

## بررسی تأثیر دو مدل آموزشی مبتنی بر رعایت و توانمندسازی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم

اسراء ناصحی<sup>۱</sup>، فریبا برهانی<sup>۲</sup>، عباس عباسزاده<sup>۳</sup>، منصور عرب<sup>۴</sup>، میترا ثمره فکری<sup>۵</sup>

### چکیده

**مقدمه:** کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم تحت تأثیر عوامل متعددی از جمله عدم آگاهی و دانش آنها نسبت به این بیماری قرار دارد. تاکنون روش‌های آموزشی مختلفی جهت بهبود کیفیت زندگی این بیماران مورد بررسی قرار گرفته که نتایج متفاوتی داشته است، لذا مطالعه حاضر جهت مقایسه تأثیر دو مدل آموزشی مبتنی بر رعایت و توانمندسازی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم انجام گردیده است.

**روش:** این مطالعه نیمه تجربی، تأثیر دو مدل آموزشی، بر کیفیت زندگی ۷۰ بیمار مبتلا به آسم را مورد ارزیابی قرار داد. نمونه‌ها به صورت تصادفی به دو گروه تقسیم شدند در یک گروه آموزش براساس مدل مبتنی بر رعایت و در گروه دیگر آموزش براساس مدل توانمندسازی داده شد. قبل از مداخله و هشت هفته بعد از اتمام مداخله هر دو گروه پرسشنامه کیفیت زندگی مربوط به بیماران مبتلا به آسم را تکمیل کردند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS v.18 انجام گردید.

**یافته‌ها:** میانگین سنی بیماران در گروه آموزش مبتنی بر رعایت  $(47/6 \pm 15)$  و در گروه آموزش توانمندسازی  $(44/5 \pm 10/93)$  بود. نتایج نشان داد که میانگین نمره کلی و ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم در دو گروه قبل و بعد از مداخله تفاوت معناداری نداشتند ( $p > 0/05$ ) آزمون آماری تی‌زوج افزایش آماری معناداری را در نمره کلی و ابعاد کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه نشان می‌دهد ( $p < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** نتایج این مطالعه نشان داد که هر دو مدل آموزشی می‌توانند سبب ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم گردد. لذا نقش آموزش جهت ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم توسط کادر درمان به خصوص پرستاران باید مدنظر قرار گرفته شود.

**کلید واژه‌ها:** مدل آموزشی مبتنی بر رعایت، مدل آموزشی توانمندسازی، کیفیت زندگی، بیماران مبتلا به آسم

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۲/۲۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۲/۱

۱ - کارشناس ارشد پرستاری، مربی گروه آموزشی داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی حضرت زینب (س)، دانشگاه علوم پزشکی به، کرمان، ایران

۲ - استادیار گروه داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۳ - دانشیار گروه داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: aabaszadeh@hotmail.com

۴ - کارشناس ارشد پرستاری، مربی گروه آموزشی داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۵ - پزشک، استادیار گروه داخلی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

## مقدمه

پزشکی و اجتماعی است (۶). در سال ۱۹۹۰، توانمندسازی به عنوان یک رویکرد آموزشی بیماران معرفی گردید. این مدل آموزشی در رابطه با بیماری‌های مزمن می‌باشد (۷). مدل آموزشی توانمندسازی که در مقابل مدل سنتی مبتنی بر رعایت قرار دارد دیدگاهی بیمار محور و مشارکتی جهت آموزش به بیماران می‌باشد و نقش اعضای تیم سلامت در امر آموزش تسهیل‌کننده است (۸). هدف آموزش در مدل مبتنی بر رعایت افزایش آگاهی و دانش بیماران از بیماری خویش می‌باشد اما در مدل آموزشی توانمندسازی هدف آموزش افزایش اعتماد به نفس بیمار در مسؤلیت‌پذیری وی جهت بهبود تغییرات زندگی می‌باشد (۹).

برخی از مطالعات به تأثیر این دو مدل آموزشی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم پرداخته‌اند از جمله Cote و همکاران گزارش کردند که آموزش نقش مهمی در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم دارد (۱۰) همچنین در تحقیق مروری که توسط Gibson و همکاران با هدف اثر برنامه‌های آموزش توانمندسازی در بیماران مبتلا به آسم انجام شد، مشخص گردید که کیفیت زندگی بیماران بعد از آموزش خود مدیریتی بهبود یافته است (۱۱) استفاده از مدل آموزشی مناسب جهت ارتقای دانش بیماران آسمی در مورد بیماری‌شان می‌تواند در جهت ارتقای کیفیت زندگی این بیماران تأثیر بیشتری را به همراه داشته باشد و این در حالی است که به نظر می‌رسد در کشور ما به منظور آموزش به بیمار، استفاده از مدل‌های آموزشی چندان استفاده‌ای را نداشته باشد و از سوی دیگر استفاده از مدل‌های آموزشی در بین جوامع با فرهنگ‌های متفاوت می‌تواند نتایج متفاوتی را نشان دهند و بایستی که متناسب با سطح دانش و فرهنگ آن جامعه مدلی مناسب را انتخاب نمود. به همین منظور پژوهش حاضر با هدف مقایسه تأثیر اجرای دو مدل آموزشی مبتنی بر رعایت و مدل توانمندسازی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم طراحی و انجام گردید.

## روش مطالعه

پژوهش نیمه تجربی حاضر، تأثیر دو مدل آموزشی را بر کیفیت زندگی ۷۰ بیمار آسمی مراجعه‌کننده به یکی از کلینیک‌های درمانی شهر کرمان در سال ۱۳۹۰ پس از کسب اجازه از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی

امروزه بیماری آسم به عنوان یک بیماری مزمن به یکی از جدی‌ترین مشکلات بهداشتی تبدیل گشته است. مشکلات ناشی از این بیماری، همواره سبب تحمیل هزینه‌های سنگین درمانی به بیماران و سیستم‌های درمانی بوده است. براساس گزارش جهانی نزدیک به ۳۰۰ میلیون نفر در سطح جهان گرفتار این بیماری بوده و از آن رنج می‌برند. کشور ما ایران از نظر تعداد بیماران مبتلا به بیماری آسم در حد متوسط جهانی قرار دارد. براساس آمار اعلام شده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۸۷، میزان شیوع بیماری آسم در بین ایرانیان ۱۰٪ می‌باشد که سبب شده تا این بیماری جزء شایع‌ترین بیماری‌های مزمن در ایران قرار گیرد (۱). بیماری‌های مزمن به دلیل طولانی بودنشان و ایجاد اختلال در فعالیت جسمی، اجتماعی، شغلی و غیره، همواره کیفیت زندگی بیماران را متأثر از خود می‌سازند. بیماری آسم نیز به عنوان یک بیماری مزمن از این نظر مستثنی نبوده و می‌تواند ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران را تحت تأثیر قرار دهد (۲).

یکی از عواملی که می‌تواند کیفیت زندگی بیماران آسمی را تحت تأثیر قرار دهد، عدم آگاهی و دانش این گروه از بیماران نسبت به بیماری‌شان می‌باشد (۳). در این رابطه Yang و همکاران گزارش می‌کنند که ارتقای دانش و آگاهی بیماران مبتلا به آسم در مورد بیماری‌شان می‌تواند کیفیت زندگی این بیماران را بهبود بخشد (۴). جهت آموزش مؤثر بیماران و بهبود دانش آن‌ها نسبت به بیماری‌شان می‌توان از مدل‌های آموزشی متفاوتی استفاده نمود. از جمله مدل‌های مورد استفاده در آموزش بیماران مبتلا به آسم مدل آموزشی مبتنی بر رعایت و مدل توانمندسازی می‌باشد. در مدل آموزش مبتنی بر رعایت بیماران مطابق با آنچه که اعضای تیم بهداشتی به آن‌ها می‌گویند عمل می‌کنند. در این روش پزشکان به طور سنتی به بیماران توصیه می‌کنند که چه اقداماتی باید انجام دهند تا از عوارض کشنده بیماری‌ها در امان بمانند (۵). انگیزه یادگیری در این بیماران بر پایه ترس و دوری از عوارض بیماری‌شان می‌باشد.

از مفهوم توانمندسازی در علوم مختلفی استفاده شده است شایع‌ترین این علوم روان‌شناسی، پرستاری،

استفاده گردید که توسط Marks و همکاران تهیه شده بود (۱۲). این پرسشنامه شامل ۲۰ سؤال می‌باشد که کیفیت زندگی را در چهار جنبه جسمی، روانی، اجتماعی و نگرانی در مورد سلامتی مورد بررسی قرار می‌دهد. پاسخ‌ها به ترتیب در پنج مقیاس اصلاً (نمره صفر)، به ندرت (نمره ۱)، تا حدودی (نمره ۲)، شدید (نمره ۳) و خیلی شدید (نمره ۴) امتیازبندی می‌شوند. نمره کلی به دست آمده از پرسشنامه عددی بین ۰ تا ۸۰ می‌باشد و نمره پایین‌تر نشان‌دهنده کیفیت بهتر زندگی می‌باشد. روایی این پرسشنامه به صورت روایی محتوا توسط Marks و همکاران (۱۹۹۲) تأیید 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 به دست آمد. به منظور تعیین پایایی از روش پایایی درونی ۰/۷۵ تعیین شد. پرسشنامه پس از آماده شدن و قبل از آغاز آموزش، به بیماران که در کلینیک حضور داشتند داده شد و از آن‌ها خواسته شد تا پرسشنامه را تکمیل و تحویل دهند. این در حالی بود که اطمینان لازم در مورد محرمانه ماندن اطلاعات‌شان به آن‌ها داده شده بود و همچنین پس از توضیح اهداف پژوهش رضایت آگاهانه از آنان کسب گردید. پرسشنامه مجدداً هشت هفته بعد از اتمام آموزش جهت تکمیل به بیماران داده شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها متناسب با اهداف پژوهش از آمار توصیفی (میانگین، درصد، فراوانی) و آزمون‌های آماری مربع کای، تی‌زوج و تی‌مستقل با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS v.18 استفاده شد.

### یافته‌ها

از مجموع ۷۰ بیمار مورد بررسی ۱۵ نفر را مردان و مابقی را زنان تشکیل می‌دادند. میانگین سنی بیماران در گروه آموزش مبتنی بر رعایت ۴۷/۶ سال با انحراف معیار ۸/۵ و در گروه آموزش توانمندسازی ۴۴/۵ سال با انحراف معیار ۱۰/۹۳ بود. میانگین مدت ابتلا به بیماری آسم در گروه آموزش مبتنی بر رعایت ۹/۱۱ سال با انحراف معیار ۸/۲۵ و در گروه توانمندسازی ۹/۸۳ سال با انحراف معیار

کرمان مورد بررسی قرار داد. ۷۰ بیمار به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و سپس به صورت تصادفی با استفاده از کارت‌های از قبل تهیه شده براساس جدول اعداد تصادفی در دو گروه ۳۵ نفره قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از سابقه ابتلا به آسم براساس تأیید پزشک و آزمایشات تشخیصی، سن ۱۸ سال به بالا، توانایی برقراری ارتباط و عدم شرکت قبلی در برنامه‌های آموزشی در رابطه با بیماری آسم، حداقل سابقه یک سال ابتلا به بیماری آسم. نمونه‌های دو گروه برحسب متغیرهایی چون جنسیت، وضعیت اشتغال، وضعیت تحصیلات، وضعیت تأهل، سن، مدت ابتلا به بیماری آسم، کیفیت زندگی همسان‌سازی گردیدند. هر دو گروه به مدت هشت ساعت تحت آموزش قرار گرفتند (۸). افراد شرکت‌کننده در دو گروه، براساس توانایی و تمایل‌شان برای شرکت در جلسات هفتگی به گروه‌های متفاوتی از نظر تعداد افراد شرکت‌کننده تقسیم گردیدند. جلسات به صورت هفتگی و به مدت یک جلسه دو ساعته برگزار گردید و به منظور کاهش خستگی بیماران این جلسات به دو جلسه یک ساعته به فاصله نیم ساعت تقسیم گردیدند. در یک گروه آموزش مبتنی بر رعایت که همان آموزش سنتی رایج است داده می‌شد، بدین صورت که محقق طی جلسات آموزشی که برای این بیماران گذاشته شده بود با روش سخنرانی به بیماران آموزش‌های لازم در مورد بیماری‌شان را می‌داد و بیماران هیچگونه مشارکتی در امر یادگیری خویش نداشتند. در گروه توانمندسازی، در شروع اولین جلسه، آموزش‌دهنده به طور خلاصه سرفصل‌های برنامه درسی و خودمدیریتی آسم را بیان می‌کرد. شرکت‌کنندگان تجارب زندگی خود در رابطه با بیماری آسم را مطرح کرده و نیازهای یادگیری‌شان شناسایی می‌شد و بر پایه نیازهای یادگیری افراد، موضوعات جلسه آموزش از طریق تعامل بین آموزش-دهنده و شرکت‌کنندگان تعیین می‌گردید و با استفاده از روش‌های حل مسأله به رفع مشکلات خویش می‌پرداختند. لازم به ذکر است که محتوای آموزشی در هر دو گروه به تأیید متخصصان در زمینه بیماری آسم رسیده بود. به منظور بررسی سطح کیفیت زندگی بیماران شرکت‌کننده از پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی در بزرگسالان مبتلا به آسم با نام اختصاری AQLQ= Asthma Quality of life Questionnaire

کیفیت زندگی بین دو گروه قبل از آموزش را یکسان نشان داد ( $p=0/19$ ).

نتایج آزمون آماری تی‌زوج نشان داد که میانگین نمره کلی کیفیت زندگی بعد از آموزش در هر دو گروه نسبت به میانگین نمره کیفیت زندگی قبل از آموزش در همان گروه به شکل معناداری کاهش یافته بود. در گروه مبتنی بر رعایت نمره کلی کیفیت زندگی به  $27/1$  با انحراف معیار  $12/4$  و در گروه توانمندسازی به  $20/37$  با انحراف معیار  $10/18$  رسیده بود. در هر دو گروه بالاترین میانگین نمره مربوط به بعد جسمی و پایین‌ترین میانگین نمره در رابطه با بعد اجتماعی بود. اگرچه میانگین نمره کیفیت زندگی قبل و بعد از آموزش در گروه توانمندسازی کمتر از گروه مبتنی بر رعایت بود ولی نتایج آزمون آماری تی‌مستقل اختلاف آماری معناداری را در بهبود میانگین کیفیت زندگی بین دو گروه نشان نداد ( $p=0/4$ ). جدول شماره ۱ چگونگی تغییر در نمره کسب شده از پرسشنامه کیفیت زندگی را در ابعاد مختلف قبل و بعد از آموزش در هر دو گروه مورد مطالعه نشان می‌دهد.

بود. آزمون مربع کای نشان داد که دو گروه از نظر جنسیت، سطوح سن، وضعیت اشتغال، وضعیت تحصیلات، وضعیت تأهل، مدت ابتلا به آسم و کیفیت زندگی تفاوت معناداری نداشتند. جهت تعیین نرمال بودن داده‌های کیفیت زندگی از آزمون K-S دو طرفه استفاده گردید که براساس آن داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار بودند. از آزمون تی‌مستقل جهت تعیین همسان‌سازی دو گروه استفاده گردید.

میانگین نمره کلی کیفیت زندگی قبل از شروع دوره آموزشی در گروه رعایت  $37/4$  با انحراف معیار  $16/1$  و در گروه توانمندسازی  $32/85$  با انحراف معیار  $12/31$  بود. در گروه آموزش مبتنی بر رعایت بیشترین نمره کسب شده (پایین‌ترین کیفیت) به بعد جسمی بیماران اختصاص یافته بود و کمترین نمره (بالاترین کیفیت) به بعد نگرانی در رابطه با سلامتی اختصاص یافته بود. بیماران در گروه توانمندسازی نیز بیشترین نمره را از بعد جسمی کسب کرده بودند و کمترین نمره را در بعد اجتماعی دریافت نموده بودند. نتایج آزمون آماری تی‌مستقل میانگین نمره

جدول ۱- مقایسه نمره ابعاد کیفیت زندگی گروه آموزش مبتنی بر رعایت و آموزش توانمندسازی قبل و بعد از مداخله

ابعاد	گروه	میانگین قبل از مداخله (±انحراف معیار)	میانگین بعد از مداخله (±انحراف معیار)	نتیجه آزمون تی‌زوج p-value
بعد جسمی	توانمندسازی	$9/02 (\pm 3/71)$	$5/77 (\pm 2/86)$	$0/00$
	مبتنی بر رعایت	$9/1 (\pm 3/99)$	$8 (\pm 3/76)$	$0/00$
بعد روانی	توانمندسازی	$6/85 (\pm 3/59)$	$3/85 (\pm 3/06)$	$0/00$
	مبتنی بر رعایت	$7/37 (\pm 3/67)$	$5/14 (\pm 2/73)$	$0/00$
بعد اجتماعی	توانمندسازی	$5/25 (\pm 2/71)$	$3/57 (\pm 2/4)$	$0/00$
	مبتنی بر رعایت	$7/17 (\pm 3/65)$	$4/74 (\pm 2/96)$	$0/00$
بعد نگرانی	توانمندسازی	$6/94 (\pm 2/62)$	$4/45 (\pm 2/76)$	$0/003$
	مبتنی بر رعایت	$6/74 (\pm 3/18)$	$5/42 (\pm 2/68)$	$0/00$

(۱۳ و ۱۴). نتایج پژوهش حاضر نیز در این رابطه نشان داد که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم از وضعیت چندان مناسبی برخوردار نیست. در همین زمینه Ford و همکاران در سال ۲۰۰۳ معتقدند که بیماری آسم، ابعاد مختلف زندگی بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد و فعالیت‌های جسمی، روانی و اجتماعی آن‌ها را محدود می‌سازد و در نتیجه کیفیت زندگی آن‌ها را دستخوش تغییر می‌گردد (۱۵) نامطلوب بودن میانگین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم در ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی احتمالاً به این دلیل می‌باشد که این بیماران به علت عدم توانایی در انجام تهویه مناسب و

## بحث

در رابطه با مقایسه تأثیر دو مدل آموزشی بر کیفیت زندگی بیماران، که هدف اصلی پژوهش حاضر بود، یافته‌ها نشان داد که تفاوت آماری معناداری بین دو مدل آموزشی وجود نداشت و هر دو مدل آموزشی باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران گردیدند.

آسم یک بیماری مزمن است که می‌تواند تأثیرات منفی را در رابطه با کیفیت زندگی بیماران به همراه داشته باشد. پژوهش‌های گذشته نشان داده‌اند که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم از وضعیت مناسبی برخوردار نیست

## نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر بار دیگر نشان داد که کیفیت زندگی بیماران آسمی در وضعیت مطلوبی قرار ندارد و نیاز به آموزش این بیماران به شدت نیاز امروز سیستم‌های مراقبتی و درمانی کشور ما می‌باشد. استفاده از مدل‌های آموزشی متناسب با فرهنگ جامعه یکی از راهکارهای ارتقای دانش بیماران در رابطه با بیماری‌شان می‌باشد و کاربرد صحیح آن‌ها می‌تواند سبب ارتقای کیفیت زندگی بیماران گردد. تیم مراقبتی و درمانی در کشور ما باید به امر آموزش در رابطه با بیماران دارای بیماری‌های مزمن به مانند بیماران مبتلا به آسم توجه خاصی را مبذول دارند. پژوهشگران پیشنهاد می‌نمایند که مطالعات مختلف تأثیر مدل‌های آموزشی متفاوت را در رابطه با بیماران دارای بیماری‌های مزمن مورد بررسی قرار دهند تا با انتخاب مدل آموزشی مؤثر و متناسب با فرهنگ آن جامعه باعث ارتقای هرچه بیشتر کیفیت زندگی این بیماران گردند.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به مدت زمان محدود اجرای برنامه‌های آموزشی اشاره کرد، بنابراین اثرات درازمدت برنامه‌های 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 به دست آورد.

## تشکر و قدردانی

از دانشگاه علوم پزشکی کرمان به دلیل حمایت‌های مالی تقدیر و تشکر می‌نمایم.

علائم ناشی از آن دچار اختلال در فعالیت شده و سطح تحمل آن‌ها نسبت به فعالیت جسمی محدود می‌شود. این مسأله موجب می‌شود که این افراد در مقایسه با افراد سالم از عملکرد جسمی مطلوبی برخوردار نباشند و شخص بیمار در انجام مسؤولیت‌های فردی و اجتماعی دچار مشکل شود و این امر موجب احساس بی‌کفایتی در فرد شده و اعتماد به نفس وی را مختل می‌سازد. متعاقب آن فرد دچار اضطراب، افسردگی و اندوه خواهد شد که این مسأله تعاملات اجتماعی وی را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد و موجبات انزوای اجتماعی او را فراهم می‌آورد (۱۶).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش بیماران آسمی می‌تواند کیفیت زندگی این بیماران را ارتقاء بخشد. در این رابطه بین تمامی پژوهش‌های گذشته و پژوهش حاضر هم‌خوانی وجود دارد (۱۷-۱۹). این موضوع بسیار واضح است که آموزش در هر زمینه‌ای می‌تواند سبب بهبود دانش شده و در نتیجه تغییرات مثبتی را با خود به همراه داشته باشد ولی نکته مهمی که در پشت این موضوع بدیهی پنهان شده این است که آموزش بیماران در پژوهش حاضر با هر روشی، به شکل قابل ملاحظه‌ای میانگین کیفیت زندگی بیماران را دستخوش تغییرات مثبت نمود. سؤال نگران‌کننده‌ای که در این قسمت مطرح است این است که آیا بیماران در کشور ما تا به این حد نیازمند به آموزش‌اند که تغییرات بزرگی طی یک دوره کوتاه آموزشی در کیفیت زندگی آن‌ها ایجاد گردید؟ و یا این که آیا در سیستم درمانی ما به امر آموزش که می‌تواند سبب ایجاد تغییرات مثبت بسیار در کیفیت زندگی بیماران آسمی گردد توجه ناچیزی می‌شود؟ پاسخ مثبت به این سوالات می‌تواند کیفیت خدمات ارائه شده به بیماران را با چالش‌های فراوانی مواجه سازد.

## منابع

- 1 - Arash M, Shoghi M, Tajvidi M. [Assessing effects of asthma on patients' functional status and life]. J Urmia Nurs Midwifery Fac. 2010; 8(1): 1. (Persian)
- 2 - Pedram razi SH, Bassampur SH, Kazemnezhad A. [Quality of life in asthma patients]. J Hayat Med. 2007; 13(1): 29-34. (Persian)
- 3 - Urek MC, Tudoric N, Plavec D, Urec R, Milenovie 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.

- 4 - 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: 768-774.
- 5 - Lorig K. Patient Education: A practical approach. London: Sage Publications; 2001. P. 163.
- 6 - Perkins DD. Speaking truth to power: empowerment ideology as social intervention and policy. *AMJ community psycho.* 1995; 23(5): 765-94.
- 7 - Adolfson ET, Bibbi E, Gregeby L, Wikblad K. Implementing empowerment group education in diabetes. *Patients Edu counsel.* 2004; 53: 319-324.
- 8 - Figar S, Galarza C, Petrlik E, Hornstein L, Rodriguez G, Waisman G, et al. Effect of education on blood pressure control in elderly persons. *American Journal of Hypertension.* 2005; 19: 737-743.
- 9 - Bodenheimer T, Wangner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model. *JAMA.* 2002; 288(15): 1909-1914.
- 10 - Cote 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.
- 11 - Gibson PG, Powell H, Wilson A, Abramson MJ, Haywood P, Bauman A, et al. Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma. *The Cochrane Database of systematic Reviews.* 2009; 3: 12.
- 12 - Marks GB, Dunn SM, Woolcock AJ. A scale for the measurement of quality of life in adults with asthma. *J Clin Epidemiol.* 1992 May; 45(5): 461-72.
- 13 - Anderson KI, Burckhardt CS. Conceptualization and measurement of quality of life as an outcome variable for health care intervention and research. *Journal of Advanced Nursing.* 1999; 29(2): 298-360.
- 14 - Strine WT, Chamman PD, Balluz SL, Moriarty GD, Mokdad HA. The Associations Between Life Satisfaction and Health-related Quality of Life, Chronic Illness, and Health Behaviors among U.S. Community-dwelling Adults. *Community Health.* 2008; 33(1): 40-50.
- 15 - Ford ES, Mannino DM, Homa DM, Gwynn C, Redd SC, Moriarty DG, et al. self reported asthma and health related quality of life. *Chest.* 2003; 123(1): 119-127.
- 16 - Shahryar B, Yarandi N, Ahmadi Z, Hoseini Z. [The effect of Respiratory exercise on quality of life asthmatic patients]. *Iran Journal of Nursing.* 2004; 17(38): 16-24. (Persian)
- 17 - Ram SF, Picot J. Benefits of regular exercise in the treatment and management of bronchial asthma. *Evidence-base Sports Medicine.* 2007; 12(2): 243-246.
- 18 - Costa Mdo R, Oliveira MA, Santoro IL, Juliano Y, Pinto JR, Fernandes AL. Educational camp for children with asthma. *J Bras Pneumol.* 2008 Apr; 34(4): 191-5.
- 19 - Griffiths C, Motlib J, Azad A, Ramsay J, Eldridge S, Feder G, et al. Randomised controlled trial of a lay-led self-management programme for Bangladeshi patients with chronic disease. *Br J Gen Pract.* 2005 Nov; 55(520): 831-7.

## Effect of two educational models based on compliance and empowerment on the quality of life of patients with asthma

Nassehi<sup>1</sup> A (MSc.) - Borhani<sup>2</sup> F (Ph.D) - Abbaszadeh<sup>3</sup> A (Ph.D) - Arab<sup>4</sup> M (MSc.) - Samareh-fekri<sup>5</sup> M (MD).

**Introduction:** Quality of life of patients with asthma is affected by many factors including the lack of knowledge about the disease. Different training methods with different outcomes have been applied to improve the quality of life of these patients. The aim of this study was to design to investigate and compare the effect of two educational models based on compliance and empowerment on the quality of life of patients with asthma.

**Methods:** In this s quasi-experimental study, the effect of two educational models on quality of life of 70 patients with asthma was assessed. The samples were randomly assigned into two groups. The training was based on the compliance model (CM) and patient empowerment model (PEM) in each group. Both groups completed the asthma quality of life questionnaire before the intervention and eight weeks after it. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics.

**Results:** The mean age of the patients was 47.6 years in the CM group and 44.5 years in PEM group. The mean scores for overall and dimensions of quality of life and self management knowledge were not significantly different between the groups before and after the intervention ( $P>0.05$ ). Significant increase in the mean scores of overall and dimensions of quality of life and self management knowledge after the intervention in comparison with the scores before the intervention in both groups was reported ( $P<0.05$ ).

**Conclusion:** Both training methods improved quality of life patients with asthma. The role of education in order to improve the quality of life for patients with asthma should be considered by health care team members especially nurses.

**Key words:** Compliance-based educational model, empowerment educational model, quality of life, patients with asthma

Received: 19 February 2013

Accepted: 11 May 2013

1 - Instructor, Master of Nursing Education, Faculty of Nursing & Midwifery, Bam University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2 - Assistant Professor, School of Nursing & Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

3 - Corresponding author: Associate Professor, School of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

**e-mail:** aabaszadeh@hotmail.com

4 - Instructor, Faculty of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

5 - Department of Internal Medicine, Kerman University of Medical sciences, Kerman, Iran