Iranian Journal of Nursing Research (IJNR) Original Article
April-May 2019, Volume 14, Issue 1 DOI: 10.21859/ijnr-140101

The Effect of Self-management Program on the Satisfaction of Life in Patients with Spinal Cord Injury

Sorayya Nejati [1,*], Masoumeh Taghizadeh [2], Alireza Nikbakht Nasrabadi [3], Anoushirvan Kazem Nejad [4]

[1] Lecturer, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[2] MSN Student in Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[3] Professor, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[4] Professor, Department of Biostatistics, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
*** Corresponding author:** Sorayya Nejati, Lecturer, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. E-mail: mtaghizadeh026@gmail.com

Received: 16 Feb 2018 **Accepted:** 15 Apr 2018

Abstract

Introduction: Spinal cord injuries are one of the most harmful injuries caused by secondary complications resulting from these secondary complications that reduce their satisfaction with their lives. Many of these secondary complications can be reduced or prevented by proper self-management. The purpose of this study was to evaluate the effect of self-management program on life satisfaction in patients with spinal cord injury.

Methods: This research is a randomized clinical trial (RCT) in which 66 patients with spinal cord injury who referred to the Iran Spinal Cord Disability Support Center were included in the study And randomly assigned to two groups of intervention (33) and control (33). Initially, demographic and life satisfaction questionnaires (SWLS) were completed by all samples. Then, the intervention group, in addition to receiving routine care in the self-management program, included 4 sessions of two hours. After completing the intervention, telephone follow up was conducted for 12 weeks. Then, one month and three months after the end of the intervention, the life satisfaction questionnaire was completed again by the two groups. Data were analyzed by chi-square, Fisher exact and independent t-test using SPSS software version 16.

Results: According to the findings, there was no significant difference between the two groups in terms of demographic characteristics and life satisfaction before intervention ($P = 0.08$). However one month after the intervention, there was no significant difference in terms of life satisfaction between the two groups ($P = 0.146$), But three months after the intervention, there was a significant difference between the two groups ($P < 0.001$).

Conclusions: Regarding the findings of this research, self-management program is effective on the life satisfaction of patients with spinal cord injury and improves life satisfaction in patients.

Keywords: Self-management Program, Life of Satisfaction, Spinal Cord Injury

© 2019 Iranian Nursing Scientific Association (INA)

نشریه پژوهش پرستاری ایران
مقاله پژوهشی
فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۸، دوره ۱۴، شماره ۱
DOI: 10.21859/ijnr-140101

تاثیر برنامه خود مدیریتی بر رضایتمندی از زندگی بیماران مبتلا به ضایعات نخاعی

ثریا نجاتی [۱،*]، معصومه تقی‌زاده [۲]، علیرضا نیکبخت‌نصرآبادی [۳]، انوشیروان کاظم‌نژاد [۴]

[۱] مربی، گروه پرستاری داخلی- جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
[۲] دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری داخلی- جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
[۳] استاد، گروه پرستاری داخلی- جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
[۴] استاد، گروه آمار زیستی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
[*] **نویسنده مسئول**: ثریا نجاتی، مربی، گروه پرستاری داخلی- جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. ایمیل: mtaghizadeh026@gmail.com

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۱۱/۲۷ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۳۹۷/۰۱/۲۶

چکیده

مقدمه: صدمات طناب نخاعی یکی از ناگوارترین صدماتی است که عوارض ثانویه زیادی متعاقب آن ایجاد می شود و این عوارض ثانویه سبب کاهش رضایت از زندگی این افراد می شود. بسیاری از این عوارض ثانویه را می توان با خودمدیریتی صحیح کاهش داد یا از آنها جلوگیری کرد. هدف از این مطالعه بررسی تاثیر برنامه خود مدیریتی بر میزان رضایتمندی از زندگی بیماران مبتلا به ضایعات نخاعی می باشد.

روش کار: این پژوهش یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده (RCT) است که در آن ۶۶ نفر از مددجویان مبتلا به ضایعات نخاعی مراجعه کننده به مرکز حمایت از معلولین ضایعات نخاعی ایران به روش در دسترس وارد مطالعه شدند و به طور تصادفی به دو گروه آزمون (۳۳ نفر) و کنترل (۳۳ نفر) تخصیص داده شدند. در ابتدا پرسشنامه های دموگرافیک و رضایت از زندگی (SWLS) توسط همه نمونه ها تکمیل گردید. سپس گروه آزمون علاوه بر دریافت مراقبتهای معمول در برنامه خودمدیریتی که شامل ۴ جلسه آموزشی دو ساعته بود شرکت نمودند. پس از اتمام مداخله، پیگیری تلفنی به مدت ۱۲ هفته انجام گردید. سپس یک ماه و سه ماه بعد از اتمام مداخله، پرسشنامه رضایت از زندگی، مجددا توسط دو گروه تکمیل گردید و برای تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون های آماری کای دو، دقیق فیشر و تی مستقل با نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ استفاده شد.

یافته‌ها: بر اساس یافته های پژوهش، قبل از مداخله بین دو گروه از نظر مشخصات دموگرافیک و رضایتمندی از زندگی اختلاف آماری معناداری وجود نداشت (P = ۰/۰۸). این در حالی است که یک ماه بعد از اجرای مداخله، تفاوت آماری معناداری از نظر رضایتمندی از زندگی بین دو گروه وجود نداشت (P = ۰/۱۴۶) ولی سه ماه بعد از اجرای مداخله، تفاوت آماری بین دو گروه معنادار شد (P < ۰/۰۰۱).

نتیجه گیری: با توجه به یافته های این پژوهش، برنامه خود مدیریتی بر میزان رضایتمندی از زندگی بیماران مبتلا به ضایعات نخاعی موثر و با بهبود رضایت از زندگی بیماران همراه است.

واژگان کلیدی: برنامه خود مدیریتی، رضایتمندی از زندگی، ضایعات نخاعی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

ضایعه نخاعی یک عارضه مخرب است که آثار سوء بسیاری بر تمام ابعاد زندگی فرد بر جای گذاشته و موجب اختلال در روند عادی زندگی می شود [۱]. جنگ، تصادف با وسایل نقلیه، سقوط، کار غیر ایمن، صدمات ورزشی، زخم وسایل تیز و برنده، بیماری های دژنراتیو، بدخیمی ها و نقایص مادرزادی از عواملی هستند که منجر به ایجاد ضایعات نخاعی می شوند [۲, ۳]. طی سالهای اخیر تعداد افراد مبتلا به ضایعه نخاعی به میزان قابل توجهی افزایش یافته است [۳]. متوسط آمار جهانی بروز ضایعات نخاعی بین ۲۰ تا ۵۰ نفر در یک میلیون نفر جمعیت است؛ اما در ایران طبق گزارش مرکز تحقیقات ضایعات نخاعی، آمار بیماران آسیب نخاعی ۱۴۰۰ تا ۲۸۰۰ مورد در سال است [۱]. ضایعه نخاعی در مردان (۸۲٪) بیشتر از زنان (۱۸٪) است و به طور عمده در سنین جوانی اتفاق می افتد، به طوریکه بیش از نیمی

(۵۳ ٪) از آسیب های نخاعی در رده سنی بین ۳۰-۱۶ سال مشاهده می شوند [۴]. از آنجایی که طناب نخاعی ارگان مسئول ارتباطی بین مغز و سایر نواحی بدن است، هر گونه آسیب به نخاع سبب اختلال در مسیرهای عصبی شده و باعث ایجاد عوارض ثانویه جدی در سلامتی فرد می شود. این بیماری جزء پر هزینه ترین بیماری ها رتبه بندی می شود، چرا که این افراد علاوه بر مشکلات حسی و حرکتی ناشی از ضایعه، در طول زندگی با نشانگان متعددی روبه رو می شوند و این خود موجب افزایش میزان ناتوانی آنها می گردد [۵]. عوارض ثانویه ای که متعاقب ضایعه نخاعی ایجاد می شوند، شامل زخمهای فشاری، عفونتهای مجاری ادراری، مشکلات روده ای، اختلالات اسکلتی-عضلانی، شکستگی ها، اسپاسم های عضلانی، درد شانه، درد مزمن، خستگی مزمن، اختلالات شناختی و اختلال افسردگی مزمن می باشد[۶, ۷]. این عوارض ثانویه به طور قابل توجهی موجب بالا رفتن میزان مرگ و میر و هزینه های درمانی بیماران شده و همچنین سبب افزایش میزان بستری مجدد آنها در بیمارستان می شود [۸]. همه این عوامل به دلیل تاثیر منفی که به مدت طولانی بر روی سلامت، اشتغال و بهره وری، کرامت، تحرک و استقلال شخص می گذارند، سبب افزایش ناتوانی افراد مبتلا به ضایعات نخاعی می شود [۹]. علاوه بر این، وجود عوارض ثانویه با کیفیت زندگی و رضایت از زندگی پایین تر ارتباط دارد [۱۰]. بسیاری از عوارض ثانویه را می توان با خودمدیریتی صحیح کاهش داده یا از آنها جلوگیری کرد [۶]. شواهد موجود حاکی از آن است که بیماران مبتلا به ضایعات نخاعی نیازمند به افزایش تلاش در زمینه خودمدیریتی هستند تا عوارض ثانویه ناشی از بیماری خود را کاهش دهند و از جمله این نیازها شناخت عوامل خطر و محافظ، مهارت های لازم برای به حداقل رساندن خطر، حمایت اجتماعی و ارجاع به موقع به مراقبت های بهداشتی حرفه ای می باشند [۱۱]. به طور خاص در بیماران مبتلا به ضایعه نخاعی، ضعف خودمدیریتی به عنوان یک فاکتور مهم در توسعه سبک زندگی غیرفعال و عوارض ثانویه شناخته شده است [۱۲]. آموزش برنامه های مناسب در خصوص بیماری و مواردی که باید توسط بیمار رعایت گردد، می تواند سبب بهبود عملکرد جسمی، سلامت عمومی، وضعیت عاطفی -روانی و اجتماعی بیمار و کاهش محدودیتهای بیمار گردد [۱۳]. آموزش به بیمار از مهمترین وظایف پرستاری است. در بسیاری از بیماری های مزمن نیاز است که بیمار در منزل خود تحت درمان قرار گیرد و بخش مهمی از این کار بر عهده خود بیمار است. این کار مستلزم آموزش به مددجو است و این امر سبب کاهش بستری مجدد در بیمارستان، کاهش هزینه های درمانی و کنترل بهتر بیماری می شود. بنابراین پرستار می تواند بسته به شرایط بیمار، نوع بیماری و امکانات در دسترس، از برنامه های آموزشی مختلفی استفاده کند. روشهای مختلفی برای رسیدن به اهداف فوق وجود دارد که یکی از این روش ها خودمدیریتی است [۱۴]. در برنامه خودمدیریتی که یکی از روشهای توانبخشی است، تمام فعالیتهای مراقبتی و درمان بر بیمار تاکید دارد و بیمار نقش اصلی و محوری دارد و هدف آن دستیابی به حداکثر استقلال، خود تصمیم گیری و بهبود سلامت فرد مبتنی بر توانایی ها و شیوه زندگی فرد و افزایش کیفیت و رضایت از زندگی است [۱۵]. این امر باعث می شود که وابستگی بیماران به کادر درمانی و سایر افراد خانواده کاهش یابد و هزینه های زیاد بستری شدن مکرر بیماران نیز کاهش و از اشغال شدن بیهوده تخت های بیمارستانی جلوگیری شود [۱۶]. به طور کلی خودمدیریتی نوعی آموزش نوین در امر مراقبت از بیماران مبتلا به بیماری مزمن است که توسط خود بیمار، مشکل یابی صورت گرفته و با کمک تیم درمانی مهارت لازم برای مقابله با مشکل، آموزش داده می شود. در نتیجه بیمار با تکیه بر مهارت های خود و با اعتماد به نفس، زمینه کنترل عوارض را از طریق حل مسئله می آموزد. در نهایت می توان گفت که هدف اصلی در آموزش برنامه خودمدیریتی، مدیریت بر بیماری توسط خود بیماران است [۱۷]. رضایت از زندگی یکی از پیش بینی کننده های سلامت روانی است که امروزه توجه بسیاری از محققان را به خود جلب نموده است [۱۸]. رضایت از زندگی مؤلفه ای از بهزیستی است و قضاوت فرد در مورد مطلوبیت کلی زندگی خود است به این معنا که هر فردی جنبه های مثبت و منفی زندگی خود را ارزش گذاری کرده و سپس به یک قضاوت کلی در مورد میزان رضایت از زندگی خود دست می یابد [۱۹]. رضایت از زندگی زمانی می تواند حاصل شود که افراد ارزیابی مثبت از خود و رسیدن به یک آرامش کلی را در درون خود درک کنند [۲۰]. تجربه شادکامی و رضایت از زندگی هدف برتر زندگی به شمار می رود [۲۱] و از طریق بررسی رضایت از زندگی می توان گروه های در معرض خطر را بهتر شناسایی کرد و تدابیر لازم برای پیشگیری از نزول سلامتی را در آن ها به کار بست [۲۲]. وجود بیماریهای مزمن بر میزان رضایت از زندگی افراد تاثیر می گذارد [۲۳]. اخیرا محققان بررسی روش هایی چون وسایل کمک آموزشی مانند کتابچه آموزشی و پیگیری های تلفنی که می تواند موجب یادگیری آسان تر و کوتاه تر گردند را توصیه نموده اند [۲۴]. به نظر می رسد که آموزش به بیماران مبتلا به ضایعه نخاعی نیازمند توجه بیشتر است. همچنین به آموزش به این بیماران در ایران کمتر پرداخته شده است و نیاز به وجود پژوهش هایی در این زمینه احساس می شود. بنابراین پژوهشگر بر آن شد که در این پژوهش برنامه خودمدیریتی را اجرا نموده و از کتابچه آموزشی و پیگیری تلفنی به عنوان وسایل کمک آموزشی استفاده کند و نتیجه آن را بر روی رضایتمندی از زندگی بیماران مبتلا به ضایعه نخاعی بررسی نماید.

روش کار

این پژوهش یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده است. جامعه مورد مطالعه در ایـن پـژوهش، بیمـاران مبـتلا به ضایعه نخاعی مراجعه کننده به مرکز حمایت از معلولین ضایعات نخاعی ایران بودند. معیارهـای ورود به مطالعه شامل: سن ۶۵-۱۸ سال، سابقه ابتلا به ضایعه نخاعی بین ۳ ماه تا ۶ سال، عدم شرکت بیمار در برنامه های آموزشی مشابه، امکان برقراری تماس تلفنی، نداشتن مشکل در برقراری ارتباط (مانند ناشنوایی و نابینایی)، نداشتن بیماری زمینه ای سخت و همچنین نداشتن بیماری روانی و معیارهای خروج از مطالعه شامل: غیبت بیش از یک جلسه در برنامه آموزشی و عدم تمایل به شرکت در ادامه مطالعه بودند. حجم نمونه در این مطالعه برای هر گروه ۳۰ نفر برآورد شد که با در نظر گرفتن احتمـال ریزش نمونه ها، برای هر گروه کنترل و مداخله ۳۳ نفر (جمعا ۶۶) نمونه انتخاب شد. نمونه ها با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و سپس مجددا با استفاده از جدول اعداد تصادفی بـه دو گروه کنترل و مداخله تخصیص داده شدند. به منظور گردآوری داده ها از دو پرسشنامه

استفاده گردید، پرسشنامه اول شامل دو بخش اطلاعات دموگرافیک (سن، جنس، وضعیت تاهل و غیره) و بخش مشخصات بیماری (سابقه ابتلا به ضایعه نخاعی، علت ایجاد ضایعه نخاعی و غیره) و پرسشنامه دوم، رضایت از زندگی بود. مقیاس رضایت از زندگی (SWLS)، توسط دینر و همکاران جهت سنجش میزان رضایت کلی از زندگی تهیه شده است (۳۵). این مقیاس یک ابزار خودگزارشی بوده و از ۵ گزاره تشکیل شده و شیوه نمره گذاری هر گزاره به صورت لیکرت ۷ درجه ای بوده که از ۱ (کاملا مخالفم) تا ۷ (کاملا موافقم) نمره گذاری شده است. دامنه نمرات مقیاس بین ۳۵-۵ بوده و نمره بالاتر نشان دهنده بالاتر بودن رضایت از زندگی می باشد. دینر و همکـاران (۱۹۸۵) اعتبار درونی مطلوبی (آلفای کرونباخ ۰،۸۹) را برای این مقیاس گزارش کرده اند [۲۵]. در ایران روایی و پایایی آن در سال ۱۳۸۴ توسط علی اصغر بیانی و همکاران تائید شده است که پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و روایی آن از طریق بازآزمایی ۰/۶۹ به دست آمد [۲۶]. در این مطالعه بعد از ترجمه برای به دست آوردن روایی، از روایی محتوی استفاده شد و نظرات اصلاحی ۱۰ نفر از اعضای محترم هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران در پرسشنامه اعمال گردید و پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۷ محاسبه شد.

قبل از شروع برنامه خودمدیریتی، گروه مداخله بـه سه گروه ۸ نفره و یک گروه ۹ نفره تقسیم شد. پس از نیازسنجی کلی از بیماران، بر اساس آیتم های برنامه خودمدیریتی با برگزاری چهار جلسه آموزشی برای هر گروه و هر جلسه بـه مدت دو ساعت با حضور افراد دچار ضایعه نخاعی گروه مداخله برگزار شد. نحوه برگزاری جلسات آموزشی به این شکل بود که در جلسه نخست، حیطه اول برنامه خودمدیریتی که مدیریت درمانی می باشد توضیح کلی، کافی و قابل درک در ارتباط با ماهیت ضایعه نخاعی، مشکلات و عوارض ثانویه متعاقب آن، روش های پیشگیری و کنترل عوارضی مانند درد، یبوست، زخم های فشاری و عفونت مجاری ادراری، رژیم غذایی، مدیریت اضطراب و استرس و مهارت های استفاده از منابع سلامتی و روش های برقراری ارتباط درمانی بین بیمار و مراقبت کننده درمان بحث وگفتگو شد. در دومین جلسه، حیطه دوم برنامه خودمدیریتی، مدیریت نقش بوده و شامل تقویت رفتارهای صحیح بهداشتی، اصلاح رفتارهای نادرست و غیر بهداشتی قبلی، مهارتهای حل مسئله و تصمیم گیری و به روش پرسش و پاسخ اجرا شد. جلسه سوم، سومین حیطه برنامه خودمدیریتی که مدیریت عاطفی است به شکل بحث و پرسش و پاسخ درباره عواطفی مانند عصبانیت، ترس، نا امیدی، افسردگی و ارائه راهکارهایی جهت مدیریت صحیح آنها، اجرا شد. جلسه چهارم چند سناریو در ارتباط با موقعیت هایی که بیمار مبتلا به ضایعه نخاعی ممکن است با آن مواجه شود، ارائه گردید و از طریق بحث گروهی راه حل های مناسب و روش اداره صحیح موقعیت های طرح شده جهت تقویت مهارت حل مسئله و مهارت تصمیم گیری ارائه گردید. در پایان، کتابچه آموزشی مصور که حاوی کلیه مطالب ارائه شده در جلسات بود به بیماران شرکت کننده ارائه شد. پس از اتمام مداخله، برنامه پیگیری تلفنی به مدت ۱۲ هفته جهت تشویق، پرسش و پاسخ، تقویت آموزه ها و ارزیابی روند تغییرات به صورت هفته ای یکبار به مدت ۱۰ دقیقه (بر اساس نیاز بیماران)، توسط محقق انجام گرفت. سپس یک ماه و سه ماه بعد از اتمام برنامه آموزشی، پرسشنامه رضایت از زندگی مجددا توسط هر دو گروه کنترل و آزمون تکمیل گردید. لازم به ذکر است که جهت رعایت اصول اخلاقی در پایان تحقیق، کتابچه آموزشی در اختیار گروه کنترل نیز قرار گرفت. در تمام این مدت گروه کنترل مراقبتهای معمولی خود را دریافت می نمودند. به منظور بررسی همگنی دو گروه کنترل و آزمون در مورد متغیر های دموگرافیک، از آزمون های تی مستقل، کای دو و تست دقیق فیشر استفاده شد. همچنین جهت تعیین تاثیر مداخله بعد از اجرای برنامه خودمدیریتی به وسیله نرم افزار SPSS ویرایش ۱۶ و با استفاده از آزمون تی مستقل تفاوت بین دو گروه تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها

آزمون های آماری کای دو و تی مستقل نشان دادند که دو گروه کنترل و آزمون از نظر متغیرهای دموگرافیک و مشخصات بیماری در ابتدای مطالعه همگن بودند (جدول ۱). نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین نمرات رضایت از زندگی در دو گروه آزمون و کنترل قبل از مطالعه به ترتیب ۱۴/۰۳ و ۱۶/۶۳ از حداکثر نمره ۳۵ بود. آزمون آماری تی مستقل نشان داد که قبل از مداخله، تفاوت معناداری در نمرات رضایت از زندگی بین دو گروه آزمون و کنترل وجود ندارد (P = ۰/۰۸۳). یک ماه بعد از اجرای برنامه خودمدیریتی میانگین نمرات رضایت از زندگی، در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل افزایش یافته بود اما این افزایش از نظر آماری معنادار نبود (P = ۰/۱۴۶) ولی سه ماه بعد از اجرای برنامه خودمدیریتی، تفاوت آماری معناداری بین نمرات رضایت از زندگی دو گروه آزمون و کنترل مشاهده شد (P < ۰/۰۰۱) (جدول ۲).

بحث

بر اساس نتایج این مطالعه، اجرای برنامه خودمدیریتی باعث بهبود میزان رضایتمندی از زندگی بیماران مبتلا به ضایعات نخاعی می شود. نتایج مطالعه سالارکریمی در سال ۱۳۹۳ در کرمان با عنوان تاثیر آموزش برنامه خودمدیریتی بر رضایتمندی از زندگی بیماران مبتلا به ام. اس نشان داد که اجرای برنامه خودمدیریتی سبب بهبود رضایتمندی از زندگی بیماران مبتلا به ام.اس شده است (P = ۰/۰۰۰) که هم راستا با نتایج پژوهش حاضر می باشد [۲۷]. همچنین مطالعه کفعمی و همکاران سال ۱۳۹۱ تحت عنوان تاثیر برنامه خودمدیریتی بر وضعیت سلامت بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در تهران نیز نشان داد که برنامه خودمدیریتی موجب بهبود خوب بودن احساسی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شده است (P = ۰/۰۰۰) که با نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد [۱۳]. نتایج مطالعه Hass و همکارانش ۲۰۰۵ با عنوان بررسی تاثیر آموزش خود مدیریتی بر روی سالمندان مبتلا به کمر درد مزمن نیز بعد از مداخله افزایش در ابعاد سلامت گروه آزمون را نشان داد، اما این افزایش به حدی نبوده اسـت کـه بتواند در احساس خـوب بودن (رضایت از زندگی) بین دو گروه آزمون و کنترل تفاوت معنی داری ایجاد نماید[۲۸]. به نظر می رسد علت عدم تفاوت بین گروه آزمون و کنترل در مطالعه یاد شده، ناشی از این مسأله است که با توجه به اینکه افراد سالمند به انواع بیماری های مزمن از قبیل دیابت، بیماری های قلبی و ریوی و ... مبتلا هستند و علائم و عوارض دیگر بیماری های مزمن می تواند به نحوی در وضعیت سلامت و رضایت از زندگی تاثیر گذار باشد، لذا برای مقایسه تاثیر

آموزش نیاز است که بیماران از نظر عوامل مداخله گر از جمله نداشتن دیگر بیماری های مزمن نیز همگن شوند، همچنان که این پژوهشگران یکی از محدودیت های خود را عدم یکسان بودن نمونه ها از نظر ابتلا به بیماری های مزمن دیگر و همراه ذکر می کنند. پژوهشی سال ۲۰۱۵ در نیجریه توسط Oke و Adenegan تحت عنوان آموزش خودمدیریتی در افزایش رضایتمندی از زندگی بازنشستگان توسط انجام گرفت. نتایج حاکی از این بود که پس از دریافت برنامه خودمدیریتی که طی مدت هشت هفته برای گروه آزمون اجرا شد، رضایتمندی گروه آزمون نسبت به گروه کنترل به طور معنی داری بهبود یافته بود (P < ۰/۰۵) که با پژوهش حاضر هم راستا می باشد [۲۹]. نتایج مطالعه رزازان و همکاران سال ۱۳۹۳ با عنوان تاثیر الگوی توانمندسازی خودمدیریتی بر کیفیت زندگی نوجوانان و جوانان مبتلا به تالاسمی ماژور نشان داد که اجرای برنامه خودمدیریتی سبب بهبود رضایتمندی از زندگی نوجوانان و جوانان مبتلا به تالاسمی ماژور شده است (P = ۰/۰۰۰) که با نتایج پژوهش حاضر هم راستا می باشد [۳۰].

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی متغییرهای دموگرافیک و بیماری در دو گروه کنترل و آزمون قبل از مداخله

متغیر	گروه آزمون		گروه کنترل		آزمون	P-value
	انحراف معیار ± میانگین		انحراف معیار ± میانگین			
سن	۳۸/۸ ± ۱۳/۱	۳۵/۵ ± ۱۱/۹			تی مستقل	۰/۲۹۴
جنسیت	**تعداد**	**درصد**	**تعداد**	**درصد**	کای دو	۰/۱۲۵
مرد	۱۸	۵۴/۵	۲۴	۷۲/۷		
زن	۱۵	۴۵/۵	۹	۲۷/۳		
وضعیت تاهل					کای دو	۰/۴۵۹
متاهل	۱۹	۵۷/۶	۱۴	۴۲/۴		
غیرمتاهل	۱۷	۵۱/۵	۱۶	۴۸/۵		
سطح تحصیلات					کای دو	۰/۲۱۱
بی سواد	۴	۱۲/۱	۵	۱۵/۲		
باسواد	۹	۲۷/۳	۱۴	۴۲/۴		
دیپلم	۱۱	۳۳/۳	۱۰	۳۰/۳		
دانشگاهی	۹	۲۷/۳	۴	۱۲/۱		
وضعیت اشتغال					کای دو	۰/۳۹۸
شاغل	۱۰	۳۰/۳	۷	۲۷/۲		
غیرشاغل	۲۳	۶۹/۷	۲۶	۷۸/۸		
کفایت درآمد					کای دو	۰/۴۴۶
کفایت	۱۰	۳۰/۳	۸	۲۴/۲		
کفایت نسبی	۱۰	۳۰/۳	۱۰	۳۰/۳		
عدم کفایت	۱۳	۳۹/۴	۱۵	۴۵/۵		
سطح ضایعه نخاعی					کای دو	۰/۶۰۶
گردنی	۶	۱۸/۲	۸	۲۴/۲		
سینه‌ای	۱۷	۵۱/۵	۱۳	۳۹/۴		
کمری	۱۰	۳۰/۳	۱۲	۳۶/۴		
سال ابتلا به ضایعه نخاعی					کای دو	۰/۵۸۶
۳ ماه تا ۲ سال	۹	۲۷/۳	۷	۲۱/۲		
۲ تا ۴ سال	۱۴	۴۲/۴	۱۴	۴۲/۴		
۴ تا ۶ سال	۱۰	۳۰/۳	۱۲	۳۶/۴		

جدول ۲: مقایسه میانگین نمرات رضایتمندی از زندگی در بین دو گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از اجرای برنامه خودمدیریتی

میزان رضایت از زندگی	گروه آزمون	گروه کنترل	نتیجه آزمون تی مستقل
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	P-value
قبل از مداخله	۱۴/۰۳ ± ۴/۸	۱۶/۶۳ ± ۶/۹	۰/۰۸
یک ماه بعد از مداخله	۱۹/۵۱ ± ۶/۱	۱۷/۱۸ ± ۶/۷	۰/۱۴۶
سه ماه بعد از مداخله	۲۵/۵۱ ± ۷/۲	۱۷/۶۰ ± ۶/۷	< ۰/۰۰۱

نتیجه‌گیری

در مجموع یافته های این پژوهش نشان می دهد که انجام مهارت های خودمدیریتی توسط بیماران مبتلا به ضایعات نخاعی امکان پذیر و راحت می باشد و با آموزش و اجرای این برنامه تفاوت معناداری در رضایت از زندگی بیماران مبتلا به ضایعات نخاعی ایجاد می شود، به طوری که اجرای مهارت های خود مدیریتی با افزایش میزان رضایت از زندگی بیماران مبتلا همراه است، لذا می توان اذعان کرد که انجام این مهارت ها توسط بیماران مبتلا به ضایعات نخاعی می تواند منجر به احساس رضایت از زندگی و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی و کارآمدی

آنان شود. با توجه به نتایج این پژوهش و تاثیرات مطلوب برنامه خودمدیریتی بر رضایتمندی از زندگی پیشنهاد می شود در مطالعات بعدی تاثیر این برنامه بر متغیر های دیگری چون استرس و اضطراب بیماران مبتلا به ضایعات نخاعی سنجیده شود. محدودیتهای این پژوهش شامل تفاوت های فردی در اجرای برنامه خود مدیریتی تاثیر دارد که این مورد خارج از کنترل است و با توجه به اینکه ممکن است بیماران محتوای آموزشی یاد گرفته شده را در منزل تمرین و اجرا نکنند، پژوهشگر جهت کنترل این محدودیت پیگیری تلفنی برای بیماران به صورت هفتگی انجام می داد.

سپاسگزاری

از کلیه مددجویانی که با وجود مشکلات فراوان ناشی از ضایعات نخاعی در این پژوهش شرکت داشتند تشکر می گردد. این پژوهش با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران و دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد که بدین وسیله از ایشان قدردانی می شود و همچنین از مساعدت مسئولان مرکز مرکز حمایت از معلولین ضایعات نخاعی ایران که ما را در این طرح یاری نمودند، تشکر می گردد.

References

1. Kahrazie F, Mirshekar T. Effect of wives group training on activities of daily living and quality of life in male patients with spinal cord injury. Med Surg Nurs J. 2015;4(1):54-9.
2. sedghi Goyaghaj N, Fallahi Khoshknab M, Khankeh HR, Hoseini MA RP. Effect the exercise program on neuropathic pain intensity in patients with paraplegia Spinal Cord Injury. Med Surg Nurs J. 2015;4(3):52-9.
3. Coura AS, Enders BC, de Franca IS, Vieira CE, Dantas DN, de Menezes DJ. [Ability for self-care and its association with sociodemographic factors of people with spinal cord injury]. Rev Esc Enferm USP. 2013;47(5):1154-62. doi: 10.1590/S0080-623420130000500020 pmid: 24346456
4. Hasanzadeh Pashang S, Zare H, Alipor A. The efficacy of stress inculation training (SIT) on resilience, anxiety depression and stress among spinal cord injury (SCI) patients. J Jahrom Univ Med Sci. 2012;10(3):12-20.
5. Shojaei H, Jafari A, Valaei S. Frequency of phantom pain among patients with spinal cord injury. Iran J War Public Health. 2009;1(3):88-99.
6. Matter B, Feinberg M, Schomer K, Harniss M, Brown P, Johnson K. Information needs of people with spinal cord injuries. J Spinal Cord Med. 2009;32(5):545-54. pmid: 20025150
7. Chen D, Apple DF, Hudson LM, Bode R. Medical complications during acute rehabilitation following spinal cord injury—current experience of the Model Systems. Arch Phys Med Rehabil. 1999;80(11):1397-401.
8. Cardenas DD, Hoffman JM, Kirshblum S, McKinley W. Etiology and incidence of rehospitalization after traumatic spinal cord injury: a multicenter analysis. Arch Phys Med Rehabil. 2004;85(11):1757-63. pmid: 15520970
9. Dorsett P, Geraghty T. Health-related outcomes of people with spinal cord injury--a 10 year longitudinal study. Spinal Cord. 2008;46(5):386-91. doi: 10.1038/sj.sc.3102159 pmid: 18180790
10. van Loo MA, Post MW, Bloemen JH, van Asbeck FW. Care needs of persons with long-term spinal cord injury living at home in the Netherlands. Spinal Cord. 2010;48(5):423-8. doi: 10.1038/sc.2009.142 pmid: 19884896
11. Munce SE, Webster F, Fehlings MG, Straus SE, Jang E, Jaglal SB. Perceived facilitators and barriers to self-management in individuals with traumatic spinal cord injury: a qualitative descriptive study. BMC Neurol. 2014;14(1):48. doi: 10.1186/1471-2377-14-48 pmid: 24624961
12. Munce SE, Fehlings MG, Straus SE, Nugaeva N, Jang E, Webster F, et al. Views of people with traumatic spinal cord injury about the components of self-management programs and program delivery: a Canadian pilot study. BMC Neurol. 2014;14(1):209. doi: 10.1186/s12883-014-0209-9 pmid: 25327610
13. Kafami F, Mohammadi F, Norouzi K, Rahgozar M. The Effect Of Self-Management Program On The Health Status Of Multiple Sclerosis Patients. J Res Dev Nurs Midwifery. 2012 9(1):24-33.
14. Ebrahimi S. The effect of self-management program after discharging on therapeutic adherence in patient with ischemic heart disease [Thesis for Master of Nursing]. School of nursing and midwifery: Tehran University medical of science; 2016.
15. Lorig KR, Ritter P, Stewart AL, Sobel DS, Brown BW, Jr., Bandura A, et al. Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. Med Care. 2001;39(11):1217-23. pmid: 11606875
16. Holman H, Lorig K. Patient self-management: a key to effectiveness and efficiency in care of chronic disease. Public Health Rep. 2004;119(3):239-43. doi: 10.1016/j.phr.2004.04.002 pmid: 15158102
17. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. JAMA. 2002;288(19):2469-75. pmid: 12435261
18. Gundelach P, Kreiner S. Happiness and life satisfaction in advanced European countries. Cross Cult Res. 2004;38(4):359-86.
19. Issazadegan A, Aghayanzade H, Shiekhy S. Comparison Of Cognitive Emotion Regulation Strategies, Optimism And Life Atisfaction Among People With Gastrointestinal And Cardiovascular Disease. J Urmia Nurs Midwifery Fac. 2015;13(5):440-50.
20. Vahedi S, Eskandari F. The validation and multi-group confirmatory factor analysis of the Satisfaction with Life Scale in nurse and midwife undergraduate students. Iran J Nurs Res. 2010;5(17):68-79.
21. Nasrabadi AN, Mazloum SR, Nesari M, Goudarzi F. Relation between worry domains and health related quality of life in medical sciences students. Payesh. 2009;8(1):85-92.
22. Diener E. Subjective well-being. The science of happiness and a proposal for a national index. Am Psychol. 2000;55(1):34-43. pmid: 11392863
23. van Leeuwen CM, Post MW, Westers P, van der Woude LH, de Groot S, Sluis T, et al. Relationships between activities, participation, personal factors, mental health, and life satisfaction in persons with spinal cord injury. Arch Phys Med Rehabil. 2012;93(1):82-9. doi: 10.1016/j.apmr.2011.07.203 pmid: 21978936

24. McManus RJ, Mant J, Bray EP, Holder R, Jones MI, Greenfield S, et al. Telemonitoring and self-management in the control of hypertension (TASMINH2): a randomised controlled trial. Lancet. 2010;376(9736):163-72. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60964-6 pmid: 20619448
25. Bayani AA, Koocheky M, Goodarzi H. The reliability and validity of the satisfaction with life scale. J Iran Psychol. 2007;3(11):259-65.
26. Bayani A, Koocheky A, Goodarzi H. The reliability and validity of the satisfaction with life scale. J Iran Psychol. 2007;3(11):259-65.
27. Salar Karimi N. The effect of self-management training on improving the satisfaction of life and mental well-being Patients with MS. Second Conferences of New Ideas in Economics and Management Science; Iran2015.
28. Haas M, Groupp E, Muench J, Kraemer D, Brummel-Smith K, Sharma R, et al. Chronic disease self-management program for low back pain in the elderly. J Manipulative Physiol Ther. 2005;28(4):228-37. doi: 10.1016/j.jmpt.2005.03.010 pmid: 15883575
29. I.D O, T A. Self-Management Training in Enhancing Life Satisfaction of Retirees in Ondo State, Nigeria. J Educ Res Nat Soc Sci. 2015;1(1).
30. Razzazan N, Ravanipour M, Gharibi T, Motamed Zarei A. Effect of self-management empowering model on the quality of life in adolescents and youths with major thalassemia. J Nurs Educ. 2014;3(2):48-59.