

تأثیر برنامه آموزش خودمراقبتی بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال تحت شیمی درمانی

امین شفیق زاده^۴

سعید حسینی تشنیزی^۳

محمد امین کریمی حاجی خادمی^۲

الهام ایمانی^{*۱}

۱. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران.
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد، پرستاری داخلی-جراحی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران.
۳. گروه آمار زیستی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران.
۴. دکترای تخصصی، رادیوتراپی و انکولوژی، گروه رادیوتراپی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران.

چکیده

هدف: امروزه سرطان سومین علت مرگ بشر و یکی از مهم‌ترین چالش‌های نظام بهداشت و درمان ایران است که سبب کاهش کیفیت زندگی بیماران مبتلا می‌شود. هدف از این مطالعه، تعیین تأثیر برنامه آموزش خودمراقبتی بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال است.

روش‌ها: این پژوهش، از نوع نیمه‌تجربی است که با مشارکت ۷۰ بیمار مبتلا به سرطان کولورکتال مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی پیامبر اعظم (ص) بندرعباس در سال ۱۳۹۹ انجام شد. پژوهش با روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شده است. قبل و پس از دو ماه اجرای برنامه آموزشی، پرسشنامه استاندارد QLQ-C30 و پرسشنامه خودکارآمدی Sherer در اختیار دو گروه قرار گرفت. سپس داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی و با نرم‌افزار SPSS نسخه تحلیل شدند.

نتایج: پس از آموزش خودمراقبتی نمرات خودکارآمدی در گروه مداخله $60/60 \pm 7/311$ و در گروه کنترل $42/76 \pm 11/324$ بود ($P-Value < 0/001$). همچنین نمرات کیفیت زندگی بعد از مداخله در گروه مداخله $61/33 \pm 15/601$ و در گروه کنترل $42/66 \pm 11/827$ بود ($P-Value < 0/001$). تفاوت معنی‌داری از نظر خودکارآمدی و کیفیت زندگی بین دو گروه بعد از اجرای مداخله برنامه آموزشی وجود دارد ($P-Value < 0/001$).

نتیجه‌گیری: یکی از اهداف برنامه خودمراقبتی، افزایش دانش و آگاهی بیماران از ماهیت بیماری است. به کارگیری برنامه خودمراقبتی براساس نیازهای آموزشی می‌تواند بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی مؤثر باشد.

کلیدواژه‌ها: خودمراقبتی، خودکارآمدی، کیفیت زندگی، سرطان، پرستاران.

نوع مقاله: پژوهشی

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۱/۱۷ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۰۳/۲۳

ارجاع: ایمانی الهام، کریمی حاجی خادمی محمد امین، حسینی تشنیزی سعید، شفیق زاده امین. تأثیر برنامه آموزش خودمراقبتی بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال تحت شیمی‌درمانی. طب پیشگیری. ۱۴۰۰؛ ۲۸(۲): ۸۲-۷۴

مقدمه

سرطان یکی از شایع‌ترین علل مرگ‌ومیر در کشورهای پیشرفته و در حال پیشرفت از جمله ایران می‌باشد. در ایران بعد از بیماری‌های قلبی عروقی و سوانح و حوادث، سرطان سومین علت مرگ‌ومیر می‌باشد. سالانه حدود ۳۰۰۰۰ نفر بر اثر ابتلا به سرطان فوت می‌کنند (۱، ۲). سرطان دستگاه گوارش از سرطان‌های شایعی است که با مرگ‌ومیر بالایی همراه می‌باشد.

سرطان گوارش را می‌توان با توجه به اختصاص دادن ۳۸ درصد سرطان‌ها به خود و ۴۴/۴ درصد مرگ‌های ناشی از آن یکی از شایع‌ترین سرطان‌ها در ایران دانست (۳، ۴).

سرطان کولورکتال سومین سرطان شایع در دنیا محسوب شده و میزان بروز آن در مردان و زنان به ترتیب ۲۰/۶ و ۱۴/۳ در هر صد هزار نفر جمعیت می‌باشد (۵). شیوع زیاد این سرطان در عصر حاضر به دلیل وجود رژیم‌های غنی از چربی حیوانی،

نویسنده مسئول: الهام ایمانی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران.

ORCID: 0000-0003-3957-3343

پست الکترونیکی: eimani@hums.ac.ir

تلفن: ۹۸ ۷۶۳۳۳۱۷۷۳۳+

در کنترل مشکلات جسمی و روان‌شناختی به شمار آمده و به راحتی قابل آموزش به مددجو می‌باشند. با در نظر گرفتن نکات فوق، این مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش خودمراقبتی بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال طراحی گردید.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک پژوهش نیمه تجربی و مداخله‌ای است که به منظور تعیین تأثیر برنامه آموزش خودمراقبتی بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان دستگاه گوارش تحت شیمی‌درمانی مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی پیامبراعظم (ص) بندرعباس در سال ۱۳۹۹ انجام گردید. جامعه‌ی پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال تحت شیمی‌درمانی مراجعه‌کننده به کلینیک امید مرکز آموزشی درمانی پیامبراعظم (ص) تشکیل می‌داند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش آسان و در دسترس بود. نمونه‌گیری بدین ترتیب بود که محقق با مراجعه به کلینیک تخصصی امید بیمارانی را که توسط پزشک متخصص ارجاع داده می‌شدند را به عنوان نمونه پژوهش انتخاب کرده و با برگزاری جلساتی به ارائه توضیحات لازم در خصوص اهداف و دلایل مطالعه مبادرت نمود. سپس از افراد داوطلب واجد شرایط ورود به مطالعه ثبت‌نام به عمل آمده و با کدگذاری افراد داوطلب واجد شرایط ورود به مطالعه براساس نرم‌افزار انتخاب تصادفی نمونه‌ها به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم گردیدند. روش تصادفی‌سازی افراد به دو گروه به صورت Randomization Balanced Block با استفاده از نرم‌افزار Random Allocation انجام شد. حجم نمونه با استفاده از فرمول زیر و با جایگذاری مقادیر میانگین و انحراف معیار که از مطالعات قبل به دست آمده، محاسبه شد. حداقل حجم نمونه برای هر گروه ۳۰ نفر بود که با محاسبه احتمال ریزش نمونه‌ها در هر گروه ۳۵ نفر در نظر گرفته شد.

مصرف کم مواد فیبردار چون میوه، سبزی، سیبوس گندم و همچنین کم‌حرکی می‌باشد (۱۰۷).

سرطان کولورکتال و درمان‌های آن دارای عوارض چون ضعف، خستگی، بی‌حالی، بی‌اشتهایی، تهوع، استفراغ، کم‌خونی اختلال در تغذیه می‌باشد که تمامی این موارد موجب کاهش کیفیت زندگی و خودکارآمدی در بیماران می‌شوند (۸۹). با توجه به این که سرطان کولورکتال یک بیماری مزمن است و ماهیت بیماری و شیوه‌های درمان آن دارای عوارضی هستند که سبب می‌شود کیفیت زندگی و خودکارآمدی بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال را کاهش دهد. بر این اساس داشتن توانایی خودمراقبتی در این بیماران امری ضروری است. به همین دلیل، آموزش صحیح به بیمار باعث افزایش توانایی تصمیم‌گیری و مراقبت از خود در بیمار می‌شود (۱۰).

امروزه خودمراقبتی یک مفهوم پایه و اساسی در مراقبت بوده و به عنوان فلسفه اصلی در پرستاری می‌باشد که حرفه پرستاری را از سایر رشته‌ها جدا می‌کند و البته خودمراقبتی یکی از برآوردهای مراقبت پرستاری نیز محسوب می‌گردد که باعث حفظ حیات و سلامتی و نیز باعث بهبودی فرد می‌شود (۱۱،۱۲). استفاده از خودمراقبتی منجر به برآوردهای مطلوبی مانند کم شدن عوارض، کاهش بستری مجدد در بیمارستان، افزایش رضایت در بیماران، کاهش هزینه‌های سلامتی، بهبود احساس کنترل، مسئولیت، استقلال و کاهش وابستگی به دیگران، ارتقای سازگاری با بیماری، افزایش احساس خوب بودن و عملکرد، افزایش کیفیت زندگی، استفاده کمتر از خدمات سلامتی، افزایش بهبودی بعد از عمل یا بیماری و کنترل بهتر نشانه‌های بیماری شده است (۱۱). بنابراین با توجه به مزمن بودن بیماری سرطان و طولانی بودن فرآیند آن و صرف هزینه‌های فراوان در جهت مراقبت بهداشتی، استفاده از برنامه‌های خودمراقبتی براساسی که شیوه استانداردی برای ارائه مراقبت می‌باشد، مناسب به نظر می‌رسد. زیرا یک روش ایمن، غیردارویی، غیرتهاجمی و کم‌هزینه

۹ حیطه علایم (خستگی، درد، تهوع و استفراغ، تنگی نفس، اسهال، بیوست، کاهش خواب، کاهش اشتها و مشکلات اقتصادی ناشی از ابتلا به بیماری) و یک حیطه کلی کیفیت زندگی اندازه‌گیری می‌کند. نمره هر حیطه در گستره‌ای بین صفر تا صد تعیین می‌شود. در حیطه‌های عملکردی و حیطه کلی کیفیت زندگی نمره بالاتر نشانگر وضعیت بهتر عملکرد و یا کیفیت زندگی است. در حالی که در حیطه علایم نمره بالاتر بر بیشتر بودن آن علامت یا مشکل دلالت دارد (۱۴). در این مطالعه پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۷ تأیید شد.

ملاحظات اخلاقی که در این مطالعه مدنظر قرار گرفت شامل: اخذ مجوز نمونه‌گیری و کد اخلاق، کسب رضایت کتبی و آگاهانه از بیماران جهت شرکت در مطالعه، رعایت صداقت و امانت در استفاده از نتایج و مراجع، حفظ محرمانگی اطلاعات بیماران و دادن اختیار کامل به بیماران جهت ورود به مطالعه یا خروج از آن در هر زمانی که تمایل داشتند.

در همان جلسه، پرسشنامه‌ها توسط هر دو گروه تکمیل شد. سپس گروه کنترل آموزش و برنامه مراقبتی روتین را دریافت کردند. اما در گروه مداخله برنامه آموزشی طی ۵ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای ارائه شد. مداخله با اجرای برنامه خودمراقبتی، در قالب ۵ جلسه آموزشی شامل آموزش در ارتباط با آشنایی با بیماری و درمان‌ها، تغذیه، روش‌های کاهش خستگی و بهبود کیفیت خواب اجرا شد. روش اجرا و محتوای برنامه آموزشی در جدول ۱ ذکر گردیده است.

$$N1=N2=((S_1^2+S_2^2) \left[\frac{(Z_{(1-\alpha/2)}+Z_{(1-\beta)})}{\sqrt{((X_1-X_2))^2}} \right]^2 + \left[\frac{5.4}{\sqrt{1.96+0.84}} \right]^2) / \left[\frac{(37-33)}{\sqrt{2}} \right]^2 = 30$$

معیارهای ورود به مطالعه شامل ابتلا به سرطان کولورکتال که در این بیماران توسط پزشک متخصص تأیید می‌شد، گذراندن حداقل یک دوره شیمی‌درمانی، عدم ابتلا به اختلالات روان مشخص نظیر افسردگی شناخته شده و عدم ابتلا به اختلالات بینایی و شنوایی بود. همچنین معیارهای خروج از مطالعه عدم تمایل به ادامه همکاری، مرگ و یا مهاجرت بود.

ابزارهای گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه دموگرافیک، پرسشنامه خودکارآمدی Sherer، پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران سرطانی (QLQ-C30) بود. پرسشنامه دموگرافیک متغیرهای سن، جنس، شغل، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، مصرف سیگار و مدت زمان ابتلا به سرطان را مورد ارزیابی قرار می‌داد. پرسشنامه خودکارآمدی Sherer دارای ۱۷ سوال بوده و برای هر ماده این مقیاس ۵ پاسخ پیشنهاد شده که بر هر ماده ۱ تا ۵ امتیاز تعلق می‌گیرد. این ۵ پاسخ عبارتند از: کاملاً مخالف، مخالف، نظری ندارم، موافق و کاملاً موافق نمرات بالاتر بیانگر خودکارآمدی قوی‌تر و نمرات پایین‌تر بیانگر خودکارآمدی ضعیف‌تری است (۱۳). پایایی این پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۶ محاسبه شده است.

پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران سرطانی، یک پرسشنامه ۳۰ سوالی است که کیفیت زندگی را در ۵ بعد (حیطه عملکردی عملکرد جسمانی، ایفای نقش، احساسی، شناختی و اجتماعی) و

جدول ۱- روش اجرای برنامه آموزشی به بیماران

جلسه	زمان	محتوای آموزشی	روش آموزش	آموزش دهنده
جلسه اول	این جلسه ۶۰ دقیقه طول کشید	توضیحاتی در مورد فیزیولوژی دستگاه گوارش و دلایل ایجاد سرطان دستگاه گوارش، درمان‌های این نوع سرطان و عوارض این درمان‌ها	آموزش چهره به چهره. در پایان این جلسه از روش پرسش و پاسخ جهت ارزشیابی استفاده شد.	نویسنده دوم مقاله
جلسه دوم	ابتدا به مدت ۱۵ دقیقه مروری بر مطالب جلسه قبل انجام شد. ۴۵ دقیقه آموزش	تغذیه صحیح در بیماران مبتلا به سرطان دستگاه گوارش و روش‌های صحیح طبخ غذا	روش آموزش چهره به چهره، روش پرسش و پاسخ. در این جلسه حضور یکی از اعضای خانواده بیماران الزامی بود.	نویسنده دوم مقاله
جلسه سوم	ابتدا به مدت ۱۵ دقیقه مروری بر مطالب جلسه قبل انجام شد.	خستگی، علل بروز خستگی و استفاده از برنامه ورزشی تدوین شده برنامه ورزشی سه مرحله‌ای شامل: نرمش‌های گرم کردن بدن (به	جهت آموزش از روش چهره به چهره استفاده شد. این جلسه با حضور یکی از	نویسنده دوم مقاله

۴۵ دقیقه آموزش	مدت ۵ دقیقه، پیاپی (به مدت ۱۰ دقیقه)، نرمش‌های سرد کردن بدن (۵ دقیقه)، در مجموع برنامه ورزشی (به مدت ۲۰ دقیقه سه بار در هفته) بود. مدت زمان برنامه ورزشی و نوع نرمش‌های مربوط به برنامه ورزشی براساس توانایی‌ها و ناتوانایی‌های افراد تنظیم شد.	اعضا خانواده تشکیل شد
جلسه چهارم ابتدا به مدت ۱۵ دقیقه مروری بر مطالب جلسه قبل انجام شد ۴۵ دقیقه آموزش	از آنجایی که یکی از علل خستگی درد و در نتیجه کاهش کیفیت خواب است، در این جلسه در مورد روش‌های غیردارویی کاهش‌دهنده درد مطالبی ارائه شد. از جمله این روش‌ها می‌توان به موسیقی درمانی و انحراف فکر اشاره نمود.	از روش آموزش چهره به چهره و ابزار آموزشی مانند پمفلت استفاده گردید.
جلسه پنجم ابتدا به مدت ۱۵ دقیقه مروری بر مطالب جلسه قبل انجام شد ۴۵ دقیقه آموزش	در این جلسه جهت کاهش خستگی و بهبود کیفیت خواب، روش آرام‌سازی پیش‌رونده عضلانی برای بیماران توضیح و نمایش داده شد.	آموزش چهره به چهره با حضور یکی از اعضای خانواده بیمار برگزار گردید

جهت انجام شیمی‌درمانی اجرا شد. دیاگرام روش اجرای پژوهش در نمودار ۱ نشان داده شده است.

روش آموزش انفرادی و چهره به چهره و محل آموزش بر بالین بیمار بود. این برنامه هفته‌ای دو روز هنگام مراجعه بیمار



نمودار ۱- دیاگرام روش اجرای پژوهش

مداخله برای متغیرهای مورد مطالعه از آزمون‌های t زوجی و ویلکاکسن استفاده گردید.

یافته‌ها

یافته‌ها نشان دادند که محدوده سنی بیماران، بین ۴۰ تا ۶۰ سال با میانگین و انحراف معیار سنی در گروه مداخله $53/73 \pm 11/86$ سال و در گروه کنترل $56 \pm 8/80$ سال بود. ولی دو گروه از نظر سن همگن بودند. اکثر بیماران گروه مداخله مرد (۵۳/۳ درصد) و در گروه کنترل زن (۷۰ درصد) و اکثر بیماران در گروه مداخله (۶۰ درصد) و در گروه کنترل (۹۶/۷ درصد) متأهل بودند. سایر متغیرهای جمعیت‌شناختی در جدول ۲ نشان داده شده است.

پس از مداخله، پیگیری بیماران به صورت تلفنی، حضوری، پیگیری بیمار از طریق خانواده وی در کلینیک انجام شد. پژوهشگر همراه با جلسات آموزشی، از روش‌های حمایتی شامل تشویق بیمار به رعایت رژیم غذایی صحیح بود. پس از گذشت دو هفته از اتمام برنامه آموزشی هر دو گروه مجدداً پرسشنامه خودکارآمدی و کیفیت زندگی تکمیل کردند. پس از وارد کردن داده‌ها به نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ برای تجزیه و تحلیل داده‌ها روش‌های آمار توصیفی برای مشاهدات کمی و توزیع فراوانی و درصد مشاهدات برای کیفی به کار برده شد. قبل از بررسی فرضیه‌های تحقیق با استفاده از آزمون کلموگروف اسمیرنوف نرمال بودن مشاهدات (خودکارآمدی و کیفیت زندگی) بررسی شد. سپس به منظور مقایسه قبل و بعد از

جدول ۲- مشخصات جمعیت‌شناختی واحدهای مورد پژوهش در گروه مداخله و کنترل

گروه‌های مطالعه	مداخله تعداد (درصد)	کنترل تعداد (درصد)	سطح معنی‌داری
جنسیت	مرد ۱۶ (۵۲/۳)	۹ (۳۰)	۰/۰۶۷
	زن ۱۴ (۴۶/۷)	۲۱ (۷۰)	
وضعیت تأهل	متأهل ۱۸ (۶۰)	۲۹ (۹۶/۷)	۰/۰۰۱
	مجرد ۱۲ (۴۰)	۱ (۳/۳)	
سطح تحصیلات	دیپلم و زیردیپلم ۲۴ (۸۰)	۲۲ (۷۳/۳)	۰/۸۱۰
	کارشناسی ۵ (۱۶/۷)	۷ (۲۳/۳)	
	کارشناسی ارشد و دکتری ۱ (۳/۳)	۱ (۳/۳)	
مصرف سیگار	بله ۲۰ (۶۶/۷)	۱۶ (۵۲/۳)	۰/۳۲۹
	خیر ۱۰ (۳۳/۳)	۱۳ (۴۲/۳)	
شغل	بیکار ۸ (۲۶/۳)	۷ (۲۳/۳)	۳۶۱
	آزاد ۵ (۱۶/۷)	۱۱ (۳۶/۷)	
	بازنشسته ۸ (۲۶/۷)	۶ (۲۰)	
	خانه‌دار ۹ (۳۰)	۶ (۲۰)	
مدت زمان ابتلا به سرطان کولورکتال (سال)	$12/46 \pm 11/27$	$9/23 \pm 5/99$	۰/۲۳۲

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نمرات خودکارآمدی قبل از مداخله در گروه مداخله $42/73 \pm 9/138$ و در گروه کنترل $42/66 \pm 10/303$ بود که تفاوت معنی‌داری از نظر خودکارآمدی بین دو گروه قبل از اجرای مداخله برنامه آموزشی وجود نداشت ($P\text{-Value} = 0/965$). نمرات خودکارآمدی بعد از مداخله در گروه مداخله $60/70 \pm 7/261$ و در گروه کنترل

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نمرات خودکارآمدی قبل از مداخله در گروه مداخله $42/73 \pm 9/138$ و در گروه کنترل $42/66 \pm 10/303$ بود که تفاوت معنی‌داری از نظر خودکارآمدی بین دو گروه قبل از اجرای مداخله برنامه آموزشی وجود نداشت ($P\text{-Value} = 0/965$). نمرات خودکارآمدی بعد از مداخله در گروه مداخله $60/70 \pm 7/261$ و در گروه کنترل

جدول ۳- مقایسه نمرات خودکارآمدی و کیفیت زندگی در دو گروه قبل و بعد از مداخله

P-Value	گروه کنترل		گروه مداخله		گروه	متغیر
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۰/۹۶۵	۱۰/۳۰۲	۴۲/۶۶	۹/۱۳۸	۴۲/۷۳	خودکارآمدی قبل از مداخله	
<۰/۰۰۱	۱۱/۳۲۴	۴۲/۷۶	۷/۳۶۱	۶۰/۶۰	خودکارآمدی بعد از مداخله	
۰/۶۳۰	۱۴/۳۱۸	۶۰/۹۶	۱۴/۴۰۴	۶۳/۵۶	کیفیت زندگی قبل از مداخله	
<۰/۰۰۱	۱۱/۸۲۷	۴۳/۶۶	۱۵/۶۰۱	۶۱/۳۳	کیفیت زندگی بعد از مداخله	

تأثیر خودمراقبتی بر تمامی ابعاد کیفیت زندگی (عملکرد جسمانی، ایفای نقش، عملکرد شناختی، عملکرد احساسی، عملکرد اجتماعی) معنی‌دار بود و بین گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P\text{-Value} < 0/001$). در نتیجه تأثیر آموزش خودمراقبتی بر بهبود تمام ابعاد کیفیت زندگی معنی‌دار به دست آمد.

نمرات کیفیت زندگی بعد از مداخله در گروه مداخله $61/33 \pm 15/60$ و در گروه کنترل $43/66 \pm 11/827$ بود که تفاوت معنی‌داری از نظر کیفیت زندگی بین دو گروه بعد از اجرای مداخله برنامه آموزشی وجود داشت ($P\text{-Value} < 0/001$). جدول ۴ تأثیر آموزش خودمراقبتی بر ابعاد کیفیت زندگی پس از مداخله را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود،

جدول ۴- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد کیفیت زندگی بیماران قبل و بعد از مداخله

P-Value	آماره آزمون	گروه کنترل		گروه مداخله		گروه	متغیر
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
<۰/۰۰۱	$7/563^{**}$	۲۹/۴۳	۷/۰۵	۴۴/۷۷	۹/۹۲	گروه مداخله	بعد عملکرد جسمانی
۰/۷۵۳	$-0/314^{\circ}$	۴۳/۳۷	۱۱/۱۶	۴۳/۰۳	۹/۹۱	گروه کنترل	
۰/۰۰۱	$-3/460^{\circ}$	۷۷/۳	۱/۱۴	۵/۳۰	۱/۴۷	گروه مداخله	بعد ایفای نقش
۰/۳۱۷	$-1/000^{\circ}$	۵/۳۷	۱/۴۵	۵/۲۲	۱/۳۸	گروه کنترل	
۰/۰۰۱	$-3/333^{\circ}$	۳/۶۰	۱/۰۰	۵/۱۳	۱/۵۷	گروه مداخله	بعد عملکرد شناختی
۰/۴۱۴	$-0/816^{\circ}$	۵/۱۳	۱/۶۱	۵/۳۰	۱/۶۱	گروه کنترل	
<۰/۰۰۱	$4/352^{**}$	۷/۳۷	۲/۱۱	۱۰/۱۳	۲/۶۶	گروه مداخله	بعد عملکرد احساسی
۱/۰۰۰	$-0/000^{\circ}$	۹/۵۷	۲/۵۷۷	۹/۴۷	۲/۹۰	گروه کنترل	
<۰/۰۰۱	$-4/555^{\circ}$	۳/۵۷	۱/۲۲	۶/۷۷	۱/۱۷	گروه مداخله	بعد عملکرد اجتماعی
۰/۳۱۷	$-1/000^{**}$	۵/۱۰	۱/۷۹	۵/۰۳	۱/۷۱	گروه کنترل	

بیماران سرطان معده بعد از عمل جراحی گاسترکتومی انجام شده بود، از نظر سن و جنس و سطح تحصیلات همسان‌سازی صورت گرفته بود (۱۵).

در مطالعه کرباسچی و همکاران که با هدف تعیین تأثیر برنامه خودمراقبتی مبتنی بر الگوی اورم بر کیفیت زندگی بیماران سرطانی تحت شیمی‌درمانی در کارکنان نظامی انجام شده بود، بیماران در گروه مداخله و کنترل از نظر سن و جنس همگن شده بودند که با یافته‌های پژوهش حاضر همخوانی دارد (۱۶). یافته‌های حاصل از این مطالعه نشان داد که مقایسه

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این مطالعه تعیین تأثیر برنامه آموزش خودمراقبتی بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال تحت شیمی‌درمانی مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی پیامبراعظم (ص) بندرعباس در سال ۱۳۹۹ بود. نتایج نشان داد که بعد از اجرای برنامه آموزشی خودمراقبتی، نمرات خودکارآمدی و کیفیت زندگی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل تفاوت معنی‌داری داشت. در مطالعه داوودی و همکاران که با هدف تعیین تأثیر آموزش برنامه خودمراقبتی بر کیفیت زندگی

گروه تفاوت آماری معنی‌داری نداشت. در حالی که در مقایسه نمرات کیفیت زندگی بعد از مداخله بین دو گروه از نظر آماری تفاوت معنی‌دار مشاهده شد.

پژوهش برنده و همکاران که با هدف بررسی تأثیر آموزش خودمراقبتی بر کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی انجام شد، نشان داد آموزش خودمراقبتی سبب افزایش کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان پستان می‌شود اما آموزش موردنظر در جلسه اول شیمی‌درمانی، نمی‌تواند کیفیت زندگی را در زنان مبتلا به سرطان پستان افزایش دهد و نیاز به مداومت دارد که با یافته‌های پژوهش حاضر هم‌خوانی دارد (۲۱). نتایج پژوهش شهسواری و همکاران نیز نشان داد آموزش خودمراقبتی می‌تواند کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان را افزایش دهد (۲۲). همچنین در پژوهش خزایی پول و همکاران نتایج نشان داد آموزش خودمراقبتی در بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به آرتрит، درد گردن، آنژین صدری، صرع، سرطان تحت شیمی‌درمانی، سرطان مری و نارسایی قلبی تأیید شده است (۲۳). خزرلو و فیضی در زمینه اهمیت خودمراقبتی دریافتند بیمارانی که به نوعی در مراقبت از خود مشارکت می‌کنند، در زمینه دستیابی به اهداف سلامتی موفق‌تر می‌باشند. اجرای برنامه‌های آموزشی خودمراقبتی در افزایش توان خودمراقبتی بیمار مؤثر است. نتایج مطالعات نشان می‌دهد در صورتی که بتوان در امر آموزش‌ها از مشارکت بیماران استفاده کرد و آنها را در امر یادگیری فعال نمود، خودمراقبتی و آگاهی‌شان افزایش می‌یابد و کیفیت زندگی آنها بهتر می‌شود (۲۴).

بیماران تمایل به کسب اطلاعات درباره بیماری خود دارند و انتظار دارند پزشک و پرستار این اطلاعات را در اختیار آنان قرار دهد؛ اما آنها همیشه در کسب اطلاعات موفق نیستند. از جمله موانع انتقال اطلاعات به بیمار عبارتند از: کم‌حوصلگی پزشک و پرستار، مهارت‌های ضعیف ارتباطی طرفین، بی‌توجهی به احساس نیاز بیمار به اطلاعات و تفاوت در مفاهیم زبانی پزشک

میانگین نمرات خودکارآمدی قبل از مداخله در بیماران دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری نداشت. در حالی که در مقایسه نمرات خودکارآمدی بعد از مداخله بین دو گروه از نظر آماری تفاوت معنی‌دار مشاهده شد.

نتایج پژوهش Wu و همکاران با یافته‌های پژوهش ما هم‌خوانی داشت و نشان داد آموزش خودمراقبتی سبب ارتقای خودکارآمدی بیماران مبتلا به سرطان می‌شود. وی بیان کرد آموزش خودمراقبتی می‌تواند تا حد زیادی بهبودی را در بیماران مبتلا به سرطان معده پس از شیمی‌درمانی بهبود بخشد، وقوع عوارض و التهاب را کاهش دهد و میزان بقای بیماران را بهبود بخشد. لذا خودکارآمدی آنها را افزایش می‌دهد که مشابه یافته‌های پژوهش حاضر است (۱۷).

Qian و همکاران در پژوهشی به بررسی عوامل مؤثر در خودمراقبتی و خودکارآمدی بیماران مبتلا به سرطان‌های گوارشی پرداختند. نتایج نشان داد بیمارانی که افسردگی کمتر، عملکرد بدنی بهتر، حمایت اجتماعی بیشتری از زندگی و نشاط بالاتری داشته باشند، از سطح بالاتری از خودکارآمدی خودمراقبتی را برخوردار هستند که این پژوهش نیز به طور غیرمستقیم تأثیر مثبت خودمراقبتی بر خودکارآمدی را نشان می‌دهد (۱۸).

پژوهش گل‌محمدی و همکاران نیز مؤید یافته‌های پژوهش حاضر است. وی بیان کرد میانگین خودکارآمدی در بیماران بستری مبتلا به انفارکتوس میوکارد بعد از آموزش نسبت به قبل از آموزش خودمراقبتی به طور قابل‌توجهی ارتقاء پیدا کرد که مؤید یافته‌های پژوهش حاضر است (۱۹).

نتایج پژوهش امیدی و همکاران با یافته‌های پژوهش حاضر هم‌خوانی دارد. نتایج پژوهش وی نشان داد آموزش خودمراقبتی به بیماران توسط پرسنل بهداشتی و درمانی می‌تواند به عنوان یک روش کم‌هزینه و مؤثر باعث افزایش خودکارآمدی و ارتقاء سطح سلامت بیماران شود (۲۰). نتایج این مطالعه نشان داد مقایسه میانگین نمره قبل از مداخله کیفیت زندگی در بیماران دو

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند مراتب تشکر و قدردانی خود را از کلیه همکاران شاغل در کلینیک شیمی‌درمانی امید و تمامی بیمارانی که پژوهشگران را در این طرح یاری نمودند، تشکر و قدردانی نمایند.

تأییدیه اخلاقی

این مقاله حاصل پایان‌نامه دانشجویی مقطع کارشناسی ارشد رشته پرستاری داخلی و جراحی می‌باشد که با کد اخلاق IR.Hums.Rec.1398.005 در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان تصویب شده است.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ گونه تضاد منافی ندارند.

سهام نویسندگان

الهام ایمانی (نویسنده اول و مسئول) طراحی و اجرای مطالعه، نگارش و بازبینی مقاله (۳۰ درصد)؛ محمدمین کریمی‌حاجی‌خادمی (نویسنده دوم) طراحی مطالعه، جمع‌آوری اطلاعات، نگارش مقاله (۳۰ درصد)؛ سعید حسینی‌تشنیزی (نویسنده سوم) طراحی مطالعه، تجزیه و تحلیل آماری، بازبینی مقاله (۲۰ درصد)؛ امین شفی‌زاد (نویسنده چهارم) جمع‌آوری اطلاعات، بازبینی مقاله (۲۰ درصد).

حمایت مالی

این مطالعه با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان انجام شد.

و پرستار و بیمار (کادر درمان از کلمات تخصصی استفاده می‌کند که برای بیمار قابل فهم نیست و یا زبان و لهجه بیمار کاملاً متفاوت است). اگر نیاز و تمایل بیمار در دسترسی به اطلاعات مورد توجه قرار گیرد، می‌تواند روند درمان، بهبودی و پیشگیری از عوارض ثانویه بیماری و دوره نقاهت را کوتاه نماید؛ چون بیماران به پزشک و پرستار اعتماد بسیاری دارند. حال اگر مراقبت‌کننده زبان بیمار را بشناسد و در سطح آن زبان گفتاری با وی گفتگو نماید، این انتقال دانش بر پایه رغبت و اعتماد با سرعت و کیفیت بالا صورت می‌گیرد.

یکی از اهداف برنامه خودمراقبتی، افزایش دانش و آگاهی بیماران از ماهیت بیماری است. کسب دانش درباره بیماری و نحوه کنترل آن اهمیت به‌سزایی دارد و بر کنترل بیماری اثرگذار است. هدف از خودمراقبتی در فرد مبتلا به سرطان این است که بیمار قادر باشد با آگاهی و امیدواری فراوان و با مشارکت کامل خود در درمان و مراقبت از بیماریش کوشا بوده و در این راه مداومت داشته باشد. در پایان می‌توان نتیجه گرفت که آموزش خودمراقبتی به عنوان روشی جدید و کارآمد تأثیرگذاری بیشتری به نسبت آموزش‌های روتین بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی بیماران دارد.

از جمله محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به خودگزارشی بودن پرسشنامه‌ها اشاره کرد. ممکن بود مشارکت‌کنندگان به دلایلی مانند کم‌حوصلگی، داشتن عجله، داشتن شرایط روحی نامناسب یا غیره، با دقت کامل به سوالات پاسخ ندهند. جهت غلبه بر این محدودیت تلاش شد ضمن توضیح اهداف مطالعه برای افراد، از آن‌ها خواسته شود که به سوالات با دقت پاسخ دهند. تغییر شرایط روحی بیماران در زمان‌های نزدیک سال نو می‌توانست بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی بیماران مؤثر باشد. لذا جهت رفع این محدودیت، نمونه‌گیری بعد از تعطیلات فروردین و از اردیبهشت ماه به بعد انجام شد.

تشکر و قدردانی

References

- Pourhoseingholi MA, Hajizadeh E, Moghimi Dehkordi B, Safaee A, Abadi A, Zali MR. Comparing cox regression and parametric models for survival of patients with gastric carcinoma. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2007; 8(3):412-6. PMID: 18159979
- Marjani A, Kabir MJ. Breast cancer incidence among females in the Golestan province, Iran. *Indian J Cancer*. 2009; 46(4):351-2. DOI: 10.4103/0019-509X.55564
- Bollschweiler E, Wolfgarten E, Nowroth T, Rosendahl U, Mönig SP, Hölscher AH. Vitamin intake and risk of subtypes of esophageal cancer in Germany. *J Cancer Res Clin Oncol*. 2002; 128(10):575-80. DOI: 10.1007/s00432-002-0380-z
- Mousavi SM, Gouya MM, Ramazani R, Davanlou M, Hajsadeghi N, Seddighi Z. Cancer incidence and mortality in Iran. *Ann Oncol*. 2009; 20(3):556-63. DOI: 10.1093/annonc/mdn642
- Nikbakht HA, Sani AN, Asghari Jafarabadi M. Quality of life and its determinants among colorectal cancer survivors. *J Kermanshah Uni Med Sci*. 2015; 19(2):e70707. DOI: 10.22110/jkums.v19i2.2182
- Kahi CJ, Rex DK, Imperiale TF. Screening, surveillance, and primary prevention for colorectal cancer: A review of the recent literature. *Gastroenterology*. 2008; 135(2):380-99. DOI: 10.1093/annonc/mdh014
- Alidina A, Gaffar A, Hussain F, Islam M, Vaziri I, Burney I, et al. Survival data and prognostic factors seen in Pakistani patients with esophageal cancer. *Ann Oncol*. 2004; 15(1):118-22. DOI: 10.1093/annonc/mdh014
- Billiard M. Fatigue and sleep disorders of patients with colorectal cancer. *Pathol Biol*. 2013; 61(5):e83-87. DOI: 10.1016/j.patbio.2010.12.002
- Bingham SA, Luben R, Welch A, Wareham N, Khaw KT, Day N. Are imprecise methods obscuring a relation between fat and breast cancer? *Lancet*. 2003; 362(9379):212-4. DOI: 10.1016/S0140-6736(03)13913-X
- Schron EB, Exner DV, Yao Q, Jenkins LS, Steinberg JS, Cook JR, et al. Quality of life in the anti arrhythmics versus implantable defibrillators trial: Impact of therapy and influence of adverse symptoms and defibrillator shocks. *Circulation* 2002; 105(5):589-94. DOI: 10.1161/hc0502.103330
- Lee V. *Nursing Outcomes*. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2010
- Baker LK, Denyes MJ. Predictors of self-care in adolescents with cystic fibrosis: A test of Orem's theories of self-care and self-care deficit. *J Pediatr Nurs*. 2008; 23(1):37-48. DOI: 10.1016/j.pedn.2007.07.008
- Mohammadin N, Takarli F, Khodaveisi M, Soltanian A. The effect of peer educational program on the self-efficacy of multiple sclerosis patients: A randomized controlled trial. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2017; 25(2):36-44. [Persian] DOI: 10.21859/nmj-25025
- Safaee A, Moghimi Dehkordi B, Tabatabaie SHR. Reliability and validity of the QLQ-C30 questionnaire in cancer patients. *Armaghane Danesh*. 2007; 12(2):79-88. [Persian]
- Davodi A, Rezazadeh H, Somi MH, Rahmani A, Lak Dizaji S, Alah Bakhshian A. Effect of educational self care program on quality of life in patients with gastric cancer after gastrotomy in Tabriz hospitals. *Med J Tabriz Uni Med Sci*. 2012; 34(1):48-55. [Persian]
- Karbaschi K, Zareiyan A, Dadgari F, Siyadati S. The effect of self-care program based on Orem's theory on quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy in military personnel. *MCS*. 2015; 2(2):69-77. [Persian]
- Wu Rc, Ginsburg S, Son T, Gershon AS. Using wearables and self-management apps in patients with COPD: a qualitative study. *ERJ Open Res* 2019; 5(3):00036-2019. DOI: 10.1183/23120541.00036-2019
- Qian H, Yuan C. Factors associated with self-care self-efficacy among gastric and colorectal cancer patients. *Cancer Nurs*. 2012; 35(3):e22-31. DOI: 10.1097/NCC.0b013e31822d7537
- Golmohamadi F, Aghakhani N, Khadem Vatan K, Alinejad V. The effect of self-care education on the self-efficacy in myocardial infarction hospitalized patients in Seyeid Al Shohada educational & treatment cancer in Urmia. *Nurs Midwifery J*. 2018; 16(6):412-22. [Persian]
- Omidi A, Kazemi N, Khatiban M, Karami M. 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. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2015; 23(2):74-84. [Persian]
21. Barandeh M, Mehdizadeh Toorzani Z, Babaei M, Sharifian R. Effect of self-care on quality of life in women with breast cancer undergoing chemotherapy. *Nurs Midwifery J*. 2017; 15(3):199-207. [Persian]
22. Shahsavari H, Matory P, Zare Z, Taleghani F, Kaji MA. Effect of self-care education on the quality of life in patients with breast cancer. *J Educ Health Promot*. 2015; 4:70. DOI: 10.4103/2277-9531.171782
23. Khazae-Pool M, Nadrian H, Pasha N. Effects of a self-care education program on quality of life after surgery in patients with esophageal cancer. *Gastroenterol Nurs*. 2012; 35(5):332-40. DOI: 10.1097/SGA.0b013e3182605f86
24. Khezerloo S, Feizi A. A survey of relationship between perceived self-efficacy and self-care performance in diabetic patients referring to Urmia diabetes center. *Nurs Midwifery J*. 2012; 10(3):369-75. [Persian]

The effect of self-care education program on self-efficacy and quality of life of patients with colorectal cancer undergoing chemotherapy

Elham Imani^{1*} Mohammad Amin Karimi Haji Khademi² Saeed Hosseini Tasnizi³ Amin Shafizad⁴

1. Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran.
2. Iran Master Student of Internal Medicine-Surgery, Student Research Committee, Faculty of Nursing and Midwifery, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran.
3. Department of Biostatistics, Faculty of Nursing and Midwifery, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran.
4. Specialist, Radiotherapy and Oncology, Department of Radiotherapy, Faculty of Medicine, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran.

Abstract

Introduction: Today, cancer is the third cause of human death and one of the most important challenges of the Iranian health care system that reduces the quality of life of patients. The aim of this study was to determine the effect of self-care education program on self-efficacy and quality of life in colorectal cancer patients.

Methods: This quasi-experimental study was performed on 70 patients with colorectal cancer who were enrolled in the study through convenience sampling method in Payambar Azam hospital of Bandar Abbas in 2020. Before and after two months of implementation of the program, the standard QLQ-C30 questionnaire and Scherer's self-efficacy questionnaire were completed by the experimental and control groups. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics using SPSS 23 software.

Results: After self-care education, the mean of self-efficacy scores in the intervention group was 60.60 ± 7.26 and in the control group it was 42.76 ± 11.32 . Also, the mean of quality of life scores after the intervention in the intervention group was 61.33 ± 15.60 and 43.66 ± 11.82 in the control group. There were significant differences in terms of self-efficacy and quality of life between the two groups after the educational intervention ($P < 0.001$).

Conclusion: One of the goals of the self-care program is to increase patients' knowledge and awareness of the nature of their disease. Application of self-care program based on educational needs is effective on quality of life and self-efficacy of cancer patients undergoing chemotherapy.

Keywords: Self-Care, Self-Efficacy, Quality of Life, Cancer, Nurses.

Original Article

Received: 17 Apr 2021

Accepted: 6 Jun 2021

How to cite this article: Imani E, Karimi Haji Khademi M, Hosseini Tasnizi S, Shafizad A. Effect of educational intervention based on social cognitive theory on self-care behaviors of high blood pressure patients. *Journal of Preventive Medicine*. 2021; 8(2):72-82.

Correspondence: Elham Imani, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran.

Tel: +98 7633337723

Email: eimani@hums.ac.ir

ORCID: 0000-0003-3957-3343