

بررسی تأثیر آموزش خود مراقبتی بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به بیماری انسدادی مزمن ریه مراجعه کننده به مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی همدان

افسر امیدی^۱، نگار کاظمی^۲، دکتر مهناز خطیبیان^{۳*}، دکتر منوچهر کرمی^۴

- ۱- مرکز تحقیقات بیماریهای مزمن در منزل، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
- ۲- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
- ۳- مرکز تحقیقات سلامت مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
- ۴- گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

پذیرش: ۱۳۹۴/۶/۳۰

دریافت: ۱۳۹۴/۵/۱۸

چکیده:

مقدمه: بیماری انسدادی مزمن ریه (COPD) یک علت مهم مرگ و میر در جهان بوده و به عنوان یک بیماری ناتوان کننده شناخته می شود. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش خود مراقبتی بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به بیماری انسدادی مزمن ریه انجام شد.

روش کار: در این مطالعه نیمه تجربی ۶۰ نفر از بیماران مبتلا به COPD مراجعه کننده به مراکز آموزشی درمانی بعثت و شهید بهشتی شهر همدان با روش نمونه گیری در دسترس وارد مطالعه شدند و به روش تصادفی در دو گروه کنترل و آزمون قرار گرفتند. ابتدا پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه خودکارآمدی بیماران مبتلا به COPD توسط هر دو گروه آزمون تکمیل گردید. سپس بیماران گروه آزمون در ۳ جلسه ۴۵ دقیقه ای و با فاصله ۳ روز تحت آموزش چهره به چهره قرار گرفتند. بلافاصله و ۱ ماه بعد از اتمام مداخله از بیماران هر دو گروه پس آزمون گرفته شد. داده ها بوسیله نرم افزار SPSS/20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: در گروه آزمون بین قبل و بلافاصله و یک ماه بعد از پایان مداخله تفاوت معناداری در جهت افزایش نمره کل خودکارآمدی مشاهده شد ($P < 0.05$) اما این اختلاف در گروه کنترل معنادار نبود ($P > 0.05$) و شاهد قبل و بلافاصله بعد از مداخله از نظر نمره خودکارآمدی با هم اختلاف آماری معناداری نداشتند ($P > 0.05$) اما یک ماه پس از مداخله بین دو گروه اختلاف معناداری از نظر میانگین نمره کل خودکارآمدی مشاهده شد ($P < 0.05$).

نتیجه نهایی: آموزش خود مراقبتی به بیماران توسط پرسنل بهداشتی و درمانی می تواند به عنوان یک روش کم هزینه و مؤثر باعث افزایش خودکارآمدی و ارتقاء سطح سلامت بیماران شود.

کلیدواژه ها: آموزش بیمار / بیماری انسدادی مزمن ریه / خودکارآمدی / خود مراقبتی

*نویسنده مسئول: دکتر مهناز خطیبیان؛ مرکز تحقیقات سلامت مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

Email: mahnaz.khatiban@gmail.com

مقدمه:

بیماری انسدادی مزمن ریه (COPD) یکی از شایع ترین بیماری های مزمن می باشد که به صورت پیشرونده بوده و با محدودیت راه هوایی بدون برگشت کامل مشخص می شود و دربرگیرنده دو بیماری برونشیت مزمن و آمفیزم می باشد (۱). امروزه COPD یک مشکل عمده سلامتی و علت اصلی ناتوانی در افراد بالای ۴۰ سال و سالمندان محسوب می شود. این بیماری یک وضعیت شایع و ناتوان کننده بوده و به عنوان چهارمین علت مرگ و میر در دنیا شناخته شده است (۲). تخمین زده می شود که در سال ۲۰۲۰ این بیماری پس از افسردگی، تصادفات و بیماری های عروق مغزی پنجمین بیماری ناتوان کننده خواهد شد و از نظر هزینه های پزشکی در رتبه پنجم قرار می گیرد (۳). بر اساس آمار موجود در داخل کشور، به طورمتوسط ۱۰٪ مردم ایران مبتلا به COPD هستند که البته این میزان در جوامع مختلف با شرایط آب و هوایی متفاوت در محدوده ی ۱-۴۰٪ در نوسان می باشد (۴). عوامل محیطی و ژنتیکی مانند استعمال و استنشاق دود دخانیات، آلودگی هوا، سن بالا، عوامل شغلی و آنزیم آلفا یک آنتی تریپسین (*Alpha-1 antitrypsin*) در بروز COPD دخالت دارند (۵، ۶). بیماران مبتلا به COPD از مشکلات بسیاری رنج می برند که از این جمله میتوان به تنگی نفس، عدم تحمل فعالیت، عدم تمیز بودن راه هوایی، نداشتن الگوی تنفسی مؤثر، سرفه و خلط، انزوای اجتماعی و افسردگی اشاره نمود (۷). به علت ماهیت ناتوان کننده COPD، هزینه هایی که به طور مستقیم (هزینه های ناشی از مراقبت های درمانی) یا غیر مستقیم (هزینه هایی که در نتیجه غیبت از کار به خانواده و جامعه تحمیل می شود) صرف این بیماری می شود، بار اقتصادی اجتماعی فراوانی بر فرد و سیستم بهداشتی درمانی وارد می کند (۸). همچنین کمبود امکانات بهداشتی- درمانی و در دسترس نبودن این امکانات برای همه از جمله دلایلی هستند که سبب توجه ویژه به این بیماران شده است (۹). بر اساس مطالعات اخیر، بیماران مبتلا به COPD به علت عود مکرر علائم، نیاز به برنامه های خودمراقبتی دارند که بتوانند در فعالیت ها و رفتارهای مراقبت از خود از جمله مصرف منظم داروها و پیگیری منظم

بیماری مشارکت داشته باشند و از این طریق بر آسایش، توانایی های عملکردی و فرآیندهای بیماری خود تأثیرگذار باشند (۱۱، ۱۰). خودمراقبتی به فعالیت هایی گفته می شود که افراد برای ارتقاء سلامتی، پیشگیری از بیماری، محدود کردن بیماری و حفظ سلامت خود انجام می دهند (۱۲). عدم آگاهی افراد مبتلا به بیماری مزمن از چگونگی خودمراقبتی یکی از دلایل بستری شدن مجدد آن ها در بیمارستان است که آموزش می تواند از این امر جلوگیری کند (۱۳). همچنین آموزش خودمراقبتی به بیمار باعث بهبود کیفیت زندگی، اطمینان از تداوم مراقبت، کاهش اضطراب بیمار، کاهش بروز عوارض بیماری، افزایش مشارکت در برنامه های مراقبت، افزایش استقلال بیمار در انجام فعالیت های روزمره و کاهش هزینه ها می شود (۱). یکی از مفاهیمی که بعد وسیعتری از خودمراقبتی داشته و در بیماران مبتلا به COPD مطرح است، مفهوم خودکارآمدی است. خودکارآمدی یکی از متغیرهایی است که نتایج مطالعات نشان داده در تعدیل رفتارهای مرتبط با سلامتی بیماران مبتلا به COPD مؤثر است و با خودمراقبتی رابطه مستقیم دارد (۱۴). عابدی و همکاران در مطالعه ای نشان دادند که بین برنامه های خودمراقبتی و خودکارآمدی در بیماران مبتلا به COPD ارتباط مثبتی وجود دارد، به طوری که با افزایش رفتارهای خودمراقبتی، خودکارآمدی بیماران افزایش می یابد (۱۵). بنابر نظر بندورا، خودکارآمدی توان سازنده ای است که بدان وسیله مهارت های شناختی، اجتماعی، عاطفی و رفتاری انسان برای تحقق اهداف مختلف به گونه ای اثر بخش سازماندهی می شود (۱۶). خودکارآمدی، اعتماد شخص در توانایی انجام دادن رفتارهای خاص در موقعیت های خاص است و در روند درمان بیماریهای مزمن، بالا بردن خودکارآمدی اهمیت زیادی دارد (۱۷). امروزه نقش خودکارآمدی در شروع و تداوم رفتارهای بهداشتی در بیماری های مزمن از جمله بیماری های قلبی و عروقی (۱۸)، دیابت (۲۰، ۱۹)، آسم (۲۱) و COPD (۲۲) توسط بسیاری از محققان گزارش شده است. همچنین تأثیر آموزش خودمراقبتی بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به COPD در بعضی مطالعات مؤثر نشان داده شده است، با این وجود نتایج مطالعات در این زمینه ضد و

بیماری انسدادی مزمن ریه که به تأیید پزشک متخصص رسیده باشد، عدم سابقه شرکت در آموزش های رسمی مانند کارگاه های آموزشی و پژوهشی در مورد بیماری انسدادی مزمن ریه، داشتن سابقه بیش از یک سال ابتلا به بیماری انسدادی مزمن ریه، و داشتن سواد خواندن و نوشتن بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: خروج بیمار به هر دلیل طی انجام مطالعه مانند فوت، نقل مکان بود. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه خودکارآمدی بیماری انسدادی مزمن ریه (*COPD Self-Efficacy Scale*) بود و یک فرم نیازسنجی محقق ساخته بود. فرم نیازسنجی، پرسشنامه ای محقق ساخته ۴۱ سؤالی در سه حیطه شناختی و عاطفی و عملکردی جهت بررسی نیازهای آموزشی بیماران بود، این فرم شامل سوالاتی کوتاه و باز پاسخ در زمینه بررسی سطح آگاهی و نگرش مددجو نسبت به بیماری، سطح مهارت و عملکرد بیمار، علائم بیماری و بررسی تمایل بیمار جهت آموزش خود مراقبتی بود. به منظور تعیین روایی پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه خودکارآمدی و فرم نیازسنجی خود مراقبتی از روش روایی محتوی استفاده شد بدین ترتیب که پس از تدوین پرسشنامه و چک لیست با استفاده از مطالعه کتب و مقالات علمی و نظرات اساتید راهنما و مشاور در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان قرار گرفت و نظرات و پیشنهادهای آنان در تهیه ی نسخه نهایی اعمال و مورد تأیید آنان قرار گرفت. پرسشنامه خودکارآمدی حاوی ۳۴ سؤال و ۵ سازه می باشد که شامل: سازه اثر منفی (۱۲ سؤال)، سازه برانگیختگی عاطفی شدید (۸ سؤال)، سازه فعالیت فیزیکی (۵ سؤال)، سازه آب وهوا / محیط زیست (۶ سؤال) و سازه ریسک فاکتورهای رفتاری (۳ سؤال) است. این ابزار براساس مقیاس لیکرت ۵ رتبه ای نمره گذاری شده است و نمره هر سؤال در محدوده ۱ (اصلاً مطمئن نیستم) تا ۵ (کاملاً مطمئن هستم) می باشد. بنابراین مجموع نمرات بین ۳۴ تا ۱۷۰ می باشد. نمرات بالاتر خودکارآمدی بالاتر را نشان می دهد.

در ایران روایی پرسشنامه خودکارآمدی مبتلایان به بیماری انسدادی مزمن ریه، توسط عابدی و همکاران ۱۳۹۲ در دانشگاه آزاد اصفهان واحد

نقیض می باشد. نتایج مطالعه صورت گرفته در ترکیه و کره جنوبی نشان می دهد که آموزش خودمراقبتی موجب ارتقای خودکارآمدی بیماران *COPD* می شود (۲۳،۲۴). نتایج مطالعه خوش کشت بر روی بیماران *COPD* شهر تهران در سال ۱۳۹۰، نشان داد که اختلاف معناداری بین نمرات خودکارآمدی و تمام مقیاس هاس آن بعد از آموزش خودمراقبتی وجود داشت (۲۵). باوجود این، در مطالعه صورت گرفته توسط کارلی در آمریکا آموزش خودمراقبتی بر خودکارآمدی بیماران موثر گذاشته نشده است و پژوهشگران انجام مطالعات بیشتر را پیشنهاد داده اند (۲۶). با توجه به اینکه در روند درمان بیماری های مزمن بالا بردن خودکارآمدی اهمیت به سزایی دارد و به دلیل شیوع بالا و سیر مزمن بیماری *COPD* و تأثیر عوامل آموزشی در توسعه و رشد خودمراقبتی و خودکارآمدی بیماران، محقق بر آن شد تا مطالعه ای در راستای تأثیر آموزش خودمراقبتی بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به بیماری انسدادی مزمن ریه مراجعه کننده به مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی همدان انجام دهد.

روش کار:

این مطالعه تجربی با طرح قبل و بعد از مداخله است و جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به بیماری انسدادی مزمن ریه مراجعه کننده به درمانگاهها و بخشهای ریه مراکز آموزشی درمانی بعثت و شهید بهشتی همدان در سال ۱۳۹۳ تشکیل بود. تعداد نمونه بر اساس مطالعه مشابه کارا و همکاران (۲۳) و با استفاده از فرمول محاسبه حجم نمونه برای تعیین اختلاف نمرات خودکارآمدی بین گروه مداخله و گروه کنترل و همچنین سازه های خودکارآمدی، قبل و بعد از مداخله و در فاصله یک ماه بعد از مداخله و با در نظر گرفتن $\alpha = 0/05$ و $\beta = 0/1$ و استفاده از فرمول:

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_1 - \beta)^2 (S_1^2 + S_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

اندازه نمونه نهایی برابر با ۳۰ نمونه در هر گروه تعیین گردید. افراد مورد مطالعه با توجه به شرایط ورود به مطالعه، ابتدا طبق نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی با استفاده از روش بلوکهای جایگشتی در دو گروه آزمون (۳۰ نفر) و کنترل (۳۰ نفر) قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: شرایط ابتلای افراد به

تدوین شده در این پژوهش در اختیار آنان قرار داده شد.

همچنین از آنجایی که متغیر پاسخ در این مطالعه کمی می باشد، برای تحلیل داده ها از آزمون های آنالیز واریانس با اندازه های تکراری، t -زوجی و مستقل و کای دو استفاده شد. لازم به ذکر است برای بررسی برقرار بودن پیش فرض های مربوط به آزمون های پارامتری مورد استفاده از آزمون های موخلی و کلموگروف-اسمیرنوف استفاده شده است. همچنین سطح معنی دار در تمامی آزمون های آماری کمتر از $0/05$ در نظر گرفته شد. داده ها بوسیله نرم افزار SPSS/20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها:

یافته های حاصل از مطالعه حاضر نشان داد که اکثر بیماران مورد بررسی در گروه کنترل و آزمون ($60/0$) مرد بودند. میانگین و انحراف معیار سن بیماران در گروه کنترل $66/3 \pm 12/7$ و در گروه آزمون $62/2 \pm 12/1$ سال بود. اکثر بیماران شرکت کننده در گروه کنترل ($83/3$) و آزمون ($86/7$) متاهل بودند. در هر دو گروه کنترل ($66/7$) و آزمون ($73/3$) اکثر بیماران تحصیلات ابتدائی داشتند. کلیه افراد تحت پوشش بیمه درمانی بودند و اکثریت بیماران بیمه تکمیلی نداشتند ($75/0$). نتیجه آزمون کای دو نشان داد که بین وضعیت تأهل افراد، میانگین سن، میزان تحصیلات سایر متغیر های دموگرافیک در هر دو گروه اختلاف معنی داری وجود ندارد ($P > 0/05$) لذا افراد هر دو گروه همسان بوده اند (جدول ۱).

اکثر بیماران مورد بررسی ($76/7$) سابقه مصرف سیگار و $36/7$ ٪ سابقه مصرف مواد مخدر داشتند. همگی بیماران مورد بررسی سابقه بستری در بیمارستان را داشتند و شدت بیماری در اکثریت آنها ($41/7$ ٪) متوسط و فقط در 10 ٪ آنها بیماری خیلی شدید بود.

برای بررسی همگنی داده ها در دو گروه از آزمون تی دو نمونه مستقل استفاده شده است که، نتیجه این آزمون آماری برای مقایسه دو گروه قبل از اجرای مداخله نشان می دهد که اختلاف میانگین نمره خودکارآمدی کل و سازه های آن در هر دو گروه آزمون و کنترل قبل از مداخله از نظر آماری تفاوت معنی داری ندارد ($P > 0/05$).

خوراسگان تأیید شده است و پایایی آن بوسیله ضریب آلفای کرونباخ $0/89$ گزارش شده است ($15,16$). در مطالعه حاضر، اعتبار محتوای پرسشنامه خودکارآمدی مبتلایان به بیماری انسدادی مزمن ریه با نظر جمعی از اساتید هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی همدان تعیین شد. همچنین پایایی پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ $0/85$ مورد تأیید قرار گرفت.

پس از کسب معرفی نامه کتبی و اخذ مجوز لازم از مسئولین ذیربط و تبیین اهداف پژوهش برای واحدهای پژوهش و کسب رضایت کتبی از آنها برای شرکت در پژوهش، و اطمینان کافی به بیماران در مورد گمنام بودن و حفظ اسرار و رعایت حریم آنان، ابتدا پرسشنامه ها جهت جمع آوری داده های اولیه به بیماران داده شد. سپس با استفاده از فرم نیاز سنجی، نیاز های آموزشی گروه آزمون تعیین شد و محتوای برنامه آموزشی بر اساس نیازسنجی انجام شده از منابع پرستاری و پزشکی گردآوری و طراحی گردید. سپس بر حسب نیاز های استخراج شده و بر اساس تاریخ مراجعه بیماران جهت ویزیت ماهیانه، بیماران به ۳ گروه ۱۰ نفره تقسیم شدند. بیماران هر گروه طی ۳ جلسه ۴۵ دقیقه ای که فاصله هر جلسه با هم ۳ روز بود تحت آموزش بصورت چهره به چهره توسط پژوهشگر قرار گرفتند. اولین جلسه مداخله آموزشی با محتوای آموزشی شامل: آناتومی و فیزیولوژی ریه، توصیف بیماری، درمان بیماری بود. جلسه دوم در مورد چگونگی رعایت رژیم غذایی مناسب، نوع غذای مصرفی، چگونگی رعایت رژیم دارویی تجویز شده، فعالیت روزمره، ورزش و فعالیت فیزیکی، حذف عادات مضر مثل سیگار کشیدن، مشاوره و صحبت با دوستان، برخورداری از حمایت خانوادگی و غیرخانوادگی و جلسه سوم یا آخر مهارت های چگونگی استفاده از دستگاه اکسیژن و اسپری های تنفسی و تکرار موضوعات جلسه اول و دوم و به صورت پرسش و پاسخ بود. در پایان کتابچه های آموزشی در اختیار بیماران قرار داده شد. بلافاصله و یک ماه بعد از آخرین جلسه مجدداً برای بیماران هر دو گروه پرسشنامه تکمیل گردید. بیماران گروه کنترل فقط مراقبت های روتین را دریافت کردند. همچنین برای ملاحظات اخلاقی، در انتهای مطالعه کتابچه آموزشی

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی بیماران مورد مطالعه مراجعه کننده به مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی همدان در سال ۱۳۹۳ بر حسب مشخصات دموگرافیک

P-value	کل	گروه آزمون	گروه کنترل	سطوح متغیر	متغیرها
					جنسیت
					مرد
۱/۰۰۰	۳۶ (۶۰)	۱۸ (۶۰)	۱۸ (۶۰)		زن
	۲۴ (۴۰)	۱۲ (۴۰)	۱۲ (۴۰)		وضعیت تاهل
					مجرد
۰/۶۱۸	۹ (۱۵)	۴ (۱۳/۳)	۵ (۱۶/۷)		متاهل
	۵۱ (۸۵)	۲۶ (۸۶/۷)	۲۵ (۸۳/۳)		میزان تحصیلات
					ابتدایی
۰/۴۱۵	۴۲ (۷۰)	۲۲ (۷۳/۳)	۲۰ (۶۶/۷)		راهنمایی
	۱۲ (۲۰)	۵ (۱۶/۷)	۷ (۲۳/۳)		دیپلم و بالاتر
	۶ (۱۰)	۳ (۱۰)	۳ (۱۰)		شغل
					آزاد
۰/۵۲۱	۱۱ (۱۸/۳)	۴ (۱۳/۳)	۷ (۲۳/۳)		خانه دار
	۲۷ (۴۵)	۱۵ (۵۰)	۱۲ (۴۰)		بازنشسته
	۱۱ (۱۸/۳)	۵ (۱۶/۷)	۶ (۲۰)		کشاورز
	۱۱ (۱۸/۳)	۶ (۲۰)	۵ (۱۶/۷)		محل سکونت
۰/۰۶۲	۳۳ (۵۵)	۲۰ (۶۶/۷)	۱۳ (۴۳/۳)		شهر
	۲۷ (۴۵)	۱۰ (۳۳/۳)	۱۷ (۵۳/۷)		روستا
					نوع محل سکونت
۰/۴۱۲	۵۲ (۸۶/۷)	۲۷ (۹۰)	۲۵ (۸۳/۳)		شخصی
	۸ (۱۳/۳)	۳ (۱۰)	۵ (۱۶/۷)		استیجاری
					رضایت از درآمد
۰/۱۱۱	۳۷ (۶۱/۶)	۱۵ (۵۰)	۲۲ (۷۳/۳)		کم
	۲۳ (۳۸/۴)	۱۵ (۵۰)	۸ (۲۶/۷)		متوسط
					استفاده از بیمه
-	۶۰ (۱۰۰)	۳۰ (۱۰۰)	۳۰ (۱۰۰)		بلی
	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)		خیر
					نوع بیمه
۰/۱۲۵	۳۰ (۵۰)	۱۸ (۶۰)	۱۲ (۴۰)	تامین اجتماعی و خدمات درمانی	روستایی
	۲۲ (۳۶/۷)	۸ (۲۶/۷)	۱۴ (۴۶/۷)		سایر موارد
	۸ (۱۳/۳)	۴ (۱۳/۳)	۴ (۱۳/۳)		بیمه تکمیلی
۰/۳۱۱	۱۵ (۲۵)	۱۰ (۳۳/۳)	۵ (۱۶/۷)		بلی
	۴۵ (۷۵)	۲۰ (۶۶/۷)	۲۵ (۸۳/۳)		خیر

جدول ۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره خودکارآمدی و سازه های آن قبل از مداخله، بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله در بیماران گروه کنترل

P-value	انحراف معیار ± میانگین		P-value	انحراف معیار ± میانگین		مرحله متغیر
	یک ماه بعد از	بلافاصله بعد از		بلافاصله بعد از	قبل از مداخله	
	مداخله	مداخله		مداخله	مداخله	
۰/۹۷	۸۱/۸۹ ± ۱۶/۱۹	۸۲ ± ۱۵/۷	۰/۸۹	۸۲ ± ۱۵/۷	۸۲/۵ ± ۱۴/۹	خودکارآمدی
۰/۸۶	۳۰/۵۰ ± ۶/۱۰	۳۰/۲۳ ± ۶/۰۴	۰/۷۵	۳۰/۲۳ ± ۶/۰۴	۳۰/۷ ± ۵/۶	سازه اثر منفی
۰/۲۵	۱۸/۲۵ ± ۴/۹۰	۱۹/۶۸ ± ۴/۸	۰/۹۸	۱۹/۶۸ ± ۴/۸	۱۹/۷ ± ۵/۰۵	سازه برانگیختگی عاطفی شدید
۰/۸۸	۱۱ ± ۳/۸۰	۱۰/۸۶ ± ۳/۸	۰/۹۶	۱۰/۸۶ ± ۳/۸	۱۰/۹ ± ۳/۶	سازه فعالیت فیزیکی
۰/۷۵	۱۳/۵۴ ± ۳/۰۰	۱۳/۲۹ ± ۳/۳	۰/۸۰	۱۳/۲۹ ± ۳/۳	۱۳/۵ ± ۳/۲	سازه آب و هوا / محیط زیست
۰/۹۲	۷/۵۹ ± ۲/۶۱	۷/۵۳ ± ۲/۴	۰/۹۱	۷/۵۳ ± ۲/۴	۷/۶ ± ۲/۴	سازه ریسک فاکتورهای رفتاری

میانگین نمره کل خودکارآمدی در گروه آزمون از $۸۳/۳ \pm ۱۸/۶$ به $۹۲/۱ \pm ۲۲/۳$ بلافاصله بعد از آموزش و $۹۷/۶ \pm ۱۹/۶$ یک ماه بعد از آموزش افزایش یافت و میانگین و انحراف معیار نمره خودکارآمدی در مقایسه بین قبل از مداخله، بلافاصله و یک ماه پس از پایان مداخله اختلاف معناداری نشان می‌دهد ($P < ۰/۰۵$) و این درحالیست که در گروه کنترل میانگین نمره خودکارآمدی از $۸۲/۵ \pm ۱۴/۹$ قبل از مداخله به $۸۲ \pm ۱۵/۷$ بلافاصله از پایان مداخله و $۸۱/۸۹ \pm ۱۶/۱۹$ یک ماه پس از مداخله رسید و میانگین و انحراف معیار نمره خودکارآمدی در گروه کنترل در مقایسه بین قبل از مداخله، بلافاصله و یک ماه پس از پایان مداخله اختلاف آماری معناداری نشان نمی‌دهد ($P > ۰/۰۵$) (جدول ۴).

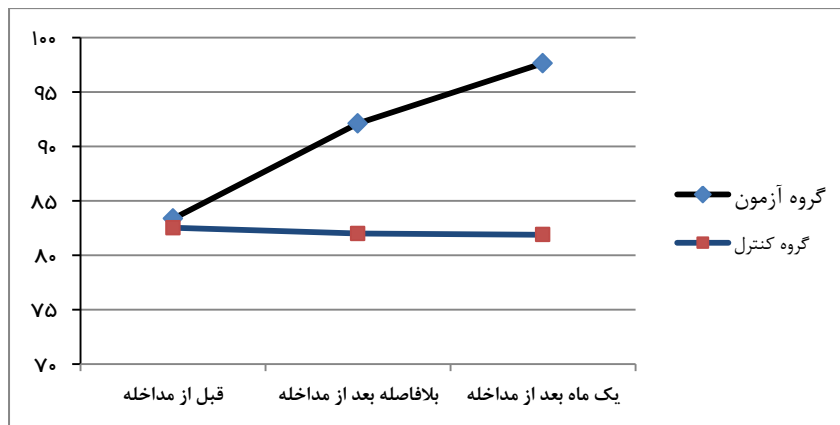
نتیجه آزمون تی زوجی که جهت بررسی هریک از سازه های خودکارآمدی (مقیاس اثر منفی، مقیاس برانگیختگی عاطفی شدید، مقیاس آب و هوا / محیط زیست، مقیاس ریسک فاکتورهای رفتاری) در مقایسات زوجی زمان ها نشان می‌دهد بین میزان خودکارآمدی قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل اختلاف آماری معنی دار وجود ندارد ($P > ۰/۰۵$) (جدول ۲). همین تحلیل برای گروه مداخله انجام شده است و در جدول ۳ نشان داده شده است که بیانگر آن است که درصد تغییر میزان خودکارآمدی و سازه های آن در گروه آزمون بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله در جهت افزایش میزان خودکارآمدی بوده به طوری که میزان این افزایش معنی دار بوده است ($P < ۰/۰۵$) (جدول ۳).

جدول ۳: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره خودکارآمدی و سازه های آن قبل از مداخله، بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله در بیماران گروه آزمون

متغیر	مرحله	انحراف معیار \pm میانگین		<i>P-value</i>	انحراف معیار \pm میانگین		<i>P-value</i>
		قبل از مداخله	بلافاصله بعد از مداخله		یک ماه بعد از مداخله	بلافاصله بعد از مداخله	
خودکارآمدی کل		۸۳/۳ \pm ۱۸/۶	۹۲/۱ \pm ۲۲/۳	< .۰/۰۰۱	۹۲/۱ \pm ۲۲/۳	۹۷/۶ \pm ۱۹/۶	< .۰/۰۰۱
سازه اثر منفی		۲۹/۷ \pm ۷/۱	۳۲/۸ \pm ۸/۲	< .۰/۰۰۱	۳۲/۸ \pm ۸/۲	۳۴/۷ \pm ۷/۴	< .۰/۰۰۱
سازه برانگیختگی عاطفی شدید		۲۰/۶ \pm ۵	۲۲/۶ \pm ۵/۷	< .۰/۰۰۱	۲۲/۶ \pm ۵/۷	۲۳/۹ \pm ۵/۳	< .۰/۰۰۱
سازه فعالیت فیزیکی		۱۱/۹ \pm ۳/۶	۱۳/۲ \pm ۴/۲	< .۰/۰۰۱	۱۳/۲ \pm ۴/۲	۱۴/۰۳ \pm ۳/۸	< .۰/۰۰۱
سازه آب و هوا / محیط زیست		۱۳/۹ \pm ۴/۲	۱۵/۵ \pm ۴/۵	< .۰/۰۰۱	۱۵/۵ \pm ۴/۵	۱۶/۵ \pm ۴/۱	< .۰/۰۰۱
سازه ریسک فاکتورهای رفتاری		۷/۱ \pm ۲/۲	۷/۲۵ \pm ۲/۴	< .۰/۰۰۱	۷/۲۵ \pm ۲/۴	۸/۴ \pm ۲/۲	< .۰/۰۰۱

جدول ۴: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره خودکارآمدی و سازه های آن قبل، بلافاصله و ۱ ماه بعد از مداخله در بیماران گروه کنترل و آزمون

<i>P-value</i> (<i>RM-ANOVA</i>)	انحراف معیار \pm میانگین			تعداد	گروه های مورد مطالعه	متغیر
	یک ماه بعد از مداخله	بلافاصله بعد از مداخله	قبل از مداخله			
۰/۰۰۱	۹۷/۶۳ \pm ۱۹/۶۴	۹۲/۱۰ \pm ۲۲/۳۳	۸۳/۳۶ \pm ۱۸/۶۹	۳۰	آزمون	خودکارآمدی
۰/۰۶۸	۸۱/۸۹ \pm ۱۶/۱۹	۸۲/۰۰ \pm ۱۵/۷۰	۸۲/۵۳ \pm ۱۴/۹۵	۳۰	کنترل	
	۰/۰۰۱	۰/۲۵۱	۰/۸۴۹		<i>t</i> مستقل	
۰/۰۰۱	۳۴/۷۳ \pm ۷/۴۷	۳۲/۸۶ \pm ۸/۲۱	۲۹/۷۳ \pm ۷/۱۷	۳۰	آزمون	سازه اثر منفی
۰/۰۵۱	۳۰/۵۰ \pm ۶/۱۰	۳۰/۲۳ \pm ۶/۰۴	۳۰/۷ \pm ۵/۶	۳۰	کنترل	
	۰/۰۰۱	۰/۱۲۳	۰/۵۶۵		<i>t</i> مستقل	
۰/۰۰۱	۲۳/۹۶ \pm ۵/۳۱	۲۲/۶۶ \pm ۵/۷۶	۲۰/۶۶ \pm ۵/۰۰	۳۰	آزمون	سازه برانگیختگی عاطفی شدید
۰/۰۶۰	۱۸/۲۵ \pm ۴/۹۰	۱۹/۶۸ \pm ۴/۸۰	۱۹/۷۳ \pm ۵/۰۵	۳۰	کنترل	
	۰/۰۰۱	۰/۱۵۴	۰/۴۷۵		<i>t</i> مستقل	
۰/۰۰۱	۱۴/۰۳ \pm ۳/۸۳	۱۳/۲۰ \pm ۴/۲۷	۱۱/۹۰ \pm ۳/۶۲	۳۰	آزمون	سازه فعالیت فیزیکی
۰/۱۲۰	۱۱ \pm ۳/۸۰	۱۰/۸۶ \pm ۳/۸۰	۱۰/۹۳ \pm ۳/۶۱	۳۰	کنترل	
	۰/۰۰۱	۰/۵۶۳	۰/۳۰۵		<i>t</i> مستقل	
۰/۰۰۱	۱۶/۵۰ \pm ۴/۱۳	۱۵/۵۰ \pm ۴/۵۹	۱۳/۹۶ \pm ۴/۲۳	۳۰	آزمون	سازه آب و هوا / محیط زیست
۰/۱۲۳	۱۳/۵۴ \pm ۳/۰۰	۱۳/۲۹ \pm ۳/۳۲	۱۳/۵۶ \pm ۳/۲۷	۳۰	کنترل	
	۰/۰۰۱	۰/۹۲۷	۰/۶۸۴		<i>t</i> مستقل	
۰/۰۰۱	۸/۴۰ \pm ۲/۲۸	۷/۲۵ \pm ۲/۴۴	۷/۱۰ \pm ۲/۲۶	۳۰	آزمون	سازه ریسک فاکتورهای رفتاری
۰/۳۲۲	۷/۵۹ \pm ۲/۶۱	۷/۵۳ \pm ۲/۴۴	۷/۶۰ \pm ۲/۴۱	۳۰	کنترل	
	۰/۰۰۱	۰/۳۱۵	۰/۴۱۲		<i>t</i> مستقل	



نمودار ۱: میانگین خودکارآمدی قبل، بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله در بیماران گروه کنترل و آزمون

بحث:

این مطالعه نشان داد که آموزش خود مراقبتی موجب ارتقای خودکارآمدی بیماران مبتلا به بیماری انسدادی مزمن ریه می شود.

آموزش اصول مراقبت از خود به شخص در تطابق با بیماری و هماهنگ شدن با درمان های تجویز شده و یادگیری حل مشکلات در رویارویی با شرایط جدید کمک می کند عدم آگاهی فرد مبتلا به بیماری مزمن در مورد چگونگی مراقبت از خود یکی از دلایل بستری شدن مجدد در بیمارستان می شود و اگر بتوان با صرف زمان برای آموزش به بیمار، قسمتی از مسئولیت را برعهده ی وی و خانواده محول کرد زمان و اشغال تخت های بیمارستانی کاهش یافته و بهبود نسبی بیمار فراهم می شود (۲۷) بالجانی و همکاران در مطالعه ای تحت عنوان تأثیر آموزش در ارتقاء خودکارآمدی بیماران قلبی عروقی به این نتیجه رسیدند که آموزش در ارتقای خودکارآمدی موثر می باشد و به نظر می رسد این روش برای متقاعد کردن بیماران و پایبندی به رژیم های دارویی بسیار مناسب باشد (۱۸).

مقایسه میانگین نمره خودکارآمدی و سازه های آن (اثر منفی، ریسک فاکتورهای رفتاری، برانگیختگی عاطفی، فعالیت فیزیکی، آب و هوا/ محیط زیست) در گروه آزمون در مقایسه با گروه کنترل، بلافاصله بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله بیشتر شده است که این افزایش از نظر آماری معنادار بود. نتایج مطالعه کارا (Kara) و همکاران نشان داد که میانگین نمره خودکارآمدی و تمام سازه های بعد از مداخله در گروه آزمون نسبت به قبل از مداخله افزایش داشته است که این افزایش معنادار بود. اما

در گروه کنترل تنها بین نمرات قبل و بلافاصله بعد از مداخله، در نمره خودکارآمدی کل و سویه های برانگیختگی عاطفی شدید، فعالیت فیزیکی و آب و هوا / محیط زیست اختلاف معناداری مشاهده شد و در سازه های تأثیر منفی و ریسک فاکتورهای رفتاری این اختلاف معنادار نبود. علت این تفاوت را می توان به متفاوت بودن مراقبت های روتین با مراقبت های معمولی نسبت داد (۲۳). در مطالعه ای دیگر که بوسیله پرسشنامه مشابه با پژوهش حاضر در کالیفرنیا توسط دویس (Davis) و همکاران انجام شد، اختلاف معناداری در نمره کل خودکارآمدی و تمام سازه های آن در گروه آزمون بین نمرات قبل و بعد از مداخله وجود نداشت (۲۸).

براساس یافته ها، یک ماه بعد از مداخله، نمرات خودکارآمدی در گروه آزمون در مقایسه با گروه کنترل افزایش یافته به طوری که اختلاف میانگین نمرات خودکارآمدی بین دو گروه در یک ماه بعد از آموزش معنادار بود. که همسو با مطالعه کارا (Kara) می باشد در این مطالعه در گروه آزمون، بین نمرات قبل و یک ماه بعد از مداخله در خودکارآمدی کل و تمام سازه های آن اختلاف معناداری دیده شد همچنین در گروه کنترل اختلاف نمرات قبل و یک ماه بعد از مداخله در خودکارآمدی کل و سازه های آب و هوا/ محیط زیست و ریسک فاکتورهای رفتاری معنادار شد و در سازه های تأثیر منفی، برانگیختگی عاطفی شدید و فعالیت فیزیکی این اختلاف معنادار نبود (۲۳).

در مطالعه کارگر که به منظور تأثیر آموزش پیشگیری از پوکی استخوان بر خودکارآمدی نوجوانان مبتلا به

پرسشنامه ها و مدت زمان پس از آزمون را ذکر کرد که در پژوهش ذکر شده از پرسشنامه موانع خودکارآمدی بیماران مبتلا به COPD استفاده شده و پس از آزمون، چهار ماه بعد از مداخله بوده است. (۲۶)

در مطالعه دیگری که توسط میچ (Mich) و همکاران تحت عنوان تأثیر آموزش خود مراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن قلب انجام گرفت نتایج نشان داد که رفتارهای مراقبت از خود به تدریج ۱ و ۲ و ۳ ماه بعد از اجرای مداخله آموزشی در گروه آزمون بهتر شده بود به طوری که ۳ ماه پس از اجرای آموزش بیماران گروه آزمون نسبت به بیماران گروه شاهد دارای کیفیت زندگی بهتری شده بودند (۳۱) به نظر می رسد هدف مهم در امر آموزش ایجاد رفتارهای بهداشتی، درست و ماندگار است و این تداوم مراقبت است که برای بیمار ارزشمند است (۳۲). اگر فعالیت های مربوط به مراقبت از خود با روش های آموزشی فعال و با شناخت نگرش ها و عقاید بیمار و با فراهم کردن محیطی مساعد با ایجاد اعتقاد و اطمینان و راحتی برای مددجو اجرا شود می تواند در جهت ارتقای رفتارهای مطلوب بهداشتی نقش مؤثری را ایفا نماید. از طرفی دیگر ارائه مطالب به صورت قابل فهم و براساس نیازهای فردی و با استفاده از آموزش همراه با پرسش و پاسخ کوتاه می تواند در دستیابی به نتایج بهتر مفید واقع گردد و از همه مهم تر در تداوم رفتارهای بهداشتی مؤثر باشد براساس مطالعه گاردتو (Gardeto) مراقبت صحیح از خود تا اندازه زیادی، عود مکرر بیماری و تعداد دفعات بستری را کاهش می دهد و همین امر سبب افزایش کیفیت زندگی و کاهش هزینه های زندگی می شود. با توجه به موارد فوق به نظر می رسد که آموزش با تمرکز مراقبت از خود این امکان را فراهم می کند که بیماران بهترین وضعیت را با کمترین عوارض روی زندگیشان برای خود بسازند و آگاهی از توانایی های موجود منجر به امید بیشتر به آینده، افزایش اعتماد به نفس و عدم انزوا شود (۳۳).

همچنین مطالعات دیگر نشان داده اند که آموزش باعث افزایش خودکارآمدی، بهبود فعالیت عملکردی و کاهش تعداد دفعات مراجعه مجدد بیماران به بیمارستان (۲۳)، افزایش اطمینان بیماران دیابتی در مورد بیماری و کنترل قند خون (۳۴) و کاهش استرس می شود (۳۵). در مطالعه صورت گرفته توسط استلفسون (Stellefson) و همکاران در

سندرم نفروتیک در سال ۱۳۹۰ در شهر شیراز انجام شد، میانگین نمره خودکارآمدی بعد از یکماه در بیماران گروه آزمون کاهش یافت که این امر می تواند نشان دهنده ی کاهش پایداری خودکارآمدی باشد و این مسئله را مشخص می کند که جهت افزایش پایداری خودکارآمدی لازم است که مطالب به طور مکرر تکرار گرد که لزوم آموزش و پیگیری مداوم توسط مربیان بهداشت را ضروری می سازد (۲۹).

در مطالعه صورت گرفته توسط ونگ (Vong) و همکاران در مورد تأثیر آموزش از طریق پیگیری تلفنی بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به COPD، بین میانگین نمرات قبل و یک ماه بعد از آموزش در خودکارآمدی کل و تمام سازه های آن به جز سازه ریسک فاکتورهای رفتاری در گروه آزمون، افزایش معناداری مشاهده شد در گروه کنترل فقط بین میانگین نمرات قبل و یک ماه بعد از مداخله در سازه تأثیر منفی افزایش معناداری مشاهده شد (۲۴).

در مطالعه دیگری که توسط لمنز (Lemmens) و همکاران (۳۰) به منظور تأثیر برنامه خودمراقبتی بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به COPD مراجعه کننده به کلینیک گلدرس والی هلند انجام شد، بین نمره خودکارآمدی بیماران قبل و ۱۲ ماه بعد از مداخله اختلاف معناداری مشاهده نشد. در توجیه نتایج متفاوت پژوهش حاضر با مطالعه ذکر شده می توان به مدت زمان پس از آزمون گرفته شده اشاره کرد که در این مطالعات بیش از دو ماه بوده است و ممکن است منجر به فراموشی آموزش ها شده باشد، در حالی که در مطالعه حاضر پس از آزمون بلافاصله و یکماه بعد از مداخله بوده است.

نتیجه آزمون تی مستقل نشان می دهد که اختلاف معنی داری بین دو گروه بعد از آموزش وجود ندارد. در مطالعه صورت گرفته توسط خوش کشت بر روی بیماران شهر تهران، اختلاف معناداری بین نمرات خودکارآمدی و تمام سازه های آن در گروه کنترل و آزمون بعد از اجرای مداخله وجود داشت که با مطالعه ما مغایر می باشد (۲۵).

در مطالعه صورت گرفته توسط کاوی (Covey) و همکاران که به منظور تأثیر برنامه بیمار محور بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به COPD انجام شد نتایج اختلاف معناداری را بین نمرات خودکارآمدی ۳ گروه مورد مطالعه نشان داد که در توجیه آن می توان متفاوت بودن

سپاسگزاری:

این پژوهش برگرفته از پایان نامه دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پرستاری مصوبه شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان با شماره ۱۶/۳۵/۳۹۹۷/پ در تاریخ ۱۳۹۲/۰۸/۲۰ می باشد همچنین در کمیته اخلاق در پژوهش در تاریخ ۱۳۹۳/۰۷/۱۴ با شماره مجوز ۱۶/۳۵/۹/۳۵۵۸/پ مورد تأیید قرار گرفت و مجوزهای لازم از معاونت محترم پژوهشی، معاونت محترم امور درمان جهت ارائه به درمانگاهها و بخشهای ریه مراکز آموزشی درمانی بعثت و شهید بهشتی همدان دریافت گردید.

نویسندگان مقاله از همکاری مسئولین محترم دانشگاه علوم پزشکی همدان و پرسنل محترم درمانگاهها و بخشهای ریه مراکز آموزشی درمانی بعثت و شهید بهشتی و تمامی بیماران که صادقانه در انجام این پژوهش ما را یاری کرده اند، کمال تشکر را دارند.

References

1. Lee Y-M. Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Respiratory Review of 2014. *Tuberculosis and Respiratory Diseases*. 2014;77(4):155-160.
2. Crighton EJ, Ragetlie R, Luo J, To T, Gershon A. A spatial analysis of COPD prevalence, incidence, mortality and health service use in Ontario. *Health Reports*. 2015;26(3):10-18.
3. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *The Lancet*. 1997;349(9064):1498-504.
4. Sharifi H, Masjedi MR, Emami H, Ghanei M, Eslaminejad A, Radmand G, et al. Interim Report from Burden of Obstructive Lung Disease (BOLD Study) in Tehran: Prevalence and Risk Factors of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Tanaffos*. 2014;13(3):6.
5. Lee SJ, Kim SW, Kong KA, Ryu YJ, Lee JH, Chang JH. Risk factors for chronic obstructive pulmonary disease among never-smokers in Korea. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2015;10:497.
6. Vestbo J, Hurd SS, Agusti AG, Jones PW, Vogelmeier C, Anzueto A, et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2013;

سال ۲۰۱۲ نتایج نشان داد که اکثر مطالعات (۵/۸۷٪) اثر برنامه خودمراقبتی را بر خودکارآمدی بیماران معنی دار و موثر نشان داده اند که نتایج مطالعه ما را تأیید می کند (۳۶).

نتیجه نهایی:

در تبیین یافته های این پژوهش مبنی بر تأثیر آموزش خودمراقبتی بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به COPD و با توجه به مبانی نظری می توان گفت آموزش نقش موثری در ارتقاء خودکارآمدی بیماران مبتلا به COPD دارد که در این مطالعه آموزش خود مراقبتی، موجب ارتقای خودکارآمدی بیماران مبتلا به COPD گردید. بر این اساس آموزش خودمراقبتی ابزار ارزشمندی برای پرستاران در مراکز درمانی می باشد و ارزیابی خودکارآمدی بیماران توسط پرستاران و ارتقای آن، می تواند سبب افزایش انگیزه بیماران در امر مراقبت از خود شود.

187(4):347-65.

7. Chhabra SK, Dash DJ. Acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease causes and impacts. 2014.

8. Beran D, Zar HJ, Perrin C, Menezes AM, Burney P. Burden of asthma and chronic obstructive pulmonary disease and access to essential medicines in low-income and middle-income countries. *The Lancet Respiratory Medicine*. 2015;3(2):159-170.

9. Russo R, Coultas D, Ashmore J, Peoples J, Sloan J, Jackson BE, et al. Chronic obstructive pulmonary disease self-management activation research trial (COPD-SMART): Results of recruitment and baseline patient characteristics. *Contemporary Clinical Trials*. 2015;41:192-201.

10. Effing TW, Bourbeau J, Vercoulen J, Apter AJ, Coultas D, Meek P, et al. Self-management programmes for COPD moving forward. *Chronic Respiratory Disease*. 2012;9(1):27-35.

11. Cicutto LC, Brooks D. Self-care approaches to managing chronic obstructive pulmonary disease: a provincial survey. *Respiratory Medicine*. 2006;100(9):1540-1546.

12. Riegel B, Jaarsma T, Strömberg A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. *Advances in Nursing Science*. 2012;35(3):194-204.

13. Pool MK, Nadrian H, Pasha N. Effects of a self-

care education program on quality of life after surgery in patients with esophageal cancer. *Gastroenterology Nursing*. 2012;35(5):332-340.

14. Kaşıkçı MK. Using self-efficacy theory to educate a patient with chronic obstructive pulmonary disease: A case study of 1-year follow-up. *International Journal of Nursing Practice*. 2011;17(1):1-8.

15. Abedi H, Salimi SJ, Feizi A, Safari S. Effect of self-efficacy enhancement program on self-care behaviors in chronic obstructive pulmonary disease. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2013;18(5):421.

16. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 1977;84(2):191.

17. Freund T, Gensichen J, Goetz K, Szecsenyi J, Mahler C. Evaluating self-efficacy for managing chronic disease: psychometric properties of the six-item Self-Efficacy Scale in Germany. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2013;19(1):39-43.

18. Baljani E, Salimi S, Rahimi J, Amanpour E, Parkhashjou M, Sharifnejad A, et al. The effect of education on promoting self efficacy in patients with cardiovascular disease. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences (J Kermanshah Univ Med Sci)*. 2012;16(3):227-235.

19. Law GU, Walsh J, Queralt V, Nouwen A. Adolescent and parent diabetes distress in type 1 diabetes: The role of self-efficacy, perceived consequences, family responsibility and adolescent-parent discrepancies. *Journal of psychosomatic Research*. 2013;74(4):334-339.

20. Cinar AB, Schou L. The role of self-efficacy in health coaching and health education for patients with type 2 diabetes. *International Dental Journal*. 2014;64(3):155-163.

21. Aghdam AM, Hasankhani H, Gharemo-hammadlu R, Esmaeily M. Relation of patients self-efficacy with control of asthma symptoms. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. 2013;15(2):Pe70-Pe5, En6.

22. Sommaruga M, Gremigni P, Zagà V, Goti C, Bassi L, Santus P. Self-efficacy and quality of life in COPD patients. *European Respiratory Journal*. 2012;40(Suppl 56):P1462.

23. Kara M, Türkinaz A. Effect of education on self-efficacy of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Patient Education and Counseling*. 2004;55(1):114-120.

24. Wong KW, Wong FK, Chan MF. Effects of

nurse-initiated telephone follow-up on self-efficacy among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Advanced Nursing*. 2005; 49(2): 210-222.

25. Khoshkesht S. "The effect of pulmonary rehabilitation program on self-efficacy and severity of symptoms among patients with chronic obstructive pulmonary disease: Tehran University of Medical Sciences.

26. Covey MK, McAuley E, Kapella MC, Collins EG, Alex CG, Berbaum ML, et al. Upper-body resistance training and self-efficacy enhancement in COPD. *Journal of Pulmonary & Respiratory Medicine*. 2012:001.

27. Jokar Z, Mohammadi F, Khankeh HR, Fallah Tafti S, Koushesh F. Comparing Home-based Pulmonary Rehabilitation Nursing on Fatigue and quality of life in Patients with COPD. *Journal of Fasa University of Medical Sciences*. 2014; 4(2): 168-176.

28. Davis AH, Carrieri-Kohlman V, Janson SL, Gold WM, Stulbarg MS. Effects of treatment on two types of self-efficacy in people with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2006;32(1):60-70.

29. Kargar M, Moattari M. The Effect of Osteoporosis Prevention Education by Peers and Health personnel on Self-efficacy of Adolescents with Nephrotic Syndrome. *Iran Journal of Nursing*. 2013;26(81):44-53.

30. Lemmens KM, Nieboer AP, Rutten-Van Mülken MP, van Schayck CP, Asin JD, Dirven JA, et al. Application of a theoretical model to evaluate COPD disease management. *BMC Health Services Research*. 2010;10(1):81.

31. Miche P-DDE, Herrmann G, Wirtz U, Laki H, Barth M, Radzewitz A. Effects of education, self-care instruction and physical exercise on patients with chronic heart failure. *Zeitschrift für Kardiologie*. 2003;92(12):985-993.(German)

32. Dunbar SB, Clark PC, Quinn C, Gary RA, Kaslow NJ. Family influences on heart failure self-care and outcomes. *The Journal of Cardiovascular Nursing*. 2008;23(3):258.

33. Gardetto NJ. Self-management in heart failure: where have we been and where should we go? *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2011; 4:39.

34. Adolfsson ET, Walker-Engström M-L, Smide B, Wikblad K. Patient education in type 2 diabetes—a randomized controlled 1-year follow-up study.

Diabetes Research and Clinical Practice. 2007;76(3):341-350.

35. Yoon SJ, Conway J, McMillan M. An exploration of the concept of patient education: Implications for the development of educational programmes for relapsed post-bone marrow transplantation patients and their families in

Korea. International Journal of Nursing Practice. 2006;12(3):129-135.

36. Stellefson M, Tennant B, Chaney JD. A critical review of effects of COPD self-management education on self-efficacy. *ISRN Public Health.* 2012;2012.

*Original Article***Effect of Self-Care Education on Self-Efficacy in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in the Educational and Medical Centers of Hamadan University of Medical Sciences**

A. Omid, M.Sc.¹; N. Kazemi²; M. Khatiban, Ph.D.^{3*}; M. Karami, Ph.D.⁴

1. Chronic Diseases (Home Care) Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

2. Medical and Surgical Nursing Student, Hamadan University, School of Nursing & Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

3. Mother and Child Care Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

4. Dept. of Epidemiology & Biostatistics, School of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

Received: 9.8.2015

Accepted: 21.9.2015

Abstract

Background: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is an important cause of morbidity and mortality in the modern world and has been labeled a debilitating disease. This study aimed to determine the effect of self-care education on self-efficacy in patients with COPD.

Methods: In This quasi-experimental study, 60 patients with COPD were selected by convenience sampling referred HamadanShahidBehsti and Beast centers and randomly divided into experimental and control groups. At first, demographic information and COPD self-efficacy scale questionnaire were completed by experimental and control groups. Then intervention group was trained face to face in 3 sessions (about 45 minutes in each session) with 3 days intervals. Immediately and 1 month after ending the intervention, related information was collected again. Data were analyzed by SPSS/20 software.

Result: In test group in comparison among before, immediately after and after one month of intervention there was significant difference in increasing score of self-efficacy and all dimensions ($P < 0.0001$). But this difference was not significant in evidence group ($P > 0.05$) and both groups, before and Immediately intervention no significant difference in self-efficacy ($P > 0.05$). after one month of intervention between two groups, was seen significant difference in mean score of self-efficacy ($P < 0.05$).

Conclusion: Self-care education as an effective method on self-efficacy of patients with COPD, this low-cost and effective method are recommended for these patients to increase their self-efficacy and consequently improve their health status.

Keywords: Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) / Patient Education / Self-Care / Self-Efficacy

*Corresponding Author: M. Khatiban; other and Child Care Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. Email: mahnaz.khatiban@gmail.com