



The Effect of a Self-Care-Based Empowerment Program on Resilience of Elderly Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Journal of Rehabilitation
Counseling
2025, Vol 1(3): 191-199
Jmr.uok.ac.ir

Saghar Erfani ¹
Mohammad Javadinejad ²
Beheshteh Tabarsy ³ & *

Abstract

Background and Objective: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is one of the most prevalent diseases among the elderly and is associated with reduced functioning and quality of life. Given the physical and psychological challenges experienced by these patients, strengthening resilience and self-care abilities is essential. Accordingly, the present study aimed to examine the effect of a self-care-based empowerment program on resilience in elderly patients with COPD.

Method: This experimental study was conducted on 60 elderly patients with COPD hospitalized in medical centers affiliated with Islamic Azad University of Tehran. Participants were randomly assigned to either the intervention or control group. The self-care-based empowerment program was implemented for the intervention group. Data were collected before and after the intervention using a demographic questionnaire and the Connor–Davidson Resilience Scale (2003) and were analyzed using SPSS version 26.

Findings: The mean resilience score in the intervention group showed a statistically significant increase following the implementation of the program ($p < 0.001$), whereas no significant change was observed in the control group. In addition, a statistically significant difference in post-intervention resilience scores was found between the two groups.

Conclusion: The results demonstrated that the self-care-based empowerment program effectively enhanced resilience among elderly patients with COPD. The implementation of such programs may increase awareness, self-efficacy, and a sense of control, thereby contributing to improved psychological adaptation and quality of life in this population.

Keywords: *Self-care; Resilience; Elderly; Chronic Obstructive Pulmonary Disease*

Received: 2025.11.06

Revised: 2025.12.10

Accepted: 2025.12.11

Citation: Erfani, S., Javadinejad, M., & Tabarsy, B. (2025). The effect of a self-care-based empowerment program on resilience of elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Rehabilitation Counseling*, 1(3), 191–199.

¹. MSc Student, Department of Nursing, TeMS.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.

². Lecturer, Department of Nursing, TeMS.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.

³. **Corresponding Author:** Assistant Professor, Department of Nursing, TeMS.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran. Email: tabarsi1383@gmail.com



نشریه مشاوره توانبخشی
سال اول / شماره ۳ / پاییز ۱۴۰۴
شماره صفحات: ۱۹۹-۱۹۱
Jmr.uok.ac.ir

تأثیر برنامه توانمندسازی مبتنی بر خودمراقبتی بر تاب‌آوری سالمندان مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه

ساغر عرفانی^۱
محمد جوادی نژاد^۲
بهشته طبرسی^۳

چکیده

زمینه و هدف: بیماری مزمن انسدادی ریه از شایع‌ترین بیماری‌های دوران سالمندی است که با کاهش عملکرد و افت کیفیت زندگی همراه است. سالمندان مبتلا به این بیماری، به دلیل مواجهه با مشکلات جسمی و روانی، نیازمند تقویت تاب‌آوری و ارتقای مهارت‌های خودمراقبتی هستند. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر برنامه توانمندسازی مبتنی بر خودمراقبتی بر تاب‌آوری سالمندان مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه انجام شد.

روش: این مطالعه تجربی بر روی ۶۰ سالمند مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه آزاد اسلامی تهران انجام گرفت. شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار داده شدند. برنامه توانمندسازی مبتنی بر خودمراقبتی برای گروه مداخله اجرا شد و داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه ویژگی‌های دموگرافیک و مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، پیش و پس از مداخله گردآوری و با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین نمره تاب‌آوری در گروه مداخله پس از اجرای برنامه به طور معناداری افزایش یافت ($p < 0.001$)، در حالی که در گروه کنترل تغییر معناداری مشاهده نشد. همچنین، پس از مداخله، تفاوت آماری معناداری در سطح تاب‌آوری بین دو گروه وجود داشت.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این مطالعه نشان داد که برنامه توانمندسازی مبتنی بر خودمراقبتی می‌تواند موجب افزایش تاب‌آوری سالمندان مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه شود. اجرای این گونه برنامه‌ها با ارتقای آگاهی، خودکارآمدی و احساس کنترل در بیماران، نقش مؤثری در بهبود سازگاری روانی و کیفیت زندگی آنان ایفا می‌کند.

کلیدواژه‌ها: خودمراقبتی، تاب‌آوری، سالمندان، بیماری مزمن انسدادی ریه

پذیرش: ۱۴۰۴/۰۹/۲۲

اصلاح: ۱۴۰۴/۰۹/۲۱

دریافت: ۱۴۰۴/۰۸/۱۵

ارجاع: عرفانی، س.، جوادی نژاد، م. و طبرسی، ب. (۱۴۰۴). تأثیر برنامه توانمندسازی مبتنی بر خودمراقبتی بر تاب‌آوری سالمندان مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه. فصلنامه مشاوره توانبخشی، ۱(۳)، ۱۹۹-۱۹۱.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه پرستاری، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

^۲ مربی، گروه پرستاری، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

^۳ نویسنده مسئول: استادیار، گروه پرستاری، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۱. مقدمه

بیماری مزمن انسدادی ریه (COPD)^۱ یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن تنفسی است که با انسداد پیشرونده و غیرقابل برگشت جریان هوا، التهاب مزمن راه‌های هوایی و تخریب پارانشیم ریه مشخص می‌شود (فام^۲ و همکاران، ۲۰۲۴). شایع‌ترین عامل خطر آن مصرف سیگار و سایر عوامل شامل مواجهه با دود غیرمستقیم، آلودگی هوا، سوخت‌های زیستی خانگی مانند چوب و زغال، تماس شغلی با گرد و غبار و بخارات شیمیایی، عوامل ژنتیکی و افزایش سن هستند (شریفی و همکاران، ۲۰۱۹). در سالمندان، بیماری مزمن انسدادی ریه، به دلیل کاهش طبیعی عملکرد ریوی ناشی از افزایش سن، موجب افت بیشتر ظرفیت تنفسی، کاهش تحمل فعالیت و ناتوانی در انجام امور روزمره می‌شود (منگ^۳ و همکاران، ۲۰۲۵). این بیماری یکی از علل اصلی مرگ‌ومیر و ناتوانی در سطح جهان بوده و سهم بالایی از بار بیماری‌های مزمن را به خود اختصاص داده است (منگ و همکاران، ۲۰۲۵). طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، بیماری مزمن انسدادی ریه سومین علت مرگ در جهان است و روند سالمندی جمعیت موجب افزایش شمار مبتلایان در دهه‌های آینده خواهد شد (لارسن^۴ و همکاران، ۲۰۲۲).

در ایران نیز شیوع بیماری مزمن انسدادی ریه، قابل توجه است. مطالعات چندمرکزی نشان داده‌اند که شیوع این بیماری در افراد بالای ۴۰ سال حدود ۴/۹ درصد است و در برخی مناطق مانند کرمان تا ۱۳/۹ درصد گزارش شده است (شریفی و همکاران، ۲۰۱۹). علاوه بر این، در سال ۲۰۲۱ تعداد موارد بیماری مزمن انسدادی ریه در سالمندان (≥ 70 سال) حدود ۵۹۲/۴۴۲ نفر تخمین زده شده است (منگ و همکاران، ۲۰۱۹). متأسفانه بیش از نیمی از بیماران در ایران به دلیل تشخیص دیر هنگام یا فقدان مراقبت مناسب، در مراحل پیشرفته بیماری شناسایی می‌شوند (رعددادی و همکاران، ۲۰۱۹).

این بیماری پیامدهای گسترده‌ای بر سلامت جسمی، روانی و اجتماعی سالمندان دارد. از جمله مهم‌ترین عوارض آن می‌توان به عودهای مکرر بیماری، تشدید علائم تنفسی، افزایش بستری‌های بیمارستانی و در مراحل پیشرفته، نارسایی تنفسی و قلبی اشاره کرد (پاو^۵ و همکاران، ۲۰۲۳). بیماران در انجام فعالیت‌های ساده مانند راه رفتن یا مراقبت از خود دچار محدودیت می‌شوند و این امر با کاهش استقلال، احساس وابستگی، افت کیفیت زندگی، اضطراب، افسردگی و احساس تنهایی همراه است و در کنار آن خطر عفونت‌های تنفسی، به‌ویژه پنومونی را افزایش می‌دهد (چن^۶ و همکاران، ۲۰۲۱؛ سبزی‌پور و همکاران، ۲۰۲۳). از نظر اقتصادی نیز بیماری مزمن انسدادی ریه، یکی از پرهزینه‌ترین بیماری‌های مزمن است. در سطح جهانی، هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم بیماری طی سال‌های ۲۰۲۰ تا ۲۰۵۰ بیش از ۴/۳ تریلیون دلار برآورد شده است (آگاروال^۷ و همکاران، ۲۰۲۳). در ایران، هزینه سالانه مستقیم هر بیمار حدود ۱۵۴۴ دلار و هزینه بستری برای تشدید بیماری نزدیک به ۱۹۴۲ دلار تخمین زده شده است (فام و همکاران، ۲۰۲۴).

در کنار مداخلات دارویی، عوامل روانی و رفتاری نقش مهمی در کنترل بیماری دارند (بهبزادی و همکاران، ۲۰۲۵). یکی از این عوامل، تاب‌آوری است که به توانایی فرد برای سازگاری با استرس، فشارهای روانی و شرایط دشوار بیماری اشاره دارد (پاو و همکاران، ۲۰۲۳). سالمندان تاب‌آور در مواجهه با محدودیت‌های جسمی و روانی ناشی از بیماری مزمن انسدادی ریه، بهتر سازگار می‌شوند، احساس امید بیشتری دارند و توانایی کنترل عواطف منفی را پیدا می‌کنند (چن همکاران، ۲۰۲۱؛ ساوئول^۸ و همکاران، ۲۰۱۸). تحقیقات نشان داده است که تاب‌آوری با کاهش افسردگی، اضطراب و افزایش کیفیت زندگی در بیماران مزمن رابطه مستقیم دارد (دیتون^۹ و همکاران، ۲۰۲۱).

عامل مهم دیگر، خودمراقبتی است که به توانایی فرد در انجام فعالیت‌هایی برای حفظ سلامت، پیشگیری از عوارض و کنترل علائم بیماری اشاره دارد (کیسی^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۴). خودمراقبتی در بیماری مزمن انسدادی ریه، شامل مصرف منظم داروهای استنشاقی، تمرینات تنفسی مانند تنفس لب غنچه‌ای، فعالیت بدنی سبک، تغذیه سالم، اجتناب از دود و آلودگی، واکسیناسیون و رعایت بهداشت فردی است (سالوادو^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۵؛ فان^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۲). رعایت این موارد موجب کاهش شدت علائم، کاهش دفعات بستری، افزایش استقلال و بهبود کیفیت زندگی می‌شود (وو^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۵؛ دستنایی و همکاران، ۲۰۲۵).

1 Chronic Obstructive Pulmonary Disease

2. Pham

3. Meng

4. Larsen

5. Pouw

6. Chen

7. Agarwal

8. Southwell

9. Deaton

10. Casey

11. Salvado

12. Fan

13. Wu

با این حال، در ایران آموزش خودمراقبتی هنوز به‌طور محدود و بدون ساختار مشخص انجام می‌شود و بسیاری از بیماران، به‌ویژه سالمندان، پس از ترخیص از بیمارستان فاقد آموزش کافی برای مدیریت بیماری خود هستند (رعدادی و همکاران، ۲۰۲۲). محدودیت منابع، کمبود نیروی انسانی و بی‌توجهی به سطح سواد سلامت از موانع مهم در اجرای برنامه‌های خودمراقبتی محسوب می‌شوند (حورزاد و همکاران، ۲۰۱۸). پرستاران نقش محوری در توانمندسازی بیماران دارند. آنان می‌توانند با ارائه آموزش‌های مؤثر، حمایت روانی و پیگیری مراقبت، در ارتقای تاب‌آوری و خودمراقبتی بیماران مؤثر باشند (نگوین^۱ و همکاران، ۲۰۲۳؛ استکا^۲ و همکاران، ۲۰۲۱؛ ون^۳ و همکاران، ۲۰۲۵). لذا مطالعه حاضر، با هدف تعیین تأثیر برنامه توانمندسازی مبتنی بر خودمراقبتی بر تاب‌آوری سالمندان مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه بستری در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران انجام شده است.

۲. روش

این پژوهش از نوع تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود که در سال ۱۴۰۴ در ایران انجام شد. جامعه پژوهش شامل کلیه سالمندان مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه مراجعه‌کننده به بخش‌های داخلی بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران بود. در مجموع ۶۰ نفر از سالمندان واجد شرایط به روش در دسترس، انتخاب و سپس با قرعه‌کشی به‌صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل (هر کدام ۳۰ نفر) قرار داده شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن سن بالای ۶۰ سال، حداقل سواد خواندن و نوشتن، عدم شرکت در برنامه آموزشی مشابه، ابتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه با گذشت حداقل شش ماه از زمان تشخیص و داشتن سطح هوشیاری کامل بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل عدم تمایل به ادامه همکاری، بروز شرایط بحرانی برای بیمار، ابتلا به بیماری‌های مزمن بدخیم مانند سرطان و یا ابتلا به بیماری‌های اعصاب و روان تشخیص داده شده توسط پزشک و ذکر آن در پرونده بیمار بودند.

۲-۱. ابزارها

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک (سن، جنسیت، وضعیت تأهل، تحصیلات، شغل، وضعیت بیمه، درآمد، داشتن مراقب و مدت ابتلا به بیماری مزمن) و پرسش‌نامه تاب‌آوری کانر^۴ و دیویدسون^۵ (۲۰۰۳) دارای ۵ عامل، تصور شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی، بود. این پرسش‌نامه دارای ۲۵ گویه ۵ گزینه‌ای بین نمره صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) با حداقل امتیاز ۲۵ و حداکثر ۱۲۵ بود. نمره بین ۲۵ تا ۴۱ میزان تاب‌آوری پایین، نمره بین ۴۱ تا ۸۳ میزان تاب‌آوری متوسط و نمره بالاتر از ۸۳ میزان تاب‌آوری بالاست. پرسش‌نامه در دو مرحله، قبل و بعد از مداخله تکمیل گردید. روایی محتوایی توسط ۱۰ نفر از اساتید و متخصصان حوزه پرستاری، داخلی و روان‌سنجی بازبینی شد و نظرات آنان اعمال گردید. روایی صوری با ۱۲ نفر از بیماران از نظر سهولت درک سوالات پرسش‌نامه بررسی شد و تغییرات لازم صورت گرفت. پایایی پرسش‌نامه به روش آلفای کورنباخ محاسبه و ضریب ۰/۸۸ به‌دست آمد.

۲-۲. روش اجرا

در گروه مداخله، برنامه توانمندسازی مبتنی بر خودمراقبتی شامل جلسات آموزشی درباره آشنایی با بیماری، روش‌های کنترل علائم، تغذیه مناسب، فعالیت بدنی، تنفس صحیح و راهکارهای روانی-رفتاری برای تقویت تاب‌آوری در قالب چند جلسه گروهی برگزار شد. بیماران گروه مداخله در ۶ جلسه ۴۰ الی ۶۰ دقیقه‌ای به فاصله یک روز در میان محتوای آموزشی را که توسط محقق ساخته شده بود را دریافت کردند. در پایان هر جلسه ۱۰ دقیقه به سوالات بیماران در مورد چگونگی استفاده از محتوای آموزشی پاسخ داده شد. گروه کنترل مراقبت‌های معمول را دریافت کرد. این پژوهش پس از دریافت مجوز از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران و اخذ کد اخلاق IR.IAU.TMU.REC.1404.379 انجام شد. قبل از شروع مطالعه، اهداف پژوهش برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از آنان اخذ گردید. شرکت در پژوهش کاملاً داوطلبانه بود و شرکت‌کنندگان در هر مرحله می‌توانستند

1. Nguyen
2. Steca
3. Wen
4. Connor
5. Davidson

بدون هیچ‌گونه پیامد منفی از مطالعه خارج شوند. همچنین به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات فردی و پاسخ‌های آنان محرمانه باقی می‌ماند و فقط در راستای اهداف پژوهش مورد استفاده قرار می‌گیرد. رعایت اصول اخلاقی پژوهش مطابق با بیانیه هلسینکی انجام شد.

جدول ۱: اهداف و محتوای برنامه توانمندسازی مبتنی بر خود مراقبتی

جلسه	هدف	محتوا
۱	ارائه اطلاعات اولیه درباره بیماری مزمن انسدادی ریه، علل، علائم و پیامدهای آن	تعریف بیماری مزمن، عوامل خطر و عوامل تشدید کننده
۲	آشنایی با رژیم غذایی مناسب برای بیماری مزمن انسدادی ریه	رژیم غذایی متعادل و پر انرژی، مصرف مایعات کافی
۳	آشنایی با پیشگیری از عفونت‌ها	شست‌وشوی دست‌ها و رعایت بهداشت فردی، اهمیت واکسیناسیون، بهداشت محیط
۴	ارائه نکات لازم در مورد مصرف داروها و عوارض جانبی آن‌ها	پایبندی به برنامه دارویی، پیشگیری از تداخلات دارویی، زمان‌بندی مصرف داروها
۵	کنترل علائم و پیشگیری از حملات	تمرینات تنفسی، تکنیک‌های بهبود عملکرد ریوی، استفاده صحیح از اکسیژن درمانی
۶	مدیریت روحی- روانی	کنترل اضطراب، پذیرش ناتوانی، حمایت عاطفی، آرام‌سازی معنوی

۲-۳. شیوه تجزیه و تحلیل داده‌ها

داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون T مستقل و زوجی و کوواریانس) در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند. وضعیت نرمالیتی داده‌های کمی با استفاده از آزمون شاپیروویلیک ارزیابی شد.

۳. یافته‌ها

بر اساس نتایج به دست آمده تفاوت آماری معنادار میان گروه کنترل و مداخله از نظر متغیرهای دموگرافیک وجود نداشت ($P > 0.05$). سایر اطلاعات دموگرافیک در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲: توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک شرکت‌کنندگان در دو گروه کنترل و مداخله

P-value	کنترل	مداخله	طبقه	متغیر
۰/۰۸۱	۷	۱۵	۶۰-۷۴	سن
	۲۰	۱۲	۸۴-۷۵	
	۳	۳	۸۵ و بالاتر	
۰/۰۹۴	۹	۱۵	مرد	جنسیت
	۲۱	۱۵	زن	
۰/۰۷۳	۲۲	۶	بی سواد	تحصیلات
	۵	۱۲	دیپلم	
	۳	۱۲	دانشگاهی	
۰/۴۸۶	۲	۲	شاغل	شغل
	۹	۱۵	بازنشسته	
	۷	۴	آزاد	
	۱۰	۶	خانه دار	
	۲	۳	بیکار	
۰/۵	۲۳	۲۴	متاهل	وضعیت تاهل
	۷	۶	مجرد	
۰/۷۳۱	۴	۶	کافی	درآمد
	۲۶	۲۴	ناکافی	
۰/۰۷۸	۱۴	۶	کمتر از یک سال	مدت زمان ابتلا
	۱۴	۱۹	۵-۱	
	۲	۵	۱۰-۵	

بر اساس جدول ۲، از نظر سن، بیشترین فراوانی در گروه مداخله در بازه سنی ۶۰ تا ۷۴ سال و در گروه کنترل در بازه ۷۵ تا ۸۴ سال مشاهده شد، در حالی که کمترین فراوانی در هر دو گروه به سالمندان بالای ۸۵ سال اختصاص داشت. از نظر جنسیت، در گروه مداخله

توزیع مردان و زنان برابر بود، اما در گروه کنترل زنان سهم بیشتری داشتند. از نظر سطح تحصیلات، در گروه مداخله بیشترین فراوانی به افراد دارای تحصیلات دیپلم و دانشگاهی و کمترین فراوانی به افراد بی‌سواد تعلق داشت، در حالی که در گروه کنترل بیشترین فراوانی مربوط به افراد بی‌سواد و کمترین فراوانی مربوط به افراد دارای تحصیلات دانشگاهی بود. در هر دو گروه، بیشترین فراوانی شغلی به بازنشستگان و کمترین فراوانی به افراد شاغل اختصاص داشت. همچنین، در هر دو گروه، افراد متأهل بیشترین و افراد مجرد کمترین فراوانی را نشان دادند. از نظر درآمد، اکثریت شرکت‌کنندگان در هر دو گروه درآمد ناکافی گزارش کردند. در نهایت، در هر دو گروه، بیشترین فراوانی مدت ابتلا به بیماری مربوط به بازه ۱ تا ۵ سال و کمترین فراوانی مربوط به بازه ۵ تا ۱۰ سال بود. در مجموع، بر اساس مقادیر سطح معنی‌داری، هیچ‌یک از متغیرهای جمعیت‌شناختی بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معناداری نداشتند ($P > 0.05$)، که نشان‌دهنده همگنی مناسب دو گروه پیش از مداخله است.

میانگین نمره تاب‌آوری در گروه آزمون پیش و پس از مداخله به ترتیب $52/1 \pm 11/28$ و $48/43 \pm 5/25$ و میانگین نمره تاب‌آوری در گروه کنترل به ترتیب $48/43 \pm 5/25$ و $48/11 \pm 6/11$ بود (جدول ۳).

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات تاب‌آوری سالمندان قبل و بعد از مداخله در دو گروه

آزمون	آزمون	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
گروه مداخله	قبل از مداخله	۳۰	۷۱	۵۲/۱	۱۱/۲۸
	بعد از مداخله	۹۰	۱۱۹	۱۰۷	۷/۵۵
گروه کنترل	قبل از مداخله	۳۹	۵۹	۴۸/۴۳	۵/۲۵
	بعد از مداخله	۳۴	۵۹	۴۸/۱۳	۶/۱۱

همچنین آزمون تی زوجی، تفاوت معناداری از نظر آماری میان نتایج پیش و پس از مداخله گروه آزمون نشان داد که بیانگر آن است که اجرای برنامه توانمندسازی مبتنی بر خودمراقبتی منجر به افزایش تاب‌آوری در گروه آزمون گردید (جدول ۴) ولی تفاوت معناداری از نظر آماری میان نتایج پیش و پس از مداخله در گروه کنترل مشاهده نشد (جدول ۵). همچنین نتایج آزمون t مستقل نشان داد که میانگین نمرات تاب‌آوری در مرحله پیش آزمون بین دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت ($P > 0.05$) اما پس از مداخله، میانگین نمره تاب‌آوری در گروه مداخله به‌طور معنی‌داری بالاتر از گروه کنترل بود ($P > 0.05$). بنابراین، برنامه توانمندسازی مبتنی بر خود مراقبتی در افزایش تاب‌آوری سالمندان مؤثر بود (جدول ۶).

جدول ۴: مقایسه میانگین نمره تاب‌آوری در گروه مداخله پیش و پس از مداخله

متغیر	قبل از مداخله	انحراف معیار	پس از مداخله	انحراف معیار	اختلاف میانگین	انحراف معیار	حد پایین	حد بالا	P-value
تاب‌آوری	۵۲/۱	۱۱/۲۸	۱۰۷	۷/۵۵	-۵۴/۹	۱۳/۲۴	-۵۹/۸۴	-۴۹/۹۵	۰/۰۰۰

جدول ۵: مقایسه میانگین نمره تاب‌آوری در گروه کنترل پیش و پس از مداخله

متغیر	قبل از مداخله	انحراف معیار	پس از مداخله	انحراف معیار	اختلاف میانگین	انحراف معیار	حد پایین	حد بالا	P-value
تاب‌آوری	۴۸/۴۳	۵/۲۵	۴۸/۱۳	۶/۱۱	۰/۳	۷/۸۰	-۲/۶۱	۳/۲۱	۰/۸۳۵

جدول ۶: مقایسه میانگین نمرات تاب‌آوری سالمندان بین دو گروه قبل و بعد از مداخله

متغیر	میانگین	انحراف معیار	P-value
قبل از مداخله	۵۲/۱	۱۱/۲۸	۰/۱۱۲
بعد از مداخله	۴۸/۴۳	۵/۲۵	۰/۰۰۰
کنترل	۴۸/۱۳	۶/۱۱	۰/۰۰۰

۴. بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر نشان داد که اجرای برنامه توانمندسازی مبتنی بر خودمراقبتی منجر به افزایش معنادار نمره تاب‌آوری در سالمندان مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه در گروه مداخله شد. این یافته حاکی از آن است که مداخلات مبتنی بر ارتقای توانمندی‌های فردی و مشارکت فعال بیماران در فرایند مراقبت می‌تواند نقش مؤثری در بهبود سازگاری روان‌شناختی آنان ایفا کند. نتایج به‌دست‌آمده با یافته‌های پژوهش‌های پیشین همسو است؛ به‌گونه‌ای که حورزاد و همکاران (۲۰۱۸) در مطالعه خود نشان دادند اجرای مدل توانمندسازی خودمدیریتی موجب افزایش معنادار خودکارآمدی و حس همبستگی در سالمندان بازنشسته مبتلا به بیماری‌های مزمن شده است. این همسویی نشان می‌دهد که چارچوب‌های نظری مبتنی بر توانمندسازی، از طریق تقویت مؤلفه‌هایی مانند خودکنترلی، احساس شایستگی و فرایندهای روانی واسطه، می‌توانند مسیرهای مؤثری برای ارتقای تاب‌آوری فراهم سازند. از سوی دیگر، یافته‌های پژوهش حاضر مؤید وجود رابطه مثبت میان خودمراقبتی و تاب‌آوری است؛ موضوعی که در مطالعات مختلف نیز مورد تأکید قرار گرفته است (دیتون و همکاران، ۲۰۲۲). به نظر می‌رسد ارتقای مهارت‌های خودمراقبتی، با افزایش احساس کنترل بر بیماری و کاهش درماندگی، زمینه‌ساز تقویت تاب‌آوری در سالمندان می‌شود. در این چارچوب، توانمندسازی نه‌تنها به‌عنوان یک مداخله آموزشی، بلکه به‌مثابه فرایندی روان‌شناختی تلقی می‌شود که می‌تواند ظرفیت انطباق افراد با شرایط مزمن و استرس‌زا را افزایش دهد.

نکته قابل توجه دیگر آن است که در این مطالعه، بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر متغیرهای دموگرافیک تفاوت معناداری مشاهده نشد. این همگنی اولیه امکان استدلال قوی‌تری را فراهم می‌سازد مبنی بر اینکه تغییرات مشاهده‌شده در سطح تاب‌آوری، عمدتاً ناشی از اجرای برنامه مداخله‌ای بوده است و نه تفاوت‌های زمینه‌ای جمعیتی. چنین وضعیتی اعتبار درونی پژوهش را افزایش می‌دهد. در مقابل، برخی مطالعات پیشین که گروه‌های مقایسه‌ای آن‌ها از نظر ویژگی‌های پایه تفاوت‌هایی داشته‌اند، با محدودیت‌هایی در تفسیر اثر واقعی مداخله مواجه بوده‌اند (استکا و همکاران، ۲۰۲۱). از این رو، رعایت این اصل در پژوهش حاضر به‌عنوان یکی از نقاط قوت آن تلقی می‌شود. همچنین، عدم تغییر معنادار نمره تاب‌آوری در گروه کنترل و در مقابل، افزایش چشمگیر آن در گروه مداخله پس از اجرای برنامه، از منظر روش‌شناختی و تفسیری اهمیت زیادی دارد. این الگو نشان می‌دهد که بهبود تاب‌آوری در گروه مداخله را نمی‌توان به عوامل زمانی، اثر آزمون مجدد یا سایر متغیرهای مداخله‌گر نسبت داد، بلکه می‌توان آن را به اثر واقعی برنامه توانمندسازی مبتنی بر خودمراقبتی مرتبط دانست. این یافته با بدنه‌ای از پژوهش‌ها هم‌راستا است که اثربخشی مداخلات توانمندسازی را بر شاخص‌های مختلف سلامت، از جمله خودمراقبتی، سازگاری روان‌شناختی و کاهش پیامدهای منفی بیماری‌های مزمن گزارش کرده‌اند (نگوین و همکاران، ۲۰۲۳). برای مثال، استکا و همکاران (۲۰۲۱) نشان دادند که نظام توانمندسازی مبتنی بر خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، در مقایسه با آموزش‌های معمول، موجب بهبود معنادار خودمراقبتی و کاهش مراجعه به مراکز اورژانسی شده است. بنابراین، یافته‌های پژوهش حاضر در راستای شواهد موجود قرار می‌گیرد و بر قابلیت اجرا و اثربخشی این نوع مداخلات در جمعیت سالمندان تأکید می‌کند.

بر این اساس، می‌توان نتیجه گرفت که تاب‌آوری در سالمندان، حتی در مواجهه با بیماری‌های مزمن ناتوان‌کننده‌ای مانند بیماری مزمن انسدادی ریه، قابلیت پویا و قابل ارتقا است. این ارتقا زمانی محقق می‌شود که سالمندان به‌عنوان عاملانی فعال در فرایند مراقبت از سلامت خود در نظر گرفته شوند و فرصت یادگیری مهارت‌ها و راهبردهایی فراتر از دریافت منفعل خدمات درمانی برای آنان فراهم گردد. مطالعات اخیر نیز نشان داده‌اند که رابطه میان تاب‌آوری و خودمراقبتی می‌تواند به‌صورت هدفمند مورد مداخله قرار گیرد و پیامدهای مثبتی به دنبال داشته باشد (ون و همکاران، ۲۰۲۵). از منظر کاربردی، یافته‌های این پژوهش بر ضرورت توجه جدی مراکز خدمات سالمندان، خانه‌های سلامت و برنامه‌های ارتقای کیفیت زندگی سالمندان به مؤلفه‌های توانمندسازی و خودمراقبتی تأکید دارد. طراحی و اجرای کارگاه‌های آموزشی، جلسات گروهی، مداخلات مبتنی بر مشارکت فعال و پیگیری‌های منظم می‌تواند به تقویت تاب‌آوری سالمندان کمک کند و در نتیجه، احتمال بروز مشکلات روانی-اجتماعی و افت کیفیت زندگی را کاهش دهد. به‌طور کلی، نتایج پژوهش نشان می‌دهد که برنامه توانمندسازی مبتنی بر خودمراقبتی می‌تواند به‌عنوان بخشی مؤثر از مراقبت‌های پرستاری و توانبخشی در سالمندان مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه مورد استفاده قرار گیرد.

با وجود یافته‌های ارزشمند، این پژوهش با محدودیت‌هایی نیز همراه بوده است. از جمله این محدودیت‌ها می‌توان به حجم نمونه نسبتاً کم و انجام مطالعه در تعداد محدودی از بیمارستان‌ها اشاره کرد که تعمیم‌پذیری نتایج را با احتیاط همراه می‌سازد. استفاده از ابزارهای خودگزارشی برای گردآوری داده‌ها ممکن است تحت تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی قرار گرفته باشد. همچنین، تفاوت در سطح سواد، توان شناختی و درک مفاهیم آموزشی در میان سالمندان می‌تواند بر میزان بهره‌مندی آنان از مداخله اثرگذار باشد. علاوه بر این، برخی عوامل زمینه‌ای مانند میزان حمایت خانوادگی و وضعیت اقتصادی شرکت‌کنندگان به‌طور کامل قابل کنترل نبودند. محدودیت در مدت زمان پیگیری نیز امکان بررسی پایداری و اثرات بلندمدت مداخله را فراهم ناساخت. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با نمونه‌های بزرگ‌تر، دوره‌های پیگیری طولانی‌تر و در محیط‌های متنوع‌تر انجام شوند تا شواهد قوی‌تری در این زمینه فراهم آید.

۴-۱. پیشنهادهای پژوهش

پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده با نمونه‌های بزرگ‌تر و طراحی‌های طولی و پیگیری بلندمدت انجام شود تا نتایج قابل اتکاتر و تعمیم‌پذیرتری ارائه دهند. همچنین بررسی شاخص‌های تکمیلی مانند کیفیت زندگی، سلامت روان، مشارکت اجتماعی، توانمندی‌های شناختی و سایر ابعاد عملکردی مرتبط با جمعیت مورد مطالعه می‌تواند دید جامع‌تری نسبت به پیامدهای تحقیق فراهم کند. در این راستا، توجه به زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی نیز اهمیت دارد تا اثرات متغیرهای محیطی و ساختاری بر نتایج پژوهش به‌طور دقیق‌تر شناسایی شود. استفاده از روش‌های کمی و کیفی ترکیبی نیز می‌تواند اطلاعات غنی‌تر و قابل تحلیل‌تری ارائه دهد.

۵. تعارض منافع

نویسندگان در خصوص نتایج، تعارض منافع خاصی ندارند.

۶. منابع مالی

در این مطالعه بودجه پژوهشی خاصی از طرف هیچ موسسه‌ای دریافت نشد.

۷. تأییدیه اخلاقی و رضایت مشارکت‌کنندگان

در این پژوهش تمام اصول اخلاقی رعایت شده و کد اخلاق نیز اخذ گردیده است. هدف از پژوهش و مراحل اجرای آن به شرکت‌کنندگان اطلاع داده شد. همچنین به آنها در مورد محرمانه بودن اطلاعات شان اطمینان داده شد و هر زمان که مایل بودند، می‌توانستند از مطالعه خارج شوند و در صورت تمایل، نتایج پژوهش در اختیار آنها قرار می‌گرفت. رضایت‌نامه کتبی از آزمودنی‌ها اخذ شده است. اصول کنوانسیون هلسینکی نیز رعایت شده است.

۸. رضایت برای انتشار

نویسندگان متعهد می‌شوند که نسخه مورد نظر این مقاله در جای دیگری جهت چاپ ارسال نشده و موافقت خود را جهت انتشار در این مجله اعلام می‌دارند.

۹. سپاسگزاری

از سالمندان شرکت‌کننده در مطالعه و خانواده‌هایشان که در اجرای این پژوهش همکاری کردند، صمیمانه سپاسگزاری می‌شود.

References

- Agarwal, D., Singh, R., Patel, V., Kumar, A., Sharma, N., Gupta, M., et al. (2023). COPD generates substantial cost for health systems. *The Lancet Global Health*, 11(3), e307–e317. DOI: [10.1016/S2214-109X\(23\)00304-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00304-2)
- Behzadi, F., & Aghahosseini, S. S. (2025). Correlation of unmet supportive care needs with demographic characteristics in cancer patients. *Medical Sciences*, 35(1), 86–92. DOI: [10.61186/iau.35.1.86](https://doi.org/10.61186/iau.35.1.86)
- Casey, B., Marston, G., & Vyas, D. (2024). Self-care practices in the context of older adults living independently. *arXiv*. DOI: [10.48550/ARXIV.2411.01815](https://doi.org/10.48550/ARXIV.2411.01815)
- Chen, Z., Tang, F., Yang, Z., Wu, H., Zhao, X., Li, C., et al. (2021). Resilience as a mediator of the association between spirituality and self-management among older people with COPD. *BMC Geriatrics*, 21, 686. DOI: [10.3390/healthcare9121631](https://doi.org/10.3390/healthcare9121631)
- Dastanaei, F. D., Moradi, A., Hosseini, M., Ghaffari, S., Rahmani, K., Esmailzadeh, H., et al. (2025). Association of lifestyle components with prevalence of COPD: A population-based study. *Respiratory Medicine*. DOI: [10.1016/j.rmed.2025.108013](https://doi.org/10.1016/j.rmed.2025.108013)
- Deaton, C., Smith, J., Brown, L., Miller, T., O'Connor, P., Green, K., et al. (2022). Relationship between resilience and self-care in people with chronic conditions: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 31(17–18), 2659–26. DOI: [10.1111/jocn.16258](https://doi.org/10.1111/jocn.16258)
- Fan, V. S. (2022). Peer support and COPD: Integrating peers in self-management interventions. *Annals of the American Thoracic Society*, 19(8), 1210–1215. DOI: [10.1513/AnnalsATS.202207-59](https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.202207-59)

- Hourzad, A., Pouladi, S., Ostovar, A., & Ravanipour, M. (2018). The effects of an empowering self-management model on self-efficacy and sense of coherence among retired elderly with chronic diseases: A randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, *18*, 246. DOI: [10.2147/CIA.S183276](https://doi.org/10.2147/CIA.S183276)
- Larsen, D. L., Gandhi, H., Pollack, M., Brown, T., Wilson, R., Patel, K., et al. (2022). The quality of care and economic burden of COPD in the United States. *American Health & Drug Benefits*, *15*(2), 57–64.
- Meng, K., Zhao, Y., Liu, H., Chen, R., Wang, J., Li, T., et al. (2025). Findings from the Global Burden of Disease Study 2021: COPD in older adults. *PLoS ONE*, *20*(1), e0316135. DOI: [10.1371/journal.pone.0316135](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0316135)
- Nguyen, V., Pham, T., Doan, N., Tran, H., Le, M., Hoang, T., et al. (2023). Empowerment interventions designed for persons living with chronic illness: A systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*, *23*, 454. DOI: [10.1186/s12913-023-09895-6](https://doi.org/10.1186/s12913-023-09895-6)
- Pham, H. Q., Nguyen, T. T., Do, H. T. T., Le, P. N., Tran, Q. H., Vo, M. T., et al. (2024). Economic burden of chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, *19*, 123–145. DOI: [10.2147/COPD](https://doi.org/10.2147/COPD).
- Pouw, T., Alblas, M. A., van de Hei, S. J., de Vries, J., ten Hacken, N. H. T., & van der Palen, J. (2023). The association of resilience with self-care and quality of life in COPD patients. *Journal of Clinical Nursing*. DOI: [10.1002/nop2.2015](https://doi.org/10.1002/nop2.2015)
- Raddadi, Y., Amini, M., Zarei, F., Khaleghi, S., Farahani, L. A., Rezaei, N., et al. (2022). Health literacy and quality of life in Iranian persons with COPD. *Patient Education and Counseling*, *105*(6), 1577–1584. DOI: [10.1016/j.pec.2022.03.012](https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.03.012)
- Sabzalipoor, F., Fotokian, Z., Alipoor, Z. J., & Monadi, M. (2023). The association between caregiver burden and resilience in family caregivers of older adults with COPD. *Nursing and Midwifery Studies*, *12*(1), 35–41. DOI: [10.4103/nms.nms_23_22](https://doi.org/10.4103/nms.nms_23_22)
- Salvado, S., Martin, L., Costa, R., Pereira, M., Silva, T., & Lopez, J. (2025). Pulmonary rehabilitation nursing interventions promoting self-care in older adults with COPD: A systematic review. *Healthcare (Basel)*, *13*(17), 2176. DOI: [10.3390/healthcare13172176](https://doi.org/10.3390/healthcare13172176)
- Sharifi, H., Ghanei, M., Jamaati, H., Masjedi, M. R., Eslaminejad, A., & Radmand, G. (2019). Burden of obstructive lung disease study in Iran: Prevalence and risk factors of COPD. *Lung India*, *36*(1), 4–10. DOI: [10.4103/lungindia.lungindia_129_18](https://doi.org/10.4103/lungindia.lungindia_129_18)
- Southwell, P. J., Ginsburg, C., & Subramanian, S. V. (2018). Successful ageing with COPD: Physical and psychosocial resilience in older people. *Journal of Aging and Health*, *30*(9), 1463–1485. DOI: [10.1080/15412555.2018.1487390](https://doi.org/10.1080/15412555.2018.1487390)
- Steca, P., D'Addario, M., Greco, A., Monzani, D., Giordani, L., & Caprara, G. V. (2021). Effectiveness and cost-effectiveness of an empowerment-based self-care education program on health outcomes among patients with heart failure: A randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, *4*(10), e2129125. DOI: [10.1001/jamanetworkopen.2021.29125](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.29125)
- Wen, J., Zhao, L., Liu, Y., Wang, R., Chen, H., Xu, Q., et al. (2025). The impact of perceived social support on chronic disease self-management among older inpatients in China: The chain-mediating roles of psychological resilience and health empowerment. *BMC Geriatrics*, *25*, 284. DOI: [10.1186/s12877-025-03032-1](https://doi.org/10.1186/s12877-025-03032-1)
- Wu, J. H., Zhang, L., Huang, Y., Li, P., Chen, M., & Zhou, Y. (2025). Exploring self-management's mediating role in health literacy and quality of life in COPD patients. *Journal of Health, Population and Nutrition*. DOI: [10.1186/s41043-025-00987-5](https://doi.org/10.1186/s41043-025-00987-5)