Iranian Journal of Critical Care Nursing
Vol. 4, No. 3, Autumn 2011
Page: 109 - 116

مجله پرستاری مراقبت ویژه
دوره ۴، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۰
صفحات: ۱۱۶ – ۱۰۹

تأثیر آموزش استراتژی‌های ارتقای سلامت برخودکارآمدی مراقبت از خود در بیماران تحت عمل پیوند مغز استخوان

اسماعیل عزیزی فینی[۱] MSc، محسن ادیب حاج باقری[*] PhD، آسیه سلحشوریان فرد[۲] MSc، آلیس خاچیان[۲] MSc

۱. دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

۲. دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

چکیده

اهداف: بیماران مبتلا به سرطان‌های خون، پس از پیوند مغز استخوان، با مشکلات عدیده‌ای مواجه می‌شوند که بر خودکارآمدی آن‌ها در مراقبت از خود تأثیر منفی می‌گذارد. مطالعه‌ی حاضر با هدف "تعیین تأثیر استراتژی‌های ارتقای سلامت بر خودکارآمدی بیماران تحت عمل پیوند مغز استخوان در مراقبت از خود" انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه‌ی نیمه تجربی قبل و بعد در بیماران کاندید پیوند مغز استخوان در بیمارستان شریعتی شهر تهران در سال ۱۳۸۸ انجام شد. شصت بیمار به صورت تصادفی به دو گروه سی نفره آزمون و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمون، آموزش در مورد استراتژی‌های ارتقای سلامت را دریافت کردند و با گروه کنترل، مطابق با روتین بخش رفتار شد. سپس خودکارآمدی دو گروه قبل و سی روز بعد از مداخله مقایسه شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های تی زوج، تی مستقل، تحلیل کواریانس و کای اسکوار در نرم افزار SPSS11.5 انجام شد.

یافته‌ها: اختلاف معنی‌داری بین متغیرهای دموگرافیک دو گروه مشاهده نشد. میزان خودکارآمدی گروه آزمون در مقیاس کلی و ابعاد سازگاری، تصمیم‌گیری و کاهش استرس نسبت به گروه شاهد و همچنین نسبت به خودشان قبل از آموزش، افزایش یافت ($p<۰/۰۰۱$). تفاوت نمرات خودکارآمدی در همه ابعاد نسبت به قبل از مداخله از لحاظ آماری معنی‌دار بود ($p<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: آموزش استراتژی‌های ارتقای سلامت به بیماران پیوند مغز استخوان، می‌تواند سبب افزایش اطمینان این بیماران در انجام مراقبت از خود در فرایند درمان شود که در نهایت بقای بیشتر به همراه کیفیت زندگی بالاتری را در این بیماران در پی خواهد داشت.

واژگان کلیدی: استراتژی‌های ارتقای سلامت؛ خودکارآمدی؛ مراقبت از خود؛ پیوند مغز استخوان

The effect of health-promotion strategies education on self-care self-efficacy in patients with bone marrow transplantation

Ismail Azizi Fini[1], Mohsen Adib-Hajbaghery[*] PhD, Asieh Salahshoorian Fard[2], Alis Khachian[2]

**1. Nursing and Midwifery faculty, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran*

2. Nursing and Midwifery faculty, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Aims: Patients with blood cancer are encountering numerous problems following bone marrow transplantation which exert negative impact on self-care self efficacy. The present study has been conducted to determine the effect of health-promotion strategies on self-care self-efficacy among patients undergoing bone marrow transplantation.

Methods: This before- after semi experimental study was performed among patients candidate for bone marrow transplantation in Shariati Hospital of Tehran in 2009. Sixty patients were randomly allocated into two groups of 30 participants each as experimental and control groups; the former received education on health promotion strategies and the latter was treated according to the ward's routine. Self efficacy was compared between the two groups before and thirty days after the intervention. Data were analyzed by $SPSS_{11.5}$ statistical software using descriptive statistics, independent and paired t-test, covariance analysis and chi-square.

Results: No significant difference was observed between the two groups in terms of demographic variables. The self-efficacy scale was increased in general comparison as well as adaptability, decision-making and stress reduction parameters in control with respect to the experimental group and also at post compared to pre-intervention in both groups ($p<0.001$). The mean self-efficacy scores was statistically different in all dimensions after in comparison with before the intervention ($p<0.05$).

Conclusion: Education on health promotion strategies to bone marrow transplant patients can increase patients' confidence in performing self-care processes and consequently brings more survival along with higher quality of life among this group.

Key words: Health promotion strategies; Self-efficacy; Self-care; Bone marrow transplantation

* نویسنده مسؤول: محسن ادیب حاج‌باقری، تمام درخواست‌ها باید به نشانی adib1344@yahoo.com فرستاده شوند.

دریافت مقاله: ۱۳۸۹/۱۱/۸ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۵/۲۲

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

مقدمه

پیوند مغز استخوان، از یک روش تحقیقی بحث برانگیز به یک روش درمانی استاندارد برای درمان بدخیمی‌های خونی، تومورهای جامد، بیماری‌های نقص ایمنی و اختلالات متابولیک تبدیل شده است [۱]. اگرچه پیوند مغز استخوان موجب افزایش طول عمر کودکان و بزرگ‌سالان می‌شود، اما این فرایند درمانی با افزایش استرس‌های جسمی، روانی و اجتماعی برای بیمار و خانواده‌ی وی، کیفیت زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۲]. سالانه نزدیک به پانزده هزار نفر در سرتاسر دنیا تحت درمان با پیوند مغز استخوان قرار می‌گیرند [۳]. فرایند بیماری و درمان در بیماران سرطانی عوارضی از جمله نقص در عملکرد جنسی، کاهش رضایت از زندگی [۴]، کاهش سازگاری [۵] و اعتماد به نفس [۶]، افزایش تنش‌های عاطفی [۷]، اضطراب، افسردگی و اختلالات روانی [۴] را به همراه دارد که این عوارض باعث کاهش رفتارهای خودمراقبتی شده [۸]، و خودکارآمدی را در این بیماران به طور مستقیم و غیر مستقیم تحت تأثیر قرار می‌دهند [۹].

مفهوم خودکارآمدی اولین بار توسط *بندورا* معرفی شد که عبارت است از «توانایی انجام یک فعالیت خاص و انتظار توانایی داشتن برای انجام موفقیت آمیز یک رفتار معین» [۱۰]. تحقیقات نشان داده است که خودکارآمدی می‌تواند عملکرد شخص را پیش‌بینی نماید و به عنوان نتیجه‌ای از یادگیری، تجربه و بازخورد، تغییر یابد. که میزان تغییرات خودکارآمدی با شیوه‌ی رفتار فرد ارتباط مستقیم دارد. در عین حال، عوامل زیادی از قبیل دانش فردی، وضعیت جسمی، اعتماد به نفس، محیط بین فردی، زمان در دسترس، پیچیدگی وظایف، و استرس، می‌تواند بر خودکارآمدی و نیز بر رفتار ناشی از آن تأثیرگذار باشد [۱۱و ۱۲]. نتایج مطالعات نشان می‌دهند که خودکارآمدی و رفتارهای خودمراقبتی، کلید اصلی نتایج پیوند و بقای بعد از آن بوده و با سازگاری بیشتر [۱۳ و ۱۴]، کاهش نشانه-های جسمی و روانی، افزایش رفتارهای خودمراقبتی [۱۴]، افزایش لذت از زندگی و بهبود کیفیت زندگی [۱۳] همراه است و نیز انجام مداخلات برای افزایش حس خودکارآمدی، می‌تواند نتایج مثبتی را برای افزایش خودکارآمدی در بیماران سرطانی در برداشته باشد [۱۵] به طوری که افراد دارای خودکارآمدی بالا، ثبات و اعتماد به نفس بیشتر نسبت به افراد دارای خودکارآمدی پایین در برخورد با شرایط سخت خواهند داشت [۱۶ و ۱۷].

همچنین مطالعات نشان می‌دهد که بین وجود نشانه‌های روانی در بیمار و لذت از زندگی در طول درمان ارتباط منفی وجود دارد [۱۸] به طوری که بیماران دارای خلق افسرده، فقدان حمایت اجتماعی و اضطراب قبل از پیوند مغز استخوان، شانس بقای کمتری نسبت به بیماران فاقد این علایم دارند [۷ و ۱۹]؛ در حالی که عواملی از جمله شیوه‌های سازگاری، شانس بقا را بعد از پیوند در این بیماران افزایش می‌دهند [۲۰]. نتایج مطالعه‌ی *سیرجلا* و همکاران، نشان داد که بین خودکارآمدی و میزان درد بعد از پیوند مغز استخوان همبستگی وجود دارد [۲۱]؛ به طوری که که افزایش خودکارآمدی می‌تواند به بهبود رفتارهای ارتقا دهنده‌ی سلامتی و کیفیت زندگی منجر شود [۲۲]. *کورلوویسز* در این‌باره گزارش داده است که افزایش درک خودکارآمدی بیماران مسن تحت عمل جراحی تعویض مفصل هیپ، می‌تواند توانایی‌های عملکردی این بیماران را افزایش دهد و افسردگی بعد از عمل، که خود یکی از عوامل تأثیرگذار روی خودکارآمدی است را کاهش دهد [۲۳]. نتایج تحقیقات *بروزر* و همکاران نیز نشان داد که پیوند مغز استخوان، بر روی خودکارآمدی و کیفیت زندگی بیماران تأثیر منفی دارد [۲۴]. همچنین مطالعه‌ی دیگری در بیماران سرطانی نشان داده است که خودکارآمدی این بیماران در طول زمان کاهش یافته و کیفیت زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۱۳]. بنابراین می‌توان پیش‌بینی کرد که فرایند درمان پیوند مغز استخوان، خودکارآمدی مبتلایان را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد و اجرای مداخلات درمانی و آموزشی از قبیل آموزش استراتژی‌های ارتقای سلامت شاید بتواند تأثیر مثبتی بر روی نتایج درمان بگذارد.

لو، ابزاری را برای سنجش اطمینان شخص از خودکارآمدی در مراقبت از خود و کاربرد استراتژی‌های ارتقای سلامت طراحی نمود [۱۳]. او طی چندین مطالعه به کاربرد این ابزار در سنجش خودکارآمدی بیماران سرطانی و

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

همودیالیزی پرداخت [۹، ۱۴، ۱۶، ۱۷، ۱۸ و ۱۹]. همچنین مشخص شده است که آموزش استراتژی‌های ارتقای سلامت به بیمار باعث افزایش رضایت مددجو و خانواده از کیفیت مراقبت [۲۵]، بهبود کیفیت زندگی، افزایش خودکارآمدی، اطمینان از تداوم مراقبت، کاهش اضطراب بیمار، کاهش بروز عوارض بیماری، افزایش مشارکت در برنامه‌های مراقبتی، افزایش استقلال مددجو در انجام فعالیت‌های روزمره [۲۶]، کوتاه شدن زمان بستری [۲۵] و کاهش هزینه‌ها [۲۷] می‌شود. درحالی که برخی از تحقیقات نشان داده‌اند که استفاده از استراتژی‌های ارتقای سلامت از پیش‌بینی‌کننده‌های مهم کاهش وزن [۵]، سازگاری با بیماری و کاهش نشانه‌ها [۲۸]، بهبود نتایج درمان [۲۹]، بقای بعد از درمان [۲۷ و ۲۹] است، مطالعات دیگر نشان داده که علیرغم آموزش و کاربرد این استراتژی‌ها، بهبود قابل توجهی در رفتارهای خودمراقبتی، فعالیتهای جسمی [۲۴] و مهارت‌های سازگاری [۳۰] بیماران مشاهده نشده و میزان کاربست این استراتژی‌ها در دو جنس نیز متفاوت بوده است. با وجود توصیه‌های موجود برای آموزش استراتژی‌های خودمراقبتی، گزارشات معدودی در این زمینه، به ویژه در بیماران تحت پیوند مغز استخوان منتشر شده است [۲۴]. با توجه به این که در بحث تأثیر آموزش استراتژی‌های ارتقای سلامت هنوز تناقضاتی وجود دارد و نیز مطالعه‌ی مشابه در این زمینه بر روی بیماران تحت عمل پیوند مغز استخوان، در ایران وجود ندارد، محقق بر آن شد تا مطالعه‌ای را با هدف بررسی تأثیر استراتژی‌های ارتقای سلامت بر خودکارآمدی مراقبت از خود، در بیماران تحت عمل پیوند مغز استخوان انجام دهد.

روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر، یک مطالعه‌ی تجربی بود که بر روی شصت بیمار کاندید پیوند مغز استخوان، در دو گروه سی نفره آزمون و کنترل به صورت پیش آزمون ـ پس آزمون، در مرکز پیوند مغز استخوان بیمارستان دکتر شریعتی تهران در سال ۱۳۸۸ انجام گرفت. جامعه‌ی پژوهش را بیماران کاندید پیوند مغز استخوان مراجعه کننده به مرکز پیوند مغز استخوان تشکیل دادند. انتخاب نمونه به صورت پی‌درپی و با تخصیص تصادفی به دو گروه انجام شد. اولین نمونه با قرعه کشی به گروه آزمون اختصاص یافت و پس از آن بقیه نمونه‌ها با لحاظ نمودن عامل جنس به صورت یک درمیان به هر یک از دو گروه تخصیص داده شد تا تعداد بیماران در هر گروه به سی نفر رسید.

معیارهای انتخاب نمونه‌ها شامل سن بالای هفده سال، ایرانی بودن، توانایی خواندن و صحبت کردن به زبان فارسی، نداشتن کم‌شنوایی، فقدان اختلالات بینایی، تکلمی و روانی بود. همچنین در صورتی که بیماران جزء پرسنل تیم بهداشتی بوده و نیز اگر آموزش مدونی در مورد پیوند دریافت کرده بودند از مطالعه حذف می‌شدند. واحدهای پژوهش در دو نوبت در زمان قبل از پیوند و سی روز بعد از پیوند مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار پژوهش عبارت بود از یک پرسش‌نامه شامل پنج سؤال در مورد ویژگی‌های فردی (سن، جنس، وضعیت اقتصادی، تعداد دفعات بستری و سطح سواد) و ۲۹ سؤال در مورد استراتژی‌های ارتقای سلامت. پرسش‌نامه‌ی استراتژی‌های ارتقای سلامت (SUPPH)، یک ابزار استاندارد است که توسط خانم *لو* برای سنجش خودکارآمدی مراقبت از خود طراحی شده و در تحقیق و بالین به کار رفته است [۱۴]. این ابزار، حالت خودگزارش‌دهی دارد و هم‌بستگی درونی ابزار با محاسبه‌ی آلفای کرونباخ (۰/۹۴) گزارش شده است. همچنین ضریب هم‌بستگی نمرات حاصل از آن، با نمرات حاصل از مقیاس رفتار سلامتی (Health Behavior Scale) r=۰/۶۱ بوده است [۱۳]. سؤالات این پرسش‌نامه پنج گزینه‌ای در مقیاس لیکرت در محدوده‌ی «اطمینان کامل دارم» (پنج نمره) تا «اطمینان خیلی کمی دارم» (یک نمره) بوده و شامل چهار بعد «سازگاری، کاهش استرس، تصمیم گیری و لذت بردن از زندگی» است. سؤالات این پرسش‌نامه، میزان اطمینان فرد را در انجام موارد ذکر شده در ابزار مورد بررسی قرار داده و مجموع امتیاز آن ۱۴۵ است. این پرسش‌نامه برای اولین بار به فارسی ترجمه و روایی محتوای آن توسط ده نفر از اساتید دانشگاه علوم پزشکی ایران مورد تأیید قرار گرفت. پایایی ابزار ترجمه شده نیز از روش آزمون و آزمون مجدد به فاصله یک هفته بر روی ده

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

جدول ۱. مقایسه‌ی خودکارآمدی در دو گروه، قبل و بعد از مداخله

گروه	آزمون(Mean±SD)			کنترل(Mean±SD)		
مقیاس	قبل	بعد	p	قبل	بعد	p
سازگاری	۱۳/۸۶±۳/۶۳	۱۶/۳۶±۲/۹۹	۰/۰۰۱	۱۳/۷۰±۲/۸۵	۱۳/۷۳±۲/۸۳	۰/۳۲۶
تصمیم‌گیری	۱۰/۰۶±۲/۷۲	۱۱/۶۰±۲/۰۶	۰/۰۰۱	۹/۸۶±۲/۷۱	۹/۱۶±۱/۶۲	۰/۰۸۵
کاهش استرس	۱۷/۸۳±۵/۳۶	۲۲/۲۳±۳/۲۲	۰/۰۰۱	۱۸/۰۰±۴/۵۶	۱۸/۲۰±۴/۳۹	۰/۱۶۱
لذت از زندگی	۳۹/۶۰±۹/۵۱	۴۰/۹۶±۸/۷۲	۰/۱۶۰	۳۹/۲۳±۷/۲۹	۳۸/۶۰±۶/۸۳	۰/۱۳۴
خودکارآمدی کل	۸۱/۳۶±۱۸/۵۹	۹۱/۲۳±۱۴/۶۲	۰/۰۰۲	۸۰/۸۰±۱۴/۴۷۰	۷۹/۷۰±۱۲/۸۵	۰/۱۰۵

نفر از بیماران بخش پیوند مغز استخوان بررسی و ضریب همبستگی پیرسون برای دو نوبت r=۰/۹۴ (p=۰/۰۰۱) به دست آمد.

بعد از جمع آوری اطلاعات در نوبت اول برای هر بیمار، بیماران گروه آزمون تحت آموزش استراتژی‌های ارتقای سلامت در زمینه‌های کاهش استرس، سازگاری، تصمیم گیری، لذت بردن از زندگی، فعالیت، استراحت، تغذیه و مصرف داروها قرار گرفتند. این برنامه آموزشی با همکاری همکار پژوهش، که خود از پرسنل بخش پیوند مغز استخوان بود و برای این کار آموزش لازم را دیده بود، در یکی از کلاس‌های آموزشی مرکز پیوند به صورت برای بیماران گروه آزمون به صورت انفرادی و چهره به چهره اجرا شد. سپس به سوالات بیماران جواب داده و یک جزوه آموزشی حاوی مطالب توضیح داده شده در اختیار آن‌ها قرار داده شد. همچنین شماره تلفن پژوهشگر در اختیار آن‌ها قرار گرفت تا در مواقع نیاز سؤالاتشان را بپرسند. بیماران گروه کنترل ازمراقبت‌ها و آموزش‌های روتین بخش بهره‌مند می‌شدند. سی روز بعد از پیوند، هر دو گروه همانند قبل از پیوند توسط پرسش‌نامه استراتژی‌های ارتقای سلامت ارزشیابی شدند.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و آزمون‌های t زوج، t مستقل، تحلیل کواریانس و مربع کای استفاده شد و اطلاعات جمع‌آوری شده توسط نرم افزار SPSS11.5 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین سن نمونه‌های مورد پژوهش در گروه آزمون ۴۱/۲۰ (SD=۱۲/۸۶) و در گروه کنترل ۴۴/۴۶ (SD=۹/۷۵) سال بوده به طوری که در گروه آزمون و کنترل به ترتیب ۳۶/۷ درصد و ۴۶/۷ درصد نمونه‌ها در گروه سنی ۳۱ الی ۴۵ سال قرار داشتند. پنجاه درصد نمونه‌ها در هر گروه مرد و پنجاه درصد زن بودند. شصت درصد از گروه آزمون و ۴۳/۳ درصد در گروه کنترل، متأهل، پنجاه درصد از گروه آزمون و ۴۳/۳ درصد از گروه کنترل به ترتیب دارای تحصیلات دیپلم و دانشگاهی، ۲۳/۳ درصد از گروه آزمون و سی درصد از گروه کنترل کارگر بودند، چهل در صد از گروه آزمون و ۴۶/۷ درصد از گروه کنترل دارای وضعیت اقتصادی پایین و چهل درصد از هر دو گروه، بین دو تا سه بار برای تشخیص و درمان این بیماری در بیمارستان بستری شده بودند.

مقایسه میانگین نمرات خودکارآمدی کل و نیز ابعاد آن قبل از مداخله در دو گروه تفاوت معنی‌داری را نشان نداد. اما مقایسه‌ی میانگین نمرات خودکارآمدی کل و نیز ابعاد سازگاری، تصمیم‌گیری، کاهش استرس، بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه نشان داد درحالی که در

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار تغییرات نمرات خودکارآمدی در دو گروه پس از مداخله

گروه	آزمون		کنترل		
مقیاس	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	p
سازگاری	-۲/۵۰	۲/۴۴	-۰/۹	۱/۶۰	۰/۰۰۴
تصمیم‌گیری	-۱/۵۳	۱/۹۴	۰/۲۳	۱/۷۱	۰/۰۰۱
کاهش استرس	-۴/۵۳	۳/۰۲	-۱/۹۳	۲/۱۳	۰/۰۰۱
لذت از زندگی	-۶/۲۶	۶/۱۳	-۲/۳۳	۳/۸۸	۰/۰۰۴
خودکارآمدی کل	۱۴/۸۳	۱۰/۳۲	-۴/۹۳	۹/۳۸	۰/۰۰۱

بعد لذت بردن از زندگی بین دو گروه تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد (p=۰/۲۴۷) (جدول ۱).

نمرات گروه آزمون پس از مداخله در سه بعد سازگاری، تصمیم‌گیری، کاهش استرس، و نیز امتیاز کلی خودکارآمدی افزایش یافته که این افزایش در آزمون t زوجی معنی‌داری مشاهده شد اما در بعد لذت بردن از زندگی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. در گروه کنترل آزمون t زوجی نشان داد که هیچ گونه تفاوت معنی‌داری (p>۰/۰۵) در چهار بعد و نیز در امتیاز کلی خودکارآمدی وجود نداشت (جدول ۱).

جدول ۲ نمرات دو گروه را بعد از مداخله نمایش می‌دهد و مشخص می‌کند که تفاوت نمرات دو گروه در همه ابعاد معنی‌دار بوده است. همچنین برای حذف اثر متغیرهای زمینه‌ای مثل جنس، وضعیت اقتصادی، وضعیت تأهل، شغل، سطح سواد و تعداد دفعات بستری شدن در بیمارستان از تحلیل کواریانس استفاده شد و نشان داد که با حذف اثر این متغیرها نیز تأثیر آموزش معنی‌دار است (p=۰/۰۰۱).

بحث

نتایج مطالعه نشان داد که آموزش استراتژی‌های ارتقای سلامت، خودکارآمدی مراقبت از خود را در بیماران تحت عمل پیوند مغز استخوان ارتقای می‌دهد. نتایج مطالعات نشان می‌دهد که آموزش باعث افزایش خودکارآمدی، بهبود فعالیت عملکردی و کاهش تعداد دفعات مراجعه مجدد به بیمارستان [۳۱] افزایش اطمینان بیماران دیابتی در مورد بیماری و کنترل قند خون [۳۲] و کاهش استرس [۲۷] شود. نتایج پژوهش حاضر با مطالعه *کارسون* و همکاران هم‌خوانی دارد [۳۳]. *کارا* و همکاران نیز دریافتند که آموزش استراتژی‌های خودمراقبتی می‌تواند با افزایش خودکارآمدی، باعث کاهش دفعات بروز مشکل تنفسی در بیماران مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه شود. همچنین مطالعات دیگر نشان داده است که در صورتی که برنامه‌های توان‌بخشی دربیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن انسدادی با آموزش همراه شود، می‌تواند در بهبود خودکارآمدی طولانی مدت این بیماران مؤثر باشد [۳۱]. یافته‌های مطالعه‌ی *هاس* و همکاران نیز نتایج ما را تأیید نموده است [۳۴]. همچنین مطالعات نشان می‌دهد که استفاده از استراتژی‌های سازگاری باعث کاهش استرس و نشانه‌های آن در بیماران شده [۳۵] و بیمارانی که تحت برنامه‌های آموزشی در زمینه‌ی کاهش استرس قرار گرفته‌اند سازگاری بهتری با بیماری خود داشته و از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بوده‌اند [۳۶]. با توجه به نتایج مطالعه، می‌توان بیان کرد که استراتژی‌های ارتقای سلامت می‌تواند بر خودکارآمدی بیماران پیوند مغز استخوان در زمینه‌ی اطمینان آن‌ها در توانایی برای انجام

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

رفتارهای مراقبت از خود تأثیر گذار باشد و این موضوع اهمیت مداخلات آموزشی برای افزایش خودکارآمدی در این بیماران را نشان می‌دهد و می‌توان پیش‌بینی کرد که با افزایش خودکارآمدی بیماران در مراقبت از خود، نتایج درمان بهبود یافته و هزینه‌های بستری و درمان برای بیماران کاهش یابد.

آموزش استراتژی‌های ارتقای سلامت، توانسته خودکارآمدی مراقبت از خود را در بیماران تحت پیوند مغز استخوان افزایش دهد ولی این آموزش‌ها نتوانسته بر بُعد لذت از زندگی که یکی از ابعاد خودکارآمدی مراقبت از خود است تأثیر محسوسی بگذارد. نتایج تحقیق حاضر در بعد لذت از زندگی با نتایج *لو* [۱۸] هم‌خوانی دارد. می‌توان گفت که چون درک بیماران از کیفیت زندگی و لذت بردن از آن می‌تواند تحت تأثیر عوامل زیادی از جمله وضعیت اقتصادی، شرایط فرهنگی افراد و نیز پیشرفت یا عدم پیشرفت بیماری قرار گیرد [۳۷] و با توجه به نتایج مطالعه‌ی حاضر که نشان داد بیشترین درصد بیماران تحت عمل پیوند مغز استخوان از وضعیت اقتصادی پایینی برخوردارند و از طرفی فرایند پیوند مغز استخوان و درمان‌های انجام شده برای کاهش عوارض پیوند مانند خرید داروهای سرکوب کننده‌ی سیستم ایمنی که مقدار زیادی از درآمد خانواده را به خود اختصاص می‌دهد، می‌تواند مشکلات این بیماران را افزایش داده و ممکن است این امر بر کیفیت زندگی و میزان لذت آن‌ها از زندگی تأثیر منفی بگذارد. در عین حال با توجه به این که مقایسه تفاوت نمرات دو گروه در این حیطه به لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری را نشان داد، تحقیق بیشتر برای بررسی تأثیر استراتژی‌ها بر این حیطه پیشنهاد می‌شود.

نتیجه‌گیری

آموزش استراتژی‌های ارتقای سلامت به عنوان یک روش کم‌هزینه و ساده، می‌تواند بر خودکارامدی مراقبت از خود و سلامت جسمی و روانی و کیفیت زندگی افراد تأثیر مثبت بگذارد. پیشنهاد می‌شود بررسی این بیماران از نظر خودکارآمدی مراقبت از خود با استفاده از ابزار مورد استفاده در این پژوهش جزیی از برنامه‌ی کاری پرستاران در بخش‌های پیوند مغز استخوان قرار گیرد. همچنین با توجه به این که کیفیت زندگی این بیماران در این مطالعه بررسی نشد تحقیقی ثانویه در زمینه بررسی کیفیت زندگی و عوامل تأثیرگذار بر آن می‌تواند انجام گیرد.

با توجه به اینکه در پژوهش حاضر، به دلایل مختلف از جمله محدودیت‌های زمانی، انتشار اطلاعات در بین نمونه‌ها و تعداد کم نمونه‌ها، تأثیر مداخله آموزشی استراتژی‌های ارتقای سلامت در کوتاه مدت مورد ارزشیابی قرار گرفته، از این رو پیشنهاد می‌شود یک آنالیز ثانویه در خصوص تأثیر مداخله‌ی آموزشی استراتژی‌های ارتقای سلامت بر خودکارآمدی در بیماران مورد مطالعه در طولانی مدت (حدود شش ماه پس از مداخله) نیز صورت گیرد که مشخص شود تا چه حد این گونه مداخلات از پایداری برخوردارند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله مراتب تشکر و قدردانی از معاونت محترم معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران، مرکز تحقیقات پیوند مغز استخوان بیمارستان دکتر شریعتی، همکار محترم پژوهش سرکار خانم نیکوکار، بیماران مورد مطالعه و کارکنان محترم مرکز بهداشتی درمانی دکتر شریعتی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، به عمل می‌آید.

References

1. Lesko LM. Bone marrow transplantation: Support of the patient and his/her family. Support Care Cancer. 1994Jan;2(1):35-49.
2. Iwai H, Lee S, Inaba M, Baba S, Yamashita T, Ikehara S. Bone marrow transplantation as a strategy for the treatment of autoimmune hearing loss in MRL/Mp-lpr/lpr mice. J Neuroimmunol. 2005Nov;168(1-2):76-82.
3. Saddadi F, Najafi I, Sadat Hakemi M, Falaknazi K, Attari F, Bahar B. Frequency, Risk Factors, and Outcome of Acute Kidney Injury Following Bone Marrow Transplantation at Shariati Hospital in

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

Tehran. Iran Kidney Dis. 2010Jan;4(1):20-6.[Persian]
4. Thomas JJ, Shuford DM, Duke JC, Cipriani DJ 3rd. Development and Psychometric Properties of the Self-Efficacy Scale for Transfers for Caregivers of Children Requiring Transfer Assistance. Arch Phys Med Rehabil. 2007Apr;88(4):481-8.
5. Tschuschke V, Hertenstein B, Arnold R, Bunjes D, Denzinger R, Kaechele H. Associations between coping and survival time of adult leukemia patients receiving allogeneic bone marrow transplantation: Results of a prospective study. J Psychosom Res. 2001May;50(5):277-85.
6. Watson M, Buck G, Wheatley K, Homewood JR, Goldstone AH, Rees JK, Burnett AK. Adverse impact of bone marrow transplantation on quality of life in acute myeloid leukaemia patients: analysis of the UK Medical Research Council AML 10Trial. Eur J Cancer. 2004;40(7):971-8.
7. Hoodin F, Kalbfleisch KR, Thornton J, Ratanatharathorn V. Psychosocial influences on 305 adults' survival after bone marrow transplantation Depression, smoking, and behavioral self-regulation. J Psychosom Res. 2004Aug;57(2):145-54.
8. Guarnaccia C, Borrayo E, VanDrie B, Joao Forjaz M, Laskowski L, Lesniak K, et al. Comparing breast cancer screening health behaviors of women accessing various health services. Proceeding of world congress of psycho-oncology, New York Marriott World Trade Center. Univ of North Texas,1996. Available on URL. http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.2960050502/pdf.
9. Lev EL, Owen SV. A prospective study of adjustment to hemodialysis. ANNA J. 1998; 25(5):495-503.
10. Ammentorp J , Sabroe S, Kofoed PE, Mainz J. The effect of training in communication skills on medical doctors' and nurses' self-efficacy A randomized controlled trial. Patient Educ Couns. 2007;66(3):270-7.
11. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change. Psychol Rev. 1977;84(2):191–215.
12. Gist ME, Michell TR. Self-efficacy: A theoretical analysis of its determinants and malleability. Acad Manage Rev. 1992;17:183–211.
13. Lev EL, Paul D, Owen SV. Age, Self-Efficacy and Change in Patients' Adjustment to Cancer. Cancer Practice. 1999Jul-Aug;7(4):170-6.
14. Lev EL. Bandura's theory of self-efficacy: applications to oncology. Sch Inq Nurs Pract. 1997;11(1):21-37; discussion 39-43.
15. Johnson M. Interactional aspects of self-efficacy and control in older people with leg ulcers. J Gerontol Nurs. 1995;21(4):20-8.
16. Bandura A. Social foundation of thought and actions: a social cognitive theory, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall;1986.
17. Wu CH, Chen LH. Factor analysis of the general self-efficacy scale and its relationship with individualism/collectivism among twenty-five countries: Application of multilevel confirmatory factor analysis. Personality and Individual Differences. 2009;46:699-703.
18. Lev EL, Owen SV. A measure of self care self efficacy. Res Nurs Health. 1996 Oct;19(5):421-9.
19. Loberiza FR Jr, Rizzo JD, Bredeson CN, Antin JH, Horowitz MM, Weeks JC, et al. Association of Depressive Syndrome and Early Deaths Among Patients After Stem-Cell Transplantation for Malignant Diseases. J Clin Oncol. 2002Apr;20(8):2118-26.
20. Tschuschke V, Hertenstein B, Arnold R, Bunjes D, Denzinger R, Kaechele H. Associations between coping and survival time of adult leukemia patients receiving allogeneic bone marrow transplantation: results of a prospective study. J Psychosom Res. 2001May;50(5):277-85.
21. Syrjala KL, Chapko ME. Evidence for a biopsychosocial model of cancer treatment-related pain. Pain.1995Apr;61(1):69-79.
22. Stuifbergen AK, Seraphine A, Roberts G. An explanatory model of health promotion and quality of life in chronic disabling conditions. Nurs Res. 2000May-Jun;49(3):122–9.
23. Kurlowicz LH. Perceived self-efficacy, functional ability, and depressive symptoms in older elective surgery patients. Nurs Res. 1998;47(4):219-26.
24. Broers S, Kaptein AA, Le Cessie S, Fibbe W, Hengeveld MW. Psychological functioning and quality of life following bone marrow transplantation: a 3-year follow-up study. J Psychosom Res. 2000Jan;48(1):11-21.
25. Jaarsma T, Halfens R, Huijer Abu-Saad H, Dracup K, Gorgels T, van Ree J, et al. Effects of education and support on self-care and resource utilization in patients with heart failure. Eur Heart J. 1999;20(9):673-82.
26. Bastable SB. Nurse as educator: Principles of teaching and learning for nursing practice. 2nd ed. Philadelphia, Jones and Bartlet Publishers. 2003.P.199-228.
27. Yoon SJ, Conway J, McMillan M. An exploration of the concept of patient education: Implication for the development of educational programs for relapsed post-bone marrow transplantation patients and their families in korea. Inter J Nurs practic. 2006;12(3):129-35.
28. Lev EL, Owen SV. Counseling Women With Breast Cancer Using Principles Developed by Albert Bandura. Perspect Psychiatr Care. 2000 Oct-Dec;36(4):131-8.
29. Esmaeali M. Survey relation of between self-efficacy and quality of life in patient with hemodialysis. MSc Thesis, Iran University of Medical Sciences. 2004.P.87. [Persian]
30. Schumacher A, Kessler T, Riedel A, Büchner T, van de Loo J. Quality of life and coping with illness

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

in patients with acute myeloid leukemia. Psychother Psychosom Med Psychol. 1996;46(11):385-90.
31. Kara M, Aşti T. Effect of education on self-efficacy of Turkish patients with choronic obstractive pulmonary disease. Patient Educ Couns. 2004 Oct;55(1):114-20.
32. Adolfsson ET, Walker-Engstrom ML, Smide B, Wikblad K. Patient education in type 2 diabetes—A randomized controlled 1-year follow-up study. Diabetes Res Clin Pract. 2007 Jun; 76(3):341-50.
33. Carson JA, Gillham MB, Kirk LM, Reddy ST, Battles JB. Enhancing self-efficacy and patient care with cardiovascular nutrition education. Am J Prev Med. 2002 Nov;23(4):296-302.
34. Haas BK. Focus on health promotion: self-efficacy in oncology nursing research and practice. Oncol Nurs Forum. 2000 Jan-Feb;27(1): 89-97.
35. Maly RC, Umezawa Y, Leake B, Silliman RA. Determinants of participation in treatment decision-making by older breast cancer patients. Breast Cancer Res Treat. 2004 Jun;85(3):201-9.
36. Tschuschke V, Hertenstein B, Arnold R, Bunjes D, Denzinger R, Kaechele H. Associations between coping and survival time of adult leukemia patients receiving allogeneic bone marrow transplantation: results of a prospective study. J Psychosom Res. 2001 May;50(5):277-85.
37. Davidson JR, Hughes D, Blazer DG, George LK. Post-traumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. Psychol Med. 1991 Aug;21(3):713-21.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]