

تأثیر آموزش مبتنی بر اجرای دستورات بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم

منصور عرب*، اسراء ناصحی**، دکتر فریبا برهانی***، دکتر عباس عباس زاده****، مجتبی جعفری*****

دریافت: ۹۱/۸/۲۰، پذیرش: ۹۱/۱۰/۲۰

چکیده:

مقدمه و هدف: کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم تحت تأثیر عوامل متعددی از جمله عدم آگاهی و دانش آنها نسبت به این بیماری قرار دارد. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر مدل آموزشی مبتنی بر اجرای دستورات بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم انجام گرفت.

روش کار: در این مطالعه نیمه تجربی، جامعه مورد مطالعه شامل ۷۰ بیمار مبتلا به آسم مراجعه کننده به کلینیک بعثت شهر کرمان در سال ۱۳۹۰ می باشد که به روش تصادفی به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم شدند. در گروه آزمون، بیماران بر اساس مدل آموزشی مبتنی بر اجرای دستورات به مدت چهار جلسه دو ساعته تحت آموزش قرار گرفتند در حالی که به گروه کنترل، هیچ گونه آموزشی داده نشد. کیفیت زندگی بیماران قبل و هشت هفته بعد از اتمام آزمون، با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم اندازه گیری گردید. اطلاعات با استفاده نرم افزار آماری (SPSS 18) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. **نتایج:** میانگین نمره کلی کیفیت زندگی قبل از شروع دوره آموزشی در گروه آزمون ۳۷/۴ و در گروه کنترل ۳۲/۸۵ بود که تفاوت معنی داری نداشت. بعد از آموزش میانگین نمره کیفیت زندگی در گروه آزمون به ۲۷/۱ و در گروه کنترل به ۳۲/۸۲ رسید که از نظر آماری تفاوت معنی دار بود. نتایج نشان داد که کیفیت زندگی در گروه آزمون بعد از آموزش به شکل معناداری بهبود یافته بود اما کیفیت زندگی در گروه کنترل بعد از آزمون تفاوت معناداری را نشان نداد. همچنین میانگین نمره کیفیت زندگی در گروه آزمون در مقایسه با گروه کنترل بعد از اجرای آزمون به شکل معناداری بیشتر بود ($P < 0/05$). **نتیجه نهایی:** نتایج مطالعه حاضر نشان داد که آموزش بیماران مبتلا به آسم بر اساس مدل آموزشی مبتنی بر اجرای دستورات سبب بهبود قابل توجه کیفیت زندگی این بیماران می گردد، لذا تیم مراقبتی و درمانی به ویژه پرستاران می توانند از این مدل، جهت مراقبت از بیماران استفاده نمایند.

کلید واژه ها: آموزش / بیماران مبتلا به آسم / کیفیت زندگی / مدل آموزشی

مقدمه:

است، به گونه ای که در حال حاضر ۳۰۰ میلیون نفر در جهان مبتلا به این بیماری می باشند. میزان مرگ و میر بر اثر بیماری آسم در اکثر کشورها در حال افزایش است، در ایران طبق آمار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۸۷، ۱۰ درصد جمعیت معادل ۵/۶-۶/۵ میلیون نفر مبتلا به آسم بودند (۲). عوامل زیادی در افزایش شیوع بیماری آسم نقش دارند که علت عمده آن

بیماری آسم از بیماری های مزمن شایع و یکی از مشکلات عمده بهداشتی بوده که بار سنگینی بر بیمار و سیستم بهداشت و درمان تحمیل کرده است. این بیماری بر اساس شدت علائم بالینی به انواع مختلفی طبقه بندی می گردد (۱)، که در این مطالعه همه اشکال آسم مد نظر بود. شیوع بیماری آسم در ۲۰ سال گذشته افزایش یافته

* مربی گروه پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

** کارشناس ارشد آموزش پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بم (Nassehi88@yahoo.com)

*** استادیار گروه پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

**** دانشیار گروه پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

***** مربی گروه پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بم

مدل آموزشی مبتنی بر اجرای دستورات (Compliance-based model) پرداخته است. در این مدل آموزشی که بر پایه تسلط و قدرت پزشکی، با یک نگرش قیّم مآبانه از طرف اعضای تیم مراقبت سلامت می-باشد، پزشکان و اعضای تیم سلامتی به طور سنتی به بیماران توصیه می‌کنند که چه اقداماتی باید انجام دهند تا از عوارض کشنده بیماری‌ها در امان بمانند و بیماران مطابق با آنچه را که اعضای تیم بهداشتی به آنها می‌گویند عمل می‌کنند. استراتژی آموزش در این مدل بیماری محور بوده و محتوای آموزشی بر اساس عوامل خطرزای بیماری می‌باشد (۱۰).

برخی از مطالعات به این نتیجه دست یافتند که مدل آموزشی مبتنی بر اجرای دستورات در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم موثر بوده است (۱۱، ۵). همچنین Yang و همکاران (۲۰۰۳) در تایوان تحقیقی با هدف بررسی تاثیر آموزش مبتنی بر اجرای دستورات به بیماران مبتلا به آسم و ارتباط آن با کیفیت زندگی انجام دادند نتایج تحقیق نشان داد که این مدل آموزشی در بهبود کیفیت زندگی مبتلایان موثر بوده است (۳) اما با توجه به پراکندگی مطالعات در زمینه روشهای آموزشی مبتنی بر اجرای دستورات بدلیل استفاده گسترده ای که در سیستم مراقبت سلامتی از این مدل آموزشی می‌گردد (۱۲) و نظر به این که مطالعات انجام شده عمدتاً در کشورهای دیگر بوده و این مدل آموزشی در پژوهشهای ایرانی کمتر مورد توجه قرار گرفته است، لذا تحقیق حاضر با هدف بررسی تاثیر آموزش مبتنی بر اجرای دستورات بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم انجام گردیده است تا مشخص کند چه اندازه این مدل آموزشی می‌تواند در بهبود کیفیت زندگی آنها موثر باشد.

روش کار:

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی است که بر روی بیماران مبتلا به آسم مراجعه کننده به کلینیک بعثت شهر کرمان در سال های ۱۳۹۰-۱۳۸۹ اجرا گردیده است.

کمبود دانش و آگاهی مبتلایان از بیماری آسم می‌باشد (۳)، لذا توجه به این بیماران بسیار حائز اهمیت است. بیماری آسم زندگی خانوادگی و فعالیت های اجتماعی مبتلایان را دستخوش تغییر قرار داده (۲) و باعث محدودیت فعالیت جسمی بیماران می‌گردد که این مسئله منجر به مشکلات روانی مثل اضطراب، افسردگی و اندوه در بیماران می‌شود. به این ترتیب بیماری آسم، ابعاد مختلف زندگی بیمار را تحت تاثیر قرار می‌دهد (۴). لذا با توجه به میزان شیوع و مرگ و میر بالای بیماری آسم و همچنین هزینه های بالایی که این بیماری به دولت ها تحمیل می‌کند، کیفیت زندگی این گروه از بیماران از اهمیت خاصی برخوردار است (۵). نتایج برخی پژوهش های صورت گرفته در ارتباط با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم نشان دهنده کیفیت نامطلوب زندگی این بیماران می‌باشد (۶). برنامه های آموزشی می‌توانند باعث کاهش میزان شیوع بیماری و مرگ و میر بیماران مبتلا به آسم و هزینه های سیستم درمان شوند و کیفیت زندگی آنها را بهبود بخشند (۳).

پژوهش های زیادی بر روی بیماران مبتلا به آسم نشان داده است که آموزش در بهبود کیفیت زندگی این بیماران موثر بوده است. در تحقیقی که توسط Meszaros و همکاران (۲۰۰۳) در تاجیکستان جهت بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم و عوامل موثر بر آن انجام گرفت، ارتباط معناداری بین آموزش و بهبود کیفیت زندگی بیماران به دست آمد (۷). همچنین بر اساس تحقیق Cote و همکاران (۲۰۰۰) در کانادامشخص گردید آموزش نقش بسزایی در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم دارد (۸). در مطالعه ای که در ایران توسط شهریار و همکاران در سال ۱۳۸۳ با هدف بررسی تاثیر آموزش تمرینات تنفسی و ارتباط آن با کیفیت زندگی انجام گرفت، یافته ها نشان داد که آموزش تمرینات تنفسی بر روی بهبود ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم تاثیر بسزایی داشته است (۹). با توجه به اهمیت برنامه های آموزشی در ارتقا کیفیت زندگی این بیماران، مطالعه حاضر به بررسی یکی از روش های آموزش به نام

با توجه به مطالعه Yang و همکاران (۲۰۰۳) تعداد نمونه با در نظر گرفتن آلفای ۵٪ و بتای ۱۰٪ از فرمول زیر ۷۰ نفر انتخاب شد

$$\frac{2 \times (Z\alpha + Z\beta)^2 SD^2}{d^2} = \frac{2 \times (1.96 + 1.63)^2 4.66^2}{4^2}$$

۷۰ بیمار به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و سپس به صورت تصادفی با استفاده از جدول اعداد تصادفی در دو گروه ۳۵ نفره آزمون و کنترل قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه سن بالای ۱۸ سال، عدم شرکت قبلی در برنامه های آموزشی مربوط به بیماری آسم، عدم ابتلا به سایر بیماری های مزمن، داشتن سواد خواندن و نوشتن بود. قبل از اجرای آزمون هدف پژوهش و روش کار برای کلیه بیماران مورد پژوهش توضیح داده شد و برای موافقت آنان در این مطالعه اجازه کتبی کسب گردید، همچنین آنها برای خروج از مطالعه آزادی کامل داشتند.

به منظور اندازه گیری کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش از پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی در بزرگسالان مبتلا به آسم با نام اختصاری AQLQ (Asthma Quality of Life Questionnaire) استفاده شد. این پرسشنامه توسط Marks و همکاران در سال ۱۹۹۲ در دانشگاه سیدنی استرالیا تهیه شده است (۱۳). پایایی درونی (آلفا کرونباخ) ۰/۹۲، روایی این پرسشنامه به صورت روایی محتوا توسط مارکزو همکاران (۱۹۹۲) تایید شده است. اما برای اطمینان از روایی این پرسشنامه در جامعه ایرانی مجدداً بعد از ترجمه پرسشنامه به صورت (back ward forward) با روش تعیین شاخص روایی محتوا (CVI) با استفاده از نظر ۱۰ نفر متخصصین، روایی آن بررسی شد که امتیاز شاخص روایی محتوا ۰/۹۰ و به منظور تعیین پایایی درونی از روش آزمون-باز آزمون استفاده گردید و ضریب همبستگی ۰/۷۵ به دست آمد. این پرسشنامه شامل ۲۰ سوال می باشد که در چهار جنبه جسمی (۵ سوال)، روانی (۵ سوال)، اجتماعی (۷ سوال) و نگرانی در مورد سلامتی (۷ سوال) طبقه بندی شده است. پاسخ ها به ترتیب در پنج مقیاس اصلاً (نمره صفر)، بندرت (نمره ۱)، تا حدودی (نمره ۲)، شدید

(نمره ۳) و خیلی شدید (نمره ۴) امتیازبندی شدند. بر اساس امتیازبندی فوق در صورتیکه فرد از این پرسش نامه نمره بالاتری بگیرد، از نظر کیفیت زندگی در شرایط نامطلوب تری قرار دارد. بدین ترتیب که در حیطه فعالیت جسمی و روانی حداکثر امتیازها (شرایط نامطلوب) امتیاز ۲۰ و حداقل امتیازها (شرایط مطلوب) امتیاز صفر داشت. در مورد فعالیت اجتماعی و نگرانی در مورد سلامتی حداکثر امتیازها (شرایط نامطلوب) امتیاز ۲۸ و حداقل امتیازها (شرایط مطلوب) امتیاز صفر بود. برای هر یک از سوالات در هر حیطه مقیاس های اصلاً (۰)، بندرت (۱)، تا حدودی (۲)، زیاد (۳) و خیلی زیاد (۴) در نظر گرفته شد. در گروه کنترل پرسشنامه کیفیت زندگی برای اولین بار تکمیل گردید، هشت هفته بعد پرسشنامه ها برای بار دوم توسط بیماران تکمیل شد. پس از اتمام کار به منظور رعایت اصول اخلاقی، آموزش مبتنی بر رعایت برای گروه کنترل ارایه و پمفلت های آموزشی نیز در اختیار آنان قرار گرفت.

در گروه آزمون، آموزش مبتنی بر اجرای دستورات در چهار جلسه آموزشی به صورت هر هفته یک جلسه برگزار گردید که مدت زمان هر جلسه دو ساعت بود. همچنین جهت کاهش خستگی بیماران در جلسات دو ساعته، ۳۰ دقیقه به منظور استراحت بیماران اختصاص داده شد. در مدل آموزشی مبتنی بر اجرای دستورات بیماران باید از توصیه های درمانی کادر درمان اطاعت کنند، بنابراین برنامه آموزشی بیماران در این گروه بر پایه آموزش معمول و بایدها و نبایدها تمرکز داشت. ترتیب جلسات آموزشی و توصیه های درمانی به شرح ذیل بود:

جلسه اول، اهداف پژوهش، ماهیت بیماری، تشخیص و درمان بیماری بیان می شد و در انتهای جلسه نیز، پمفلت های آموزشی مربوطه در اختیار بیماران قرار می گرفت. جلسه دوم، شناسایی و چگونگی کنترل محرکات بیماری آسم توضیح داده می شد و پمفلت آموزشی مربوطه ارایه گردید. جلسه سوم، نحوه صحیح استفاده از داروهای استنشاقی و دم یار به بیماران آموزش داده می شد و اشکالات آن ها رفع و پمفلت های آموزشی ارایه

درصد واحدهای مورد بررسی از نظر سطح تحصیلات در گروه آزمون زیر دیپلم ۴۲/۹٪ و در گروه کنترل دیپلم ۴۵/۷٪ بودند و از نظر وضعیت تاهل، در هر دو گروه اکثریت متاهل، در گروه آزمون ۷۴/۳٪ و در گروه کنترل ۹۱/۴٪ بودند. اکثریت واحدهای مورد مطالعه در هر دو گروه سیگار نمی کشیدند (۹۴/۳٪). کمترین آنها در هر دو گروه شغل آزاد داشتند در گروه آزمون ۲۰٪ و در گروه کنترل ۱۴/۳٪ بودند. مقایسه ویژگی های فردی که بین دو گروه آزمون و کنترل قبل از مداخله با استفاده از مجذور کای، آنالیز واریانس و تی مستقل انجام گرفت، مشخص گردید که بین دو گروه از نظر سن ($P=0/17$)، جنس، شغل، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل، استعمال سیگار و مدت ابتلا به آسم ($P=0/48$) اختلاف آماری معنی داری وجود ندارد. کلیه ویژگی های دموگرافیک مورد بررسی قبل از مداخله در دو گروه تفاوت معنی داری نداشته و لذا می توان از لحاظ این متغیرها، دو گروه را یکسان دانست.

در میان چهار بعد کیفیت زندگی که قبل از آموزش مورد بررسی قرار گرفت در هر دو گروه بالاترین میانگین نمره مربوط به بعد جسمی و پایین ترین میانگین نمره در گروه آزمون در رابطه با بعد نگرانی و در گروه کنترل در بعد اجتماعی می باشد، تحلیل آماری نشان می دهد که در شروع آموزش بین دو گروه تفاوت آماری معنی داری از لحاظ نمره کلی کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن وجود ندارد (جدول ۱ و ۲). بعد از آموزش در هر دو گروه بالاترین میانگین نمره مربوط به بعد جسمی و پایین ترین میانگین نمره در رابطه با بعد اجتماعی می باشد.

می شد. جلسه چهارم، آشنایی با دستگاه پیک فلومتری و نحوه استفاده از آن آموزش داده شد و پمفلت مربوط به آن در اختیار بیماران قرار داده شد.

کیفیت زندگی بیماران در گروه آزمون قبل از آموزش و هشت هفته بعد از آموزش اندازه گیری شد و بعنوان داده های پیش آزمون و پس آزمون منظور گردید.

لازم به ذکر است که در طول مدت دو ماه بعد از آموزش بیماران تحت پایش قرار نگرفتند. یکی از ویژگی های مدل مبتنی بر اجرای دستورات، این است که بیمار در جلسات آموزشی شرکت می کند اما پیگیری های لازم صورت نمی گیرند و فقط بعد آموزش بر اساس برآیندهای بیماری مورد ارزیابی قرار می گیرد. لذا پژوهشگران این مطالعه را با این هدف انجام دادند که روش آموزش مبتنی بر اجرای دستورات می تواند برخی برآیندهای بیماری از جمله کیفیت زندگی را افزایش دهد.

تجزیه و تحلیل داده ها توسط نرم افزار (SPSS 18) و با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، درصد، فراوانی) و از آمار تحلیلی (مجذور کای، t زوج، آنالیز واریانس و آزمون تی مستقل) متناسب با اهداف پژوهش استفاده گردید.

نتایج:

بر اساس یافته های پژوهش، میانگین سنی نمونه های گروه آزمون $47/69 \pm 8/15$ سال و گروه کنترل $40/93 \pm 44/51$ سال بود و همچنین میانگین مدت ابتلا به آسم بیماران در گروه آزمون $9/11 \pm 8/25$ سال و در گروه کنترل $9/83 \pm 7/33$ سال می باشد. نتایج نشان داد که بیشترین درصد بیماران در هر دو گروه زن، در گروه آزمون $74/3\%$ و در گروه کنترل $82/9\%$ بوده اند. همچنین بیشترین

جدول ۱: مقایسه نمره کل کیفیت زندگی گروه کنترل و آزمون قبل و بعد از مداخله

نتیجه تی آزمون زوج	مقایسه نمره کل کیفیت زندگی گروه کنترل و آزمون قبل و بعد از مداخله	
	قبل از مداخله میانگین (\pm انحراف معیار)	بعد از مداخله میانگین (\pm انحراف معیار)
۰/۹۵	۳۲/۸۵ ($\pm 12/31$)	۳۲/۸۳ ($\pm 12/07$)
۰/۰۰۱	۳۷/۴ ($\pm 16/15$)	۲۷/۱ ($\pm 12/46$)
	۰/۱۹	۰/۰۰۱
	نتیجه آزمون تی مستقل	

جدول ۲: مقایسه نمره ابعاد کیفیت زندگی گروه کنترل و آزمون قبل و بعد از مداخله

نتیجه تی آزمون زوج p-value	قبل از مداخله		گروه
	میانگین (± انحراف معیار)	میانگین (± انحراف معیار)	
بعد جسمی			
۰/۹۲۹	۹/۲۸(±۳/۶۷)	۹/۰۲(±۳/۷۱)	کنترل
۰/۰۰۱	۸(±۳/۷۶)	۹/۹(±۳/۹۹)	آزمون
	۰/۰۰۱	۰/۳۴	نتیجه آزمون تی مستقل p-value
بعد روانی			
۰/۵۴	۶/۴۵(±۳/۵)	۶/۸۵(±۳/۵۹)	کنترل
۰/۰۰۱	۵/۱۴(±۲/۷۳)	۷/۳۷(±۳/۶۷)	آزمون
	۰/۰۰۱	۰/۵۵	نتیجه آزمون تی مستقل p-value
بعد اجتماعی			
۰/۴۷	۵/۳۷(±۲/۷۲)	۵/۲۵(±۲/۷۱)	کنترل
۰/۰۰۱	۴/۷۴(±۲/۹۶)	۷/۱۷(±۱/۶۵)	آزمون
	۰/۰۰۱	۰/۶	نتیجه آزمون تی مستقل p-value
بعد نگرانی			
۰/۸۷	۶/۹۷(±۲/۵۶)	۶/۹۴(±۲/۶۲)	کنترل
۰/۰۰۳	۵/۴۲(±۲/۶۸)	۶/۷۴(±۳/۱۸)	آزمون
	۰/۰۰۴	۰/۷۷	نتیجه آزمون تی مستقل p-value

داشت، به عبارت دیگر بیماران در گروه آزمون پس از اجرای آموزش مبتنی بر اجرای دستورات مشکلات جسمی، روانی، اجتماعی و نگرانی در رابطه با سلامتی را به میزان کمتری نسبت به گروه کنترل تجربه کرده بودند(جدول ۲).

بحث:

با توجه به فرضیه این مطالعه " آموزش مبتنی بر اجرای دستورات بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم موثر است" یافته های پژوهش نشان داد که میانگین نمره کلی و ابعاد کیفیت زندگی (جسمی، روانی، اجتماعی و نگرانی) بیماران در گروه آزمون و گروه کنترل بعد از آموزش تفاوت معنی داری داشته و با لحاظ این مطلب که بیماران در هر دو گروه از لحاظ متغیرهای دموگرافیک و میانگین کلی کیفیت زندگی قبل از آموزش تفاوت معناداری نداشتند و بنابراین دو گروه از هر لحاظ نزدیک بهم بودند می توان نتیجه گرفت که بهبود کیفیت زندگی بعد از آزمون در گروه آزمون احتمالاً بدلیل اجرای آموزشی بوده است که توسط پژوهشگران صورت گرفته است و بنابراین مدل آموزشی مبتنی بر اجرای دستورات بر کیفیت زندگی این بیماران موثر بوده است. یافته های مطالعه حاضر با

جدول ۱ مقایسه میانگین نمره کلی کیفیت زندگی بیماران قبل و از مداخله در گروه آزمون و کنترل را نشان می دهد. همانگونه که در جدول مشخص است بین میانگین نمره کلی بیماران در گروه آزمون قبل و بعد از مداخله، آزمون تی زوج اختلاف معنی دار آماری را نشان می دهد، در حالی که در گروه کنترل این اختلاف معنی دار نبود، همچنین نتایج با استفاده از آزمون تی مستقل نشان داد که بین میانگین نمره کلی کیفیت زندگی در دو گروه آزمون و کنترل بعد از آموزش تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < 0/05$).

بین میانگین نمرات کیفیت زندگی در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی ($P=0/001$) و بعد نگرانی در رابطه با سلامتی ($P=0/003$) در گروه آزمون، قبل و بعد از اجرای آموزش مبتنی بر اجرای دستورات تفاوت معنی دار وجود داشت ولی در بیماران گروه کنترل در همه ابعاد کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله اختلاف از نظر آماری معنی دار نبود. بین گروه آزمون و کنترل در تمام ابعاد کیفیت زندگی اختلاف معنی داری مشاهده شد. به طوری که در بعد جسمی، روانی و اجتماعی ($P=0/001$) و بعد اجتماعی ($P=0/004$) با استفاده از آزمون تی مستقل تفاوت معنی داری وجود

بر اساس یافته های پژوهش قبل از آموزش بیماران مبتلا به آسم در هر دو گروه ، در بین ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی پایین ترین کیفیت زندگی را در بعد جسمی داشتند، یافته های مطالعه پدram رازی و همکاران ۱۳۸۶ در سال ، نیز نشان می دهد که بیشترین درصد بیماران از بعد جسمانی ، کیفیت زندگی نامطلوب دارند (۱۷).

یافته های این مطالعه نشان می دهد که بعد از اجرای آموزش در گروه آزمون بین میانگین قبل و بعد از آزمون کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم در همه ابعاد کیفیت زندگی اختلاف معنی داری وجود داشته است که این تفاوت در جهت بهبود کیفیت زندگی این بیماران در تمامی ابعاد کیفیت زندگی در این گروه بوده است. در صورتی که در گروه کنترل اختلاف معنی داری در میانگین کلی و ابعاد کیفیت زندگی قبل و بعد از آزمون وجود نداشت و این امر نشان دهنده تاثیر مثبت آموزش بر همه حیطه های کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم در دو گروه آزمون می باشد.

همانطور که از نتایج مطالعه حاضر مشخص گردید بعد جسمی کیفیت زندگی بعد از آموزش بهبود یافته است که در مطالعه ای که توسط Gallefoss و همکاران در سال ۱۹۹۹ در امریکا با هدف بررسی تاثیر آموزش در بیماران مبتلا به آسم و بیماری مزمن انسدادی ریه و ارتباط آن با کیفیت زندگی انجام گردید، یافته ها نشان داد که آموزش بیماران در بهبود بعد جسمی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم تاثیر زیادی داشته است (۱۱). از آنجایی که از جمله عوامل تاثیرگذار در بعد جسمی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم علایم بیماری و توانایی و عملکرد جسمی آنان می باشد (۱۸) بنابراین به نظر میرسد از دلایل بهبود بعد جسمی بیماران بعد از آزمون آموزشی در این مطالعه ، بهبود علایم بیماری و ارتقای توانایی آنها برای فعالیتهای روزانه زندگی شان می باشد چنانچه Yang و همکاران در سال ۲۰۰۳ نیز به این نتیجه دست یافتند که بعد از اجرای آزمون آموزشی علایم بیماران مبتلا به آسم بهبود یافته بود (۳) ، Yilmaz و Akkaya در سال ۲۰۰۳ نیز معتقد بودند که آموزش باعث بهبود عملکرد و توانایی بیماران مبتلا به آسم می گردد (۱۹). از دیگر ابعاد کیفیت زندگی که در این مطالعه آموزش

نتایج تحقیقی که توسط Yang و همکاران در سال ۲۰۰۳ با هدف تاثیر آموزش بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم انجام گرفت مشخص کرد که آموزش باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران شده است هماهنگ می باشد (۳). تحقیقات مشابه در این زمینه نیز نشاندهنده موثر بودن برنامه های آموزشی در بهبود کیفیت زندگی می باشد (۱۴، ۱۵).

با توجه به میانگین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و نگرانی قبل از آموزش در دو گروه آزمون و کنترل، مشخص گردید که این بیماران در همه ابعاد کیفیت زندگی وضعیت مطلوبی ندارند. Ford و همکاران در سال ۲۰۰۳ نیز بر اساس تحقیقی در مورد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم به این نتیجه رسیدند که این بیماری بر تمامی ابعاد کیفیت زندگی تاثیر منفی داشته است (۱۶).

نامطلوب بودن میانگین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم در ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی احتمالاً به این دلیل می باشد که این بیماران به علت عدم توانایی در انجام تهویه مناسب و علایم ناشی از آن دچار اختلال در فعالیت شده و سطح تحمل آنها نسبت به فعالیت جسمی محدود می شود. در نتیجه قدرت انجام کار در آنها کاهش می یابد. این مسئله موجب می شود که این افراد در مقایسه با افراد سالم از عملکرد جسمی مطلوبی برخوردار نباشند و شخص بیمار در انجام مسئولیتهای فردی و اجتماعی دچار مشکل شود. عدم توانایی در انجام عملکرد جسمی مطلوب موجب احساس بی کفایتی در فرد شده و اعتماد به نفس وی مختل می شود. متعاقب آن فرد دچار اضطراب، افسردگی و اندوه خواهد شد که این مسئله تعاملات اجتماعی وی را نیز تحت تاثیر قرار می دهد و موجبات انزوای اجتماعی او را فراهم می آورد (۹). در همین زمینه Anderson و Burchhardt ۱۹۹۶ معتقد است که بیماری آسم، ابعاد مختلف زندگی بیماران را تحت تاثیر قرار می دهد و فعالیت های جسمی، روانی و اجتماعی آنها را محدود می سازد و در نتیجه کیفیت زندگی آنها دستخوش تغییر می گردد (۴).

یزدانی ابراز می داریم. این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان به شماره ۹۰/۳۴ مورخ ۹۰/۱۲/۵ می باشد.

منابع:

- Harrison TR. Harrison's principles of internal medicine Respiratory disease. Translated by Mohsen Arjmand. 17th ed. Tehran: Arjmand, 2008.
- Arash M, Shoghi M, Tajvidi M. Assessing effects of asthma on patients' functional status and life. *Urmia Med J* 2010; 8(1):1.
- Yang LM, Chiang HC, Yao G, Wang YK. Effect of medical education on quality life in adult asthma patient. *J Formos Med Assoc* 2003 ; 102(11): 768-774.
- Anderson KI, Burckhardt CS. Conceptualization and measurement of quality of life as an outcome variable for health care intervention and research. *J Adv Nurs* 1999 ; 29(2) : 298-360.
- Urek MC, Tudoric N, Plavec D, Urec R, Milenovic T, Stogic M. Effect of educational programs on asthma control and quality of life in adult asthma patients. *Patient Education and Counseling* 2005 ; 58: 47-54.
- Gulic E. Correlates of quality of life among persons with asthma. *Nurs Res* 2002; 46: 305-10.
- Meszaros A, Orosz M, Magyar P, Mesko A, Vincze Z. Evaluation of asthma knowledge and quality of life in Hungarian asthmatics. *Allergy* 2003; 58(7): 624-8.
- Côté J, Cartier A, Robichaud P, Boutin H, Malo JL, Rouleau M, et al. Influence of asthma education on asthma severity, quality of life and environmental control. *Can Respir J* 2000; 7(5): 395-400.
- Shahryar B, Yarandi N, Ahmadi Z, Hoseini Z. The Effect of respiratory exercise on quality of life asthmatic patients. *Iran J Nurs* 2004; 17(38): 16-24.
- Figar S, Galarza C, Petrlik E, Hornstein L, Rodriguez G, Waisman G. Effect of education on blood pressure control in elderly persons. *Am J Hyperten* 2005 ;19: 737-743.
- Gallefoss F, Bakke PS, Kgaersgaard P. Quality of life assessment after patient education in a randomized controlled study on asthma and chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Med* 1999; 159: 812-817.
- Cyrino Ap, Schraiber LB, Teixeira RR. Education for type 2 diabets mellitus self- cara: from compliance to empowerment. *Comunicaude Educ* 2009 ; 13(30); 93-106.
- Marks S, Stewart M. A scale for the measurement of quality of life in adults with asthma. *J Clin Epidemiol* 1992 ;45(5):462-472.
- Moudgil H, Marshall T, Honeybourne D. Asthma education and quality of life in the com-

باعث بهبود آن‌ها گردید ابعاد روانی و نگرانی بیماران می- باشد، چنانچه در این رابطه Emtner و همکاران در سال ۱۹۹۸ نیز به این نتیجه دست یافتند که بیماران مبتلا به آسم که در برنامه‌های آموزشی شرکت کرده بودند با توجه به ارتقا توانایی بیماران در انجام فعالیت های روزانه زندگی و در نتیجه افزایش اعتماد به نفسشان، بهبود قابل توجهی در بعد روانی بیماران و کاهش نگرانی آنها ایجاد گردیده بود (۲۰). بنابراین حدس زده می شود که علت بهبود ابعاد روانی و نگرانی بیماران در مطالعه حاضر افزایش اعتماد به نفس بیماران در رابطه با بهبود توانایی آنان در فعالیتهای زندگی شان باشد. در این پژوهش همچنین بهبود بعد اجتماعی بیماران بعد از اجرای برنامه های آموزشی ایجاد گردید که de Oliveira و همکاران در سال ۱۹۹۹ نیز در پژوهش خویش به این نتیجه دست یافتند که آموزش به بیماران تاثیر منفی در انزوای اجتماعی در بیماران مبتلا به آسم دارد (۲۱).

نتیجه نهایی:

با توجه به یافته های این مطالعه، میتوان نتیجه گرفت که اجرای آموزش مبتنی بر اجرای دستورات بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم تاثیر دارد و از آنجایی که ارتقا کیفیت زندگی این بیماران یکی از اهداف اصلی در کنترل بیماری آسم می باشد بنابراین پیشنهاد می گردد که اعضای تیم سلامت اجرای این مدل آموزشی را در برنامه درمانی بیماران مبتلا به آسم مدنظر قرار داده تا باعث ارتقای سلامت این بیماران گردند. از محدودیت های این مطالعه می توان به مدت زمان محدود اجرای برنامه های آموزشی اشاره کرد، بنابراین اثرات درازمدت برنامه های آموزشی مورد بررسی قرار نگرفته است، مطالعات آینده بهتر است برای پیگیری اثرات طولانی مدت این مدل آموزشی طراحی گردد تا بتوان اطلاعات مناسبی را در این زمینه بدست آورد.

سپاسگزاری:

بدین وسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان و تمامی بیماران شرکت کننده در این مطالعه و همچنین جناب آقای دکتر

- munity: a randomized controlled study to evaluate the impact on white European and Indian subcontinent ethnic group from socio-economically deprived areas in Birmingham. *Thorax* 2000; 55(3) : 177-83.
15. Kauppinen R, Vilka V, Sintonen H, Klaukka T, Tukainen H. Long-term economic evaluation of intensive patient education during the first treatment year in newly diagnosed adult asthma. *Respir Med* 2001; 95:56-63.
 16. Ford E, Mannino D, HomaD, Gwynn C, Redd S, et al. self reported asthma and health related quality of life. *Chest J* 2003; 123(1): 119-127.
 17. PedramRazi SH, Basampur SH, KazemNezad A. quality of in Asthma patients. *Tehran J Nurs (Haiat)* 2007; 13(1): 29-34.
 18. Austrian center for asthma monitoring. Measuring the impact of asthma on quality of life in the Astralian population. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, 2004.
 19. Yilmaz A, Akkaya E. Evaluation of long-term efficacy of an asthma education programme in an out-patient clinic. *Respir Med* 2002;96:519-524.
 20. Emtner M, Hedin A, Stalenheim G. Asthma patients views of comprehensive asthma rehabilitation program: a three-year follow up. *Physiother Res Int* 1998 ; 3(3): 175-93.
 21. de Oliveira MA, FaresinSM , Bruno VF, de Bittencourt AR, Fernandes AL. Evaluation of an educational programme for socially deprived asthma patients. *Eur Respir J* 1999;14:908 -14.