

اثربخشی مداخله آموزشی - روانشناختی کوتاه (روش آموزش خود - تدبیری و اصلاح رفتار) در ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری انسداد مزمن ریه

دکتر رضا باقریان سرارودی*، دکتر نرگس عطاران**، دکتر مریم کی پور**، دکتر غلامرضا خیرآبادی***
دکتر محمدرضا مرائی****

دریافت: ۸۷/۳/۱۹ ، پذیرش: ۸۷/۷/۱۳

چکیده:

مقدمه و هدف: گرچه کاربرد برنامه های آموزشی-روانشناختی به منظور ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری انسداد مزمن ریه توصیه شده است اما تا به امروز اثربخشی این برنامه ها به ویژه شیوه کوتاه و ساده شده آنها نامشخص بوده است. هدف از این مطالعه ارزیابی اثربخشی یک برنامه کوتاه مداخله آموزشی-روانشناختی با روش آموزش خود-تدبیری و اصلاح رفتار ویژه بیماران مبتلا به بیماری انسداد مزمن ریه بر کیفیت زندگی این بیماران بود.

روش کار: به منظور دستیابی به هدف مذکور در یک مطالعه کارآزمایی بالینی، ۴۲ بیمار با تشخیص قطعی بیماری انسداد مزمن ریه (COPD) که به صورت پی در پی به درمانگاههای ریه مراکز نور و الزهرا اصفهان مراجعه نموده بودند بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند و در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. بیماران گروه مداخله علاوه بر درمانهای طبی معمول، طی ۸ جلسه هفتگی یک ساعته تحت تاثیر مداخله آموزشی - روانشناختی ویژه بیماران مبتلا به بیماری انسداد مزمن ریه قرار گرفتند و گروه کنترل فقط تحت درمانهای طبی معمول قرار داشتند. ارزیابی توسط فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت در سه مقطع قبل از درمان، پس از درمان و سه ماه پس از درمان انجام گرفت. سپس داده های جمع آوری شده با استفاده از تحلیل کواریانس و تحلیل کواریانس با اندازه های تکراری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: نتایج حاصل از تحلیل کواریانس با اندازه های تکراری بین دو گروه در چهار بعد کیفیت زندگی شامل بعد فیزیکی ($P < 0.0001$ و $F=19/303$)، بعد روانشناختی ($P < 0.002$ و $F=10/53$)، بعد اجتماعی ($P < 0.000$ و $F=4/2$) و بعد محیطی ($P < 0.006$ و $F=8/635$) تفاوت معناداری را نشان داد. همچنین نتایج تحلیل کواریانس داده های مرحله پیگیری در سه ماه پس از مداخله تفاوت معناداری بین دو گروه در سه بعد کیفیت زندگی شامل بعد فیزیکی ($P < 0.0001$ و $F=14/157$)، بعد اجتماعی ($P < 0.026$ و $F=5/35$) و بعد محیطی ($P < 0.042$ و $F=8/43$) را نشان داد. مهذا تفاوت معناداری بین دو گروه در بعد روانشناختی ($P < 0.077$ و $F=3/289$) مشاهده نشد.

نتیجه نهایی: گرچه مطالعه روی نمونه های بزرگتر با پیگیری طولانی تر به منظور بررسی اثر بخشی روشهای مداخله مورد نظر ضروری است اما یافته های این پژوهش تاثیر مداخله آموزشی - روانشناختی چند وجهی خلاصه شده شامل خود-تدبیری و اصلاح رفتار ویژه بیماران مبتلا به بیماری انسداد مزمن ریه توام با نظارت مستمر درمانگر را بر ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران تایید نمود. همچنین به نظر می رسد که اثر بخشی هر برنامه مداخله آموزشی - روانشناختی متضمن تناسب با ابعاد مختلف کیفیت زندگی و بکارگیری مولفه های موثر آن در یک شیوه قابل فهم و قابل اجراء برای بیماران می باشد. این دستاورد می تواند نکته قابل توجهی باشد که در مطالعات قبلی کمتر مورد توجه بوده است.

کلید واژه ها: آموزش خود - تدبیری / اصلاح رفتار / بیماری انسداد مزمن ریه / کیفیت زندگی / مداخله آموزشی - روانشناختی

* استادیار گروه روانپزشکی دانشکده پزشکی و عضو مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (bagherian@med.mui.ac.ir)

** دستیار گروه روانپزشکی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

*** استادیار مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

**** استادیار گروه آمار و اپیدمیولوژی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

مقدمه :

مورد تاکید قرار دادند. معهدا اشاره ای به روشهای خاص مداخله روانشناختی موثر تر و راهبردهای مفیدتر بکارگیری آنها نداشتند (۱۳). همچنین بوربیو و همکاران در مطالعه سیستماتیک دیگری شواهد جدیدی از مطالعات ارائه نمودند که نشان می دهد برنامه های آموزش ویژه این بیماران که مبتنی بر خود - تدبیری (Self-Management) و اصلاح رفتار (Behavioral Modification) است می توانند در جهت افزایش دانش، مهارت، خود-کارآمدی (Self-Efficacy) و اصلاح رفتارهای مرتبط با بیماری در جهت کمک به درمان خویش مؤثر باشند. با این وجود این پژوهشگران ایجاد مداخلات خود-تدبیری کوتاه تر و روشهای ساده تر اصلاح رفتار را توصیه نموده و بررسی و مطالعه اثر بخشی آنها را در آینده پیشنهاد کرده اند (۱۴) در حالیکه ناین و همکاران در مقایسه تاثیر سه روش مداخله آموزش خود - تدبیری بر افسردگی و کیفیت زندگی بر بیماران مبتلا به بیماری انسداد مزمن طی دو ماه تعداد بیشتر جلسات مداخله درمان در مقایسه با روشهای فشرده را موثرتر دانستند (۱۵)

بوربیو و همکاران در مطالعه ای اثر یک برنامه جامع چند وجهی شامل خود-تدبیری و اصلاح رفتار که به مدت ۲ ماه بر روی بیماران مبتلا به بیماری انسداد مزمن ریه اجرا گردید را مورد ارزیابی قرار دادند. در حالیکه این پژوهشگران بهبودی قابل توجهی را بر نمرات کیفیت زندگی این بیماران گزارش نمودند (۸)، مونین خوف و همکاران در مطالعه ای دیگری نتیجه گیری نمودند که برنامه آموزش خود-تدبیری اختصاصی بیماران مبتلا به بیماری انسداد مزمن ریه هیچگونه تاثیری بر کیفیت زندگی این بیماران ندارد (۱۶،۱۷). همچنین گادوری و همکاران در ارزیابی تاثیرات دراز مدت مداخله روانشناختی - آموزشی شامل آموزش روش خود-تدبیری بر دفعات بستری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری انسداد مزمن ریه مشاهده نمودند این روش در مقایسه با روش درمان معمول سبب کاهش بیشتر دفعات بستری و بهبودی بیشتر کیفیت زندگی این بیماران می شود (۱۸). مک جوچ و همکاران در یک کارآزمایی بالینی نشان دادند که برنامه خود-تدبیری و آموزش ساختار یافته بر افزایش دانش خود-

بیماری انسداد مزمن ریه (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) به عنوان یک بیماری شایع، ناتوان کننده و چهارمین علت مرگ و میر در دنیا شناخته شده است (۱،۲). تخمین زده می شود این بیماری تا سال ۲۰۲۰ از نظر هزینه های پزشکی در رتبه پنجم قرار گیرد (۳). بیماری انسداد مزمن ریه با دوره های ناگهانی تشدید علایم ریوی موجب وخامت بیشتر وضعیت سلامتی بیمار می شود (۴-۶). در اغلب موارد این دوره ها منجر به بستری مکرر بیماران می گردد (۷،۸). تقریباً ۵۰٪ بیماران مبتلا به انسداد مزمن ریه در طی یک سال پس از ترخیص حداقل یکبار دیگر بستری مجدد دارند (۵،۹). این بیماری به دلیل ایجاد چالش های فراوان، ابعاد گوناگونی یافته است و در محافل علمی بین المللی مورد توجه ویژه ای قرار گرفته است. از جمله ابعاد مورد توجه پژوهشگران، کیفیت زندگی (Quality of Life) این بیماران می باشد که تأثیر چشمگیری روی توانایی های عملکردی این بیماران داشته است (۱۰،۱۱). اکثر یافته های پژوهشی بیانگر اثرات منفی بیماری بر کیفیت زندگی این بیماران می باشد (۱،۴). لذا علاوه بر درمان های طبی مداخلات غیر دارویی به منظور ارتقاء و بهبودی کیفیت زندگی این بیماران اهمیت ویژه ای پیدا نموده است (۱۱،۱۲). تا به حال روش های گوناگونی به منظور ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران مورد استفاده قرار گرفته است.

دیوین و پیرسی در یک بررسی سیستماتیک بر روی چند مطالعه در مورد اثرات آموزش، ورزش و مداخلات رفتاری و روانشناختی بر روی بیماران بزرگسال مبتلا به بیماری انسداد مزمن ریه نتیجه گرفتند که مداخلات بطور معنادار دارای اثرات سودمندی بر بهزیستی روانشناختی بیماران بوده است و لیکن بر عملکرد ریوی آنان تأثیر معناداری نداشته است. معهدا این پژوهشگران در بررسی های دقیق تر بر روی نمونه های کوچکتر از مطالعات مذکور نتایج متفاوتی به دست آورده اند و نشان داده اند که برخی پژوهشهای انجام شده دارای اشکالات بوده و لذا مطالعات معتبرتری را در آینده پیشنهاد نموده اند (۱۲).

دیگرامر و همکاران در یک مطالعه مروری فقط بکارگیری ترکیب مداخله روانشناختی و دارویی را در درمان بیماران مبتلا به بیماری انسداد مزمن ریه

تدبیری بیماران مؤثر بوده است لیکن هیچ تأثیری بر کیفیت زندگی، کاهش شدت بیماری، تعداد بستری و سلامت روانی این بیماران نداشته است (۱۹).

اخیرا افینگ و همکاران در یک بررسی مروری وسیع روی مطالعات گوناگون مدعی شدند که گرچه به نظر می رسد مداخلات آموزشی-روانشناختی (Psychoeducational Intervention) می تواند فوایدی را برای بیماران مبتلا به بیماری انسداد مزمن ریه در بر داشته باشد اما به دلیل تنوع روشهای ارزیابی و متدولوژیکی نمی توان به یک نتیجه گیری قاطع دست یافت (۲۰). علیهذا تناقض نتایج مطالعات مورد اشاره و توصیه بوربویو و همکاران مبنای طراحی پژوهش حاضر بود.

در اکثر مطالعات فوق الذکر افزودن روشهای روانشناختی گوناگون یا ترکیبی از آنها با سبک سنتی و طولانی مدت به درمانهای معمول طبی مورد ارزیابی قرار گرفته است. معهدا با توجه به تناقض یافته های آنها در جمع بندی نمی توان به نتیجه روشنی رسید. از طرف دیگر همانگونه که ملاحظه شد اخیرا پژوهشگران بررسی اثربخشی روشهای ساده تر و کوتاه مدت را نیز توصیه نموده اند که کمتر مورد توجه قرار گرفته است. علیهذا این توصیه نیز اساس طراحی این مطالعه واقع شد. به طور کلی با توجه به مباحث فوق به نظر رسید لازم است اثربخشی اضافه نمودن روشهای مداخله روانشناختی ساده و کوتاه مدت به درمانهای طبی معمول بر بهبود کیفیت زندگی این بیماران مورد بررسی قرار گیرد. ضمنا با بررسی منابع موجود هیچ مطالعه ای در مورد اثر مداخلات روانشناختی (با توجه به نقش شرایط فرهنگی-اجتماعی بر اثربخشی مداخلات روانشناختی) بر نمونه های ایرانی از بیماران مبتلا به بیماری انسداد مزمن ریه انجام نگرفته است. بنابر این مطالعه حاضر بمنظور تعیین اثربخشی افزودن آموزش خودتدبیری و روش اصلاح رفتار به عنوان یک مداخله روانشناختی-آموزشی ساده و کوتاه به درمان طبی استاندارد بر ارتقاء کیفیت زندگی بیماران ایرانی مبتلا به بیماری انسداد مزمن ریه طراحی گردید.

روش کار:

آزمودنیها: مطالعه حاضر یک کارآزمایی بالینی تصادفی است که از اوایل اردیبهشت ماه ۱۳۸۶ الی اواخر آبانماه ۱۳۸۶ در درمانگاههای ریه بیمارستان های نور و الزهراء اصفهان انجام شد. طرح پژوهش این مطالعه در شورای

پژوهشی مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مورد تصویب قرار گرفت و پروتکل آن هیچ گونه تضادی با موازین کمیته اخلاق پژوهش نداشت. همچنین موافقت کتبی و آگاهانه از هر کدام از بیماران شرکت کننده در این پروژه اخذ گردید.

نمونه مورد مطالعه شامل ۴۲ بیمار بین ۴۰ تا ۶۰ سال با میانگین سنی ۵۶/۶ (انحراف معیار ۵/۷۶) مراجعه کننده به درمانگاههای ریه مراکز پزشکی نور و الزهرا بودند که بر اساس معیارهای انجمن توراخس آمریکا توسط متخصص ریه مورد تشخیص ابتلا به بیماری انسداد مزمن ریه قرار گرفتند. آزمودنیها اکثرا مرد (۶۹٪)، متاهل (۷۹٪)، و عمدتا با تحصیلات ابتدائی (۸۰٪) بودند. اکثر آنها تعداد دفعات بستری مکرر داشتند.

این بیماران به روش نمونه گیری در دسترس با در نظر داشتن معیارهای ورود و خروج انتخاب گردیدند و به صورت تصادفی در گروههای مداخله و کنترل قرار داده شدند. ضمنا نمونه اولیه شامل ۴۸ بیمار در دو گروه مداخله و کنترل بود که ۴ بیمار از گروه مداخله و ۴ بیمار از گروه کنترل در طی مداخله به دلایل مختلف مطالعه را رها نمودند و یا دسترسی به آنها غیر ممکن شد. معیارهای ورود: ۱) تشخیص ابتلا به بیماری انسداد مزمن ریه، ۲) داشتن سواد و آگاهی کافی جهت تکمیل پرسشنامه ها، ۳) موافقت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه، ۴) داشتن حداقل توانایی جسمی و شناختی لازم جهت شرکت در مداخلات روانشناختی. معیارهای خروج: ۱) وجود بیماری پزشکی جدی و محدود کننده دیگری که موجب کاهش امید به زندگی شود، ۲) وجود اختلال عمده روانپزشکی در بیمار، ۳) ممکن نبودن پی گیری بیمار طی مداخله و پیگیری، ۴) تشخیص اولیه آسم، ۵) بستری در بیمارستان در حین انجام مداخله، ۶) درمان غالب با اکسیژن ۷) بروز استرس های جدی و غیر مترقبه در طی مطالعه.

ارزیابی: ارزیابی کیفیت زندگی درسه مقطع قبل از مداخله به عنوان خط پایه (Baseline)، پس از مداخله و سه ماه پس از مداخله به عنوان پیگیری انجام گرفت. این ارزیابیها توسط فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت انجام گردید. این پرسشنامه فرم خلاصه شده مقیاس ۱۰۰ ماده ای کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت می باشد که دارای ۲۶ آیتم در مقیاس لیکرتی بین ۱ تا ۵ است و جنبه های کیفیت زندگی را مورد

مورد بیماری، داروها، عوارض جانبی داروها، طرز استفاده صحیح از داروها و تکنیک های تنفسی به منظور به حداقل رساندن تنگی نفس بود. همچنین روش مداخله استفاده از یک برنامه عملی خود-تدبیری در مواقع تشدید علائم بیماری و حالات مختلف بیماری را نیز شامل می شد. بکارگیری این برنامه شامل آموزش بازشناسی موقعیتهای زیر می گردید: (۱) زمانی که احساس رضایت از حال عمومی خویش دارند (۲) زمانی که علائم بیماری در حد متوسط شدت می یابد (۳) زمانی که علائم بیماری به شدت افزایش می یابد (۴) زمان بروز نشانه های خطر بیماری. ضمناً "تعریف هریک از حالات فوق براساس علائم و نشانه های بیماری توسط جداول ترسیم شده در اختیار بیماران قرار می گرفت. همچنین آموزش اصلاح رفتار به منظور ایجاد سبک زندگی سالم شامل ترک سیگار، اجتناب از محیط های با هوای آلوده، ایجاد عادات سالم خواب، اصلاح تغذیه، ایجاد عادات سالم جنسی، شیوه های کنترل هیجانات، برنامه ریزی به منظور فعالیتهای اوقات فراغت، تنظیم برنامه مسافرت و تنظیم برنامه ورزشی منظم و ساده در منزل بخشی دیگر از پروتکل مداخله ای بود. بخش دیگر پروتکل مداخله آموزشی-روانشناختی شامل مداخلات رفتاری متمرکز بر کاهش مشکلات شایع از جمله کاهش سرما خوردگی، افزایش خود-کارآمدی، اعتماد به نفس، کاهش احساس عدم امنیت و کاهش محدودیت روابط با دوستان و اعضای خانواده بود.

گروه مداخله علاوه بر دریافت مداخله آموزشی-روانشناختی، تحت درمانهای پزشکی معمول زیر نظر فوق تخصص ریه قرار داشتند. همچنین استفاده از آموزشهای موجود در مداخله در این گروه در طی مطالعه با تماس های تلفنی مورد پی گیری قرار گرفت. بیماران گروه کنترل فقط تحت درمانهای طبی معمول توسط فوق تخصص ریه قرار داشتند و در سه مرحله ارزیابی شرکت کردند. پزشکان معالج هر دو گروه مداخله و کنترل شامل دو فوق تخصص ریه شاغل در مرکز پزشکی نور اصفهان بودند.

روش تحلیل داده ها :

داده های جمع آوری شده طی سه مرحله ارزیابی با استفاده از روشهای تحلیل کواریانس و تحلیل کواریانس با اندازه های تکراری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در مقایسه ویژگیهای خط پایه دو گروه مداخله و کنترل از آزمون آماری t مستقل و مجذور کا استفاده گردید.

ارزیابی قرار می دهد. این مقیاس نیز حاوی یک سؤال کلی در مورد احساس کلی فرد از زندگی خویش می باشد و مابقی آیتمها احساس و رفتار فرد را در دو هفته اخیر در ابعاد مختلف اندازه گیری می نماید که شامل: (۱) بهداشت و سلامت جسمی (فعالتهای فیزیکی، وابستگی به مواد و داروهای کمکی، تحرک، درد و احساس ناراحتی، خواب و استراحت و توانایی انجام کارها)، (۲) روانشناختی (احساس بیمار نسبت به وضع ظاهری بدن، احساسات مثبت و منفی، یادگیری، تفکر، حافظه، تمرکز، اعتماد به نفس و رفتارهای شخصی)، (۳) روابط اجتماعی (روابط شخصی، حمایت اجتماعی و فعالیتهای جنسی)، (۴) محیط اجتماعی (منابع مالی، آزادی و امنیت فیزیکی، دسترسی به مراقبت های بهداشتی و اجتماعی، محیط خانه، فرصت های موجود، دسترسی به اطلاعات جدید و مهارتهای مختلف، فرصت شرکت در فعالیتهای اجتماعی، محیط فیزیکی مانند آلودگی، سروصدا و ترافیک و حمل و نقل) می شود (۲۳-۲۱). در اجرای این مقیاس از بیماران خواسته شد با در نظر گرفتن احساسات و رفتارهای خویش در دو هفته اخیر به سئوالات پرسشنامه پاسخ دهند.

کیفیت روان سنجی فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت در نمونه مورد مطالعه مورد بررسی قرار گرفت. آلفای کرونباخ به عنوان همسانی درونی این مقیاس در بعد فیزیکی، روانشناختی، اجتماعی و محیطی به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۲، ۰/۷۴ و ۰/۷۷ بدست آمد. همچنین نتایج بدست آمده از آزمون و بازآزمایی این مقیاس در فاصله ۴ هفته ای در یک گروه از بیماران ریوی در بعد فیزیکی، روانشناختی، اجتماعی و محیطی به ترتیب ضرایب پایایی ۰/۶۵، ۰/۷۵، ۰/۹۰ و ۰/۸۸ نشان داد.

همچنین اعتبار محتوی این مقیاس از طریق اظهار نظر ۱۰ نفر از روان شناسان و روان پزشکان با استفاده از طیف لیکرتی شش درجه ای برای آیتمها و ده درجه ای برای کل مقیاس مورد بررسی قرار گرفت. به طور کلی نتایج استخراج شده از این ارزیابی بیانگر اعتبار خوب و رضایت بخش این مقیاس بود.

روش اجراء: روش مداخله یک روش ساده و کوتاه شامل آموزش خود-تدبیری و اصلاح رفتار بود که در ۸ جلسه آموزشی به مدت یکساعت به فواصل ۱ هفته در گروههای ۳ الی ۴ نفری اجراء گردید. این روش مداخله نیز در بر گیرنده جلسات آموزشی در مورد ارائه اطلاعات پایه در

نتایج:

شاخصهای آماری ویژگیهای جمعیت شناختی، برخی ویژگیهای طبی و کیفیت زندگی بیماران دو گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله در جدول ۱ نشان داده شده است. همچنین در این جدول بیماران گروه مداخله و کنترل از نظر ویژگیهای خط پایه با بهره گیری از تحلیل تک‌متغیری مقایسه شده اند.

جدول ۱: مقایسه ویژگیهای خط پایه در دو گروه مداخله و کنترل

| P ارزش | آزمون | گروه مداخله | | ویژگیهای خط پایه |
|--------|----------------|-------------|-------------|-------------------------|
| | | n=۲۱ | کنترل | |
| ۰/۸۰۷ | t = ۰/۳۴۷ | ۵۶ (۲۴) | ۵۶ (۶۲) | میانگین سن |
| ۰/۳۱۷ | $\chi^2=۰/۰۰۳$ | ۱۶ (۷۶/۲) | ۱۳ (۶۱/۹) | جنس (مرد) (%) |
| ۰/۲۵ | $\chi^2=۱/۳۷۳$ | ۱۸ (۸۶) | ۱۵ (۷۱) | تاهل (متاهل) (%) |
| | | | | تحصیلات: (%) |
| | | ۱۷ (۸۱) | ۱۷ (۸۱) | در حد ابتدائی |
| | $\chi^2=۰/۰۰۰$ | ۳ (۱۴) | ۳ (۱۴) | در حد راهنمایی |
| | | ۱ (۵) | ۱ (۵) | بالتر |
| | | | | شغل: (%) |
| | | ۵ (۲۳) | ۷ (۳۳) | بیکار |
| ۰/۱۴۲ | $\chi^2=۳/۹۰۵$ | ۱۰ (۴۸) | ۴ (۱۹) | شاغل |
| | | ۶ (۲۹) | ۱۰ (۴۸) | بازنشسته |
| ۰/۵۹۱ | t = ۰/۵۴۲ | ۲/۹ (۱۱/۸۹) | ۲/۶۲ (۱۱/۵) | میانگین دفعات بستری |
| ۰/۴۲ | t = ۰/۸۱۵ | ۷/۹ (۳/۵) | ۸/۹۵ (۴/۷) | میانگین مدت بیماری |
| | | | | رضایت کلی از زندگی: (%) |
| | | ۰ (۰) | ۱ (۵) | عدم رضایت |
| | | ۹ (۴۳) | ۵ (۲۳) | ناراضی |
| ۰/۰۴۷ | $\chi^2=۲/۵۳۴$ | ۱۰ (۴۸) | ۱۳ (۶۲) | متوسط |
| | | ۲ (۹) | ۲ (۹) | رضایت |
| ۰/۴۹۶ | t = ۰/۶۸۸ | ۲/۴۸ (۵/۹) | ۲/۶ (۵/۳) | میانگین شدت بیماری |

میانگین ابعاد کیفیت زندگی ارزیابی شده در خط پایه:

| | | | | |
|-------|-----------|--------------|--------------|------------|
| ۰/۵۹۷ | t = ۰/۵۳۳ | ۱۰/۵۳ (۱/۳۷) | ۱۰/۲۹ (۱/۶) | فیزیکی |
| ۰/۲۸۴ | t = ۱/۰۸۵ | ۱۱/۲۷ (۱/۶۷) | ۱۰/۶۷ (۱/۹۲) | روانشناختی |
| ۰/۳۱۹ | t = ۱/۰۱۱ | ۱۱/۵۵ (۲/۱۶) | ۱۰/۷۳ (۳/۰۵) | اجتماعی |
| ۰/۰۰۷ | t = ۲/۸۵۲ | ۱۱/۷ (۱/۵۳) | ۱۰/۰۷ (۲/۱) | محیطی |

نتایج در جدول ۱ نشان می دهد که دو گروه در بعد محیطی کیفیت زندگی قبل از مداخله با یکدیگر تفاوت معنادار دارند (میانگین گروه مداخله ۱۰/۰۷ و از نظر سایر میانگین گروه کنترل ۱۱/۷، $P < ۰/۰۰۷$) و از نظر سایر ویژگیهای خط پایه یکسان می باشند.

با توجه به تفاوت دو گروه از نظر بعد محیطی کیفیت زندگی در خط پایه، ارزیابی کیفیت زندگی در خط پایه به عنوان متغیر کنترل وارد مدل تحلیل کواریانس گردید و در تحلیل داده های حاصل از ارزیابی تاثیر مداخله روانشناختی در مراحل پس از درمان و پیگیری در سه ماه

پس از مداخله از روش کواریانس با اندازه های تکراری استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲: خلاصه نتایج آماری تحلیل کواریانس با اندازه های تکراری ابعاد زندگی در مقاطع پس از مداخله و پیگیری سه ماه پس از مداخله روانشناختی

| SS | df | MS | F | ارزش P | اندازه اثر توان آماری |
|--------|----|--------|--------|--------|-----------------------|
| ۴۹/۷۵۳ | ۱ | ۴۹/۷۵۳ | ۱۹/۳۰۳ | ۰/۰۰۰ | ۰/۳۳۱ |
| ۱۶/۱۱۵ | ۱ | ۱۶/۱۱۵ | ۱۰/۵۳۰ | ۰/۰۰۲ | ۰/۲۱۳ |
| ۸/۰۱۴ | ۱ | ۸/۰۱۴ | ۴/۳۰۰ | ۰/۰۴۵ | ۰/۰۹۹ |
| ۸/۶۲۲ | ۱ | ۸/۶۲۲ | ۸/۶۳۵ | ۰/۰۰۶ | ۰/۱۸۱ |

نتایج تحلیل کواریانس با اندازه های تکراری تفاوت معناداری بین دو گروه در چهار بعد کیفیت زندگی شامل بعد فیزیکی ($F=۱۹/۳۰۳$ و $P < ۰/۰۱$)، بعد روانشناختی ($F=۱۰/۵۳$ و $P < ۰/۰۰۲$)، بعد اجتماعی ($F=۴/۳$) و بعد محیطی ($F=۸/۶۳۵$ و $P < ۰/۰۰۰$) را نشان داد.

جدول ۳ نتایج تحلیل کواریانس داده های حاصل از ارزیابی تاثیر مداخله روانشناختی در مرحله پیگیری در سه ماه پس از مداخله با استفاده از روش کواریانس را نشان می دهد. این نتایج تفاوت معناداری بین دو گروه در سه بعد کیفیت زندگی شامل بعد فیزیکی ($F=۱۴/۱۵۷$) و $P < ۰/۰۰۱$)، بعد اجتماعی ($F=۵/۳۵$ و $P < ۰/۰۲۶$) و بعد محیطی ($F=۸/۴۴۳$ و $P < ۰/۰۴۲$) را نشان داد. نتایج این تحلیل در بعد روانشناختی ($F=۳/۲۸۹$) و $P < ۰/۰۷۷$) تفاوت معناداری بین دو گروه نشان نداد.

جدول ۳: خلاصه نتایج آماری تحلیل کواریانس داده های حاصل از ارزیابی در پیگیری سه ماه پس از مداخله روانشناختی

| SS | df | MS | F | ارزش P | اندازه اثر توان آماری |
|--------|----|--------|--------|--------|-----------------------|
| ۲۶/۳۰۹ | ۱ | ۲۶/۳۰۹ | ۱۴/۱۵۷ | ۰/۰۰۰ | ۲۶/۶ |
| ۳/۶۲۱ | ۱ | ۳/۶۲۱ | ۳/۲۸۹ | ۰/۰۷۷ | ۰/۰۷۸ |
| ۸/۱۳۰ | ۱ | ۸/۱۳۰ | ۵/۳۵۲ | ۰/۰۲۶ | ۰/۱۲۱ |
| ۳/۶۵۴ | ۱ | ۳/۶۵۴ | ۴/۴۳۰ | ۰/۰۴۲ | ۰/۱۰۲ |

بحث:

یافته های این مطالعه نشان داد که کاربرد برنامه فرم کوتاه و خلاصه شده مداخله روانشناختی - آموزشی شامل

بیماری انسداد مزمن ریه هدف درمان نیست، بلکه در این مداخلات هدف اصلاح رفتار، تغییر سبک زندگی و انطباق بیمار با وضعیت جسمی، محدودیتها و چالشهای حاصل از بیماری وی و نهایتاً ارتقاء کیفیت زندگی می باشد. به عبارت دیگر هدف اصلی این مداخلات بهبود شرایط روانشناختی نظیر اصلاح خلق بیمار نبوده است. بنابر این مشاهده تغییرات کمتر در بعد روانشناختی از طریق مداخلات روانشناختی - آموزشی با استفاده از روشهای اصلاح رفتار و آموزش خود-تدبیری ویژه این بیماران (که اختصاصاً "به منظور تغییر رفتار و سبک زندگی جهت انطباق با محدودیتها و چالشهای حاصل از بیماری انسداد مزمن ریه طراحی شده است) دور از انتظار نیست.

گرچه با توجه به حجم نمونه مورد مطالعه، توان آماری ۰/۵۲۵ در مورد بعد اجتماعی کیفیت زندگی در این مطالعه نیز قابل قبول می باشد اما چنانچه نمونه مورد مطالعه افزایش می یافت توان آماری مذکور نیز افزایش قابل توجهی پیدا می نمود. محدودیت حجم نمونه نیز با توجه به مقدرات و امکانات موجود امری اجتناب ناپذیر بود که در محدودیتهای پژوهش به آن اشاره خواهد شد.

با این وجود، یافته های این مطالعه با یافته های مطالعات اخیر بوربویو و همکاران (۸)، گادوری و همکاران (۱۸) و نتیجه گیری دیگران و همکاران (۱۳) در یک مطالعه مروری هماهنگ است در حالیکه با یافته های مطالعات مونیون خوف و همکاران (۱۶، ۱۷)، مک جوچ و همکاران (۱۹) و مطالعه ناین و همکاران (۱۵) (در مورد روشهای کوتاه مدت) همخوانی ندارد. عدم همخوانی یافته های این مطالعه با مطالعات اخیر احتمالاً ناشی از آنست که پژوهشگران مذکور در مداخله خود صرفاً به برنامه خود-تدبیری اکتفا نمودند در حالیکه در مطالعه حاضر شیوه مطالعه بوربویو و همکاران (۸) یک برنامه چند وجهی کوتاه و ساده شامل روش اصلاح رفتار و خود-تدبیری مورد استفاده قرار گرفت. بدیهی است که برنامه مداخله ای چند وجهی می تواند ابعاد مختلف کیفیت زندگی را تحت تاثیر قرار دهد. بنابر این با توجه به یافته های این پژوهش می توان نتیجه گیری نمود که اثر بخشی هر برنامه مداخله روانشناختی - آموزشی احتمالاً متضمن تناسب با ابعاد مختلف کیفیت زندگی و بکارگیری مولفه های موثر آن در یک شیوه قابل فهم و قابل اجراء برای بیماران می باشد. این دستاورد جدید نکته قابل توجهی است که در مطالعات قبلی مورد توجه نبوده است.

آموزش خود-تدبیری و اصلاح رفتار اختصاصی بیماران مبتلا به بیماری انسداد مزمن ریه در ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مبتلا به این بیماری تاثیر معناداری دارد و سبب تغییرات قابل توجهی در ابعاد کیفیت زندگی این بیماران تا سه ماه بعد می گردد.

مطالعات مروری دیوین و پیرسی (۱۲)، بوربویو و همکاران (۸) و افینگ و همکاران (۲۰) حاکی از نتایج متفاوت پژوهشهای انجام شده در این مورد است. باید توجه داشت که برنامه آموزش خود-تدبیری در مطالعات متفاوت کاملاً مختلف بوده است. به عنوان مثال مونیون خوف و همکاران (۱۷) اثر بخشی یک برنامه خود تدبیری توام با آموزش ورزش را مطالعه نمودند و هیچ تاثیری را مشاهده نکردند در حالیکه بوربویو و همکاران (۸) با بکار بردن یک برنامه مداخله چند وجهی کوتاه و ساده نتایج قابل توجهی را مشاهده کردند. چه بسا پیچیده نمودن این مداخلات موجب کاهش فرصت مناسب برای بهره گیری از آموزش و بکارگیری مهارت‌های موجود در این برنامه های مداخله ای در شرایط واقعی زندگی می گردد. در حالیکه برنامه روانشناختی - آموزشی که طی جلسات کافی و با شیوه ساده توام با پیگیری (به منظور پایش بیماران جهت تاکید بر استفاده مناسب از آموزه های موثر) در این برنامه ها انجام شود، بتواند اثرات قابل توجهی بر شرایط بیمار و ارتقاء کیفیت زندگی آنان بنماید.

در مطالعه حاضر بیماران طی سه ماه بعد از مداخله نیز همچنان از طریق مکالمات کوتاه تلفنی تحت پایش و بررسی قرار گرفتند. یافته های حاصل از مرحله پیگیری در این مطالعه تاثیر معنادار مداخله روانشناختی - آموزشی در سه بعد جسمی، اجتماعی و محیطی کیفیت زندگی را مورد تایید قرار داد در حالیکه این نتایج تغییرات معناداری را در نتیجه این مداخله در وضعیت روانشناختی بیمار نشان نداد. معهداً یک گرایش به معناداری در تغییرات نمرات این بیماران در بعد روانشناختی کیفیت زندگی مشاهده گردید که از نقطه نظر بالینی حائز اهمیت است. چنانچه این مداخله در نمونه بزرگتری انجام شده بود احتمالاً تغییرات حاصل از مداخله در بعد روانشناختی فرصت ظهور می یافت. از طرفی باید توجه نمود که در بعد روانشناختی، تغییرات خلقی و بهبود شرایط روانشناختی مورد ارزیابی قرار گرفته است که این بعد در مداخلات روانشناختی - آموزشی مورد استفاده در بیماران مبتلا به

نتیجه نهایی:

بطور کلی، یافته‌های حاصل از این مطالعه افزودن یک برنامه چند وجهی کوتاه و ساده مداخله روانشناختی-آموزشی را به درمان‌های معمول طبی مورد تاکید قرار می‌دهد. هر مطالعه به طور اجتناب ناپذیر دچار محدودیتهایی می‌گردد که تفسیر یافته‌ها را در بستر آن محدودیت‌ها ضروری می‌سازد. به دلیل محدودیت زمانی، معیارهای انتخاب آزمودنی‌ها، محدودیتهای امکانات و مقدرات تا حدی حجم نمونه نیز محدود گردید. بنابراین در تعمیم یافته‌ها باید جانب احتیاط را رعایت نمود. فقدان اطلاعات دقیق از داروهای مصرفی و میزان مصرف آنها طی سه ماه پس از مداخله، نتیجه‌گیری قاطع از یافته‌های پژوهش را با محدودیت روبرو می‌سازد. همچنین بیماران مورد مطالعه از دو مرکز پزشکی دولتی انتخاب گردیدند. بنابر این پیشنهاد می‌شود با افزایش حجم نمونه و انتخاب بیماران از مراکز متفاوت و کنترل نقش داروهای مصرفی بر کاهش علائم و ارتقاء کیفیت زندگی در بررسی‌های آینده، اثربخشی این مداخله روانشناختی-آموزشی (با استفاده از روش خود-تدبیری و اصلاح رفتار در یک شیوه کوتاه و ساده) در ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری انسداد مزمن مورد مطالعه دقیق تر قرار گیرد.

سیاسگزاری:

از همکاری کارکنان و پزشکان محترم درمانگاههای ریه بیمارستان‌های الزهرا (س) و نور اصفهان به ویژه از جناب آقای دکتر منصور شهپرین در اجرای این پژوهش قدردانی می‌شود.

منابع:

- Garrido PC, Miguel Diez JD, Gutiérrez JR, Centeno AM, Vázquez EG, Miguel AG, et al. Negative impact of chronic obstructive pulmonary disease on the health-related quality of life of patients. Results of the EPIDEPOC study. *Health Qual Life Outcomes* 2006; 4: 31.
- American Lung Association. Lung disease data. New York: American Lung Association, 2008.
- Murray CJL, Lopez ADE. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injury, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1996.
- Guya TTG, Berman L, Tamsend M. A measure of quality of life for clinical trials in chronic lung disease. *Thorax* 1987; 42(10):773-8.
- Osman IM, Godden DJ, Friend JAR. Quality of life and hospital re-admission in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 1997; 52:67-71.
- Rabe KF, Hurd S, Anzueto A, Barnes PJ, Buist SA, Calverley P, et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD Executive Summary. *Am J Respir Crit Care Med* 2007; 176: 532-555
- Collet JP, Shapiro S, Ernest P. Effects of an immunostimulating agent on acute exacerbation and hospitalization in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 1997; 1456:1719-1724.
- Bourbeau J, Julien M, Maltais F. Reduction of hospital utilization patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease specific self management intervention. *Arch Intern Med* 2003; 163:585-591.
- Connors AF, Dawson MB, Thomas C. Outcomes following acute exacerbation of severe chronic obstructive lung disease. *Am J Respir Crit Care Med* 1996; 154:959-67
- Ferrer M, Alonso J, Morra J. A chronic obstructive pulmonary disease stage and health-related quality of life. *Ann Intern Med* 1997; 127:1072-1079.
- Hynninen K, Breivte M, Wiborg A, Pallesen S, Nordhus I. Psychological characteristics of patients with chronic obstructive pulmonary disease: A review. *J Psychosom Res* 2005; 59: 429-443.
- Devine EC, Pearcy J. Meta-analysis of the effects of psychoeducational care in adult with chronic obstructive pulmonary disease. *Patient Educ Counsel* 1996; 29:167-178.
- Decramer M, Gosselink R, Bartsch P, Löffdahl CG, Vincken, W, Dekhuijzen R, et al. Effect of treatments on the progression of COPD: report of a workshop held in Leuven, 11-12 March 2004. *Thorax* 2005; 60:343-349
- Bourbeau J, Nault D, Dang-Tan T. Self management and behaviour modification in COPD. *Patient Educ Counsel* 2004; 52:271-277.
- Nguyen QH, Carrieri-Kohlman V. Dyspnea self-management in patients with chronic obstructive pulmonary disease: Moderating effects of depressed mood. *Psychosomatics* 2005; 46:5, 402-410
- Monninkhof E, van der Valk P, Schermer T, van der Palen J, van Herwaarden C, Zielhuis G. Economic evaluation of a comprehensive self-management programme in patients with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease. *Chron Respir Dis* 2004; 1(1):7-16.
- Monninkhof E, Valkp V, Vander Palen J, Van Herwiirden C, Zielhuis G. Effects of comprehensive self management program in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J* 2003; 22: 815-20

18. Gadoury MA, Schwartzman K, Rouleau KM., Maltais F, Julien M., Beaupre A, et al. Self-management reduces both short- and long-term hospitalisation in COPD. *Eur Respir J* 2005; 26: 853-857
19. McGeoch G, 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; 11:611-618
20. Effing T, Monnikhof EM, van der Valk PD, van der Palen J, van Herwaarden CL, Partidge MR, et al. Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;4: CD002990.
21. Howland J, Nelson EC, Barlow PB, McHugo G, Meier FA, Brent P, et al. Chronic obstructive airway disease. Impact of health education. *Chest* 1986; 90(2): 233-8.
22. Gallefoss F, Bakke PS. Impact of patient education and self-management on morbidity in asthmatics and patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Med* 2000; 94(3): 279-287.
23. WHO QOL Group. The development of the World Health Organization Quality Of Life. *J Qual Life Assess Int Perspect* 1994: 41-60.

Archive of SID