضعیت عملکرد خود را در مورد هر یک از اهداف رفتاری در دفترچه‌ی خود گزارش‌دهی به صورت روزانه و به مدت ۳ ماه ثبت کنند. (این ۳ مرحله، طی یک جلسه‌ی فردی ۱/۵ ساعته در یک روز انجام می‌شد و به بیمار گفته می‌شد که جهت شرکت در جلسه آموزش گروهی، به فاصله‌ی حدوداً ۱ هفته بعد از جلسه فردی حضور پیدا کند)

۴- **کمک (Assist):** یک جلسه آموزش گروهی ۲ ساعته در گروه‌های ۵ نفره به فاصله‌ی ۱ هفته پس از جلسه آموزش فردی، با هدف افزایش آگاهی بیماران تشکیل شد. همچنین در این جلسه، آموزش تمرینات تنفسی به صورت چهره به چهره انجام و از بیماران درخواست شد که تمرینات را روزانه اجرا کنند و عملکرد خود را در دفترچه گزارش‌دهی ثبت نمایند.

۵- **پیگیری (Arrange):** طی این مرحله عملکرد بیماران به مدت ۳ ماه پیگیری شد. در حقیقت جهت اطمینان یافتن از اجرای برنامه‌های عملی توسط بیماران، در ۲ هفته‌ی اول تماس تلفنی روزانه و پس از آن تماس تلفنی هفتگی با بیماران صورت گرفت تا انجام برنامه عملی به بیماران یادآوری شود. علاوه بر این، وضعیت پیشرفت بیماران به صورت ماهیانه طی یک جلسه‌ی حضوری نیم ساعته و به صورت فردی پیگیری شد که در این جلسه، برنامه‌ی عملی توافق شده و دفترچه‌ی خود گزارش‌دهی بیمار مورد بررسی قرار می‌گرفت، تا در صورت نیاز به ایجاد تغییر در اهداف یا برنامه عملی، تغییرات لازم اعمال شود.

پس از پایان ۳ ماه، سطح خودکارآمدی کلیه‌ی بیماران با استفاده از پرسشنامه خودکارآمدی بیماران COPD مورد بررسی قرار گرفت. جهت آنالیز داده‌ها از آمار توصیفی شامل فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار و آمار تحلیلی شامل t مستقل، t زوج و کای اسکور در نرم افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ استفاده و سطح معنادار آماری $P < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

و در گروه مداخله ۵۹/۵±۷/۴ سال بود. همچنین در هر دو گروه بیشتر بیماران سابقه مصرف دخانیات داشتند و متوسط میزان مصرف دخانیات در بیماران بر حسب پاکت-سال (peak-year) ۲۶/۵ سال بود و بیشتر آنها در معرض تماس ثانویه با دخانیات (مصرف در اعضای خانواده) نبودند (جدول شماره ۱).

بررسی مشخصات جمعیت‌شناختی و بیماری شرکت‌کنندگان نشان داد که به طور کلی از میان شرکت‌کنندگان ۴۱ نفر تا پایان مطالعه حضور داشتند. و میزان پاسخ‌دهی شرکت‌کنندگان ۸۲ درصد بود. در هر دو گروه بیشتر بیماران مرد، متأهل و دارای سطح تحصیلات ابتدایی بودند. میانگین سنی در گروه کنترل ۶۰±۶/۱ سال

جدول شماره ۱: اطلاعات جمعیت‌شناختی بیماران گروه مداخله و کنترل

متغیر	گروه مداخله (n=۱۹)	گروه کنترل (n=۲۲)	p-value
سن (میانگین±انحراف معیار)	۶۰±۶/۱	۵۹/۵±۷/۴	۰/۸۱
جنس			
مرد	۱۶(۸۴/۲)	۱۹(۸۶/۴)	۰/۸۴
زن	۳(۱۵/۸)	۳(۱۳/۶)	
وضعیت اشتغال			
شاغل	۱۲(۶۳/۲)	۱۲(۵۴/۵)	۰/۵۷
غیرشاغل	۷(۳۶/۸)	۱۰(۴۵/۵)	
سطح تحصیلات			
ابتدایی	۱۵(۷۸/۹)	۱۶(۷۲/۷)	۰/۶۴
فراوانی (درصد)	۴(۲۱/۱)	۶(۲۷/۳)	
شدت بیماری			
متوسط	۱۰(۵۲/۶)	۱۰(۴۵/۵)	۰/۶۴
شدید	۹(۴۷/۴)	۱۲(۵۴/۵)	
وضعیت مصرف سیگار			
دارد	۱۵(۷۸/۹)	۱۸(۸۱/۸)	۰/۸۱
ندارد	۴(۲۱/۱)	۴(۱۸/۲)	
میزان مصرف دخانیات (پاکت-سال) (میانگین±انحراف معیار)	۲۶/۶±۱۵/۹	۲۶/۶±۱۴/۲	۰/۹۶
مصرف سیگار در اعضای خانواده			
دارد	۲(۱۰/۵)	۴(۱۸/۲)	۰/۴۸
ندارد	۱۷(۸۹/۵)	۱۸(۸۱/۸)	

مقایسه‌ی نمرات خودکارآمدی بیماران مبتلا به COPD در دو گروه مورد مطالعه در جدول شماره ۲ آورده شده است. چنانچه ملاحظه می‌شود در ابتدا میانگین نمره‌ی خودکارآمدی در گروه کنترل ۸۱/۷±۲۴/۶ و در گروه مداخله ۸۴/۳±۲۲/۹ بود و آزمون‌های آماری نشان داد که اختلاف معنی‌داری بین دو گروه وجود ندارد (P=۰/۷۳)، در حالی که در پایان ۳ ماه میانگین نمره‌ی خودکارآمدی در گروه کنترل ۸۰/۶±۲۴/۷ و در گروه مداخله ۹۶/۵±۲۴/۷ بود و آزمون‌های آماری بیانگر وجود اختلاف معنی‌دار بین دو گروه بود (P=۰/۰۴). همچنین در مقایسه‌ی میانگین تغییرات (ابتدا و پایان ۳ ماه) نمرات خودکارآمدی در دو گروه نیز اختلاف معنی‌داری بین دو گروه دیده شد (P<۰/۰۰۱)، به گونه‌ای که میانگین تغییرات نمرات خودکارآمدی در گروه مداخله ۱۲/۱±۶/۳ و در گروه کنترل ۱/۱±۲/۵ بود.

مقایسه‌ی نمرات خودکارآمدی بیماران مبتلا به COPD در دو گروه مورد مطالعه در جدول شماره ۲ آورده شده است. چنانچه ملاحظه می‌شود در ابتدا میانگین نمره‌ی خودکارآمدی در گروه کنترل ۸۱/۷±۲۴/۶ و در گروه مداخله ۸۴/۳±۲۲/۹ بود و آزمون‌های آماری نشان داد که اختلاف معنی‌داری بین دو گروه وجود ندارد (P=۰/۷۳)، در حالی که در پایان ۳ ماه میانگین نمره‌ی خودکارآمدی در گروه کنترل ۸۰/۶±۲۴/۷ و در گروه مداخله

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین نمرات خودکارآمدی بین گروه کنترل و مداخله در ابتدا و پایان ۳ ماه

متغیر	زمان بررسی	گروه	انحراف معیار میانگین	P-value	نوع آزمون آماری
خودکارآمدی	ابتدا	کنترل	۸۱/۷±۲۴/۶	۰/۷۳	Independent t-test
		مداخله	۸۴/۳±۲۲/۹		
	پایان ۳ ماه	کنترل	۸۰/۶±۲۴/۷	۰/۰۴	Independent t-test
		مداخله	۹۶/۵±۲۴/۷		
	مقایسه تغییرات ابتدا و پایان ۳ ماه	کنترل	-۱/۱±۲/۵	۰/۰۰۱	Independent t-test
		مداخله	۱۲/۱±۶/۳		

بحث و نتیجه‌گیری

فاکتورهای بیماری می‌تواند گامی موثر در جهت کاهش شیوع بیماری باشد.

یافته‌ها نشان می‌دهد که بیش از ۷۵٪ از بیماران تحصیلات ابتدایی دارند. در مطالعه‌ی **Lomundal** ۵۳/۳٪ بیماران تحصیلات ابتدایی و ۴۶/۷٪ بیماران تحصیلات بالاتر از ابتدایی داشته‌اند^(۲۷)، در حالی که در مطالعه‌ی خیرآبادی، نتایجی مشابه با نتایج مطالعه‌ی حاضر گزارش شده است^(۲۸). لازم به ذکر است، با توجه به این که اکثر شرکت کنندگان سطح تحصیلات پایین داشتند لذا پژوهشگران این موضوع را مورد توجه قرار داده و محتوای آموزشی را هم در جلسات آموزش گروهی و هم در جلسات آموزش فردی متناسب با سطح سواد بیماران طراحی و ارائه کردند که این امر تا حدودی ارائه‌ی آموزش موثر را تسهیل می‌کرد.

همچنین مشخص شد، بیش از نیمی از بیماران مبتلا به درجه‌ی شدید COPD هستند. در مطالعه‌ی حاضر، ابتلا به درجه‌ی متوسط و شدید بیماری از شرایط ورود به مطالعه در نظر گرفته شده است که منطبق بر معیارهای مطالعه‌ی **Jiang & He**^(۲۹) و مطالعه‌ی **Bucknall** و همکاران^(۳۰) می‌باشد. پیرامون این مسئله باید در نظر داشت که بیماران با سطح خفیف بیماری مزمن انسدادی ریه، معمولا علامت قابل توجهی را تجربه نمی‌کنند، به همین دلیل در مراحل پیشرفته‌تر بیماری به پزشک مراجعه می‌نمایند و این امر باعث شده است که درجه خفیف این بیماری در بیماران به صورت تشخیص داده نشده باقی بماند و اکثر بیماران مراجعه کننده دچار درجات متوسط

با در نظر داشتن تاکید مطالعات مرور شده بر به کارگیری برنامه‌های خودمدیریتی^(۲۰-۱۷)، در این پژوهش به بررسی تاثیر برنامه‌ی خودمدیریتی بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به COPD پرداختیم. نتایج نشان می‌دهد که میانگین سنی بیماران ۵۹/۷ سال است. در حقیقت در این مطالعه با در نظر داشتن این که از یک طرف COPD در سنین بالای ۴۰ سال شایع است و از طرف دیگر اجرای برنامه‌ی خودمدیریتی نیاز به توجه و همکاری همه جانبه‌ی بیماران در پیگیری برنامه دارد لذا، بیماران بین ۴۵ تا ۷۰ سال جهت ورود به مطالعه انتخاب شدند.

همچنین نتایج نشان می‌دهد که در هر دو گروه اکثر بیماران شرکت کننده مرد هستند. در مطالعه‌ی **Rice** و همکاران^(۲۴) و در پژوهش **Bischoff** و همکاران^(۲۵) نیز بیشتر بیماران شرکت کننده مرد بوده‌اند. در این زمینه باید توجه داشت که شیوع بالای بیماری مزمن انسدادی ریه در میان مردان به علت بالا بودن شیوع مصرف سیگار در آنان بدیهی می‌باشد^(۲) واضح است که از میان عوامل خطرزای بیماری مزمن انسدادی ریه، سیگار نقش مهمی را ایفا می‌کند، به طوری که در کشورهای پیشرفته سیگار مسئول ۹۰٪ از موارد بیماری به حساب آمده^(۲۶) و قطع سیگار کم هزینه‌ترین اقدام و از عوامل کلیدی جهت کاهش خطر بروز این بیماری و کند کردن سیر پیشرفت آن می‌باشد^(۲). در حقیقت به‌کارگیری تدابیر مناسب از جمله تشویق و ترغیب بیماران به شرکت در جلسات گروهی ترک سیگار و آموزش پیرامون اهمیت ریسک

تا شدید بیماری باشند، به همین خاطر در مطالعه‌ی حاضر بیماران با سطح متوسط و شدید را مورد بررسی قرار دادیم.

به‌علاوه، بررسی نمرات خودکارآمدی بیماران مبتلا به COPD در دو گروه مورد مطالعه نشان می‌دهد که در ابتدا از نظر میانگین نمره‌ی خودکارآمدی، اختلاف آماری معنی‌داری بین گروه کنترل و مداخله وجود ندارد، در حالی که در پایان ۳ ماه اختلاف معنی‌داری بین دو گروه مشاهده می‌شود. همچنین، در مقایسه‌ی میانگین تغییرات (ابتدا و پایان ۳ ماه) نمرات خودکارآمدی در دو گروه اختلاف معنی‌داری بین دو گروه مشهود است. به‌گونه‌ای که این اختلاف میانگین حاکی از افزایش خودکارآمدی در گروه مداخله و کاهش خودکارآمدی در گروه کنترل می‌باشد. در ایران مطالعه‌ی مشابهی که تأثیر برنامه خودمدیریتی بر میزان خودکارآمدی بیماران COPD را بسنجد در دسترس نیست، اما مطالعه‌ی عابدی و همکاران که به بررسی ارتباط خودکارآمدی و خودمراقبتی در این بیماران پرداخته است، بیانگر ارتباط مثبت بین خودکارآمدی و خودمراقبتی در آنان می‌باشد، بدین معنا که افزایش خودکارآمدی با افزایش رفتارهای خودمراقبتی همراه است^(۱۴). در پژوهش Kasikci نیز به دنبال استفاده از مداخله‌ی مبتنی بر تئوری خودکارآمدی در یک بیمار مبتلا به COPD، ارتقا خودکارآمدی بیمار هم در کوتاه مدت (۱ ماه) و هم در بلند مدت (۱۲ ماه) گزارش شده است^(۳۱). Nguyen و همکاران نیز نشان دادند، ۱۲ ماه پس از اجرای برنامه‌ی خودمدیریتی در گروه‌های مورد مطالعه، سطح خودکارآمدی بیماران در دو گروه مداخله (گروه خودمدیریتی اینترنتی و گروه خودمدیریتی حضوری) با گروه کنترل ارتباط معناداری داشته است^(۱۵) که منطبق بر نتایج مطالعه‌ی حاضر می‌باشد. به‌علاوه، احمدی و همکاران در پژوهش نیمه تجربی خود به اجرای برنامه‌ی خودمدیریتی ساختار یافته در بیماران مبتلا به کم‌خونی داسی شکل پرداختند که پس از گذشت ۳۶ هفته، سطح خودکارآمدی این بیماران ارتقا یافته بود و

لذا این محققان به کارگیری این برنامه‌ها را در بیماران مزمن توصیه کردند^(۳۲). بالجانی و همکاران نیز در مطالعه‌ی خود ارتقا خودکارآمدی در بیماران نارسانی قلبی را پس از به کارگیری مداخلات ارتقا خودکارآمدی نشان داده‌اند^(۳۳). این درحالی است که Hamnes و همکاران در مطالعه‌ی خود مدیریتی تأثیری بر سطح خودکارآمدی بیماران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا نداشته است و دلایل احتمالی این نتیجه را به کوتاه بودن زمان مطالعه، فشرده بودن برنامه و عدم توجه به نیاز بیماران مرتبط دانسته‌اند^(۳۴). به نظر می‌رسد که در پژوهش حاضر استفاده از برنامه‌ی خودمدیریتی ساختاریافته مبتنی بر مدل ۵ مرحله‌ای، طراحی برنامه‌ها متناسب با نیاز بیماران، تعامل مستمر و موثر بین مراقب و بیماران، مشارکت فعال بیمار در امر مراقبت از خود و تعیین اهداف بر اساس توافق با بیمار از نقاط قوت مداخله به شمار می‌رود.

به طور کلی نتایج حاصل از این پژوهش، بیانگر اثربخش بودن برنامه‌های خودمدیریتی بر ارتقا سطح خودکارآمدی بیماران مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه در کوتاه مدت می‌باشد و افزودن برنامه‌ی خودمدیریتی را به برنامه‌های آموزشی معمول مورد تأکید قرار می‌دهد. در حقیقت خودمدیریتی عاملی مهم در ارتقا وضعیت سلامت بیماران مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه می‌باشد و به کارگیری مداخلات خودمدیریتی مبتنی بر مدل‌های مراقبتی، ارائه‌ی آموزش‌های ساختار یافته و هدفمند، تدوین برنامه‌های آموزشی متناسب با نیاز بیماران، مشارکت دادن بیمار در امر مراقبت می‌تواند منجر به تقویت انگیزه‌ی بیماران جهت تغییر رفتار گردد. لذا مداخلات خودمدیریتی به عنوان روشی کم هزینه، آسان و موثر می‌تواند توسط پرستاران و مراقبین به بیماران مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه در راستای ارتقا سطح خودکارآمدی بیماران مورد استفاده قرار گیرد که در پی آن انتظار می‌رود، شاهد افزایش حس استقلال و توانمندی در بیماران، کاهش مراجعات مکرر به مراکز درمانی و کاهش هزینه‌های

تقدیر و تشکر

لازم به ذکر است که این مقاله برگرفته از پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد پرستاری مصوب دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز به شماره U-۹۲۰۱۵ می باشد و نویسندگان ضمن تشکر از حمایت های مالی معاونت پژوهشی این دانشگاه، مراتب سپاس خود را از کارکنان کلینیک تنفس شهر اهواز و کلیه بیماران و عزیزانی که صبورانه در اجرای این پژوهش ما را همراهی و یاری نمودند اعلام می داریم.

تحلیل شده به خانواده و جامعه باشیم. با توجه به محدودیت زمانی در انجام این مطالعه، در تعمیم یافته ها باید جوانب احتیاط را رعایت نمود و می توان بررسی اثربخشی برنامه های خودمدیریتی را بر سطح خودکارآمدی بیماران مبتلا به COPD در طولانی مدت طی مطالعات آینده پیشنهاد کرد، به علاوه، بررسی اثربخشی استفاده از این مداخلات در سایر بیماری های مزمن در مطالعات آتی توصیه می گردد.

فهرست منابع

1. Polatli M, Bilgin C, Saylan B, Bazlilar S, Toprak E, Ergen H. A cross sectional observational study on the influence of chronic obstructive pulmonary disease on activities of daily living: the COPD life study. *Tuberk Toruks* 2012; 60(1): 1-12.
2. Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, et al. Harrison's principles of medicine: disorders of respiratory system. Translated by Arjmand B. Tehran: arjmand; 17th ed. 2009. P179-97.
3. Trappenburg JC, Koevoets L, de Weert-van Oene GH, Monninkhof EM, Bourbeau J, Troosters T, et al. Action Plan to enhance self-management and early detection of exacerbations in COPD patients; a multicenter RCT. *BMC Pulm Med*. 2009;9(1):1-10.
4. Shavro SA, Ezhilarasu P, Augustine J, Bechtel JJ, Christopher DJ. Correlation of health-related quality of life with other disease severity indices in Indian chronic obstructive pulmonary disease patients. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2012;7(5):291-6.
5. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner&suddarths textbook of medical-surgical nursing. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. P: 686.
6. Bhandari R, Sharma R. Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease: a descriptive study in the mid-western region of Nepal. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2012;7:253-7.
7. Mirbagheri N, Memarian R, Mohamadi E. [Effects of regular walking programme on quality of life of elderly patients with moderate COPD]. *Ofogh Danesh-Gonabad medical science university* 2009; 14(4): 19-26. Persian
8. Blacker L, Jones C, Mooney C: Managing chronic obstructive pulmonary disease: Wiley & Sons, Ltd; 2007. 113-8.
9. Warner J. Strategic plan to address COPD in California. California: American lung association; 2012 november 15. available at: http://action.lung.org/site/Search?q=strategic+plan+to+address+copd+in+California.&btnG=Search&output=xml_no_dtd&client=convio_frontend&sort=date%3AD%3AL%3Ad1&num=10&proxystylesheet=convio_frontend&oe=ISO-88591&ie=ISO88591&ulang=&entqr=3&entqrm=0&ud=1&site=ala
10. Geddes EL, O'Brien K, Reid WD, Brooks D, Crowe J. Inspiratory muscle training in adults with chronic obstructive pulmonary disease: an update of a systematic review. *Respir Med*. 2008;102(12):1715-29.
11. Blinderman CD, Homel P, Billings JA, Tennstedt S, Portenoy RK. Symptom distress and quality of life in patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease. *J Pain Symptom Manage*. 2009; 38(1):115-23.
12. Brandt CL. Study of Older Adults' Use of Self-Regulation for COPD Self-Management Informs An Evidence-Based Patient Teaching Plan. *Rehabil Nurs*. 2013;38(1):11-23.

13. Menn P, Weber N, Holle R. Health-related quality of life in patients with severe COPD hospitalized for exacerbations-comparing EQ-5D, SF-12 and SGRQ. *Health Qual life Outcomes*. 2010;8(1):1-10.
14. Abedi H, Salimi S, Feizi A, Safari Vaghasloo S. [Assessment of Relationship between Self-Efficacy and Self-Care in COPD Patients]. *Journal of Urmia Nursing & Midwifery Faculty*. 2012;10(1): 68-74. Persian
15. Nguyen HQ, Donesky-Cuenco D, Wolpin S, Reinke LF, Benditt JO, Paul SM, et al. Randomized controlled trial of an internet-based versus face-to-face dyspnea self-management program for patients with chronic obstructive pulmonary disease: pilot study. *J Med Internet Res*. 2008;10(2): e9.
16. Nolte S, Elsworth GR, Sinclair AJ, Osborne RH. The extent and breadth of benefits from participating in chronic disease self-management courses: a national patient-reported outcomes survey. *Patient Educ Couns*. 2007;65(3):351-60.
17. Bourbeau J, Van der Palen J. Promoting effective self-management programmes to improve COPD. *Eur Respir J*. 2009;33(3):461-3.
18. Efraimsson EÖ, Hillervik C, Ehrenberg A. Effects of COPD self-care management education at a nurse-led primary health care clinic. *Scand J Caring Sci*. 2008;22(2):178-85.
19. McGeoch GR, Willsman KJ, Dowson CA, Town GI, Frampton CM, McCartin FJ, et al. Self-management plans in the primary care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respirology*. 2006;11(5):611-8.
20. Bourbeau J, Nault D, Dang-Tan T. Self-management and behaviour modification in COPD. *Patient Educ Couns*. 2004;52(3):271-7.
21. Monninkhof E, Van der Valk P, Van der Palen J, Van Herwaarden C, Partridge M, Zielhuis G. Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. *Thorax*. 2003;58(5):394-8.
22. Wigal JK, Creer TL, Kotses H. The COPD Self-Efficacy Scale. *Chest Journal*. 1991;99(5):1193-6.
23. Bentsen SB, Rokne B, Wentzel-Larsen T, Henriksen AH, Wahl AK. The Norwegian version of the chronic obstructive pulmonary disease self-efficacy scale (CSES): a validation and reliability study. *Scand J Caring Sci*. 2010;24(3):600-9.
24. Rice KL, Dewan N, Bloomfield HE, Grill J, Schult TM, Nelson DB, et al. Disease management program for chronic obstructive pulmonary disease: a randomized controlled trial. *Am J Respir Crit Care Med*. 2010;182(7):890-6.
25. Bischoff EW, Akkermans R, Bourbeau J, van Weel C, Vercoulen JH, Schermer TR. Comprehensive self management and routine monitoring in chronic obstructive pulmonary disease patients in general practice: randomised controlled trial. *BMJ*. 2012;345:e7642.
26. Halvani A, Tavakoli M, Safari Kamalabadi M. [Epidemiology of COPD in inpatients]. *Journal of Yazd Shahid Sedoughi medical science university* 2009; 17(2): 3-9. Persian
27. Lomundal BK, Steinsbekk A. Observational studies of a one year self-management program and a two year pulmonary rehabilitation program in patients with COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2007;2(4):617-624.
28. Kheirabadi GR, Keypour M, Attaran N, Bagherian R, Maracy MR. [Effect of add-on" Self management and behavior modification" education on severity of COPD]. *Tanaffos*. 2008;7(3):23-30. Persian
29. Jiang X, He G. Effects of an uncertainty management intervention on uncertainty, anxiety, depression, and quality of life of chronic obstructive pulmonary disease outpatients. *Res Nurs Health*. 2012;35(4):409-18.
30. Bucknall C, Miller G, Lloyd S, Cleland J, McCluskey S, Cotton M, et al. Glasgow supported self-management trial (GSuST) for patients with moderate to severe COPD: randomised controlled trial. *BMJ*. 2012; 344(1): 1-13.
31. Kaşıkçı MK. Using self-efficacy theory to educate a patient with chronic obstructive pulmonary disease: A case study of 1-year follow-up. *Int J Nurs Pract*. 2011;17(1):1-8.
32. Ahmadi M, Jahani S, Poormansouri S, Shariati A, Tabesh H. [The Effectiveness of self management program on quality of life in patients with sickle cell disease]. *Iranian journal of pediatric hematology and oncology*. 2015;5(1):18. Persian

33. Baljani E, Rahimi J, Amanpour E, Salimi S, Parkhashjoo M. [Effects of a nursing intervention on improving self-efficacy and reducing cardiovascular risk factors in patients with cardiovascular diseases]. *Journal of hayat*. 2011;17(1):45-54. Persian
34. Hamnes B, Mowinckel P, Kjekken I, Hagen KB. Effects of a one week multidisciplinary inpatient self-management programme for patients with fibromyalgia: a randomised controlled trial. *BMC Musculoskelet Disord*. 2012;13(1):1-9.

Effect of Self-Management Program on Self-Efficacy in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

*Heidari M.¹ MS

Fayazi S.² MS

Borsi SH.³ PhD

Vafaizadeh M.⁴ BS

Abstract

Background & Aim: Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) has been considered as one of the most common chronic diseases that lead to drop in authority and function in patients, and this has caused significant challenges in the care systems. The aim of this study is to investigate the effect of self-management program on self-efficacy in patients with COPD to find efficient method to improve the patients' health status.

Material & Methods: This randomized clinical trial was performed on 50 COPD patients with moderate and severe grade who have the inclusion criteria. Patients were randomly assigned to control and intervention groups. Intervention group received the self-management program in addition to the regular care based on 5A model. All Patients were assessed by self-efficacy scale questionnaire at the beginning of the intervention and after 3 months. The t-test and chi square was used in SPSS software to analyze the data.

Results: The results show that there was no significant difference between the groups in self-efficacy at first, but there was significant difference after intervention ($P < 0.05$). Also, comparing the self-efficacy difference mean in the groups showed significant difference ($P < 0.05$).

Conclusion: Regarding to the effectiveness of short term self-management program on the improvement of self-efficacy in patients with COPD, use of self-management program in addition to routine practice care is recommended.

Keywords: Self-management, Self-efficacy, Chronic Obstructive Pulmonary Disease.

Received: 23 Jan 2016

Accepted: 20 Apr 2016

¹ Instructor, Department of Medical-Surgical Nursing, Abadan School of Medical Sciences, Abadan, Iran.

(*Corresponding author): Tel: 09378772274 Email: heidari.maryam84@yahoo.com

² Instructor, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

³ Assistant Professor, Department of Internal Medicine, School of Medicine, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

⁴ Student, Bachelor of Laboratory Sciences, Abadan School of Medical Sciences, Abadan, Iran.