Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty, 2022; Vol 7(3), Winter, pp 47-59

The effect of education with participatory approach on coping self-efficacy and self-confidence of family caregivers of patients with tracheostomy

Mina Hajisadeghian[1], Mehrdad Azarbarzin[2]*, Fatemeh Salmani[2]

1. M.s Nursing student. Nursing and Midwifery Sciences Development Research Center, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.
2. Assistant Professor. Nursing and Midwifery Sciences Development Research Center, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

*** Corresponding author:** Mehrdad Azarbarzin, **Tel:** 09131094087 **Email:** azar_mehrdad@Yahoo.com

Received: 10 November 2021 **Accepted: 26 December 2021**

Abstract

Background & Aim: Caring for patients with tracheostomy requires high self-efficacy and self-confidence. Since post-discharge training methods do not seem to be sufficient in this field, the present study was conducted investigate the effect of training with participatory approach on coping self-efficacy and self-confidence of patients with tracheostomy

Materials & Methods: This research is a quasi-experimental study of two groups before and after. The study sample consisted of 76 caregivers of patients with tracheostomy who were available in the study and were randomly divided into two groups of 38 patients. A questionnaire was used in three sections of demographic, coping self-efficacy and self-confidence. The intervention group was trained in a participatory manner and the control group received conventional training during hospital discharge. The questionnaires were completed again after six weeks and the data were analyzed by SPSS software version 22.

Results: The results showed that in the control group, there was no statistically significant difference in the mean score of self-efficacy before and after training, but in the experimental group, after training, this mean was significantly higher than the score before training (P = 0.0001). The self-esteem score was significantly different in the control and test groups. (P=0/048). In the experimental group, the mean score of self-confidence before and after training was significantly different (P = 0.0001).

Conclusion: Considering that the mean scores of self-efficacy and self-confidence were significantly increased due to participatory training, so it is recommended to use this method in training caregivers of patients with tracheostomy.

Keywords: Education, participation, discharge, self-efficacy, family caregivers, tracheostomy

How to cite this article: Hajisadeghian Mina, Azarbarzin Mehrdad *, Salmani Fatemeh. The effect of education with participatory approach on coping self-efficacy and self-confidence of family caregivers of patients with tracheostomy. Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty. 2021; 7(3) :47-59 .https://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-448-fa.html.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

تاثیر آموزش با رویکرد مشارکتی برمیزان خودکارآمدی مقابله‌ای و خودباوری مراقبین خانوادگی بیماران دارای تراکئوستومی

مینا حاجی صادقیان[1]، مهرداد آذربرزین[2*]، فاطمه سلمانی[2]

1. دانشجوی کارشناسی ارشد، مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

2. استادیار پرستاری. مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

* **نویسنده مسئول:** مهرداد آذربرزین، **ایمیل:** azar_mehrdad@Yahoo.com، **تلفن:** 09131094087

تاریخ دریافت: 1400/07/19 **تاریخ پذیرش: 1400/09/05**

چکیده

زمینه و هدف: مراقبت از بیماران دارای تراکئوستومی نیازمند خودکارآمدی و خودباوری بالا می باشد. از آنجا که روشهای آموزش حین ترخیص در این زمینه به نظر کافی نمی‌رسد، مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر آموزش با رویکرد مشارکتی بر میزان خودکارآمدی مقابله‌ای و خودباوری مراقبین بیماران دارای تراکئوستومی انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع نیمه تجربی دوگروهی قبل و بعد می‌باشد. نمونه مورد مطالعه 76 نفر از مراقبین بیماران دارای تراکئوستومی بودکه به صورت در دسترس وارد مطالعه شده و به صورت تخصیص تصادفی به دو گروه 38 نفره تقسیم شدند. از پرسشنامه ای در سه بخش دموگرافیک، پرسشنامه خودکارآمدی مقابله‌ای و پرسشنامه خودباوری استفاده گردید. به گروه مداخله آموزش با شیوه مشارکتی داده شد و گروه کنترل آموزش‌های مرسوم حین ترخیص بیمارستانی را دریافت نمودند. پس از شش هفته مجددا پرسشنامه ها تکمیل شد و اطلاعات به دست آمده توسط نرم افزار SPSS نسخه 22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که در گروه کنترل، تفاوت آماری معنی‌داری در میانگین نمره خودکارآمدی قبل و بعد از آموزش وجود نداشت ولی در گروه آزمون، بعد از آموزش، این میانگین به طور معنی داری از نمره قبل از آموزش، بیشتر بود ($P=0/0001$). نمره خودباوری در گروه کنترل و آزمون دارای تفاوت معنا دار بود. ($P = 0/048$). در گروه آزمون، میانگین نمره خودباوری قبل و بعد از آموزش به طور معناداری متفاوت بود($P = 0/0001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به این که میانگین نمره خودکارآمدی و خودباوری به طور معنی‌داری در اثر آموزش مشارکتی افزایش داشت، لذا توصیه می‌گردد از این روش در آموزش به مراقبین بیماران دارای تراکئوستومی استفاده گردد.

واژه‌های کلیدی: آموزش، مشارکت، ترخیص، خودکارآمدی ، مراقبین خانوادگی، تراکئوستومی

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

مقدمه

تراکئوستومی ایجاد یک راه هوایی به صورت برش یا دریچه روی تراشه است و برای بیمارانی که به مدت طولانی نیاز به تهویه مکانیکی دارند، استفاده می‌شود(1). تاریخچه تراکئوستومی به قبل از میلاد مسیح برمی‌گردد و اولین بار توسط یونانیان ابداع شد(2). براساس برخی گزارشات بیست و چهار درصد بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه تحت تراکئوستومی قرار دارند(3). در دهه 1970، بیست و شش درصد از بزرگسالان و سی درصد کودکان دارای تراکئوستومی بوده‌اند و تا سال 2010 این تعداد به ترتیب هشتاد و هشتاد و شش درصد بوده است(4).

تعداد زیادی از بیماران دارای تراکئوستومی با این لوله از بیمارستان ترخیص می‌شوند و این بیماران عوارضی مانند انسداد لوله تراکئوستومی‌در اثر ترشحات، جابه‌جایی و خارج شدن لوله تراکئوستومی، خون‌ریزی، پنوموتوراکس، آمفیزم زیرجلدی، اختلال در بلع، آسیب به عصب حنجره(2) را تجربه می‌کنند که بسیاری از این عوارض باید به صورت فوری و توسط مراقبین بیمار رفع گردد، بنابراین در بیماران دارای تراکئوستومی مراقبت در منزل، یکی از مولفه‌های حیاتی ارائه خدمات می باشد. مراقبین این بیماران مسئولیت رفاه و کیفیت زندگی آنها را برعهده دارند و تحقیقات نشان داده که مراقبت با کیفیت در منزل از میزان بستری‌های مجدد و عود بیماری‌های مزمن می‌کاهد(5). اگر مراقبت‌کننده اطلاعاتی در مورد چگونگی مراقبت از محل تراکئوستومی داشته باشد، از بسیاری از عوارض جلوگیری می‌شود و اگر این اقدامات به سرعت انجام شود، در زنده ماندن بیمار نقش اساسی دارد. به طور رایج بیماران بستری در بیمارستان و یا مراقبین آنها، حین ترخیص آموزش‌های مربوط به بیماری خود را از پرسنل مرکز درمانی که در آن بستری هستند و بر اساس روشهایی که در آن مرکز درمانی معمول است، دریافت می‌نمایند(6) ولی مطالعاتی در زمینه مراقبت از بیماران نشان می‌دهندکه عدم وجود برنامه‌های آموزشی موثر، عدم اطلاع رسانی در ارتباط با نحوه دسترسی به برنامه‌های بازتوانی و عدم وجود ارتباط موثر بین تیم درمان وخانواده، امر مراقبت را امری نگران‌کننده و پرتنش در زمینه مراقبت از بیمار نموده است که این تنش‌ها و نگرانی‌ها می‌تواند اثرات سوء بر مراقبین بیمار از نظر سطح خودکارآمدی و خودباوری داشته باشد. خودکارآمدی به احساس عزت‌نفس، ارزش خود، احساس کفایت و کارایی در برخورد با زندگی اطلاق می‌شود و خودباوری به صلاحیت سازگار شدن با درگیری‌های زندگی در کمک به بیمار جهت بهبودی اطلاق می‌گردد(7).

Bandoora معتقد است: "خودکارآمدی به معنای توانایی ادراک شده فرد در انطباق با موقعیت‌های مشخص است و به قضاوت افراد درباره توانایی آن‌ها در انجام دادن یک کار یا انطباق با یک موقعیت خاص مربوط است. خودکارآمدی به احساس عزت‌نفس، ارزش خود، احساس کفایت و کارایی در برخورد با زندگی اطلاق می‌شود"(8). این در حالی است که این ادراک در مدیریت موقعیت‌های استرس‌زا را خود کارآمدی مقابله‌ای می‌نامند. خودکارآمدی مقابله‌ای، اعتماد به نفس یک فرد در انجام رفتار های مقابله‌ای به هنگام مواجهه با چالش های زندگی و تهدید هاست. به عبارت روشن تر درک انسان از خود کارآمدی مقابله‌ای، نحوه مقابله با تهدیدهای زندگی را نشان می‌دهد و بر انگیزش، تفکر، رفتار و عملکرد فرد در این موقعیت ها تاثیر زیادی دارد. افرادی که درک مناسبی از توانایی‌های خود دارند هنگام مواجهه با موقعیت‌های تنش‌زای زندگی

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

آسیب‌پذیری کمتری می‌بینند(9). خودکارآمدی مقابله ای نقش مهمی بر سازگاری، آغاز و حفظ رفتارهای بهداشتی و همچنین مهار کردن رویه‌های ناسالم را دارد زیرا لحظات بیماری از مهمترین تنش های استرس زا محسوب می‌شود بنابراین ضروری است ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی، آموزش خودکارآمدی مقابله‌ای را در آموزش‌های بیماران و مراقبین آنها بگنجانند. تا آنها بتواند باور به توانایی تغییر خود را در مواجهه با بیماری تقویت کنند(10).

علاوه بر خودکارآمدی مقابله‌ای، خودباوری یکی دیگر از مولفه‌های موثر در افزایش عملکرد مراقبین بیماران دارای تراکئوستومی می‌باشد. خودباوری به معنای داشتن باور به توانمندی‌های خویشتن است. داشتن اعتمادبه‌نفس بالا، نمی‌تواند به تنهایی خودباوری را معنا کند، خودباوری در واقع اعتماد به توانایی خویش برای اندیشیدن و مبارزه کردن با چالش‌های اصلی زندگی است. اولین گام برای افزایش خودباوری، پذیرش است. به طوری که فرد باید بتواند خود را با تمام نقص‌ها، کاستی‌ها، خوبی‌ها و بدی‌ها بپذیرد(11). براساس نتایج مطالعات انجام شده توسط Sykes و همکاران(2013) و Jones و همکاران (2014) مشخص گردیده که کاهش قابل توجهی از خود کارآمدی و خودباوری در مراقبین بیماران وجود دارد که علت آن را ترس از امکان وقوع محدودیت‌های جسمی بعد از عمل جراحی، نگرانی از رویارویی با نقش‌های جدیدی که به واسطه بیماری در یکی از اعضای خانواده ایجاد می‌شود، ترس از عدم توانایی برای برخورد با مسئولیت‌های جدید و عدم آگاهی از نیازهای جدید بیمار دانسته‌اند(13-12).

Clary (2009) کاهش میزان خودکارآمدی و خودباوری را به عنوان دو مشکل مهم در سطح توانمندی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن و خانواده آنها مطرح می‌کند. بنابراین خودکارآمدی و خودباوری، عامل انگیزشی مهمی برای موفقیت در امر مراقبت از بیماران دارای تراکئوستومی‌است و انجام مداخلات ارتقاء دهنده این دو فاکتور، در مراقبین بیماران عملی منطقی به نظر می‌رسد و یکی از مهمترین اقدامات در این زمینه، ارتقاء سطح خودکارآمدی خودباوری مراقبین بیماران دارای تراکئوستومی‌است که باعث مشارکت بیشتر مراقبین در روند درمان شده و از بروز عوارض جدی و گاها جبران ناپذیر جلوگیری می‌کند(14). آموزش می‌تواند تاثیر مهمی در خودکارآمدی و خودباوری افراد داشته باشد. مطالعات نشان می‌دهد که شریک کردن مراقبین در آموزش به بیماران سبب می‌شود تا این افراد به طور موثرتری از آموزش‌ها بهره‌مند گردند و این امر می‌تواند متغیرهای مهمی نظیر خودکارآمدی، خودباوری و مراقبت از بیمار را ارتقا دهد(7) که این امر تحت عنوان آموزش مشارکتی نامیده می‌شود. ایده کلی یادگیری مشارکتی سابقه‌ای طولانی دارد. این رویکرد، حاصل اندیشه نظریه پردازان و محققانی است که می‌خواستند به نحوه یادگیری کودکان بر اثر تجربه پی ببرند و معتقد بودند که تجربه بیشترین نقش را در فرایند یادگیری ایفا می‌کند، به شرط اینکه توام با تجزیه و تحلیل منظم و منطقی باشد. یادگیری مشارکتی در حوزه آموزش و پرورش با اثر جانسون و جانسون معرفی شد(15).

روش مشارکتی یک فرایند آموزشی است که می‌توان آن را برای تمام افراد با سطوح مختلف و تحصیلات مختلف و در قلمرو موضوعات مختلف اجرا کرد. هدف کلی این روش درگیر کردن فراگیران بطور فعال در تعاملات کلامی و همکاری می‌باشد. این روش بر این اصل استوار می‌باشد که فراگیر یاد بگیرد که چگونه فکر کند و چگونه خود را ارزشیابی نماید. در این روش، فراگیر مشکلات رفتار خود

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

را می‌شنود و نسبت به وضع و حال خود بینش بیشتری پیدا می‌کند و درک و فهم خود را به وسیله شنیدن چگونگی درک و فهم دیگران گسترش می‌دهد. در این روش مبنای ارائه براساس چهار مرحله ارائه محتوا، تمرین مهارت یا توسعه فعالیت‌های آموزشی در گروه‌های نامتجانس، ارزشیابی انفرادی فراگیران و بازشناسی گروه و ارائه بازخورد است. این روش روش بسیار مناسبی برای آموزش حیطه عملکرد روانی - حرکتی می‌باشد که منجر به افزایش اعتماد به نفس و بهبود عملکرد افراد می گردد(18-16). بنابراین با استفاده از آموزش با رویکرد مشارکتی در زمان آموزش حین ترخیص به خانواده بیماران دارای تراکئوستومی می‌توان به خودکارآمدی و خودباوری آنها کمک بسزایی نمود، به عبارت دیگر مراقبین بیمار آموزش‌هایی در حیطه چگونگی مراقبت از بیمارخود دریافت می‌کنند که علاوه بر افزایش میزان خودباوری، خودکارآمدتر نیز عمل خواهند کرد.

در حال حاضر آموزش به بیماران از وظایف اصلی پرستاران بخشها به شمار می رود و از آن جایی که آموزش حین ترخیص بیماران دارای تراکئوستومی و مراقبین آنها در بخش ها به علت کم بودن وقت و نیروی پرستاری منوط به ارائه آموزش‌های تئوری و یا استفاده از پمفلت و جزوه‌های آموزشی بوده و در این راستا معمولا مراقبین تحت یک برنامه آموزش از پیش تعیین شده قرار گرفته و خود در امر تعیین نیازهای آموزشی و مشارکت در امر آموزش شرکت ندارند و لذا خودکارآمدی و خودباوری کافی در زمینه مراقبت از بیمار ندارند(16و 14) لذا به نظر می رسد استفاده از آموزش مشارکتی می‌تواند به رفع این معظل کمک نماید. در بررس متونی که توسط محققین انجام گردید، مشخص شد که در زمینه تاثیر آموزش با رویکرد مشارکتی در آموزش حین ترخیص مراقبین و خانواده‌های بیماران، مطالعاتی بسیار اندک انجام شده است و در زمینه تاثیر این آموزش بر مراقبین بیماران دارای تراکئوستومی مطلبی یافت نگردید و همچنین براساس بررسی‌های انجام شده، تمرکز غالب مطالعات صورت گرفته در این خصوص محدود به ارزیابی‌های کمی مراقبین اصلی از نظر تاثیرات ذهنی و روانی بوده و اثرات مراقبت بر ابعاد خودکارآمدی مقابله‌ای و خودباوری کمتر مورد توجه قرارگرفته است، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر آموزش با رویکرد مشارکتی بر خودکارآمدی و خودباوری مراقبین خانوادگی بیماران دارای تراکئوستومی صورت گرفته است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی دوگروهی قبل و بعد از آموزش می‌باشد. محیط پژوهش را بیمارستان‌های دارای بخش‌های مراقبت ویژه مانند بیمارستان شریعتی، بیمارستان محمد منتظری و بیمارستان غرضی شهر اصفهان که مجوز پژوهش در آنها داده شده بود و جامعه مورد مطالعه را کلیه مراقبینی که بیمار آنها با داشتن تراکئوستومی از بیمارستان مرخص می‌گردید، تشکیل می‌داد و برای محاسبه حجم نمونه میزان خطای نوع اول 1/96 و خطای نوع دوم 0/85 و میزان d عدد 4/5 در نظر گرفته شد که بر این اساس برای هر گروه تعداد بیست و هشت نفر محاسبه گرید که با توجه به بحرانی بودن شرایط بیماران دارای تراکئوستومی و همچنین شرایط مراقبت برای هر گروه تعداد ده نفر ریزش در نظر گرفته شد و در کل برای هر گروه سی و هشت نفر و در کل هفتاد و شش نفر به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند، سپس افراد مورد نظر بر اساس جدول اعداد تصادفی به دو گروه آموزش حین ترخیص (کنترل) و آموزش مشارکتی

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

(آزمون) تخصیص یافتند. معیارهای ورود به مطالعه بر اساس عنوان و شرایط انجام پژوهش عبارت بودند از: مراقبین خانوادگی که بیمار آنها با تراکئوستومی ترخیص می‌گردید، وظیفه مستقیم مراقبت از بیمار را بر عهده داشتند، توانایی آموزش دیدن را داشتند، سواد خواندن و نوشتن و تکلم به زبان فارسی را داشتند و به منظور حفظ ملاحظات اخلاقی به صورت داوطلبانه شرکت در پژوهش و جلسات آموزشی را پذیرا بودند. همچنین معیارهای خروج شامل مراقبینی بودکه به هر دلیل در جلسات آموزش به صورت منظم شرکت ننمودند، بیمار آنها در حین انجام مطالعه دچار مشکل حاد شده و نیاز به بستری شدن مجدد یا تغییر تراکئوستومی داشت، مراقبینی که قبلا دارای بیمار تراکئوستومی بوده و زمینه قبلی در مورد مراقبت از این بیماران دارا بودند و مراقبینی که بیمار آنها در حین انجام پژوهش فوت نمودند که در این مطالعه چنین موردی یافت نشد. جهت انجام این پژوهش از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد کد اخلاقIR.IAU.NAJAFABAD.REC.1399.123 کسب گردید.

برای انجام این پژوهش از پرسشنامه ای در سه بخش استفاده شد. بخش اول را پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک شامل سن، جنس، میزان تحصیلات، طول زمان مراقبت از بیمار، نسبت با بیمار، مدت زمان داشتن تراکئوستومی، سابقه آموزش غیر از آموزش در بیمارستان(جهت حذف از نمونه) تشکیل می‌داد. بخش دوم: مربوط به پرسشنامه خودکارآمدی مقابله‌ای بود. مقیاس خودکارآمدی مقابله-ای در ایران توسط بهرامیان و همکاران(2017) تهیه شده است. مقیاس خودکارآمدی مقابله ای 26 گویه را دربرمی‌گیرد. این پرسشنامه خودگزارشی بوده و شیوه نمره گذاری مقیاس مذکور سه درجه ای لیکرت است، بدین صورت که به گزینه های (اصلاً نمی‌توانم انجام دهم نمره صفر)، به طور متوسط می توانم انجام دهم (نمره بین یک تا پنج) و همیشه می‌توانم انجام دهم (نمره بین 5 تا ده) داده می‌شود. تهیه کنندگان پرسشنامه جهت تعیین روایی و پایایی آن 250 نفر از دانشجویان دانشگاه پیام‌نور دهدشت را به روش تصادفی انتخاب کرده و پس از بررسی ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس 0/88 و برای سایر خرده‌مقیاس‌ها بین 0/63 تا 0/91 را گزارش نموده‌اند(19).

بخش سوم: مربوط به پرسشنامه خودباوری است که توسط سیوندی(2013) اعتبار سنجی شده است. این پرسشنامه برگرفته از مدل Smith، Pentrich و Degrevit می‌باشد که در ایران توسط آزادی(2010) ساخته شده و شامل 21 سوال می‌باشد که دارای مولفه های عزت نفس (سوال9-1) و کارآمدی شخصی(سوالات21-10) می‌باشد این پرسشنامه به صورت پنج گزینه‌ای در مقیاس لیکرت طراحی شده است و به گزینه کاملا مخالفم نمره 1، مخالفم نمره 2، بی نظرم نمره 3، موافقم نمره 4 و کاملا موافقم نمره 5 اختصاص داده شده است. روایی صوری پرسشنامه خود باوری توسط محقق اندازه گیری و میزان آن 0/95 تعیین گردیده است و به منظور تعیین پایایی ابزار سنجش، از روش آلفای کرونباخ استفاده گردیده و ضریب پایایی برای پرسشنامه خودباوری 0/95 محاسبه شده است(20).

ابتدا پرسشنامه‌ها توسط نمونه‌های پژوهش تکمیل شد، سپس به گروه آموزش حین ترخیص آموزش‌های مرسوم بیمارستانی ارائه گردید که این آموزش‌ها شامل بیان نحوه ساکشن کردن، پوزیشن سر بیمار هنگام غذا دادن به بیمار،

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

تغییر پوزیشن دادن به بیمار بود و بر بالین بیمار و حدود ده دقیقه آموزش به بیمار با روش سخنرانی توسط پژوهشگر انجام می‌گرفت. بر اساس تحقیقات مشابه وطن دوست و همکاران(2015) و سنایی(2015) به گروه آموزش مشارکتی از سه روز قبل از ترخیص بیمار، هر روز در دو نوبت 30 دقیقه‌ای در کلاس های مربوط به آموزش به بیمار در درمانگاه همان بیمارستان آموزش‌های لازم داده شد(6 و 7). آموزش‌ها توسط پژوهشگر در دو روز اول با تاکید بر نیاز ذکر شده مراقب، به شیوه سخنرانی و استفاده از پمفلت آموزشی و تصاویر آموزش‌هایی در زمینه علت ایجاد تراکئوستومی، نحوه قرار دادن تراکئوستومی، طریقه شستن و ساکشن تراکئوستومی، نحوه تغذیه بیمار با داشتن تراکئوستومی، اقدامات لازم در زمینه خروج اتفاقی تراکئوستومی و مراقبت‌های پیشگیری از عفونت و با استفاده از روش نمایشی و ایفای نقش، نمایش فیلم، پمفلت و آموزش انفرادی با ارائه جزوه آموزشی، داده شد. در جلسه سوم با استراتژی‌های نمایشی توسط پژوهشگر و با روش ایفای نقش توسط مراقب، همان آموزش‌ها مرور شد(جدول شماره1).

پس از گذشت زمان تثبیت آموزش که در تحقیقات مشابه نظیر تحقیق وطن دوست و همکاران(2015) و سنایی(2015) به مدت شش هفته بوده است(6 و 7)، مجددا پس از شش هفته پرسشنامه‌های خودکارآمدی و خودباوری تکمیل شد. در نهایت داده ها در دو سطح آمار توصیفی (داده های کیفی توزیع و درصد فراوانی، داده های کمی میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون های کای-دو و تی مستقل ، آزمون تی زوجی، واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر و مدل رگرسیون خطی)توسط نرم افزار SPSS نسخه 22 با سطح معنی داری پنج صدم مورد توصیف و تحلیل قرار گرفت.

جدول شماره 1: برنامه آموزش مشارکتی

	زمان	نوع آموزش
روز اول	نیم ساعت اول	اطلاعات عمومی در مورد تراکئوستومی از جمله تعریف تراکئوستومی، لزوم استفاده از تراکئوستومی، روش انجام تراکئوستومی، نوع تراکئوستومی، مراقبت های لازم در منزل، لوازم مورد نیاز برای مراقبت در منزل برای مراقب بیمار همراه نمایش عکس و فیلم توضیح داده شد.
	نیم ساعت دوم	آموزش های لازم جهت مراقبت پوست اطراف استوما، داروها، فعالیت ها، رژیم غذایی مناسب بیمار، در صورت خروج اتفاقی تراک اقدامات مورد نیاز به طور کامل برای بیمار توضیح داده شد.
روز دوم	نیم ساعت اول	آموزش کامل مراحل ساکشن کردن همراه فیلم آموزشی و وسایل کمک آموزشی به طور کامل برای مراقب بیمار توضیح داده شد.
	نیم ساعت دوم	مراقبت های پیگیری و معرفی منابع حمایتی اجتماعی از جمله ارجاع به گفتار درمان، ارجاع به متخصص تغذیه، ارجاع به روانشناس، خیریه ها، محل های تهیه وسایل مورد نیاز در منزل جهت مراقبت از بیمار و آموزش فعالیت هایی که باعث تقویت اعتماد به نفس و تصویر ذهنی بیمار می‌شود مثل ورزش کردن ،موسیقی درمانی به مراقبین بیماران داده شد.
روز سوم	نیم ساعت اول	با استراتژی‌های نمایشی توسط پژوهشگر و با روش ایفای نقش توسط مراقب همان آموزشها داده شد.
	نیم ساعت دوم	پاسخ دهی به سوالات متداول، در اختیار قرار دادن نام و شماره تلفن پژوهشگر جهت پرسیدن سوالات در مواقع لزوم و تاکید بر لزوم پیگیری ویزیت های بعدی بیمار برای مراقبین توضیح داده شد.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

یافته ها

در نمونه مورد بررسی کلیه 76 نفر انتخاب شده شرکت بدون ریزش شرکت نمودند که سن این افراد از 20 تا 70 سال با میانگین سنی12/69± 43/78 بوده است. شرکت کنندگان 46/1 ٪ مرد (35 نفر) و 53/9 ٪ زن (41 نفر) بودند. طول زمان مراقبت مراقبین از یک تا هفت روز در هفته با میانگین1/72± 88/ 5 روز بود و مدت زمان داشتن لوله تراکئوستومی از 6 تا 11 هفته با میانگین1/36± 7/39 بوده است.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بیشترین مراقبین را در هر دو گروه فرزندان و افراد زیر دیپلم تشکیل می‌دادند و از نظر آماری تفاوت معناداری بین سن(p=0/74)، مدت زمان مراقبت(p=0/2)، مدت زمان داشتن لوله تراکئوستومی(p=0/61)، نسبت مراقب با بیمار(p=0/96) و میزان تحصیلات مراقب(p=0/94) وجود نداشت (جدول شماره2)

جدول شماره2: برخی ازمتغیرهای دموگرافیک نمونه های مورد پژوهش

متغیر		کنترل		آزمون		جمع کل		χ^2	P
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
جنس	مرد	16	21/1	19	25	35	46/1	0/477	0/49
	زن	22	28/9	19	25	41	53/9		
نسبت با بیمار	والد	5	/6/6	4	5/3	9	11/8	1	0/96
	خواهر	6	7/9	5	6/6	11	14/5		
	برادر	4	5/3	5	6/6	9	11/8		
	همسر	5	6/6	5	6/6	10	13/2		
	فرزند	11	14/5	14	18/4	25	32/9		
	سایرین	7	2/9	5	6/6	12	15/8		
میزان تحصیلات	زیردیپلم	15	19/7	16	21/1	31	40/8	0/366	0/94
	دیپلم و فوق دیپلم	10	13/2	11	14/5	21	27/6		
	لیسانس	8	10/5	6	7/9	14	18/4		
	فوق لیسانس و بالاتر	5	6/6	5	6/6	10	13/2		

آزمون تی زوج نشان می دهد که نمرات خودکارآمدی و خودباوری گروه های آموزش حین ترخیص(کنترل) و آموزش مشارکتی(آزمون) در قبل از آموزش تفاوت معناداری نداشته است (p<0/05) اما نمرات خودکارآمدی و خود باوری در دو گروه بعد از آموزش تفاوت معناداری پیدا نموده است (P< 0/001) (جدول شماره3).

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

جدول شماره3: مقایسه میانگین نمره خودکارآمدی و خودباوری مراقبین بیماران دارای تراکئوستومی قبل و شش هفته بعد از آموزش

متغیر	زمان بررسی	گروه آموزش حین ترخیص(کنترل)		گروه آموزش مشارکتی(آزمون)		آزمون t	P
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
خودکارآمدی	قبل از آموزش	112/7	38/4	112/3	37/7	0/039	0/96
	بعد از آموزش	141/36	45/06	221/73	21/24	-9/91	< 0/001
خود باوری	قبل از آموزش	72/92	17/74	75/39	15/12	-0/654	0/51
	بعد از آموزش	76/71	16/14	98/71	5/22	-7/87	< 0/001

همچنین آزمون تی مستقل نشان می دهد که میانگین خودکارآمدی و خودباوری در دوگروه آموزش حین ترخیص و آموزش مشارکتی قبل و بعد از آموزش تفاوت معناداری پیدا کرده است که البته این تفاوت در گروه آموزش مشارکتی بیشتر بوده است($P< 0/001$) (جدول شماره4).

جدول شماره 4: مقایسه میانگین نمره خودکارامدی و خودباوری مراقبین بیماران دارای تراکئوستومی در دو گروه آموزش حین ترخیص و آموزش مشارکتی بعد از گذشت شش هفته از آموزش

متغیر	گروه	قبل از آموزش		بعد از آموزش		آزمون t	P
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
خودکارآمدی	کنترل	112/7	38/4	141/36	45/06	-3/122	0/003
	آزمون	112/3	37/7	221/73	21/24	-13/73	< 0/001
خود باوری	کنترل	72/92	17/73	76/71	16/14	-2/22	0/03
	آزمون	75/39	15/12	98/71	5/22	-8/49	< 0/001

جدول فوق نشان می دهد که نمرات خودکارآمدی و خودباوری مراقبین بیماران دارای تراکئوستومی در هر دو گروه کنترل و آزمون پس از گذشت شش هفته از آموزش تفاوت آماری معناداری داشته است.

بحث

این مطالعه با هدف بررسی تاثیر آموزش با رویکرد مشارکتی برمیزان خود کار آمدی مقابله‌ای و خود باوری مراقبین خانوادگی بیماران دارای تراکئوستومی در بیمارستان های منتخب استان اصفهان در سال 1399 انجام شد که براساس یافته های بدست آمده از فرضیه های پژوهش میانگین نمره خودکارآمدی در طول زمان به طور معنی‌داری افزایش داشت که نشان دهنده اثر اصلی عامل آموزش می‌باشد. در مطالعه ثنایی و همکاران (1399) که در شهر تهران انجام گردید در گروه مداخله میانگین نمرات خودکارآمدی مراقبین پس از مداخله از 29/3±49/89 به 1/93±47/43 افزایش پیدا کرد. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که آموزش مراقبین خانوادگی بیماران تحت جراحی بای پس کرونر با رویکرد مشارکتی

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

می‌تواند منجر به ارتقای خودکارآمدی و در نتیجه افزایش مشارکت آن‌ها در ارایه مراقبت کارآمد شود(7) که با نتایج مطالعه حاضر در خصوص افزایش خودکارآمدی پس از آموزش مشارکتی در بیماران تراکئوستومی نیز همسو می باشد. پژوهش امیدی و همکاران (2015) در شهر همدان نشان داد که درگروه آزمون بین قبل و بلافاصله و یک ماه بعد از پایان مداخله تفاوت معناداری در جهت افزایش نمره کل خودکارآمدی و تمام زیر گروه های آن مشاهده شد($P<0/05$) اما این اختلاف در گروه شاهد معنادار نبود($P>0/05$) (21) که با نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد. تفاوت دو مطالعه در نوع آموزش و بیماران تحت آموزش بود که در مطالعه حاضر آموزش با رویکرد مشارکتی و در مطالعه امیدی آموزش خودمراقبتی مورد مداخله قرار گرفتند اما ماحصل هرکدام نشان داد که آموزش می تواند برروی وضعیت بیماران مانند خودکارآمدی در درمان بیماری تاثیرگذار باشد. همچنین وطن دوست و همکاران در مطالعه‌ای در تهران نشان دادند که استفاده از فیلم آموزشی علاوه بر آموزش‌های معمول می‌تواند باعث ارتقای کیفیت زندگی بیماران تراکئوستومی شود(6) که با نتایج مطالعه حاضر در زمینه تاثیر آموزش بر بهبود خودکارآمدی و افزایش کیفیت زندگی بیماران همسو است. بنابراین اجرا و اموزش روش های مراقبت از بیماری به شیوه مشارکتی میتواند سبب افزایش حس امید به زندگی به علت همکاری اعضای گروه در امر آموزش شده و در نهایت خودکارآمدی بیمار را در مراقبت از خود افزایش دهد.

به علاوه ثنایی و همکاران(2015) در مطالعه‌ای که تحت عنوان "بررسی تاثیر آموزش با رویکرد مشارکتی بر خودکارآمدی و خودباوری مراقبین خانوادگی بیماران تحت بای پس عروق کرونر" در شهر تهران انجام دادند، نشان دادند که در گروه مداخله میانگین نمرات خودباوری از 93/49±6/03 به 26/13±18/52 افزایش پیدا کرد. همچنین نتایج آزمون آماری تی مستقل نشان داد خودباوری مراقبین بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معنی‌داری داشته است(7)که با نتایج مطالعه حاضر در خصوص افزایش خودباوری پس از آموزش مشارکتی در بیماران تراکئوستومی نیز همسو می باشد.

در تبیین همسو بودن مطالعه فوق می توان بیان نمود کرد که آموزش ظرفیت آن را دارد که سبب پرورش مهارتها و بهبود وضعیت زندگی پس از بیماری گردد. آموزش با رویکرد مشارکتی می تواند توانایی تفکر را در بهبود نگرش و عملکرد فراهم ساخته و در نتیجه به بهبود خودباوری در بیماران کمک نماید. لازم به توضیح است که با عنایت به این که رسالت آموزش ارتقا و افزایش نکات مثبت می‌باشد، لذا پژوهشی که اثر منفی در زمینه آموزش داشته و مغایر با تحقیق حاضر باشد و یا اثرات کمتر آموزش مشارکتی نسبت به روشهای دیگر را نشان دهد یافت نگردید و تمامی مطالعات بررسی شده همسو با مطالعه حاضر اثرات مثبت آموزش مشارکتی را نشان می-دادند.

تحقیق حاضر نشان داد که متغیرهای سن، جنسیت، نسبت با بیمار، تحصیلات، طول زمان مراقبت و مدت زمان داشتن لوله؛ ارتباط معنی‌داری با نمرات خودکارآمدی و خودباوری بعد از آموزش نداشته‌اند. مطالعه زارع و همکاران(2017) در تهران نیز نشان داد که مشخصات دموگرافیک تاثیری بر ارتقاء خودکارآمدی و خودباوری در اثر آموزش نداشته است(22) که با نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد. همچنین مطالعه مامنه و همکاران (2014)

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

در شهر تبریز نیز با تحقیق حاضر همسو می‌باشد(23) که با نتایج مطالعه حاضر همسو می‌باشد. این یافته‌ها نشان می-دهد که آموزش مشارکتی صرف نظر از متغیرهای دموگرافیک می‌تواند در افزایش میزان خودکارآمدی و خودباوری مراقبین تاثیر مثبت داشته باشد و لذا بایستی از آموزش مشارکتی برای هر دسته از مراقبین استفاده نمود.

نتیجه گیری

با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر می‌توان نتیجه گیری نمود که آموزش مبتنی بر رویکرد مشارکتی می‌تواند در شکل‌گیری و تداوم رفتار خودکارآمدی مقابله‌ای، ارتقاء افکار و باورهای خودباوری نقش اساسی را برعهده داشته باشد و همچنین آموزش مبتنی بر رویکرد مشارکتی می-تواند سبب ارتقاء رفتار خودکارآمدی و خودباوری در مراقبین بیماران دارای تراکئوستومی گردد و همچنین این روش بیشتر از آموزش حین ترخیص یا به عبارتی آموزش‌های معمول بیمارستانی بر ارتقاءی رفتار خودکارآمدی و خودباوری در مراقبین بیماران دارای تراکئوستومی تاثیرگذار است، لذا پیشنهاد می گردد این شیوه آموزش به دانشجویان و پرسنل بهداشتی آموزش داده شود تا از آن در آموزش به مددجویان بهره گیرند. همچنین یافته‌های این پژوهش بایستی در حوزه مدیریت در اختیار مدیران قرار گیرد تا در راستای برنامه‌ریزی برای آموزش با رویکرد مشارکتی در بیمارستانها استفاده گردد. در زمینه پژوهشی بایستی روش آموزش مشارکتی با دیگر روشهای آموزشی نیز مقایسه شده و درصورتی که تاثیر این روش در مطالعات دیگر نیز ثابت گردد، به این روش توجه بیشتری گرددو در حوزه بالین با توجه به این که مراقبت از بیماران دارای تراکئوستومی پس از ترخیص و در منزل اهمیت بسیار بالایی دارد لذا برنامه آموزشی استفاده شده در این پژوهش می‌تواند مبنایی برای آموزش به مراقبین بیمار دارای تراکئوستومی قرار گیرد.

از یافته‌های این پژوهش می‌توان درحوزه آموزش استفاده نموده و روش آموزش مشارکتی را به عنوان روش موثر در افزایش خودباوری و خودکارآمدی به دانشجویان پرستاری و همچنین توسط آموزش‌های حین خدمت به پرسنل پرستاری بیمارستانها آموزش داد. همچنین نتایج این پژوهش می‌تواند در حوزه مدیریت در راستای برنامه-ریزی مدیران جهت استفاده از این روش قرار گیردد. یافته‌های این پژوهش می‌تواند مبنایی برای مقایسه استفاده از این روش آموزش در مراقبین دیگر بیماران در پژوهش‌های دیگر نیز قرار گیرد. در این مطالعه از یک طرح تجربی دو گروهی استفاده شد. نبودن گروه شبه آموزشی را می توان به عنوان یک محدودیت ذکر کرد که البته با توجه به نیاز بیماران به آموزش خودمراقبتی، وجود گروهی که آموزش لازم را نبیند، از نظر ملاحظات اخلاقی صحیح نمی باشد.

نمونه‌های پژوهش در حین پژوهش ممکن بود از منابع دیگری نیز اطلاعات کسب نمایند که بر نتیجه پژوهش موثر باشد اما کنترل عدم اموزش دیدن از منابع دیگر برای محققین امکان پذیر نبود.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر منتج از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته پرستاری می‌باشد. پژوهشگران از مسئولان محترم این دانشگاه و مسئولان ارجمند بیمارستانها و بخشهای محیط پژوهش و همچنین بیماران و مراقبین عزیزی که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی را می‌نمایند.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

تعارض منافع

نویسندگان این مقاله، هیچ‌گونه تعارض منافعی را ذکر نمی کنند.

Reference

1. Nikravan Mofrad M, Shiri H. Intensive care. Tehran: Noor Danesh Publications. 2019: 120-170.[Persian]
2. Rad M, Ganjlo J, Asarodi A. Entering the fractured tracheotomy tube into the left bronchus, A Case Report. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences, 2013; 20(2): 230-35. [Persian]
3. Dehnadi-Moghadam A, Yousefzadeh-chabok Rimaz S, Razzaghi A, Valiani P. The Relationship between the Level of Consciousness and Time of Tracheotomy in Patients with Head Trauma. Journal of Anesthesiologu and Pain. 2016; 7(1): 63-71. [Persian]
4. Zia S, Arshad M, Nazir Z, Awan S .Pediatric tracheostomy: Complications and role of home care in developing country. Pediatric Surgery International. 2010; 26(3): 269-73.
5. Yousefzadeh-Chabok S, Emamhadi M, Alijani B, Cheragh Sepehr M, Khodadadi-Hassankiadeh.,N. Investigation of the Relationship Between Individual-Social Characteristics of Patients in Vegetative State and Psychological Symptoms in Family Caregivers. Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing. 2016; 3(1):49-56. [Persian]
6. Vatandoust S, Mohammadi N, Farahani M, Mehran A. The Efficacy of Education Film on Quality of Life and Satisfaction in Patient with Tracheostomy. Journal of Arak University Medical Sciences. 2015; 17(11):80-87. [Persian]
7. Sanaie N. The Effect of Education with the partnership approach on the self-efficacy and self-esteem of family caregivers of patients undergoing Coronary Artery Bypass Graft (CABG), Medical Surgical Nursing Journal. 2015; 4(3):22-29. [Persian]
8. Fesharaki M, Islami M, Moghimian M, Azarbarzin M. The Effect of Lecture in comparison with Lecture and Problem Based Learning on Nursing Students Self-Efficacy in Najafabad Islamic Azad University. Iranian Journal of Medical Education. 2010; 10(3): 262-68. [Persian]
9. Bahramiyan H. Reliability, validity, and factorial analysis of coping self-efficacy scale. Clinical Psychology and Personality. 2020; 15(2): 215-26.[Persian]
10. Ball J, Bindler R, Cowen K, Shaw M. Principles of Pediatric Nursing: Caring for Children (7th ed.). Upper Saddle River: Pearson. 2017; p:77.
11. Branden N. The Power of Self-Esteem. Published by: Golestan. 2011;80-81. [Persian].
12. Sykes Ch, Durham W, Kingstin P. Role of facilitators in delivery high quality practice education. Journal of Nursing Management. 2013; 19(9): 16-22.
13. Jones TM, Hush JM, Dear BF, Titov N, Dean CM. The efficacy of self-management programmers for increasing physical activity in community-dwelling adults with acquired brain injury (ABI): A systematic review. Systematic Reviews. 2014; 3(39): 2-6.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

14. Clary P. Patient empowerment and motivational interviewing: Engaging patients to self-manager their own care. Nephrology Nursing Journal. 2009; 36(4): 409-13.
15. Ghasemzadeh S, afzali L. The Effectiveness of Collaborative Teaching on Resiliency and Transformational Teaching for teacher's profession. Quarterly Journal of Career & Organizational Counseling. 2017; 9(31): 26-44
16. Shabani H. Educational skills-teaching methods and techniques. Tehran: Samt Publications. Eighth edition. 2015; 2(1):307. [Persian]
17. Saif AA. Modern Parenting Psychology-Psychology of Learning and Teaching. Informed Publications. Seventh edition .2014; p: 515-516. [Persian]
18. Ahadian M. Introduction to educational technology-including recent educational methods. Human Publishing. Ninth Edition. 2012;120.[Persian]
19. Bahramian F, Morovati Z, Yousefi Afrashteh M, Amiri M. Evaluation of psychometric properties and confirmatory factor structure of coping self-efficacy questionnaire. Daneshvar; 2016; 15(3):216-18. [Persian]
20. Sivandi R. The relationship between leadership quality and managers' self-confidence in Kerman University of Medical Sciences, Master Thesis in Human Resource Management, Rafsanjan Azad University.[Thesis].2013. [Persian]
21. 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 Journal of Nurs Midwifery Care. 2015; 23(2):74-84. [Persian]
22. Zare shooraki H, Pishgoee AH, Zareian A, Atashzad SF. The effect of implementing participatory care model on quality of life of heart patients. Military Care Sciences Journal. 2017;4(1):39-48. [Persian]
23. Mamane M, Lack dizichi S, Rahmani A, Behshid M. The effect of education based on participatory care model on the nutritional behavior of family members of patients with type 2 diabetes. Medical-Surgical Nursing Journal. 2014; 3(2): 99-106. [Persian]

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]